

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Význam psychoterapie pro léčbu závislosti na
alkoholu**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: Julie Říhová

Katedra: sociálně pedagogická

Vedoucí práce: Mgr. Vojtěch Sivek SDB

Studijní program: P 7508 Sociální práce

Studijní obor: Pastorační a sociální práce

Rok odevzdání: 2008

Motto

„Člověk neztrácí vždy, když si něco odříká.“

Johann Wolfgang Goethe

**„Nemusíme se bát toho, že život jednou skončí,
ale toho, že by již nikdy znovu nemusel začít.“**

G.Hansenová

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Význam psychoterapie pro léčbu závislosti na alkoholu“ napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.
2. Souhlasím s tím, aby byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a soukromého studia.

.....

Obsah

1. Úvod	5
2. Alkoholismus	7
2.1 Závislost na alkoholu aneb alkoholismus	7
2.2 Příčiny(rizikové faktory), průběh a následky alkoholismu	9
2.3 Alkoholismus z pohledu jednotlivých vědních oborů	12
2.3.1 Alkoholismus a medicína, dopady na tělesné zdraví.....	12
2.3.2 Alkoholismus a psychologie, dopady na duševní zdraví.....	13
2.3.3 Alkoholismus z hlediska sociální práce a statistiky	14
3. Léčba alkoholismu	16
3.1 Minimální léčebná a krizová intervence.....	19
3.2 Detoxifikační léčba.....	21
3.2.1 Detoxifikační léčba z hlediska medicíny	22
3.2.2 Detoxifikační léčba z hlediska psychologie	23
3.2.3 Detoxifikační léčba z hlediska sociální práce	23
3.3 Ambulantní léčba	24
3.3.1 Ambulantní léčba z hlediska medicíny	24
3.3.2 Ambulantní léčba z hlediska psychologie	25
3.3.3 Ambulantní léčba z hlediska sociální práce	26
3.4 Ústavní léčba	26
3.4.1 Ústavní léčba z hlediska medicíny	28
3.4.2 Ústavní léčba z hlediska psychologie	28
3.4.3 Ústavní léčba z hlediska sociální práce	30
3.5 Doléčování a doléčovací programy	31
4. Psychoterapie	33
4.1 Co je to psychoterapie?	33
4.2 Vymezení jednotlivých psychoterapeutických systémů	37
4.3 Psychoterapie závislosti na alkoholu	40
4.3.1 Kognitivně-behaviorální psychoterapie (KBT)	41
4.3.2 Skupinová psychoterapie	42

4.3.3 Individuální a rodinná terapie	43
4.4 Terapeutický vztah	44
4.5 Výzkum psychoterapie	45
5. Kasuistiky	47
6. Rozhovor	56
7. Vymezení základních pojmů	60
8. Závěr	62
9. Poděkování	64
10. Seznam použité literatury a zdrojů	65
11. Přílohy	66

1. Úvod

Výběru tohoto tématu mé bakalářské práce předcházela zájem o problematiku závislostí po dobu studia jak na vyšší odborné škole, tak i později na škole vysoké. Na VOŠ jsem psala absolventskou práci s názvem „Multidisciplinární přístup k léčbě alkoholismu“, kterou jsem pro psaní této práce v některých částech využila. Již tenkrát mě lákalo zaměřit se na psychoterapii, ale dnes jsem ráda, že mě tato časová posloupnost přivedla k postupnému poznávání této problematiky a vedla mě od komplexního ke konkrétnímu. Téma alkoholismu jsem si zvolila na základě osobního přesvědčení a postojů.

Alkohol je totiž drogou legální, je v naší společnosti plně tolerován a nebála bych se ani tvrdit, že jeho užívání je společností dokonce podporováno a je i jakýmsi hodnotícím kritériem pro zábavnost a společenskost jedince. Navíc je mnoha lidmi považován za kulturní součást naší společnosti a jeho vysoká spotřeba v naší republice za národní úspěch. Je pravdou, že alkohol v malém množství či při střídavém užívání dokáže člověka povzbudit, společensky uvolnit, pomáhá mu jakýmsi způsobem relaxovat, dokonce může být v malých dávkách i zdraví prospěšný. Nicméně stále se zapomíná na negativní dopady jeho užívání a tím nemyslím pouze jeho poměrně vysoký potenciál závislosti, tedy možnost, že se na něm člověk stane závislým. I lidé, kteří nejsou na alkoholu přímo závislí se dopouštějí při jeho nadměrném užívání či užití různých společenských i mezilidských ohrožení a konfliktů. V případě závislosti na alkoholu je takovéto chování jedince velmi časté až permanentní. A právě tyto důsledky užívání alkoholu by měly být pro samotné jedince, ale i pro celou společnost varující a mě samotnou dovádějí k myšlence, že tato problematika je velice závažnou, a že právě tato společenská podpora užívání alkoholu vede lidi k podceňování problémů s alkoholem. Kromě podpory společnosti s sebou nese alkohol i další rizikové a jeho užívání podporující skutečnosti, mezi které patří například velice nízké ceny alkoholu v naší republice a obrovská reklamní propagace alkoholu. Domnívám se tedy, že alkohol je poměrně neprávem řazen mezi drogy lehké a hlavně mezi drogy legální. Tím společnost silně podceňuje míru rizika jeho užívání, což mě silně motivuje a inspiruje k zájmu o tuto problematiku, jelikož s takto laxním až podporujícím přístupem k užívání alkoholu nesouhlasím. Považuji alkohol za velice nebezpečnou látku, které mnoho lidí v naší společnosti podléhá, a která jejich životy v mnoha případech ničí stejně jako drogy považované za velice společensky nebezpečné. Navíc má na životy mnoha lidí daleko větší dopady nežli například ilegální a společností odsuzovaná marihuana.

Pokud je tedy alkohol takto nebezpečným činitelem, je třeba působit v souvislosti s jeho užíváním jak preventivně, tak ale i léčebně v těch případech, kdy již není jedinec schopen jeho užívání a dopady tohoto užívání zvládat samostatně.

A proč právě význam psychoterapie pro léčbu alkoholismu? Psychoterapie je poměrně novým fenoménem (samostatným oborem), u nějž dochází k obrovskému rozvoji. Předpokládám tedy, že je tento vývoj opodstatněný její kvalitou a účinností. Psychoterapie mě baví, osobně se touto činností chci v budoucnosti zabývat a jsem přesvědčena o její velké síle a efektivitě (samozřejmě v kombinaci jinými léčebnými metodami). O významu a „kouzlu“ psychoterapeutického působení jsem se osobně přesvědčila na své bakalářské praxi ve VFN Apolinář, na Oddělení pro léčbu závislostí.

V mé práci, která je zaměřena především na možnosti léčby alkoholismu a jednotlivé přístupy pro jeho léčbu nezbytné (s důrazem na psychoterapii), se nejprve zaměřuji na charakteristiku fenoménu alkoholismu, na jeho příčiny, průběh a dopady na jednotlivé oblasti života jedince i společnosti. V části léčba alkoholismu, se zaměřuji na jednotlivé možnosti léčby a jednotlivé obory a přístupy, které se léčbou alkoholismu zabývají. Další, stěžejní část mé práce je věnována psychoterapii, různým psychoterapeutickým směrům s důrazem na kognitivně-behaviorální přístup a skupinovou terapii, ale také terapeutickému vztahu a výzkumu psychoterapie. Praktickou část tvoří tři konkrétní příběhy (kasuistiky) lidí léčících se ze závislosti na alkoholu a rozhovor s člověkem, který prošel různými léčebnými procesy, a to procesy s využitím, ale i bez využití psychoterapie. V přílohách jsou zařazeny různé statistiky, seznam organizací zabývajících se léčbou alkoholismu, dotazníky závislosti, atd. Na tyto jednotlivé přílohy odkazuji v textu.

Cílem mé práce je vytvořit objektivní materiál o alkoholismu jako takovém, o možnostech jeho léčby s využitím různých metod a postupů. Dále také vysvětlit pojem psychoterapie, zamyslet se nad jednotlivými přístupy, jejich použitelností pro léčbu závislosti na alkoholu a nad významem psychoterapie v tomto léčebném procesu. Na základě teoretických podkladů, kasuistik a rozhovoru dospět k závěru, zda je psychoterapie právem považována za významný prostředek pro léčbu alkoholismu. Jde mi tedy především o zmapování dané problematiky a případné dospění k určitým vlastním závěrům, a to i na základě aktivit, pozorování a praxe v daném zařízení. Mou hypotézou pro tento cíl je, že psychoterapie zastává výsadní postavení v léčbě závislosti na alkoholu, a že je jedním z nejvýznamnějších prostředků k dosažení celoživotní abstinence alkoholika.

2. Alkoholismus

2.1 Závislost na alkoholu aneb alkoholismus

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) se rozlišuje škodlivé užívání alkoholu (F10.1), které poškozují tělesné nebo duševní zdraví, a syndrom závislosti na alkoholu (F10.2). Syndrom závislosti na alkoholu (podle MKN 10) je definován takto : Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních jevů, v nichž přijímání alkoholu má u jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.

Pro stanovení diagnózy závislosti je obvykle nezbytné, aby u jedince došlo během posledního roku ke třem nebo více z následujících jevů : a) silná touha nebo pocit přijímat alkohol, b) potíže v kontrole přijímání alkoholu, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství pití alkoholu, c) tělesný odvykací stav, jestliže je alkohol přijímán s úmyslem zmenšit jeho příznaky nebo jestliže je přijímána příbuzná látka se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky, d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami alkoholu, e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch přijímání alkoholu a zvýšené množství času k získání nebo přijímání alkoholu nebo zotavení se z jeho účinku, f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (poškození jater, depresivní stavy nebo poškození myšlení alkoholem).¹

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je alkoholik člověk, jehož závislost na alkoholu dosáhla takového stupně, že mu to působí zřetelné poruchy a újmu ve společenských vztazích, ve společenské činnosti a na tělesném i duševním zdraví.²

Člověk se alkoholikem nerodí, nýbrž člověk se alkoholikem stává. Zjednodušeně by se dalo říct, že člověk začíná nadměrným pitím, následně přechází do období závislosti (silného návyku) na alkoholu a poté se postupně dostává do chronického alkoholismu s fyzickým a mentálním poškozením osobnosti. Člověk se tedy stává alkoholikem v průběhu svého života a ke své chronické závislosti prochází podle E.M.Jellineka čtyřmi „vývojovými“ fázemi. Toto „vývojové období“ může trvat 3-15 let a platí, že čím je člověk na počátku své „píjácké kariéry“ mladší, tím vzniká závislost rychleji. Jednotlivé „vývojové fáze“ se vyznačují určitými příznaky, které nám pomáhají určit, ve které fázi se konzument/alkoholik momentálně nachází. Tyto 4 fáze podle E.M.Jellinka (in Skála, 1977) jsou :

¹ Nešpor K., Jak překonat problémy s alkoholem, str.118, Sportpropag, Praha 1999

² Skála J., ...až na dno!?, str.152, 3.vyd., Avicenum, Praha 1977

I.fáze, fáze počáteční – člověk užívá alkohol ke zlepšení své nálady, ke zlepšení společenských vztahů (méně často, aby potlačil nepříjemné psychické stavy), roste frekvence abusu alkoholu a roste také tolerance, nedochází však dosud k alkoholické intoxikaci (opilosti), nýbrž jen k alkoholické subintoxikaci (podnapilosti);

II.fáze, fáze varovná – tolerance dále stoupá, nejprve občasně, později častější stavy opilosti, „piják“ pije rychleji a přechází od méně koncentrovaných ke koncentrovanějším nápojům, dochází k vyhledávání společníků pro pití, okénka jsou spíše výjimkou;

III.fáze, fáze rozhodná – dále roste tolerance, charakteristická jsou okénka, začínají se hromadit problémy v životě alkoholika, které si vynutí kratší či delší abstinenci, po jejím „zvládnutí“ začíná alkoholik opět pít a myslí si, že již alkohol ovládá – omyl – touto fází dochází k rozhodujícímu obratu : alkoholik ztrácí nad alkoholem kontrolu a alkohol ho začíná ovládat (tato změna je trvalá, vzniká během 6-12 měsíců), od tohoto období není již možné pít s mírou, je nutná trvalá abstinence, což si alkoholik uvědomí mnohdy až po 5-10 letech, v této fázi již většinou alkoholik potřebuje odbornou péči;

IV.fáze, fáze konečná – dochází ke snížení tolerance, alkoholik se opije častěji a rychleji nežli dříve a při nevhodných příležitostech, opilost často trvá i několik dní a alkoholik často začíná pít již od rána (tzv.ranní doušky), poměrně často se dostávají příznaky alkoholických psychóz, snížená tolerance je důsledkem zhoršeného zdravotního stavu (třes rukou, pocit strachu, křeče v lýtkách, pomočování, atd.), alkoholik se nachází v situaci kdy to bez alkoholu nejde, ale s alkoholem také ne.

