

Univerzita Karlova v Praze

1. Lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie (kombinovaná)



Petra Krtková

Co bys dělal, kdybys zjistil, že Tvůj blízký má problém s alkoholem? Zmapování subjektivní dostupnosti adiktologických služeb a dalších zdrojů pomoci.

What would you do if you found out that your relative has a problem with alcohol? Mapping the subjective availability of addiction services and other resources to help.

Bakalářská práce

Praha, 2014

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem všechny použité prameny uvedla a řádně citovala a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s uložením elektronické verze této bakalářské práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne

.....

Petra Krtková

Identifikační záznam:

KRTKOVÁ, Petra. Praha. *Co bys dělal, kdybys zjistil, že Tvůj blízký má problém s alkoholem? Zmapování subjektivní dostupnosti adiktologických služeb a dalších zdrojů pomoci. What would you do if you found out that your relative has a problem with alcohol? Mapping the subjective availability of addiction services and other resources to help.* Praha 2014. Počet stran ____,. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN 2014. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Jaroslav Vacek.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla především velmi poděkovat svému vedoucímu práce Mgr. Jaroslavu Vackovi za jeho nekonečnou trpělivost, velkou podporu, povzbuzení, vzácné rady a připomínky. Velmi si vážím jeho profesionálního přístupu a laskavosti. Dále bych chtěla moc poděkovat své nejbližší rodině a přátelům, kteří mě neustále podporovali a fandili, když už jsem to chtěla vzdát. Všem z celého srdce za vše děkuji, protože bych bez nich tuto práci nenapsala.

Abstrakt

Tato práce se zabývá tím, jak by lidé řešili situaci, kdyby zjistili, že by jejich blízká osoba byla závislá na alkoholu.

Hlavním výzkumným cílem této práce je zmapování subjektivní dostupnosti adiktologických služeb.

Teoretická část obsahuje popis závislosti na alkoholu, informace o systému léčebné péče pro závislé na alkoholu a informace o nynější situaci v České republice, o svépomocných skupinách. Praktická část popisuje proces samotného výzkumu. Pozornost je zde věnována použitým metodám, kterými byly polostrukturované rozhovory a následně jejich rozbor pomocí kódování, segmentace a kategorizace dat. Dále popisuje výzkumný soubor, který byl vytvořen 64 respondenty a který byl rozdělen na respondenty s alkoholovou zkušeností a bez alkoholové zkušenosti. Respondenti byli získáni namátkovým výběrem. Nakonec se zabývá výsledky výzkumu. Tedy 6ti kategoriemi, které z rozhovorů vplynuly.

Mezi nejdůležitější výsledky patří, že téměř třetina dotazovaných by nevyhledala žádnou odbornou pomoc pro své blízké a informovanost veřejnosti o možnostech léčby se ukázala jako nízká.

Dále výsledky ukazují, že další necelá třetina dotazovaných má nedůvěru v systém léčebné péče, značná část nedůvěry byla způsobená vlastním pobytem v léčebně, kde získali negativní zkušenost.

KLÍČOVÁ SLOVA - alkohol, závislost, systém léčebné péče, svépomocné skupiny,rodina a alkohol

Abstract

This work is concerned with how people solve the situation if they found out that their close person dependent on alcohol.

The main research objective of this work is to analyze the subjective availability of addiction services

The theoretical part contains a description of alcohol dependence, information about the medical care for alcoholics and information on the current situation in the Czech Republic, the self-help groups.

The practical part describes the process of the research itself. First, attention is paid to the methods used, which were semi-structured interviews and then analyzed them using coding, segmentation and categorization of data. Further research file and then presents the results of research, ie 6 categories that emerged from the interviews.

Among the most important results is that almost a third of the respondents would not sought any professional help for their loved ones and public awareness of treatment options is low. Furthermore, the results show that more nearly a third of respondents have no confidence in the health care system, much of the distrust was caused by their own residence in the hospital, where they received a negative experience.

KEY WORDS - alcohol dependence, the system of medical care, self-help groups, family and alcohol

OBSAH:

1. ÚVOD.....	8
2. ZÁVISLOST.....	9
2.1. Syndrom závislosti.....	9
2.2. Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.....	10
2.2.1. Neurobiologie závislosti.....	10
2.2.1.1. Systém odměny.....	10
2.2.1.2. Droga jako umělý zdroj odměny.....	11
2.2.2. Sociální aspekty užívání drog.....	11
2.2.2.1. Sociální exkluze a užívání drogy.....	11
2.3. Závislost jako aktuální problém.....	11
3. ÚVOD DO PROBLEMATIKY ALKOHOLU.....	12
3.1. Rozsah užívání alkoholu.....	12
3.2. Názory občanů ČR na drogy.....	12
3.3. Názor odborníka.....	13
3.4. Alkohol.....	13
3.4.1. Typy závislostí na alkoholu.....	14
3.4.2. Vznik a vývoj závislosti na alkoholu.....	14
3.4.3. Symptomy závislosti na alkoholu.....	16
4. LÉČBA ZÁVISLOSTI.....	18
4.1. Formy léčby.....	18
4.2. Průběh léčby.....	19
4.3. Léčebný proces.....	19
4.4. Léčba závislosti na alkoholu u žen.....	19
4.4.1. Ženy a alkohol.....	20
4.4.2. Motivace žen k abúzu alkoholu.....	20
4.5. Rozdíly v klinickém obraze u žen a mužů.....	20
4.6. Rozdíly v léčbě.....	21
5. SYSTÉM LÉČEBNÉ PÉČE.....	23
5.1. Názor odborníka.....	23
5.2. Efektivní systém péče.....	23
5.2.1. Dostupnost adiktolog.péče.....	23
5.3. Typy adiktologických služeb.....	24
5.4. Zhodnocení stavu adiktolog.služeb.....	25
6. SVÉPOMOCNÉ SKUPINY.....	26
6.1. Svépomoc.....	26
6.2. Svépomocné programy.....	26
6.3. Svépomocné skupiny.....	26
6.4. Historie vzniku svépomocných skupin.....	27
6.4.1. Organizace Anonymních alkoholiků.....	27
6.4.2. Dvanáct kroků.....	27
6.5. Organizace vzniklé po vzoru AA.....	28
7. Rodina a alkohol.....	29
7.1. Kodependence.....	29
7.2. Děti v rodinách alkoholiků.....	30

8. POUŽITÉ METODY.....	30
8.1. Výzkumný cíl.....	31
8.2. Výzkumné otázky.....	31
8.3. Metoda sběru dat.....	31
8.4. Metoda analýzy dat.....	31
8.5. Výzkumný soubor.....	32
8.6. Etika.....	32
9. VÝSLEDKY.....	34
10. DISKUZE A ZÁVĚRY.....	44

1. ÚVOD

V poslední době často kolem sebe slyším podobné věty typu: „Tak se už tím netrap, půjdeme na pivo a spláchnem to.“ „Nic si z toho nedělej, pojď, dáme panáka“. „To byl dnes den, musím si zajít na jedno.“ „Potřebuju přijít na jiné myšlenky, jdu se napít“. Získala jsem pocit, jakoby se tyto věty staly pro dost lidí přirozenou součástí našich životů a na určité situace v životě reagovali už jen tímto naučeným a automatickým způsobem „zapít to, spláchnout to“.

Ano, pravdou je, kdo se někdy nenapije? Příležitost se vždycky najde. Například narození dítěte, promoce, svatba, pohřeb, rozvod, špatný den a jiné. Ale když se z toho pak stane každodenní rituál, tak je nejspíše něco špatně. A navíc to vypadá, že my Češi mnohdy neumíme pít s mírou. Nevíme, kdy přestat, jako bychom neměli „záklpku“. Výroční zpráva z roku 2013 zpráva uvádí, že alkohol vypilo v posledním měsíci celkem 69,9 % dotázaných (78,4 % mužů a 61,5 % žen). Pití nadměrných dávek alkoholu (5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti) s frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji uvedlo celkem 12,8 % dotázaných (21,1 % mužů a 4,9 % žen), především ve věkové skupině 35–44 let. To je podle mého názoru hrozné číslo a vede k zamyšlení.

O alkoholu, drogách a závislostí už vyšlo spousty odborné literatury, ale mám pocit, že alkohol veřejnost vůbec nepovažuje za nebezpečnou návykovou látku. Většina lidí se k ostatním drogám (pervitin, heroin, extáze) staví převážně odmítavě a negativně, ale alkohol nepovažují za tak rizikový. To potvrzuje i centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM) z roku 2013, který realizuje každoroční šetření názorů občanů na drogy zaměřené především na morální přijatelnost konzumace návykových látek a subjektivní vnímání zdravotních rizik spojených s jejich konzumací. Za nejméně rizikové chování považují respondenti konzumaci alkoholu, tabáku a konopných látek. Zvýšil se počet přijatelnosti konzumace alkoholu. To mě přivádí k otázce, jak to, že většina lidí považuje pití alkoholu za přijatelné, rádi se napijí, zajdou na pivo, na panáka? Ale na druhé straně, když pak vidí někoho, kdo je opitý či chodí denně do hospody, jsou z jejich úst mnohdy slyšet slova typu: „Podívej se na něj, zase chlastá“, „Fuj, zase je ožralá, že si nedá pokoj“, „Vidíš, zas je nalamtanej, nevímej si ho, není mu pomoci, nedá si říct“. Na jedince, kteří mají opravdu problém s alkoholem se často nahlíží jako na „ožrali“, kteří se do problémů dostali jen svou vlastní vinou a může si za vše sám.

Všechny tyto výše zmíněné důvody mě navedly k tomu, abych téma své bakalářské práce nazvala: Co bys dělal, kdybys zjistil, že Tvůj blízký má problém s alkoholem? Zmapování subjektivní dostupnosti adiktologických služeb a dalších zdrojů pomoci. Chtěla bych zjistit, jak by lidé řešili situaci, když by jejich blízká osoba byla závislá na alkoholu a zároveň zmapovat informovanost veřejnosti o možnostech léčení se závislostí na alkoholu včetně svépomoci. Neboť si myslím, že téma alkoholové závislosti v dnešní společnosti je velmi aktuální a v době životních krizí a problémů je alkohol pro lidi obzvlášť záluďný a nebezpečný. Významnou roli má vliv prostředí, ve kterém jedinec žije a vyrůstá. Nepochybně sem patří rodina, ve které člověk vyrůstá, pracovní prostředí, životní situace a také jeho duševní a tělesná odolnost.

2. ZÁVISLOST

Podle ASAM je závislost primární, chronická nemoc systému odměňování v mozku, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí. Poruchy těchto funkcí vedou k charakteristickým biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním projevům v patologickém chování jednotlivce, který užíváním substancí a/nebo pokračováním v chování s potenciálem vzniku a rozvoje závislosti dlouhodobě usiluje o dosažení odměny a/nebo úlevy. Závislost je charakteristická neschopností abstinovat, postižením kontroly chování, bažením, sníženou schopností rozpoznávat či připouštět si výrazné problémy vznikající v důsledku vlastního chování a v mezilidských vztazích, stejně jako v dysfunkčních emočních reakcích. Stejně jako u dalších chronických nemocí se v cyklu závislosti vyskytují relaps a remise. Bez léčby nebo zapojení do uzdravných aktivit je závislost progresivní a může vyústit v invaliditu nebo v předčasnou smrt (American Society for Addiction Medicine, 2012).

Nešpor (2011) ve své knize uvádí definici závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která byla vytvořena Světovou zdravotnickou organizací. „*Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoživení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.*“ (Nešpor, K., 2011)

2.1. Syndrom závislosti

Aby mohla být určena diagnóza syndromu závislosti, musí být splněna přítomnost minimálně tří z následujících jevů během posledního roku.

- silná touha nebo pocit nucení užívat látku (craving, bažení)
- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek konzumace, její ukončení nebo množství zkonsumované látky
 - např: Jedinec jde do hospody na jedno pivo a skončí i deseti. Chce se napít a neopít se, ale opakovaně se opije, i když nechtl.
- somatický odvykací stav
 - objevuje se při poklesu hladiny látky v těle, u alkoholu je typický neklid, nervozita, třes, pocení, návaly horka, nespavost. Příznaky odeznívají podáním látky.
- změna tolerance
 - v průběhu abúzu tolerance roste, u závislosti na alkoholu dochází pak v terminálním stádiu k poklesu tolerance v důsledku poškození jater. To znamená, že jedinec je po jednom pivu opilý půl dne.
- postupné zanedbávání jiných potěšení zájmů ve prospěch užívané látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení se z jejího účinku
 - jedinec s rozvinutou závislostí zvládá čím dál méně aktivit, opouští své koníčky, přestává zvládat pracovní a rodinné povinnosti, zanedbává svůj vzhled a péči o sebe.
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

-u rozvinuté závislosti už jedinec nedokáže přestat pít bez léčby, nedokáže přestat pít navzdory závažným následkům.

2.2. Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Spousta odborníků se na příčiny alkoholismu a drogové závislosti dívá jako na komplexní. U někoho se tedy závislost rozvíjí na základě pití pro psychologické problémy, u někoho převažují genetické dispozice či sociokulturní vazby na alkohol. Nejčastěji však jde o kombinaci řady faktorů.

Většina dnešní odborné literatury zmiňuje v souvislosti se vznikem závislosti takzvaný *bio-psycho-socio-spirituální model*. Ten vysvětluje, že závislost vzniká kombinací dvou a více složek modelu. Pokud se pohybujeme na biologické úrovni, hovoříme nejčastěji o fetálním alkoholovém syndromu, kdy se jedinec setkává s návykovou látkou již v prenatálním stadiu svého života a následkem toho pak může být předpokládán jeho větší sklon k závislosti. Rovněž se mluví o vlivu užití psychotropních či tlumivých látek v průběhu porodního procesu.

