

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD
Institut sociologických studií

Helena Dvořáková

**Subjektivní pohled pacientek na nové postupy léčby závislosti
na alkoholu v porovnání s předchozí averzivní metodou**

Bakalářská práce

Praha 2010

Autor práce: **Helena Dvořáková**

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Háva, CSc.**

Oponent práce:

Datum obhajoby:

Hodnocení:

Bibliografický záznam

DVOŘÁKOVÁ, Helena. *Subjektivní pohled pacientek na nové postupy léčby závislosti na alkoholu v porovnání s předchozí averzivní metodou*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2010. 55 s, 5 s. příl. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Petr Háva, CSc.

Anotace

Tématem této práce je subjektivní pohled alkoholově závislých žen na léčebné metody z kontextu jejich vlastní ústavní léčby. Práce je obsahově zaměřena na celospolečenský problém alkoholismu zejména u žen. Následně pak na ústavní léčbu - na jakých principech fungovala dříve a jak je pojata nyní. Jedná se o kvalitativní studii, ve které ženy hodnotí dříve aplikovaný averzivní přístup a současný kognitivně-behaviorální model léčby. V posledních letech se stále více odborníků zabývá efektivitou léčby lidí závislých na alkoholu. Je mnoho metod a přístupů, které se užívají k léčení závislosti na alkoholu. V současné době jsou však výrazněji využívané terapeutické postupy, které pomáhají zvládat rizikové emoce, dále různé kognitivně behaviorální techniky a také techniky, vedoucí k posilování motivace. Každý člověk je individuum a je velice složité vytvořit takovou terapii nebo soubor terapií, aby vyhovovaly stále rostoucímu počtu takto handicapovaných lidí.

Annotation

The theme of this work is women's addiction to alcohol and their subjective view of medical treatment in the context of their own treatment. This work is focused on the all-society problem of alcoholism, particularly for women. Subsequently on the inpatient treatment - in which principles worked previously and as currently conceived. This is a qualitative study in which women evaluated previously applied aversive approach and the current cognitive-behavioral model of treatment. There has been growing number of specialists for alcoholic treatment recently. There are many methods and approaches which are applied to the treatments. Currently, there are more significant therapeutic approaches helping people to deal with their risky emotions and various cognitive – behavioral methods and methods leading to enhancing motivation. Each person is individual and it is very difficult to develop such a therapy

or set of treatments, which would suit to the growing number handicapped people.

Klíčová slova

alkoholismus, motivace, emoce, závislost na alkoholu, sociální faktory, pití, kognitivně behaviorální terapie (KBT), averzivní terapie, zdraví žen

Keywords

alcoholism, motivation, emotion, alcohol abuse, social determinants, drinking, cognitive behavioural therapy (CBT), aversive therapy, woman's health

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila pouze uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 21.5.2010

Helena Dvořáková

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu své bakalářské práce, MUDr. Petru Hávovi, Csc., za odborné a cenné rady a za veškerý čas, který mi věnoval. Rovněž bych chtěla poděkovat svým blízkým, kteří mi byli po celou dobu velkou oporou.

Projekt bakalářské práce

**Subjektivní pohled pacientek na nové postupy léčby
závislosti na alkoholu v porovnání s předchozí
averzivní metodou**

(předpokládaný název bakalářské práce)

Jméno : Helena Dvořáková

Vedoucí práce: MUDr. Petr Háva, Csc.

Úvod:

Popíjení alkoholových nápojů je odnepaměti součástí lidstva jako určitý prvek rituálu, jako symbol radosti a veselí. Na druhé straně ho po celou dobu provází také hrozba negativních účinků, způsobených nadměrnou konzumací alkoholu.

Závislost na alkoholu je definována jako chronická nemoc, z které plynou nejen závažné zdravotní následky, ale také celospolečenské. V důsledku velké tolerance alkoholu ve společnosti se stále snižuje věková hranice jeho konzumentů a zvyšuje se procento úmrtí na následky požívání alkoholu, z čehož lze usuzovat, jak je stále tato problematika podceňována.¹

Čím více jsme ve společnosti obklopeni nadbytkem a většími možnostmi, čím více se lidé oddávají poptávkovým mechanismům, tím více se ocitají v rizikové oblasti problémů závislosti. Alkohol je společensky všeobecně přijímanou drogou, ale alkoholismus je odsuzovaný, obzvláště alkoholismus u žen.

Námět práce:

V této práci bych se zaměřila na problematiku závislosti na alkoholu, zejména

¹ *Alkoholismus – závislost, která ničí člověka i jeho rodinu* [online]. Dostupné z WWW:
<http://www.ordinace.cz/clanek/alkoholismus-zavislost-ktera-nici-cloveka-i-jeho-rodinu/>

na subjektivní pohled žen-alkoholiček na dřívější a současné léčebné postupy v České republice.

Léčba závislosti na alkoholu má u nás již dlouholetý vývoj a tradičně je spojovaná se jménem docenta Jaroslava Skály. Od jeho *averzivní terapie* (tzv. „blinkačky“), která spočívala ve vytvoření si podmíněného reflexu ve vztahu k alkoholu, se již opouští a rozšiřují se metody aplikující *kognitivně behaviorální model*. [FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných soc. patologických jevů*. Praha: Grada Publishing. 2009]

Obecně lze říci, že **kognitivně behaviorální terapie** (KBT) je integrace behaviorální a kognitivní terapie, která pracuje na konceptech a zásadách vyplývajících z psychologických modelů lidských emocí a chování, které zahrnují širokou škálu léčebných postupů a přístupu k emočním poruchám.²

V současné době jsou využívány **terapeutické postupy**, které pomáhají zvládat rizikové **emoce**, dále různé kognitivně behaviorální techniky, posilování **motivace**, tělesné cvičení a relaxace. [Fišer, Škoda 2009] K pochopení sebepoškozujícího způsobu myšlení a jednání, k pojmenování vlastních emočních potíží, které jdou souvisle s motivacemi, se zabývají v současné době terapeuti v léčebnách v České republice, v doléčovacích střediscích i v AT poradnách.

V rámci **kognitivního přístupu** se terapeutický tým snaží o analýzu myšlenek pacientek, které nejsou nějakým způsobem schopny zvládat realitu a utíkají od ní pomocí alkoholu. Klíčovou myšlenkou této terapie je zkoumání souvislostí mezi tím, jak jedinec vnímá a chápe prožitek nebo určitou událost a tím, jaká je reakce v oblasti emocí, chování a tělesných procesů. [GREENBERGER, Dennis, PADESKY, Christine A. *Na emoce s rozumem*. Praha: Portál. 2003]

Nedílnou součástí k rozhodnutí změnit svůj život – čili nepožití do konce života ani kapku alkoholu, je změna motivace pomocí introspekce. [BECK, Aaron T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál. 2005] Sebepozorováním a plánováním řešení modelových situací může být pro závislé ženy jednoznačně prospěšné, protože ony samy se musí (za předpokladu, že chtějí umět žít bez alkoholu) naučit principiálně novému způsobu chování, myšlení, disciplíně, rozhodování, naučit se rozpoznávat rizika, umět je definovat a tím se začlenit do plnohodnotného společenského života. [Elizabeth E., McCRADY, Barbara C. *Overcoming Alcohol Use Problems: A Cognitive-Behavioral Treatment Program*. USA: Oxford University Press. 2009]

2 GRAYEBROOK, Kate, GARLAND, Anne and the board of BABCP. *What are cognitive end/or behaviourl psychotherapies?* [online]. [cit. 2010-04-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.babcp.com/silo/files/what-is-cbt.pdf>>.

Pracovní cíle výzkumu:

Cílem této práce je:

- vymezit škodlivé užívání alkoholu u žen, závislost a kognitivně-behaviorální poruchy, které s problematikou souvisejí
- představit faktory, které specifikují definici závislé ženy, s bližším zaměřením na emoční prožívání a motivaci.
- popsat, jak samy ženy vnímají terapii v čistě ženské léčbě na základě rozhovorů s nimi a jaká je jejich klíčová motivace k rozhodnutí abstinovat.

Vymezení výzkumného problému:

Výzkumným problémem v této práci je zkoumat, jaké jsou příčiny a faktory závislosti na alkoholu specifické u závislých žen, léčených v ústavním zařízení v České republice.

Dále chci vyhodnotit efektivitu moderních kognitivně behaviorálních postupů při léčbě závislosti na alkoholu, jaký má kognitivně-behaviorální terapie vliv na zvládání životních situací a problémů v porovnání s averzivní léčbou, a jak samy pacientky vnímají tento nový terapeutický postup, aplikovaný v České republice.

Předpokládané metody zpracování práce a cílová skupina:

Z hlediska pojetí práce a vymezení výzkumného problému jsem zvolila metodu *kvalitativního výzkumu*. Konkrétně tedy *případovou studii* (case study). Případová studie zkoumá jeden či více případů (objekt, skupinu, fenomén, událost, proces...aj.), o kterých se snažíme získat maximum informací. Případová studie se aplikuje zejména v těch případech, kde se primárně soustředíme na porozumění složitějších sociálních jevů, jejíž výhodou je hlubší kvalitativní porozumění.

V praxi budu vést *rozhovory pomocí návodu* se čtyřmi ženami, které se léčí/léčily ze závislosti na alkoholu v protialkoholním ústavním zařízení, a které jsou ochotné spolupracovat na tomto výzkumu. Jsou to dvě pacientky v Psychiatrické léčebně v Bohnicích v Praze a dvě bývalé pacientky z Psychiatrické léčebny v Jihlavě. Kritériem výběru je, že se pacientky léčí/léčily dobrovolně, tzn. nesoudním rozhodnutím (jako více motivované).

Předpokládaná literatura:

BECK, Aaron T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*.

- Praha: Portál.2005. 256 s. ISBN 80-7367-032-1.
- BURGETOVÁ, Klára. *Životní situace lidí závislých na alkoholu*.
Brno: Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Katedra sociální politiky a sociální práce, 2008. 64 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Pavel Horák, Ph.D.
- EPSTEIN, Elizabeth E., McCRADY, Barbara C. *Overcoming Alcohol Use Problems: A Cognitive-Behavioral Treatment Program*.
USA: Oxford University Press. 2009. 232 s. ISBN 0195322754.
- GREENBERGER, Dennis, PADESKY, Christine A. *Na emoce s rozumem*.
Praha: Portál. 2003. 200 s. ISBN 80-7178-742-6.
- HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*.
Praha: Slon. 1997. 221 s. ISBN 80-85850-45-1.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*.
Praha: Portál. 2004. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- KALINA, Kamil, et al. *Základy klinické adiktologie*.
Praha: Grada Publishing. 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*.
Praha: Portál. 2001. 288 s. ISBN 80-7178-535-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*.
Praha: Sociologické nakladatelství. 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
- MUNKOVÁ, Gabriela. *Sociální deviace*.
Praha: Karolinum. 2001. 134 s. ISBN 80-246-0279-2.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*.
Praha: Academia. 1997. 437 s. ISBN 80-200-0625-7.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*.
Praha: Vodnář. 1995. 397 s. ISBN 80-85255-74-X.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského jednání*.
Praha: Academia. 1996. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Obecná psychologie (Sylabus přednášek)*.
České Budějovice: Jihočeská univerzita. 2006. 152 s. ISBN 80-7040-922-3.
- NEENAN, Michael, DRYDEN, Windy. *Kognitivní terapie – stručný přehled*.
Praha: Portál. 2008. 120 s. ISBN 978-80-7367-372-7.
- NEŠPOR, Karel. *Alkohol a jiné návykové látky u žen - identifikace a časná intervence*.
NEŠPOR, Karel. *Jak překonat problémy s alkoholem*.
Praha: Sportpropag. 1999. 118s.
- NEŠPOR, Karel. *Organizace Anonymní alkoholici představuje efektivní pomoc závislým*.
- PUNCH, Keith F. *Úspěšný návrh výzkumu*.
Praha: Portál. 2008. 230 s. ISBN : 978-80-7367-468-7.
- SKÁLA, Jaroslav, et al. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*.

Praha: Avicenum. 1987. 208 s.

SKÁLOVÁ, Zuzana. *Životní příběhy žen-matek závislých na alkoholu a zkušenost ústavní léčby*.

Praha: Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra sociální práce, 2003. 206 s., přílohy. Vedoucí diplomové práce Oldřich Matoušek.

STRAUSS, Anselm, CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu*.

Boskovice: Albert. 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*.

Praha: Portál. 2008. 870 s. ISBN: 978-80-7367-414-4.

Internetové zdroje – stránky, články, publikace:

About.com: Alcoholism. *Women and Substance Abuse [online]*. Dostupné z WWW: <http://alcoholism.about.com/od/women/Women_and_Substance_Abuse.htm>.

Alkoholik. [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.alkoholik.cz/zavislost/>>.

ALKOHOLIK. *Vyprávění alkoholičky o své závislosti a boji s ní [online]*. [cit. 2010-05-02] Dostupné z WWW: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/skutecny_pribeh_alkoholika/vypraveni_alkoholicky_o_sve_zavislosti_a_boji_s_ni.html>.

FLEMING, Michael, MANWELL, Linda Baier. *Brief Intervention in Primary Care Settings. A Primary Treatment Method for At-Risk, Problem, and Dependent Drinkers [online]*. Dostupné z WWW: <<http://csam.web2.rs.autoupdate.com/pdf/misc/FlemingArticle.pdf>>.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. NIAAA *The Effects of Price on Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems [online]*. Dostupné z WWW: <<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-1/22-34.pdf>>.

NEŠPOR, Karel – osobní stránky. *Překonání závislosti, texty, svépomocné materiály atd. [online]*. Dostupné z WWW: <<http://www.drnespor.eu/addictcz.htm>>.

ELLICKSON, Phyllis et al. *Ten Year Prospective Study of Public Health Problems Associated With Early Drinking [online]*. Dostupné z WWW: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/111/5/949>>.

POPOV, Petr. *Závislost na alkoholu [online]*. Dostupné z WWW: <http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=971>.

Psychologie. *Předmět psychologie, přehled psychologických oborů, metody zkoumání lidské psychiky [online]*. Dostupné z WWW: <<http://www.psychoterapie.estranky.cz/stranka/metody-lidske-psychiky>>.

OBSAH:

Projekt bakalářské práce	7
1 ÚVOD	14
2 Cíle výzkumu	17
3 Vymezení výzkumného problému	17
4 Metodologie	17
4.1 Metoda výzkumu	18
4.2 Postup a průběh vedení rozhovoru s pacientkami	20
4.3 Participantky	20
5 Návykové chování	25
5.1 Příčiny vzniku závislosti	27
5.2 Projevy potřeby konzumace alkoholu	27
5.3 Proces vzniku a rozvoje závislosti na alkoholu	28
5.4 Typy závislosti na alkoholu (dle Jellinka)	29
5.5 Důsledky závislosti na alkoholu	88
5.5.1 Intoxikace způsobená alkoholem	31
5.5.2 Sociální důsledky závislosti na alkoholu	31
5.6 Specifika závislosti na alkoholu u žen	32
6 Prevence léčby závislosti	34
6.1 Primární prevence závislosti	35
6.2 Sekundární prevence závislosti	35
6.3 Terciální prevence závislosti	38
7 Léčebné a terapeutické přístupy	39
7.1 Léčebné přístupy	40
7.1.1 Ústavní péče	40
7.2 Terapeutické komunity	45
8 Terapeutické postupy	48
8.1 Historie léčebné terapie	48

8.2	Léčebné terapie v Čechách	48
8.3	Behaviorální teorie	50
8.3.1	Behaviorální terapie	51
8.4	Averzivní terapie	52
8.4.1	Biologická léčba	52
8.4.2	Chemická léčba	53
8.4.3	Elektroavertivní léčba	54
8.4.4	Averzivní hypnoterapie	54
8.5	Kognitivní terapie	55
8.6	Kognitivně behaviorální terapie	56
8.6.1	Skupinová terapie	58
8.6.2	Rodinná terapie	58
9	Motivace	60
9.1	Motivace jako nástroj změny	60
9.2	Sebemotivace jako dovednost	61
9.3	Motivace a emoce	62
9.3.1	Emoce	62
9.4	Motivace k abstinenci	64
9.4.1	Negativní motivace	65
9.4.2	Pozitivní motivace	66
10	Zhodnocení	66
11	Závěr	68
12	Seznam literatury	69
13	Seznam příloh	74
14	Přílohy	75

1. ÚVOD

„... Já jsem já a ve mně je nějaká druhá a ta mě pořád našeptává a radí. Já jdu nakupovat slíbím si, že alkohol kupovat nebudu ale ta druhá ve mně vede moje nohy k regálu s alkoholem a natáhne moji ruku pro další a další lahev s vínem. Tak jak to mám udělat, abych byla zase jenom já jedna sama? Jak?“

/Vyprávění alkoholičky o své závislosti/³

Inspirací k tomu, proč se problémem alkoholismu zabývám v bakalářské práci, je skutečný životní příběh mojí dlouholeté kamarádky, respektive její maminky.

Alkohol je obecně vyznačován jako jedna z nejstarších psychoaktivních látek, která je z hlediska historie známá již z období paleolitu.⁴ Alkohol, jako přírodní výtvar a zároveň sociální artefakt, měl vždy ve společnosti své místo, nejčastěji však při různých společenských událostech a situacích jako kulturní doplněk.

Požívání této látky působí na jedince různými účinky dle množství vypitého alkoholu. Zpětnou reakcí po požití alkoholu může být od stavu uvolnění (snížení či odbourání napětí a stresu) a euforie k útlumům, stavům nekontrolovatelné motoriky těla, nevolnosti, až po otravu alkoholem.

Hrozcím rizikem u příliš častého a nadměrného konzumování alkoholu, majícím zásadní vliv na duševní a tělesné zdraví, je vypěstování si závislosti tzv. *alkoholismus*.⁵

Přístupy k toleranci konzumace alkoholu byly (a doposud jsou) rozličné z hlediska dané společnosti, ať již v podobě různých represivních a prohibičních opatření či naopak, v podobě vysoké tolerance alkoholu. Žádná společnost se však

3 ALKOHOLIK. *Vyprávění alkoholičky o své závislosti a boji s ní*. [online]. [cit. 2010-05-02] Dostupné z WWW:

<http://www.alkoholik.cz/zavislost/skutecny_pribeh_alkoholika/vypraveni_alkoholicky_o_sve_zavislosti_a_boji_s_ni.html>.

4 Výpisky z kurzu *Sociální deviace* (vedený PhDr. Gabrielou Munkovou, Csc).

5 Alkoholický nápoj In *Wikipedia* [online]. [cit. 2010-05-07]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Alkoholick%C3%BD_n%C3%A1poj>.

nedokáže uspokojivým způsobem vypořádat s fenoménem alkoholismu.

Závislost na alkoholu je velkým problémem jak pro jedince samotného, tak i pro společnost. Také proto, že se jedná o drogu legální, snadno dostupnou, se lidé čím dál častěji tímto fiktivním způsobem snaží vystupňovat své životní síly, pod vlivem různých mechanismů, které jsou jim nesrozumitelné, jakoby oklikou, zprostředkovaně a taková snaha často vede k tragédiím lidského sebehledání. [SKÁLA, Jaroslav. ...až na dno!?. Praha: Avicenum. 1988]

Čím více jsme ve společnosti obklopeni nadbytkem a většími možnostmi, čím více se lidé oddávají poptávkovým mechanismům, tím více se ocitají v rizikové oblasti problémů závislostí. Alkohol je společensky všeobecně přijímanou drogou, ale alkoholismus je odsuzovaný, obzvláště alkoholismus u žen. Prototypem alkoholika je v očích veřejnosti bezdomovec, žijící na okraji společnosti, což ovlivňuje její mínění o neovlivnitelnosti tohoto jevu - tedy, že alkoholově závislí lidé jsou vnímáni jako beznadějné případy.⁶

Jen velmi malá skupinka lidí, kteří si jsou vědomi svého problému, se rozhodnou pro dobrovolné léčení. Častěji jde o ty, kteří se svou závislostí nechtějí nic dělat, jsou nemotivovaní a jejich okolí bezmocné. Do léčby přicházejí často právě ti lidé, kteří se sice jdou dobrovolně léčit, ale z důvodu tlaku rodiny, zaměstnavatele, partnera atd. Čili jejich dobrovolnost je velmi relativní - a je velmi těžké u každého konkrétního jedince docílit toho správného náhledu tak, aby začal žít kvalitní plnohodnotný život bez drogy.⁷

Existují však lidé, kteří úspěšně abstinují, vedou plnohodnotný život, ale svoje úspěchy, či strategie použité k cestě k úspěšnému zvládnutí závislosti, nikomu nesdělují. Tito lidé zůstávají v utajení, aby v očích svého okolí neklesli na úroveň výše zmíněného prototypu alkoholika a nedostali se do negativních reakcí.⁸

Stále častěji se do kolotoče závislosti dostává populace mladých žen, které „nejdou elitním vývojem, ale zůstávají sedět v debaklovém statutu“. (MUDr. Václav Dvořák, primář oddělení léčby závislosti žen PL Bohnice) Ženy bývají mnohdy zklamané, jejich sny se rozplynou a zůstává tvrdá realita a tuto zátěž mnohdy neunesou a ze které mají tendenci utíkat s pomocí něčeho, co přinese okamžitou úlevu. Od problémů se chytají něčeho chvilkového, co jim přinese vypnutí, vystoupení ze systému. V tom spočívá obrovské riziko.⁹

6 DVOŘÁK, Václav. Podceňujeme rizikové faktory závislosti. *Zdravotnické noviny [online]*. 30.6.2008, [cit. 2010-05-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/rozhovory/predstavujeme/366221>>.

