

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Závislost na alkoholu u žen a její specifika

Female addiction of alcohol and its particularity

Bakalářská práce

Praha 2014

Vedoucí bakalářské práce práce:

RNDr. Jana Leontovyčová, CSc.

Autor:

Eliška Drbohlavová

Poděkování

Děkuji paní RNDr. Janě Leontovyčové, CSc. za vedení mé práce, za cenné rady a trpělivost.

„Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Závislost na alkoholu u žen a její specifika“ napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze dne 22.června 2014

Eliška Drbohlavová

Anotace

Bakalářská práce se zabývá závislostí na alkoholu u žen a popisuje její specifika. V první části práce vysvětluji, jak závislost vzniká, jaká jsou jednotlivá stadia závislosti. Rozepisuji také důležité rozdíly v závislosti u mužů a u žen, možnosti léčby a podrobně se zabývám popisem zařízení pro léčbu závislostí a léčebným programem na lůžkovém oddělení žen a doléčovacími aktivitami. Cílem mé práce je popsat střednědobou ústavní léčbu a kazuistikami svou práci podložit.

Anotation

Bachelor's work is about female addiction of alcohol and its specification. In the first part of the Bachelor's work I would like to explain how the addiction arise and also its particular phases.

There are significant differences between female and male addiction and ways of medical treatment. I would like to look into detailed description of medical facility for addiction and therapeutic program in female hospital department and after-treatment activities.

The target of my work is to describe the medical therapy of addiction and support it with anamnesis.

Klíčová slova

Závislost, závislost na alkoholu, ženy, střednědobá ústavní léčba, doléčování, Klinika adiktologie

Key words

Addiction, alcohol addiction, women, medium-term medical treatment, after-treatment, clinic of addiction.

Obsah

1.	Úvod	10
2.	Závislost na alkoholu	12
2.1.	Vznik závislosti	12
2.2.	Vývoj závislosti	13
2.3.	Mezinárodní klasifikace nemocí	15
2.4.	Typologie závislosti dle Jellineka	15
2.4.1.	Typ alfa	15
2.4.2.	Typ beta	16
2.4.3.	Typ gama (anglosaský typ)	16
2.4.4.	Typ delta (románský typ)	16
2.4.5.	Typ epsilon	16
3.	Závislost a ženy	17
3.1.	Stručně z historie	17
3.2.	Vývoj v Československu	17
3.3.	Rozdíl mezi závislostí u žen a u mužů	18
4.	Klinika adiktologie – popis zařízení	20
4.1.	Historie	20
4.2.	Ambulantní provozy Kliniky adiktologie	21
4.2.1.	Adiktologická ambulance	21
4.2.2.	Ambulance pro alkoholové závislosti	21
4.2.3.	Centrum substituční léčby	22
4.2.4.	Ambulance pro nealkoholové závislosti	22
4.2.5.	Středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii	23
4.3.	Lůžkové provozy Kliniky adiktologie	23
4.3.1.	Detoxifikační jednotka	23
4.3.2.	Lůžkové oddělení - muži	23
5.	Lůžkové oddělení ženy	25
5.1.	Střednědobá ústavní léčba	25
5.2.	Cíle střednědobé ústavní léčby	25
5.3.	Léčebný program	25
5.4.	Jednotlivé body léčebného programu	28
5.4.1.	Ranní komunita	28
5.4.2.	Psychoterapie	28

5.4.3.	Písenné reflexe programů	29
5.4.4.	Pracovní terapie	29
5.4.5.	Sportovní aktivity	30
5.4.6.	Bodovací systém.....	30
5.4.7.	Volnočasové aktivity	30
5.4.8.	Sociální práce na lůžkovém oddělení ženy.....	31
6.	Doléčovací program na lůžkovém oddělení ženy.....	33
7.	Praktická část	35
8.	Závěr	42

1. Úvod

Adiktologie je zajímavý vědní obor a vždy jsem si přála v praxi pracovat s osobami závislými na alkoholu. Moje přání se vyplnilo a již třetím rokem pracuji jako sociální pracovnice na Klinice adiktologie, konkrétně na lůžkovém oddělení ženy, sídlící na adrese Apolinářská 4, Praha 2. I proto jsem si vybrala jako téma mé bakalářské práce Závislost na alkoholu u žen a její specifika. Je to práce velmi zajímavá a důležitá. Naše oddělení funguje stále podle pravidel a systému, který vymyslel a aplikoval Doc. Jaroslav Skála ve spolupráci se sociální pracovnicí paní Arnoštkou Mařovou. Já mám v tento léčebný systém hlubokou důvěru a ráda bych ve své bakalářské práci srozumitelně léčebné principy popsala. Důvodem je, že v dnešní době, která je hektická a uspěchaná, se i v odborných kruzích zapomíná, že vše chce svůj čas. Objevují se nové a rychlé postupy, na první pohled zázračné léky. Nebezpečné také je, že v dnešní době není alkohol chápán jako návyková a nebezpečná látka. Pijí i mladí lidé a pijí velmi často nadměrně a společností je to stále tolerováno.

Léčba závislosti je určitě běh na dlouhou trať. Pacientky potřebují podporu, řád a dostatek času na přijetí své choroby, změnu svého chování a uvažování a po léčbě příležitost k narovnání pošramocených vztahů, ať u rodinných nebo partnerských. Dále je třeba si uvědomit, že ani po léčbě není vyhráno a z toho důvodu podrobně popíši i program doléčování, který má na našem oddělení dlouholetou tradici a své pevné místo.

Nutno také říci, že práci píši i kvůli pacientkám, které se budou léčit v budoucnu. Velmi se obávám, že při současné tendenci vše zjednodušovat a hlavně šetřit čas i peníze, bude naše oddělení jednou převálcováno něčím velmi moderním a těžko soudit, zda účinným. Myslí, že je dobré si připomínat a znovu popisovat a zdůrazňovat systémy, které fungují a jsou ověřené stovkami abstinujících žen, které prošly našim oddělením od jeho vzniku až po současné dny.

Cíle mé práce nejsou výzkumné. V teoretické části popíši léčbu, Klinik adiktologie jako zařízení, specifika ženské závislosti, léčbu samotnou a doléčování. V praktické části budou sepsány příběhy tří žen, které jsou závislé na alkoholu a na jejichž životních osudech je vidět vývoj závislosti. Jsou to ženy, které ukončili v Apolináři základní léčbu. Poslechly

doporučení a pečlivě se po dobu pěti let doléčovaly. Nyní vedou spokojené životy, myslí na to, že jsou nemocné, a i přes doživotní zákaz alkoholu, spokojené.

Doufám, že cíle mé práce budou naplněny a že každý, kdo si práci přečte, uvěří v apolinářský léčebný systém stejně jako já.

2. Závislost na alkoholu

2.1. Vznik závislosti

V současné lidské populaci bychom asi nenašli mnoho lidí, kteří nemají vůbec žádnou zkušenost s alkoholem. Stále častěji zjišťujeme, že s alkoholem má svou zkušenost řada dospívajících a dokonce i dětí.

Alkohol je v naší společnosti vnímán spíše kladně. Přibližně 4/5 populace více či méně pije, jen asi každý pátý člověk nepije alkohol vůbec, nebo se napije jen výjimečně. Přibližně každému desátému člověku alkohol působí občasné potíže, ale pití ani problémy s pitím spojené se nestupňují, jak uvádí Heller, Pecinovská (2011).

Mezi časté důvody, proč člověk využívá účinky alkoholu, je potřeba snížit nebo se vyhnout nejčastěji psychické bolesti, nepříjemným pocitům, nudě, nízkému sebevědomí, pocitu nepotřebnosti atp. Případně využít účinky alkoholu ke zvýšení výkonnosti, zlepšení nálady či zvýšení úspěchu. (Kalina, 2008)

O závislosti na alkoholu hovoříme tehdy, kdy se problémy spojené s konzumací alkoholu stupňují a začnou zasahovat do běžného každodenního života. *„Dlouhotrvající nadměrné pití, ať už jsou jeho příčiny jakékoliv, způsobuje adaptaci buněk organismu na trvalý přívod alkoholu. Důsledkem této adaptace je snížená odpověď na původně určenou dávku – vzrůst tolerance, což vede ke stupňování dávek a později k rozvoji syndromu odnětí drogy (dříve nazývaného abstinční syndrom) při přerušení pití. Toto je základ bludného kruhu choroby.“* (Heller, Pecinovská, 2011, str. 13)

Vznik závislosti je také dán věkem, ve kterém jedinec začne alkohol konzumovat. Zde platí, že čím mladší je konzument, tím rychleji může vzniknout závislost. *„Pokud začne pravidelně pít člověk vybavený vrozenou dispozicí („talentem“), projeví se u něj obvykle závislost do 35 let věku. V případě druhém, při absenci „talentu“ si závislost jedinec může vypěstovat, trvá to však déle a fakt, že jde o závislost, je rozpoznatelná mnohem později.“* (Heller, Pecinovská, 2011, str. 13)

2.2. Vývoj závislosti

Při popisu vývoje závislosti budeme využívat Jellinekovu klasifikaci, která se používá již půl století, ale stále je platná a názorně rozdělená do 4 stádií.