Psychologická úroveň tohoto modelu nabízí obdobnou teorii, která se zakládá na psychickém sejetí matky a plodu v těhotenství. Vysvětluje, že vzorec otázky a odpovědi, tedy negativního psychického zážitku matky a následné užití tlumivé látky, je pak zakódován i do psychiky dítěte v prenatálním období. V případě, že pak daný jedinec v postnatálním vývoji přijde s touto látkou do styku, zažívá sice nový nicméně dávno poznaný efekt této substance. Tato situace pak může být živnou půdou pro vznik závislosti a souvisí s ní několik ovlivňujících faktorů jako jsou péče o harmonický vývoj dítěte, uspokojování jeho potřeb, podpora v době dospívání, pomoc při výskytu duševních poruch a chorob (deprese úzkost). Pokud není poskytnuta adekvátní pomoc, bývá to prostor pro sebemedikaci, která může vyústit k rozvoji abusu a vzniku závislosti.

Model sociální úrovně se zaměřuje vztah jedince s okolím. Hlavní roli zde má kvalita rodinných vztahů a její pravidla a morálka. Pokud rodina jako systém nefunguje, jedinec pak často hledá identifikační vzory mimo rodinu, hledají pocit přijetí a sounáležitosti. Ještě specifičtější situace nastává, pokud jedinec v těsné blízkosti závislých osob vyrůstá. Je konfrontován s bráním drog či s pitím alkoholu jako s normou. Život se závislým znamená žít dysfunkční vztahy, jedinec je vystaven prudkým změnám a náladám.

Spirituální úroveň se zabývá otázkami hledáním smyslu života a jeho naplnění, tato potřeba je blízká každému z nás. (Kudrle, 2013)

2.2.1. Neurobiologie závislosti

Dle Dvořáčka, model závislosti vychází z dopaminové hypotézy, podle které je odměňující efekt drog závislý na činnosti mezolimbického dopaminergního systému, v češtině nazývaný „systém odměny“.

2.2.1.1. Systém odměny

Tento mozkový systém je evolučně relativně starý a je jedním z vnitřních autoregulačních mechanismů pro kontinuální zajištění potřeb nutných k přežití, reprodukci a pocitů tělesné pohody. Neurobiologický model závislosti se zabývá tím, jak působením drogy na mozek dochází k behaviorálním změnám v podobě závislostního chování. Tento model nahlíží na závislost jako na chronické recidivující onemocnění mozku. Situace, děje a podněty prostředí, které jsou potřebné pro přežití organismu, jsou spojovány s libým pocitem, aby byla zvýšená pravděpodobnost přežití organismu. Tyto situace a podněty z prostředí nazýváme přirozené zdroje odměny (potrava, sex, sociální vztahy). Hlavní úlohu v systému odměny hraje roli funkční a anatomická struktura mozku - oblast nucleus accumbens. V této oblasti přirozený zdroj odměny zvyšuje výdej dopaminu.

2.2.1.2. Droga jako umělý zdroj odměny

Všechny návykové látky mají jednu společnou vlastnost, jejich užití zvyšuje výdej dopaminu do nucleus accumbens. To znamená, co zvyšuje hladinu dopaminu v systému odměny, může být předmětem závislosti. Návykové látky tedy nazýváme jako zdroje umělé odměny. Ty ovšem mají několik odlišností ve srovnání s přirozenými zdroji odměny. Umělé zdroje odměny - dosažení odměny je rychlejší a jednodušší, odměna po užití drogy je nepřiměřeně silná a z hlediska výdeje dopaminu účinnější, organismus nemá vytvořeny dostatečné zpětné vazebné mechanismy k zastavení přijímání umělé odměny.

K základním znakům závislosti patří vysoká touha užít drogu, snížená kontrola nad touto touhou a nad užíváním drog a snížená odměňující hodnota biologicky přirozených zdrojů odměny. Zatímco dopamin je klíčovým mediátorem pro akutní odměnu a vznik závislosti, pro konečná stádia závislosti jsou pravděpodobně podstatné celulórní změny glutamatergických projekcí z prefrontálního kortexu do nucleus accumbens. (Dvořáček, 2008)

2.2.2. Sociální aspekty užívání drog

Mezi sociální souvislosti užívání drog patří nízké vzdělání, nezaměstnanost, problémy ve vztazích a rodině, nekvalitní a nestálé bydlení až bezdomovectví a další. Tyto problémy se často vyskytují současně a mohou vést k sociálnímu vyloučení.

2.2.2.1. Sociální exkluze a užívání drog.

Sociální exkluze jako jev se vyskytuje u různých skupin lidí, kteří se způsobem života nebo jinými charakteristikami odlišují od většinové společnosti. Významnými faktory přispívajícími k sociální exkluzi jsou nedostatek (finančních) prostředků, nízké vzdělání, nezaměstnanost, narušené rodinné vztahy, ztráta bydlení a následně celkové změny životního stylu, které mohou být spojeny s užíváním návykových látek.

2.3. Závislost jako aktuální problém

Heller J. ve své knize píše, že laická veřejnost často mylně nepovažuje závislost za chorobu. Závislé lidi tedy veřejnost mnohdy vidí tak, že se do problémů dostali jen vlastní vinou a přičiněním. Ve veřejnosti převládá názor, že kdyby člověk chtěl, může si pomoci sám. Jen

malý počet nemocných a jeho okolí dokáže posoudit závislost jako závažné onemocnění.
(Heller, 2013).

3. ÚVOD DO PROBLEMATIKY ALKOHOLU

Alkohol a alkoholismus jsou tématy medicínskými, ale i společenskými. Používání alkoholu je stálým průvodcem celou historií lidstva. Alkohol vždy plnil úlohu kladnou i zápornou. V kladném smyslu byl alkohol používán v medicíně jako dezinfekční prostředek, jako analgetikum i anestetikum. Nejrozsáhlejší použití má v oblasti ovlivňování lidské psychiky a zejména nálady. Záporné účinky alkoholu vyplývají z jeho návykovosti. Jeho nadměrné chronické pití způsobuje alkoholovou závislost – alkoholismus. Ta má zdravotní a rozsáhlé sociální důsledky. „Česká republika je ve spotřebě alkoholu první v Evropě a dokonce je první i ve spotřebě alkoholu adolescentů. To je závažný společenský problém, který může mít velký dopad na zdravotní stav obyvatelstva, na jeho pracovní schopnost a také na ekonomiku státu“. (Rokyta, 2013).

3.1. Rozsah užívání alkoholu v České republice

Dle výroční zprávy 2013 na vysoké úrovni zůstává v ČR výskyt rizikové konzumace alkoholu. Rizikové pití alkoholu se týká celkem 17,0 % populace (tj. 1,1–1,4 mil. osob). Škodlivé nebo problémové pití se pak týká 8,2 % populace (tj. 500–690 tis. osob).

Tato zpráva uvádí, že alkohol vypilo v posledním měsíci celkem 69,9 % dotázaných (78,4 % mužů a 61,5 % žen). Pití nadměrných dávek alkoholu (5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti) s frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji uvedlo celkem 12,8 % dotázaných (21,1 % mužů a 4,9 % žen), především ve věkové skupině 35–44 let. Výskyt škodlivého nebo problémového pití je nejčastější ve věkové skupině 25–34 let.

Dle této zprávy bylo pro poruchy způsobené zneužíváním alkoholu léčeno 22 838 osob, z nich 65 % tvořili muži, ve věku 40–64 let bylo 55 % a ve věku 20–39 let 36 % osob.

Pokud jde tedy o užívání alkoholu, odhadovaný počet osob ve věku 18–64 let užívajících alkohol rizikově či škodlivě se v ČR pohybuje v intervalu od 990 tis. až 1,4 mil. (z toho 800 tis. až 1 mil. mužů a 220–320 tis. žen). Počet osob ve značném riziku závislosti nebo závislých na alkoholu se odhaduje na 50–150 tis. osob (z toho 40–135 tis. mužů a 7–10 tis. žen) (Sovinová & Csémy, 2010).

V užívání alkoholických nápojů mezi českými šestnáctiletými se situace téměř nezměnila od poloviny 90. let minulého století. U chlapců vzrostl výskyt pravidelného pití piva a destilátů, u děvčat vína a destilátů. Nadměrné dávky alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) více než 3krát v posledním měsíci konzumovalo 21 % studentů. Pití alkoholu dospívajícími zůstává dlouhodobě závažným problémem (Csémy & Chomynová, 2012).

3.2. Názory občanů na drogy

V květnu 2013 realizovalo Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM) každoroční šetření Názory občanů na drogy zaměřené především na morální přijatelnost konzumace návykových látek a subjektivní vnímání zdravotních rizik spojených s jejich konzumací. Celkem bylo v rámci výzkumu osloveno 1062 respondentů starších 15 let, jednalo se o kvótní výběr respondentů podle pohlaví, věku, vzdělání, regionu a velikosti místa bydliště. Za nejméně rizikové chování považují respondenti konzumaci alkoholu, tabáku a konopných látek. Naopak nadpoloviční většina dotázaných hodnotí užití ostatních drog (extáze, pervitinu

a heroinu) jako rizikové již při prvním užití této látky. Oproti předchozím rokům je patrný pokles přijatelnosti kouření tabáku, ale i užití konopných látek, zatímco se dále zvýšila přijatelnost konzumace alkoholu.

3.3. Názor odborníka

Na internetových stránkách www.alkohol-alkoholismus.cz je dostupný článek s Mudr. Petrem Popovem, který působí jako primář na Oddělení léčby závislostí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Odpovídal na otázku reportérky:

Myslíte si, že jsme jako národ náchylnější k závislosti na alkoholu?

„Je to součástí našich zvyků a tradic, není to nic nového, takže relativně vysoká konzumace alkoholu nás provází po celou naši novodobou historii. Problém je v tom, že máme velmi vysokou průměrnou spotřebu, takže na jedné straně sice máme lidi, kteří pijí velice málo nebo vůbec ale na straně druhé naopak lidi, kteří pijí velmi mnoho.

Bezpochyby to přináší řadu zdravotních problémů způsobených nadměrnou konzumací alkoholu a jednou z nich může být také závislost na alkoholu. Ale i vysoká průměrná spotřeba alkoholu u osob, které ještě nevykazují známky závislosti, může způsobovat jiné zdravotní komplikace, ať už tělesné nebo duševní, což potom musíme řešit jako společnost. V praxi to představuje jednak sníženou produktivitu takových lidí a jednak značné náklady na jejich léčbu a péči o ně“. (Popov, 2011)

3.4. Alkohol

Chemický etylalkohol, etanol vzniká kvašením cukru. Látka je lidstvu známa od starověku, stejně tak problémy s jeho nadužíváním. Patří, společně s nikotinem mezi legální drogy. Psychotropní účinek je zprostředkován ovlivněním několika neurotransmiterových systémů – dopaminergního, noradrenergního, GABAergního. Jedná se o látku se značnou orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity. (Kalina, 2008).

Účinek alkoholu závisí na dávce a dalších faktorech, jako je vliv prostředí, dispozice. Stav po požití alkoholu se nejčastěji jeví jako prostá opilost. Malé dávky alkoholu působí stimulačně, vyšší pak tlumivě. Na počátku užití alkoholu se dostavuje zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie, později přichází ztráta zábran a snížení sebekritičnosti. Postupně se dostavuje únava, útlum a spánek.

Intoxikace alkoholem má čtyři stádia:

- lehká opilost - excitační stádium,
- opilost středního stupně - hypnotické stádium,
- těžká opilost - narkotické stádium,
- těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu - asfyktické stádium (Kalina, 2008).

Dle Popova byl ethylalkohol ve formě alkoholických nápojů vyráběn a používán v dobách historických civilizací, jak o tom svědčí četné archeologické nálezy - někdy jako látka zvláštního významu při náboženských obřadech, později stále častěji jako nápoj. Staré jsou též zprávy o léčebném používání alkoholu. I v současnosti se používá alkohol poměrně široce v oficiální, tak i v lidové medicíně. Patrně stejně dlouho jako je alkohol znám, však lidstvo provází i negativní následky nemírného požívání alkoholu. (Popov, 2003).

3.4.1. Typy závislosti na alkoholu

„Hlavním rizikem nadměrného užívání alkoholu je rozvoj tělesné i psychické závislosti“ (Minařík, 2008, s. 343). Už od roku 1940 je platná klasická Jellinekova typologie, která rozděluje závislost na alkoholu do pěti typů:

- 1) Typ alfa – problémové pití. V tomto případě jedinci užívají alkohol jako „sebemedikaci“, která jim napomáhá k odstranění úzkosti, deprese, tenze či dysforie. Typickým znakem bývá pití o samotě.
- 2) Typ beta – příležitostný abúzus. Ten je charakterizovaný sociokulturně, časté pití ve společnosti a následkem bývá somatické poškození
- 3) Typ gama – „anglosaský typ“ s preferencí piva a destilátů. Charakteristické jsou poruchy v kontrole pití, nárůst tolerance vůči alkoholu, somatická a psychická poškození, výrazněji nápadnější psychická závislost.
- 4) Typ delta – „románský typ“ s preferencí vína. Jedná se o denní konzumaci (udržování „hladinky“ bez výraznějších projevů opilosti či ztráty kontroly), výraznější projevy somatické závislosti a poškození.
- 5) Typ ypsilon – epizodický abúzus s obdobími delší až úplné abstinence („kvartální pijáctví“). V některých případech provázející afektivní poruchy. Nízký výskyt tohoto typu (Minařík, 2008).