Přechod první fáze ve fázi druhou může trvat měsíce, ale také i roky. Z rozvinuté druhé fáze se dostává asi každý 7.-10. piják do fáze třetí a stává se tak alkoholikem. Tato třetí fáze trvá většinou roky, někdy až desetiletí.¹

Zároveň rozlišuje odborná literatura 4 typy závislosti na alkoholu :

a) alkoholismus gama (anglosaský typ) : tento typ je charakteristický pro USA, Kanadu, Skandinávii i pro Českou republiku, vyznačuje se zvýšenou tkáňovou tolerancí na alkohol, ztrátou kontroly pití, ale schopností alkoholika dočasně abstinovat, může dospět do 4.fáze;

b) alkoholismus delta (románský typ) : tento typ je charakteristický pro Francii a románské země, tedy pro země s velkou konzumací vína, nejde o ztrátu kontroly nad pitím, ale jde o neschopnost abstinence, „nikdy opilý, ale také nikdy střízlivý“, nedospěje většinou do 4.fáze.

¹ Skála J., ...až na dno!?, str.152, 3.vyd., Avicenum, Praha 1977

Typ alkoholismu gama a delta jsou hlavními dvěma typy chronického alkoholismu a většinou se objevují ve vzájemné kombinaci s převahou jednoho z typů. Při přerušení přísunu alkoholu u typu delta jsou abstinenční příznaky většinou výraznější než u typu gama.

c) alkoholismus epsilon : je označován někdy také jako kvartální pijáctví, čímž by se poukazovalo na občasné několikadenní opilství neboli periodické pijácké excesy, avšak podle Skály jde spíše o typ symptomatického alkoholismu, který nasedá na jiná duševní onemocnění (př. schizofrenie);

d) alkoholismus alfa : jde o tzv. nedisciplinované pití, piják setrvává i celoživotně ve druhé fázi, nevede k chronickému alkoholismu a ke ztrátě kontroly, piják dokáže své pití podle potřeby regulovat, podstatou tohoto typu je, že nevyústí v typ gama, což není zdaleka vzácným jevem, poté by tedy šlo o typ gama;

e) alkoholismus beta : nevytváří se psychická ani fyzická závislost na alkoholu, ale v souvislosti s dlouhodobým abusem alkoholu dochází ke zdravotním komplikacím, většinou jde o souběh abusu s poruchami výživy, tento typ spíše nepřechází do typu gama.¹

Člověk závislý na alkoholu tedy obvykle trpí silnou touhou užívat alkohol. Tuto touhu si uvědomuje a velice často se snaží, i když neúspěšně, své pití kontrolovat nebo zcela s pitím přestat. Po vlastních neúspěšných pokusech většinou přichází na řadu pomoc odborníků, jimž mimo jiné ke stanovení diagnózy závislosti slouží různé dotazníky závislosti na alkoholu (viz. příloha 3.).

2.2 Příčiny (rizikové faktory), průběh a následky alkoholismu

Nejprve tedy něco k příčinám, lépe řečeno rizikovým faktorům, alkoholismu obecně. Vznik alkoholismu u jedince není podmíněn jedinou příčinou, jde o interakci mnoha faktorů vycházejících z jedince samotného a z jeho okolí. Podle K. Nešpora závisí vznik alkoholismu u jedince na mnohaúrovňové pokračující interakci protektivních a rizikových činitelů.² Co se týče rizikových činitelů pro vznik alkoholismu, daly by se obecně shrnout do čtyř skupin : genetické, biologické, psychické a sociální.

1. Genetické faktory : u alkoholismu se nedědí nemoc jako taková, ale spíše jakási dispozice neboli náchylnost k tomuto onemocnění. V souvislosti s tímto problémem existuje mnoho hypotéz, jako například, že dochází k dědičnosti rizikových vlastností nebo, že dochází k přenosu defektní formy genu, který kontroluje v mozku receptory pro příjemný pocit, tedy

¹ Skála J., ... až na dno!?, str. 152, 3. vyd., Avicenum, Praha 1977

² Nešpor K., Návykové chování a závislost, str. 150, 1. vyd., Portál, Praha 2000

pro radost a díky tomu musí tito jedinci pít více, aby tohoto příjemného pocitu dosáhli, atd. Podle E.M.Jellineka mají potomci alkoholiků až 10x větší pravděpodobnost, že se alkoholiky stanou také.

2. Biologické faktory : rizikovými biologickými faktory pro vznik alkoholismu mohou být tělesné dispozice jedince nebo, jak uvádějí někteří vědci, také odlišný průběh biochemických procesů látkové výměny u některých jedinců. Podstatou tohoto rizika je, že jedinec potřebuje do těla dostat více alkoholu než ostatní, aby dosáhl požadovaného účinku.¹ Dalšími biologickými rizikovými faktory pro vznik alkoholismu mohou být některá poškození mozku při porodu nebo některé úrazy hlavy.

3. Psychické faktory : rizikovými faktory z hlediska psychiky člověka mohou být různé duševní poruchy, poruchy chování, nízká inteligence nebo určité osobnostní rysy jedince. „Studie alkoholiků opakovaně poukazují na vlastnosti, mezi které patří úzkostlivost, citová nezralost, ambivalentní postoj k autoritě, malá psychická odolnost při neúspěchu a stresu, velikášství, ale zároveň sebedoceňování, pocit osamocení a pocitu viny“ (Skála J., ...až na dno!?, strana 49, Avicenum, Praha 1977). Podle Skály jsou nejrizikovějšími typy osobnosti pro vznik alkoholismu tzv. senzitivní typ, který nedokáže uvolnit své emoce a ve společnosti se chová poměrně ostýchavě a na druhou stranu i tzv. extrovertní typ, který se rád ve společnosti baví a postrádá většinou autokritiku, nepřipouští si, že by se mohl stát alkoholikem. Nutné je ale dodat, že alkoholiky se stávají lidé různých povah a různého vzdělání, a že nikdo nemá dopředu v tomto ohledu nic jisté.

4. Sociální faktory : rizikové faktory sociální se mohou týkat společnosti jako celku, společnosti, ve které se jedinec pohybuje, rodiny, školy nebo zaměstnání. Společnost jako celek ovlivňuje vznik alkoholismu u svých občanů např. podporou k užívání a dostupností alkoholu, legislativními opatřeními a vůbec celým uspořádáním a chodem společnosti (př. chudoba, dostupnost práce, zájem o volnočasové aktivity, preventivní programy, atd.). Co se týče společnosti v užším slova smyslu, tedy především ve smyslu styku s blízkým okolím a vrstevníky, ohrožuje jedince „špatný“ výběr přátel, setkání se s alkoholem v brzkém věku a zaznamenání příjemných účinků této látky. Velkou roli v otázce vzniku alkoholismu u jedince hraje také rodina. Veškeré patologické jevy v rodině nebo ve výchově jedince mohou hrát v tomto ohledu svou roli. Pokud někdo z rodiny nadměrně pije alkohol, předává tak určitý model pro pozdější život dítěte. Jako hlavní typy rizikové výchovy uvádí Skála : autoritářství, vyžadování úspěchu a přílišné moralizování, které vede k citové deprivaci

¹ Skála J., ...až na dno!?, str.152, 3.vyd., Avicenum, Praha 1977

dítěte.¹ Nežádoucí v tomto smyslu je ale také přehnaná, až úzkostná péče, tedy fixace na dítě nebo naopak podceňování a nezáměr. Příkladů výchovy, která je riziková pro pozdější vznik alkoholismu u jedince je mnoho a ještě se k nim vrátím v kapitole 2.4.3 Děti a mládež.

Určité riziko s sebou nese také rozpad rodiny, a to jak pro dítě, tak i pro dospělého člověka. Rizikovými faktory pro vznik alkoholismu u jedince mohou být také problémy týkající se zaměstnání, u dětí problémy spojené se školou. V obou případech jsou rizikovými faktory : stres, přehnané nároky učitelů či zaměstnavatelů, neúspěchy, špatné vztahy, dostupnost alkoholu v zaměstnání a nedostatečná pravidla v souvislosti s užíváním alkoholu ve škole, nezaměstnanost či vyloučení ze školy, atd.

Cestu od nadměrného pití až ke konečné fázi alkoholismu jsem popsala v kapitole 2.1. Rizikové faktory pro vznik alkoholismu jsem stručně popsala v předchozím odstavci a nyní je čas se stručně a obecně pozastavit nad tím, jaký je průběh alkoholismu a jak se mění člověk sám, jeho postavení ve společnosti a jeho život. Alkoholismus mění život jedince ve všech jeho dimenzích, ovlivňuje téměř vždy negativně jeho zdraví, psychiku, rodinné i ostatní společenské vztahy, atd. Alkoholik se stává mnohem více podrážděným a neklidným, jakoby žil v neustálém napětí. V jeho životě se začínají kupit problémy, nezvládá plnit své, do té doby běžné, povinnosti, jeho okolí mu neustále něco vyčítá a veselá nálada po požití alkoholu je také pryč. Alkoholik se na základě těchto skutečností stává většinou zatrpklým, cítí se méněcenný, vymýšlí si a odkládá věci pro přítomný užitek z alkoholu. Alkohol ho na jednu stranu ničí, na druhou stranu je pro něj jediným lékem, jedinou cestou, jak před všemi starostmi a problémy alespoň na chvíli uniknout. Začíná být mnohem více závislý na lidech kolem sebe a paradoxně se je snaží mnohem více od sebe odhánět. Člověk závislý na alkoholu ztrácí svou svobodu, tedy především možnost svobodně se rozhodovat a jeho osobnost je kvůli silnému abusu alkoholu také narušena. Z těchto důvodů není většinou schopen se sám rozhodnout pro léčbu, ač by ji jistě v této fázi potřeboval.²

Skutečnost, že se v životě alkoholika dostane alkohol na první místo, s sebou nese zcela samozřejmě množství následků. V této souvislosti se v odborné literatuře poměrně často objevují dohady o přímo ztracených letech produktivního věku alkoholika nebo dokonce o zvýšené mortalitě ve společnosti na základě abusu alkoholu. Následky alkoholismu se u jedince projevují téměř ve všech oblastech jeho života. Tyto následky mohou být u každého jedince různé a různě intenzivní, ale obecně by se dalo říci, že je negativní dopad silného a častého abusu alkoholu na život alkoholika nevyhnutelný.

¹ Skála J., ...až na dno!?, str.152, 3.vyd., Avicenum, Praha 1977

² Skála J., ...až na dno!?, str.152, 3.vyd., Avicenum, Praha 1977

Alkoholismus jedince má negativní dopady především na jeho rodinný a partnerský život, na jeho profesní život, většinou se jedná o pokles pracovní aktivity, nepříznivě působí na tělesné i psychické zdraví člověka. Vlivem změny osobnosti se člověk mnohdy stane patologicky jednajícím, často se dostává do konfliktů se zákonem, atd. Zdravotní potíže, ač jsou při abusu alkoholu poměrně časté, nemusí být vždy dosud přítomny, poměrně vždy se ale alkoholik velmi rychle propadá společensky. Z mé osobní zkušenosti jsou také důvodem rozhodnutí k léčbě většiny alkoholiků rodinné či pracovní problémy spíše nežli problémy související se zdravím jedince. Konkrétní dopady alkoholismu na jednotlivé oblasti lidského života viz. kapitola 2.5 Alkoholismus z pohledu jednotlivých vědních oborů.