1. stádium – iniciální, počáteční

V prvním stádiu se budoucí pacient navenek neliší od ostatních a pije v rámci uznávaných společenských norem. Jedná se o stádium, kdy budoucí pacient může tušit, že alkohol konzumuje spíše pro jeho psychotropní účinky a že se cítí mnohem lépe než ve stavu střízlivém. Dokáže lépe čelit situacím, které jsou za střízliva spíše bolestné. Účinky alkoholu jsou natolik lákavé, že je začne využívat stále častěji a tím si bohužel rozvíjí i svůj adaptační mechanismus a zvyšuje toleranci, tzn., roste dávka nutná k „řešení situace“. *„Hladina alkoholu v krvi v tomto období zpravidla nepřesahuje 0,5 promile. Neobjevují se zřetelné opilosti, v pijící společnosti má adept závislosti pověst člověka, který „hodně snese a není to na něm vidět“.* (Heller, Pecinovská, 2011, str. 14) V prvním stádiu se dá ještě pití omezit, pokud se budoucí pacient pokusí vyřešit problém i jinak. Nabízí se pomoc psychologa. Je však pravděpodobné, že další problém, který přijde, bude řešit opět alkoholem.

2. stádium – prodromální, varovné

U druhého stádia pozorujeme rostoucí toleranci a budoucí pacient si při dosažení kýženého pocitu dávku alkoholu zvyšuje. Zvýšená konzumace alkoholu je již patrná i okolí. Projevuje se viditelnou opilostí. Objevuje se zatím jen občasně. *„K dosažení žádoucí hladinky musí pít rychleji než okolí, proto si připravuje náskok v pití a začíná pít potajmu. Uvědomuje si, že jeho pití může být nápadné a začíná se za své počínání stydět. Proto je citlivý na jakoukoliv zmínku o alkoholu, své pití skrývá a v intoxikaci se maximálně kontroluje“.* A okolí si zatím nemá šanci problému všimnout. U pacienta dochází ke značnému psychickému napětí, které může způsobovat i „okénka“ (nepamatuje si průběh intoxikace) po menší dávce alkoholu. I tím se prohlubuje pocit viny. *„Ve chvíli, kdy se k příznakům druhého stádia přidruží okénka, je to neklamná známka toho, že končí druhé stádium a začíná stádium třetí – tedy vlastní nemoc“.* (Heller, Pecinovská, 2011, str. 14)

3. stádium – kruciální, rozhodné

Jedná se o stádium, kdy stále roste tolerance. Pacient potřebuje již vysoké dávky alkoholu a není na něm patrná opilost. „*Postupně však dochází k tomu, že hladina, kterou pacient vnímá jako příjemnou, už prakticky splývá s hladinou, kdy je zřetelně opilý. To se projevuje tak, že pacient dlouho působí střízlivým dojmem a náhle se během jedné sklenky úplně opije - obvykle ve zcela nevhodné situaci*“. (Heller, Pecinovská, 2011, str. 16). Již nedisponuje schopností přestat včas pít. Dochází zde k jevu, který se nazývá změna kontroly v pití. „*Alkohol se již stal součástí základních metabolických dějů a změnila se reakce organismu na jeho určitou dávku. Na prakticky zanedbatelnou dávku, která pouze podráždí chuťové receptory, již organismus reaguje změnou psychických procesů a rozjíždí se nezadržitelná kaskáda dalšího pití, končící opilostí. Jediným řešením situace je nepít vůbec, abstinovat, to však pacient dosud neví a vědět ani nechce*.“ (Heller, Pecinovská, 2011, str. 16). V této fázi vzhledem k frekvenci opilosti pozvolna přicházejí konflikty s okolím. Pacient si tím začíná budovat racionalizační systém, což znamená, že pacient si buduje systém zdůvodnění, jímž uklidňuje své okolí, omlouvá a vysvětluje své pití. V této době přestává pacient zvládat své povinnosti, opouští koníčky a zájmy.

Negativně se mění osobnost, na povrch vyplouvají spíše negativní stránky lidské osobnosti, člověk lže, podvádí, je zlý. Tyto projevy jen prohlubují pocit vlastní ubohosti. Stupňují se konflikty s okolím. „*Droga je již tak důležitá, že pacient přestává být vybíravý ve značce, pije, co je dostupné, jen když je v tom alkohol*.“ (Heller, Pecinovská, 2011, str. 16). Dále je pro toto období typická snaha o kontrolované pití, která končí většinou nezdarem a tím se i prohlubuje pacientovo zoufalství. V tomto stádiu se již objevují i zdravotní komplikace. „*Většina pacientů v tomto stádiu léčbu nevyhledá a pije dál. Stoupající frekvencí opilostí dosáhne stavu, kdy pacient je více dnů v týdnu opilý než střízlivý. Tím také končí třetí stádium a přichází stádium poslední, konečné*.“ (Heller, Pecinovská, 2011, str. 17)

4. stádium – terminální, konečné

„*Charakteristickým znakem čtvrtého stádia je nepříjemný stav po vystřízlivění, které je pacient „nucen“ léčit další dávkou drogy – tzv. ranními doušky. Pokračuje – li od ranního*

doušku pití dál, vzniká tah - nekolikadenní období, během něhož pacient nevystřízliví.“
(Heller, Pecinovská, 2011, str. 19)

„Nyní již nezůstává u pití alkoholických nápojů, z nouze pije i jiné chemické prostředky (Alpa, Iron nebo kolínské vody) obsahující ethanol“. (Heller, Pecinovská, 2011, str. 19). V tomto stádiu je již organismus pacienta velmi vyčerpán a dochází k poškození jater, z toho důvodu dochází k tomu, že se pacient opije menší dávkou alkoholu než dříve. Stupňují se zdravotní komplikace spolu s poškozením dalších orgánů v těle. Dále v duševní rovině dochází k degradaci osobnosti a jediným životním požadavkem je sehnání drogy. Nepečuje o sebe, o děti, o domácnost, vlastně o nic. V tuto chvíli se již jedná o stav, kdy to nejde s drogou ani bez drogy. *„Většinou až v této fázi hledá postižený pomoc, někdy až po pokusu o suicidium (sebevraždu)“.* (Heller, Pecinovská, 2011, str. 19)

2.3. Mezinárodní klasifikace nemocí

Od roku 1979 je v ČR závislost na návykových látkách zařazena do kategorie Duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek, které jsou rozděleny podle druhu užívaných látek (F 10 – F 19). Poruchy vyvolané užíváním alkoholu mají označení F 10.

Krom Jellinekova popisu stádií závislosti na alkoholu a krátké informace o duševní poruše a poruše chování vyvolané užíváním alkoholu dle Mezinárodní klasifikace nemocí bych ještě ráda zmínila Jellinekovu typologii závislostí a doplnila o postřehy Doc. Jaroslava Skály.

2.4. Typologie závislosti dle Jellineka

2.4.1. Typ alfa

Představitelé typu alfa jsou lidé, kteří alkohol využívají pro zlepšení nálady, pro zmírnění zdravotních obtíží, pro zdánlivou stabilizaci depresivních stavů apod. Typické pro typ alfa je, že pijí o samotě. U tohoto typu se zatím nejedná o závislost, ale není vyloučeno, že se rozvine v typ gama, který bude popsán níže. Doc. Jaroslav Skála tento typ popisuje jako pijáka, který své pití sám reguluje, aniž by musel abstinovat.

2.4.2. Typ beta

Člověk, který patří do typu beta, stále ještě není ohrožen závislostí, jde ale o jakýsi předstupeň závislosti. Pokud má člověk dostatečnou dávku „talentu“ a podmínky, lze se přehoupnout do typu delta. Časté jsou zdravotní komplikace způsobené nadměrným užíváním alkoholu. „*Sice se nevytváří ani psychická ani somatická závislost, ale kvůli dlouhodobému abúzu dochází k takovým zdravotním komplikacím, jako jsou polyneuritida, gastritidy a cirhozy. Takové pacienty najdeme spíše na interně, než na psychiatrii.*“ (Skála, 1988 str. 47)

2.4.3. Typ gama (anglosaský typ)

Typ gama je specifický preferencí piva a destilátů, dále poruchou kontroly a rostoucí tolerance. Schopnost abstinence zde je, ale při pokusech o kontrolované pití selhává. Vede to také k těžké opilosti, frekvence opilosti stoupá a rozvine se v každodenní pití.

Tento typ je použitelný pro všechny pacientky léčící se na ženském lůžkovém oddělení. V počátečních stádiích preferují pivo, víno, případně destiláty s nižším obsahem alkoholu, ale postupem času s růstem tolerance a potřeby pijí destiláty.