3.4.2. Vznik a vývoj závislosti na alkoholu

„Člověk se alkoholikem nerodí, člověk se alkoholikem stává“. Požívání alkoholických nápojů je jednak doplňkem jídla, nadále doprovází nejrůznější společenské zvyklosti a setkání a konzumenti si uvědomují jeho účinky na jejich nervový systém, zejména na psychickou činnost člověka (Skála, 1977).

Vznik závislosti na alkoholu popisuje Popov (2003) jako „dispozičně-expoziční model“. Což znamená, že čím více se uplatňují faktory dispoziční, tím menší podíl expozice je nutný a naopak. Mezi dispoziční faktory patří biologické, včetně genetické dispozice, osobnostní výbava, zdravotní stav, komorbidita a jiné. Expozicí je míněna dostupnost alkoholu, míra konzumace – množství, frekvence, kvalita, koncentrace alkoholických nápojů. U vzniku závislosti jde však o komplexní působení řady faktorů, jak biologických, tak psychosociálních.

Přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu je většinou nenápadný. Typické jsou postupné změny – postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu, postupná ztráta kontroly užívání, postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů. Zároveň se mění myšlení a chování, které mohou dospět až k osobnostním změnám. Tyto změny myšlení a z nich vyplývající chování se nazývají „alkoholické obrany“, díky kterým alkoholik zpočátku zakrývá a později vysvětluje a obhajuje své pití (Popov, 2003).

Jedním z příznaků rozvinuté závislosti je výrazná změna tolerance vůči alkoholu. Charakteristické je počáteční zvyšování tolerance, kdy je osoba schopna denně konzumovat značné množství alkoholu. Postupně ale dochází k výraznému snížení schopnosti rychle a účinně alkohol metabolizovat, tedy ke snížení tolerance. Vypití i malého množství alkoholu pak rychle vyvolá těžké příznaky opilosti. (Což může být nápadné v porovnání s množstvím konzumovaným v minulosti.) Dalším příznakem jsou „ranní doušky“ jako projev potřeby odstranit symptomy nastupujícího odvykacího stavu doplněním hladiny alkoholu. Dalším příznakem jsou alkoholická „okénka“, poruchy paměti, při kterých si opilý nepamatuje, co během intoxikace dělal (Popov, 2003).

Jellinek rozdělil vývoj závislosti do čtyř stádií:

1. počáteční (*symptomatické*).

Toto období je charakteristické tím, že člověk, který se občas napije se nijak neliší od svého okolí a společenských norem, ale ať už vědomě či nevědomě pije kvůli psychotropním účinkům alkoholu, protože pod jeho vlivem se cítí lépe. Vlivem alkoholu dokáže zvládnout situace, které jsou pro něj bolestné či neřešitelné. Člověk pak využívá účinku alkoholu častěji, neboť alkohol se mu osvědčuje jako „řešení problému“. To vede pak k rozvoji adaptačních mechanismů a nárůstu tolerance a zvyšování dávky k „vyřešení problému“. V tomto stádiu budoucí pacienti pijí proto, že neumí jinak řešit své problémy - např.: nespokojenost v práci, neshody v partnerských vztazích.

2. varovné (*prodromální*).

Stádium je vyznačováno zvyšováním dávek k vyvolání příjemného pocitu. K dosažení své „hladinky“, aby se cítil dobře, vyhledává příležitosti k pití. K dosažení této hladiny pak jedinec začíná pít rychleji než okolí. Je to období, kdy jedinci pijí potajmu, protože si uvědomují, že jejich pití může být nápadné a začíná se za své chování stydět. Okolí tedy nemusí nic pozorovat a jedinec se díky psychickému vypětí může i po menší dávce alkoholu dostat do „okénka“ (palimpsestu), kdy si nepamatuje průběh intoxikace. První a druhé stádium závislosti se řadí do předchorobí, to znamená, že se nejedná o chorobu v pravém smyslu slova.

3. rozhodné (*kruciólní*).

V tomto stádiu dál roste tolerance. Jedinec snese vysoké dávky alkoholu, aniž by bylo vidět, že je opilý. To však dojde do fáze, kdy hladina, kterou člověk vnímá jako příjemnou, je srovnatelná s hladinou opilosti. To se projevuje tak, že jedinec dlouhou dobu působí se chce napít s přáním se neopít, to však je již nemožné. Mluví se o jevu, který se nazývá změna kontrola pití. Je to stav, kdy se již po malé dávce alkoholu odstartují v těle psychické procesy a rozjíždí se kaskáda dalšího pití, končící opilostí. Rostou pocity viny, začíná se měnit osobnostní struktura jedince, projevují se negativní stránky. Jedinec se uzavírá do svého

vnitřního světa, roste vztahovačnost. Celé toto období ovládá člověka pocit: „přece nejsem takový slaboch, abych nedokázal pít s mírou“. Snaží se neopít, ale nikoliv nenapít. Začíná období, kdy se již objevují zdravotní poruchy.

4. *konečné (terminální)*

Charakteristickým znakem čtvrtého stádia je nepříjemný stav po vystřízlivění. Tento stav člověk léčí další dávkou alkoholu - tzv. ranními doušky. Organismus je vyčerpaný a poškozená játra způsobují pokles tolerance, to znamená, že jedinec se opije menší dávkou alkoholu než dříve. Objevují se orgánová poškození, včetně duševních poruch. Nastupuje degradace osobnosti. Jediným požadavkem člověka na život je získání alkoholu. Jedinec upřednostňuje alkohol před nejzákladnějšími životními hodnotami. (péče o děti, péče o sebe, profese). Vzniká chronické stádium závislosti na alkoholu. (Heller, 2013)

3.4.3. Symptomy závislosti na alkoholu

Charakteristické znaky při vzniku závislosti na alkoholu (podle E. M. Jelinka):

1. Alkoholické palimpsesty (okénka).
2. Tajné pití.
3. Trvalé myšlenky na alkohol.
4. Překotné pití.
5. Pocit viny.
6. Vyhýbání se narážkám na alkohol.
7. Častost palimpsestů narůstá
8. Změněná (snížená až ztracená) kontrola v pití:
 - a) neschopnost přerušit pití,
 - b) neschopnost zdržet se pití.
9. „Vysvětlování“ důvodů k pití (racionalizace).
10. Sociální obtíže narůstají.
11. Velikášské chování jako kompenzace ztráty sebeúcty.
12. Nápadné agresivní chování.
13. Trvalý pocit zkroušenosti.
14. Období abstinence vynucené tlakem sociálního prostředí.
15. Změna způsobu pití (k předcházení nepříjemnostem).
16. Ztráta dosavadních přátel nebo rozchod s nimi.
17. Změna zaměstnání.
18. Všechno konání se točí kolem alkoholu (podřizování zájmů).
19. Ztráta zájmu o vnější svět.
20. Nový výklad meziosobních vztahů.
21. Nápadné sebelitování.
22. Úvahy nebo realizace úniku z dosavadního prostředí.
23. Změny v rodinném životě – odcizení.
24. Bezdůvodné námitky alkoholika proti členům rodiny.
25. Vytváření tajných zásob alkoholu.
26. Zanedbávání přiměřené výživy.
27. Hospitalizace pro poruchy na tělesném zdraví
28. Pokles sexuálního pudu.
29. Alkoholická žárlivost.
30. Pravidelné ranní doušky.
31. Výskyt prodloužené intoxikace (tahy).

32. Etická deteriorace.
33. Postižení mentálních schopností.
34. Alkoholické psychózy (např. delirium tremens).
35. Styky s morálně deprivovanými osobami.
36. Pití technických produktů alkoholu.
37. tolerance(snášenlivosti) na alkohol.
38. Nedefinovatelné úzkosti.
39. Třesy.
40. Pití nutkavého rázu.
41. Zhroucení racionalizačních systémů - tj. debakl

Dle Pecinovské dlouhodobé nadměrné pití (ať už je příčina jakákoliv) způsobuje adaptaci buněk na trvalý přívod alkoholu a to je pak základ pro bludný kruh choroby. Ovšem i dlouhodobým pravidelným pitím si můžeme vypěstovat závislost , to však trvá déle, proto se v těchto případech závislost projeví později. To znamená, že od „nevinného" společenského pití se můžeme dostat až k chronickému alkoholismu. (Pecinovská, 2011)

4. LÉČBA ZÁVISLOSTI

Dle Kaliny je cílem léčby závislých změna, která přinese zlepšení zdraví a kvalitu života na nejvyšší možnou míru. Jedním ze zásadních poznatků, o který se současná léčba závislosti opírá je „že neexistuje taková léčba, která by byla vhodná pro každého klienta, a neexistuje takový klient, který by byl vhodný pro kterýkoliv typ léčby“ (Kalina, 2003).

Jak sám Heller píše ve své knize Pavučina závislostí: „U závislosti chybí velmi důležitý předpoklad pro úspěšné zvládnutí léčby a tím je náhled choroby, náhled nutnosti léčby a s tím úzce souvisí i náhled vhodné léčby“. Svě o tom vědí a zažívají blízcí rodinní příslušníci, kteří znají skutečný rozsah důsledků chybějícího náhledu. Blízcí, kteří žijí v nekonečných snahách přesvědčit závislého o jeho nemoci.(Heller, 2011).

Mezi nejběžnější prvky moderní léčby závislostí patří:

- detoxifikace, léčba odvykacích stavů, intoxikací i somatických a psychiatrických komplikací závislosti
- práce s motivací
- psychoterapie
- rodinná a manželská terapie
- poradenství a sociální pomoc (právní, pracovní, zdravotní, výživa, výchova dětí apod.)
- nácvik sociálních a jiných relevantních dovedností (např. dovedností odmítání, rozhodování se, komunikace, zdravého sebeprosazení)
- intervence týkající se životního stylu, kvalitních zájmů, jak pečovat o sebe
- relaxační techniky, jóga a další nefarmakologické způsoby zvládnutí stresu a úzkosti
- prevence recidiv a jejich případné zvládnutí
- terapeutická komunita
- svépomocné organizace typu „Anonymních alkoholiků“
- farmakoterapie
- dlouhodobé sledování, toxikologické kontroly, dispenzarizace (Nešpor, 2011)

4.1. Formy léčby

V současnosti je v České republice léčba alkoholu zajištěna převážně ambulantní léčbou, ústavní léčbou a denními stacionáři.

Ambulantní léčba je poskytována ve specializovaných zařízeních. Tyto zařízení jsou přizpůsobeny tak, aby lidé mohli docházet i po pracovní době. Nabízí individuální terapie, psychoterapeutické skupiny, práce s rodinami závislých, socioterapeutický klub. Tato forma léčby má však také své omezení. A to zejména, pokud se pití vymyká z rukou a problémy se nadále hromadí, to je pak na místě ústavní léčba.

Ústavní léčba je vhodná u těžkých zdravotních nebo psychiatrických komplikací po alkoholu. Léčba bývá intenzivnější, protože se využívá souběžně více postupů jako například skupinová terapie, principy terapeutické komunity, relaxační techniky, rodinná terapie a socioterapeutický klub. (Nešpor, 2006)

Denní stacionář . Klienti bývají většinou v pracovní neschopnosti a dochází na léčbu jako do práce ve všední dny. Výhodou je trvalý kontakt s rodinou (Nešpor, 2006). Je určena těm, kteří mají dobré sociální zázemí, nestačí jim běžná ambulantní péče, ale zároveň nutně nepotřebují ústavní - lůžkovou léčbu (Kalina, 2003).

4.2. Průběh léčby

Dle Popova je závislost na alkoholu chronické recidivující onemocnění. To znamená, že pokud člověk není léčen, onemocnění bude mít sklon k progresi. Základní podmínkou pro závislost na alkoholu je abstinence. Velmi často se stává, že u léčených pacientů nedochází k trvalé abstinenci hned po první léčbě. Tento fakt ovlivňuje řadu lidí k názoru, že léčba závislosti je neúspěšná a tím tedy i zbytečná i marná. Ovšem kritériem úspěšnosti není jen trvalá abstinence, ale délka nepřerušené abstinence, během níž člověk je schopen „normálního“ života a fungovat bez potíží. (Popov, 2013).

4.3. Léčebný proces

Léčba drogové závislosti bývá většinou dlouhodobým procesem, která se často opakuje. K dlouhodobé abstinenci a změně životního stylu se v léčbě osvědčují programy různého typu. V této souvislosti Kalina (2013) mluví o účinnosti celého léčebného kontinua, který se skládá z poradenství před nástupem léčby, léčby a následné péče.

Poradenství před nástupem léčby má za cíl podporovat motivaci klienta, pomoci mu urychlit vstup do léčby a zlepšit tak zapojení do léčebného procesu.

Léčba, která usiluje o abstinenci klienta v duchu bio-psycho-sociálního-spirituálního modelu.

Následná péče, která usiluje o snížení relapsu a snaží se o sociální integraci jedince. (Kalina, 2013)

4.4. Léčba závislosti na alkoholu u žen

V léčbě závislosti na alkoholu je u žen pracovat s bariérami bránícími efektivní léčbě. Tím je především absence náhledu a racionalizační obranný systém. Lékař, k němuž má člověk důvěru, může zásadně přispět k motivaci závislého k odvykací léčbě.