2.3 Alkoholismus z pohledu jednotlivých vědních oborů

2.3.1 Alkoholismus a medicína, dopady na tělesné zdraví

Pro tuto kapitolu je zásadní, jaké dopady na lidský organismus má chronický alkoholismus. Na úvod je důležité říci, že závažné poškození tělesného zdraví na základě nadměrného pití alkoholu není nezbytnou podmínkou, že mnohdy trvá poměrně dlouhou dobu než k závažnému či smrtelnému poškození dojde, přičemž záleží na odolnosti organismu každého jedince.¹ S alkoholismem se mění životní styl člověka, k čemuž také patří změna stravovacích návyků jedince. Sám alkohol navíc poškozuje žaludeční a střevní sliznici, s čímž souvisí změna složení žaludečních šťáv a to má za následek poruchu trávení. Porucha trávení a nekvalitní stravování mají za následek nechutenství doprovázené zácpou nebo průjmy. Mnoho alkoholiků trpí vředovým onemocněním, ke kterému častý abúzus alkoholu silně přispívá. Silně ohrožena jsou játra alkoholika, která jsou trvalým a nadměrným příjmem alkoholu velice zatěžována. V důsledku tohoto zatížení odumírá část jaterních buněk, které jsou nahrazeny vazivem, a tak dochází u alkoholika k často smrtelné cirhóze jater. Na základě silného abúzu alkoholu často dochází k porušení činnosti nervů CNS (viz. kapitola 2.3.3), ale i k porušení činnosti tzv. periferních (obvodových) nervů, což má za následek třes prstů, noční pocení, nespavost, slabost, malátnost a bolesti hlavy. V pokročilejších stádiích alkoholismu může dojít k zánětům periferních nervů, což může vyvolat mravenčení, křeče, bolesti až necitlivost údů nebo i pomočování a pokálení ve stavech akutní intoxikace. Nadměrné pití alkoholu zatěžuje také srdce alkoholika, což se projevuje častějším zadýcháváním při větší námaze. Následkem alkoholismu je oslabena

¹ Skála J., ...až na dno!?, str.152, 3.vyd., Avicenum, Praha 1977

celková imunita organismu, čímž roste riziko infekčních a nádorových onemocnění.¹ S alkoholismem také roste riziko mozkové mrtvice, kožních onemocnění, impotence, zhoršení cukrovky a epilepsie a samozřejmě také alkoholismus zvyšuje riziko úrazů a dopravních nehod.²

2.3.2 Alkoholismus a psychologie, dopady na duševní zdraví

Centrální nervová soustava (CNS) je z celého organismu na alkohol nejcitlivější. Nadměrnou konzumací alkoholu dochází k jejímu dočasnému i trvalému poškození, což se projevuje v psychice a v jednání člověka.³ Toto poškození se začíná projevovat lehčími poruchami vnímání, paměti a tzv.okénky, dále pak kolísáním nálad, duševní unaveností, úzkostí, žárlivostí, nepříjemnými kocovinami, nespavostí, děsivými sny, stavy smutku a nejistoty, výčitkami svědomí, neupřímností k sobě samému a lhaním, nutkavými myšlenkami na alkohol, někdy dokonce halucinacemi, vidinami, hlasy, pocity pronásledování (persekuce), až nakonec vede i k těžkým abstinčním syndromům, deliriu tremens či jiným závažným duševním chorobám.⁴ Tyto závažné psychické poruchy se mohou u alkoholika projevit jako součást abstinčního syndromu nebo jako poruchy vznikající náhle či postupně v průběhu chronického abúzu alkoholu, některé z nich podle Višňovského mohou vznikat i dlouhotrvajícím nedostatkem vitamínů skupiny B.

Tzv. alkoholické psychózy, jsou si v mnohém podobné a mnohdy se také různě prolínají. Nejznámější alkoholické psychózy jsou tyto (viz. Skála, ...až na dno!?) :

1. Delirium tremens : je nejznámější alkoholickou psychózou, která se vyskytuje po několikaletém těžkém abúzu alkoholu. Riziko jejího vzniku zvyšuje onemocnění jako je chřipka nebo pneumonie, dále také zranění či vynucená abstinence. Delirium tremens se vyznačuje především zrakovými a tělovými halucinacemi, třesem celého těla, zvýšenou teplotou, zrychleným pulsem, obluzeným vědomím a dezorientací v čase a místě. Člověk cítí strach, úzkost, ale zároveň jakousi euforii. Delirium tremens vzniká většinou náhle, někdy mu ale také předchází několikadenní až několikatydenní období úzkosti nebo je uvedeno epileptickým záchvatem. Tento stav končí většinou po dvou až pěti dnech, buďto dlouhým spánkem nebo pozvolným odezníváním příznaků, s částečnou amnézií na tento stav.

2. Korsakova (alkoholická) psychóza : často navazuje na jinou psychózu a mnohdy také vyústí v alkoholickou demenci. Projevuje se poruchou všípivosti paměti, což znamená, že

¹ Bečková I., Višňovský P., Farmakologie drogových závislostí, str.112, 1.vyd., Karolinum, Praha 1999

² Nešpor K., Jak překonat problémy s alkoholem, str.118, Sportpropag, Praha 1999

³ Skála J., ...až na dno!?, str.152, 3.vyd., Avicenum, Praha 1977

⁴ Nešpor K., Jak překonat problémy s alkoholem, str.118, Sportpropag, Praha 1999

si člověk nepamatuje nedávné události, ale vzpomíná si na události dávno minulé, což má za následek dezorientaci časem a místem. Nemocný nemá často na své onemocnění reálný náhled a sám si pomáhá konfabulacemi.

3. Alkoholická demence : s sebou nese snížení intelektových schopností v různé míře, neschopnost učit se nové a orientovat se v novém prostředí.

4. Alkoholická halucinóza : vzniká jako schiziformní reakce alkoholika na poškození alkoholem. Projevuje se především sluchovými halucinacemi, často s antagonistickým obsahem, dále také úzkostlivou náladou a někdy i perzekučními bludy, které mohou vést nemocného k násilným činům. Alkoholické halucinóze předchází úzkostné stavy, bolesti hlavy a nespavost. Tento stav trvá obvykle týdny i měsíce, neodezní-li však do šesti měsíců, může mít za následek demenci nebo schizofrenní psychózu. Nemocný se orientuje v místě i čase a tento stav není doprovázen amnézií.

5. Paranoidní alkoholická psychóza : je doprovázena bludy žárlivosti a vztahovačnosti. Tento stav může trvat měsíce až roky, i přes alkoholikovu abstinenci.

6. Alkoholická epilepsie : alkohol může být původcem nebo zhoršujícím faktorem epilepsie.

Všechny tyto alkoholické psychózy jsou pro člověka poměrně dosti nebezpečné, při jejich opakování může lehce dojít k chronicitě tohoto onemocnění, ale také ke smrti. Podle Skály (1977) je podíl psychóz u ústavně léčených alkoholiků cca 5-8 %.

2.3.3 Alkoholismus z hlediska sociální práce a statistiky

Člověk závislý na alkoholu se mění, a tím se mění i celý jeho život. Alkoholismus s sebou nese změnu životního stylu, poznamenává život člověka ve společnosti, ať už jde o jeho osobní, pracovní či občanskoprávní vztahy. Poměrně velký rozdíl je patrný mezi alkoholikem, který má svou rodinu a alkoholikem, který žije sám ve své domácnosti. Rodina alkoholika, ač ji tato situace zcela jistě vyčerpává a ničí, dává alkoholikovi jisté mantinely a pomáhá mu tak, že jeho sociální úroveň neklesá tak rychle jako úroveň osaměle žijícího alkoholika. Rodina alkoholika však velice trpí, ze zodpovědného, milujícího a veselého jedince se stává nezodpovědný, uzavřený a nevrlý či agresivní člen rodiny. Mění se atmosféra domácnosti, dochází k častým hádkám a konfliktům, patrná je i vzájemná nedůvěra a odcizení partnerů (manželů). Tuto situaci v rodině velice těžce nesou děti a má nepříznivý vliv na jejich duševní vývoj. Rodič alkoholik se k nim začne chovat jinak, velice nestabilně, mnohdy dochází i k násilí v rodině či ke zneužívání dětí. Alkoholismus zvyšuje riziko rozvodu, podle Skály(1998) dosahuje množství rozvodů zapříčiněných alkoholismem až 18% z celkového počtu. Osamělý alkoholik utrácí za alkohol většinu svých finančních prostředků,

což má zásadní vliv na jeho sociální situaci v oblasti bydlení, odívání a stravování. Většinou se alkoholik dostává do výrazných finančních problémů, zadluží se, prodává svůj majetek a nakonec mu nezůstane nic, než dluhy. Na základě těchto problémů se mnohdy začne dopouštět trestné činnosti. Výjimkou nejsou ani násilné trestné činy nebo automobilové nehody pod vlivem alkoholu. Alkoholik přestane být dobrým občanem, zaměstnancem i manželem a rodičem. Nezvládá plnit své povinnosti a závazky, přestane se zajímat o věci, které ho dříve naplňovaly a upustí od svých zálib a koníčků, jeho život se omezí jen na nejnnutnější úkony a pití alkoholu. Na základě celkové změny životního stylu přichází alkoholik i o své přátele a stává se velice osamělý. Problémy se samozřejmě objeví i v zaměstnání alkoholika, hromadí se konflikty na pracovišti, dochází ke snížení pracovního výkonu a alkoholik se stane nezodpovědným a tak i špatným zaměstnancem. Alkoholik tak může velice rychle přijít o svou práci, čímž ztratí kontakt s „normálními“ lidmi a zdroj finančních prostředků. V takovéto situaci nemá už většinou vůli hledat si zaměstnání nové, nemluvě o tom, že již není příliš žádaným zaměstnancem. Styk s úřady většinou odmítá a pomalu propíjí zbytek svých úspor a majetku. Na tuto situaci mnohdy navazuje i bezdomovectví alkoholika. Pokud se alkoholik „propije“ až do takovéto životní situace, je jeho jedinou záchranou léčba.¹

Na základě výsledků epidemiologických studií, je zřejmé, že pití alkoholu se negativně podílí na zdraví populace, na celkové mortalitě obyvatelstva, na úrazovosti i sebevraždě obyvatelstva.² Podle studie Světové zdravotnické organizace a Světové banky je alkohol mezi všemi návykovými látkami na prvním místě v počtu ztracených let produktivního věku v důsledku nemoci nebo smrti, a to 3,5 % ztracených let v celosvětovém měřítku, 9 % v zemích s vyspělou ekonomikou a více než 10 % v ČR (Nešpor K., Csémy L., Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami, důsledky pro prevenci a léčbu, str.3, Praha 1999). S ohledem na vysokou spotřebu alkoholu v ČR (viz. příloha 2.) a na její neustálý vzestupný charakter (viz. příloha 5.), jsou v naší společnosti problémy související s užíváním této návykové látky dosti aktuální. Češi jsou jedněmi z největších konzumentů piva v Evropě, ale v posledních letech roste i spotřeba lihovin, což je poměrně znepokojující fakt (viz.příloha 5.). V ČR pije alkohol přibližně dvakrát více mužů nežli žen a naopak asi dvakrát více žen než mužů abstinuje. Nejvíce alkoholu vypijí ženy i muži ve věku kolem 35-44 let a dlouhodobě nejméně pijí alkohol ženy nad 75 let (viz. příloha 6.). S vyšším dosaženým vzděláním klesá v ČR průměrná spotřeba alkoholu, což je patrné zejména u mužů

¹ Hosek J., Sám proti alkoholu, 184 stran, 1.vyd., Grada publishing, Praha 1998, ISBN 80-7169-624-2

² Sovinová H., Csémy L., Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice, SZÚ, Praha, ISBN-80-7071-230-9

(viz.příloha 7.). Pití alkoholu má nejčastěji negativní dopady na mezilidské vztahy, dále na finance a na partnerské vztahy. Poměrně často je také nadměrné pití alkoholu překážkou pro domácí práce a práci na chalupě a negativní dopady má také na oblast pracovní či studijní (viz. příloha 8.).

3. Léčba alkoholismu

Jak je patrné z předcházejících kapitol, alkoholismus má mnoho různých příčin, různých podob a především velice široké spektrum následků. Na základě tohoto faktu je zřejmé, že protialkoholní léčba je velice složitý proces, při kterém se využívá mnoho různých přístupů a postupů.