2.4.4. Typ delta (románský typ)

Typ delta je specifický konzumací vína, velkou část pacientek tohoto typu najdeme ve vinařských oblastech, kde velmi často patří konzumace vína k životnímu stylu. Dalším specifikem je udržování hladinky, člověk není ani opilý, ani střízlivý. Je zde jedno vážné zdravotní riziko, nucená abstinence může vyústit v delirium tremens, patřícího mezi psychózy.

2.4.5. Typ epsilon

Typ epsilon je typem posledním a také méně častým. Je typický obdobím nadměrné konzumace, které se střídá s obdobím abstinence. Ještě dnes se používá zastaralejší, ale velmi výstižné označení kvartální piják.

V této kapitole byl stručně popsán vývoj, stádia a typy závislosti. V kapitole následující se zaměřím již na závislost u žen a její specifika.

3. Závislost a ženy

V předchozí kapitole byl popsán vznik a vývojová stádia závislosti, která jsou stejná jak pro muže, tak pro ženy. Ovšem ženská závislost s sebou přináší celou řadu specifik, které bych ráda popsala v této kapitole.

3.1. Stručně z historie

Po druhé světové válce se výrazně změnilo postavení žen ve společnosti, což se odrazilo i na přístupu k návykovým látkám, zejména k alkoholu. Právě od konce druhé světové války pozorujeme nárůst závislosti na alkoholu u žen. Pití alkoholu a případná opilost přestává být projevem nízké sociální úrovně. Alkohol a jiné návykové látky přestávají být tabuizovány. Ženy krom postavení manželky a matky přejímají i roli zaměstnanců atp. S novým životním stylem se zvyšuje i počet žen, které jsou v pravidelném kontaktu s alkoholem či jinou návykovou látkou. Tím, že jsou na ženy, od společnosti i od žen samotných, kladeny větší nároky, stoupá tak i potřeba pomáhat si návykovou látkou ke zvýšení výkonnosti.

3.2. Vývoj v Československu

Do roku 1971 nebylo v Československu oddělení, které by se věnovalo pouze ženské závislosti. Ženy se léčily na uzavřených psychiatrických odděleních, případně v léčebnách pro muže, kde bylo vyčleněno několik lůžek. První oddělení specializované na léčení žen vzniklo v Lojovicích u Velkých Popovic a bylo odbočkou psychiatrického oddělení dnešní Všeobecné fakultní nemocnice. *„Sedmdesátá léta také přinesla akceleraci počtu žen hospitalizovaných pro závislost na alkoholu a ostatních látkách. Do té doby byl poměr 1:20 (ženy:muži) považován za celkem konstantní. Do roku 1985 se poměr (ženy:muži) změnil na 1:12, tzn. více než 8% podíl žen mezi osobami evidovanými v AT poradnách.“* (Heller, Pecinová, 2011, str. 27) Od roku 1991 se již bavíme o poměru 1:5, (ženy:muži). Výrazně k tomuto nárůstu přispívá i větší „obliba“ v předepisování a tím mnohdy zneužívání návykových léků. V této skupině převažují ženy.

3.3. Rozdíl mezi závislostí u žen a u mužů

Při popisu rozdílů mezi mužskou a ženskou závislostí se jeví jako vhodné popsat rozdíl z hlediska vývoje závislosti a také zmíníme rozdíly v průběhu léčby závislosti. Rozdíly pro lepší přehlednost uvádíme v bodech: ((Heller, Pecinovská, 2011, str. 37)

- důsledky závislosti jsou hůře napravitelné, větší odmítání ze strany okolí než u mužů
- důsledky závislosti na tělesné schránce a duševním zdraví jsou výraznější než u mužů
- ženské pití je dlouho skrývané, žena pije často tajně a tím je odhalení závislosti výrazně pozdější
- u žen, které jsou závislé na alkoholu, je výrazný výskyt závislosti u rodinných příslušníků
- ženy často zapomínají na sebe a na odpočinek či relaxaci, jako vhodný prostředek k uvolnění se mnohdy jeví právě alkohol
- u žen je začátek pití častěji reakcí na komplikace či těžkosti života
- častá kombinace závislosti na alkoholu a na lécích
- ženy častěji ztrácejí zázemí

Další odlišnosti můžeme pozorovat v průběhu léčby a doléčování. Pro názornost opět uvádím v bodech:

- v začátcích léčby spolupracuje podstatně méně žen než mužů
- v průběhu léčby více žen než mužů pochopí, že je nutná úplná abstinence od všech návykových látek – souvisí to s vytvořením náhledu a přijetím choroby
- ženy jsou ochotny věnovat více času doléčovacím aktivitám, jsou pak stabilnější ve svém rozhodnutí

„U žen je velmi důležitá včasná diagnostika závislosti s následnou léčbou ambulantní a ústavní. Častěji je nutné myslet na skryté deprese a další psychické poruchy. Neléčená či nedostatečně léčená ženská závislost má závažnější důsledky než závislost muže, včasná a

kvalitní léčba však přináší lepší a trvalejší výsledky než léčba mužů“. (Heller, Pecinovská, 2011, str. 27)

4. Klinika adiktologie – popis zařízení

4.1. Historie

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze vznikla 1.1.2012 spojením Centra adiktologie Psychiatrické Kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a Oddělení pro léčbu závislostí VFN v Praze. Ovšem historie léčby závislostí v Apolinářské ulici sahá až do roku 1948, kdy bylo v budově u kostela sv. Apolináře založeno MUDr. Jaroslavem Skálou protialkoholní oddělení psychiatrické kliniky lékařské fakulty University Karlovy. *„K léčbě byli přijímáni zejména pacienti závislí na alkoholu. Oddělení se postupně rozšiřovalo o další lůžka a oddělení. Součástí oddělení v Apolináři se od roku 1951 stala protialkoholní záchytná stanice. Jako zdravotnická instituce byla pražská záchytná prvním zařízením svého druhu na světě.“* (www.adiktologie.cz) Záchytná stanice fungovala v Apolináři až do roku 1993, kdy byla přemístěna na Míčánky a poté do nemocnice Na Bulovce a namísto ní vzniklo první detoxifikační lůžkové oddělení v ČR. Na tomto oddělení jsou hospitalizováni pacienti s odvykacími stavy (abstinenčními syndromy) v úvodu léčby závislostí.

V roce 1967 bylo v Apolináři otevřeno Středisko pro děti, mládež a rodinu, které sloužilo současně jako krajská ordinace pro mladistvé s problémy, působenými alkoholem a jinými drogami. Od roku 1971 začala pracovat pobočka pro léčbu žen v Lojovicích, první zařízení svého druhu Československu, které funguje dodnes. Po přemístění tohoto oddělení do Prahy pokračuje dále komplexní léčba závislých žen v rámci samostatného oddělení u Apolináře, kde od roku 1948 nepřetržitě funguje mužské lůžkové oddělení. Svoji činnost zde provozuje také socioterapeutický klub „KLUS“ (klub lidí usilujících o střízlivost) rovněž s nejdelší historií v zemi, od r. 1948. (www.adiktologie.cz)

Z protialkoholního oddělení vzniklo Oddělení léčby závislostí Všeobecné fakultní nemocnice, kde se léčili i pacienti, závislí na jiných drogách. Toto oddělení se dále rozšířilo o několik ambulantních programů. V roce 1996 byla otevřena ambulance pro pacienty závislé na alkoholu, v následujícím roce (1997) zahájil v Apolináři svoji činnost první metadonový substituční program na území ČR a v roce 2002 byla otevřena ambulance pro pacienty závislé na nealkoholových drogách.

Vedle léčby pacientů a výuky budoucích lékařů, psychologů, adiktologů a jiných zdravotníků se v Apolináři realizovaly také klinické výzkumy, zaměřené zejména na léčbu závislostí. Své sídlo zde má také Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, která zde koná pravidelné pracovní schůze s přednáškami z oblasti prevence, výzkumu a léčby závislostí.

Apolinář je nejstarší, nepřetržitě fungující zařízení pro léčbu závislostí v České republice, které bylo modelem pro většinu později založených institucí v naší zemi. Nejde však jen o „historický aspekt“, Apolinář je stále vnímán jako vzorové špičkové pracoviště, o čemž svědčí každoroční velký počet stážistů z různých pracovišť. Logickým vyústěním všech uvedených aktivit byla snaha pokračovatelů v díle Jaroslava Skály o založení klinického pracoviště. K tomu došlo počátkem roku 2012, kdy spojením Oddělení léčby závislostí VFN a Centra adiktologie 1. LF UK vznikla Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. (www.adiktologie.cz)

4.2. Ambulantní provozy Kliniky adiktologie

4.2.1. Adiktologická ambulance

Adiktologická ambulance poskytuje ambulantní diagnostickou, preventivní, poradenskou a edukativní péči s možností krátkodobé terapeutické intervence pro osoby závislé na alkoholu a jiných návykových látkách, problémové uživatele či osoby experimentující s drogami. Současně se věnujeme klientům s nelátkovými závislostmi, jako je prokrastinace (výrazná a chronická tendence odkládat důležité věci na pozdější dobu), závislost na jídle, workoholismus či gambling. Jedná se o bezplatnou odbornou ambulanci s možností zachování anonymity. Ambulance zároveň slouží jako výukové pracoviště s odborným dohledem pro studenty oboru Adiktologie.