Jen ti, kteří se závislým člověkem žijí, znají jejich skutečné důsledky, vědí o nekonečných snahách přesvědčit jej o jeho nemoci, o tom, že jeho intoxikace již přestaly souviset s tím, co se děje v jeho okolí, že problémy s drogou již plně vyplnily celý jeho obzor, a především to, že jejich aktivity nejsou namířeny proti osobě závislého, ale proti jeho chorobné závislosti. „Přesvědčení

závislého k léčbě znamená skutečný zápas o jeho život, který vyžaduje nekonečnou trpělivost, obětavost a pevný vztah, ale také podporu lékaře, ať už psychiatra, adiktologa, praktického lékaře či specialisty jakéhokoliv oboru". (Pecinovská, 2013)

4.4.1. Ženy a alkohol

Ve druhé polovině dvacátého století se výrazně změnilo postavení žen ve společnosti. Ženy získaly nezávislost ekonomickou, společenskou i právní, s opouštěním domova a tradičních rolí však také přestávají být chráněny před vnějšími vlivy a ztrácejí oporu velké rodiny v řešení životních problémů. Zvýšila se dostupnost alkoholu, psychofarmak i ilegálních drog.

Ženy se dostávají do nových společenských rolí, úkolů a očekávání. Zároveň jim zůstávají tradiční role především v rodině. Potřeba zvládnout tyto role vede ženy osobnostně, geneticky či vývojově disponované k závislostnímu jednání, ke zneužívání prostředků odstraňujících vznikající psychické obtíže, či rozšiřujících aktuální možnosti. Rovněž stále přibývá žen, k jejichž životnímu stylu patří častá společenská konzumace alkoholu. Ženské tělo je vůči vlivům alkoholu zranitelnější po stránce somatické i psychické. *„Je zajímavé, že zatímco se v posledních desetiletích s rozšiřováním společenských tolerancí výrazně zvýšila společenská tolerance ke konzumaci alkoholu ženami, odmítavý postoj k závislé ženě se změnil jen velmi málo. Z toho všeho vyplývají rozdíly ve vývoji a komplikacích abúzu a závislosti na návykových látkách i v léčebném postupu závislých žen". (Pecinovská, 2013)*

4.4.2. Motivace žen k abúzu alkoholu

Rozvoj abúzu a závislosti vzniká u žen dvěma základními cestami, psychogenní a sociogenní cestou, které se mohou navzájem kombinovat. Mnoho žen záhy rozpozná a začne využívat a posléze zneužívat psycho účinek alkoholu. Například relaxační účinek pro nerozvinutou dovednost uvolnit se nebo odpočívat. Stimulační účinek pro snahu zvládat nepřiměřenou zátěž bez schopnosti spolupracovat. Anxiolytický, antidepressivní a hypnotický k samoléčbě psychických obtíží vyplývajících z neřešených problémů, nejčastěji partnerských a rodinných, nebo z nezpracovaných traumat, u žen nespokojených s tělesnou hmotností atd. Cílem konzumace je tedy změna psychického stavu. Nikoliv opilost (zřetelná intoxikace), která se objevuje s rostoucí tolerancí a zvyšováním účinných dávek později, jako nechtěný důsledek ztráty kontroly a tedy příznak rozvíjející se závislosti. (Pecinovská, 2013)

4.5. Rozdíly v klinickém obraze závislosti na alkoholu u žen a mužů

Na prvním místě se jedná o velmi častou psychiatrickou komorbiditu (poruchy příjmu potravy – výskyt až u 60 % alkoholiček, u nichž se závislost rozvine před 30. rokem věku, poruchy osobnosti – výskyt až u 70 % závislých žen, úzkostné a afektivní poruchy), dále velmi častou kombinaci abúzu alkoholu a návykových léků. Rozvoj závislosti bývá rychlejší než u mužů, rovněž rozvoj zdravotních komplikací je u závislých žen rychlejší („telescoping“).

Ke konzumaci alkoholu dochází nejčastěji doma a skrytě, což vyvolává pozdní reakce okolí a v důsledku toho závažnější komplikace somatické a psychické, které teprve na závažnost či

dokonce samu existenci abúzu okolí upozorní. Chybějící informace o abúzu způsobují neúčinnost léčby komplikací (deprese, nespavost, odvykací stavy imponující jako klimakterické, oběhové nebo úzkostné obtíže), často s rozvojem zkřížené závislosti na alkoholu ordinovaných návykových léčích s prohloubením komplikací (suicidální pokusy, epileptické záchvaty, psychotické stavy, demence).

K výše uvedeným komplikacím přispívá i oddalování léčby způsobené obavou pacientky a často i její rodiny ze stigmatizace diagnózou závislosti a z dalších bariér (zajištění péče o děti, včetně zajištění prostředků pro rodinu, zejména u matek-samoživitelek, obava ze zneužití hospitalizace ve sporech ohledně péče o děti).

K rozdílům v klinickém obraze nutno patří ještě důsledky sociální jako je rozpad rodiny, narušení psychosociálního vývoje dětí, stále častější domácí násilí a sexuální zneužívání. (Pecinová, 2013)

4.6. Rozdíly v léčbě

Ženy přicházejí do léčby později (obvyklé je asi dvouleté opoždění nástupu léčby oproti době, kdy již byla ústavní léčba indikována). V ambulantní léčbě či na počátku ústavní léčby se často setkáváme s malou spoluprací nebo pseudospoluprací, i proto u žen zřídka kdy postačí ambulantní léčba k dosažení dlouhodobější remise.

Dále se u žen velmi často setkáváme s vysoce rozvinutým obranným racionalizačním systémem. Racionalizační systém oddaluje vytvoření náhledu choroby a tím i aktivní spolupráci v psychotherapeutickém programu. Zásadní podmínkou pro spolupráci ženy v terapii je produktivní terapeutický vztah a vůbec řešení vztahových problémů v rodině i společnosti. Ženy také daleko obtížněji přiznávají používání alkoholu a léků k odstraňování svých somatických a psychických potíží v souvislosti se specifickým ženským posláním (těhotenství, mateřství, výchova dětí, domácí násilí).

Pro muže je významnější terapeutická autorita, ocenění ve zvládnutí terapeutického programu a hledání cest k návratu do narušených sociálních struktur. Snadněji přijímají terapeutické zásady v očekávání rychlých změn. Psychické a somatické obtíže se snaží spíše podržet v racionalizačním systému. Při dobré motivaci se poměrně rychle objevuje jejich spolupráce a aktivní využití nabízeného programu s potřebou ocenění.

U žen se v psychoterapii setkáváme rychleji s verbálním náhledem, který však často nevede k náhledu produktivnímu (ke změně chování). Ženy jsou v terapii méně agresivní a využívají psychického nátlaku na své okolí (terapeuta). Změny chování nastávají u žen později v porovnání s muži, dosažené změny mají ale trvalejší charakter. V terapeutickém programu je pro ženy zásadní empatická atmosféra psychotherapeutických programů, získání důvěry k možnosti sdělení i intimních problémů pacientky, především v oblasti psychotraumatizace. U mužů je důležitá především emoční složka pro přijetí terapeutického programu s rozvojem psychosomatické pohody a možnost přijetí rozhodujících zásad pro dodržení abstinence.

Ženy, které přijmou léčbu, více spolupracují v doléčovacím programu a mají stabilnější výsledky než muži. Využití doléčovacího programu je u žen rozhodujícím faktorem pro dosažení dlouhodobé remise, se stabilizací v abstinenci, rozvojem osobnosti a rekonstrukcí narušených či vytvořením nových kvalitních vztahů. (Pecinová, 2013).

Léčebný systém zahrnující komplexní léčebný program režimového typu s navazujícím doléčovacím programem obohaceným o svépomocné aktivity dosahuje dlouhodobé remise s abstinencí od návykových látek, rozvojem osobnosti a dosažením životní spokojenosti, jak potvrdil výzkum efektivity léčby na ženském oddělení Apolináře (Csémy, Heller, Pecinová, Přikrylová, Popov – Alkoholismus drogové závislosti, 2012)

5. SYSTÉM LÉČEBNÉ PÉČE

Martina Richterová Těmínová (2008) píše, že v současné době je v České republice vybudovaný relativně ucelený systém péče pro uživatele návykových látek. Ale vyvstává otázka, zda to platí i v případě péče o závislé na alkoholu?

Nešpor (2002) například píše, že systém léčebné péče pro závislé na alkoholu má bohužel daleko k dokonalosti. A to hlavně v případě ambulantních zařízení pro závislé na alkoholu. V mnoha z nich pracují lékaři jen na částečný úvazek a tím je pak omezená schopnost poskytnout klientům intenzivní ambulantní léčbu, která by měla obsahovat 3 nebo více léčebných aktivit týdně. Další problém se týká rezidenčních zařízení pro závislé. Ty jsou kapacitně omezeny a mají relativně dlouhé čekací doby Nešpor (2002).

5.1. Názor odborníka

Například Mudr. Petr Popov na internetových stránkách www.alkohol.alkoholismus.cz odpovídá na otázku reportérce:

Jaké jsou v České republice podmínky pro léčbu závislosti?

„Co se týče ambulantní péče o osoby závislé na alkoholu, tak jsou podmínky naprosto tristní. Většina těchto lidí, kteří by se mohli účinně léčit ambulantní formou, pokračuje v závislosti, která dojde až do extrémnějších poloh a nakonec skončí v lepším případě v psychiatrické léčebně se specializovaným programem, v horším pak pouze v léčebně bez programů zaměřených na závislost na alkoholu.

Následuje známý princip otáčecích dveří, kdy pacient odejde z léčebny a za krátkou dobu se tam vrátí, a to i několikrát. Setkal jsem se dokonce i s desítkami pobytů u jednoho pacienta. Nákladovost takové léčby je značná, efektivita ale minimální". (Popov, 2011)

5.2. Efektivní systém péče

Efektivní síť léčebné péče by měla splňovat určitá kritéria. Jednak v oblasti kvalitativní, která zahrnuje strukturu a provázanost sítě. A dále pak v oblasti kvantitativní, tím je míněn rozsah a dostupnost péče. Do kritérií v oblasti kvalitativní patří komplexnost, provázanost a efektivita systému péče. V oblasti kvantitativních kritérií jsou dvě základní kritéria, a to rozsah a dostupnost systému péče (Bém, 2003).

5.2.1. Dostupnost adiktologické péče

Dostupnost specializované péče pro klienty bývá prohlašována za základní princip funkční sítě veřejných služeb. V oboru adiktologie je dostupnost péče považována za základní požadavek na síť specializovaných služeb.

Čtyři základní kritéria dostupnosti podle O'Donnella(2007) jsou: *existence služby* , *geografická přístupnost* , *finanční dosažitelnost* a *dostupnost ve společenském a kulturním kontextu* . Síť služeb můžeme analyzovat i z hlediska dalších dimenzí. Příkladem může být

„psychosociální dostupnost“, která je podmíněna motivací pacienta/klienta vyhledat odborné služby a nebo „dostupnost odborně zdravotnická“. Můžeme se setkat i s pojmem "organizační dostupnost", která si všímá provázanosti a návaznosti různých druhů zdravotní (adiktologické) péče (např. organizace přeposílání klientů do navazujících služeb, specializovaných center, síťování služeb, case- management). Bariéry v dostupnosti adiktologických služeb mohou pramenit jednak ze strany poptávky – klientů služeb, tak i ze strany nabídky – od poskytovatelů služeb (Ensor & Cooper, 2004; O'Donnell, 2007).

5.3. Typy adiktologických služeb

Typy adiktologických služeb v § 20 Zákona č. 379/2005 Sb. jsou definovány následovně:

- akutní lůžková péče , již je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí ,
- detoxifikace , kterou je léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu,
- terénní programy , kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé,
- kontaktní a poradenské služby ,
- ambulantní léčba závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách,
- stacionární programy , které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí,
- krátkodobá a střednědobá ústavní péče , kterou je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5–14 týdnů,
- rezidenční péče v terapeutických komunitách , kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6– 15 měsíců,
- programy následné péče , které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení; obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence,
- substituční léčba , kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře.

5.4. Zhodnocení současného stavu adiktologických služeb

Před rokem 1990 byla léčba uživatelů všech typů psychoaktivních látek zajišťována ve státních zdravotnických zařízeních – protialkoholních poradnách (později tzv. AT ambulancích – ordinacích pro alkoholismus a jiné toxikomanie) a lůžkových zařízeních oboru psychiatrie. K rozpadu sítě AT poraden došlo v důsledku zrušení státních dotací, tím tak byly AT ambulance postaveny na stejnou úroveň s nesespecializovanými psychiatrickými ambulancemi.

V podmínkách převážně privátní ambulantní praxe to má osudové následky. Síť specializované ambulantní péče o uživatele návykových látek se prakticky rozpadla. V současnosti není řada privátních psychiatrů ochotna péči v oboru adiktologie systematicky poskytovat, přestože ji má s plátcí zdravotní péče ujednanu smluvně. Obor adiktologie se v posledních 20 letech vyvíjel v jiných oblastech či jiným směrem. Vznikaly nové typy služeb, změnil se přístup k uživatelům psychoaktivních látek.

Absenci lékařských služeb začaly částečně nahrazovat nově vznikající služby s úzkou vazbou na místní komunitu – kontaktní a poradenská centra, terénní programy, terapeutické komunity, doléčovací programy, stacionáře, zřizované pracovníky nestátních organizací převážně jen pro uživatele nelegálních drog.