Základem protialkoholní léčby je mezioborový neboli multidisciplinární přístup, tedy přístup bio – psycho – sociální, který zvyšuje efektivitu léčby a zahrnuje všechny potřeby klienta. Multidisciplinární přístup je praktickou podobou tzv. systémové teorie. Tato teorie říká, že alkoholismus, jakožto patologický jev, je důsledkem nepřetržité a pokračující interakce různých systémů (intrapersonálních, interpersonálních a sociálních). Tyto systémy obsahují jak rizikové, tak i protektivní faktory. Cílem léčby je dosáhnout trvalé abstinence na základě odstranění či obrácení rizikových faktorů a podpoření faktorů protektivních ve všech dostupných systémech.¹ V léčbě tedy nejde pouze o změnu vztahu vůči alkoholu, nýbrž o celkovou změnu kvality života jedince. Podle WHO (1998) jsou v léčbě a sociální rehabilitaci uživatelů drog tři hlavní cílové oblasti :

1. snížení závislosti,
2. snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené nebo spojené s užíváním drog,
3. podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu a dosažení plné sociální integrace.²

Pro efektivní léčbu je velice důležitý tzv. „matching“ neboli přiřazení nejvhodnějšího typu léčby konkrétnímu jedinci, a to podle jeho současných potřeb a s ohledem na dostupné možnosti.³ Ke zjištění situace a tedy i potřeb klienta slouží diagnostikování spojené se sběrem komplexních informací (zdravotní a psychický stav, práce a zdroj obživy, občanskoprávní postavení, alkohol, rodinné a sociální vztahy), které by mělo předcházet každé léčbě. Nejpoužívanější diagnostické metody jsou :

¹ Nešpor K., Csémy L., Léčba a prevence závislosti, str. 203, 1. vyd., Psychiatrické centrum Praha, 1996

² Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 2, Mezioborový přístup, str.343, 1.vyd., Úřad vlády ČR, Praha 2003

³ Nešpor K., Návykové chování a závislost, str.150, 1.vyd., Portál, Praha 2000

- ◆ diagnostický rozhovor – získávání informací (délka užívání a užívané množství, problémy vyvolané užíváním, sebevražedné tendence, atd.), navázání terapeutického vztahu a posilování motivace ke změně ;
- ◆ vyšetření tělesného stavu – zjišťování úrazů, onemocnění a všech zdravotních potřeb klienta ;
- ◆ anamnéza z okolí – navázání kontaktu s blízkým okolím klienta, získávání nových informací nebo zkorigování informací poskytnutých klientem ;
- ◆ dotazníkové metody, strukturovaný rozhovor – zpřesnění, urychlení a doplnění vyšetření ;
- ◆ psychologické vyšetření – zjišťování duševních poruch nebo poškození kognitivních funkcí ;
- ◆ toxikologické vyšetření – odebrání vzorku moči, zjištění užívaných látek ;
- ◆ jiná laboratorní a pomocná vyšetření – jaterní testy, RTG plic, screening na TBC, bronchogenní karcinom a hepatitidu nebo vyšetření na HIV/AIDS.¹

Důležité je navrhnout na základě správné diagnózy nejefektivnější typ léčby, tedy typ zařízení s ohledem na délku léčby, cíle léčby a používané metody. Diagnostický proces a tedy i následující „matching“ by měly být prováděny v průběhu celé léčby, jelikož situace a potřeby klienta se mohou měnit.

Hovoříme-li o léčbě (syndromu) závislosti na alkoholu, pomíjíme tedy léčbu akutní intoxikace a škodlivého užívání, můžeme rozdělit léčbu na tři základní fáze² :

1. akutní fáze léčby – cílem je odvrátit bezprostřední zdravotní ohrožení a rozhodnout o typu léčby (ústavní/ambulantní léčba) ;
2. stabilizační fáze léčby – klient si uvědomuje a začíná řešit své interpersonální, pracovní a sociální problémy, cílem je udržení abstinence ;
3. udržovací fáze léčby – tzv. doléčování a doléčovací programy, udržování kontaktu.

Jednotlivé fáze mají svá specifika a probíhají v různých specializovaných zařízeních nebo ve specializovaných programech, jde tedy o určitou specifickou formu intervence. V protialkoholní léčbě existují tyto formy intervence : krizová intervence, minimální léčebná intervence (jedorázové poradenství), detoxifikace, ambulantní léčba, ústavní léčba, denní stacionář, noční stacionář (většinou v rámci ústavní léčby), doléčovací programy a svépomocné organizace. V rámci každé z těchto specifických intervencí se používají různé

¹ Nešpor K., Návykové nemoci in Seifertová D., Praško J., Höschl C., Postupy v léčbě psychických poruch, Academia Medica Pragensis, Praha 2004, strana 21

² Nešpor K., Návykové nemoci in Seifertová D., Praško J., Höschl C., Praha 2004

léčebné metody a postupy. Obecně se v protialkoholní léčbě využívá : farmakoterapie, psychoterapie (individuální/skupinová/rodinná), rehabilitace, výchovy a volno-časových aktivit, léčebného režimu, principů terapeutické komunity, práce s rodinou, sociální práce a testování alkoholu v těle. Pro léčbu je přínosná kombinace těchto složek, ne všechny se však hodí pro každou fázi léčby.

V léčbě závislostí a tedy i v léčbě alkoholismu hraje velkou roli psychoterapie, která představuje velice široké spektrum různých psychoterapeutických směrů, forem a technik. Různá zařízení využívají různých psychoterapeutických směrů nebo je vzájemně kombinují. Nejpoužívanějším psychoterapeutickým směrem v léčbě alkoholismu je tzv. kognitivně-behaviorální psychoterapie, tedy terapie zaměřená na změnu chování jedince na základě lepšího sebepoznání. Kromě tohoto psychoterapeutického směru se v léčbě alkoholismu také využívá rodinná a systemická psychoterapie, gestalt terapie, strategické terapie, humanistické a dynamicky orientované psychoterapie, psychodrama, arteterapie, muzikoterapie, hypnotické a relaxační postupy, integrativní přístup, atd. V léčbě alkoholismu se také více používá skupinové terapie nežli terapie individuální.

V léčbě alkoholismu je důležité zohledňovat individuální potřeby klienta. Obecně je však důležité se v léčbě zaměřit na posilování motivace, dobré vnímání sebe sama i vnějšího světa, získávání dovedností potřebných pro život (př. sebe-regulace, atd.), získávání dovedností sebe-ovlivnění (zvládání bažení, rizikových duševních stavů a sebe-motivace, regulace sebevědomí, atd.), získávání sociálních dovedností (př. asertivita, dovednosti odmítání, komunikační dovednosti, atd.) a zlepšení sociálních vztahů.¹

Efektivnost léčby podporuje délka trvání léčby, správná volba zařízení a používaných léčebných postupů a velice důležitá je dobrovolnost klienta. Cílem léčby je především trvalá abstinence, jejíž dosažení může vyžadovat opakované léčení.

V rámci protidrogové politiky ČR bylo Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (30.10.2003) schváleno zavedení systému certifikací odborné způsobilosti poskytovatelů služeb pro uživatele omamných a psychotropních látek a zároveň byly odsouhlaseny tzv. Certifikační standardy odborné způsobilosti. Tyto standardy mají za cíl zvýšit kvalitu sítě služeb pro uživatele drog a jejich efektivní financování z veřejných prostředků. Ve speciální části Standardů jsou vypsány jednotlivé typy léčby a jejich specifika.

¹ Nešpor K., Návykové chování a závislost, str.150, 1.vyd., Portál, Praha 2000

3.1 Minimální léčebná a krizová intervence

Minimální léčebná intervence a krizová intervence jsou dva pojmy, které se částečně překrývají, ale nejsou totožné. Minimální léčebná intervence je každá krátká intervence prováděná u člověka, který má problémy s alkoholem anebo problémy alkoholem zapříčiněné, ale to ještě neznamená, že tento člověk musí být nutně ve stavu krize. Krizová intervence je jednou z forem minimální léčebné intervence, kdy je zřejmá krize člověka, potažmo i možné suicidální tendence. Minimální léčebná intervence bývá uplatňována při akutní intoxikaci nebo při škodlivém užívání alkoholu, při závislosti na alkoholu, je žádoucí intenzivnější typ léčby. Vedle těchto dvou pojmů existuje také pojem tzv. časné intervence a tzv. intervence mírnění škod.

Minimální léčebná intervence

Minimální léčebnou intervencí se rozumí krátká, mnohdy i jednorázová intervence, která má dostatečný léčebný efekt. Udržení kontaktu s klientem je však vždy přínosné a žádoucí. Minimální léčebná intervence se nejčastěji uskutečňuje na úrovni akutní intoxikace a škodlivého užívání alkoholu.

Na úrovni akutní intoxikace, tedy pouze přechodného stavu vyvolaného alkoholem, který nezpůsobuje v životě člověka jiné problémy, jde v minimální léčebné intervenci především o zajištění vitálních funkcí člověka, o zklidnění a zmírnění agresivních projevů, o zajištění bezpečnosti klienta a jeho okolí, o monitorování jeho stavu s případným vyloučením jiných poruch (př. úrazy hlavy) a závislosti a v neposlední řadě o informování klienta o rizicích intoxikace. Na základě nepředvídatelných interakcí alkoholu a tlumivých nebo antipsychotických léků, jsou základem takovéto intervence psychologické prostředky. Pokud tyto prostředky nezabírají je nutné omezení na lůžku či převoz na záchrannou stanici.¹

Na úrovni škodlivého užívání alkoholu by měli provádět tuto krátkou léčebnou intervenci nejen psychiatři, ale i ostatní lékaři. Základem tohoto léčebného postupu je klienta nadále sledovat a popřípadě krátkou intervencí opakovat. Nešpor (viz. odkaz 1) uvádí tyto postupy používané při krátké intervenci : posouzení stavu, informování klienta o výsledku a jasné doporučení (omezit pití, častěji úplná abstinence), motivační rozhovor (rizika a nevýhody pití, vést k vlastnímu uvědomění), sebemonitorování (identifikování spouštěčů na základě vlastních záznamů), poskytnutí rad a doporučení (předat svépomocné materiály,

¹ Nešpor K., Návykové nemoci in Seifertová D., Praško J., Höschl C., Postupy v léčbě psychických poruch, Academia Medica Pragensis, Praha 2004, strana 28

doporučení účasti ve svépomocné organizaci – AA, poskytnutí kontaktů – především na krizové linky), práce s rodinou. V případě závislosti navrhnout specializovanou léčbu.

Krizová intervence

Krizová intervence je specifická podoba případové práce, ve které jde o přemostění krizového stavu. Je to pomocný kontakt s člověkem v krizi, který je časově omezen, zaměřuje se na daný problém a nalezení optimálního řešení. Cílem krizové intervence je uklidnit klienta, stabilizovat jeho stav, snížit nebezpečí, že se krize bude nadále prohlubovat, propracovat s klientem blízkou budoucnost a hledat v případě nutnosti další možnosti řešení. Důležité je využít klientovi otevřenosti a zvýšené motivace ke změnám v době krize. Pracovník nabízí pomoc s cílem : usnadnit komunikaci, umožnit klientovi správný odhad problému a jeho účelné řešení, pomoci klientovi při vyjadřování emocí, pomoci klientovi opět získat sebedůvěru a zmapovat možnosti podpory v okolí klienta. Úkolem pracovníka je dokázat posoudit situaci klienta, zvolit vhodný přístup ke klientovi a podle toho provést samotnou intervenci, vymezit možná řešení a hodnocení situace a popřípadě rozhodnout o potřebné následné péči. Významnou roli při krizové intervenci hraje metoda dojednávání a kontraktování. Příčiny krize u závislého či škodlivě užívajícího člověka mohou být různé. Mezi nejčastější z nich patří : akutní zoufalá úzkost v souvislosti s užíváním, bilanční úvahy o sebepoškození či sebevražedném jednání, závažné onemocnění, krize ve vztazích, úzkost spojená s nepříjemnou zkušeností změněného stavu vědomí, vyvrcholení problémů ve škole nebo v zaměstnání, úmrtí partnera pro pití, konflikt se zákonem, pozice oběti násilí, krize středního věku doprovázená pitím, atd.¹ Krizová intervence je prováděna prostřednictvím telefonických krizových linek (i specializované linky), krizových center, ale i přímo na specializovaných protialkoholních pracovištích.

Časná intervence

Cílem časně intervence je, aby byli lidé, kteří mají problémy s alkoholem, léčeni co nejdříve, což zvyšuje efektivitu léčby. Časná intervence nemusí probíhat, a také většinou neprobíhá, u odborníků na léčbu závislostí. Uskutečňuje se v ordinacích všeobecných i jiných odborných lékařů, na pracovištích, ve školách, prostřednictvím linek důvěry, svépomocných manuálů nebo organizací, atd. Časná intervence může být uskutečněna jako minimální léčebná intervence nebo v závažnějších případech doporučením léčby.²

¹ Libra J., Krizová intervence in Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády ČR, Praha 2003

² Nešpor K., Csémy L., Léčba a prevence závislostí, str. 203, 1. vyd., Psychiatrické centrum Praha, 1996

Mírnění škod, model Harm reduction

Tento postup se zaměřuje na mírnění škod a zmenšení negativních důsledků užívání alkoholu (více jiných návykových látek) v případech, kdy není z nějakých důvodů možné se v léčbě zaměřit na absolutní abstinenci. Cílem této služby je zlepšit kvalitu života, zdravotní stav a tělesnou i psychickou pohodu klienta. Součástí těchto služeb je např. poskytnutí sociální pomoci, poradenství, naplnění základních fyziologických potřeb, atd.