4.2.2. Ambulance pro alkoholové závislosti

Ambulance pro alkoholové závislosti (ALKO ambulance) zajišťuje ambulantní diagnostickou, léčebnou a preventivní péči pro osoby závislé na alkoholu, problémové uživatele alkoholu a osoby experimentující s alkoholem motivované ke změně stávajícího stavu a užívání alkoholu (snížení spotřeby, abstinence). Jedná se o odbornou zdravotnickou

ambulanci, nikoliv o anonymní kontaktní a poradenskou službu. Obsah léčby je zaměřen na problémové uživatele alkoholu a osoby na alkoholu závislé starší 18 let, často s přidavnou psychiatrickou symptomatikou. Program je také zaměřen na práci s rodinou závislého člověka, kdy je rodině nabízena možnost ambulantní skupiny a tím i pomoc osobám spoluzávislým. (www.adiktologie.cz)

4.2.3. Centrum substituční léčby

Centrum substituční léčby (CSL) nabízí vysokoprahový metadonový substituční program, tj. takový, který klade na klienty vyšší nároky nejen v oblasti dodržování abstinence od veškerých ilegálních drog a alkoholu a klade důraz na dodržování pravidel programu. Podstatnou součástí léčby jsou vedle podávání metadonu i intenzivní terapeutické a poradenské služby, které mají pomoci v řešení nejen samotné závislosti, ale i ostatních s tím souvisejících problémů. Minimálně první dva měsíce je docházka do programu každodenní. Postupem času se lze propracovat i k méně časté docházce, podmínkou je ale „fungování“ (čistá toxikologická vyšetření, dodržování pravidel programu). Substituční léčba je vhodným řešením pro ty, kteří ještě nedokážou bez drogy fungovat, ale nechtějí nelegální drogu užívat. Při substituční léčbě se výrazně snižuje riziko krádeží, nezaměstnanosti atp. Pacient je schopen na substituci, pokud dodržuje všechna pravidla, žít běžný život jako před užíváním drogy. (www.adiktologie.cz)

4.2.4. Ambulance pro nealkoholové závislosti

Ambulance pro nealkoholové závislosti (TOXI ambulance) nabízí ambulantní, preventivní, diagnostickou a léčebnou péči pro uživatele nealkoholových drog. Dále poskytuje specializovanou psychiatrickou péči, individuální a skupinovou psychoterapii systematickou, motivační rozhovory, nedílnou součástí služby je péče internistou - gastroenterologem v prostorách ambulance. Pro závislé na opiátech je poskytována komplexní substituční léčba vysokoprahového charakteru Suboxonem osobám starším 18let.

4.2.5. Středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii

Středisko poskytuje odbornou psychoterapeutickou ambulantní péči závislým, jejich partnerům, rodinným příslušníkům i celým rodinám ohroženým závislostí některého ze svých členů. Je specializovaným zařízením pro rodinnou terapii závislostí a „kodependentních“, tedy závislých rodinných systémů. Vycházíme z konceptu závislosti jako onemocnění celé rodiny. Najdeme zde specialisty z oboru psychiatrie, psychologie, adiktologie a specializované sociální pracovníky. Aktivně spolupracují s občanským sdružením Anima, které se zabývá komplexní péčí o závislé s širokou nabídkou služeb v oblasti rodinné terapie, individuální i skupinové psychoterapie a péče o děti a dospívající z rodin závislých.

V této chvíli by měl mít čtenář alespoň základní přehled o ambulantních službách Kliniky adiktologie. Následuje ještě stručný přehled péče lůžkových oddělení.

4.3. Lůžkové provozy Kliniky adiktologie

4.3.1. Detoxifikační jednotka

Detoxifikační jednotka je lůžkové oddělení uzavřeného typu, které poskytuje detoxikaci („vystřízlivění“) a detoxifikaci (léčba „abstinenčních příznaků“) pacientům závislým na návykových látkách. Je to oddělení, které velmi často předchází přijetí pacienta do lůžkové části. Nejedná se o zařízení poskytující akutní lůžkovou péči, oddělení nesupluje činnost záchytné stanice. Léčba je vždy dobrovolná. Oddělení je koedukované (muži a ženy). Pobyt je určen především pacientům, kteří po pobytu na detoxifikační jednotce následně pokračují ve vlastní léčbě závislosti (ambulantní léčba, lůžkové oddělení – režimová léčba).

4.3.2. Lůžkové oddělení - muži

Mužské lůžkové oddělení nabízí komplexní léčebný program s důrazem na psychoterapii, individuální přístup a zapojení co největšího množství podpůrných programů a doporučení (programy prevence relapsu, rodinné poradenství, psychiatrická péče, farmakologie, zlepšení fyzické kondice, zvyšování frustrační tolerance atd.). Začlenění v rámci Kliniky adiktologie a Všeobecné fakultní nemocnice umožňuje nabídnout pacientům také řešení složitějších somatických, psychických a rodinných problémů bez nutnosti

přerušování léčby. Pacient na lůžkovém oddělení stráví při základní léčbě 3 měsíce a následuje doporučené doléčování. Program na mužském oddělení je velmi podobný programu na lůžkovém oddělení ženy.

Tolik stručný popis lůžkových oddělení. V následující kapitole bude popsáno fungování lůžkového oddělení ženy.

5. Lůžkové oddělení ženy

5.1. Střednědobá ústavní léčba

Lůžkové oddělení ženy je koncipováno jako střednědobá ústavní léčba. „*Pod pojmem střednědobá ústavní péče rozumíme rezidenční léčbu ve zdravotnických zařízeních (psychiatrických léčebnách, odděleních pro léčbu závislosti, kde doba léčby trvá 3-6 měsíců). Tato zařízení využívají prvky terapeutických komunit, jako je režim a pravidla, skupinová psychoterapie, komunitní setkávání, trénink zodpovědnosti apod.*“ (Kalina, 2008 str. 381). Heller, Pecinovská 2011 udávají, že smysluplná léčba by neměla být kratší než 6 týdnů. Na lůžkovém oddělení ženy je doporučená délka léčby 17 týdnů. V prvních 4 až 6 týdnech si pacientka zvyká na režim oddělení a tělo se postupně očišťuje od drogy a také od následků, které droga v organismu zanechala. „*Širokou paletu poškození v oblasti somatické, psychické a sociální může odstranit jen široká paleta terapeutických forem, začleněná do léčebného programu, kde jednotlivé články jsou spojeny do koherentního celku a který je realizován vhodným přístupem k pacientovi ze strany personálu.*“ (Heller, Pecinovská, 2011, str. 125)

5.2. Cíle střednědobé ústavní léčby

Jedním ze základních cílů ústavní léčby je změna životního stylu pacientky a tím i změna k lepšímu v oblasti kvality života. Cílem by mělo být směřování k abstinenci. Nutné je vybudování náhledu na svou chorobu – uznání, že závislost je nemoc, převzetí zodpovědnosti za problémy, které závislost způsobila, vštípit si nutnost doléčování, nastaveného programu dne a prohlubování motivace k trvalé abstinenci. (Dvořáček, 2003)

5.3. Léčebný program

Léčebný program na lůžkovém oddělení ženy je velmi komplexní a pečlivě strukturovaný. Systém léčebné péče zavedl Doc. Jaroslav Skála, dodnes je platný a využívaný v praxi. Je založený na pravidelnosti a návaznosti programu. Hlavní body v programu jsou:

- psychoterapie
- pracovní terapie

- volnočasové aktivity
- lékařská a ošetrovatelská péče
- sociální péče
- týdenní hodnocení pacientek, se kterým jsou pravidelně seznamovány

Tím, jak je léčebný program postaven, je možno sledovat, jak si pacientka v léčbě vede, je možné sledovat pokroky, neúspěchy a působit tak na pacientku a podporovat její změnu. Je to nutné, jelikož při užívání návykových látek se pacientkám mění chování a denní režim a v procesu léčby má pacientka možnost ho znovu objevit. „*K tomu přispívá týdenní hodnocení pacientky, například formou bodovacího systému, který má význam výchovný a zpětnovazebný.*“ (Jandová, 2011, str. 19)

Délka a fáze léčebného programu

Léčba na Lůžkovém oddělení ženy je čtyřměsíční. Pokusím se zde ve spolupráci s Průvodcem léčbou popsat, jak pacientka prožívá jednotlivá období v léčbě. Průvodce léčbou je dokument, který dostane každá nově přichozí pacientka na oddělení. Průvodce je cenný v tom, že ho spoluvytvořily abstinující pacientky, které se na oddělení léčily. Plnou podobu mu dal Jiří Heller (spoluzakladatel oddělení) a MUDr. Olga Pecinová (vedoucí lékařka). Je rozdělen na jednotlivé fáze léčby a vznikl v roce 2011. Pro názornost uvedeno v bodech.