7 *Tamtéž.*

8 *Tamtéž.*

9 *Tamtéž.*

Postoje k alkoholově závislým jedincům jsou individuální a to zejména z historického kontextu. V prvopočátcích to byla etiketizace a marginalizace alkoholově závislých, kdy byl alkoholismus chápán jako morální selhání jednice (dříve se budovala léčebná zařízení zásadně v okrajových oblastech mimo dosah společnosti). V nynější době je alkoholismus diagnostikován jako choroba, kterou je potřeba léčit a obecně snaha tento problém řešit. Vznikají mimo jiné svépomocné skupiny, které vytvářejí sociální sítě (autonomní a solidární skupiny, často založené na solidaritě sobě rovných), jejichž posláním a záměrem je udržení a podpora abstinence a zpětná reintegrace jedinců k opětovnému každodennímu fungování.

V České republice je zřízeno několik desítek ústavních léčebných zařízení a alternativních svépomocných skupin. Léčba závislosti na alkoholu má u nás již dlouholetý vývoj a tradičně je spojována se jménem docenta Jaroslava Skály. Od jeho *averzivní terapie* (tzv. blinkačky), která spočívala ve vytvoření si podmíněného reflexu ve vztahu k alkoholu, se již opouští a rozšiřují se metody aplikující kognitivně behaviorální model. [FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných soc. patologických jevů*. Praha: Grada Publishing. 2009]

Obecně lze říci, že *kognitivně behaviorální terapie* (KBT) je integrace behaviorální a kognitivní terapie, která pracuje na konceptech a zásadách vyplývajících z psychologických modelů lidských emocí a chování, které zahrnují širokou škálu léčebných postupů a přístupu k emočním poruchám.¹⁰

Oproti KBT je u averzivní terapie (také „*Skálova terapie*“) kladen velký důraz na režimovou - represivní - léčbu, náročné a četné fyzické aktivity a náročný bodový systém. Terapie se zaměřuje na tresty s cílem asociovat v klientovi nežádoucí návyk a chování s nepříjemným zážitkem. [SKÁLA, Jaroslav, et al. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. 1987]

V současné době jsou využívané terapeutické postupy, které pomáhají zvládat rizikové emoce, dále různé kognitivně behaviorální techniky, posilování motivace, tělesné cvičení a relaxace. [Fischer, Škoda 2009].

K pochopení sebepoškozujícího způsobu myšlení a jednání, k pojmenování vlastních emočních potíží, které jdou souvisle s motivacemi, se zabývají v současné době lékaři a terapeuti v léčebnách v České republice

V rámci kognitivní terapie se psychologové snaží o analýzu myšlenek pacientek, které nejsou nějakým způsobem schopny zvládat realitu a utíkají od ní pomocí alkoholu.

10 GRAYEBROOK, Kate, GARLAND, Anne and the board of BABCP. *What are cognitive end/or behaviourl psychotherapies?* [online]. [cit. 2010-04-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.babcp.com/silo/files/what-is-cbt.pdf>>.

Klíčovou myšlenkou této terapie je zkoumání souvislostí mezi tím, jak jedinec vnímá a chápe prožitek nebo určitou událost a tím, jaká je reakce v oblasti emocí, chování a tělesných procesů. [GREENBERGER, Dennis, PADESKY, Christine A. *Na emoce s rozumem*. Praha: Portál. 2003]

Nedílnou součástí k rozhodnutí změnit svůj život, čili nepožít do konce života ani kapku alkoholu, je změna motivace pomocí introspekce. [BECK, Aaron T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál. 2005] Sebepozorováním a plánováním řešení modelových situací může být pro závislé ženy jednoznačně prospěšné, protože ony samy se musí (za předpokladu, že chtějí umět žít bez alkoholu) naučit principiálně novému způsobu chování, myšlení, disciplíně, rozhodování, naučit se rozpoznávat rizika, umět je definovat a tím se začlenit do plnohodnotného společenského života. [EPSTEIN, Elizabeth E., McCRADY, Barbara C. *Overcoming Alcohol Use Problems: A Cognitive-Behavioral Treatment Program*. USA: Oxford University Press. 2009]

2. Cíle výzkumu

Cílem je zjistit na základě rozhovorů s ženami - alkoholičkami, jak ony samy vnímají nové terapeutické postupy v čistě ženské léčbě a jak vnímaly dřívější averzivní léčbu.

3. Vymezení výzkumného problému

Výzkumným problémem této práce je efektivita léčby alkoholové závislosti u žen v České republice. Chci tedy zkoumat efektivitu moderních, kognitivně behaviorálních postupů při léčbě závislosti na alkoholu, jaký má KBT vliv na zvládání životních situací a problémů v porovnání s averzivní léčbou.

4. Metodologie

Výzkum je zaměřen na ženy závislé na alkoholu. Pro tento výzkum jsem si vybrala celkem čtyři participantky. Jsou to dvě ženy, které se v současné době léčí

v Psychiatrické léčebně v Bohnicích v Praze (dále PL Bohnice). Další žena v současné době abstinguje, ale v dřívější době se léčila v Psychiatrické léčebně v Jihlavě (dále PL Jihlava). A poslední, která také nyní abstinguje, se třikrát léčila v PL Jihlava a jednou v PL Bohnice. Základním kritériem výběru byla dobrovolná účast žen v ústavním zařízení (tzn. nesoudní rozhodnutí).

Výzkum v Psychiatrické léčebně v Bohnicích byl umožněn díky vstřícnému přístupu jak ředitele této léčebny, MUDr. Martina Hollého, tak primáře ženského oddělení závislosti (Pavilon 8), MUDr. Václava Dvořáka, a lékařky na tomto oddělení, MUDr. Otilii Bartákové, pod jejíž záštitou byl výzkum také uskutečněn. Práci tedy doplňuji o poznatky z diskusí s paní doktorkou Bartákovou. Dále ji doplňuji o cenné informace od Mgr. Zuzany Skálové, bývalé terapeutky psychiatrické léčebny v Bohnicích a současné ředitelky centra služeb následné péče pro ženy ALMA v Praze (které je v České republice ve své specializaci jediné)¹¹ a její zkušenosti s ústavní léčbou a alkoholismem u žen.¹² Dále jsem měla možnost diskutovat o metodách léčebných přístupů s MUDr. Miroslavem Skačáním, soukromým psychiatrem a externím spolupracovníkem Psychiatrické léčebny v Jihlavě.

4.1 Metoda výzkumu

Správná volba metody sociologického zkoumání se odvíjí od povahy zkoumaného jevu. Tato práce v praktickém aspektu analyzuje závislost žen na alkoholu a jejich vnímání ústavní léčby. Z hlediska pojetí práce a vymezení výzkumného problému jsem zvolila metodu *kvalitativního výzkumu*.

„Některé zkoumané oblasti se hodí spíše pro kvalitativní typy výzkumu. To je třeba případ výzkumu, který se snaží odhalit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem, např. nemocí, přestoupením na jinou víru nebo závislostí.“ [STRAUSS, Anselm; CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice : Albert, 1999. Úvod, s. 11.]

Kvalitativní empirický výzkum je charakteristický subjektivním přístupem, interpretující sociální realitu. Umožní nám danou problematiku uchopit více do hloubky

¹¹ Centrum ALMA FEMINA. Dostupné z WWW: <<http://www.almafemina.cz/femina/femina.htm>>.

¹² Pozn. Se Zuzanou Skálovou jsem neměla možnost setkat se osobně z důvodu její pracovní vytíženosti, proto jsme komunikovaly pouze prostřednictvím internetu.

a porozumět podstatě problému.¹³ Díky tomu získáme podrobný náhled do zkoumaného tématu, a tím lépe porozumíme lidskému jednání a sociálním vztahům.

„Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme. V neposlední řadě mohou kvalitativní metody pomoci získat o jevu detailní informace, které se kvalitativními metodami obtížně podchycují.“ [Strauss, Corbinová 1999: 11]

Pro tuto formu zkoumání jsem zvolila konkrétní typ přístupu, a to **případovou studii** (case study, monografie). Případová studie zkoumá jeden či více případů (objekt, skupinu, fenomén, událost, proces...aj.), o kterých se snažíme získat maximum informací. Případová studie se aplikuje zejména v těch případech, kde se primárně soustředíme na porozumění složitějších sociálních jevů, jejíž výhodou je hlubší kvalitativní porozumění. *„Předmět svého zkoumání se případová studie snaží popsat detailně a přitom komplexně, v jeho složitosti i celistvosti.“ [REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha : Grada Publishing. 2009. Základní pojmy, s. 29.]*

Hendl rozvádí ve své publikaci rozličné typy případové studie, a to z hlediska sledovaného případu. V této situaci je tedy nejvhodnější užití **osobní případové studie**, ve které jde o:

„(...) podrobný výzkum určitého aspektu u jedné osoby. Pozornost se věnuje např. minulosti, kontextovým faktorům a postojům, které předcházely určité události (užívání drog, rozvod). Zkoumají se možné příčiny, determinanty, faktory, procesy a zkušenosti, jež k ní měly vztah (...).“ [HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum. Praha : Portál, 2004. Případová studie, s. 104-105]

Jako hlavní techniku sběru dat uplatňuji **rozhovory (interview)**, které jsou vedeny se současnými a bývalými pacientkami psychiatrické léčebny, a dále analýzu dokumentů (deníků z pobytu léčeni). **Rozhovor** je veden **pomocí návodu**. [Hendl, J. 2004:174]. Návodem rozumíme seznam otázek či tématických okruhů, na jejichž základě směřujeme rozhovor tak, aby se vyčerpala všechna předem stanovená témata. Uspořádání otázek a přizpůsobování formulace otázek na základě situace je volnější.

Pacientka, která se léčila v Psychiatrické léčebně v Jihlavě, si vedla *deník*

13 *SOCIOweb : Sociologický webzín [online]. 2002 [cit. 2010-04-01]. Teorie pro všechny. Dostupné z WWW: <<http://www.socioweb.cz/index.php?disp=teorie&shw=102&lst=108>>.*

během pobytu na léčení, který mi také poskytla k účelům bakalářské práce.¹⁴

4.2 Postup vedení rozhovoru s pacientkami

- Před započítím rozhovoru informuji respondentky o výzkumném záměru a podstatě výzkumu a o jejich dobrovolné účasti.
- Respondentkám je poskytnuta možnost zaslání finální verze výzkumné práce.
- Z etického hlediska a z hlediska citlivosti pořízených dat jsou z důvodu respektování práva zkoumaných osob na zachování anonymity změněna jména žen a jiné citlivé/identifikační údaje .

„Každý sociální výzkum zahrnuje souhlas a s tím spojené etické aspekty, protože je založen na datech od lidí a o lidech.“ [PUNCH, Keith. Úspěšný návrh výzkumu. Praha : Protál, 2008. Etické aspekty: souhlas, přístup a ochrana subjektů, s. 105.]

- Rozhovory jsou nahrávány na záznamové zařízení (diktafon) a trvají 30-120 minut. Mimoverbální projevy, které by mohly být relevantní, jsou zaznamenávány ručně na papír.
- Během rozhovoru *face to face* jsou respondentkám kladeny otevřené otázky směřující ke konkrétnímu tématickému okruhu (v přehledu tématických okruhů a otázek je mi částečně inspirací diplomová práce Mgr. Zuzany Skálové, která se ve svém výzkumu zabývala obdobnou tematikou¹⁵).

4.3 Participanky

První rozhovory jsem uskutečnila s bývalými pacientkami z Psychiatrické léčebny v Jihlavě – **Radka, Alena**. Obě navrhly místo setkání a rozhovoru v jejich

14 *Deníky* se vedou ve většině ústavních zařízení psychiatrických léčeben. Jsou to povinné denní záznamy, ve kterých pacientky samy prezentují své pocity, myšlenky, nálady, emoce atp. Psaní deníku je součástí léčebného programu, jehož nedodržování je porušením léčebného režimu, což může také znamenat vyloučení.

15 SKÁLOVÁ, Zuzana. *Životní příběhy žen-matek závislých na alkoholu a zkušenost ústavní léčby*. Praha: Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra sociální práce, 2003. 206 s., přílohy. Vedoucí diplomové práce Oldřich Matoušek.

domácím prostředí, kde byla atmosféra mnohem více uvolněnější a rozhovory více spontánní. Byl mi tak dán širší prostor probrat tématické okruhy detailněji a získat více informací.

RADKA (46 let)

Radku znám již delší dobu. Měla jsem tedy možnost sejít se s ní víckrát a o této problematice hovořit hlouběji. Je rozvedená a žije bez partnera. Má dospělou dceru.

Období před problémy s alkoholem:

Radka prý od svých šestnácti do svých dvaceti let popíjela alkohol hlavně při posezení s přáteli, ale vždy prý v normě, nikdy se neopíjela. Radka ho situuje do období svých dvaceti let, kdy se vdala a odstěhovala se z města na venkov. Zde se snažila vytvořit harmonické zázemí pro svou novou rodinu. V té době byla také na mateřské dovolené. Manželství ale bylo doprovázeno velkými a častými konflikty, Radka se navíc velmi špatně adaptovala na venkovské prostředí.

Období problému s alkoholem a období léčby:

Samota, stres a konflikty, navíc propojeny s traumatickými zážitky z dětství, prý dohnaly Radku k tomu, aby začala pít. Radka má navíc diagnostikovaný posttraumatický stresový syndrom (PTSD) v důsledku sexuálního zneužívání v rodině.¹⁶ Léčila se celkem čtyřikrát – třikrát v PL Jihlava (poprvé ve dvaadvaceti letech) a jednou v PL Bohnice. Při svých prvních dvou léčbách v Jihlavě zažila averzivní metodologický přístup, při třetí léčbě se již tento přístup nepraktikoval. S averzivními postupy v léčbě má velmi špatné zkušenosti. Tato metoda ji absolutně nevyhovovala a vnímá ji jako „*pošlapání ženskosti*.“ Tyto zážitky ji udržovaly v permanentním stresu a úzkostném stavu. Léčbu proto ukončila předčasně, s pocitem, že jí tam nemůžou pomoci. Nějakou dobu se snažila abstinovat a zároveň řešit manželské problémy, ale po neustálých depresivních pocitech recidivovala. Po delší době zneužívání alkoholu opět nastoupila do Jihlavy na averzivní léčbu, kterou ale dokončila. Motivací jí prý byla hlavně dcera, protože jí hrozilo její odebrání. Po ukončení léčby abstinovala pár let, ale opět zrecidivovala. Nastoupila do léčebny v Jihlavě, která se již z velké části oprostila od averzivní terapie. Radce ale nevyhovovala koedukovaná léčba (integrace mužů a žen dohromady), cítila se v ní absolutně neuvolněná, nedokázala otevřeně mluvit o svých problémech. Ukončila léčbu po měsíci. Po poslední recidivě odešla do PL Bohnice na doporučení psychiatra, ke kterému docházela. Zde poprvé mluvila

¹⁶ PTSD - definován jako *duševní porucha, která vzniká po náhlých, život či osobní integritu ohrožujících událostech*. Dostupné z WWW:
<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Posttraumatick%C3%BD_stresov%C3%BD_syndrom>

o svých problémech a traumatu. Radka tvrdí, že to bylo hlavně díky psychologickému a velmi citlivému přístupu terapeutického týmu k ní, začala na své problémy nahlížet z jiné perspektivy a jinak vnímat sebe samu. Nyní je rozvedená, žije opět ve městě a abstinuje tři roky.

„Lhala sem svým blízkým, dceři, lhala sem v práci, lhala sem všude. No a nejvíc sem lhala hlavně sama sobě. V mém životě už nebylo žádný místo, kam by se ten chlast nedostal.“ /Radka/

Radka byla během rozhovoru velmi otevřená v tématu své závislosti. Působila převážně uvolněně, pouze některé emoční vzpomínky ji rozladily.

ALENA (52 let)

Od Radky jsem dostala kontakt na paní Alenu, která byla v PL Jihlava dvakrát. Paní Alena žije na malém venkově. Žije 34 let v manželství a má dvě dospělé samostatné děti. Pracovala krátce jako vychovatelka na internátě, nyní je v invalidním důchodu. Pochází z rodiny, kde pijí všichni, ale nikdo s alkoholem problémy neměl. Více popíjet začala přibližně před třiceti lety, nikdy před tím se neopíjela a tvrdila, že vždy byla „*velmi střídmy konzument*.“

Období před problémy s alkoholem:

Alena vždy snila o práci v mateřské škole, ale nikdy se jí tato příležitost nenaskytla. Nastoupila tedy na volné místo na internátě, kde tehdy pracoval i její manžel. Alena začala mít konflikty v práci, které nedokázala řešit. Pracovala pod velkým tlakem. Pociťovala i prvky šikany ze strany nadřízeného.

Období problému s alkoholem a období léčby:

Alena začala mít po konfliktech v zaměstnání úzkostné stavy, které začala poté doma zahánět skleničkou tvrdého alkoholu. Občas to s pitím přehnala, druhý den mívala silnou „kocovinu“. Po nějaké době ji začala „léčit“ alkoholem během pracovní doby. Pak se stávalo pravidlem, že propila i celý víkend a v pracovním týdnu si udržovala hladinku tajným pitím v zaměstnání. V práci záměrně pila vodu, protože se domnívala, že z ní není tak cítit alkohol. V té době jí manžel, který již o jejím problému věděl, hrozil rozvodem. Rozhodla se tedy nastoupila na léčení.

Léčbu v Jihlavě (averzivní léčbu) vnímala jako „*těžce ústavní*“ a „*nelidskou*“. Pobyt na oddělení s „*těžce duševně postiženými lidmi*“ na ní působil velmi negativně. Z celé léčby vnímala pouze ranní komunitu. Tuto léčbu dokončila. Po úraze začala mít

dlouhodobé zdravotní problémy, poté se ocitla v invalidním důchodu. V době nemoci začala opět tajně popíjet. Závislostní chování se nastartovalo a Alena nastoupila do samé léčebny podruhé. Režimový systém se nezměnil, léčbu tedy předčasně ukončila a na radu navštěvovala Anonymní alkoholiky (AA) v blízkosti svého bydliště.

Po poslední léčbě párkrát zrecidivovala, ale v současné době je to prý pět let, co se alkoholu nedotkla. Jako alternativní formu doléčování a sebekontroly našla právě v AA.

„Bála sem se, moc sem se bála. Nevěděla sem o léčbě nic, žádnou informaci, bylo to vlastně pro mě absolutně cizí prostředí. Nedokázala sem si představit, jak mě jako chtějí léčit (...) nebyl den, kdy sem nepřemejšlela, že chci pryč, ale vydžela sem to. Musela sem. Tenkrát to prostě bylo hlavně kvůli rodině.“ /Alena/

Paní Alena byla během rozhovoru velmi přátelská a příjemná.

Další rozhovory byly provedeny v Psychiatrické léčebně v Bohnicích na oddělení závislosti žen s **Marianou** a **Denisou** (pavilon 8).

MARIANA (26 let)

Mariana je v současné době nezaměstnaná. Žije se svým šestiletým synem ve velkém městě. Partnera nyní nemá.

Období před problémy s alkoholem:

Mariana byla velmi zaměřená na práci ve svém oboru (tlumočnice) a také na syna. Chtěla si vybudovat kompletní rodinu, což se jí zatím nepodařilo. Její plány do budoucna směřovaly k cestování v době, kdy se syn osamostatní. Se synem jezdila na výlety, na kole, ráda a často fotila, chodila plavat, cvičit do fitness centra, navštěvovala divadla, kina (všestranné zájmy). Marianě alkohol vždy chutnal a jak sama tvrdí, pokaždé pila o trochu rychleji než ostatní. Marianiny rodiče, se kterými má velmi dobrý vztah, pijí pouze příležitostně.