3.2 Detoxifikační léčba

Detoxifikační léčba (detoxifikace) probíhá na tzv. detoxifikačních jednotkách, jejím smyslem je zbavit organismus návykové látky (alkoholu), překonat odvykací stavy a připravit klienta na další léčbu. Detoxifikace je vhodná pro klienty, jejichž zdravotní stav nevyžaduje intenzivní péči v jiném specializovaném zařízení (např. JIP, ARO, atd.). Detoxifikační jednotky fungují na základě dodržování jasně stanovených pravidel, klientům jsou odebrány veškeré osobní věci, jsou podrobena důkladné vstupní prohlídce, většinou platí zákazy návštěv, některé detoxifikační jednotky si kladou podmínku předem zajištěné následné léčby. Délka pobytu na detoxifikační jednotce závisí na individuálním stavu klienta, u závislosti na alkoholu trvá většinou několik dní až týden, delší dobu vyžaduje kombinovaná závislost.

Detoxifikační jednotky mohou být součástí zařízení pro léčbu závislostí nebo součástí nemocničního komplexu, jakožto samostatné jednotky anebo mohou být součástí zařízení poskytujícího ambulantní léčbu. Výhoda detoxifikačních jednotek, které jsou součástí zařízení pro léčbu závislostí nebo zařízení poskytujících ambulantní léčbu, spočívá v jednodušší návaznosti na daný typ léčby. Kromě těchto typů detoxifikační léčby existuje také tzv. detoxifikace v domácím prostředí, která se však v ČR provádí jen zřídka.

Důvody, pro které podstupují závislí detoxifikaci nebo proč je jim tento typ „léčby“ doporučen, mohou být různé (Nešpor K. in Kalina a kol., 2003) :

- ◆ nebezpečnost klienta sobě nebo okolí z důvodu intoxikace nebo odvykacího stavu,
- ◆ příprava na nějakou z dalších forem léčby závislosti,
- ◆ diferenciální diagnostika, kdy je třeba zjistit, zda se jedná pouze o intoxikaci nebo o nějakou duševní poruchu (př. alkoholová psychóza)– pomáhá toxikologické vyšetření,
- ◆ příprava na léčbu v nemocničním prostředí v souvislosti s tělesným zdravím klienta,
- ◆ detoxifikace ze zvláštních důvodů (př. uvěznění, vycestování, atd.),
- ◆ sociální důvody, klient v sociální tísní, nemá zájem o léčbu ani o trvalou abstinenci,
- ◆ snížení tolerance vůči alkoholu (př. finanční důvody) a „odpočinek“.

Standardy služeb poskytovaných detoxifikačními jednotkami jsou podrobně popsány ve speciální části (standard B1) Certifikačních standardů (2003). Tyto Standardy mimo jiné určují personální zabezpečení a vedení dokumentace. Program detoxifikační jednotky by měl být řízen vedoucím lékařem s příslušnou kvalifikací ve spolupráci s ostatními lékaři, středním zdravotnickým personálem, sociálními pracovníky a terapeuty. Zdravotnický personál by měl být k dispozici 24 hodin denně. Vedení dokumentace představuje zaznamenávání průběžného stavu klienta, léčebných postupů a uskutečněných opatření do zdravotnické dokumentace. Na základě Standardů by měla detoxifikační jednotka poskytovat klientům komplexní péči.

3.2.1 Detoxifikační léčba z hlediska medicíny

Podle Certifikačních standardů (2003) zahrnuje zdravotní péče na detoxifikačních jednotkách zhodnocení klientova stavu kvalifikovanou sestrou při jeho přijetí, následné vyšetření klienta lékařem (somatické a psychiatrické), sběr anamnestických dat, laboratorní toxikologické vyšetření, případné vyšetření žen na graviditu, farmakoterapii, pozorování klienta během pobytu a v případě komplikací zajištění první pomoci.

Detoxifikace může probíhat za použití léků nebo bez jejich podpory (tzv. detoxikace). Farmakoterapie nemusí být vždy nutná, mnohdy se využívá jen při příjmu klienta s akutní intoxikací nebo jako podpůrný prostředek. Odvykací stavy po alkoholu se vyznačují třesem, tachykardií, úzkostí, podrážděností, pocením, zvýšením krevního tlaku, nespavostí a neklidem, ale hrozí i epileptické záchvaty a delirium. Klient je ohrožen rozvratem minerálního i vodního hospodářství v těle, proto je důležitý dostatek tekutin, doplňování draslíku, hořčiku a vitamínů skupiny B. K mírnění neklidu a odvykacího stavu po alkoholu se nejčastěji používá Clomethiazol (Heminevrin), který může být nahrazen i Diazepamem. Tyto léky jsou návykové, takže by neměly být podávány déle než je to nezbytně nutné. V případě tělesných komplikací (př. zánětlivé komplikace) mohou být klientům podávána i antibiotika.¹ Farmakoterapie by měla být přizpůsobena individuálním potřebám a stavu klienta. Typy léků a jejich dávkování určuje výhradně kvalifikovaný lékař. Součástí detoxifikace mohou být i různá stravovací omezení a diety. Pokud by byla u klienta zjištěna alkoholová psychóza (podle MKN 10 musí psychotické příznaky přesahovat 24 hodin po intoxikaci), mohou být použita antipsychotika, ale většinou je klient přeložen na jiné oddělení nebo převezen do jiného specializovaného zařízení.

¹ Nešpor K., Csémy L., Léčba a prevence závislostí, str. 203, 1. vyd., Psychiatrické centrum Praha, 1996

3.2.2 Detoxifikační léčba z hlediska psychologie

V rámci komplexní péče o klienty zahrnuje detoxifikace také psychologickou pomoc, lépe řečeno pomoc psychoterapeutickou. Základem této pomoci je navázání terapeutického vztahu, tedy zejména získání důvěry klienta. Cílem této pomoci je podpořit klienta, ulehčit mu překonávání odvykavího stavu a pomoci mu získat motivaci k další léčbě a abstinenci. Důležitý je klidný a empatický přístup ke klientovi. Podle Nešpora (Nešpor, 1996) hraje důležitou roli v procesu detoxifikace i prostředí, které by mělo být teplé, suché, pohodlné a klidné s tlumeným světlem nebo přišerím. Podle Certifikačních standardů (2003) by měl být stanoven denní program jednotky, kterého se účastní klienti podle svých možností a stavu, a který zahrnuje strukturované aktivity s cílem ovlivnit postoje klienta ke změně životního stylu a zvýšit jeho motivaci k dalšímu léčení. Na detoxifikačních jednotkách se nejčastěji využívá skupinové psychoterapie. Důležitá je práce s motivací a využití technik jejího posilování. Prospěšné mohou být i různé relaxační techniky, muzikoterapie, edukační terapie, podpůrná psychoterapie, rodinná terapie nebo i krizová intervence.

Kromě zvládnutí a překonání odvykavího stavu je tedy hlavním úkolem detoxifikace posílení motivace klienta. Posílení motivace ke změně se provádí tzv. motivačním tréninkem. Tato technika je založena na pěti základních principech vedení : vyjádření empatie, vytváření rozporu (jaký by klient chtěl být a jaký je), vyhýbání se sporu (respekt klientových postojů), práce s odporem (snižování odporu k léčbě a jeho využití), podpora sebedůvěry klienta.¹ Příkladem strategie používané při motivačním tréninku je např. porovnávání kladů a záporů užívání alkoholu.

3.2.3 Detoxifikační léčba z hlediska sociální práce

Součástí pracovního týmu detoxifikační jednotky by měl být i sociální pracovník. Jeho hlavním úkolem je pomoci klientovi vyřešit nejnaléhavější sociální potíže, do kterých se dostal na základě své destabilizace těsně před počátkem léčby. Tyto sociální potíže mohou souviset se ztrátou bydlení nebo zaměstnání, mohou být způsobeny protiprávním jednáním klienta před nástupem léčby, atd. Sociální pracovník pomáhá zprostředkovat kontakt mezi klientem a jeho pracovištěm, mezi klientem a úřady nebo zdravotní pojišťovnou, atd. Sociální pracovník navíc pomáhá navázat kontakt s rodinou klienta a především pomáhá klientovi při výběru a zprostředkování další léčby. Léčba klienta na detoxifikační jednotce je hrazena zdravotní pojišťovnou a v pracovně právním vztahu je zahrnuta do nemocenského pojištění.

¹ Dobiášová D., Broža J., Motivační trénink in Kalina a kol., Drogy a drogové závislosti 1, Praha 2003

3.3 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je formou protialkoholní léčby, která je založena na pravidelném kontaktu klienta s ambulantním zařízením a oboustranné spolupráci. Ambulantní léčby mohou využívat lidé s problémovým užíváním alkoholu, ale i lidé na alkoholu závislí, kteří z jakýchkoli důvodů nemohou nebo nechtějí podstoupit některý z intenzivnějších typů léčby. Ambulantní léčba může být samostatnou a jedinou léčebnou intervencí, může být navazující léčbou po detoxifikaci, může být pokračováním ústavní léčby jako forma doléčování anebo může být léčbou nařízenou soudem. Ambulantní léčba se také zaměřuje na práci s rodinami a partnery závislých. Ambulantní forma léčby však není vhodná pro každého. Zejména v případech silné závislosti na alkoholu je efektivnější léčba ústavní. Ambulantní léčba je vhodná pro klienty, kteří jsou schopni dobré spolupráce, mají pozitivní zkušenost s ambulantní léčbou z minulosti, dokáží se o sebe postarat, mají spolehlivé osoby ve společné domácnosti a dobrou síť sociálních vztahů, nachází se ve stabilní sociální situaci, nevykazují známky suicidálních tendencí a psychotických příznaků.¹ Cílem ambulantní léčby je abstinence a minimalizace zdravotních, psychických a sociálních škod způsobených abusem alkoholu, jde především o sociální reintegraci.

Ambulantní léčba se realizuje v ambulantních ordinacích, které mohou být součástí komplexního systému péče zdravotního zařízení pro léčbu závislostí nebo mohou fungovat jako samostatná zdravotnická zařízení (AT ordinace). Zvláštní typ ambulantní léčby tvoří tzv. denní a noční stacionáře, které jsou intenzivnější léčebnou formou a jsou určitým mezistupněm mezi ústavní a klasickou ambulantní léčbou. Denní nebo noční stacionář bývá často nabízen klientům v ústavní léčbě, v rámci postupného ukončování léčby.

Každé zařízení zabývající se ambulantní léčbou by měl řídit kvalifikovaný lékař s praxí a případně i s atestací z oboru AT, dále by měli být součástí terapeutického týmu : v případě nutnosti druhý lékař, psycholog, zdravotní sestra a sociální pracovník. Každá ambulantní ordinace by měla mít pevně stanovenou provozní dobu a program. Na základě vyšetření klienta stanovuje vedoucí lékař individuální plán léčby.

3.3.1 Ambulantní léčba z hlediska medicíny

Při přijetí pacienta se provádí sběr komplexních anamnestických dat, přičemž zdrojem dat je klient sám a v případě možnosti i druhá osoba jemu blízká. Dále poté následuje psychiatrické a somatické vyšetření, toxikologické vyšetření a jiná laboratorní a pomocná

¹ Nešpor K., Návykové nemoci in Seifertová D., Praško J., Höschl C., Praha 2004, strana 27

vyšetření. Na základě komplexního vyšetření navrhuje lékař již zmiňovaný individuální plán léčby. Tato vyšetření je možné doplnit o konsiliární vyšetření příslušným odborníkem. Veškeré údaje o klientovi jsou zaznamenávány lékařem do chorobopisu klienta.