1. – 4. týden

- postupné zlepšování psychického a fyzického stavu
- seznámení s léčebným řádem, přizpůsobení se režimu a dodržování léčebného řádu
- postupné zapojování do programu
- smíření s nutností dodržovat řád a program dne
- přijetí faktu, že je pro uzdravení nutné v léčbě setrvat
- psychický a fyzický stav kolísá
- velmi častá chuť podepsat revers a léčbu ukončit

V této fázi léčby je motivace pacientky ještě stále velmi křehká a spíše určovaná vnějším světem. Je třeba pacientku ke změně podpořit a poskytnout dostatek informací a podpory.

5. – 8. týden

- pacientka začíná chápat smysl negativních zpětných vazeb a je schopná je slyšet a vyhodnotit jako informaci o sobě
- v jednání a chování je znát větší rozvaha
- začíná na psychoterapeutických programech mluvit o svých problémech a začíná je postupně řešit
- dokáže realizovat svůj osobní plán a sestavit ho tak, aby korespondoval s programem dne a léčebným řádem
- obává se předávat negativní zpětné vazby
- při zátěžových situacích je stále roztržitá a panikaří
- koncem této fáze opět riziko podepsání reversu
- obavy z první vycházky (po šesti týdnech v léčbě)

9. – 12. týden

- vycházky již pacientka umí využívat k řešení problémů, které jsou důsledkem jejího pití
- je schopná dodržet daný řád oddělení
- začíná řešit a narovnávat rodinné vztahy
- začíná přijímat závislost jako nevyléčitelnou chorobu
- připouští, že je léčba účinná a smysluplná
- chápe, že bez trvalé a důsledné abstinence nebude žít spokojený a hodnotný život
- začíná mít obavy z toho, co bude po léčbě
- pacientka již disponuje náhledem na svou chorobu

13. – 17. týden

- v poslední fázi léčby cítí pacientka velkou nejistotu, zda zvládne trvale a důsledně abstinovat po celý zbytek života
- využívá vycházek k řešení osobní situace, plánuje osobní program po léčbě,
- je schopná požádat o pomoc a podporu rodinu
- vytváří plán doléčování
- písemně rekapituluje léčbu a řeší to jako téma na terapeutických programech

5.4. Jednotlivé body léčebného programu

5.4.1. Ranní komunita

Základní bodem každého dne, krom neděle, je ranní komunita. Jedná se o shromáždění pacientek a celého terapeutického týmu. Pacientky si poskytují zpětné vazby, jsou hodnoceny kladnými a zápornými terapeutickými body. Na základě těchto dvou nástrojů si pacientka ověřuje, jak zvládá běžné denní činnosti.

Na komunitě je také prostor pro řešení problémů, pacientka se učí srozumitelně vyjadřovat své potřeby, řešit konflikty a vlastní nepohodu bez návykové látky za podpory terapeutického týmu. Učí se přebírat zodpovědnost za vlastní chování a jednání.

5.4.2. Psychoterapie

Terapie je právem považována za pilíř léčebného programu. Nejběžnější formou je terapie skupinová, možná je i individuální terapie, která je spíše doplňková.

Využívaná je technika kognitivně – behaviorální terapie (KBT). „*Je strukturovaná a převážně direktivní. Terapeut je zpočátku více aktivní a zaujímá roli experta, postupně však přenáší odpovědnost za průběh terapie na pacienta a jeho aktivita se snižuje. Vztah mezi terapeutem a pacientem je vztahem vzájemné spolupráce. Od pacienta se očekává, že bude k řešení svých problémů přistupovat aktivně, bude otevřeně sdělovat a zaznamenávat své myšlenky, emoce a zážitky a že bude ochoten zkoušet nové způsoby myšlení a chování i za cenu přechodného zvýšení emoční nepohody. Pro KBT vyšetření je charakteristické, že se*

zaměřuje na přítomné, konkrétní, pozorovatelné, vědomé a ohraničené problémy“.
(Kratochvíl, 2012, str. 15)

Díky kognitivně behaviorálním postupům si pacientka osvojuje nové vzorce chování a komunikace, bez těchto postupů se změna životního stylu neobejde.

5.4.3. Písemné reflexe programů

Součástí léčebného programu je i písemná reflexe v podobě deníku. Jedná se o každodenní komunikaci mezi pacientkou a terapeutem, která slouží hlavně ke zmapování dne, pocitů, úspěchů, neúspěchů atp. Důležitá je tato reflexe obzvláště v prvních týdnech léčby, kdy se pacientka ještě z mnoha důvodů nechce projevovat ve skupině, ale v deníku to již problémy nečiní. Deníky patientek jsou cenným zdrojem informací pro celý terapeutický tým.

Další písemný projev, který pomáhá pacientkám reflektovat dění je elaborát. *„Pacientka píše elaborát z jednotlivých programů, jejichž cílem je buď další zpracování problému, nebo cvičení paměti s požadavkem co největšího rozsahu a přesnosti paměťového záznamu.“* (Heller, Pecinovská, 2011, str. 130)

V terapii se pracuje i s rozsáhlým životopisem, který pacientka píše v první části léčby. Využívá se v individuální i skupinové terapii a slouží především k tomu, aby si pacientka uvědomila rozsah škod způsobených alkoholovou závislostí a díky životopisu je možné pomalu postupovat v náhledu na svou chorobu.

V závěru léčby píše pacientka poslední elaborát, který pracovní nazýváme „Co mi dala léčba“. Důvodem je opět utřídění informací z léčby, stanovení programu a plánu po propuštění z léčby, na tomto elaborátu se dobře pozná, zda pacientka léčbu a zásady pro dodržení abstinence přijala.

5.4.4. Pracovní terapie

Důležitým prvkem léčby je pracovní terapie. Hlavním cílem pracovní terapie je obnovit pracovní návyky. *„Práce má svůj velký význam, ale také velké nároky na organizaci a vedení, aby nepřinášela spíše negativní výsledky. Smysluplná a dobře organizovaná práce*

pacientů má své výsledky materiální, ale především rehabilitační v oblasti psychické i fyzické.“ (Heller, Pecinovská, 2011, str. 129)

Díky pracovní terapii si pacientka ověří své schopnosti, případně zručnost a hned může výsledek své práce zhodnotit a popsat, co jí to přináší. Na ženském lůžkovém oddělení má pracovní terapii na starosti zkušená ergoterapeutka.

5.4.5. Sportovní aktivity

Sportovní aktivity během léčby přispívají ke zlepšování fyzické kondice a vzhledu pacientek. Závislé ženy v době rozvinutí závislosti velmi často nedbají na svůj fyzický vzhled a na sportovní aktivity zapomínají úplně. Pokud každé ráno začnou rozcvičkou, dvakrát týdně mají zařazenou hodinu sportu a případně začnou i běhat, tak se viditelně zlepší jak jejich fyzická kondice, tak i vzhled, tím si žena i zvyšuje alkoholem pochroumané sebevědomí. Pravidelná pohybová aktivita a pravidelná strava je, z hlediska zdravého životního stylu, který se pacientka v léčbě znovu učí, nutná.

5.4.6. Bodovací systém

Bodovací systém je nutné brát jako informační systém pro pacientky i terapeutický tým. Hned je zřejmá informace, co se pacientce daří a co se daří méně. *„Tento systém má obvykle toleranční hladiny, do kterých je možno chybovat, a při překročení těchto hladin se objevují různé penalty, předem stanovené.“* (Heller, Pecinovská, 2011, str. 130). S bodovacím systémem je každá pacientka seznámena hned v první týdnu léčby. V léčebném řádu jsou vyjmenované přestupky a příslušné bodové ohodnocení. Pacientka získává takzvané záporné terapeutické body. Získává i kladné terapeutické body, například za dobře odvedenou práci v pracovní terapii, kvalitně napsaný elaborát a mnohé další.

5.4.7. Volnočasové aktivity

Součástí léčebného procesu by mělo být i naučit se smysluplně trávit volný čas. Jedním z nepřítelů pacientek užívajících návykové látky je nuda, která může být jedním z důvodů rozvoje závislosti.

Pacientky v léčbě mají v programu zařazeny různé volnočasové aktivity. Jednou z aktivit je biblioterapie, kdy si pacientky čtou úryvky a představují si různé knihy, na oddělení je k dispozici dobře vybavená knihovna.

Každou sobotu dopoledne je v programu dne zařazena „Kulturní vycházka“. Pacientky v doprovodu sestry ve službě organizují výlety za kulturou, památkami, výstavami atp.