Původní bio-medicínský přístup byl nahrazen bio-psycho-sociálním s větší poptávkou po kontaktní práci s klientem, minimalizaci rizik, sociální práci, psychoterapii, substituční léčbě apod. Do péče o klienty se zapojili pracovníci nezdravotnických profesí (psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové apod.). Vznikaly tak nové a chybějící služby, jež se postupně plně profesionalizovaly. (Lenka Vavrinčíková, Jiří Libra, Michal Miovský, 2013)

„Roztříštěný systém péče nezajišťuje dostupnost a potřebnou kvalitu služeb adekvátní jednotlivým typům klientů a je jej obtížné koordinovat, kultivovat či rozvíjet“. (Libra, 2013).

6. SVÉPOMOCNÉ SKUPINY

„Jiný jejich rozumný zvyk je tento: Protože nemají lékaře, vynášejí nemocné na náměstí. Tam přistupují k nemocnému lidé, a jestliže někdo sám trpěl chorobou, jakou má nemocný, anebo viděl takovou chorobu u jiného člověka, dává mu rady týkající se jeho nemoci. Takto mu přicházející lidé rádi a doporučují, aby dělal to, co dělali oni sami, když se léčili z podobné choroby, anebo viděli jiného, jak se z ní vyléčil“.

Herodotos: Popis krajiny a zvyky Babyloňanů .

6.1. Svépomoc

Myšlenka svépomoci je uvědomění si spontánní reakce, ale i zvířete. V případě pocitu ohrožení se člověk spontánně sdružuje a nebezpečí ve skupině se snadněji snáší. Pomáhání druhému ve formě sobě samému je výsledkem uvědomělé činnosti. V současné době je u nás vytvořen prostor ke sdružování lidí, které ohrožuje společné nebezpečí. Vzniká tak prostor pro vlastní aktivitu a především zodpovědnost lidí. (Pecinová, 2011).

6.2. Svépomocné programy

Dle Kaliny a Vobořila tímto termínem označujeme řadu různých aktivit. Ve vyspělých zemích je to jeden z nejběžnějších způsobů intervence u osob, které se ocitnou v nejrůznějších psychologicky těžkých životních situacích, s podobným příběhem, se stejným osudem. V oboru problémů závislostí je tento způsob intervence považován za jeden z nejučinnějších nástrojů. (Kalina, Vobořil, 2003)

6.3. Svépomocné skupiny

Pro odlišení svépomocných skupin od jiných zájmových skupin mluvíme o stavu bezmoci, který je pro tyto skupiny často výchozím bodem, svou činností chtějí svépomocné skupiny tento stav překonat (Bútor 1991).

Teoretické charakteristiky skupin zformulovala Killieová (1976) do 7 následujících bodů:

1. Společná zkušenost členů kdo péči poskytuje, trpí stejným neduhem, jako její příjemce.
2. Vzájemná pomoc a podpora – skupina se pravidelně setkává, členové projevují o sebe zájem, poskytují si navzájem pomoc a podporu.
3. Uplatňování tzv. „principu pomáhajícího – na pomoci druhému vlastně nejvíc získá ten, kdo pomoc poskytuje, protože ho to posiluje a podporuje v žádoucím jednání.
4. Uplatňování teorie „přidružení se“ (k novému chování) prostřednictvím „odlišování se“ (od původního chování), posilováním nového vnímání toho, co se považuje za normální, se člen skupiny vzdaluje a postupně vzdává své předchozí negativní identity.
5. Kolektivní vůle, energie a víra – každá osoba si své pocity a postoje ověřuje u ostatních členů skupiny.
6. Význam informací - zvýšené faktografické, věcné, racionální pochopení problematiky, poskytování potřebných informací a instrukcí umožňuje se lépe vyrovnat s problémem.

7. Konstruktivní jednání ve vztahu ke sdíleným cílům. Skupiny jsou orientovány na jednání – jejich členové se učí prostřednictvím činností a podobně se tak mění i prostřednictvím jednání. (Pecinovská, 2011)

6.4. Historie vzniku svépomocných skupin

První svépomocná organizace pro lidi, kteří mají problém s alkoholem a chtějí je překonat, vznikla v roce 1935 v USA a působí v mnoha zemích světa. Svépomocné skupiny se datují od vzniku organizace Anonymních alkoholiků tzv. „AA“. (AA, 1996)

6.4.1.1. Organizace Anonymních alkoholiků

Nejlepší definicí, která vystihuje AA je jejich preambule: *„Anonymní alkoholici je společenství žen a mužů, kteří spolu sdílejí své zkušenosti, sílu a naději, že dovedou vyřešit svůj společný problém a pomoci ostatním k uzdravení z alkoholismu. Jediným požadavkem pro členství v AA je touha přestat pít. Nemáme žádné povinné poplatky ani vstupné, jsme soběstační díky vlastním dobrovolným příspěvkům. Anonymní alkoholici nejsou spojeni s žádnou sektou, církví, politickou organizací či jakoukoliv jinou institucí. Nepřejí si zaplést se do jakékoli rozepře, neodporují, ale ani nepodporují žádné vnější programy. Naším prvotním účelem je zůstat střízliví a pomáhat ostatním alkoholikům střízlivosti dosahovat.“* (AA, 1996)

6.4.2. Dvanáct kroků a dvanáct tradic AA

AA se ve své činnosti řídí „12 kroky“ a „12 tradicemi“, které obsahují konkrétní návody na vyrovnání se s problémem závislosti na alkoholu.

Dvanáct kroků:

1. „Přiznali jsme si svou bezmocnost vůči alkoholu-naše životy se staly nevládnutelnými.“
2. „Dospěli jsme k víře, že jen Síla větší než je naše vlastní nám vrátí duševní zdraví.“
3. „Rozhodli jsme se předat svou vůli a svůj život do rukou Boha, tak jak Ho my sami chápeme.“
4. „Provedli jsme důkladnou a nebojácnou mravní inventuru sebe samých.“
5. „Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých nedostatků.“
6. „Připravili jsme se plně na to, aby Bůh tyto naše charakterové vady odstranil.“
7. „Pokorně jsme Ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.“
8. „Sepsali jsme si seznam všech lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.“
9. „Nápravu jsme provedli v případech všech lidí, u nichž to bylo možné, s výjimkou těch, kde bychom ublížili jim samým anebo jiným lidem.“
10. „Pokračovali jsme v osobní inventuře, a když jsme se zmýlili, hned jsme si to přiznali.“
11. „Pomocí modliteb a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý vztah k Bohu, tak jak Ho my sami chápeme, a modlili jsme se jen za to, abychom poznali Jeho vůli a našli sílu ji uskutečnit.“

12. „Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili, snažili se předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto zásady ve všech svých záležitostech.“ (12 kroků a 12 tradic, 2000).

Dvanáct tradic:

Oproti dvanácti krokům se dvanáct tradic týká především života společenství AA.

6.5. Organizace vzniklé po vzoru Anonymních alkoholiků

Organizace, které vznikly po vzoru Anonymních alkoholiků:

- Al-Anon (pro manželky, nebo partnerky závislých na alkoholu)
- Alateen (pro dospívající děti z rodin, kde se vyskytuje závislost na alkoholu)
- Parents Anonymous (Anonymní rodiče, organizace pro rodiče, jejichž děti jsou závislé na alkoholu nebo drogách)
- Narcotics Anonymous (Anonymní narkomané)
- Smokers Anonymous (Anonymní kuřáci)
- Gamblers Anonymous (Anonymní hazardní hráči)
- Overeaters Anonymous (Anonymní přejídači)
- Workaholics Anonymous (Anonymní workaholici pro „závislé“ na práci)

Nešpor (2011) píše: „*program 12 kroků se uplatňuje při léčbě asi stovky problémů a chorob. To má i jisté praktické výhody, např. závislí na nealkoholových drogách nebo patologičtí hráči se mohou podle potřeby účastnit i setkání Anonymních alkoholiků*“.

7. RODINA A ALKOHOL

Závislost nepochybně destruuje celý rodinný systém a jeho jednotlivé členy rodiny. To znamená, že závislost jednoho člena rodiny na alkoholu se dotýká všech členů rodiny. Dochází k onemocnění rodiny a vzrůstá v rodině počet negativních jevů. (Heller, 2011)

To, potvrzuje i Mudr. Nešpor: „*Sdílet společnou domácnost s člověkem, který problémově pije, je náročné. Hodně povinností, které by si za normálních okolností partneři rozdělili, přechází krátkodobě nebo i dlouhodobě a často nepředvídatelně na nepijícího partnera, děti, nebo další členy rodiny. Pití vnáší do života rodiny nestabilitu a zmatky.*“ (Nešpor, 2006)

Maťová (1979) ve své knize popisuje čtyři stádia, kterými může procházet rodina alkoholika.

a) Rodina nutí postiženého, který často selhává ve svých povinnostech, aby plnil všechny úkoly v rodině, které mu jako manželovi, otcí, synovi přísluší;

b) jednotliví členové rodiny, především manželka, přebírají některé úkoly a role a také více samostatně rozhodují. V rodině se s postiženým ještě počítá, ale není již rovnocenným partnerem. Konflikty se v rodině množí nejenom pro pití, ale i z těchto důvodů;

c) s postiženým se v rodině již přestává počítat, rodina si plánuje a zařizuje život bez ohledu na jeho přání a nároky. Rodina jen trpí jeho přítomností a vyžaduje jeho alimentační povinnost;

d) rodina se rozpadá, dochází k rozvodu.“ (Maťová, A., 1979)

Nešpor také ve své knize Zůstat střízlivý (2006) popisuje, jaké vztahy se mohou objevovat v partnerstvích, kde se vyskytuje závislost.

- „Sdílená závislost“. Jedna z nejnebezpečnějších možností. Situace, kdy oba dva ve vztahu pijí, a tím se tak utvrzují v závislosti. Když se jeden z nich pokusí o abstinenci, ten druhý ho pak většinou stáhne zpátky k pití. Tyto vztahy končí obvykle rozchodem nebo naopak fiaskem.
- Vztahy „něco za něco“. Situace, kdy jeden z partnerů odpouští druhému pití a ten druhý mu za to toleruje např. nevěru nebo hrubost.
- Sadistický a masochistický vztah.
- Tzv. umožňovači. To jsou lidé, kteří to myslí dobře, ale přesto škodí. Například tím, že platí dluhy, vymýšlejí omluvy nadměrného pití. Tím však závislost jenom posilují. (Nešpor, 2006). Tento vztah je známý pod pojmem kodependence.

7.1. Kodependence

Je to označení pro souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterým rodina nebo partner závislost spíše podporují, rozvíjejí anebo naopak sabotují či zlehčují snahu o vyléčení. Tento model spoluzávislosti vychází z toho, že partner či rodina závislé chování umožňují. Jedná se například o popírání zjevných problémů, neschopnost udržet určitá pravidla a hranice, obviňování místo hledání řešení, odkládání řešení, bagatelizace obtíží nebo potřeby léčby, tendence věřit iluzím apod. (Kalina, 2018).

7.2. Děti v rodinách alkoholiků

Mařová (1979) vysvětluje, že pro děti je závislost na alkoholu jejich rodinného příslušníka věcí velice zátěžovou. Celá situace je velmi stresuje a zatěžuje, a to i v případech, že nejsou přímo přítomny opileckým výstupům svých rodičů.

Profous (2011) se věnuje již dospělým dětem alkoholiků. Ve své knize udává možné potíže, které se právě u těchto jedinců mohou objevit.

Dospělé děti alkoholiků:

- *si nejsou jisty tím, jaké chování je správné;*
- *mají těžkosti při dotahování úkolů do konce;*
- *lžou v situacích, kde by bylo stejně snadné říci pravdu;*
- *posuzují samy sebe bez slitování;*
- *mají problém se bavit;*
- *berou samy sebe velice vážně;*
- *mají problém s důvěrnými vztahy;*
- *reagují nepřiměřeně na změny, které nemohou ovlivnit;*
- *neustále hledají a vyžadují pochvalu a ujištění;*
- *obvykle cítí, že jsou jiní než ostatní lidé;*
- *jsou buď mimořádně odpovědné, nebo mimořádně nezodpovědné;*
- *jsou extrémně loajální, a to i tehdy, když vidí, že jejich loajalita je nezasloužená;*
- *jsou impulzivní. Mají sklon nechat se vtáhnout do průběhu nějaké události, aniž by vážně uvažovaly o jiných alternativách chování nebo o možných důsledcích. Tato impulzivnost pak vede k vnitřnímu chaosu, k averzi vůči vlastní osobě a ke ztrátě kontroly nad svým prostředím. Kromě toho musí vynakládat velké úsilí, aby věci daly zase do pořádku.“ (Profous, J., 2011)*

8. POUŽITÉ METODY

8.1. Výzkumný cíl

Na základě výzkumného problému a výzkumných východisek je mým cílem v této práci zjistit, jak by lidé řešili situaci, když by jejich blízká osoba byla závislá na alkoholu a zároveň zmapovat informovanost veřejnosti o možnostech léčení se závislostí na alkoholu včetně svépomoci.

8.2. Výzkumné otázky

Z výše uvedeného cíle jsem si stanovila výzkumné otázky:

- O jakých zdrojích pomoci by lidé uvažovali, kdyby jejich blízká osoba byla závislá na alkoholu?
- Jaké adiktologické služby či formy léčení jsou lidem známé a ke zvládnutí problému s alkoholem vhodné?
- Jaké svépomocné aktivity či aktivity jsou lidem známé a ke zvládnutí problému s alkoholem vhodné?
- Liší se hypotetické zdroje respondentů bez zkušenosti s alkoholovým problémem oproti reálným zkušenostem?