Součástí ambulantní léčby může být i farmakoterapie. Kromě podávání léků sloužících k ovlivnění základních onemocnění nebo k léčbě psychických a somatických komplikací, se v protialkoholní ambulantní léčbě poměrně často využívá účinků tzv. Antabusu (Disulfiramu). Antabus je vhodný pro klienty, kteří usilují o abstinenci a kteří s jeho užíváním souhlasí. Navíc je důležité, aby na základě vyšetření a zhodnocení stavu klienta, určil lékař optimální dávkování a předešel kontraindikacím. Antabus je podáván zhruba po dobu jednoho roku, avšak dobu užívání je možné na základě okolností či žádosti klienta zkrátit nebo prodloužit. Léčba Antabusem je založena na tzv. alkoholové reakci, která se vyznačuje zčervenáním, zarudnutím spojivek, dušností, bolestmi hlavy, při těžším průběhu dokonce i zvracením, vzestupem a pak poklesem krevního tlaku, i možným kolapsem. V nejtěžších případech může tato reakce způsobit i křeče, mozkové krvácení nebo infarkt. Pro efektivitu léčby Antabusem je důležité propojení s psychoterapií, rodinou terapií, atd.¹

3.3.2 Ambulantní léčba z hlediska psychologie

Psycholog, který je součástí terapeutického týmu ambulantního zařízení, provádí psychologické vyšetření klienta, a to nejlépe ihned při přijetí. Úkolem psychologa při prvním kontaktu je vytvoření důvěry, sběr anamnestických dat a navázání terapeutického vztahu. Na základě vytvoření terapeutického vztahu provádí poté psycholog individuální psychoterapii. V individuální psychoterapii se v případě ambulantní léčby velice často využívá tzv. techniky kontraktování, což představuje vytvoření určité dohody (smlouvy) mezi psychologem a klientem. Klient si odnáší ze sezení určitý úkol, který má do příštího setkání splnit. Podstatnou roli v práci psychologa hraje také práce s motivací klienta a účinným prostředkem může být i podpůrná psychoterapie.

Kromě individuální psychoterapie se ambulantní léčba zaměřuje na psychoterapii rodinou, popřípadě partnerskou a psychoterapii skupinovou. Práce s rodinou nebo partnerem klienta je důležitá pro zlepšení jejich vzájemných vztahů a pro pochopení problémů klienta. Informovaný partner či rodič může být poté silnou oporou a pomocníkem. Skupinová psychoterapie je založena na vzájemném sdílení pocitů a problémů při zvládání abstinence členů skupiny, prospěšné může být využití skupinové dynamiky. V rámci psychoterapie se

¹ Nešpor K., Csémy L., Léčba a prevence závislostí, str. 203, 1. vyd., Psychiatrické centrum Praha, 1996

také v ambulantní léčbě může klientům doporučit psaní deníků. Skupinová terapie probíhá vždy jednou či dvakrát týdně v předem stanoveném čase.

3.3.3 Ambulantní léčba z hlediska sociální práce

Podstatnou součástí ambulantní léčby je poradenství a socioterapie. Poradenství a socioterapie se zaměřují na prevenci a minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s abusem alkoholu. Cílem je rehabilitace, sociální reintegrace a informovanost klienta o jiných typech léčby. Součástí tohoto poradenství jsou i různá doporučení, například doporučení účasti na rehabilitačních pobytech, doporučení docházky do socioterapeutických klubů nebo svépomocných skupin AA. Socioterapie tedy usiluje o návrat klienta do společnosti a tedy i do běžného života bez alkoholu. Sociální pracovník také pomáhá klientovi řešit administrativní záležitosti, pomáhá mu s vyřizováním dokladů, při kontaktu s úřady, atd. V případě konfliktů se zákonem spolupracuje sociální pracovník nejčastěji s probační službou.¹

3.4 Ústavní léčba

Za ústavní léčbu se v léčbě alkoholismu považuje především tzv. střednědobá ústavní léčba, která trvá zpravidla 3 – 4 měsíce. Základem ústavní léčby je nepřetržitá odborná léčebná péče zahrnující komplexní a strukturovaný program, který je založen na komunitním uspořádání (viz příloha 9.).

V ČR vycházejí podmínky tohoto typu léčby především z apolinářského modelu, jehož zakladatelem je MUDr. Skála. Cílem tohoto léčebného modelu je trvalá a důsledná abstinence, která je prostředkem k vyšší subjektivní kvalitě života a k co nejkompletnějšímu znovupřevzetí původních životních rolí. Cesta k tomuto vrcholnému cíli se skládá z několika tzv. postupných cílů, které jsou stanovovány a realizovány na základě individuálních potřeb klienta² : stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí, vybudování náhledu klienta na svou závislost, zahájení řešení problémů klienta a důsledků jeho alkoholové kariéry, přebudování motivace (z vnější na vnitřní), zvnitřnění abstinčních norem, zvnitřnění struktury dne a týdne, řešení dalších problémů (př. psychické poruchy), identifikace rizik relapsu a osvojení si strategií pro minimalizaci těchto rizik, některé změny v původním prostředí (př. rizikové zaměstnání a společnost), přiměřené zlepšení sebehodnocení a prožívání.

¹ Hampl K., Lékařská ambulantní péče o závislé, strana 172 in Kalina a kol. , Praha 2003

² Dvořáček J., Střednědobá ústavní léčba in Kalina a kol., Drogy a drogové závislosti 1, Praha 2003

Oproti ambulantní léčbě má léčba ústavní některé výhody, ale i nevýhody, lépe řečeno je vhodnější nebo méně vhodná pro konkrétního klienta. Nešpor a Csémy (1996) uvádějí tyto výhody ústavní léčby oproti léčbě ambulantní : bezpečnější prostředí, výhoda nepřetržité odborné péče, podstatně nižší dostupnost návykových látek, méně „spouštěčů“ bažení a intenzivnější léčebný program. Nevýhody ústavní léčby vidí v tom, že je podstatně finančně nákladnější a klient se nemůže věnovat své práci. Ústavní léčbu je třeba doporučit především klientům, kteří jsou v situaci, kdy je nutné nepřetržité sledování odborníky (odvykací syndromy, psychotické stavy, duševní poruchy nebo suicidální tendence), kteří mají těžké emoční a behaviorální problémy, u kterých je patrná vysoká rezistence vůči léčbě nebo neúspěšně podstoupili léčbu ambulantní nebo jejichž přirozené sociální prostředí je nebezpečné a nevhodné. Ústavní léčba je založena na dobrovolnosti klientů, jedinou výjimkou je ochranná protialkoholní léčba, která je nařízena soudem.¹

Dvořáček (in Kalina a kol., 2003) rozděluje průběh ústavní léčby do 4. fází, tedy v případě, že nedojde k jejímu předčasnému ukončení, relapsu nebo k porušení zásadních pravidel léčebného společenství :

- ◆ 1. fáze (cca 1-3 týdny) – detoxifikace,
- ◆ 2. fáze (cca 1 měsíc) – adaptace na terapeutický program a zařízení, vytváření náhledu,
- ◆ 3. fáze (cca 2-3 měsíce) – fáze aktivní léčby, aktivní spolupráce, propustky, rodinná terapie, řeší se důsledky alkoholové kariéry a zpřesňuje se motivace k abstinenci,
- ◆ 4. fáze (cca 1 měsíc- fáze přípravy na návrat do původního prostředí, vytváření reálných plánů, zajišťování práce a bydlení a plánování následné péče.

Podle Certifikačních standardů (2003) je ústavní léčba v ČR poskytována jako komplexní systém péče v působnosti jedné organizace nebo funguje jako součást lůžkového zdravotnického zařízení anebo existuje zcela samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. V ČR je ústavní protialkoholní léčba poskytována i některými psychiatrickými léčebnami nebo některými specializovanými psychiatrickými odděleními nemocnic.

Terapeutický tým je zásadně multidisciplinární. Kromě primáře a vedoucího lékaře (psychiatra) patří do terapeutického týmu ostatní lékaři, střední zdravotnický personál, klinický psycholog, odborně vzdělaní terapeuti, sociální pracovník, pracovní terapeuti, atd. Počet jednotlivých odborníků je stanoven v souvislosti s kapacitou zařízení. Pro fungování celého týmu jsou důležité pravidelné supervize, porady, konference a vzdělávací přednášky.

¹ Nešpor K., Csémy L., Léčba a prevence závislostí, str. 203, 1. vyd., Psychiatrické centrum Praha, 1996

3.4.1 Ústavní léčba z hlediska medicíny

Zdravotnický personál tvoří převážnou většinu terapeutického týmu a všechna zařízení zabývající se ústavní léčbou alkoholismu musí mít statut lůžkového zdravotnického zařízení, což vypovídá o nezbytnosti a důležitosti zdravotní péče v průběhu ústavní léčby. Při přijetí klienta provádí lékař sběr anamnestických údajů, poté následuje komplexní lékařské vyšetření. Toto vyšetření zahrnuje komplexní somatické a psychiatrické vyšetření, toxikologické vyšetření moče (případně krve), základní laboratorní vyšetření, vyšetření na HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění a v případě potřeby i vyšetření na graviditu a další odborné výkony. Podle Certifikačních standardů (2003) by se všechna tato vyšetření měla uskutečnit do 48 hodin po přijetí klienta. V průběhu celé léčby je klient sledován zdravotnickým personálem a jsou mu k dispozici vyšetření a konsilia dalších specialistů. V případě zjištění jakýchkoli somatických nebo psychiatrických komplikací je klient individuálně léčen standardními postupy pro daná onemocnění. Součástí ústavní léčby je pravidelné vážení a měření tlaků klientů a hodnocení a revidování individuálních léčebných plánů. Toto probíhá zpravidla jednou týdně.

Kromě farmakoterapie sloužící k řešení psychických (antipsychotika, antidepresiva) a somatických komplikací a komorbidity, se v ústavní léčbě alkoholismu využívá zejména tzv. podpůrné farmakoterapie. Ta zahrnuje podávání vitamínů a to především vitamínů skupiny B a C nebo případně podávání tzv. hepatoprotektiv (př. flavobion), která zlepšují funkci jaterních buněk a chrání je před dalším poškozením. Pro léčbu závislosti na alkoholu jsou k dispozici také tzv. anticravingové léky (acamprosát, naltrexon), které snižují volní příjem alkoholu u klientů. Tyto léky se však obvykle v průběhu ústavní léčby nepodávají.¹

3.4.2 Ústavní léčba z hlediska psychologie

Ústavní léčba je založena na komunitním uspořádání, jde tedy o vytvoření bezpečného a důvěrného společenství, jehož členové (cca 20-30) se aktivně spolupodílejí na chodu programu a vytváření kvalitního léčebného prostředí.

V ústavní léčbě hraje velice důležitou roli vnitřní řád oddělení, pevně stanovená pravidla a pevně stanovená struktura programu. Základem komplexního terapeutického programu je strukturovaná léčba (rozdělena na několik fází), strukturovaný týden (vyvážená skladba programu s požadovaným minimem 20 strukturovaných hodin týdně) a strukturovaný den (přesný časový rozvrh).² Součástí léčby jsou i pevně stanovená pravidla

¹ Bayer D., Farmakoterapie závislosti a psychopatologických komplikací a komorbidit in Kalina a kol., 2003

² Dvořáček J., Střednědobá ústavní léčba in Kalina a kol., Drogy a drogové závislosti 2, Praha 2003

komunity, jejichž dodržování nebo porušování vede k výhodám (př. vycházky) či sankcím (př. zákaz vycházky, vyloučení) klientů. Ve většině zařízení se pro účely hodnocení klientova chování a dodržování pravidel využívá tzv. bodovacího systému. Klient dostává kladné nebo záporné terapeutické body, přičemž zhodnocení bodové situace klienta by se mělo uskutečňovat jednou týdně. Pevně stanovený program a režim oddělení je důležitý pro udržení přehledného a klidného terapeutického prostředí a zároveň má výchovně-terapeutický význam. Vede klienty k odpovědnosti, samostatnosti, pozornosti a neustálé bdělosti. Jeho cílem je získání, lépe řečeno znovuzískání, návyků a hodnot, které byli alkoholovou kariérou potlačeny. Úspěšné plnění úkolů a dodržování pravidel navíc zvyšuje klientovu sebedůvěru a sebehodnocení.

Nejdůležitější složkou ústavní protialkoholní léčby je psychoterapie. Psychoterapie se uskutečňuje především na úrovni komunity a skupin, ale i na úrovni jednotlivců.