Pacientky v léčbě mnohdy objeví i nové zájmy. V rámci pracovní terapie mají možnost vyzkoušet velkou škálu ručních prací, vyrábění šperků, pletení košíků a mnohé další. Naučit se nové věci zároveň posiluje sebevědomí patientek a přispívá k posílení motivace k abstinenci.

5.4.8. Sociální práce na lůžkovém oddělení ženy

Pacientky potřebují v léčbě řešit, krom psychických a zdravotních problémů velmi často i ty sociální. Na lůžkovém oddělení je k dispozici sociální pracovnice na 3/4 úvazku.

Sociální práce se na ženském oddělení realizuje jako neoddělitelná součást léčebného režimu, sociální pracovnice je součástí všech komunit, psychoterapeutických skupin a porad týmu. Administrativní činnosti a přímá práce s klientkami jsou v pracovním harmonogramu vyvážené, sociální práce kopíruje režim léčby. Pacientky dopředu vědí, kdy se s jakým problémem mohou na sociální pracovníci obrátit, kdy vyřizuje nezbytnou dokumentaci a kdy konzultuje. Akutní potřeby klientek, které vzejdou z ranní komunity, je možné řešit okamžitě.

Obsahem konzultací (nazývané pohovory) je:

- pracovní poradenství
- exekuce, dluhy – pomoc s jejich řešením či nasměrování pacientky na právní poradnu, kde je bezplatná právní pomoc
- kontakt s úřady (Úřad práce, Správa sociálního zabezpečení, Odbor sociálně právní ochrany dětí, soudy)

- informace o dávkách pomoci v hmotné nouzi, dávky ze státní sociální podpory, příspěvky
- nejasnosti ohledně pracovní neschopnosti, výplaty nemocenské
- sociálně-právní ochrana
- konzultace ohledně následné péče

Pacientky mohou přijít konzultovat jakýkoliv problém a hlavním úkolem sociální pracovnice je pacientku správně nasměrovat na vhodné řešení. Prodiskutovat problém, probrat všechny varianty a být i oporou.

V kompetenci sociální pracovnice je i první kontakt s pacientkou, telefonické konzultace a objednávání k léčbě, kontakt s rodinou pacientky.

Dalším prvkem sociální práce na ženském oddělení jsou tematické skupiny, které se realizují nepravidelně, dle zájmu pacientek a jsou zaměřené např. na dovednosti jak napsat motivační dopis či profesní životopis, jak a kde hledat zaměstnání.

V nabídce služeb je i sociální asistence, doprovod během tzv. existenčního volna. V tomto čase pacientky vyřizují neodkladné záležitosti na úřadech.

Léčebný program na lůžkovém oddělení ženy je velmi pestrý a různorodý, výše jsou popsány nejdůležitější body programu. Následuje kapitola, kde bude popsáno doléčování a jeho přínos v životě pacientky.

6. Doléčovací program na lůžkovém oddělení ženy

Po dokončení léčby (základní) na lůžkovém oddělení mají pacientky možnost nastavit si vlastní formu doléčování. Pacientka si může zvolit jakou formu doléčování si představuje a před koncem léčby plán probere se skupinovým terapeutem. Je možné kombinovat léčbu ambulantní a ústavní, případně i formu stacionární.

Doléčování je důležitou součástí léčby a je na pacientce, jak se k doléčování postaví. Závislost je nemoc, člověka může ohrozit na zdraví i na životě a pokud je cílem pacienta, aby svou nemoc držel v remisi, měl by investovat do doléčování. *„Bez účasti na doléčovacím programu je nezbytné se vracet zpět do ústavní léčby na dobu hospitalizace obvykle delší než 4 týdny. Pokud pacient investuje tyto 4 týdny ve formě doléčovacího programu, má vlastně cca 70% pravděpodobnost dodržení abstinentního životního stylu i vlastní prosperity v životě.“* (Heller, Pecinovská, 2011, str. 147) Dodržování doléčovacího programu je velmi výhodné i z hlediska zvládnutí velmi typického příznaku choroby, jakým je recidiva. Ukazuje se, že pokud pacientka není v kontaktu s oddělením po ukončení léčby, je v případě recidivy delší prodleva mezi recidivou samotnou a nástupem k hospitalizaci na přelčení. *„O tom všem se rozhoduje v průběhu léčby, kdy probíhá nejdůležitější část psychické změny – tvorba náhledu choroby.“* (Heller, Pecinovská, 2011, str. 150).

Délka doléčování

Po propuštění ze základní léčby je pacientka v dobré fyzické i psychické kondici. Jedná se o stav, který je výsledkem značného úsilí.

První rok po léčbě proto bývá nejdůležitější, jak uvádí Heller, Pecinovská, pacientka se musí přizpůsobit stylu života bez alkoholu, při zátěžových situacích nepodlehnout stereotypu užití alkoholu, ale nahradit ho stereotypem abstinentním. *„Je to proces trvající přibližně jeden rok a je k tomu vedle ochoty a schopnosti nutný systém. Na první pohled se zdá, že jde o snadný krok, ke kterému stačí rozhodnutí. Pro závislého je to však změna vyžadující velkou investici sil a ještě značnou pomoc okolí, alespoň ve formě trpělivosti a ocenění.“* (Heller, Pecinovská, 2011, str. 152) Proto je v prvním roce po léčbě doporučeno

pacientkám dodržovat intenzivní doléčovací program v podobě týdenních (opakovacích) pobytů na oddělení, které si pacientka zařadí do svého doléčovacího programu. Optimální jsou čtyři týdny za rok. Další možností je ambulantní skupina, která se koná pravidelně každý týden – doléčovací skupina.

Druhý rok po léčbě již pacientka je schopná abstinovat a život se pomalu vrací do situace před lety, tj. před rozvojem závislosti. Zlepšení je patrné i u fyzického stavu, do dvou let se většinou somatické obtíže zlepší. Stále je pro pacientku výhodné absolvovat opakovací pobyty na oddělení. *„Opakovací kúry slouží především k udržení, případně obnovení motivace, k dodržení trvalé a důsledné abstinence, dále pak poskytují možnost řešit problémy, které v tomto náročném období vznikají a jejichž řešení je bez odborně orientovaného pracoviště obvykle málo úspěšné.“* (Heller, Pecinovská, 2011, str. 155).

Ve třetím roce abstinence již pacientka udržuje stávající zdravotní stav a životní styl. Doléčování již nemusí být tak intenzivní jako v prvních dvou letech. Stále se ale doporučuje, udržet kontakt s problematikou závislosti. Navštěvovat ambulantní doléčovací skupiny a jednou ročně týden opakovací kúry.

Čtvrtý rok již pacientka funguje bezproblémově bez drogy. Žije plnohodnotný život a přichází potřeba seberealizace. Stále je nutné dodržovat bezalkoholovou dietu a ve společnosti nabídky na konzumaci odmítat. V tomto období je rizikové, že častěji dochází k bažení po droze a je nutné s tím umět zacházet a bažení zvládnout. Na zvládání chutí se pacientka zaměřuje již v základní léčbě a měla by mít mechanismy, kterými chutě zvládne.

Po šestém roce abstinence již pacientka považuje nepití za běžnou součást svého života a okolí tento fakt již bez problémů akceptuje. Doléčování tedy může pacientce zajistit spokojený život. Je to samozřejmě dlouhá a těžká cesta.

7. Praktická část

V praktické části bakalářské práce uvádím tři kazuistiky pacientek, které se léčily na lůžkovém oddělení ženy a které důsledně abstinují a využívají doléčovací program. Záměrně jsem vybrala kazuistiky abstinujících pacientek, ráda bych na příbězích těchto tří žen dokázala, že i závislost lze zvládnout.

Prohlašuji, že jsem při popisu jednotlivých příběhů zachovala slib mlčenlivosti, pozměnila jsem identifikační údaje a postupovala v souladu s Etickým kodexem sociálního pracovníka.

1. kazuistika

Jméno: Berta

Rok narození: 1948

Délka abstinence: 7 let a 9 měsíců

Léčby před nástupem do Apolináře: stacionář na Ondřejově, ambulantní léčba u psychiatra

Léčba v Apolináři: nástup na základní léčbu v roce 2005 (předcházela pobyt na psychiatrii po pokusu o sebevraždu). Po základní léčbě 2 měsíce abstinovala, následovala recidiva. V roce 2006 přijata na detoxifikační oddělení a následovala další léčba, která trvala s různými přerušeními téměř rok.

Dětství a mládí prožila v centru Prahy. Narodila se rok po svatbě rodičů jako první dítě. Dále se narodili bratři, vždy s odstupem pěti let.