8.3. Metoda sběru dat

Pro zodpovězení stanovených výzkumných otázek jsem zvolila kvalitativní metodu uskutečněnou formou polostrukturovaného rozhovoru. Pro výzkum byla vytvořena základní struktura s okruhy otázek, abych získala odpověď na mé výzkumné otázky. Data pro zrealizování tohoto výzkumu byla získána ze dvou skupin respondentů. První skupina byla složená z respondentů s alkoholovou zkušeností a druhá skupina byla složená z respondentů bez alkoholové zkušenosti. Respondenti jsem získala namátkovým výběrem z veřejnosti. S každým respondentem jsem provedla jeden rozhovor. Délky rozhovoru se většinou pohybovaly v rozmezí 5 až 15 minut, vždy to záleželo na sdílnosti respondentů. Před zrealizováním rozhovoru jsem každého respondenta seznámila s cílem mé práce a poprosila je, zda by byli ochotni se podělit o svoje názory a postoje. Během rozhovorů jsem se snažila vytvořit přátelskou atmosféru a atmosféru důvěry, aby se zúčastnění necítili jako u výslechu a měli pocit příjemného rozhovoru. Každému také bylo nabídnuto, že kdykoliv rozhovor mohou ukončit. Výpovědi zúčastněných jsem se rozhodla zaznamenávat pouze na papír. Měla jsem pocit, že kdybych použila diktafon, nezískala bych takovou ochotu respondentů účastnit se tohoto výzkumu a odpovídat na mé otázky.

8.4. Metoda analýzy dat

Získaná data byla zpracována metodou otevřeného kódování, kdy částem rozhovoru, větám, slovům a emočním projevů přidělujeme obecnější pojmenování. Nejprve byly rozhovory doslovně přepsány, poté byla provedena segmentace, kódování a kategorizace dat. Jednotlivým úsekům textu byly přiděleny kódy, na jejichž základě byly vytvořeny jednotlivé kategorie. Tyto kategorie obsahují jevy, které se u jednotlivých respondentů podobaly či shodovaly. Výše zmíněnou cestou jsem získala 6 kategorií.

8.5. Výzkumný soubor

Pro tento výzkum se mi podařilo zrealizovat celkem 64 rozhovorů. Můj výběr dotazovaných směřoval k široké veřejnosti, kde jsem se chtěla zaměřit na pestrý výběr z obecné populace, abych získala názor od mladší věkové skupiny až po starší věkovou skupinu. Můj výzkumný soubor tedy obsahoval respondenty ve věkovém rozmezí 20 až 64 let. Respondenty pro tento výzkum jsem vybírala namátkovým výběrem. Výzkum jsem realizovala v Praze, v Berouně a v Kladně. Zacílila jsem se na zařízení hospodského typu a dále pak na náhodné chodce v těchto lokalitách. Výzkumný soubor jsem rozdělila na respondenty s alkoholovou zkušeností (28) a na respondenty bez alkoholové zkušenosti (36). Respondenti s alkoholovou zkušeností byli lidé, kteří sami prošli vlastní závislostí a nebo měli / mají zkušenost se závislou osobou v rodině či pro ně blízkou osobou(kamarád, přítelkyně).

8.6. Etika

Každého respondenta jsem seznámila s cílem výzkumu i s podmínkami účasti v něm a to zejména anonymita a dobrovolnost. Každý zúčastněný souhlasil se svou účastí.

Pro účely této práce byly pozměněny jména zúčastněných, aby byla zachována anonymita. Před samotným rozhovorem jsem každého informovala o možnosti rozhovor ukončit, kdykoliv jim začne být nepříjemný.

9. Výsledky

Tyto odpovědi byly získané od respondentů, kteří neměli žádnou zkušenost s alkoholovým problémem v rodině či v jejich nejbližším okolí. Jednotlivé výpovědi jsem shrnula pod jednotlivé kategorie a podkategorie. Kategorie jsou seřazeny od nejpočetnější skupiny po nejméně početnou skupinu.

A) Nedůvěra v systém léčebné péče

Během tohoto výzkumu jsem měla možnost vyslechnout 10 výpovědí, které vedly k tomu, že mají nedůvěru v léčebnou péči o závislé na alkoholu.

- **Léčebna = vězení**

Jedna z dotazovaných vnímá léčebnu jako vězení, proto by svého blízkého do léčebny nikdy neposlala a navíc ve svém okolí nezná nikoho, komu by v léčebně pomohli.

„Léčebna by bylo to poslední, kam bych svého blízkého poslala. Kdybych tam byla, utekla bych, je to jen **vězení** a neznám nikoho, komu by tam pomohli.“ (Jarka, 36 let)

- **Vyhledání odborné pomoci = ponižení**

Tento respondent by vnímal vyhledání odborné pomoci jako **ponížení** pro danou osobu.

„Nejprve bych zkusil vyčerpát všechny jiné možnosti než nějaká odborná pomoc. Myslím, že to není tak stresující a ponižující pro danou osobu.“ (Roman, 46 let)

- **Dát někoho do léčebny = odložení**

Tato respondentka považuje pobyt blízkého v léčebně jako za **odložení**, zbavení se zodpovědnosti vůči druhému. Je toho názoru, že lidé v léčebnách nezažívají nic pěkného a mají k lidem ze strany personálu špatný přístup.

„Přijde mi hrozné odložit někoho do ústavu, to je jako kdybych se ho chtěla zbavit a nedělám si iluze, co tam Ti lidé musejí prožívat a jak se tak k nim chovají.“ (Simona, 26 let)

- **Odborná pomoc = pejorativní označení**

Tyto výpovědi respondentů spojuje společné pejorativní označení pro vyhledání odborníka. Pojmy, které se vyskytovaly byly např.: cvokař, psychouš.

Pro tuto respondentku je nemyslitelné vyhledání odborné pomoci. Vyhledání odborníka považuje jako za návštěvu „cvokaře“ a to dotazovaná považuje pro blázný.

„Snažila bych se domluvit, rozmluvit, ať nepije. Určitě bych nikoho neposílala někam ke **cvokařovi**, to je pro blázný.“ (Natálie, 29 let)

Tento respondent nepřipouští myšlenku vyhledání odborné péče u lékaře. Návštěvu odborníka považuje jako za vyhledání „psychouše“, který léčí a posílá lidi do ústavu . „Hm, to je fakt těžký. Nevím, asi bych se mu snažil vysvětlit, že dělá blbost, ať se vzpamatuje. Rozhodně bych to s nikým jiným neřešil a už určitě ne u někoho **psychouše**,

akorát by ho zavřeli někam do ústavu jako magora. " (Jirka, 49 let)

- **Léčebna = blázinec, šílená představa**

Pro Martina je představa pobytu blízkého v léčebně doslova „šílená." Léčebnu dokonce přirovnává k blázinci.

„Jestli mám někoho rád, tak se budu snažit mu pomoci a ne někam zavírat do blázince. To mi fakt přijde šílený. " (Martin, 53 let)

- **Zvládneme to sami**

U dalších čtyř dotazovaných převládá názor, že by tento problém zvládli vyřešit sami. Věří, že vlastním úsilím a láskou by dotyčného změnili a pomohli, bez pomoci vyhledání odborné pomoci. Nevidí důvod řešit osobní záležitosti s někým cizím.

„ Kdyby můj blízký pil, tak bych se mu snažila to rozmluvit. Prostě bych se snažila ho přemluvit, aby přestal. Jestli mě má rád, tak by přestal. Určitě bych žádnou odbornou pomoc nehledala, nikomu do toho přece nic není." (Klára, 33 let)

„Domlouvala bych mu a prosila a prosila, ať přestane pít. Odbornou pomoc bych nehledala, nevidím důvod proč bych takové věci měla řešit s někým cizím, zvládneme to sami." (Tereza, 42 let)

„ Když někoho máš fakt rád a záleží Ti na něm, tak určitě dokážeš toho člověka změnit a pomoc mu. Nevidím důvod hledat pomoc někde jinde. Kdo jiný by nejlíp pomohl než právě ten nejbližší?" (Tonda, 25 let)

„ Věřím, že by jsme to společně zvládli překonat, nechtěla bych řešit s někým dalším. (Marta, 36 let)

B) Zvládnutí alkoholového problému pomocí léčby

Každý si pod pojmem léčby závislostí představí něco jiného, někteří lidé mají pobyt v léčebně spojený s dobrovolnou a smysluplnou léčbou a někteří jej vnímají jako zařízení pro „ problematické " lidi, kteří se musí zavřít. Do této kategorie bylo zahrnuto 9 respondentů.

- **Ultimátum**

Tři respondenti mělo jednoznačný postoj na otázku : „ Co bys dělal, kdyby Tvůj blízký měl problém s alkoholem? " A to, **zavřít ho**. U těchto dotazovaných bylo hned očividné, jaké stanovisko by vůči své blízké osobě zaujali, buď léčit a zavřít anebo ruce pryč od takového člověka, zbavit se „ problematického" člověka. Rodina a blízcí mají tedy možnost dotyčného dotlačit k tomu, aby se šel léčit a nebo ho vyhodit na ulici.

„ Dala bych mu nůž na krk, **bud' se půjde léčit** anebo ho **vyhodím z bytu**." (Martina, 48 let)

„ Takový člověk se musí prostě **zavřít** a léčit ho a ne, aby otravoval lidi venku. Nechtěla bych s ním mít nic společného, pokud by se nešel léčit, tam si s ním poradí." (Lenka, 32 let)

„ Zavřel bych ji do **blázince** a tam by si s ní poradili. Doma bych ji nesnesl. Tam ji rychle srovnaj." (Leoš, 43 let)

- **Léčba jako dobrovolná volba**

U těchto šesti respondentů se ukázalo, že jako jedinou cestu z alkoholové závislosti vidí v dobrovolném léčení. Respondenty by spojovala společná snaha, přesvědčení, prosby a přemlouvání blízké osoby o nutnosti podstoupit dobrovolně léčbu.

„Nejspíše bych se snažil dotyčnou osobu **přesvědčit** o nutnosti podstoupit protialkoholní odvykací léčbu." (Zdeněk, 57 let)

„ Jednoznačně bych se snažila ho **přemluvit**, aby se šel dobrovolně léčit, jiná možnost tady není." (Eva, 42 let)

„ Tady není jiná cesta, než aby se šel dobrovolně léčit, v takovém případě pomůže jen léčebna." (Zuzka, 33 let)

„ Kdyby se mi to stalo, **přesvědčoval** bych ji, aby se šla léčit. V léčebně by ji pomohli (Vláďa, 34 let)

„ Určitě bych se ho snažil **dokopat** k tomu, aby se šel léčit. To už je malér a jinou možnost nevidím jako reálnou než se jít léčit." (Jan, 64 let)

„ Hodně by mi záleželo na tom, aby se šel léčit. **Prosila** bych ho, aby podstoupil léčbu. Věřím tomu, že jediné léčba má smysl. " (Tereza, 26 let)

C) Pomoz si sám (Kašlu na Tebe)

- **Piješ? = odcházím od Tebe**

Tuto skupinu šesti dotazovaných bych charakterizovala společným rysem jako je ukončení - přerušení vztahu s člověkem, který pije. Respondenti se vyznačovali s velkým despektem a nezájmem vůči lidem, kteří pijí alkohol. Velmi často zněla věta, „**at' se třeba upije k smrti.**" Tento postoj měli často lidé, kteří mají negativní vztah k alkoholu a ani ho neužívají. Objevil se i názor, že kdo pije, tak už také nikdy nepřestane pít.

„ Jestli by můj blízký pil, tak at' se klidně **uchlastá**. Je to jeho život, jeho rozhodnutí. To musí on sám pochopit, že nemá tolik chlastat. Co já bych mu domlouval nebo říkal?" (Karel, 32 let)

„Kdyby můj blízký pil?Jednoznačně **bych od něj odešla**. Žádné ale nebo kdyby neexistuje. Jestli uměl začít sám pít, tak at' si taky hezky sám přestane chlastat." (Markéta, 23 let)

„ Pokud by můj blízký měl problém s pitím, okamžitě bych **dala ruce od něj pryč**. Alkohol nesnáším. Kdo pije, je to jen sobeckej ožrala a ať si taky sám z toho vyhrabe." (Sylva, 49 let)

„ Nesnáším pití. Já sám alkohol nepiju. Takže kdyby můj blízký pil, tak s **takovým člověkem končím** a nechci s ním mít nic společného. (Martin, 65 let)

„ To, že by moje pila bych fakt nezkoušl. Odešel bych od ní, ať se třeba **upije k smrti**." (Michal, 22 let)

„ To by byl konec, protože jakmile někdo pije, tak už nikdy nepřestane pít. **Odešla bych od něj**." (Sára, 25 let)

D) Každý pije

- **pití alkoholu = odreagování, bagatelizace**

Tyto respondenty spojuje „bagatelizace" problémů spojených s alkoholem. Těchto pět dotazovaných jsou toho názoru, že každý se potřebuje nějak odreagovat u piva či panáku. Při zažívání stresu hledají tito dotazovaní útočiště u alkoholu. Tento způsob odreagování jim přijde nejpřirozenější. Na otázku: „ Co bys dělal, kdyby Tvůj blízký měl problém s alkoholem?", zaznívaly tedy **časté** odpovědi jako: **Každý přece pije**, to je každého věc, doba je náročná.