V rámci komunitní psychoterapie se uskutečňují tzv. komunitní setkání, která jsou spíše orientována na důležité momenty života oddělení, na problémy, které se týkají celé komunity, na poskytování zpětných vazeb mezi všemi členy komunity, na realizaci bodového systému, atd. Kromě tohoto každodenního komunitního setkání se celá komunita schází například u příležitosti setkání s abstinujícím absolventem/absolventkou nebo při programech, které jsou v Apolináři nazývány „lorka“ nebo „volná tribuna“. „Lorka“ je zaměřena na tvůrčí činnost klientů, jde o předvádění a oceňování programu připraveného samotnými klienty pro zbytek komunity. „Volná tribuna“ je program, při kterém se probírají všechny důležité události týkající se komunity. Při volné tribuně se v rámci psychoterapie mohou využívat techniky jako je psychodrama, sociometrie, některé neverbální metody, atd.¹

Komunita (20-30 členů) bývá zpravidla rozdělena na 3-4 skupiny. Rozdělení do těchto skupin je zásadní pro plnění různých úkolů, pro spoluzodpovědnost za všechny její členy a především pro skupinovou psychoterapii. Skupinová psychoterapie probíhá obvykle dvakrát týdně a je více zaměřena na problematiku jednotlivých klientů nežli setkání komunitní. Skupiny mohou mít podobu tematickou, životopisnou nebo interakční. Terapeut by měl být spíše aktivnější, přinášet podněty, nevstupovat zbytečně do konfrontací a měl by podporovat kohezi a vzájemnou emoční podporu ve skupině.² V rámci skupinové terapie v léčbě závislostí se využívá širokého spektra přístupů, metod a technik (viz dále). Individuální psychoterapie je důležitá, ale je pouze doplňkem základních komunitních a skupinových aktivit. Probíhá buď z iniciativy terapeuta nebo na základě potřeb a žádosti

¹ Skála J., Lékařův maratón, str.191, 1.vyd., Argo, Praha 1997, SNB 80-202-0663-9

² Nešpor K., Csémy L., Léčba a prevence závislostí, str. 203, 1. vyd., Psychiatrické centrum Praha, 1996

klienta. Individuální formou kontaktu mezi terapeutem a klientem jsou tzv. deníky a elaboráty. Do deníku si klient zapisuje každodenní pocity a činnosti, zatímco elaboráty jsou zpětnou vazbou na určitý program.¹

Obecně lze říci, že se v léčbě závislosti na alkoholu využívá kombinace prvků více terapeutických směrů. Nejužitečnějším přístupem se ukázala být tzv. kognitivně behaviorální terapie, která nabízí například tyto postupy : nácvik sociálních dovedností (př. dovedností odmítání), nácvik řešení problémů, asertivní trénink, nácvik zvládnání emocí, relaxační dovednosti, kognitivní restrukturační (přerušení myšlenek vedoucích k recidivě a nahrazení jich jinými), Marlattova koncepce prevence recidivy(viz. kapitola 4.2), sebeodměňování, posilování pozitivního chování, atd.² Kromě kognitivně behaviorální psychoterapie se v léčbě závislosti na alkoholu také využívá prvků : humanistické psychoterapie (růst vnitřního potenciálu), dynamické terapie (skupinová psychoterapie), strategické terapie (strategie k dosažení změn), gestalt terapie, poetoterapie, muzikoterapie, arteterapie, psychodramatu, technik posilování motivace, atd. Velice důležitá je i rodinná terapie (viz.kapitola 3.8).

Kromě psychoterapie se v ústavní léčbě alkoholismu využívá také pracovní terapie (spolupodílení se klientů na chodu zařízení), pohybové terapie (sport, cvičení), edukativní a racionální terapie (odborné přednášky na dané téma), relaxačních technik a jógy (mírnění stresu, úzkostí a psychosomatických problémů) a náplně volnočasových aktivit.

3.4.3 Ústavní léčba z hlediska sociální práce

Sociální práce hraje v ústavní léčbě alkoholismu velice důležitou roli. Na rozdíl od jiných typů léčby, nemůže klient v ústavní léčbě aktivně komunikovat s okolním světem a řešit tak své sociální záležitosti. Sociální pracovník tedy funguje jako prostředník mezi klientem a okolním světem. Tento vztah je podpůrný i pro navázání terapeutického stavu, klient je mnohem klidnější a cítí důležitou oporu.

Sociální práce je prováděna s cílem stabilizovat sociální podmínky klienta pro jeho následnou abstinenci, dosáhnout lepší sociální situace klienta a jeho sociálního fungování. V praxi to znamená pomoc v oblasti rodinných vztahů (např. kontaktování rodinných příslušníků a nabídnutí spolupráce), zaměstnání (komunikace s úřadem práce, popř. hledání nového zaměstnání), bydlení, atd. Sociální pracovník navíc vyřizuje potřebnou administrativu, především zařizuje nemocenské dávky, jelikož ústavní léčba alkoholismu je

¹ Skála J., ...až na dno!?, str.152, 3.vyd., Avicenum, Praha 1977

² Nešpor K., Návykové nemoci in Seifertová D., Praško J., Höschl C., Praha 2004, strana 30

hrazena z nemocenského pojištění. Sociální pracovník také poskytuje sociální poradenství, informuje klienty a vyřizuje jejich poštu.

Mezi další úkoly sociálního pracovníka patří informování klientů o typech a možnostech následné léčby a v případě zájmu klienta, jejich zprostředkování nebo poskytnutí kontaktů. Sociální pracovník musí zvážit klientův stav a jeho situaci a navrhnout adekvátní typ doléčovacího programu. Navíc vyřizuje propustky klientům nebo opakovací týdenní pobyty absolventů.

Sociální práce jako terapeutická pomoc má za cíl duševní zdraví a pohodu klienta a je prováděna zejména formou individuální terapie. Na základě rozboru životní situace klienta a stavu jeho osobnosti (psychiky) se hledají možnosti jak dosáhnout sociální integrace a zvládat požadavky společnosti. Východiskem sociální práce jako terapeutické pomoci je především tzv. Rogersovská terapie. Sociální práce může také fungovat jako reforma společenského prostředí, jejímž východiskem je tzv. strukturální model (zvládnutí a překonání sociálních nerovností) nebo jako sociálně právní pomoc, jejímž východiskem je úkolově orientovaný přístup (změny na základě potřeb a pohledu klienta).¹

3.5 Doléčování a doléčovací programy

Doléčování, jinak také následná péče, je podle Certifikačních standardů určeno abstinujícím osobám s anamnézou závislosti na alkoholu s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce; preference osob, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či residenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci a se zajištěným bydlením.

Úkolem doléčování je udržení navozených změn chování závislého, které si přináší z předcházející léčby, dále také pomoci klientovi vytvořit si ve svém životě podmínky pro abstinenci a tak dosáhnout plné sociální integrace bez účasti alkoholu.

Program doléčování je, stejně jako ostatní formy protialkoholní léčby, založen na multidisciplinárním přístupu. Veškeré intervence by se měly uskutečňovat s cílem pomoci klientovi k samostatnosti a posílit jeho kompetentnost žít svůj vlastní život. Hlavní složky tohoto programu jsou² :

- ◆ psychoterapie – psychoterapie je v programu doléčování dosti časově omezená, jedná se spíše o podpůrnou psychoterapii zaměřenou na stabilizaci klientovi emotivity a stabilizaci abstinence, prospěšné je využití skupinové dynamiky ;

¹ Navrátil P., Sociální práce in Kalina a kol., Drogy a drogové závislosti 2, Praha 2003

² Kuda A., Následná péče, doléčovací programy in Kalina a kol., Drogy a drogové závislosti 2, Praha 2003

- ◆ prevence relapsu – cílem je vybavit klienta takovými vědomostmi a dovednostmi, které zvýší jeho sebekontrolu a sníží pravděpodobnost relapsu, prevence relapsu je založena na kognitivní intervenci (získání náhledu), dovednostech zvládání (zvládání rizikových situací) a na stabilizaci životního stylu (sociální integrace) ;
- ◆ sociální práce – jakožto nástroj stabilizace životního stylu klienta, zahrnuje především sociálně právní poradenství, ale i praktické úkony v oblasti sociálních dávek, dluhů, trestního stíhání, atd., velice důležitá je pomoc při zprostředkování zaměstnání (úřady práce, rekvalifikace, chráněné dílny, atd.) ;
- ◆ lékařská péče – cílem je pomoci klientovi najít adekvátní lékařskou péči a dosáhnout tak fyzické stabilizace ;
- ◆ práce s rodinou klienta – rodinná terapie zvyšuje efektivitu procesu, osobnostní změna klienta si klade nároky na změnu postojů a vzorců chování celé rodiny, pomáhá rodině pochopit problém a situaci klienta, pomáhá rodině uvědomit si svůj podíl na procesu údravy klienta a učí je poskytovat podporu a pomoc, důležité je připravit rodinu na možné chyby a neúspěchy klienta ;
- ◆ nabídka volnočasových aktivit – cílem je naučit klienta bavit se i bez alkoholu a pomoci mu najít jeho volnočasovou náplň.

Tento multidisciplinární program vyžaduje i multidisciplinární složení terapeutického týmu. V případě následné péče však není vždy možné, ani nezbytně nutné, aby byli všichni odborníci přímo jeho stálými členy. Nezbytně nutné však je, aby byly služby jiných specialistů dohodnuty externě.

Doléčování může probíhat v různých zařízeních a různými formami. Doléčovací programy mohou poskytovat ústavní léčebná zařízení formou doléčovacích skupin, opakovacích týdenních pobytů nebo může být doléčování uskutečňováno v rámci ambulantního programu. Dále také existují programy plně zasazené do civilního systému, které navštěvují klienti zcela z vlastní iniciativy, a které jsou organizovány za pomoci terapeutů (př. socioterapeutické kluby, vzdělávací programy, atd.) nebo programy, které si vytváří sami klienti bez pomoci terapeutů (zájmové kluby, Organizace AA). Další možností doléčování jsou doléčovací programy pro rodiny a partnery závislých, které se provádějí formou rodinné a manželské psychoterapie. Možné je samozřejmě i využití různých kombinací těchto typů doléčovacích programů, lépe řečeno je velice přínosné.

Prof. Heller na své přednášce nazvané „Význam doléčování – dostavba a zastřešení léčby“ (1.3.2006, Apolinářská univerzita) vytyčil několik časových horizontů týkajících se

doléčování, které bych ráda zmínila. Obvykle je možná asi půlroční abstinence bez doléčování, kdy je klient schopen čerpat z energie nabyté v léčbě. Stěžejní dobou pro doléčování jsou 1-3 roky, a to s maximálními intervaly 3-4 měsíce. V prvním roce abstinence potřebuje okolí klienta velkou trpělivost pro pochopení stávající situace klienta. Až po prvním roce klientovy změny a abstinence přijme tyto změny jeho okolí za platné a je možné je zabudovat do rodinného systému. Návrat ke standardnímu životnímu stylu a běžnému programu (př. posezení v restauraci, atd.) je možné až od třetího roku abstinence. V této době již klient mohl získat dostatek sebedůvěry a přes „nesmím“ a „nemohu“ se konečně dostává k zásadnímu „nechci a už nemusím“.

4. Psychoterapie

4.1 Co je to psychoterapie?

Doslova by se dal tento pojem nazvat „léčbou duše“, tedy léčbou duševních poruch a chorob. Psychoterapii je možné chápat jako samostatný obor, který má svou teoretickou i praktickou základnu, ale také jako činnost, která vychází z určité teorie a má své metody. V obou těchto pohledech zažívá v posledních letech psychoterapie obrovský „rozkvět“, dali se tak vůbec tento vývoj nazvat. Je totiž neuvěřitelně rychlý a psychoterapii rozděluje na stovky střípků, ze kterých si mladí studenti psychoterapie jen těžko mohou nějaký vybrat jako ten nejučinnější. Psychoterapie tedy nemá jedinou, jednotnou a obecně přijímanou teorii. V dnešní době v sobě zahrnuje asi deset základních uznávaných přístupů o cca 400 modifikacích. Každý tento přístup, aby byl ostatními uznáván, musí mít: svou vlastní ucelenou teorii osobnosti, teorii psychopatologie (sestavenou patologii poruch) a vlastní metody léčby (terapeutické procesy, obsahy, vztahy a techniky).