Rodina: Matka byla velmi dominantní a podle popisu Berty také velmi chladná. Byt a děti byli vždy dobře obstaráni, ale chybělo vřelé mateřské objetí. Matka byla v domácnosti, starala se o Bertu a dva bratry. Matka nikdy nepila, měla zdravotní obtíže a vysoký krevní tlak. Otec byl povoláním jaderný fyzik, měl velkou zálibu v muzice. Byl alkoholik, pokoušel se léčit, ale vždy neúspěšně. S otcem byla zábava, dětem na chatě připravoval různé hry. Berta sama hodnotí své dětství jako šťastné. Absenci citu od matky kompenzoval otec. S mladším bratrem měla Berta sporný vztah. Celý život o něj pečovala matka. Vyučil se, nikdy se neoženil, pracoval jako kulisák v divadle. Po smrti matky se upil. Svou závislost neřešil, nikdy se neléčil. S nejmladším bratrem měla dobré vztahy, byl o 11 let mladší a Berta se o něj často starala. Matka o bratra nejevila zájem, byl nechtěné dítě. Vyučil se kuchařem a jako kuchař pracoval celý život. Oženil se, měl syna. Měl vážné zdravotní problémy, trpěl kardiomyopatií, byl závislý na alkoholu. Zemřel na cirhózu jater. Berta je jediná z rodiny, která dokázala jít do léčby a abstinovat.

Vzdělání, práce: Po celou dobu školní docházky byla průměrnou žákyní. Nebavila ji matematika. Neměla kázeňské problémy. Ve škole měla dvě dobré kamarádky. Po základní škole se vyučila mechanikou. Dobré vztahy na střední škole, byla oblíbená, sportovně

založená (gymnastika, tance) a velmi společenská. Po vyučení pracovala jako mechanika asi 5 let. Poté vykonávala až do důchodu kancelářské práce.

První zkušenosti s alkoholem měla již v útlém dětství. Pila černé pivo. Společensky konzumovat začala asi ve 23 letech, kdy s partou o víkendech pořádali večírky a bavili se na tanečních zábavách. Nikdy neměla kocovinu, od otce byla poučena co a jak pít. Alkohol pro ni měl povzbuzující účinek, držela si hladinku. Do doby než se seznámila s manželem.

S manželem se vzali po roční známosti. Manžel je příležitostný konzument. Mají dvě děti. Po svatbě bydleli u rodičů manžela. Konflikty s tchýní. V té době již doma Berta konzumovala víno. Nejříve o víkendech, později i v týdnu. Často slavila s kolektivem v práci.

Zlom nastal kolem 45. narozenin po náhlém úmrtí tchána, v té době byla tchýně hospitalizována v nemocnici a další rok zemřela Bertě matka, dcera měla rizikové těhotenství a celkově byla ve špatném psychickém stavu. Berta se o všechny starala a sama to popisuje jako velmi náročné a zároveň zlomové období svého pití. Je to stejné období, kdy Berta začala mít zdravotní problémy a starala se o tchýni, která byla po amputaci nohy. Dobrá zpráva byla, že se dceři narodil zdravý syn. Berta začala mít vysoké hodnoty v jaterních testech a tím i závažnou informaci o svém pití. Přišel první pokus léčit se ze závislosti na alkoholu, byl to pouze pokus ambulantní a neúspěšný. Stále se intenzivně starala o tchýni, která péči neoceňovala a na Bertu i na svého syna byla i přes důkladnou péči zlá. Bertino pití již bylo na denním pořádku. Psychický teror a pití nakonec Bertu dohnaly k pokusu o sebevraždu. Rodina ji včas našla a po pobytu na Jednotce intenzivní péče byla přeložena na psychiatrii a následně na Oddělení pro léčbu závislostí, kde po třech letech od prvního kontaktu léčbu zdárně ukončila.

V současné době Berta abstinuje, užívá si důchodu s manželem, má radost z vnoučat a věnuje se milované kočce Líbě a svým koníčkům. Říká, že bez léčby by již nežila.....Od poslední léčby se pravidelně doléčuje.

2. kazuistika

Jméno: Vanda

Rok narození: 1961

Délka abstinence: 5 let a 6 měsíců

Léčby před nástupem do Apolináře: neléčila se

Léčba v Apolináři: v roce 2008 první léčba ze závislosti na alkoholu

Dětství prožila dle vlastních slov pěkné a spokojené. Rodiče byli přísnější. Jezdili na dovolené, četli pohádky a velmi se dětem věnovali. Na dětství vzpomíná Vanda velmi ráda.

Rodina: Matka i otec pracovali jako dělníci, oba měli základní vzdělání. Matka alkohol pila jen příležitostně, otec byl alkoholik. Otec měl 5 bratrů a všichni rizikově užívali alkohol. Otec nebýval opilý, udržoval „hladinku“. Vanda má staršího bratra, o kterém mluvit nechtěla. S alkoholem problémy nemá.

Vzdělání, práce: Na základní škole byla bezproblémová žačka. Znamky měla dobré, většinou vyznamenání a nikdy neměla výchovné problémy. Od první třídy jezdila každý rok na tábory a v dospělosti i sama jako vedoucí. Byla společenská, mnoho kamarádů. Střední školu dokončila a celý život se věnuje povolání zdravotní sestry.

Vzhledem k přísnější výchově rodičů absolvovala první taneční zábavu a tím i první kontakt s alkoholem až těsně před maturitou. Vanda si vzpomíná, že se poprvé opila na vodáckém táboře a byl to tak silný zážitek, že se poté alkoholu delší dobu nedotkla. Po seznámení s manželem se do roka konala svatba. Vdávala se těhotná. S manželem mají dvě děti s odstupem tří let. Manžel má ještě syna z předchozího vztahu. V průběhu mateřské, na které byla 7 let, začala více popíjet s kamarádkami na chatě, kde trávily s dětmi většinu roku. Po mateřské nastoupila do nemocnice jako sestra u lůžka, později byla přeložena na urgentní příjem. Rodinný život byl spokojený, na manžela občas žárlila. Manžel platil alimenty na syna a finanční situace rodiny nebyla vždy dobrá. V práci se stupňovaly nároky a Vanda chtěla vše udržet a vydržet a začala si „pomáhat“ alkoholem. Asi kolem roku 2000 začala pít více. Pila i v práci, hlavně na noční. Někdy s ostatními kolegy, při víkendových službách.

Alkohol ji pomáhal zvládnout velký pracovní stres a náročné služby. Kamarádka v práci si všimla, že má ve skřínce víno a že často skříňku v šatně navštěvuje, po celý den si udržovala hladinku. Probouzela se s abstinenčními příznaky. Zhoršovaly se psychické problémy. Manžel si toho po nějaké době všiml, Vanda problém přiznala a přišla pro ni velká úleva. Manžel zjistil informace o léčbě u Apolináře a v listopadu 2008 nastoupila na léčbu, kterou o čtyři měsíce později řádně dokončila.

Vanda od skončení léčby důsledně abstínuje, má vekou podporu od manžela a od dětí. Stále pracuje jako zdravotní sestra, věnuje se koníčkům, cvičí jógu a ráda cestuje a pravidelně se po celou dobu doléčuje.

3. kazuistika

Jméno: Jiřina

Rok narození: 1962

Délka abstinence: 6 let

Léčby před nástupem do Apolináře: psychiatrická ambulance, hospitalizace na psychiatrii v okresním městě

Léčba v Apolináři: na léčbu nastoupila v roce 2008, první léčba zaměřená na závislost na alkoholu, od dokončení léčby abstínuje

Rodina: Otec pracoval jako učitel, později jako ředitel školy. Velmi sportovně založen. Z politických důvodů přišel o místo ředitele, nakonec působil do důchodu jako inspektor. S Jiřinou měli výborné vztahy. Byl abstinent. V důchodovém věku mu byl diagnostikován Alzheimer. Zemřel po pokusu o sebevraždu. Matka pracovala jako ekonomka. Vytvářela příjemné rodinné prostředí a byla Jiřině celoživotní oporou. Pila pouze společensky. Alkohol se v rodině příliš nepil, jen babičky bratr měl s alkoholem v pozdějším věku problém. Jiřina neměla sourozence.

Vzdělání, práce: Na základní škole měla bezproblémový prospěch, věnovala se koníčkům, byla oblíbená v kolektivu. Věnovala se hudbě. Dokončila střední školu ekonomického směru. Po maturitě se nedostala na vysokou školu a pracovala jako ekonomka ve větším podniku. Ekonomii a účetnictví se věnuje celý život.

Alkohol začala pít v 18 letech. Tehdejší přítel byl konzument. Pili spolu hlavně vodku. V tomto období udává první nadměrné pití. Následovalo onemocnění cév. Dokázala s pitím přestat a zdravotní stav se zlepšil. V létě v rámci pracovních povinností jezdila jako vedoucí na skautský tábor, kde poznala svého budoucího manžela. V té době byl ještě manžel ženatý, je o deset let starší než Jiřina. Rozvedl se. Manželův vztah k alkoholu je velmi kladný, hraje fotbal a po každém tréninku jde na pivo. Už po svatbě měli konflikty kvůli manželovu pití. Jinak žili jako běžná rodina, narodili se jim dvě děti, pořídili si dům. Po roce 1989 bylo Jiřině

nabídnuo velmi dobře placené místo. Manželovi začalo vadit, že vydělává víc než on a žárlil. Manžel založil firmu a Jiřina u něj po nějaké době začala pracovat a starat se o účetnictví.