Období problému s alkoholem a období léčby:

Mariana byla vždy hodně zaměřená na práci, kterou má spojenou s cestováním a pobyty na hotelech. Dříve pila ve společnosti, později pouze o samotě. V alkoholu viděla uvolnění po pracovním vyčerpání, zahrnutí smutku z osamocení nebo naopak si tímto způsobem chtěla dobrou náladu ještě více užít. Závislost se začala rozvíjet zhruba před pěti lety, potřebovala pít častěji a ve větším množství (více snesla). Zvyšovala se potřeba „ranních doušku“ pro normální fungování. V té době si uvědomila, že má

s pitím problému, ale myslela si, že to zvládne sama - bez odborné pomoci. Zhruba dva roky před nynější léčbou se „motala v pití“. Po těžké autonehodě a také na popud tehdejšího partnera (který byl sám dlouhodobě abstinující alkoholik) se rozhodla jít se léčit. Nyní se léčí v psychiatrické léčebně v Bohnicích. Již dříve ukončila léčbu v jiném ústavním zařízení, kde prý byla nešťastná a kde také během tamního pobytu zrecidivovala.

„Já mám pár dobrých přátel, opravdu pár hodně dobrých, na který se můžu spolehnout. Snaží se mi nějakým způsobem porozumět, ale ono to nejde. Prostě, když se osobně s touhle zkušeností nesetkáte, tak tomu člověku rozumět nemůžete (...).“ /Mariana/

Mariana byla k tématu alkoholismu otevřená. Působí velmi příjemným a neskutečně klidným dojmem.

DENISA (40 let)

V současné době je nezaměstnaná a evidovaná na Úřadu práce, ale zároveň si „na černo“ přivydělává vypomáháním ve školním zařízení a příležitostným žehlením v domácnostech. Tento způsob práce je podle ní nejvhodnější ke splácení dluhů na exekuci svého bývalého manžela. Nyní má přítele, se kterým prožívá komplikovaný vztah a řeší s ním problémy týkající se budoucnosti jejich vztahu, také v rámci rodinné terapie v léčebně v Bohnicích (více o tomto vztahu nechtěla mluvit). Na Moravě (odkud pochází) má velmi dobré rodinné zázemí (pochází z rozvětvené rodiny). S matkou má prý skvělý vztah ve všech ohledech, s nevlastním otcem kamarádský vztah. Během posledních deseti let se jí známi prý „hodně vyměnili“. Nejbližší kamarádi ví, že se léčila (otevřeně s nimi o tom mluvila již před začátkem léčby) a podporují ji. Před poslední léčbou byla velmi sportovně i kulturně aktivní, protože to vnímala jako možnou cestu k abstinenci. Dodělává si dálkově psychoterapeutickou fakultu, která jí pomáhá k pochopení svého problému z jiného - odborného hlediska.

Období před problémy s alkoholem:

V období od 20-ti do 30-ti let proběhl její život bez významných zážitků, které by si pamatovala. Poté se rozvedla se svým manželem (násilník, gambler). V té době začala v jejím životě hrát velkou roli víra, díky ní měla pocit, že někam patří. Je ovlivněna názory kněze Tomáše Halíka. Alkohol začala zneužívat v době společného soužití s jejím bývalým manželem, který byl gambler a násilník.

Období problému s alkoholem a období léčby:

Denisa začala alkohol zneužívat v době společného soužití s jejím bývalým manželem, který byl gambler a násilník. Denisa je emočně labilní. Alkohol zneužívala k utlumení strachu a stresu z tehdejšího manžela. V důsledku problémů s alkoholem vystřídala několik zaměstnání.

Denisa je v psychiatrické léčebně podruhé (vždy v Bohnicích) – prvoléčbu absolvovala před třemi lety. Před druhou léčbou zrecidivovala během pobytu v zahraničí, poté se jí závislost opět rozjela. Uvažuje, že by v nejbližší době ukončila dlouhodobou léčbu a docházela pouze na stacionář.

„Občas sem si nasazovala masku, že je všechno v pohodě a ono to v pohodě nebylo, jenom z toho důvodu, abych neublížila partnerovi a že už to dělat nechci že už mi možná víc záleží na mně a že to není sobectví, že se mám jakoby víc ráda.“

/Denisa - co nového u sebe během léčby objevila/

Denisa působila během rozhovoru trochu roztržitě a nervózně.

5. Návykové chování

Je mnoho metod a přístupů, dosud užívaných k léčení závislosti na alkoholu. A protože explicitně nelze jednoznačně určit, generalizovat, co přesně je příčinou závislosti (v našem případě závislosti na alkoholu), lze jen konstatovat, že je to souhrn mnoha a mnoha faktorů, které narušily jednu nebo více základních lidských potřeb, nebo v kombinaci s genetickými dispozicemi. [NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2007]

Možnosti, jak uniknout před svými problémy, zbavit se na určitou dobu nejistoty, strachu a starostí, nebo možnosti dosáhnout pocitu štěstí, pohody, síly i mimořádných zážitků bez vynaložení námahy, nacházejí lidé v užívání psychoaktivních látek - pití alkoholu, užívání drog aj.

Na příčině vzniku závislosti na alkoholu se mohou podílet jednak specifické biologické a psychické vlastnosti jedince, genetické dispozice, vlivy sociálního prostředí (obecné sociokulturní faktory, menší sociální skupiny, situační podněty – dostupnost, aj.) [VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008]

5.1 Příčiny vzniku závislosti

Podle Fischera a Škody se podílí na příčinách vzniku závislosti na alkoholu mnoho faktorů. Obecné příčiny: [Fischer, Škoda 2009: 95-99]

- **Genetické predispozice**

- není jednoznačně určen gen, vedoucí k návykovému chování, ale porucha vzniká na základě interakce genu s prostředím
- silnější genetický vliv na postupné pití a rozvoj alkoholismu je spíše u mužů než u žen¹⁷

Denisa: „(...) ne že bych předtím nepila, protože mám to i geneticky bych řekla z obou stran od rodičů, z jižní Moravy jsme, takže celé příbuzenstvo jakoby s tím alkoholem má problémy, ale tím to nechci alibizovat.“

- **Biologické predispozice**

- pití alkoholu může být ovlivněno fyziologickými reakcemi např. v průběhu metabolického zpracování.

- **Psychické faktory**

- emocionální ladění, kognitivní zpracování, osobnostní rysy v souvislosti s kauzální vazbou
- u žen (v porovnání s muži) v mnohem větší míře převažuje duální diagnóza (alkoholismus spojený s další poruchou např. deprese, úzkostné poruchy, sexuální poruchy, bulimie,... aj.)¹⁸

Mariana: „Mě ten alkohol vždycky chutnal. Prostě mi chutnal (...).“

- **Sociální faktory**

- sociální faktory významně ovlivňují alkoholismus výrazněji u žen než u mužů
- významné faktory:
 - vliv rodiny
 - vliv sociální skupiny

17 LOWINSON et al. *Substance abuse: a comprehensive textbook*. Lippincott Williams and Wilkins. 2004. 505 s. Dostupné z WWW:
<<http://books.google.com/booksid=6LkNShsAw78C&pg=PA17&dq=Lowinson+substance+abuse&ei=49IESpGgAZD6zQS8hqiiDw&hl=cs#v=onepage&q&f=false>>

18 *Tamtěž*

- vliv životního prostředí
- sociální konformita

- výsledkem sociální stigmatizace alkoholově závislých žen je držení se v ústraní a sklon pít o samotě¹⁹

5.2 Projevy potřeby konzumace alkoholu

- Únik před **negativními** situacemi/stavy – stres, frustrace, nějaký problém aj.

Denisa zažala zneužívat alkohol ve větší míře v době jejího nepovedeného manželství. „(...) můj manžel byl gambler a násilník, takže mě fyzicky napadal a já jsem si to všechno kladla za vinu, (...) takže jsem ty stresy a to napětí řešila alkoholem.“

Denisa: „(...) pak najednou z ničeho nic můj strejda spáchal sebevraždu a dozvěděla jsem se, že moje dvaadvacetiletá sestřenice má rakovinu a jak se to v tom mozku nastartovalo, tak jsem to zase, opět (nedokončila větu). Přemýšlela jsem, co by se stalo, kdyby se tohle vůbec nestalo, jestli bych to ukočírovala nebo neukočírovala (...).“

- Zisk **pozitivní** situace /stavu – uspokojení, slast, únik, uvolnění, oddálení aj.
(*Mariana*)

Denisa: „Když to bylo dřív nějak v těch dvaceti, tak to bylo spíš tak na povzbuzení, pro dodání sebedůvěry, sebevědomí když jsem měla strach z něčeho, tak sem si dala třeba panáka (...)“

- Přizpůsobení se převažujícím požadavkům nebo normám skupiny/společnosti - sociální konformita

Denisa: Před poslední recidivou byla se svým přítelem na dovolené ve Francii „(...) jsme byli ve Francii, no a tam jsme, tam se to musí, si dala deci vína, fakt to bylo malinké množství.“

¹⁹ Tamtéž

- Nepřiměřené emoční prožívání
- Způsob kognitivního zpracování situace – obtížné posuzování sebe sama a obtížné pohybování se v okolní realitě
- Naučené chování - nepoučitelnost

Tiffanyho model vzniku závislosti na alkoholu předpokládá, že reakce na alkohol mohou být různorodé a vždycky jsou komplexní, ale hlavní důraz klade na kognitivním zpracování a způsob interpretace vlastního chování v této situaci – zafixování a zautomatizování chování (...) [Tiffany in Vágnerová 2008: s. 265]

Denisa: „*Tak jako, jo, nepila jsem ale moc, ale prostě když jsem někam šli, tak jsem pila jako že jsem se opila. A bylo mi pak druhý den špatně, ale už jsem třeba pak měsíc dva nešla nikam nebo jsem nepila.*“

- Tendence k určitému způsobu chování – např.: adolescenti

Denisa: „*to mi bylo asi patnáct a kamarádka slavila narozeniny a měly jsme nějaký pohár, prostě zmrzlinu s ovocem a ona měla nějaký Metropol anebo něco takového (přemýšlí) fuj, sme si daly snad dvě skleničky a mě se z toho udělalo hrozně špatně a že sem se doma pozvracela do postele. Tak to si pamatuju naprosto přesně, první setkání s alkoholem.*“

Mariana: „*(...) Pak sem někdy v šestnácti začala chodit na diskotéky, na zábavy, klasika, tak tam sme pily, protože sme byly holky frajerky, že jo. Tenkrát, to byly míchaný koktejly a tak (...).*“

- Osobnostní vlastnosti – úzkostní, labilní lidé, kteří užívají alkohol, aby snáze překonali i běžné denní zátěže (*Denisa, Radka Alena*)

[Nešpor 2007; Vágnerová 2008; Beck 2005]

5.3 Proces vzniku a rozvoje závislosti na alkoholu

Vymezení vzniku závislosti a rozvoje závislosti dle amerického alkoholologa Elvina Mortona Jellinka²⁰, který jej rozdělil na čtyři vývojová stadia:

²⁰ *E. M. Jellinek* - jeden z předních odborníků na problematiku alkoholismu ve své době, který jako mezi prvními uznával alkoholismus jako nemoc.

- I. **Počáteční, prealkoholické stadium** - uvědomění si odlišné konzumace, zvyšuje se četnost a množství.
- II. **Varovné, prodromální stadium** – stoupající spotřeba narušená sebekontrola v konzumovaném množství, vedoucí ke zvýšené toleranci (zvyk), vznik tzv. okének, stadium škodlivého užívání
- III. **Rozhodné, krucální stadium** – stoupá tolerance k pití, vzrůstá konflikt např. se zákonnými normami, chybí kontrola nad konzumací, nastává změna osobnostních rysů, nastává změna hodnot – do popředí se dostává zájem o alkohol, oploštění zájmů, nastává rozpad interpersonálních vztahů.
- IV. **Konečné, terminální stadium** – rozvinutý syndrom závislosti, nepřetržitá konzumace alkoholu, objevují se somatické a psychické poruchy, závažné narušení sociální interakce, neschopnost zvládnout závislost, postupné psychické a fyzické chátrání, sociální úpadek

***Mariana:** „(...) vždycky sem pila, řekla bych jako trošku rychlejc než ti ostatní a nikdy sem se neopíjela nějak do němoty, ale jako dost jsem to dokázala rozjet, takže myslím, že to nikdy nebylo normální.“ (I. stádium)*

5.4 Typy závislostí na alkoholu (dle Jellinka)

- **Typ alfa** – společenské užívání, alkohol jako prostředek ke sbližování (se skupinou, s jednotlivým partnerem – sex), užití k odstraňování smutku, úzkosti, napětí, depresivních nálad, užívání je pod kontrolou, rizikem je rostoucí četnost a dávek, tendence k trestným činům i úrazům
- **Typ beta** – příležitostné užívání - významný vliv sociokulturních okolností, dlouhodobě nadměrná konzumace, ne však závislostní příznaky, snaha se neodlišovat od ostatních, tendence ke zvyšování dávek a porušování právních norem
- **Typ gama** – charakteristikou je závislostní chování, ztráta spolehlivosti, sebekontroly, zvýšená tolerance na alkohol, škodlivé pití s nepříjemnými důsledky, nepříjemné abstinenční příznaky, vzniká psychická závislost, ještě schopnost kratší abstinence, progresse nadužívání vede k psychickým,

společenským a ekonomickým škodám, může dojít k počátečnímu tělesnému poškození

- **Typ delta** – chronické nadužívání alkoholu, stálé udržování hladiny alkoholu, somatická závislost se vyvíjí dříve než psychická, velké riziko poškození tělesných orgánů (cirhóza jater) a duševního zdraví (delirium tremens)
- **Typ epsilon** – podobný typu gama, častá vícedenní a dramatická opilost, tzv. kvartální piják, průběh tohoto typu často provází psychóza, silné odvykací symptomy – abst'áky, mohou nastat komplikace epileptického záchvatu, deprese, nespavost, stres, mohou vzniknout nezvratné škody na tělesném a duševním zdraví

[Skála, J. 1987]

Mariana: „Bylo to v době, kdy byl syn u rodičů. (...) Pokud doma nebyl, tak to bylo od rána do večera, to byla hrůza“ „(...) tak jsem bývala **klasický hladinkář**, takže jsem si spíš tu hladinu udržovala. Já jsem nikdy nebyla pořádně opilá, ale ty dva roky, to jsem klasický **kvartální alkoholik**, střídalo se to tak měsíc dva, takový periody, pak několik dní, tři dny až týden jsem jako intenzivně pila.“

Radka: „jak jsem začala,vydrželo to tak tři čtyři dny, denně celou vodku, nešlo to přestat“ Radka mluvila o svém několikadenním destruktivním pití, mezi kterými byly intervaly čtyři až pět měsíců. Při pití si předem nakoupila několik lahví vodky, během té doby vůbec nejedla, jen pila, poslední den už nemohla chodit (Kvartální alkoholik)

Důsledkem nadužívání alkoholu může být změna fyziologických i psychických funkcí (změna je dočasná potud, čím kratší dobu riziková konzumace trvá a naopak, čím delší dobu jedinec pokračuje v sebepoškozujícím chování, změna těchto funkcí může vyústit až v trvalé poškození). [Vágnerová, M. 2008]

Dlouhotrvající těžké pití alkoholu je etiologickým faktorem mnoha chorob převážně trávícího, neuromuskulárního a kardiovaskulárního systému. [Lowinson et al. 2004]

5.5 Důsledky alkoholové závislosti

Negativní důsledky závislosti na alkoholu dopadají do všech oblastí lidského života, zejména do oblasti zdraví a mezilidských vztahů.

5.5.1 Intoxikace způsobená alkoholem

Nápoje, které obsahují alkohol, mohou při nadměrné konzumaci působit tlumivě na centrální nervový systém a může způsobovat poruchy, které jsou rozděleny podle Smolíka [Smolík, P. 1996] na:

- **Poruchy, které souvisejí s přímým účinkem alkoholu**
(alkoholová intoxikace, odvykací stav, delirium tremens, halucinace, tzv. Korsakova psychóza, aj.)
- **Poruchy, které souvisejí s chováním**
 - a) *Při mírné intoxikaci* – uvolnění, hovornost, euforie
 - b) *Při těžké intoxikaci* – maladaptivní změny, agresivita, podrážděnost, zhoršený úsudek, zhoršená schopnost výkonu v pracovní a sociální činnosti.

5.5.2 Sociální důsledky závislosti na alkoholu

Tolerance české společnosti k alkoholismu, vzhledem ke kulturní tradici, je odlišná k alkoholismu, a to především ve smyslu určitých postojích k užívání, kdy odmítání v některých případech způsobuje problémy v sociální interakci, například vyloučení z party, klubu, neuzavření obchodu aj.

Radka: „*nikdo se pak se mnou nechtěl bavit, tak jsem odešla domů*“ Radka vyprávěla, že zásadně nikdy nepila ve společnosti, prý se obávala toho, že se neovládne a nepozná svojí míru.

Důsledky alkoholismu mohou mít mnoho podob. Je to především velká zátěž pro rodinu. V průběhu rozvoje závislosti dochází ke změnám v chování a to vede k devastaci a deprivaci vzájemných vztahů a vazeb, jak v primárních, tak posléze v sekundárních vztazích. Jedinec není schopen plnit své společenské role v oblasti rodičovské, partnerské, pracovní i mimopracovní.

Radka: „*vůbec jsem pak nemohla fungovat už ani doma, (...) stále jsem volala do práce, abych si přehodila službu (...) pak jsem raději dala výpověď, aby neměli důvod mě vyhodit*“

Denisa: „*(...) samozřejmě mě propustili ze dvou zaměstnání.*“

Jestliže jedinec tuto značně vysokou míru tolerance naší variabilní sociokulturní normy překročí, stává se předmětem stigmatizace. Tím, že je takovým způsobem označen - odmítán, kritizován, opovrhován, izolován, dochází k řadě poruch chování. [Fischer, Škoda 2009]

5.6 Specifika závislosti na alkoholu u žen

U žen je vývoj alkoholové závislosti zcela odlišný, než jak je tomu u mužů. U ženy trvá tento vývoj mnohem kratší dobu při menších dávkách.

Ženské tělo má na rozdíl od mužského větší množství tuků, menší játra a menší obsah vody a z těchto důvodů se alkohol pomaleji vstřebává. Proto nástup alkoholové závislosti má rychlejší průběh a mnohem závažnější charakter. Také jejich důvody a způsob konzumace se liší od mužského tím, jak zdůrazňují svoje role např. matky, manželky ve společnosti, často pijí o samotě, pravidelně v různou denní dobu a jiné typy alkoholických nápojů.

Mariana: „*Já jsem alkohol pila dá se říct, že z devadesáti procent doma, tajně.*“

Radka: „*Strašně jsem si dávala pozor, aby mě dcera neviděla (...) schovávala jsem si flašky s vodkou tak dobře, že jsem je pak nemohla najít*“

I když ženy pijí alkohol v menších dávkách a jejich spotřeba je celkově nižší, než u mužů, na následky nadužívání alkoholu je u žen vyšší úmrtnost. Mezi nejzávažnější důvody úmrtí patří hlavně sebevraždy, úrazy a vážné zdravotní komplikace (například cirhóza jater, kardiovaskulární onemocnění, cévní mozková příhoda předcházející hypertenzi, rakovina prsu). Na rozdíl od mužů však ženy mívají méně závažné abstinenci příznaky, například delirium tremens. Ženám, kterým je diagnostikována závislost na alkoholu, je často také zjištěna závislost na jiných – nealkoholových látkách. [Fischer, Škoda 2009]

Radka: „*(...) pak měla dva psychiatry, oba mi předepisovali rohypnol*

a lexaurin, když jsem se nechtěla nebo nemohla napít, brala jsem je po platech. “

V důsledku závislosti na alkoholu mají ženy velké psychosociální problémy – narušené vztahy, velká emocionální nevyrovnanost. Významným rizikovým faktorem relapsu (návratu k užívání alkoholu po období abstinence), je morbidita u závislých žen, vznikající z emocionálních problémů a s tím spojená stigmatizace. Nicméně na rozdíl od mužů je u těchto žen vyšší pravděpodobnost, že vyhledají primární odbornou pomoc.²¹

Jestliže žena požije stejné množství alkoholu, jako stejně vážící muž, je jí naměřena větší koncentrace ethanolu. Tato biologická dostupnost přispívá k větší citlivosti a zranitelnosti žen vůči toxickým účinkům této látky. Faktory, které přispívají k vyšší biologické dostupnosti jsou m.j. menší játra, menší objem vody, rychlejší metabolismus, což má za následek rychlejší zhoršení zdravotního stavu.²²

Čím dříve si žena vypěstuje závislost na alkoholu, tím rychleji u ní nastává poškození kognitivních funkcí.

Konzumace alkoholu podporuje také vznik některých druhů rakoviny. U žen je obvyklá rakovina prsu (čím dříve žena začne alkohol užívat, zvyšuje se v těle množství hormonu, který podporuje vznik rakoviny).