„ Tak co pije, tak pije, já taky občas piju, když mám nervy. To je každého věc." (Miroslav, 47 let)

„ A kdo by v dnešní době nepil? Člověk se potřebuje občas **odreagovat** u piva nebo u panáka." (Alice, 54 let)

„ No a co, ukažte mi **kdo nepije**? Člověk je pořád ve stresu, problémy doma nebo v práci, tak je jasné, že chce člověk přijít na jiné myšlenky a zajít na pivko. " (Martin, 38 let)

„ To je snad každého věc ne? Já se ani nedivím, doba je náročná. Každý potřebuje občas někdy vypnout. My také chodíme se ženou každý den na pár pivek. " (Slávek, 56 let)

„ Tak se podívejte, doba je zlá a náročná, tak je snad normální, že se člověk chce uklidnit u piva. " (Markéta, 52 let)

E) Víra v Boha jako cesta k uzdravení

- **Bůh = uzdravení, záchrana**

Velmi specifická byla část dotazovaných, která se vyznačovala společnou vírou v Boha. Díky své víře jsou tito čtyři respondenti hluboce přesvědčeni o tom, že jen víra v Boha dokáže lidem pomoci s alkoholovým problémem, zbavit je závislosti na alkoholu. Zároveň je spojovalo přesvědčení, že léčba a jiná léčba v tomto případě nepomáhá.

„Upřímně? Já jsem věřící a tudíž věřím, že modlitbou by se mi podařilo mého blízkého **zachránit** z toho zla." (Marie, 46 let)

„Žádné léčení, žádná léčba, to nepomáhá. Jen **Bůh** umí **uzdravit**. (Jana, 32 let)

„Doktoři ani léčebna jsou k ničemu, tam Vám nepomůžou. **Pomůže** jen **víra**. Obrátila bych se s prosbou na Boha, aby **pomohl** a **uzdravil**. " (Marie, 55 let)

„Víra Tvá Tě uzdraví, to je vše, co bych k tomu asi tak řekl. Kolikrát jsem slyšel, že doktoři řekli, že to nemá smysl a jak to dopadlo? Když člověk má víru, lze dokázat i nemožné. Doktorům prostě nevěřím." (Jaroslav, 48 let)

F) Svépomocné skupiny

- **svépomoc = budoucnost, smysl**

U obou dotazovaných byl vidět zájem o tuto formu svépomoci při řešení této problematiky. Díky jejich vlastní iniciativě a ochotě se dozvědět nové informace došli k přesvědčení, že tato možnost svépomoci má velký smysl a budoucnost pro lidi, kteří mají problém s alkoholem. Nabyli dokonce i toho názoru, že léčebny nemají smysl pro lidi, kteří jsou závislí na alkoholu.

„Jsem zastáncem svépomocných skupin, hodně jsem o tom četl i slyšel a vidím v tom velký **smysl**. Léčebna a tomu podobné jsou podle mě tedy k ničemu. " (Petr, 44 let)

„Poslední dobou jsem hodně slyšel o AA. Zajímá mě se o to a přijde i to dost dobrý, má to **budoucnost**. Kdybych já měl problém s pitím, tak půjdu zkusit AA, léčebna fakt nemá smysl." (Jan, 25 let)

Souhrn výsledků mezi respondenty bez alkoholové zkušenosti:

Výpovědi jednotlivých respondentů byly rozděleny do šesti kategorií: nedůvěra v systém léčebné péče, zvládnutí alkoholového problému pomocí léčby, pomoz si sám - kašlu na Tebe, každý pije, víra v Boha jako cesta k uzdravení a svépomocné skupiny. Tyto kategorie byly rozděleny od nejpočetnější skupiny po nejméně početnou skupinu. Zde uvádím stručný přehled výsledků:

- **nedůvěra v systém léčebné péče** - od 10ti respondentů vyjádřena nedůvěra v systém léčebné péče. Nejčastější argumenty nedůvěry byly, že pobyt v léčebně vnímají jako vězení, blázinec, ponížení a odložení pro danou osobu.
- **zvládnutí alkoholového problému pomocí léčby** - 2 podkategorie:
 - ultimátum - 3 respondenti vyjádřili postoj buď léčit a nebo ruce pryč
 - dobrovolná léčba - 6 respondentů zastánci dobrovolného léčení
- **pomoz si sám - kašlu na Tebe** - od 6ti respondentů vyjádřen negativní postoj k lidem, kteří pijí alkohol
- **každý pije** - 5 respondentů, jejichž společným ukazatelem je popírání problémů s alkoholem

- **víra v Boha jako cesta k uzdravení** - 4 respondenti spojující přesvědčení, že víra v Boha dokáže zbavit alkoholové závislosti
- **svépomocné skupiny** - 2 respondenti spatřující budoucnost v svépomocných skupinách v oblasti alkoholové závislosti

V této další části bakalářské práce byly rozhovory provedeny s lidmi, kteří měli zkušenost s alkoholovým problémem, ať už oni samotní nebo jejich nejbližší (rodinní příslušníci, přítel, kamarád). Opět jsem jednotlivé výpovědi respondentů rozdělila do jednotlivých kategorií. Kategorie jsou uvedeny od nejpočetnější skupiny respondentů po nejméně početnou skupinu. Tato skupina dotazovaných byla složená z respondentů.

A) Nedůvěra v systém léčebné péče

- **Léčebna = blázinec, zcvoknutí**

Osm respondentů by svoje nejbližší neposlala do léčebny, a to proto, že jsou přesvědčeny, že pobyt v léčebně nemá smysl. Mluví ze své vlastní zkušenosti a jsou toho názoru, že léčba je k ničemu. Léčebnu označují za blázinec, kde jsou „divní lidé“ a kde by člověk „zcvoknul“. Pobyt v léčebně dotazovaní vnímají za „buzeraci“ ze strany personálu.

„Určitě bych ji neposílal do léčebny, to je fakt **blázinec**, jsou tam samí divní lidé. Člověk by tam akorád **zcvoknul** mezi těma lidma. To je **k ničemu**. Víím, o čem mluvím, sám jsem si tím prošel.“ (Karel, 33)

„Moje mamka byla v léčebně, a bylo to k ničemu. Jen Vás tam **zavřou** a **buzerujou**.“ (Vláška, 24 let)

- **Léčebna = vězení, zavřít někoho, špatný přístup**

Pro tyto respondenty byla představa pobytu v léčebně nepředstavitelná. Respondenty spojovala společná zkušenost, že se v léčebně cítili jako ve vězení. Nejvíce pro ně byl negativní zážitek a to ze strany personálu, kdy zažívali pocity opovržení, arogance a necitlivého přístupu. Na základě těchto zkušeností by rozhodně už tento typ léčby nevyhledávali a už vůbec nedoporučili pro své nejbližší.

„Mám kamarádku v léčebně a přijde mi to tam **hrozné**. Je to jako ve **vězení**.“ (Iva, 27 let)

„Do léčebny fakt ne, byla jsem tam a to Vám prostě nepomůže. Jste tam jak ve **vězení** a jen **musíte plnit příkazy**, jinak je zle.“ (Markéta, 29 let)

„Byli jste někdy v léčebně? To je prostě k **zbláznění**, **zavřou** Vás a **musíte poslouchat** jak hodinky, fakt **žádný med**.“ (Petr, 32 let)

„Byla jsem několikrát v léčebně a už nikdy se tam nechci dostat. Nic horšího jsem nezažila, arogance a přístup personálu? Chovají se k Vám jako k **póvlu**.“ (Marie, 46 let)

- **Nejlepší lék = rodina, nejbližší**

„ Tyto dva respondenty spojovalo přesvědčení, že jen dobré rodinné zázemí, dobří přátelé a ty nejbližší dokážou poskytnout tu nejlepší podporu a pomoc při alkoholové závislosti. Toto přesvědčení bylo navíc umocněné jejich vlastní zkušeností. Díky této zkušenosti došli k závěru, že závislost lze zvládnout bez odborné pomoci.

„Já si myslím, že jen **rodina a nejbližší** dokážou tomu dotyčnému pomoci. My jsme to dokázali. Syn měl závislost na alkoholu a dostal se z toho i **bez pomoci doktorů a léčeben.**" (Marie, 46 let)

„Mít dobré **rodinné zázemí a dobré přátele**, to je ten **nejlepší lék** na všechno. Byl jsem závislej, prošel jednou léčebnu, ale troufám si říct, že mě z toho dostala moje rodina." (Petr, 32 let)

B) Zvládnutí alkoholového problému pomocí léčby

- **Léčebna = uzdravení**

Dva dotazovaní by se snažili blízkou osobu poslat na léčení do léčebny. Jejich postoj vychází z toho, že ve svém životě prožili podobnou zkušenost a díky pobytu v léčebně začali dotyční „nový život" bez alkoholu.

„ Moje mamka pila už několik let, podařilo se nám jí dostat na léčení. Daří se jí dobře, proto věřím, že jen v léčebně Vám můžou opravdu pomoci. " (Klára, 28 let)

„ Pil jsem několik let, nejvíce mi dal pobyt v léčebně, **dali mě tam dohromady.** Teď se držím. Takže jednoznačně bych mu **doporučil léčebnu.** (David, 44 let)

- **Terapeutická komunita = náhradní domov, citlivý přístup, postavení se na nohy**

U těchto čtyř respondentů bylo cítit velké nadšení pro účast v terapeutických komunitách. Všichni tři dotazovaní si prošli zhruba ročním pobytem v terapeutické komunitě a spojoval je jednotný názor, že v komunitě se cítili jako „doma". Vyzdvihovali především citlivé a lidské jednání ze strany personálu. Pobyt v komunitě je postavil na nohy a začali plnohodnotně žít a fungovat. Jednoznačně by tedy svému blízkému, který by měl problém s alkoholem, doporučili terapeutickou komunitu.

„ Určitě bych mu **doporučil terapeutickou komunitu.** Já sám jsem tam byl, pač jsem taky pil a tam jsem se konečně **postavil na nohy.** Byl to jako **můj domov, lidi super** a personál taky. " (Tomáš, 24 let)

„ Nejvíce **pomůžou v terapeutické komunitě,** prošel jsem si vším možným a až tady jsem se dal dohromady a přestal pít. Tady se k Vám chovali jako k člověku a ne jako s nákým ožralou." (Jirka, 20 let)

„Jsem **zastáncem terapeutických komunit**. Tady jsem zažil **dobrou atmosféru, dobrý přístup**, prostě mi tady pomohli. " (Marek, 29 let)

„Nejlíp mi bylo v terapeutické komunitě, tam byli všichni skvělí, měli skvělejší přístup. Konečně jsem začal fungovat, abstinuju už třetím rokem. " (Pavel, 28 let)

C) Každý pije

- **pítí alkoholu = odreagování, bagatelizace**

Pro těchto pět respondentů je pítí alkoholu za přirozený způsob odreagování. Neshledávají na tomto způsobu odreagování nic zvláštního, považují to v naší společnosti za běžný jev, proto ani nevidí důvod, proč by měli vyhledávat odbornou pomoc. Velmi častý názor byl : „ Každý pije, každý se potřebuje občas odreagovat."

„ Hm, to je těžký, prostě když je člověku na hovno, tak se prostě napije a je mu hned líp. Mluvím z vlastní zkušenosti, byl jsem několikrát na léčení a stejně jsou chvíle, kdy se musím napít. **Dělá to tak každý.**" (Michal, 49 let)

„ Můj kamarád dost pije a ani se mu nedivím, má doma peklo se ženou, tak se chodí odreagovat do hospody. Je to jeho způsob **odreagování**. Tak pije, no a co." (Jirka, 54 let)

„**Pije, a co?** A ukažte mi , kdo nepije, hm? Každý se chodí **odreagovat** do hospody." (Ladislav, 59 let)

„ No jo no, nesmí se to přehánět, ale prostě jsou dny, kdy se člověk musí uklidnit a zajít na pivo, člověk prostě vypne a nic neřeší. Tak se podívejte, každý se chodí uklidnit do hospody." (Marek, 54 let)

„ A kdo z nás nepije? Já taky chodím na pivo, abych přišla na jiné myšlenky, prostě vypnout od starostí." (Vítek, 39 let)

D) Pomoz si sám, kašlu na Tebe

- **piješ? = odcházím od tebe**

Společným jmenovatelem těchto čtyř respondentů bylo pohrdání lidmi, co pijí alkohol. Lidé, co pijí, jsou podle nich sobci, kteří nemyslí na druhé. Jsou toho názoru, že s člověkem, který pravidelně pije se nedá žít a jediným východiskem je od takového člověka odejít. Všichni tři dotazovaní měli za sebou vlastní osobní příběh, kdy žili s osobou, která měla problém s pitím.

„Moje matka pila několik let, bylo to hrozné, **odešla** jsem od ní. S lidmi, co se opíjí, nechci mít nic společného. Ať se **uchlastaj**. " (Lenka, 28 let)

„ V takovém případě okamžitě **pryč** od takového člověka. Lidem, co pijí, není pomoci." (Petr, 32 let)

„ **Urychleně pryč**, žít s takovým člověkem se nedá a nemá to smysl. Žila jsem několik let s alkoholikem a **jediná cesta je odejít**. Takový člověk je jen **sobec**." (Eva, 48 let)

„ Dlouho jsem žila s člověkem, který pil. **Opustila** jsem ho, nešlo to, s takovým člověkem to prostě nemá žádnou budoucnost. " (Patrika, 53 let)

E) Svépomocné skupiny

- **společenství = porozumění, pochopení**

Tito tři dotazovaní byli velmi nadšeni programem anonymních alkoholiků. Nejvíce je oslovilo to, že v tomto společenství cítili velké porozumění a pochopení. Jedna z dotazovaných to vystihla trefným přirovnáním : „ cítím se tu jako ryba ve vodě." Díky své účasti v AA by se svého blízkého snažili nasměrovat touto cestou.