Před 12 lety začala opět více pít. Konflikt se sousedem a dlouhý soudní spor se začal podepisovat na manželském soužití. Jiřina toto období popisuje jako velmi náročné, začala ztrácet půdu pod nohama a vše zvládala pomocí alkoholu. Popíjela během dne, udržovala hladinku. Trpěla migrénami, podstoupila experimentální léčbu, která zabrala, ale za migrénu schovávala opilost a následky pití (kocovinu). V té době již šlo bezpečně o závislost na alkoholu.

V práci měla stále větší konflikty s podřízenými, nezvládala svou práci, v práci pila. Rodina chtěla problém řešit, na nějakou dobu zvládla Jiřina pití zastavit, díky podpoře psychiatra. Byl to ale neudržitelný stav a znovu se rozpila. Následovalo nervové zhroucení a pobyt na psychiatrii. Do Apolináře se jela poprvé podívat v doprovodu matky a manžela v květnu. Do léčby však nastoupit nechtěla. V prosinci byla již situace tak neúnosná, že sama do Apolináře zavolala a termín si sjednala. V lednu následujícího roku nastoupila na léčbu a bez přerušení léčbu dokončila.

V současné době Jiřina pracuje, žije spokojeným rodinným životem a vztahy v rodině jsou dobré. Věnuje se studiu ekonomie na vysoké škole, získala již bakalářský titul a pokračuje v magisterském studiu. Je v životě moc spokojená a pravidelně se doléčuje.

8. Závěr

Při zpracování bakalářské práce jsem vycházela jak z odborných materiálů, tak i z vlastní zkušenosti se střednědobou ústavní léčbou patientek závislých na alkoholu, v níž pracuji jako sociální pracovnice.

Cílem práce bylo popsat specifika ve vývoji ženské závislosti na alkoholu, specializované zařízení a samotný léčebný program. V první části bakalářské práce jsem popisovala vývoj závislosti, stádia, kterými pacientka prochází. Považovala jsem za důležité uvést a podrobně čtenáře seznámit s touto problematikou.

Následoval popis nejstaršího fungujícího zařízení v České republice, což je Klinika adiktologie – dříve oddělení pro léčbu závislostí. Krátce jsem čtenáře seznámila i s historií pracoviště, protože se domnívám, že je dobré vědět, z jaké tradice celý systém léčby vychází a nepřestane mě udivovat, jak geniálně je systém, vymyšlený Doc. Skálou, propracován. V této kapitole je uveden rozsah dnešních služeb Kliniky adiktologie, které nejsou veřejnosti možná tolik známé, ale považuji za nutné se o nich zmínit. A detoxifikační oddělení je často vstupním oddělením pro pacientky, které se rozhodnou u Apolináře absolvovat střednědobou ústavní léčbu.

Velmi podrobně jsem se také věnovala popisu lůžkového oddělení ženy a specifikům léčebného programu a programu dne. Mohla jsem vycházet i z osobních zkušeností z pozice sociální pracovnice. Navíc každý člen terapeutického týmu má znalosti o všech programech a pravidlech lůžkového oddělení ženy. Jsme tedy navzájem do jisté míry zastupitelní a tyto znalosti velmi přispěly k jistotě mého popisu jednotlivých aktivit.

V poslední kapitole jsem shrnula nejdůležitější poznatky o doléčování žen závislých na alkoholu. Samo téma by jistě mohlo být zpracováno jako samostatná práce, je velmi rozsáhlé a často nedoceňované. Pacientky si v mnoha případech pozdě uvědomí, nejčastěji po recidivě, jak své osobní plány a doléčování podcenily.

Poslední částí, je část praktická a v ní jsem podrobně popsala kazuistiky tří patientek, které léčbu absolvovaly. Považovala jsem za nutné, teoretický text podložit praktickými

životními zkušenostmi od pacientek, které mají svou nemoc pod kontrolou a jsou schopné kriticky nahlížet na svůj život před léčbou závislostí. Je mi líto, že jsem se podrobněji nezaměřila na jejich léčbu a život po léčbě. Ale tento popis mi vzhledem k tématu přišel vhodnější. Z kazuistik je patrné, jaká specifika ženská alkoholová závislost má, jak je nebezpečné tajné pití, jak je důležité dostat se včas do léčby. Včasná léčba může zachránit zdraví pacientky, nenarušit nevratně rodinné vztahy, nedostat se zkrátka až na samé dno.

Psaní práce mě vzhledem k mé profesi velmi těšilo a studium odborné literatury mi pomohlo proniknout do problematiky hlouběji. Dále jsem si ujasnila, že moje pracovní místo je u pacientek závislých na alkoholu a že jsem si svou profesi zvolila správně.

Summary

Arrangement of Bachelor's work is based not only on specialized literature but also from my own experiences with medium-term medical treatment of alcohol addiction as a social worker.

My goal is cover the progress of female alcohol addiction with writing about its specification, specialized institution and treatment program. There is detailed description of particular phases of addiction in the first part of the Bachelor's work. I found to be important to bring this problem closer to the readers.

Futhermore I inform the readers about the oldest institution for the alcohol addiction in the Czech Republic. I also mention the history of medical facility because I think that it is good to know how the whole system of treatment came into existence and how sophisticated program created by Doc. Skála it is. There is also introduced present register of services on clinic of addiction. Some of the services are not well-knowned to the public but I consider to be essential to describe them. For example drug detoxication unit is often initial department for patients who decided to go through medium-term medical treatment.

I also give a detailed description of female department for alcohol addiction and its particularity of medical treatment. I apply my own experiences as a social worker in the Bachelor's work. Futhermore each member of therapeutic team has knowledge of all programs and rules on female department for alcohol addiction, so it helps me with processing the Bachelor's work and describing all the activities of medical treatment a lot.

In the last chapter I summarize the most important pieces of knowledge about after-treatment of female alcohol addiction. This topic could be processed as an individual Bachelor's work because it is very extensive and often undervalued. There are many cases when patients come to realize, often after recurrence, how underestimated own plans and after-treatment.

The last part is dedicated to professional experiences. There is detailed description of case history of three patients who went through the medical treatment. I consider to be

necessary support my Bachelor's work with actual experiences from patients who managed their addiction and are able to have an objective opinion about their lives before medical treatment of addiction. I regret that I did not focus on their therapies and lives after addiction treatment but I consider characterization of female addiction as a more suitable topic.

It is obvious what kind of particularity of female alcohol addiction there are and how dangerous is to secretly drink alcohol and also how important is to get to the medical treatment in time. Well-timed cure can save health of patients, not disturb family relation and not to go down.

According to my profession I was pleased to process my Bachelor's work about this kind of topic and research of specialized literature helped me to get into this issue deeper. I also made to myself clear that I have chosen my occupational position very well.

Seznam použité literatury literatury

- CSÉMY, Ladislav a NEŠPOR Karel. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, 199 s. ISBN 80-851-2152-2.
- DVOŘÁČEK, Jiří. *Střednědobá ústavní léčba*. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 200. ISBN 80-86734-05-6.
- Heller, J. Pecinovská, O. eds.(2011). *Pavučina závislosti*. 1.Vyd Praha: Togga , 2011, s. 215 ISBN 978-80-87258-62-0
- Jandová D. (2011) *Kvalita života rodinných příslušníků před a po léčbě pacientky na Oddělení pro léčbu závislostí ve všeobecné fakultní nemocnici – bakalářská práce* 1.lékařská fakulta UK, není ISBN
- JEŘÁBEK, Petr. *Psychopatologie závislosti*. In KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 70. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. 1.Vyd. Praha – Grada, 2008. s. 392, ISBN 978-80-247-1411-0
- KALINA, Kamil, MIOVSKÝ, Michal. *Psychoterapie v léčbě závislostí*. In KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 180. ISBN 978-80-247-1411-0.
- Kratochvíl, S. (2012). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál s.r.o. 6. vydání, 408 s. ISBN 978-80-262-0302-5
- Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislostí. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup (pp. 91)*. Praha: NMS/Úřad vlády České republiky ISBN 80-86734-05-6.
- NEŠPOR Karel a PERNICOVÁ Hana. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 150 p. ISBN 80-717-8432-X.
- Nešpor Karel, *Návykové chování a závislost / Karel Nešpor.– Vyd. 4., aktualiz. – Praha : Portal, 2011. – 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8 (brož.)*

- Skála, J. (1988). *Až na dno!?. Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (zneužívání a závislost)* 4. vydání. Praha 1 : AVICENUM, 1988. 144 s.
ISBN 09-045-88

Seznam použitých internetových zdrojů

- <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/615/4368/Klinicky-provoz>
- <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/629/Ambulantni-provozy>
- <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/630/Luzkove-provozy>
- <http://snncls.cz/>