Při chronickém zneužívání alkoholu se vytvoří hormonální nerovnováha v těle ženy. Následky vedou k neplodnosti, nepravidelnosti menstruačního cyklu a samovolným potratům.

Ženy alkoholičky běžně mívají více problémy ve vztazích (na rozdíl od závislých mužů, u kterých je více specifické společensky škodlivé chování), a to vede současně k častému výskytu depresí, úzkostí, mánií, panických poruch a poruch příjmu potravy (anorexie, bulimie).²³

Denisa: „(...) já mám spíš vztahový problém, i když s tím alkoholem taky, ale v hlavě vztahový problém (...)“.

Je potřeba zaměřit pozornost také na rodinné vztahy. Jestliže žena žije s partnerem, který také užívá alkohol nebo je na něm závislý, sama si může tuto závislost vypěstovat.

Pocit osamělých žen, jejichž dospívající děti odcházejí a odpoutávají se

21 ALBRECHT, Suzanne. Alcohol Dependence in Women. *Pharmacis* [online]. 17.10.2008, 33, [cit. 2010-04-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.uspharmacist.com/content/s/41/c/11000/>>.

22 *Tamtéž.*

23 *Tamtéž.*

od původní rodiny může předznamenat také rozvoj závislosti (syndrom prázdného hnízda).

Podle některých údajů jsou čistě ženské léčby mnohem účinnější, než programy *koedukované*. Odpadá zde hrozba vysoce rizikových partnerských vztahů mezi závislými muži a ženami a v ženských programech je možné se lépe zaměřit na specifika ženských problémů a zabývat se takovými tématy, jako např. sexuální zneužívání atp.²⁴

Radka: „, až v Praze jsme měly čas s ostatními řešit to naše ženský planetárium, chtěla sem si oddychnout od pití, od líčení a toho všeho předvádění.“

Radka: „(...) tak to bych o své minulosti před těmi chlapy nemluvila ani náhodou.“

Radka: „, Tam snad chodil každý s každým(..) zamilovali se, utekli spolu a rozbili si vztah.“

Alena: *Párovalo se to tam, mohli chodit denně ven(..) pak když jeden ukončil léčbu, druhý za ním utekl.. potkávali jsme je namol ve městě..*

U závislých žen bývá standardní, že svojí závislost tají, z důvodu velmi malé tolerance společnosti k ženě – alkoholičce – matce. Čili z obavy z reakce a postojů okolí. a právě z těchto důvodů, se na závislost přijde až po mnoha letech, kdy je nutná ústavní léčba. A ženy se dostávají do léčebných zařízení až ve fázi, kdy mají již zprerhané vazby a ztratily oporu, která je důležitá k normálnímu společenskému fungování. [Fischer, Škoda 2009]

Radka: „, Už když jsem byla poprvé, tak říkal doktor, že stačilo čtrnáct dnů a mohlo být pozdě, byla jsem v strašném stavu“

24 NEŠPOR, Karel. *Alkohol a jiné návykové látky u žen*. Podklady pro přednášky Katedry gynekologie a porodnictví IPVZ [online]. [cit. 2010-05-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.alkoholik.cz/zavislost/ke-stazeni/online-knihy/category/1-online-knihy.html>>.

6. Prevence léčby závislosti

6.1 Primární prevence závislosti

Primární prevence má zabránit vzniku alkoholové závislosti. Vznik závislosti na alkoholu ovlivňuje také to, že se se závislostí setkáváme od prvopočátků našeho života. Za ideálních podmínek se vyvíjí plod v děloze matky bez rušivých elementů vnějšího světa. Po porodu začíná člověk cestu za (zdánlivou) samostatností a zejména v období puberty „hledá si cestu od závislosti k nezávislosti.“ Stává se, že nezávislost zůstává pomyslným životním cílem, když boj o nezávislost může končit závislostí jinou, například závislostí na návykových látkách. [KALINA, Kamil, et al. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing. 2008]

Je důležité, aby byla intenzivní zdravotní výchova směrem ke zdravému způsobu života, ke specifické protialkoholní výchově a výchově, která je zaměřená na prevenci závislosti. Spolu s výchovou jsou nutná i taková opatření ze strany státu, která omezují: finanční dostupnost alkoholu, nabídku i prodej, opatření ve smyslu změny legislativy, ve smyslu dostupnosti k alkoholu určitých věkových kategorií. [Kvapilík, Svobodová 1985]

***Denisa** (na otázku, jaké má pocity při pohledu na reklamní poutač na alkohol?): *Mě to trošku rozčiluje, že je toho hodně (...) je tam té reklamy hodně (v televizi) i jako na těch bilboardech.**

6.2 Sekundární prevence závislosti

Sekundární prevence zahrnuje veškeré léčebné programy v oblasti léčby alkoholismu. Spočívá v zabránění opětovného vzniku, rozvoje a přetrvávání pití u osob již závislých. Terapeutická léčba se neomezuje pouze na postiženého jedince, ale na jeho rodinu a k tomu se využívají přístupy, které s medicínou nesouvisejí (pomoc při reintegraci, reedukaci, právním poradenství aj.) [KALINA, K. 2008]

Působnost léčby:

- zastavení užívání
- distancovat se od rizikového prostředí, které umožňuje žít závislým způsobem

života

- detoxifikace v širším pojetí – prostředí, vztahy, návykové chování
- ohlédnutí se za životními událostmi
- uvědomění si škodlivosti pití alkoholu
- uvědomění si vlastního škodlivého chování v souvislosti s pitím
- vytvořit si náhled na souvislost abúzu alkoholu a špatné životní strategie
- znovu nalezení vlastních pocitů a emocí, naučit se je vyjadřovat
- reálně si uvědomit vztahy a vazby ke svému okolí
- nacházení smyslu života a jeho hodnot
- hledání vztahu k vlastnímu „Já“
- učení způsobů k provádění změn a udržovat je v běžném životě
- upevňování všech hodnot, které souvisejí s nabytou abstinencí

[KALINA, K. 2008]

Aby byla léčba co nejúčinnější, je důležité skloubit medikamentózní léčbu a psychoterapii či rodinnou terapii. [Nešpor, K. 2007]

Léčba ve léčebném zařízení se v uspořádání zaměřuje na:

- **Biologickou léčbu:**

(léčba medicínsky ovlivnitelných nemocí)

- 1) Předpoklady, které otevřely cestu k zneužívání návykové látky (např. Při zneužívání analgetik apod.)
- 2) Předpoklady, které zneužívání udržují (např. opakující se relapsy z důvodů somatických komplikací při odvykacích stavech, problémy s udržováním životosprávy, závažné důsledky poruchy zdraví aj.)

[KALINA, K. 2008]

- **Psychologickou léčbu:**

Zájem o kompletní biografii pacienta, hledají se souvislosti mezi psychologickými problémy a rozvojem závislosti, hledá se období, kdy závislost začala tyto problémy rozvíjet – psychodiagnostika. Je důležité, aby si závislý vytvořil náhled a přijal zodpovědnost za svoje chování. Do systému terapeutické

komunity jsou v rámci skupinových psychoterapií zařazovány různé psychoterapeutické techniky. Mohou se zaměřovat od kognitivně – behaviorální terapie, přes psychodynamické postupy až po psychoterapii transpersonálně orientovanou. [KALINA, K. 2008]

„Účinnost léčby není dána jen její kvalitou, ale často ještě více vstupními charakteristikami pacientů“ [Nešpor, K. 2007:113]

Denisa (na otázku, co nového u sebe během léčby objevila): *„Že sem občas si nasazovala masku, že je všechno v pohodě a ono to v pohodě nebylo, jenom z toho důvodu, abych neublížila tomu partnerovi, a že to už dělat nechci, že už mi možná víc záleží na mě a že to není sobectví, že budu mít sebe víc ráda.“*

- **Sociální poradenství:**

V léčbě jsou vnímány v rovině sociální práce, event. sociologického výzkumu a velkou měrou ovlivňují prognózu výsledku léčby pacienta jeho dalšího uplatnění. Resocializace je důležitou součástí léčby, pomoc je zde zcela na místě a návrat ke společenskému uplatnění je výrazným měřítkem efektu celé léčby. [KALINA, K. 2008]

V terapeutické rovině je důležitý náhled pacienta jeho sociální vztahy, je důležité, aby rozpoznal, které vztahy jsou pro něj rizikové, které je nutné oslabit nebo zrušit. Nedostatečnou síť sociálních vztahů osamělých osob může dočasně nahradit intenzivní doléčování a to do doby, než se abstinencním způsobem života vytvoří vztahy nové, kvalitnější. [Nešpor, K. 2007]

- **Spiritualitu:**

Jsou zejména v takových systémech, které pracují s určitou filosofií, například Anonymní Alkoholici (AA) - i když se neváží k žádnému konkrétnímu náboženství, jejich systém je založený na používání určitých rituálů a opakování určitých formulací (například modlitby) a pomocí nadbytečného učení. Takové chování pomáhá jejím členům v odolnosti vůči stresu a cravingu.

[Nešpor, K. 2007]

Zdravotní výhody spirituality dle Puchalského [Puchalski, 2001 in Nešpor 2007]:

- nižší úmrtnost v důsledku pití
- mnohem lepší zvládání stresových událostí aj.

Denisa: „(...) nikomu bych to nevnucovala (víru), ale pomáhá to určitě a hlavně, já sem to včera psala do deníku, že když jsme měli skupinu s paní doktorkou, tak já se nestydím tohle říct, i když se na mě okolí dívá, že sem jiná, tak tady je devadesát procent lidí, který sou nevěřící, (...) ale mám zkušenosti třeba z té minulé léčby, že taky holky říkaly, na žádnou biblioterapii nepůjdem, protože jsme nevěřící a pak tam šly a hrozně je to oslovilo, že zjistily, že to není jenom o té , jakože člověk věří v boha , jim to pomohlo spíš jako po té stránce psychoterapeutické (...) “

Denisa: „Já sem teda věřící člověk a myslím si, že se to všechno děje podle nějakého plánu, že se ta mozaika nějak skládá a to není tak, že bych seděla s rukama v klíně, spíš jsem zjistila, když já to chci, podle mě, tak to tak nikdy není (...) že to k člověku přichází jako kdyby samo.“

6.3 Terciální prevence závislosti

Terciální prevence zahrnuje různé postupy při snižování rizik, spojených s nadměrným pitím. Spočívá v předcházení vážného či trvalého zdravotního a sociálního poškození v důsledku nadužívání alkoholu.

Terciální prevencí v tomto směru je:

1. Reintegrace nebo sociální rehabilitace těch, kteří již prošli léčebným zařízením, za účelem trvalé abstinence
2. Pomoc sociálních pracovníků při hledání bydlení, jsou prostředníky v kontaktu s úřady či zdravotními pojišťovnami aj. Psychologickou pomocí je celý systém doléčovacích aktivit, poradenství, motivačních tréninků, prevence relapsu apod.

[KALINA, K. 2008]

Základem terciální prevence by měla pragmatičnost. Není možné usilovat o naprostou eliminaci alkoholu a jeho užívání, protože tato snaha je z historického pohledu zbytečná a problém z tohoto pohledu je neodstranitelný. Celý systém prevence by měl pracovat tak, aby negativní důsledky, spojené s užíváním alkoholu, byly co nejmenší. Aby bylo upřednostněno zdraví, osobní zodpovědnost. Systém by tedy měl mít na zřeteli ochranu celé společnosti před nežádoucími důsledky nadměrné

7. Léčebné a terapeutické přístupy

Ačkoliv je alkoholismus definován jako progresivní choroba, kterou nelze zcela vyléčit, může se s určitým přístupem změnit pohled pacienta sama na sebe a tak se naučit překonávat problémy. [NEENAN, Michael, DRYDEN, Windy. *Kognitivní terapie – stručný přehled*. Praha: Portál. 2008.] Hlavním cílem léčby je dlouhodobé udržení absolutní abstinence. [SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy – průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf. 1996]

Léčbu lze rozdělit na:

- 1) *Léčbu, která vede k abstinenci*
- 2) *Léčbu, která vede ke kontrolovanému užívání (výjimečně je možné pouze u typů alfa a beta)*

[Kvapilík, Svobodová 1985]

Péči o pacienty závislé na alkoholu lze rozdělit do čtyř fází:

- 1) **Fáze kontaktu** – trvá dny i několik měsíců, probíhá jak v ambulantním, tak v ústavním zařízení.
- 2) **Fáze detoxifikační** – specializované jednotce protialkoholního oddělení. Trvá od jednoho do čtyř týdnů, podle závažnosti komplikací.
- 3) **Fáze odvykací** – probíhá intenzivně jak ústavní, tak ambulantní formou, délka trvání je v řádu měsíců.
- 4) **Fáze následné péče** – doléčování. Jedná se o psychickou, somatickou a hlavně o sociální rehabilitaci. V této fázi je důležitá spolupráce ordinace AT, praktického lékaře, rodiny a socioterapeutické skupiny.

[Kvapilík, Svobodová 1985]

25 ŠUSTKOVÁ-FIŠEROVÁ, Magdalena. *Prevence drogových závislostí*. Postgraduální medicína [online]. 3.10.2004, 4, [cit. 2010-05-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-drogovych-zavislosti-163718>>.

7.1 Léčebné přístupy

7.1.1 Ústavní péče

Existuje mnoho modelů ústavní i neústavní péče. Na funkci ústavů lze nahlížet z pohledu zájmu společnosti nebo z pohledu zájmu klienta. V případě potřeby se mohou oba zájmy určitým způsobem shodovat. Do ústavu by měly být přijímáni klienti pouze se souhlasem (pokud není soudní institucí nařízena léčba), kde je v určité míře omezováno klientovo soukromí.

Ústav je svým způsobem světem sám pro sebe. Existuje zde odlišný život – předvídatelný i omezenější, a je „*spjat se třemi archaickými lidskými zkušenostmi*“ : [MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Praha: SLON. 1999. s. 19]

- **Zkušeností rodiny** – domov, jako bezpečí a ochrana před vnějším světem, kde rituály mají udržovací povahu a stávající stav má být zachovaný a zabezpečený.
- **Zkušenost obce** – prostředí, kde se normy chování a jednání neodlišují od vnějšího sociálního prostředí.
- **Zkušenost vyhoštění** – již od středověku se zřizovaly různé mikrosvěty, kde měli pobývat vydědenci společnosti a tato zkušenost je negativem obou předchozích. Lze nějakým způsobem (i dočasně) ztratit právo na život v rodině a v obci, pak ale lze po vyhoštění pobývat v komunitě stejně postižených lidí.

Hlavní funkce ústavů:

- **Podpora a péče** – cílem je poskytnout náhradu za nefunkční či chybějící sociální prostředí, například ústav pro svobodné matky s dětmi, dětské domovy aj.
- **Léčba, výchova a reintegrace** – snaha o to, změnit stávající stav tak, aby klient, který ústav opustí, byl v mnohem lepším stavu, než v jakém do ústavního zařízení přišel, například léčebné (protialkoholní) a rehabilitační zařízení, zařízení pro rizikovou mládež aj.
- **Omezení, vyloučení a represe** – týká se to nedobrovolných pobytů, například v psychiatrických léčebnách, ve věznicích apod.

[MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Praha: SLON. 1999. s. 19]

Předpokládá se, že každý ústav slouží jen k tomu účelu, který je uvedený v jeho názvu, i když v určité míře se v něj prolínají všechny tři výše zmíněné funkce a podle toho, k jakému účelu ten konkrétní ústav slouží jednu funkci vyzdvihuje a ostatní dvě ukrývá. [MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Praha: SLON. 1999]

Člověk, který je evidentně se sebou nespokojený a chtěl by něco ve svém životě změnit – například od závislosti na alkoholu na úspěšnou abstinenci, se bude z pochopitelných důvodů zajímat o zařízení, které je inzerováno jako kvalitní, jehož režimová péče se bude odvíjet od jeho individuálních potřeb a bude ho omezovat jenom v minimální míře. [c.d.]

Radka: „(...) byla jsem pak moc nadšená, chtěla jsem aby den měl 50 hodin, abych mohla chodit na všechny terapie (...) naučila jsem se jezdit na koni, o tom jsem vždycky jenom snila (...) vitráže, naučila jsem se vyrábět si šperky, pracovat s keramikou, vyrobit si košíky, znám základy jógy, ve které pokračuju, vím jak se vyrábí svíčky, domácí papír (...) Kde jinde bych se to naučila.(...) co mi tam vadilo, že dopolední skupiny byly dlouhé, strašně nás vždycky bolel zadek od sezení.“ (Radka mluví o léčebně v Bohnicích)

Radka: „(...) v Jihlavě to naposled bylo taky o něčem jiném, jen mi vadí pobyt s muži na jednom oddělení, program se musel pak přizpůsobovat i jim, je tam jen arteterapie, ale jen pro lidi před odchodem, pak keramika a koně taky, ale těch jsem se tam trochu bála a to si zamlouvali jen lidi, co jezdit uměli (...) chodilo se denně do práce hrabat listí, mandlovat do prádelny, zametat celý areál, koště mi pak málem přirostlo k ruce, jako bych neuměla zametat, to jsem nechápala.“

Alena: „(...) nic tam nebylo, jen buď vycházky, nebo skupiny a nuda. Pokoje jsme měli na oddělení, kde byly starý pacienti na dožití, tak jsme se trochu starali o ty babky, na skupiny a ranní komunity se šlo k chlapům, kde byla taky záchytka. Všechno bylo strašně zanedbaný a smutný.“

Povaha ústavní péče bývá ve smyslu toho, že klient je do určité míry vydaný všanc ústavnímu režimu. Takovému, kde personál mívá určitou mocenskou převahu a do určité míry je v pokušení tohoto využívat. V takovém ústavu, kde se stížnost klienta může obrátit proti jemu samotnému. Je jen dobře, že budoucnost ústavů s odosobněným a organizovaným přístupem je mizivá a jsou na ně kladeny stále vyšší požadavky, protože činnost ústavů je kontrolována také jak klientem, tak i jeho rodinou.

[c.d.]

Alena: „Akorát jednou jsem si stěžovala na přístup paní na pracovní terapii, byla sprostá, dostala jsem vynadáno od personálu a tím to skončilo.“

Moderní sociální práce vede k prioritě klienta jako osobnosti a tím se sráží důležitost negativního nálepkování. „Dnes, v epoše vítězství individua, je nejlepším možným ústavem takové zařízení, které se podřizuje potřebám svých klientů.“
[MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče. Praha: SLON. 1999. s. 35]

Sociální diagnóza:

V naší společnosti, v oblasti veřejných institucí, stagnoval jejich tolik důležitý vývoj a reformy, ať už to bylo byrokratickým socialistickým režimem a hierarchizací organizací. A v dnešní době reforem ústavní a zdravotní péče, kdy se dohání zkušenosti ze zahraničí, ale zažitá stereotypy v určitém množství zůstávají a situace nebývá jednoduchá, jak pro personál ústavů, tak pro klienty. [MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče. Praha: SLON. 1999]

„Zaškatulkování“ podle předem určených měřítek, faktorů, předem povolených odchylek, bylo vědeckým ideálem 19.století, který má určitý vliv do dnešní doby ve smyslu zažitých stereotypů. [c.d.]