„ Člověk potřebuje nějaké dobré společenství, kde Vám lidi **rozumí** a vědí, o čem je řeč. Cítím se tu jako ryba ve vodě." (Petra, 29 let)

„ Anonymní alkoholici, chodil jsem tam. Je to nejlepší, co může být. Takže říkám, že jen AA mají smysl. Tam Vás všichni **chápu** a **rozumějí**." (Slávek, 48 let)

„Víte, co nejvíce pomůže? Společenství anonymních alkoholiků. Mám kamaráda, který tam chodil a to mu pomohlo, dostat se závislosti na alkoholu. Jejich program mi přijde smysplněj." (Karel, 54 let)

F) Víra v Boha jako cesta k uzdravení

- **Bůh = spasení, záchrana**

Silný příběh dvou respondentů, kteří se potýkali se závislostí na alkoholu několik let. Prošli řadou léčení, ale až jen víra v Boha jim dle jejich slov **zachránila** život a pomohla se zbavit závislosti na alkoholu. Jsou přesvědčeni o tom, že pokud opravdu věříte v Boha a máte v sobě víru a naději, zvládnete se dostat i se závislosti.

„Potýkal jsem se závislostí několik let, zkoušel jsem léčebny a nic, pak jsem začal věřit v Boha a dostal jsem se z toho, **zachránil** mě." (Slávek, 54 let)

„ Mám za sebou několik léčení a nevedlo to k ničemu. Pak jsem potkala známé, kteří mě navedli na tuto cestu a to mě **zachránilo**." Když máte v sobě Boha, dokážete všechno." (Sylva, 49 let)

Souhrn výsledků mezi respondenty s alkoholovou zkušeností:

Výpovědi jednotlivých respondentů byly rozděleny do šesti kategorií:

- **nedůvěra v systém léčebné péče** - 8 respondentů díky své vlastní zkušenosti by nedoporučili léčbu v léčebně
- **zvládnutí alkoholového problému pomocí s léčbou** - 6 respondentů pozitivní zkušenost s léčbou, proto jsou přesvědčeny o smyslu léčby v léčebnách a terapeutických komunitách
- **každý pije** - 5 respondentů spojuje „zlehčování“ užívání alkoholu, pití alkoholu vnímají jako přirozený způsob odreagování od stresu a starostí, nevnímají pití alkoholu jako problém
- **pomoz si sám - kašlu na Tebe** - společným jmenovatelem těchto 4 respondentů je pohrdání lidmi, kteří pijí alkohol
- **svépomocné skupiny** - 3 respondenti vidí cestu z alkoholové závislosti pomocí svépomocných skupin
- **víra v Boha jako cesta k uzdravení**- 2 respondenti přesvědčeni o tom, že z alkoholové závislosti pomůže jen víra

10. Diskuze a závěry

V této bakalářské práci byl výzkumný soubor složen z 64 respondentů, z toho 35 mužů a 29 žen. Byly zde zastoupeny všechny věkové kategorie, od mladší věkovou skupinu až po starší věkovou skupinu, aby byl obsáhnut názor široké veřejnosti. Velkou nevýhodu však vidím v to, že převážná část respondentů byla získaná jen v hostinském prostředí. Díky tomu nemohu uvedené výsledky považovat za zobecňující.

Dalším problémem v mém výzkumu bylo to, že se mi nepodařilo se všemi respondenty provést rozhovor až dokonce, abych dokázala odpovědět na všechny mé výzkumné otázky, které jsem si stanovila. Respondenti často rozhovor ukončovali po první položené otázce, protože měli pocit, že jejich odpověď byla dostačující a k danému tématu vyčerpávající. Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní metodu a myslím si, že se pro tento výzkum ukázala jako nejvhodnější, protože mi to pomohlo navíc odkrýt emoční stránku respondentů.

Shromáždění literatury k danému tématu bylo obtížné. Ze seznamu literatury byly nejvíce využity publikace od primáře Nešpora a kapitoly z mezioborového přístupu Drogy a drogové závislosti 1, 2 od Kaliny a kolektivu.

Abych se mohla dostat k cílům, které jsem si pro tuto bakalářskou práci zvolila, musela jsem nejprve odpovědět na výzkumné otázky, které jsem si stanovila.

1. Výzkumná otázka : O jakých zdrojích pomoci by uvažovali lidé v případě, že by jejich blízká osoba byla závislá na alkoholu?

- **žádné** - pomoz si sám, každý pije. Značná část dotazovaných (20 respondentů) by o žádných zdrojích pomoci vůbec neuvažovala. Přibližně 10 dotazovaných je totiž toho názoru, že člověk, který pije je sobec se kterým se nedá žít. Respondenti by jednoznačně takového člověka opustili. U těchto dotazovaných bylo velmi cítit pohrdání lidmi, kteří pijí. Na takové lidi, co mají problém s alkoholem nazírají jako na lidi, kteří si nezaslouží úctu a slušné jednání. Velmi se objevovaly emoce typu znechucení, opovržení. A dalších 10 respondentů by o žádné pomoci také neuvažovali a to z důvodu, že v pití alkoholu nevidí žádný problém.
- **léčba**
 - **ultimátum** - objevilo se pár respondentů, kteří jako jedinou cestu vidí pobytem v léčebně. Ke svým blízkým by zaujali postoj léčit a nebo odejdi. U této skupiny chybělo soucítění a porozumění pro své blízké.
 - **dobrovolná** - část respondentů je přesvědčena , že dobrovolná léčba může pomoci lidem, kteří jsou závislí.
- **Bůh** - malá část respondentů by hledalo pomoc skrze Boha
- **svépomocné aktivity** - pět respondentů by pomoc hledali na účasti svépomocných skupin

Nejčastější odpověď na tuto výzkumnou otázku tedy byla, že převážná část respondentů by žádnou pomoc nehledala. Velmi překvapující faktor pro mě byl, že

někteří lidé by se ke svým blízkým doslova „otočila zády“, kdyby měli problém s alkoholem. Alarmující zjištění bylo také to, že pro některé lidi je pití alkoholu za běžný způsob odreagování se od stresů a starostí. Ano, člověk si rád zajde na pivo, ale pokud se z toho stává každodenní rituál, pak je něco asi špatně.

2. Výzkumná otázka: Jaké adiktologické služby či formy léčení jsou lidem známe a podle nich ke zvládnutí problému s alkoholem vhodné?

- **kontaktní centra** - na tento typ služby si nikdo z mého výzkumu nevzpomněl
- **ambulantní služby** - ani tyto služby z mých respondentů nikdo nezminil
- **ústavní léčba** - téměř 15 respondentů považuje ústavní léčbu za nejvhodnější formu pomoci
- **terapeutické komunity** - pro 4 dotazované je za nejvhodnější typ léčení pobyt v terapeutické komunitě

Většina respondentů považuje za nejvhodnější typ pomoci ústavní léčbu.

3. Výzkumná otázka: Jaké svépomocné přístupy či aktivity jsou lidem známe a podle nich ke zvládnutí s alkoholem vhodné?

Pro 5 respondentů naopak nejvhodnější způsob pomoci je účast ve skupině anonymních alkoholiků.

4. Výzkumná otázka : Liší se hypotetické zdroje respondentů bez zkušenosti s alkoholovým problémem oproti reálným zkušenostem?

Obě dotazované skupiny téměř shodně spojoval názor ten, že převážná část dotazovaných by nevyhledala žádnou odbornou pomoc, spojovala je společná nedůvěra v ústavní typ léčby. S tím rozdílem, že u skupiny dotazovaných bez alkoholové zkušenosti nebyla důvěra odůvodněna žádným pádným argumentem. Jejich nejčastějším argumentem bylo to, že léčebnu přirovnávali k synonymům jako je vězení, blázinec. To vyvolává otázku, odkud pramení jejich nedůvěra. Zda je to ovlivněné naší společností, kde převládá názor, že vyhledání odborné pomoci je něco degradujícího a vhodné akorát pro blázny nebo je to jen zatvrzelý názor lidí, kteří nejsou schopni o této problematice přemýšlet jiným způsobem? Zatímco respondenti s alkoholovou zkušeností mají nedůvěru spojenou s vlastním zážitkem v tomto typu zařízení. Dotazovaní byli znechuceni přístupem personálu a buzerací, kterou pociťovali.

Po zodpovězení výzkumných otázek můžu přejít k cíli této práce. Cíle práce byly:

1. Co bys dělal, kdyby Tvůj blízký měl problém s alkoholem?

Z rozhovorů vyplívá, že téměř necelá polovina respondentů by žádnou odbornou pomoc nehledala a to převážně z důvodů, že určitá část respondentů má negativní vztah k pití k alkoholu a tudíž by i takový postoj zaujala vůči blízkým, nezájmem o ně. Jedním z důvodů pro nevyhledání pomoci byl postoj k pití alkoholu jako za běžnou věc, za přirozený způsob jednání a utíkání od stresu. Další důvod pro nevyhledání pomoci byl ten, že nedůvěřují ústavní léčbě. A posledním důvodem bylo přesvědčení, že by tento problém zvládli vyřešit sami, bez cizí pomoci. Ostatní dotazovaní by se snažili své blízké přemluvit, motivovat k léčbě, ať už pobytem v léčebně či účasti ve svépomocných skupinách a terapeutických komunitách. Zajímavým zjištěním bylo také to, že pár respondentů hledalo pomoc skrze víru, vírou v Boha.

2. Zmapování subjektivní dostupnosti adiktologických služeb?

Podle výpovědí, které jsem pomocí rozhovorů obdržela, jsem došla k závěru, že veřejnost má velmi malé povědomí o možnostech léčby se závislostí na alkoholu. Celkem jednoznačně respondenti uváděli jako jedinou možnost léčení většinou jen léčebny, velmi výjimečně uváděli jiné typy odpovědí. Jen pár dotazovaných uvedli terapeutickou komunitu jako jednu z forem léčení se ze závislosti na alkoholu a přibližně pět respondentů zmínilo svépomocné skupiny, konkrétně Anonymní alkoholiky. Dle tohoto výzkumu to vypadá, že veřejnost si léčbu alkoholové závislosti spojuje jen s léčebnou. Napadá mě však, i kdyby veřejnost měla povědomí o všech adiktologických službách, zda - li by pak výsledky byly jiné? Domnívám se totiž, že podstatné je to, jaký vlastně lidé a celá společnost mají přístup k lidem, kteří mají problém s alkoholem a jak na tuto problematiku nahlízejí. Pokud budeme na lidi, kteří mají problém s pitím, nahlížet jako na lidi bez charakteru, pak si myslím, že tudy cesta nevede. A dle mého názoru lidé, kteří mají negativní postoj k těmto lidem, pak nemají ani tendenci vyhledávat pomoc adiktologických služeb.

Tato výzkumná práce by mohla pro příště pracovat s rozsáhlejším výzkumným souborem. Výsledky by pak mohly být úplně rozdílné a různorodé.

Na základě zjištěných výsledků si myslím, že by bylo potřeba, aby se o závislosti na alkoholu mluvilo daleko více směrem k laické veřejnosti. Lidé by měli mít v povědomí, co závislost na alkoholu obnáší a ne lidi odsuzovat a otáčet se k nim zády.

Výsledky této práce by měly vést k zamýšlení nás všech, o tom, jaký zaujímáme postoj k této problematice. Počínaje ve vztahu my vůči našim nejbližším a pracovníci pomáhajících profesí vůči svým klientům.

Jsem toho názoru, že prostá lidská účast, empatie, solidarita, porozumění, schopnost nesoudit a být na blízku je základ pro každou pomoc.

11. POUŽITÁ LITERATURA

- American Society for Addiction Medicine. Definition of Addiction (2012). Dostupné z www.asam.org/research-treatment/definition-of-addiction.
- Bútora, M. (1991). Překročit svůj stín (1. vyd.). Praha: Avicenum.
- Csémy, L., Chomynová, P. (2012). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. Zaostřeno na drogy, 10, 1-12
- Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In: Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2 (1. vyd.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Ensor, T., Cooper, S. (2004). Overcoming barriers to health. Service access: influencing the demand side. Health Policy Planning. 19, 69-79
- Ferjenčík, J. (2010). Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál.
- Heller, J. a Pecinová, O. (2011). Pavučina závislostí. Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Togga
- Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1 (1. vyd.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2 (1. vyd.). Praha: Úřad vlády České republiky
- Kalina, K. (2003). Denní stacionáře. In: Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2 (1. vyd.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2008). Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. (1. vyd.). Praha: Grada.
- Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: Kalina, K. (2008). Základy klinické adiktologie (1. vyd.), (339-367). Praha: Grada.
- Nešpor, K. (2000). Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby (1. vyd.). Praha: Portál. Nešpor, K. (2003). Detoxifikační jednotky. In: Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2 (1. vyd.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2006). Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké. (1. vyd.). Brno

- Nešpor, Karel (2011). Závislost na alkoholu – diagnostika a léčba dnes, *Psychiatrie*, 15(3), 154 – 159. Dostupný z: www.drnespor.eu/adnes4.doc.
- Pecinová, O. (2013). Léčba závislosti na alkoholu a její specifika u žen. *Revue České lékařské akademie*, 2013 (9), 25-28
- Popov, P. (2003). Alkohol. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1* (1. vyd.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Profous, J. (2011). *Průvodce alkoholovou závislostí*. Galén
- Richterová Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie* (1. vyd.). Praha: Grada.
- Rokyta, R. (2013). Úvod do problematiky alkoholu. *Revue České lékařské komory*, 2013 (9), 4-5
- Skála, Jaroslav (1977). *...až na dno?!: Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách*. Praha: Avicenum.