- **Jednoznačná diagnóza** – se odvolává na představu, že lze na základě, například moderní statistiky (faktorová analýza), zjistit soubor příčin, které způsobily současný stav klienta. Každý člověk je individuem s individuálními charakteristikami a jakákoliv výslednice, ať už se jedná o diagnostiku medicínskou, psychologickou, sociální atd., bude pouhou hypotézou, které nikdy nebudou schopny objasnit konečně a definitivně jevy, na něž se vztahují. [MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče. Praha: SLON. 1999]

Podle amerického NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) je důležité ke kompletnímu posouzení stavu mj. provést i správně vedený diagnostický rozhovor, při kterém si „pacient připomene problémy, které mu návykové chování působí, a uvědomí si rizika. Otázky je třeba klást srozumitelně. Diagnostický rozhovor by měl zahrnovat otázky týkající se množství alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky

a frekvence jejího užívání v týdenních nebo delších obdobích a to, jak dlouho užívání trvá. Potřebné jsou otázky týkající se sebevražedných tendencí anebo pokusů. U pacientů, kteří se pro návykovou nemoc léčili, je třeba se ptát jakou formou a co se při léčbě osvědčilo. Cenná bývá i anamnéza z okolí, protože údaje od pacienta mohou být neobjektivní.“²⁶

- **Správný postup terapie** - správná léčba, která je definovaná určitým (jasně daným) popisem. Zásadním způsobem v tomto momentu chybí ohled na klienta, ve smyslu jeho vlastního uvážení, a je otázkou, zda právě tato terapie je pro něj ta jediná správná a zda právě tato terapie neuškodí klientovi více, než kdyby do takového léčebného zařízení vůbec nepřišel. [MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Praha: Slon. 1999]

Na základě stanovené diagnózy na protialkoholním oddělení, by se (v ideálním případě) měla naprogramovat léčba tak, aby byla co nejefektivnější. A to nejen ve spolupráci se samotným klientem, ale i jeho rodinnými příslušníky, zaměstnavatelem, což se děje v množství zcela minimálním. [Kvapilík, Svobodová 1985]

Denisa hodnotí systém léčby jako přísný, ale zato potřebný. „Já když jsem potom odsud odešla, tak jsem dodržovala a ještě pořád se snažím ráno cvičit, že sem si to jako převzala odsud. Kdo chce, tak si to převezme, kdo nechce, tak vyjde a třeba se napije (...). Kdo si to tady jenom tak odžije, tak si z toho nemůže nic vzít, když nechce, kdo chce, tak si z toho může vzít hodně, no. (...) Je to na každým (...) hlavně když se de léčit kvůli sobě a ne kvůli jiným, že jo, to je taky důležité.“

- **Vhodná instituce** – určitý správný postup léčby je možný jen v případě zařazení klienta do té instituce, která byla zřízena příslušnou organizační složkou. [MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Praha: Slon. 1999]

Léčba člověka závislého na alkoholu v ústavním zařízení by měla být dobrovolná a dobrovolnost je relativní v tom, že za takovýmto vstupem stojí tlak ze strany rodiny, zaměstnavatele a často obava o zdraví či život (menší množství pacientů je přivezeno na detoxifikační jednotku s derilem tremens a tito pacienti by bez odborné pomoci mohli zemřít). Problém je v dnešní době

26 NEŠPOR, Karel. *Moderní léčba návykových nemocí [online]. [cit. 2010-05-06]. s. 4. Dostupné z WWW: <<http://www.drnespor.eu/modlec.doc>>.*

najít volné lůžko na specializovaném oddělení i adekvátní ambulantní zařízení.
„*Jejich síť je řídká, rozpadlá, nefunkční*“ (Dušan Randák, Karel Nešpor).²⁷

Alena: „*No, šla jsem dobrovolně, protože bych přišla o všechno a o všechny. Manžel mi dal nůž na krk, buď pít nebo on*“

Radka: „*Kdybych nepodepsala dobrovolnou léčbu, tak umřu, to vím určitě, ani nevím, co jsem podpisovala. To že jsem mohla jít se léčit do Prahy, mi zachránilo život, to pak díky za tu dobrovolnost*“

Denisa: „*(...) tak jsem se rozhodla pro radikální léčbu. (...) Já sem se potřebovala dát dohromady jako mně, jako osobnost, což mi tady dali.*“

Denisa: „*(...)v úterý jsem sem šla a tady mi řekli, že maj plno, tak jsem jela do Apolináře, protože jsem věděla, že to nezvládnou, jela sem do Apolináře, tak mi řekli, že můžu až v květnu, to bylo v dubnu, třináctého, no a tak jsem skončila na záchytce na Bulovce, což teda jako, taky životní zážitek, přikurtovaná, za osmnáct korun, takže sem pak vzala papíry z Bulovky, sbalila sem si tašku a s přítelem sme jeli sem (do PL Bohnice) a já sem říkala, že se před ten příjem položím, ale prostě mě musí přijmout, takže mě přijali, takže sem byla fakt šťastná, protože jsem věděla, že tady mi pomůžou. (...) Já prostě tu osmičku (oddělení závislosti žen, pavilon 8), já tady na to nedám dopustit.*“

- **Uzdravení** – je oblíbenou utopií tradiční ústavní péče. Jestliže se klient úplně neuzdravil a nějakým způsobem selhal, je chyba na jeho straně, nikoliv na straně instituce. Například, jestliže zrecidivuje alkoholik, který se léčil ze závislosti a znovu odchází do ústavního léčení, je na něj pohlíženo jako na člověka, který naprosto zklamal a zahodil veškerou terapeutickou investici do něj vloženou. A tu samou péči, v takové míře, jako byla předcházející, si již nezaslouží. [MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Praha: Slon. 1999]

Alkoholik se může uzdravit ve smyslu zvládnout návod a trénink, jak trvale a důsledně abstinovat. Cílem léčby je dosáhnout u pacienta závislého na alkoholu

²⁷ ŠUCHA, Matuš. .2009 ALKOHOL ČESKÝ MOR. *Reflex* [online]. 22.1. 2009, [cit. 2010-05-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/60/1460/ALKOHOL-CESKY-MOR.html?acc=enb>>.

disciplinovanosti s potřebnou sebevládou, sebeúctou a odpovědnosti. [Skála et al. 1987]

Alena: „Jasně , že sem měla strach se před doktorem přiznat,aby mi zase nadával?“

Radka: „(...) no jak mi to bylo trapný tam zase jít, ty pohledy sester a doktora, prý no co nám to děláte? Jako bych to udělala kvůli nim.“

Denisa: „(...) tak si to tady srovnat, oživit si to tady a uvědomit si taky i s tím kontrolovaným pitím (...) “

7.2 Terapeutické komunity

V České republice se budují terapeutické komunity s menším počtem klientů. Jsou buď součástí jednoho areálu jako specializované oddělení (např. oddělení závislostí v Psychiatrické léčebně v Praze - Bohnicích), nebo vzdálený objekt, který patří organizačně nějakému celku (např. protialkoholní léčebna v Lojovicích je pobočkou Apolináře, který je součástí Všeobecné fakultní nemocnice, kde je zřízeno rehabilitační centrum pro ženy závislé na alkoholu). [MATOUŠEK, Oldřich. *Potřebujete psychoterapii?*. Praha: Portál. 1999]

Podle amerických vzorů pracují dlouhodobé terapeutické komunity (např. Vršiček u Litohlav). Mají některé společné rysy s klasickými terapeutickými komunitami, například aktivní podíl pacienta na léčbě, podíl na rozhodování, kolektivnost, využití sociálního učení, kdy člen komunity ihned dostává od ostatních zpětnou vazbu jako reakci na svoje chování. Pobyť v komunitě je velmi náročný, jsou zde daná jasná pravidla a jejich porušení má za následek okamžité ukončení léčby. [Nešpor, K. 2007]

AT poradny:

Specializují se na diagnostiku, léčbu a doléčování osob, závislých na alkoholu a jiných psychoaktivních látkách ambulantní formou. V České republice se stále rozpadá síť AT ambulantních poraden.

Denisa: „(...) tak to bylo pro mě velice přínosné, u toho Apolináře, to byla velká

pomoc tehdy, ta ambulantní léčba, vlastně tím, že sem se setkala s lidma, kteří měli podobný problém jako já, mohla sem s nima o tom otevřeně mluvit, protože, těžko si půjdete někam sednout na čaj s alkoholikem, aniž byste věděla (...) to že já sem si říkala, aha, dyť jsou taky jako normální lidi, jako že to nejsou nějací, co se válej jenom ve škarpě. Já sem měla, sem se styděla za to, že jsem alkoholik a tím, že sem z té skupiny viděla, že to tak není, no tak to mi hodně pomohlo, že sou na tom lidi podobně jako já, že o tom můžeme mluvit, hledat vlastně příčinu toho, proč jsem se takhle rozpila.“

Svépomocné skupiny:

V osmdesátých letech vznikaly jako podpůrné doléčovací skupiny. Zde uvádím ty nejznámější:

- ***Klus (klub usilujících o střizlivost)*** - vznikl v padesátých letech u Apolináře, za iniciace docenta Skály. Inspirací mu byla forma svépomoci Anonymních Alkoholiků v Americe. Spirituální prvky (12 kroků AA), které byly v tomto programu obsažené, však nebyly přípustné a to zejména po roce 1948. Klub tedy fungoval neoficiálně do „sametové revoluce“ v roce 1989. Oficiálně po tomto roce úspěšně funguje dodnes jako socioterapeutický klub, který sdružuje jak alkoholiky, tak jejich rodiny a přátele.²⁸
- ***Pavučina*** - svépomocná organizace pro ženy závislé na alkoholu a jiných drogách, založena v roce 1988 . Členkou pavučiny se může stát každá žena, která abstinuje více než rok. Organizace pořádá mnoho aktivit pro ženy v Čechách i na Slovensku.²⁹

Svépomocné organizace:

- ***Anonymní alkoholici (AA)*** - funguje jako společenství mužů a žen bez účasti profesionálů. Podmínkou členství je touha přestat pít. Princip léčby je obsažený v podobě 12 kroků v níž je závislost definovaná jako nemoc, vůči které je jedinec bezmocný. Na pravidelných setkání se dělí o svoje zkušenosti se závislostí a abstinencí, vzájemně se ve svém snažení podporují. Ve stanovách AA je, že společenství není spojeno s žádnou církví, nicméně princip je založený

²⁸ *Klub Usilujících o střizlivost (KLUS) [online]. [cit. 2010-05-04]. Dostupné z WWW: <<http://klus.xf.cz/>>*

²⁹ *Pavučina [online]. [cit. 2010-05-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.pavucinasos.eu/>>*

na spiritualitě a na vnímání Boha tak, jak mu rozumí každý člen. Členem může být každý a podmínkou není naprostá abstinence, jen snaha přestat pít.³⁰

Organizace Anonymní alkoholici vznikla dlouho před vznikem terapeutických komunit a před vznikem skupinových terapií. „*A bez nadsázky lze říci, že AA předběhli svojí dobu a tím lze také vysvětlit nepochopení ze strany odborné veřejnosti, jemuž byli zpočátku vystaveni.*“ [Nešpor, K. 2007:101]

Alena: „*Víra, ta pomáhá nejvíc, když je nejhůř, to je jasné, tu jsem našla až tady v Jihlavě u anonymních alkoholiků, moc potřebuju věřit ve vyšší moc, bez víry v to, že mi někdo nebo něco pomáhá a stojí při mně, bych prostě tak klidná nebyla.*“

Radka: „*Do dneška se modlím, skoro každý den, aby ten můj klid a mír vydržel co nejdýl, protože bez toho pití se to zvládá mnohem líp (..) V Bohnicích ten úžasný Prokop (..) vysvětlil jak chápat víru i bez tolik kázané podmínky přijetí Boha pouze morálně bezúhonným.*“

Občanská sdružení:

- ***Alma femina*** – jediné doléčovací centrum, specializující se pouze na ženy alkoholičky. Založena v roce 2007. Cílovou skupinou jsou ženy nad 18 let, které mají problém s alkoholem nebo s alkoholem spolu s další návykovou látkou. Pomáhá jim také se sociálním začleňováním. Službou je i osvětová činnost nejen pro ohrožené skupiny, např. pro matky na mateřské dovolené, osamělé ženy, nezaměstnané a rodinné příslušníky závislých žen, ale i pro veřejnost. Snahou je také ovlivňovat a oslabovat předsudky, které o této problematice ve společnosti panují.³¹

„Při práci s klientkami v doléčovacím programu Centra ALMA pracujeme individuální a skupinovou formou (skupina má max. 12 členek). Některé klientky využívají pouze jednu z těchto forem, jiné obě kombinují. V obou formách se vyskytují prvky kognitivních přístupů, nejedná se však o KBT v pravém smyslu slova. Každá ze tří terapeutek Centra má svůj vlastní styl práce, který uplatňuje, tj. naše centrum nepracuje na podkladě jednoho jediného psychoterapeutického paradigmatu.“

/Zuzana Skálová, ředitelka doléčovacího centra ALMA³²

30 Anonymní alkoholici – Česká republika [online]. [cit. 2010-05-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.anonymnialkoholici.cz/index.html>>

31 Alma femina – centrum služeb následné péče pro ženy [online]. [cit. 2010-05-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.almafemina.cz/centrum/poslapro.htm>>.

32 Z osobní korespondence.

8. Terapeutické postupy

8.1 Historie léčebné terapie

Souvisle s proměnou doby a kultur se mění i postoje, názory a tolerance ke konzumaci alkoholu. Postoje k alkoholismu, hledání prostředků a jeho léčby se nachází v mnoha rozmanitých formách skupinového života.

Již od starověku se hledaly prostředky proti opilosti a veškerá „terapeutická“ léčba spočívala víceméně v represích, které vedly ke smrti člověka nadměrně užívajícího alkohol – veřejné ukazování opilců, jejich mučení, bití, popravy. Alkoholů se připisovaly léčebné schopnosti, nicméně se doporučovalo jej ředit a konzumovat jen ve velice malém množství. Postoje příslušníků jednotlivých národů se vyvíjely pod vlivem specifických politických, sociálních a náboženských faktorů. V roce 1877 byla založena a v roce 1880 oficiálně vznikla v Ženevě organizace Modrý kříž³³, která úspěšně i prakticky pomáhala bojovat proti alkoholismu výkladem Písma. Tato organizace úspěšně funguje dosud. Právě tady byl zdůrazněn základní požadavek při léčení lidí závislých na alkoholu a tím je důkladná a trvalá abstinence od alkoholu.

[Skála, J. 1988]

Na přelomu 19. a 20. století se v USA (v období prohibice) stala závislost trestným činem. Zanikaly protialkoholní léčebny a alkoholici byli prezentováni jako nebezpeční šílenci, morální slaboši a kriminálníci a začaly vznikat jakési kolonie pro morálně zkažené v rámci psychiatrických zařízení. Závislí byli tak vystaveni tomu nejhoršímu zacházení (zbavování svéprávnosti, povinná sterilizace, kruté odvykací kúry, aplikace potupu psychochirurgie (lobotomie), elektrošoky, podávání barbiturátů, amfetaminů, LSD. Situace se začala zlepšovat ve čtyřicátých letech minulého století, kdy se nově definovalo moderní pojetí alkoholismu a začaly se utvářet hnutí a společnosti, které měly za úkol pomáhat lidem postiženým alkoholismem.³⁴

8.2 Léčebné terapie v Čechách

Léčba závislosti na alkoholu se spojuje se jménem docenta Jaroslava Skály,

33 Organizace Modrý kříž. Dostupné z WWW: <<http://www.modrykruz.org/Vitejte.html>>.

34 RADIMECKÝ, Josef, et al. Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání alkoholu? [online]. [cit. 2010-05-06]. *Adiktologie*. 2005, 2, s. 275-280. Dostupné z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/71/178/Casy-se-meni-aneb-pristup-harm-reduction-vuci-uzivani-alkoholu-.html?acc=enb>>.

který detailně zásady léčby propracoval a otevřel první centrum pro studium a léčbu alkoholismu v bývalém klášteře při kostele Sv. Apolináře. [Fischer, Škoda 2009]

Zásadním principem této léčebné terapie bylo oslabovat sílu a úpadkové tendence v naučeném chování a myšlení, snažit se o zvyšování tendence tvořivé a rehabilitovat tak osoby, které jsou závislé na alkoholu. [Skála, J. 1987]

Model léčby (Apolinářský či Skálův) spočíval v tréninku učení pacientů snášet stavy frustrace, stresu a úzkosti bez použití alkoholu. Tento léčebný model zdůrazňuje jak individuální, tak kolektivní odpovědnost (Makarenkův model), spojování zásad komunitní terapie a behaviorální přístup, který byl založen na velmi náročném léčebném režimu s bodovacím systémem. Řadu desetiletí je Apolinář centrem odborného života v oblasti léčby závislostí i v psychoterapii. Dle Kratochvíla (1979) Skála přizpůsobil Jonesovu koncepci terapeutické komunity³⁵ (původně vytvořenou na léčení závislých na nealkoholových drogách – demokratický model) k léčbě alkoholiků. Režim byl mnohem přísnější s represivními prvky, velkým důrazem na kázeň a pořádek.³⁶

*(...) Apolinářský model obsahuje rovněž řadu paralel a souvislostí s hnutím Anonymních alkoholiků (svěpomoc, oddanost společenství, doznání, odčiněn v životní praxi, důraz na pozitivní změnu a posilování ega), avšak bez spirituálního zaměření (...)*³⁷

Radka: „Nesmyslně nás sekýrovali, po spolknutí antabusu jsme museli veřejně vyplazovat jazyk, pro jistotu, hledali smítko na podlaze, zvyšovali hlas podle nálady, když jsem si chtěli stěžovat, říkali, že je to léčebný záměr, abychom se naučili zvládat stres bez alkoholu, intimní záležitosti se probírali veřejně (...), posílali si nás pro cigarety a to byl bod plus, kdo lítal, nemusel tolik uklízet.“

Radka: „Strašně mi vadilo to odmítání alkoholu, nutili nám alkohol, dívali se, jestli na sucho polykáme.“

Postupně se však začal v léčebnách hojně používat spíše medicínský přístup, který nerespektoval nebo ignoroval interpersonální a sociální aspekty návykového

³⁵ Maxwell Jones (anglický psychiatr) – uplatňoval tzv. demokratický model, původně vytvořen na léčení závislých na nealkoholových drogách.

³⁶ RADIMECKÝ, Josef, et al. Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání alkoholu? [online]. [cit. 2010-05-06]. *Adiktologie*. 2005, 2, s. 275-280. Dostupné z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/71/178/Casy-se-meni-aneb-pristup-harm-reduction-vuci-uzivani-alkoholu-.html?acc=enb>>.

³⁷ KALINA, Kamil, et al. *Spravedlivý jako palma kvést bude : Jaroslav Skála - zakladatel české adiktologie* [online]. [cit. 2010-05-04]. Zaostrěno na drogy. Leden - únor 2008, 1, s. 5. Dostupné z WWW: <www.drogy-info.cz/index.../Zaostreno_200801_skala_web.pdf>.

chování.³⁸

Alena: „Dokonce si vzpomínám, že kdo hodně brečel, šel na elektrošoky, ty lidi byli pak úplně mimo“ (vyprávění o léčení před 25.lety)

Radka: „Dávali mi nějaký neuroleptika, ale brala jsem je asi půl roku.“

8.3 Behaviorální teorie

Behaviorální věda se zabývá těmi aspekty chování, které lze objektivně pozorovat a analyzovat. Popisují **chování** z hlediska **podnětů** a **reakci** na ně. Vývoj závislosti lze vidět také jako součást procesu učení ve smyslu trvalé změny chování v důsledku interakce alkoholu a alkoholového prostředí. Alkohol aktivuje ve speciálních oblastech mozku ty části, které se podílejí na motivaci, trvale je mění a prostřednictvím asociativního procesu učení to může vést ke klasickým příznakům závislostního chování.³⁹

Jádro behaviorální teorie tvoří tři základní procesy, které se používají při léčbě závislosti [PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada Publishing. 1999] :

- **Klasické podmiňování** – učení na základě pasivního vytváření souvislostí mezi podněty. Metodou pokus – omyl se opakováním dosahuje žádoucího výsledku a přestává se používat nežádoucí chování.
- **Operativní podmiňování** – zjevné chování v určité situaci - pozitivně posilované chování se bude upevňovat a trestané chování zmizí. [HÖSCHL, Cyril.: *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Praha: H & H, 1996]

V léčbě pro závislé se často používá bodovací systém, při dosažení určitého počtu bodů, má klient výhody v podobě vycházky, při ztrátě bodů za nedostatečně splněné úkoly následuje trest, například v podobě zákazu vycházek. Nacvičuje se také podmíněné chování s uměle navozenou nevolností [MATOUŠEK, O. *Potřebujete psychoterapii?*. Praha: Portál. 1999]

38 RADIMECKÝ, Josef, et al. Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání alkoholu? [online]. [cit. 2010-05-06]. *Adiktologie*. 2005, 2, s. 275-280. Dostupné z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/71/178/Casy-se-meni-aneb-pristup-harm-reduction-vuci-uzivani-alkoholu-.html?acc=enb>>.

39 *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence* [online]. [cit. 2010-04-10]. Dostupné z WWW: <<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA77/AA77.htm>>.

- **Učení nápodobou** Jedná se o nacvik technik, u lidí závislých na alkoholu. Nacviky odmítání, které se rutinně používá a cílem je naučit se slušným a důsledným způsobem odmítat nabízený alkohol.

8.3.1 Behaviorální terapie:

Behaviorální terapeuti používají celou řadu metod, které zaměřují na pacientovo zjevné chování. Na poli behaviorální terapie je důležité rozlišovat:

- a) *určitou metodu* - kdy objektem je pacientovo zjevné chování
- b) *způsob jejího účinku* - cílem je trvalá změna v pacientově chápání skutečnosti, jeho postojů a přesvědčení [Beck, A. T. 2005]

Na základě poznatků výzkumů v oblasti behaviorální terapie je chování jedinců popisováno, vysvětlováno, měněno a procesy jsou podrobovány hodnocení. „*Cílem terapie je zlepšení schopnosti sebekontroly a sebeřízení na straně pacienta. Používané metody musejí splňovat etické směrnice.*“⁴⁰

Při nacviku sebekontroly je důležité si uvědomit, že závislost na alkoholu je chování, které přináší okamžité pozitivní pocity, ale z dlouhodobého hlediska je takové chování nebezpečné. [Prochaska, Norcross 1999] Právě zhoršená sebekontrola je ve vztahu k alkoholu vlastně neschopnost pít ho s mírou a to může roztočit bludný kruh návykového chování. [Nešpor, K. 2007]

Cílem behaviorální terapie je předpoklad, že klient přijme terapeuta jako experta, *který má právo dirigovat terapeutický proces, a bude schopen přenechat mu větší míru řízení terapeutické situace, než kdyby byl v jiném typu psychoterapie.*“ [MATOUŠEK, Oldřich. *Potřebujete psychoterapii?*. Praha: Portál. 1999.]

Behaviorální terapie si klade za cíl ovlivnit jeden příznak, sklon nebo jeden typ chování a tím se zlepšit pacientovo sebevědomí a tato malá změna jakoby proniká celou osobností a pacient se jeví jako vyměněný. Odnaučením příznaku (změnou nežádoucího chování) ale nemusí být vyřešený komplexnější problém, který se v budoucnu může připomenout jiným (novým) druhem nežádoucího chování. Cílem je tedy zbavit pacienta příznaku, který ho do léčby přivedl, vyšší cíle si behaviorální terapie neklade. [MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče 2. vydání*. Praha: Slon. 1999.]

⁴⁰ *Specializační studium výchovného poradenství PedFUK [online]. 2005 [cit. 2010-05-05]. BEHAVIORISMUS. Dostupné z WWW: <<http://www.ssvp.wz.cz/Texty/Behaviorismus.html>>.*

8.4 Averzivní terapie

Z oficiálních zdrojů není známo, že by se v dnešní době v České republice averzivní terapie v ucelené formě praktikovala, nicméně některé praktiky jsou součástí i moderní léčby (podávání antabusu, atd.).

Tato metoda se uplatňovala v mnoha léčebných přístupech (např. v ČR v roce 1960 ji používal Freund v léčbě homosexuality, kdy tato varianta sexuálního chování byla trestným činem). Z etického hlediska se metody averzivní terapie staly diskutabilní, protože by se na ně mohlo nahlížet jako na týrání pacientů. Proto se již od základních praktik averzivní léčby oficiálně opustilo. [KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál. 2006]

8.4.1 Biologická léčba

Disulfiram neboli **Antabus** byl poprvé použit dánskými lékaři v roce 1948. Tato látka má za úkol přeměňovat toxický acetaldehyd na kyselinu octovou, která, jestliže je v těle přítomná v dostatečném množství (pravidelným podáváním), vyvolá u pacienta, který požil alkohol, těžkou averzivní reakci (bušení srdce, bolest hlavy, změny krevního tlaku, nevolnost, zvracení, mdloba. [NEŠPOR, Karel. *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha : Sportpropag, 1999]

Podle výzkumů NIAAA může při masivní reakci dojít i k úmrtí v důsledku útlumu dechového centra. Tyto nežádoucí účinky v kombinaci Alkohol + Antabus mohou být v některých případech velmi závažné, proto je nutné Disulfiram podávat jen vysoce motivovaným pacientům, se sociální stabilitou, bez větších kognitivních potíží, kteří tuto biologickou léčbu kombinují s jinými léčebnými terapiemi (opakem byl Skálův přístup, ten tvrdil, že léčba antabusem není léčbou kauzální, čili antabus je preventivum, který zabraňuje požití alkoholu a tím se mohou a mají řešit pacientovy sociální a psychosomatické problémy). [Skála, J. 1988]

Úspěšnost této léčby tedy závisí na přísném dodržování léčebného režimu.

Před pravidelným podáváním Antabusu je nutné absolvovat povinnou alkohol-antabusovou reakci, které předchází příslušné somatické vyšetření. Pacientům je před samotným sezením podávám v průběhu tří dnů antabus. Alkohol antabusová reakce je prováděna ve skupině více pacientů, kdy jim je podáno půl litru 10° piva. Je nutný zdravotnický dohled, pro případ příliš intenzivní průběh tohoto terapeutického postupu. [Skála, J. 1987]

Antabus "je široce používán v Evropě, ale americké výzkumy jeho účinnost

zpochybňují. Již dříve objevený disulfiram (Antabus) brání přirozenému odbourávání alkoholu, což vede k nárůstu jedné z jeho jedovatých mezisložek. Nárůst této látky v těle vede k nepříjemným projevům: zrudnutí, bušení srdce, nevolnosti a zvracení. Li, který léčbu disulfiramem u alkoholiků ve své práci používal, považuje tento přístup za účinný u alkoholiků se silnou motivací nebo přinucených k léčbě soudní cestou (například pro řízení v opilosti). Všem těmto nepříjemnostem se ale lze snadno vyhnout a to jednoduše tak, že se lék nevezme. Disulfiram proto zůstává sice odstrašujícím prostředkem, ale neléčí.“ [BELMONTE et al. 2009: 19]

Radka: „Tu antabusovou reakci jsme museli absolvovat všichni, chlapi i ženy dohromady, pak jsem podepsala reverz, nemohla jsem snášet, jak si mě dobírali, že jsem se pozvracela, (...) připadalo mi, jakoby mě někdo zase znásilnil a postavil nahou na náměstí.“ (první protialkoholní léčba)

ReVia (Naltrexon) a Campral jsou anti-cravingové přípravky, které snižují touhu (touha = **craving**, který představuje velice závažný problém při léčbě alkoholismu) po alkoholu a snižují euforické pocity po jeho požití, čili redukují příjem alkoholu. [Fischer, Škoda 2009].

„Ve výzkumu, prováděném v roce 2008, byl naltrexon po dobu šestnácti týdnů podáván pacientům s příslušnou genetickou variantou. Tito lidé díky naltrexonu dokázali vydržet déle zcela bez alkoholu, ubylo u nich dnů těžkého pití a bylo pro ně snazší nepít nebo pít jen málo v druhé polovině studie. Na druhou stranu, u těch pacientů, kteří neměli tuto genetickou variantu, naltrexon nevedl ke zlepšení oproti placebo.“ ... „Tyto nálezy nám otevírají nové obzory ve vývoji dalších léčebných postupů,“ ... „Až doposud byl alkoholikem ten člověk, který prostě příliš pil. Ale již brzy budeme moci alkoholiky rozdělit podle mechanismu vzniku jejich závislosti na podskupiny, u kterých bude lze očekávat různé výsledky léčby.“⁴¹

8.4.2 Chemická léčba

Apomorfín – cílem je navodit podmíněný zvracecí reflex. Tato terapie je skupinová, kdy je pacientům podáván alkohol v malých dávkách, ti ho ochutnávají (ale nepolykají), čichají k němu. Vzápětí jem je podán injektivně 3-5mg apomorfínu

41 BELMONTE, Carlos, et al.. *Zpráva o pokrocích ve výzkumu mozku za rok 2009*. [online]. [cit. 2010-05-04]. Dostupné z WWW: <http://www.dana.org/uploadedFiles/The_Dana_Alliances/European_Dana_Alliance_for_the_Brain/progress-report-2009_cz.pdf>.

(dávky jsou vědomě překračované), vzápětí dochází k reakci, u některých dochází k bouřlivým reakcím až kolapsům. Tato terapie se provádí průměrně 3krát denně.

Emetin – také pro vypracování podmíněné zvracivé reakce. Účinek trvá déle, je méně bouřlivý, preparát je však mnohem toxičtější a dlouho kumuluje v organismu. Tato terapie trvá déle, proto je omezený počet sezení. Vedlejšími účinky bývají průjemy, zvracení, nechutenství, úbytek na hmotnosti, tělesná únava, bolesti v dolních končetinách, dušnost, lehké závratě a zánět v očích. [Skála, J. 1987]

„S ohledem na nízkou efektivitu a velké zdravotní komplikace je tato metoda považována za zastaralou a nepoužívá se.“ tvrdí MUDr. Petr Popov. [KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogová závislost*. Praha : úřad vlády České republiky, 2003. s. 156]

8.4.3 Elektroaverzivní léčba

Terapie se používá u pacientů, u kterých nepříznivý somatický stav znemožňuje chemickou léčbu. Je obecně použitelná, téměř bez vedlejších účinků. Trvá přibližně půl hodiny, pacientům je podáván alkoholický nápoj, jsou pobízeni k čichání, poté ochutnávání nápoje a v průběhu těchto činností dostávají elektrické údery v intenzitě na prahu citlivosti. Na tyto údery reagují pacienti obrannými pohyby. Cílem je spojit nežádoucí chování (pití alkoholu) s nepříjemným podnětem (elektrickým úderem).

Metoda se již nepoužívá. [Skála et al. 1987]

8.4.4 Averzivní hypnoterapie

Expozice podnětu – např. u lidí závislých na alkoholu vyvolá podnět – terapeutem vyvolaná představa alkoholu či vůně alkoholu, podmíněnou reakci (očekávaný prožitek nebo fyziologickou potřebu), která je spojená s touhou pokračovat v pití a vyhýbat se odnětí alkoholu. Jestliže tedy je dán hypnózou vyvolán podnět a současná nepřítomnost návykové látky, očekává se vyhasnutí podmíněných reakcí a maladaptivních (nežádoucích) představ. [Prochaska, Norcross 1999]

8.5 Kognitivní terapie

Tato terapie se začala rozvíjet v poslední třetině 20.století ve spolupráci *Alberta Ellise*, jeho přístupem nazvaným Racionálně emoční terapie (RET) a *Aarona T. Becka* s přístupem k léčbě deprese nazvanou *Kognitivní terapie*. Tito terapeuti si na základě nedostatečné účinnosti psychoanalýzy vytvořili svoje vlastní terapeutické postupy a zaměřili se na vědomé či podvědomé kognitivní procesy. V praxi tedy doporučovali pacientům, aby si platnost svých myšlenek ověřovali konkrétním chováním. Tento, zvláště pak Beckův terapeutický přístup byl dále zdokonalen a nový teoretický model duševních poruch, který byl účinně ověřen m.j. i u závislostí.⁴²

I když v tradiční neuropsychiatrii, psychoanalýze a behaviorální terapii jsou setrvalé rozdíly v teorii i experimentální a klinické práci, jeden předpoklad sdílejí a to, že: *“...emočně narušený jedinec je obětí skrytých sil, které nemá pod kontrolou.”* [Beck, A. T. 2005: 11]

Podle behaviorální teorie, ale aby byla vyléčena pacientovi emoční porucha, která vznikla vytvořením náhodného podmiňování, musí projít procesem protipodmiňování pod vedením behaviorálního terapeuta. Kognitivní terapie se nedá používat případech například u emocionálních poruch vzniklých vlivem traumatické události, protože takto emocionálně narušení lidé nejsou oběťmi svých tendencí k dysfunkčnímu myšlení, ale produktem iracionálního prostředí. [Prochazka, Norcross 1999]

Kognitivní terapie přistupuje k pacientovi tak, že každý z nich má klíč k pochopení a vyřešení svých potíží v rámci svého vlastního vědomí. Čili, chybné myšlení - uvažování vede k chybnému chování – jednání.

Odhalí-li pacient pod vedením kognitivního terapeuta chyby v logice svého uvažování, naučí se účinně zvládat současné chyby a omyly, které mu působí bolest.

***Radka:** „ (...) prý to není moje vina (...) vnitřně jsem to věděla, ale potřebovala jsem to od někoho často slyšet. (...) fakt nemohlo být něco jinak, byla jsem na nějaký řešení moc malá.“*

Tento nový přístup mění pohled člověka jako na někoho, kdo má sice sklon k sebepoškozujícímu způsobu myšlení a jednání, ale dokáže se je odnaučit tím, že si mylný názor uvědomí, změní ho a nahradí názorem pro něj prospěšným.

⁴² ODYSSEA – Mezinárodní institut KBT [online]. [cit. 2010-04-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.kbt-odyssea.cz/showpage.php?name=cojekbt>>.

Radka: „Dneska vím, že se těmi strachy a za chutí (napít se) schovává ta moje nemoc a musím si pak všechno analyzovat.“

K úspěšné kognitivní terapii jsou nezbytné behaviorální nástroje, jako například: přesné údaje od pacienta, systematický plán terapie, sledování zpětné vazby a přesné metody měření změn. [Beck, A.T. 2005]

Radka: „Pořád jsem měla strach, že mě vyhodí z té blbě práce, pak mi řekli (terapeutka) že by to mohlo být prima, najít si konečně klidnou práci (...) dala jsem výpověď a mám konečně klid.“

8.6 Kognitivně behaviorální terapie

V současné době se ve státních i nestátních zařízeních začínají aplikovat postupy, které jsou užitečné ke zvládnutí rizikových emocí a s tím úzce související *craving*, např.: různé kognitivně-behaviorální techniky, posilování *motivace*, cvičení a relaxační techniky, skupinové terapie. Různá léčebná zařízení se specializují na různé postupy při léčbě.⁴³

K integraci obou modelů tj. Kognitivní a behaviorální došlo v 80. letech minulého století. Současná kognitivně-behaviorální terapie se opírá o:⁴⁴

1. **Behaviorální terapii** – změny dosažené v terapii jsou neúčinné v běžném životě, proto uznává kognitivní procesy.
2. **Konstruktivistickou terapii** – na základě subjektivní konstrukce reality, má hledat terapeut způsob, jak konstrukci změnit, aby se pacient cítil lépe.
3. **Kognitivní terapii** – využívá klasických behaviorálních metod ke zkoumání a přehodnocování kognitivních faktorů.

Kognitivně-behaviorální terapeuti jsou ve své praxi velmi flexibilní – snaží se přizpůsobovat terapii individuálním potřebám konkrétních pacientů. Tuto terapii nelze všeobecně charakterizovat, objevují se v ní tyto základní rysy⁴⁵:

43 ODYSSEA Mezinárodní institut KBT. *Co je KBT. [online]*. [cit. 2010-04-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.kbt-odyssea.cz/showpage.php?name=cojekbt>>.

44 *Tamtéž.*

45 ODYSSEA Mezinárodní institut KBT. *Co je KBT. [online]*. [cit. 2010-04-10]. Dostupné z WWW:

- je časově omezená – trvá řádově několik měsíců, ne déle než rok
- je strukturovaná a převážně direktivní – předem dohodnutý program za účelem zvládnutí konkrétních problémů
- vzájemná spolupráce mezi terapeutem a pacientem
- opírá se o poznatky teorie učení a kognitivní psychologie
- zaměřuje se na řešení současných problémů
- zaměřuje se na konkrétní, ohraničené problémy
- zaměřuje se na faktory, které problém udržují
- předem dohodnuté terapeutické postupy jsou jen prostředkem k dosažení konkrétního cíle
- KBT se zaměřuje na konkrétní změny v pacientově životě
- KBT je vědecká
- KBT je eduktivní a směřuje k soběstačnosti pacienta

Kognitivně-behaviorální terapie se stále dynamicky rozvíjí a mění. Liší se od terapeutických postupů, které se uplatňovaly před 50.lety, kdy terapie byla postavena jen na základě systematického odměňování a trestání pacienta. V České republice se KBT, jako samostatný psychoterapeutický směr, začala prosazovat v roce 1992. [Kratochvíl, S 2006:270]

Novodobá terapie stále rozvíjí kognitivní teorii i praxi a zaměřuje se především na zkoumání a ovlivňování vnitřních psychických procesů. Nositelem změny je vnitřní motivace pacienta - tato je velmi důležitá a cílem je zmírnit utrpení pacienta, zvýšit pocit pohody a sebevědomí.⁴⁶ Klasickým příkladem kognitivně behaviorální terapie je běžně praktikovaný, jednoduchý a přitom účinný postup tzv. Semafor, používaný ke zvládnání rizikových situací. [Nešpor, K. 2007]

Příkladem, kdy pacient semafor použije, může být pozvání do restaurace:

Červená: Stop, zastavit

Žlutá:

1. možnost: jít. Následky: Při špatném sebeovládání ve vztahu k alkoholu či drogám hrozí recidiva, zdravotní i sociální problémy atd.

2. možnost: odmítnout s odložením ("nemám čas). Následky: Vyhnutí se riziku, příště se ale bude nabídka opakovat.

3. možnost: říci, že už jsem do hospody přestal chodit. Následky: Vyhnutí se bažení a navíc se sníží riziko takové nabídky v budoucnu.

Výběr nejvhodnější možnosti: třetí.

Zelená: Vybranou možnost uskutečnit a vyhodnotit výsledek.⁴⁷

<http://www.kbt-odyssea.cz/showpage.php?name=cojekbt>.

⁴⁶ Tamtéž.

⁴⁷ NEŠPOR, Karel. *Moderní léčba návykových nemocí* [online].[cit. 2010-05-06]. 16 s.

Radka: „je to důležitý jako všechno si pořád připomínat, protože znám lidi, co zrecidivovali i po patnácti letech (...) jo semafor jsme si museli psát každý svůj“

8.6.1 Skupinová terapie (dle Matouška)

Předpokládá se, že každý člověk má určitou schopnost posoudit problém druhých lidí. Skupinová diskuze pod vedením odborníka může názor jednoho člověka, například zatíženého předsudky, nevyřešeným problémem, dospět k nějakému řešení. Aby byla skupinová terapie účinná, je důležité:

- příslušnost a koheze ke skupině lidí se stejným problémem
- možnost pomoci druhým - emoční podpora
- možnost konstruktivně zpracovat zážitky z minulosti
- možnost aktivně se přiučit novému chování – sociální dovednost
- příležitost k vytvoření nové naděje

Klienti se zpočátku obávají trémy, zatížení problémy druhých, bojí se otevřít citlivější problémy. Někdy se obávají agresivních projevů a netaktního přístupu ze strany ostatních ale při správném vedení skupiny terapeutem se vytvoří soudržná atmosféra, která je velmi efektivní.

Cílem skupinové terapie je, vytvořit si na sebe správný náhled a svobodný postoj klientů k sobě a jejich dovednost nových prožitků i chování.

[MATOUŠEK, Oldřich. *Potřebujete psychoterapii?*. Praha: Portál. 1999]

Denisa: „(...) kdybych mohla, tak (se zúčastní) rozhodně té biblioterapie(...) a jinak mám ráda i skupiny, když jsou, ty mi vyhovují (...).“

8.6.2 Rodinná terapie

Rodinná terapie je velmi významná metoda terapie, při které „je pacient konfrontován se členy rodiny a je veden k pochopení destruktivního vlivu pití alkoholu na rodinnou soudržnost. [SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy – průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf. 1996, 504 s.]

Dostupné z WWW:

<<http://www.drnespor.eu/modlec.doc>>.

Radka: „Když jsem viděla s jakými obavami doktorka hledí na moje dítě, už jsem jim strašně moc nechtěla ubližovat“

Rodinné terapie při léčbě návykových nemocí jsou velmi efektivní a používají se jako součást léčebného programu. Podle Boylina [Boylin et al. 1997 in Nešpor 2007] rodinná terapie přispívá ke zlepšení náhledu pacienta, schopnosti dokončit léčbu s efektivními léčebnými výsledky. Rodinná terapie bývá efektivní se zaměřením jak na rodinný systém, tak na rodinnou terapii s úzkým zaměřením na návykové chování.

McCrary uvádí mnohem větší efektivitu behaviorální terapie, která se zaměřuje na rodinný systém, než ty, která se zabývá prostým poradenstvím v oblasti alkoholové závislosti rodinným příslušníkům. [McCrary et al. 1991 in Nešpor 2007]

„Středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii při Oddělení léčby závislostí Apolinář v Praze je ambulantním zařízením poskytujícím psychoterapeutickou, psychiatrickou a psychologickou péči pro uživatele návykových látek a jejich rodinné příslušníky a osoby se zvýšeným rizikem vzniku závislosti na návykových látkách, což jsou zejména dospívající adospělé děti z rodin závislých. Základním kritériem pro poskytnutí služby je, že klient zneužívající návykovou látku má záměr abstinovat, u klienta je zachovaná schopnost abstinovat, např. mezi krátkodobými relapsy. Psychoterapeutické služby jsou určeny také jednotlivým členům rodiny či celým rodinám, jejichž některý rodinný příslušník je uživatel návykové látky.“⁴⁸

Ať už v oblasti citové nebo hmotné, rodina může použít daleko efektivnější motivační nástroje, než terapeuti. Při práci s rodinnými příslušníky je vhodné například spoluplánovat budoucí aktivity, které nejsou slučitelné s návykovým chováním a vhodnými otázkami (např. „Kolik váš partner/partnerka investoval/a do pití?“) zvyšovat motivaci příbuzných ke změně a tím i působení na závislého člena rodiny. Na místě je také uzavření dohody mezi rodinou a terapeutem, s výčtem řešení v případě recidivy závislého člena rodiny, s cílem zmírnit případné škody. [Nešpor, K. 2007]

Denisa: „protože vím, že ještě nemáme dořešený ten problém (s přítelem), který stejně za ty dva týdny, co mi zbejvají, nedořešíme, ale už začnem. My sme zatím ještě takhle za nikým nebyli, takže to je velká motivace, řešení toho vztahu nějakým způsobem, ale to bude na dýl, že jo, to nebude hned.“

48 Pomoc lidem s alkoholem (léčba návykových nemocí). Apolinář PL – Středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii [online]. [cit. 2010-05-04]. Dostupné z WWW: <<http://alkohol-alkoholismus.cz/lecba/lecebny/apolinar-oddeleni-pro-lecbu-zavislosti-vfn/stredisko-pro-psychoterapii-a-rodinnou-terapii.html>>

9. Motivace

Motivace je psychický proces, který vede ke konkrétnímu činu. Na otázku, proč se určitý člověk v určité situaci zachoval takto a co bylo cílem, si můžeme odpovědět dvěma způsoby. Za prvé, člověk se zachová v určité situaci tak, jak na něj působí primární a sekundární socializační činitelé. Za druhé, člověk se zachová ve smyslu určitého motivu (pohnutka, radost, frustrace, osamělost, touha). [NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského jednání*. Praha: Academia. 1996. 270 s.]

Podle Abrahama Maslowa: „*Motivace usměrňuje naše chování a jednání pro dosažení určitého cíle. Vyjadřuje souhrn všech skutečností (obava, zlost, zvědavost, pozitivní pocity, radostné očekávání..), které podporují nebo tlumí jedince, aby něco konal nebo nekonal...*“. [Nakonečný 1996: 26]

Motiv je osobní příčina určitého chování a *potřeba* je stav nedostatku (např. hladu, citu..) nebo nadbytku (např.:stresu, hluku..), a toto vede k činnosti, kterou potřebu uspokojíme. Potřeby vyšší se objevují až po uspokojení potřeb nižších. Motivace jsou osobní příčiny určitého chování – jsou to pohnutky, psychologické příčiny reakcí, činností a jednání člověka zaměřené na uspokojování určitých potřeb. Tedy motivace je *základním činitelem vnitřní psychické dynamiky*.

Motivace je proces, ve kterém se odráží nějaký deficit v životě člověka, který směřuje k odstranění konkrétního deficitu a to má za následek pocit uspokojení, kde motivaci můžeme označit jako potřebu. Jestliže něco potřebujeme, resp. máme nějaký nedostatek a abychom uspokojili potřebu, musíme se nějakým způsobem zachovat a vyjádřit se tak obsahem tohoto uspokojení – motivem. [Nakonečný 1996: 27]

Podle D. McClellanda jsou motivy spojeny s dosažením určitých emočních zážitků a základními motivačními činiteli jsou **emoce**. [Nešpor, K. 2007]

9.1 Motivace jako nástroj změny:

„Kdo myslíte, že má silnější vůli? Je to úspěšný vrcholový sportovec nebo obyčejný člověk, který nic mimořádného nedokázal? Správná odpověď je „Silnou vůli k čemu?“ Spousta obyčejných lidí závislost na alkoholu překonala a někteří vrcholoví sportovci ne. (...) ... To, že se závislý člověk nedokáže ve vztahu k alkoholu dobře ovládat, není projevem jeho slabé vůle, ale znakem závislosti. S trochou nadsázky řečeno, takový

závislý (...) projevují železnou vůli každý den. Což nepijí navzdory svému okolí a dokonce navzdory těžkým zdravotním obtížím. Některé jsou tak daleko, že se kvůli alkoholu neleknot ani vězení nebo ohrožení života. (...) Je tu Je tu ale problém. Jejich vůle je orientována pro ně nevýhodným směrem. Potřebují výhybku, která by jejich vůli obrátila jinam. Práce s motivací je právě takovou výhybkou“ [NEŠPOR, Karel. Zůstat strážlivý. Brno: Host, 2006. Motivace je mnohem důležitější než vůle. s. 14.]

Situačně vyvolané změny motivace jsou obvyklé u lidí závislých na alkoholu, například, jestliže se vyskytne zdravotní problém u člověka zneužívajícího návykovou látku, zvýší se motivace tohoto člověka návykový problém překonat a přichází dobrovolně na protialkoholní léčení.

Jestliže terapeut zvládne techniku posilování motivace, získal účinný nástroj. Je však nutné, aby terapeut byl empatický, aby vytvořil a vysvětlil rozpor mezi tím, jak se pacient chová a jaký je jeho cíl, aby nepochyboval s odporem, aby posiloval pacientovi sebedůvěru, aby se vyhýbal sporu. Je důležité s pacientem vést rozhovory, projevat k němu respekt, rozebírat chtěné i nechtěné následky užívání alkoholu, poskytování zpětné vazby, oceňování pacientových pokroků v léčbě, jeho schopností a nadání, velmi významným motivačním činitelem bývá rodina. Tyto zásady posilování je nutné přizpůsobovat konkrétnímu pacientovi a stadiu jeho motivace. [Nešpor, K. 2007]

Mariana: Marianinou motivací je její syn, u kterého si uvědomuje vážnou hrozbu toho, že by o něj mohla jednoho dne přijít. A také ona sama, aby „byla v pořádku a normálně fungovala jako matka, jako člověk, protože to, co bylo předtím, už bylo neúnosný.“

Radka: „Až tam jsem to všechno začala chápat.“ (V Bohnicích)

9.2 Sebmotivace jako dovednost

Schopnost pacienta účinně pracovat s motivací usnadňuje abstinenci. Je důležité, aby si pacient uvědomil svoje motivační zdroje a posiloval vlastní motivaci ke zdravému způsobu života. Řada postupů, pracujících s motivací využívají schopnost zvládat touhu (**craving**), jako jeden z nejdůležitějších a nejzávažnějších rizikových faktorů závislosti. Při učení sebmotivace je důležité, aby si pacient dával krátkodobé a dosažitelné cíle, aby sebmotivaci spojoval s posilováním žádoucího chování. [Nešpor, K. 2007]

Radka: „(...) pak jsem se při těch stavech naučila rychle chodit okolo domu, prostě jsem hodinu obcházela barák a napínala svaly, abych měla hezký nohy“

9.3 Motivace a emoce

9.3.1 Emoce

Podobné příčinné vztahy, které pozorujeme mezi událostmi a fyzikálními jevy lze prokázat v oblasti vědeckého přístupu k psychickým jevům, ovšem s tím rozdílem, že se nejedná o procesy zevní a objektivní. *“Pouze člověk, který prožívá určitou emoci, představu nebo myšlenku, může o těchto procesech podat zprávu.”* [Beck, A.T. 2005: 45]

Emoce vyjadřují subjektivní vztah ke světu a k sobě samému, pomocí nich se nějakým způsobem orientujeme a regulujeme chování. [Vágnerová, M. 2008: 67]

Abychom mohli dojít k důležitým obecným poznatkům, je nutné vztahy mezi psychickými prožitky jedince potvrdit srovnáním podobných vztahů u jiných osob. Jestliže na každou určitou událost, která má rozdílný osobní význam, jedinec reaguje nepřiměřenou nebo přehnanou emocí, vzniká emoční problém. [Beck, A.T. 2005: 46]

Euforie a nadšení :

Pocity radosti a štěstí nebývají často předmětem zájmu psychiatrů, ale ze zkušeností těchto lékařů na protialkoholním oddělení, právě tyto emoce jsou bezprostřední příčinou porušení abstinence. Důvodem recidivy mohou být:

[NEŠPOR, Karel; CSÉMY, Ladislav. *Bažení (craving): Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnutí*. Praha: Sportpropag, 1999]

- Pocit libosti, který vede k hledání způsobu, jak ho více zesílit
- Pro abstinující alkoholiky je velmi důležitá opatrnost a obezřetnost např.: důsledně se vyhýbat rizikovým situacím v rizikovém prostředí, důležitost soustavného doléčování, obezřetnost v odhadu vlastních sil apod.
- U některých lidí pocity štěstí mohou vyvolat i pocit viny, že si je nezaslouží a toto může vést k recidivě.

Radka: „(...) najednou strach zmizel, ta radost, až sem se zalykala a samou

radostí sem se opila.“

Alena: „*Když jsem vyšla po druhé z léčby, myslela jsem, že mám úplně jasno, že mě ten alkohol nedostane, chtěla jsem všechno rychle dohnat.“*

Úzkost :

„Úzkost je všeobecně považována nejen za univerzální emoci, ale za známku lidství“ [Beck, A.T. 2005:101]

Silná úzkost je jedna z nejtrýznivějších emocí jestliže ji něco, cokoliv (například alkohol), byť jen na okamžik dokáže zmírnit, v paměti je zaznamenáno jako příjemné. Craving sám může vyvolat pocit ohrožení a vyvolat úzkost a intenzita úzkosti může být důsledkem cravingu.⁴⁹

Pacient, který pocítuje zpočátku silou úzkost, požije alkohol, aby se úzkosti zbavil. Po čase, kdy se vypěstovala závislost, pak hlavním problémem již není úzkost, ale alkohol. Závislost sama o sobě vyvolává úzkost a podporuje další a další zneužívání alkoholu, které pocity úzkosti snižují a tím se uzavírá *bludný kruh*, úzkost se stává primárním naučeným problémem. [Prochaska, Norcross 1999]

Radka: „*(...) je to jako rána palicí, najednou bezdůvodný šílený nezvladatelný strach, úplně mě to paralyzovalo. Chtělo se mi stočit se do skříně (...) chtěla sem být v lese nebo na jiný planetě se svou lahví.“*

Hněv :

Je jednou ze základních reakcí člověka, jestliže je verbálně i fyzicky napaden, nebo nesplnění určitého přání či pudu a typy situací, které mohou hněv vyvolat je nekonečné množství. [Beck, A.T. 2005] Hněv se může obrátit i proti vlastní osobě – v určitých případech je forma hněvu jako autoagrese se může stát i craving vedoucí k recidivě. [Nešpor, K. 2007]

“Project MATCH” (1997), že u pacientů léčených ambulantně pro závislost na alkoholu s vysokým skórem hněvu může být účinnější posilování motivace než kognitivně behaviorální terapie. Kognitivně behaviorální terapie ovšem představuje spolu s relaxačními technikami jednu z účinných a bezpečných možností zvládnání hněvu.” [Tyson 1998 in Nešpor, Csémy 1999]

⁴⁹ NEŠPOR, Karel; CSÉMY, Ladislav. *Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a jeho zvládnání.* [online]. Praha : Sportpropag, 1999 [cit. 2010-05-06]. 80 s. Dostupné z WWW: <<http://www.drnespor.eu/knizkycz.html>>.

Alena: „(...) jak jsme se doma pohádali, viděla jsem rudě. (...) Pak jsem samozřejmě ty hádky vyvolávala schválně.“

Smutek :

Bývá hlavním příznakem deprese. Dle Tivise [Tivis 1998 in Nešpor 2007] depresivní nálada úzce souvisí s návykovým chováním žen alkoholiček a symptomy deprese nacházíme u závislých lidí velmi často a důvodem bývá již vyskytující se depresivní porucha spolu s návykovou nemocí, které účinky alkoholu ještě zhoršují. Alkohol při odvykacích stavech vyvolává deprese a častou příčinou těchto depresí bývají problémy způsobené návykovou nemocí. [Nešpor, K. 2007]

Radka: „Někdy byl ten můj smutek tak evidentní, nic nepomohlo, jen vodka (...) no pak to bylo ještě stokrát horší.“

Alena: „Musela jsem se napít znova, bylo mi hrozně bídně“

Emoce a craving :

Je prokázána souvislost mezi cravingem a emocemi. Sílu cravingu zvyšují převážně negativní emoce, jako například úzkost. Nešpor sám označil craving za *specifickou a často velmi silnou emoci* [Nešpor, K. 2007], proto psychoterapeutické postupy, které se používají na zvládnání rizikových projevů emocí, lze ve většině případů používat i na zvládnání cravingu.

Radka: „Prostě se mi úplně zvedl tlak, najednou bezdůvodná deprese, takové fialové vidění, stažený hrdlo a nic mě nedokázalo zastavit (...) Dneska mám na to svoje vychytávky (...) roky jsem to trénovala.“

9.4 Motivace k abstinenci

Je důležité, aby si závislý člověk vytvořil jakýsi přehled výhod abstinence a nevýhod pití a nasměroval svoji vůli tím směrem, který bude nejvíce motivující.

[Nešpor K. 2006]

9.4.1 Negativní motivace u žen

Pozitivní motivace – jsou to nevýhody návykového chování [Nešpor 2006:25]

Je ohrožené **tělesné zdraví**, například u žen hrozí riziko rakoviny prsu, roste riziko mozkové mrtvice, vyšší riziko úrazů, při vyšších dávkách epileptické záchvaty s trvalým poškozením a mnoho dalších.

Je ohrožené **duševní zdraví**, například rozkolísání nálad, bolest hlavy, nespavost, problémy s pamětí, se soustředěním, výčitky svědomí, neupřímnost, nezvladatelná touha po alkoholu, delirium tremens, po delší době nadměrného pití alkoholová demence a mnoho dalších.

Sociální vztahy – problémy v rodině i okolí, nedůvěra ze strany druhých, časté výmluvy, špatná výchova dětí – střídá se náklonnost a nezájem, zanedbávání rodiny, hromadění problémů v mezilidských vztazích, riziko rozvodů. Lidé jsou pod vlivem častěji zneužívání, stávají se oběťmi trestných činů, osamělost aj.

Ekonomické ztráty – za nakoupený alkohol, ušlý zisk v důsledku absencí, vyšší nemocnosti, nižší výkonnosti, nehody pod vlivem alkoholu, nerozvážné nákupy a prodej věcí pod cenou v důsledku pití atd.

Špatný životní styl – rychle z práce domů, tam se napít a stále dokola, uzavírání se před okolím, zanedbání péče o sebe, špatná hygiena, dlouhodobě roste vlastní utrpení.

Zaměstnání – kvůli pití alkoholu vykonávání práce hluboko pod svojí možností a kvalifikací, klesá prestiž v zaměstnání, zhoršení pracovních vztahů, riziko propuštění a obtížnějšího hledání zaměstnání atd.

[Nešpor, K. 2006]

Radka: „vím, že by to byl můj konec, už jsem to měla tak tak.“

Denisa: „Samozřejmě se stydím za věci, které sem udělala v té opilosti, ale řekla jsem si, že za tím udělám prostě tlustou čáru, protože k tomu se prostě nemá smysl vracet, jenom si to chci prostě zapamatovat, vzít si to jako lekce, ale nemá smysl se kvůli tomu trápit, protože to už se nedá změnit, no.“

9.4.2 Pozitivní motivace

Pozitivní motivace – jsou to výhody, které plynou z abstinence [Nešpor 2006:25]

Tělesné zdraví - Lepší fungování trávicího systému, dobrá kondice a pocit z vlastního těla, kvalitnější pohyblivost, nižší riziko nádorového onemocnění, lepší sexuální kondice aj.

Duševní zdraví - lepší sebedůvěra, náhled, zlepšuje se paměť, kvalitnější soustředění aj.

Sociální vztahy - lepší schopnost se prosadit, větší okruh přátel, vzor pro děti a pro ostatní, větší respekt ze strany okolí, odpadnou problémy kvůli pití, minimalizuje se riziko zneužití, okradení atd.

Finance - úspory za alkohol, více peněz za lepší pracovní výkon, větší rozvaha při investování, úspory za léky v důsledku zlepšení zdravotního stavu atd.

Životní styl – zajímavý a bohatší život, více času na záliby, na sebevzdělávání, lepší výživa, kvalitnější spánek, péče o zevnějšek, zájem o oblékání, atd.

Zaměstnání – zlepšení pracovního výkonu, spolehlivost, sebedůvěra, zlepšení pracovních vztahů, šance na lepší zaměstnání aj.

[Nešpor, K. 2006]

Radka: „Po posledním léčení mi to došlo, (...) těšila sem se na nový život.“

Radka: „(...) všechno bylo jako nový, i můj pohled na sebe, víc si věřím“

10. Zhodnocení

Prvotním cílem každé léčby bylo a je zastavit konzumaci alkoholu. Ženy, které prošly averzivní léčbou (Alena, Radka) hodnotí její průběh, pro ně - jako pro ženy, jako nevhodný a neetický. **Averzivní terapie** Alenu i Radku dle jejich názoru nikterak nemotivovala k řešení jejich problémů, vnímaly ji spíše s odporem a s pocitem ponížení jejich ženskosti a zneuctění jejich důstojnosti. I když byl tento přístup původně smýšlen jako odstrašující způsob k napití se alkoholu, tento účel se u žen nedostavil, protože v okamžiku recidivy se spíše obávaly nastoupit na opětovnou protialkoholní léčbu. Alena raději hledala alternativní způsob léčby, což se jí nakonec podařilo. Můj závěr je tady takový, že z pohledu žen je tato metoda léčby zcela nevyhovující z hlediska humánního přístupu k ženám.

Problémem je také **koedukovaná léčba**, která ženám (*Radce, Aleně*) velmi vadila. Ženy při koedukované léčbě měly tendenci neříkat všechnu pravdu, hlavně o závislostním chování a proto nemohly naplno řešit to, co by měly. Mají sklon své problémy ve skupině zjednodušovat, bagatelizovat, často také vůbec o nich hovořit. Nejsou výjimkou situace, kdy se pacienti „párují“ (ač je to v léčebném řádu striktně zakázáno). To celé může výrazně narušit léčbu pacienta. Z hlediska účinnosti je tedy, podle názoru žen mnohem efektivnější selekce ústavního zařízení, v tomto případě **čistě ženská léčba**.

Tři ženy (*Radka, Denisa, Mariana*), které prošly léčebným protialkoholním systémem v Praze v Bohnicích (kognitivně-behaviorálním přístupem), vnímají tuto léčbu velmi pozitivně. Denisa i Mariana si „berou“ z léčby přesně to, co vnímají pro sebe jako potřebné a důležité. Jedinou změnu, kterou by uvítaly, je nejen více pohybových aktivit, ale celkově více pohybu. Radce právě tato léčba s citlivým a profesionálním přístupem terapeutického týmu velmi pomohla v momentě, kdy se mohla svěřit se svým dlouholetým traumatem. **Variabilita a široké spektrum zájmových terapií** mnohé naplňuje (naplnila) a některé se v nich našly. Je jim dán prostor a čas pro řešení vlastních problémů (řešení rodinných, partnerských i pracovních vztahů). Kognitivně behaviorální přístup se v léčbě používá téměř ve všech terapiích. Protože trénink takových dovedností, jako je zvládnutí té touhy se napít vždy, když mají smutek, ale i radost, je důležitý. Všechny ženy si však jsou vědomy toho, že je jenom na nich samotných, s jakou vážností budou přistupovat k léčbě a co si z ní odnesou. Pochopitelně záleží i na dlouhodobém doléčování, neboť závislost na alkoholu je nemoc na celý život a není vyléčený alkoholik, pouze abstinující alkoholik a to je důležité mít celý život na paměti.

„Co chybí v systému léčení? Myslím si, že jednak kvalitní a komplexní sociální práce. V léčebnách - alespoň v PL Bohnice, kde jsem pracovala, ale myslím, že to platí i jinde - je tento obor chápán velmi zúženě. Léčba se tak děje někdy příliš odtrženě od reality. Pro návrat do praktického života není často vůbec nic připraveno. Úlohou sociálního pracovníka v PL by mohlo být "zasítování" klientky v ambulantních programech a institucích "venku". Dále podle mého názoru chybí užší spolupráce s rodinou, která je po propuštění z léčebny jedním ze základních faktorů úspěchu. Dále chybí efektivní fyzioterapie, rehabilitace, práce s tělem, pohyb, tanec - léčba v Bohnicích se vesměs odehrává "vsedě". Pohoda a rozvoj fyzické stránky, která tolik souvisí s duševní pohodou a s kvalitou života, se v systému ústavní léčby opomíjí.“

/Mgr. Zuzana Skálová, ředitelka doléčovacího centra ALMA /⁵⁰

50 Z osobní korespondence.

11. ZÁVĚR

V době, ve které nyní žijeme, se stále zvyšuje počet žen alkoholiček. Důvodů i motivů, proč se žena dostane do vleku závislosti na alkoholu, mimochodem, tolik propagovaného, tolik vychvalovaného i zatracovaného, může být nespočet.

Je důležité si problém závislosti uvědomit, umět ho pojmenovat a pracovat na něm, protože je to běh na dlouhou trať. Závislost jako taková se nedá léčit pouze ústavním pobytem, je potřeba nejen osobní zodpovědný přístup, ale především vlastní motivace.

Léčba pro ženy s handicapem závislosti není jednoduchou záležitostí, jednak pro ně samotné a jednak pro terapeuty, kteří by se neměli nechat zaskočit náročností jejich práce i občasnou beznadějí. Je zde na místě uvědomění si oboustranné dlouhodobé spolupráce. Ženy se musí často vyrovnat s tím, že jestliže nechtějí přežít, musí doživotně trvale abstinovat a současně čelit mnohdy tvrdému testování sebe sama.

Závislost je nemoc celého člověka, je to prakticky trápení a bolest duše, je tím postižené celé okolí postiženého.

Určité zažité přístupy jsou v ústavní léčbě spíše vnímány jako ochranné před vnějším světem. A to může být v momentě, kdy žena odchází s nálepkou alkoholičky do reálného života, nezvladatelnou situací. Z tohoto důvodu je také velmi důležité vytvářet pro tyto ženy specializovaná doléčovací centra a poradny, kde by mohly najít odbornou pomoc, psychickou podporu i praktické rady, vedoucí ke snaze o udržení abstinence a celkové změně životního stylu.

Osobně obdivuji všechny ženy, které našly odvahu o svých problémech mluvit, které našly odvahu jít do boje se svou závislostí.

12. Literatura

ALBRECHT, Suzanne. *Alcohol Dependence in Women. Pharmacist [online]*. 17.10.2008, 33, [cit. 2010-04-29]. Dostupné z WWW:

<<http://www.uspharmacist.com/content/s/41/c/11000/>>.

ALMA FEMINA - komplexní služby ženám, které mají problém se zneužíváním alkoholu, podpora jejich sociálního začleňování. Dostupné z WWW:

<<http://www.almafemina.cz/centrum/aktual.htm>>.

ALKOHOLICKÝ NÁPOJ in *Wikipedia [online]*. [cit. 2010-05-07]. Dostupné z WWW:

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Alkoholick%C3%BD_n%C3%A1poj>.

ALKOHOLIK. *Vyprávění alkoholičky o své závislosti a boji s ní.* [online]. [cit. 2010-05-02]

Dostupné z WWW:

<http://www.alkoholik.cz/zavislost/skutecny_pribeh_alkoholika/vypraveni_alkoholicky_o_sve_zavislosti_a_boji_s_ni.html>.

ANONYMNÍ ALKOHOLICI – Česká republika [online]. [cit. 2010-05-04]. Dostupné z WWW:

<<http://www.anonymnialkoholici.cz/index.html>>.

BECK, Aaron T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál.2005. 256 s. ISBN 80-7367-032-1.

BELMONTE, Carlos, et al.. *Zpráva o pokrocích ve výzkumu mozku za rok 2009*. [online]. [cit. 2010-05-04]. Dostupné z WWW:

<http://www.dana.org/uploadedFiles/The_Dana_Alliances/European_Dana_Alliance_for_the_Brain/progress-report-2009_cz.pdf>.

DVOŘÁK, Václav. Podceňujeme rizikové faktory závislostí. *Zdravotnické noviny [online]*.

30.6.2008, [cit. 2010-05-11]. Dostupné z WWW:

<<http://www.zdn.cz/rozhovory/predstavujeme/366221>>.

EPSTEIN, Elizabeth E., McCRADY, Barbara C. *Overcoming Alcohol Use Problems: A Cognitive-Behavioral Treatment Program*. USA: Oxford University Press. 2009. 232 s. ISBN 0195322754.

FISCHER, Slavomil., ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování*

- závažných soc. patologických jevů*. Praha: Grada Publishing. 2009. 218 s. ISBN 80-200-0592-7.
- GRAYEBROOK, Kate, GARLAND, Anne and the board of BABCP (British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies). *What are cognitive end/or behaviourl psychotherapies?* [online]. [cit. 2010-04-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.babcp.com/silo/files/what-is-cbt.pdf>>.
- GREENBERGER, Dennis, PADESKY, Christine A. *Na emoce s rozumem*. Praha: Portál. 2003. 198 s. ISBN 80-7178-742-6.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. 2004. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HÖSCHL, Cyril.: *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Praha: H & H, 1996, 424 s. ISBN 80-85787-96-2.
- KALINA, Kamil, et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita – obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing. 2008. 400 s. ISBN 978-80-247-2449-2.
- KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogová závislost*. Praha: úřad vlády České republiky. 2003. 640 s. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, Kamil, et al. *Spravedlivý jako palma kvést bude : Jaroslav Skála - zakladatel české adiktologie [online]*. [cit. 2010-05-04]. Zaostřeno na drogy. Leden - únor 2008, 1, s. 5. Dostupné z WWW: <www.drogy-info.cz/index.../Zaostreno_200801_skala_web.pdf>.
- Klub Usilujících o střízlivost (KLUS) [online]*. [cit. 2010-05-04]. Dostupné z WWW: <<http://klus.xf.cz/>>.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál. 2006. 384 s. ISBN 80-7367-122-0.
- KVAPILÍK, Josef, SVOBODOVÁ, Alena. *Člověk a alkohol*. Praha: Avicenum. 1985. 240 s. ISBN 08-091-85.
- LOWINSON et al. *Substance abuse: a comprehensive textbook*. Lippincott Williams and Wilkins. 2004. 505 s. Dostupné z WWW: <<http://books.google.com/booksid=6LkNShsAw78C&pg=PA17&dq=Lowinson+substance+abu>>

se&ei=49IESpGgAZD6zQS8hqiiDw&hl=cs#v=onepage&q&f=false>.

MATOUŠEK, Oldřich. *Potřebujete psychoterapii?*. Praha: Portál. 1999. 136 s. ISBN 80-7178-314-5.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče - 2. vydání*. Praha: Slon. 1999. 160 s. ISBN 80-85850-76-1.

NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského jednání*. Praha: Academia. 1996. 270 s. ISBN 978-80-200-0592-2 .

NEENAN, Michael, DRYDEN, Windy. *Kognitivní terapie – stručný přehled*. Praha: Portál. 2008. 120 s. ISBN 978-80-7367-372-7.

NEŠPOR, Karel. *Alkohol a jiné návykové látky u žen. Podklady pro přednášky Katedry gynekologie a porodnictví IPVZ [online]*. [cit. 2010-05-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.alkoholik.cz/zavislost/ke-stazeni/online-knihy/category/1-online-knihy.html>>.

NEŠPOR, Karel. *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha: Sportpropag. 1999. 118 s.

NEŠPOR, Karel. *Moderní léčba návykových nemocí [online]*. [cit. 2010-05-06]. 33 s. Dostupné z WWW: <<http://www.drnespor.eu/modlec.doc>>.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, Karel. *Organizace Anonymní alkoholici představuje efektivní pomoc závislým. [online]*. [cit. 2010-03-05]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy.net/portal/alkohol/kde-hledat-pomoc/lecba-2/anonymni-alkoholici/organizace-anonymni-alkoholici-prestavuje-efektivni-pomoc-zavislym_2006_02_28.html>.

NEŠPOR, Karel. *Zůstat střízlivý. Praktické návody pro lidi, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Brno: Host. 2006. 120 s. ISBN 80-7294-206-9.

NEŠPOR, Karel; CSÉMY, Ladislav. *Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a jeho zvládnání. [online]*. [cit. 2010-05-06]. Praha: Sportpropag, 1999. 80 s. Dostupné z WWW: <<http://www.drnespor.eu/knizkycz.html>>.

Neuroscience of psychoactive substance use and dependence [online]. [cit. 2010-04-10]. Dostupné z WWW: <<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA77/AA77.htm>>.

ODYSSEA Mezinárodní institut KBT. *Co je KBT*. [online]. [cit. 2010-04-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.kbt-odyssea.cz/showpage.php?name=cojekbt>>.

Organizace Modrý kříž. Dostupné z WWW: <<http://www.modrykriz.org/Vitejte.html>>.

Pavučina [online]. [cit. 2010-05-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.pavucinasos.eu/>>.

Pomoc lidem s alkoholem. *Apolinář PL – Středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii* [online]. [cit. 2010-05-04]. Dostupné z WWW: <<http://alkoholalkoholismus.cz/lecba/lecebny/apolinar-oddeleni-pro-lecbu-zavislosti-vfn/stredisko-pro-psychoterapii-a-rodinnou-terapii.html>>.

PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada Publishing. 1999. 479 s. ISBN 80-7169-766-4.

PUNCH, Keith F. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál. 2008. 230 s. ISBN : 978-80-7367-468-7.

RADIMECKÝ, Josef, et al. Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání alkoholu? [online]. [cit. 2010-05-06]. *Adiktologie*. 2005, 2, s. 275-280. Dostupné z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/71/178/Casy-se-meni-aneb-pristup-harm-reduction-vuci-uzivani-alkoholu-.html?acc=enb>>.

RAŠ, Jakub. „Za ostřízlivění národa“. *Dějiny a současnost - kulturně historická revue* [online]. 2009, 4, [cit. 2010-05-18]. Dostupné z WWW: <<http://dejiny.nln.cz/archiv/2009/4/-za-ostrizliveni-naroda->>>.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha : Grada Publishing. 2009. 368 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

SKÁLA, Jaroslav. *...až na dno!?*. Praha: Avicenum. 1988. 144 s. ISBN 08-045-88.

SKÁLA, Jaroslav, et al. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. 1987. 208 s.

SKÁLOVÁ, Zuzana. *Životní příběhy žen-matek závislých na alkoholu a zkušenost ústavní léčby*. Praha: Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra sociální práce, 2003. 206 s., přílohy. Vedoucí diplomové práce Oldřich Matoušek.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy – průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf. 1996. 504 s. ISBN 80-85800-33-0.

SOCIOweb *Sociologický webzin [online]*. 2002 [cit. 2010-04-01]. *Teorie pro všechny*. Dostupné z WWW: <<http://www.socioweb.cz/index.php?disp=teorie&shw=102&lst=108>>.

Specializační studium výchovného poradenství PedFUK *[online]*. 2005 [cit. 2010-05-05]. BEHAVIORISMUS. Dostupné z WWW: <<http://www.ssvp.wz.cz/Texty/Behaviorismus.html>>.

STRAUSS, Anselm, CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert. 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.

ŠUCHA, Matúš. .2009 ALKOHOL ČESKÝ MOR. *Reflex [online]*. 22.1. 2009, [cit. 2010-05-16]. Dostupné z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/60/1460/ALKOHOL-CESKY-MOR.html?acc=enb>>.

ŠUSTKOVÁ-FIŠEROVÁ, Magdalena. *Prevence drogových závislostí. Postgraduální medicína [online]*. 3.10.2004, 4, [cit. 2010-05-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-drogovych-zavislosti-163718>>.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 2008. 870 s. ISBN: 978-80-7367-414-4.

www.alkoholik.cz

www.drnespor.eu

www.niaaa.nih.gov/

www.wikiskripta.eu

13. Seznam příloh

Příloha č. 1: Klasifikace závislosti na alkoholu.

Příloha č. 2: Pilotní statistická studie klientek s problematikou závislosti na alkoholu hospitalizovaných na AT odd. pavilonu 8 PL Bohnice v období leden 2005 – červen 2007.

Příloha č. 3: Tabulka *Stadia motivace/Modifikace postupu podle stadia motivace.*

Příloha č. 4: Tématické okruhy jako pomůcka k rozhovoru.

14. Přílohy

Příloha č. 1: Klasifikace Závislosti na alkoholu

F10.2 Závislost na alkoholu

1. Diagnostika

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F10.2 Závislost na alkoholu nejsou specifikována.(...)

Pacient závislý na alkoholu bývá obvykle postižen ve spojitosti s užíváním alkoholu v jedné z následujících oblastí: práce a škola, zdraví, rodinné vztahy; sociální fungování (např. stýká se pouze s přáteli, kteří pijí), právní problémy (např. řízení v podnapilosti nebo rvačky). Postupně dochází k zvyšování *tolerance*, kdy je třeba stále většího množství alkoholu k dosažení stejného účinku. Zvýšená tolerance bývá sama o sobě dobrým indikátorem závislosti (nejeví-li např. jedinec při hladině 1‰ alkoholu v krvi známky intoxikace alkoholem, je již třeba předpokládat zvýšenou toleranci; při hladině 2‰ jeví většina jedinců bez zvýšené tolerance známky těžké intoxikace). Tolerance ani závislost nebývají tak závažné, jako je tomu u opiátů nebo barbiturátů, a vyvíjí se individuálně různě. Někdy se může závislost projevit až v okamžiku, kdy závislý jedinec je nucen přerušit pití, a vyvine se odvykací stav (obvykle po 12 hodinách od přerušení pití).

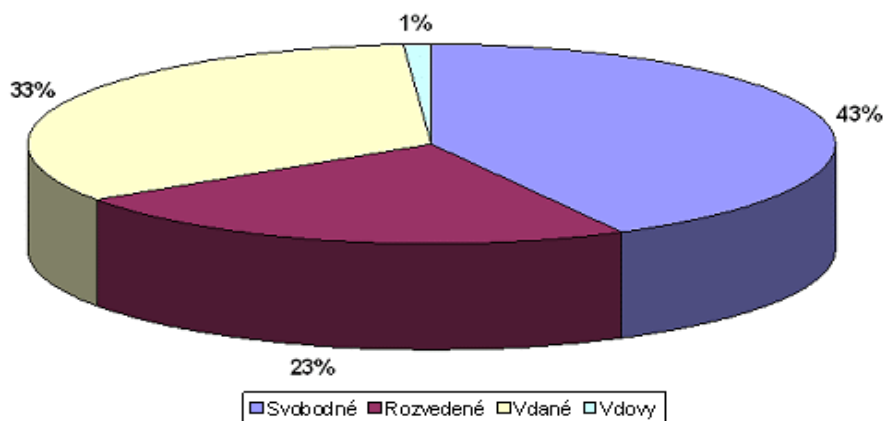
[Zdroj: SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy – průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf. 1996. s. 127-128]

Příloha č. 2: Pilotní statistická studie klientek s problematikou závislosti na alkoholu hospitalizovaných na AT odd. pavilonu 8 PL Bohnice v období leden 2005 – červen 2007 :

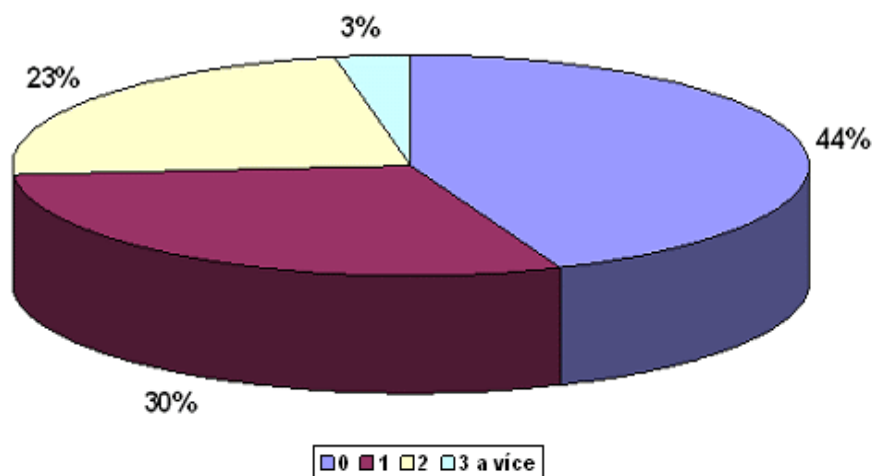
Pilotní studie MUDr. Otilie Bartákové, poskytnuta Almě.

Věková skupina	Rok 2005	Rok 2006	1. pol. Roku 2007
18-25 let	6,68%	6,61%	2,24%
26-35 let	19,00%	21,89%	22,87%
36-42 let	25,43%	23,90%	25,00%
45 let a výše	47,00%	48,00%	49,80%

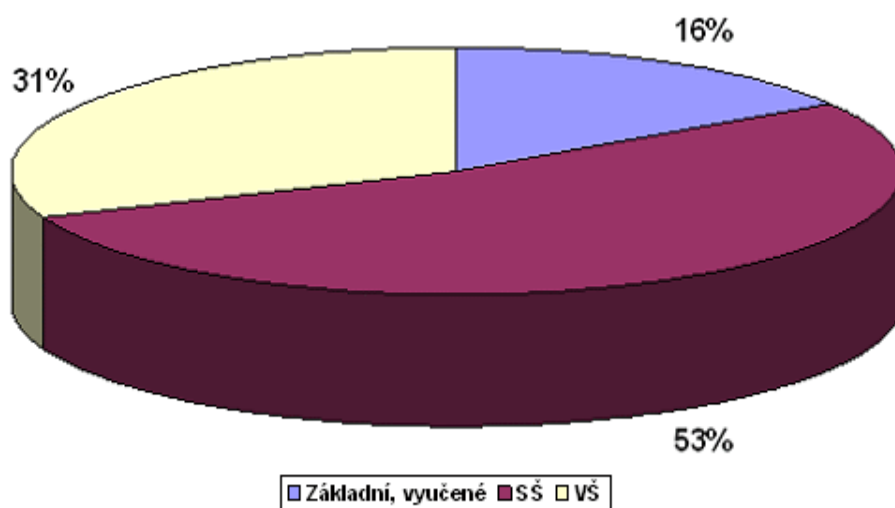
Rodinný vztah



Počet dětí



Dosažené vzdělání



[Zdroj: WWW: <<http://www.almafemina.cz/centrum/studie.htm>>]

Příloha č. 3: Tabulka Stadia motivace/Modifikace postupu podle stadia motivace :

Intervence ve vztahu ke stadiu motivace	
Stadium motivace	Modifikace postupu podle stadia motivace
Nestojí o změnu	Vyvolávat pochybnosti o návykovém chování, pomoci pacientovi, aby lépe vnímal rizika a problémy.
Rozhodování	Pomoci rozhodnout se pro změnu, připomínat důvody ke změně i rizika toho, kdyby nenastala. Posilovat sebedůvěru při překonávání problému.
Rozhodnutí	Pomoci rozhodnout se pro nejvhodnější jednání, jímž se dá docílit pozitivní změny.
Jednání	Pomoci pozitivní změnu uskutečnit.
Udržování	Pomoci chápat a užívat strategie k prevenci recidivy.
Recidiva	Pomoci recidivu rychle zastavit.

[Zdroj: NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. 2007. s. 61]

Příloha č. 4: Tematické okruhy jako pomůcka k rozhovoru

A. Otázky k tematickým okruhům, aplikované v psychiatrické léčebně Bohnice:

Období před léčbou:

1. Jaké bylo Vaše očekávání od života v době před problémy s alkoholem?
2. Jak jste trávila před léčbou svůj volný čas?
3. Jaké máte vztahy v rodině (otec, matka, sourozenci, příbuzní)?
4. Jaké máte vztahy se svým okolím (přátelé, známí, kolegové z práce, ...)?
5. Jaké bylo vaše poslední období těsně před léčbou?
6. Jaké bylo vaše první setkání s alkoholem?
7. V jakých situacích jste nejčastěji pila alkohol a jaké jste před napitím cítila emoce?
8. Jak se vaše problémy s pitím vyvíjely?
9. Kdy jste si uvědomila, že byste mohla být závislá?
10. Jaké následky jste u sebe pozorovala – zdravotní, pracovní, společenské?

Léčba:

11. Co Vás přimělo jít se léčit?
12. Čeho jste se nejvíce obávala v souvislosti s léčbou (z čeho jste měla největší strach)?
13. Jak se cítíte nyní v režimové léčbě?
14. Co vás nejvíce motivuje zůstat v léčbě?
15. Jakých terapií se zde zúčastňujete?
16. Jaká terapie Vás v léčbě nejvíce oslovuje? (→ Proč?)
17. Jaké zážitky z terapií jsou pro vás nejpodstatnější?
18. Jak hodnotíte systém léčby – programy, řád?
19. Jaké změny byste v léčbě uvítala? (Udělal byste něco jinak, aby Vám léčba více pomohla?)
20. Jak zasáhla léčba do vašeho současného života?
21. Jak hodnotíte svou zkušenost z léčby? → Co nového jste u sebe objevila?
22. Jak byste hodnotila přístup terapeutického týmu k Vám?
23. Co od léčby očekáváte?
24. Co vás nejvíce motivuje zůstat v léčbě?

Závěr:

27. Chtěla byste něco ve svém životě změnit? → Co byste chtěla ve svém životě

změnit?

Pozn. Původní otázky jsem upravovala podle doporučení doktorky Bartákové tak, aby nenarušily léčbu pacientek.

B. Tématické okruhy v rozhovoru s bývalými pacientkami:

- rozhovor byl spontánní, otázky jsem nebyly předem připravené, pouze tématické okruhy:

- Období před problémy s alkoholem
- Období problému s alkoholem
- Období první léčby
- Recidiva, následná léčba
- Současný stav