Vrátila bych se teď k samotné definici psychoterapie, jak jí definují jednotliví autoři a odborníci. Jelikož není možné vyzdvihnout jedinou platnou definici psychoterapie, pokusím se předložit několik používaných definic pro lepší vystižení tohoto pojmu. Jak jsem již na začátku svého povídání poznamenala, psychoterapii lze chápat dvojím způsobem – jako činnost nebo obor. K tomuto rozdělení se přiklání i autor Stanislav Kratochvíl ve své knize Základy psychoterapie. Psychoterapii jako obor definuje jako empirickou a aplikovanou vědu a jako interdisciplinární obor, jelikož zasahuje do různých oblastí medicíny a psychologie. Psychoterapii jako činnost definuje Kratochvíl jako léčebnou činnost, léčebné působení, specializovanou metodu léčení nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces

sociální interakce. Rozdíl, kterým se podle Stanislava Kratochvíla, odlišuje psychoterapie od jiných činností je v pěti směrech :

- 1) *Čím působí* : působí *psychologickými prostředky*, jejichž využívání je záměrné a plánovité (např. slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesce, učení, vztahy, interakce ve skupině, atd.). ;
- 2) *Na co působí* : působí na *nemoc, poruchu nebo anomálii*, tedy na *psychiku* člověka a tím vlastně na celý organismus nemocného. Psychoterapie je v tomto ohledu cílevědomé působení na duševní procesy, funkce a stavy, na osobnost a její vztahy, na poruchy a na činitele, které poruchy vyvolávají.;
- 3) *Čeho má dosáhnout* : psychoterapie má odstranit nebo zmírnit potíže a podle možnosti i odstranit jejich příčiny. Má vést k obnovení zdraví člověka, k poznání a omezení sebezničujícího chování, k účinnému zvládnutí problémů, konfliktů a životních úkolů, k pocitům sebeuplatnění a seberealizace, k uskutečňování vlastních možností a k naplňování životního smyslu, k pocitu vyrovnanosti a spokojenosti.
- 4) *Co se při ní děje* : dochází při ní ke změnám v prožívání a chování pacienta (klienta), což se děje pomocí těchto procesů a technik : vytvoření kladného očekávání a získávání naděje a odvahy, terapeutický vztah s terapeutem, koheze a dynamika skupiny, sebeexplorace a sebeprojektivování, katartické odreagování, konfrontace s problémy, získávání náhledu, zpětná vazba, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, desenzibilizace a posilování, získávání nových informací a učení se chybějícím sociálním dovednostem.;
- 5) *Kdo působí* : psychoterapii provádí kvalifikovaná osoba, což může být (při provádění jednodušší podpůrné psychoterapie) lékař nebo psycholog a při týmové práci také vyškolené zdravotní sestry nebo sociální pracovníci. K provádění odborné a systematické psychoterapie je vyžadován speciální psychoterapeutický výcvik.¹

Kratochvíl ještě dodává, že jde hlavně o „napomáhání harmonickému rozvoji osobnosti“.

Dalším autorem, který se ve svém díle věnuje psychoterapii podrobně, je například Jan Vymětal. Ten ve své knize Úvod do psychoterapie definuje psychoterapii jako zvláštní psychologickou péči poskytovanou potřebným lidem. Jakožto samostatný vědní obor má psychoterapie, podle Vymětala, svou teoretickou i svou aplikační stránku. Předmětem obou těchto stránek je duševní život člověka, jeho chování a projevy, které však nepovažujeme v té době, kdy se s nimi setkáváme, za optimální a na přání a se souhlasem klienta se je

¹ Kratochvíl Stanislav, Základy psychoterapie, str. 392, 2.vydání, Portál, Praha 1998

pokoušíme společně změnit. Tato změna je navazována prostřednictvím vědomě užitých metod (ověřených postupů), jež jsou psychologické (komunikační) povahy.¹ Ve své knize uvádí Vymětal také definice našich předních odborníků, tedy přesněji členů výboru Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Uvádí zde například definici psychoterapie podle Jaroslava Skály (lékaře a předsedy Společnosti), která se k tématu mé práce bezesporu hodí. Definice zní : „Psychoterapie je přátelské utkání, při kterém má bodovat terapeut, ale vyhrát pacient.“ Takto jednoduchou, ale přitom velice trefnou definici může podle mého názoru vymyslet pouze opravdu zasvěcený odborník jakým Jaroslav Skála určitě je.

Poslední definicí, kterou bych chtěla zmínit, je definice psychoterapie z knihy, která je pro mou práci jednou z výchozích. Tato kniha od Jamese O. Prochasky a Johna C. Norcross se nazývá Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi a autoři uvádějí tuto pracovní definici psychoterapie : „ Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí.“ V této definici se autoři záměrně vyhýbají jakýmkoli konkrétním a specifickým postupům a metodám psychoterapie, jelikož chtějí, aby byla použitelná pro všechny jednotlivé psychoterapeutické směry. Tyto jednotlivé psychoterapeutické směry a systémy nabízejí totiž většinou své vlastní podrobné definice psychoterapie, které však zpravidla obsahují již určitou teoretickou koncepci, čímž vylučují přístupy jiného druhu.

I přes tuto vzájemnou rozdílnost a potencionální oboustranné vyloučení mají však všechny psychoterapeutické směry určité prvky a ústřední rysy společné. Jako první se pokusil pojmenovat tyto společné faktory Rosenzweig (1936) – psychologické interpretace, katarze, terapeutova osobnost. V roce 1940 se na zvláštní konferenci shodli významní odborníci (Rogers, Adler, atd.) na těchto společných rysech úspěšných psychoterapeutických systémů – podpora, interpretace, vhléd, změna chování, dobrý terapeutický vztah a určité charakteristiky terapeuta. Na základě výsledků studie (Grencavage & Norcross, 1990) 50ti publikací došli autoři k těmto společným faktorům – klientovo pozitivní očekávání a podpůrný terapeutický vztah. A nakonec společné rysy psychoterapeutických systémů podle J. Franka (1991) – emocionálně nabitý, důvěryhodný vztah, léčebný záměr, racionále či konceptuální schéma a terapeutický rituál. Norcross ještě doplňuje o vřelého, inspirujícího a

¹ Vymětal Jan, Úvod do psychoterapie, str. 170, 1. vydání, Psychoanalytické nakladatelství, Praha, 1992

společensky uznávaného terapeuta, možnost katarze, osvojení si a nácvik nového chování, zkoumání „vnitřního světa“ pacienta (klienta), sugesci a interpersonální učení.¹

Kromě společných rysů však mezi jednotlivými psychoterapeutickými systémy existují také určité zásadní rozdíly, což je důvodem jejich diferenciací. Zmínila bych zde tedy několik kontrastních možností psychoterapeutického přístupu podle Stanislava Kratochvíla :

1. Direktivní/nedirektivní psychoterapie – při direktivní psychoterapii působí terapeut na klienta přímým usměrňováním jeho myšlení, postojů a chování, kdežto při psychoterapii nedirektivní je terapeut spíše katalytickým činitelem, klientovým partnerem.

2. Symptomatická/kausální psychoterapie – psychoterapie symptomatická se zaměřuje na chorobné příznaky, projevy choroby, zatímco psychoterapie kausální se snaží zjistit a odstranit příčinu problému.

3. Podpůrná/rekonstrukční psychoterapie – podpůrná psychoterapie se nesnaží měnit osobnost člověka, terapeut poskytuje klientovi porozumění, podporu a pomoc, kdežto psychoterapie rekonstrukční se snaží právě o přestavbu osobnosti klienta.

4. Náhledová/akční – psychoterapie náhledová podporuje objasnění a porozumění, zatímco akční psychoterapie podporuje přímé zvládnání problémů a nácvik potřebných dovedností.

Kromě těchto dichotomických rozdělení psychoterapeutických přístupů existují ještě další, které používají více kategorií (druhů) rozdělení psychoterapie. Jsou to například :

1. Individuální/hromadná/skupinová psychoterapie – individuální psychoterapie je zaměřena na jednotlivce, psychoterapie hromadná představuje terapeutické působení na více pacientů současně s využitím metod individuální psychoterapie a psychoterapie skupinová terapeuticky využívá dynamiky vztahů mezi členy skupiny.

2. Dynamická/kognitivně-behaviorální/humanistická psychoterapie – toto rozdělení označuje tři základní psychoterapeutické směry. Dynamické psychoterapie se zabývají vlivem minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy a potíže. Kognitivně-behaviorální psychoterapie učí překonávat současné problémy nácvikem žádoucího chování a myšlení. Psychoterapie humanistická se zabývá sebeuskutečňováním, rozvojem vnitřního prožívání a vlastních možností, a to naplňováním životního smyslu.

3. Podpůrná/odborná/systematická psychoterapie - rozdělení z hlediska požadavků na kvalifikaci psychoterapeuta.²

¹ J. O. Prochasky a J.C. Norcrosse, *Terapeutické systémy*, str.479, 1.vydání, Grada publishing, Praha, 1999

² Kratochvíl Stanislav, *Základy psychoterapie*, str. 392, 2.vydání, Portál, Praha 1998

Na závěr bych se chtěla zamyslet nad tím, co je vlastně cílem psychoterapie. Podle mého názoru má psychoterapie hned několik cílů, které se většinou odvíjejí od konkrétního problému klienta. Za hlavní cíl považuji vytvoření nebo vybudování pevného a na důvěře postaveného terapeutického vztahu, který se stane základním kamenem důvěry k ostatním lidem a k sobě samotnému. Takový vztah je založen na poskytování naděje, opory a porozumění. Následným cílem tohoto terapeutického vztahu, tedy i psychoterapie samotné, je odstranění chorobných příznaků a zároveň obnovení klientových schopností. Mezi další cíle psychoterapie patří zcela jistě reedukace, reorganizace, resocializace, restrukturační a rozvoj či integrace pacientovi osobnosti. Z těchto pojmů je patrné, že jde o jakousi přeměnu či obnovení osobnosti člověka a jeho interpersonálních vztahů. Ve většině dnes uznávaných psychoterapeutických teoriích jde o změnu, která je výsledkem právě onoho terapeutického vztahu a je považována za potřebnou jak terapeutem, tak ale zejména samotným klientem.

4.2 Vymezení jednotlivých psychoterapeutických systémů

Jak už jsem uvedla v předešlé kapitole, neexistuje jeden paušální psychoterapeutický směr, který by byl aplikovatelný na všechny druhy lidských problémů a životních situací. Existuje mnoho psychoterapeutických směrů, které mají svou „pravdu“, tedy mají své odůvodněné teorie a metody, jejichž prostřednictvím se snaží pomáhat. Rozdělení psychoterapeutických směrů není samozřejmě také jednotné, různí autoři používají různá systémová uspořádání a zařazují do nich nebo naopak opomíjejí různé psychoterapeutické směry. V předešlé kapitole jsem zmínila systémové uspořádání podle Stanislava Kratochvíla, který základně rozděluje psychoterapeutické systémy na dynamické, kognitivně-behaviorální a humanistické. V této kapitole se nechám naopak inspirovat rozdělením psychoterapeutických směrů podle knihy Jamese O. Prochasky a Johna C. Norcross, Psychoterapeutické systémy. Kromě stručného popsání jednotlivých psychoterapeutických směrů, bych se chtěla u každého z nich zamyslet nad jeho použitelností pro léčbu alkoholismu.

Psychoanalytické terapie -Psychoanalýza vzniká na základě teorií osobnosti (ego, superego, id ; vědomí, předvědomí, nevědomí) a teorii vývojových stadií člověka (orální, anální, falické stadium, stadium latence a genitální stadium) Sigmunda Freuda.. V psychoanalýze mají symptomy svůj psychologický smysl a jsou zařaditelné do životního kontextu každého jednotlivce. Potíže v meziosobních vztazích mají často své kořeny v minulé zkušenosti

s druhými lidmi. Psychoterapie nabízí možnost tyto dřívější vzory prožívání a chování nově opakovat, reflektovat je a porozumět jim způsobem, který umožňuje změnu. To se děje většinou prostřednictvím sdělování a analýzy pocitů, myšlenek, vzpomínek a snů. Nejúčinnější je psychoanalytická psychoterapie pro diagnostické kategorie jako jsou orgánové neurózy a organické poruchy(78%), neurózy(63%), poruchy charakteru(57%) a sexuální poruchy(49%), zatímco úspěšnost při léčbě alkoholismu je poměrně malá (30%)¹.

Adlerovská terapie – Podle Adlera je pro lidský život rozhodující životní cíl, usilování o nadřazenost, začlenění se do společnosti a seberealizace, z čehož vychází i jeho teorie psychopatologie. Nejčastěji používané terapeutické procesy jsou : zvyšování vědomí, manipulace s následky a vybírání (př. životního cíle). Adlerovská terapie se zaměřuje na práci s delikventy, lidmi trestanými a rodinami. Při léčbě závislostí se téměř nepoužívá, jelikož je zaměřena a hodí se spíše pro prvotně společensky nepřizpůsobivé klienty.

Existenciální a humanistická terapie (logoterapie) – Tyto přístupy podtrhují jedinečnost každé osobnosti a jako úkol psychoterapie vidí v podporování osobnostního růstu, seberealizaci a uskutečňování individuálních hodnot nebo životního poslání.² Základem psychopatologie je lhaní, tudíž k léčbě vede naopak upřímnost a autentičnost. Ani tato psychoterapie není pro léčbu alkoholismu nikterak běžnou, i když její využití jsou známa.

Terapie zaměřená na člověka (Carl Rogers) – Tato terapie vychází z člověka (klienta) a podněcuje jeho samostatný rozvoj. Hlavní motivační silou pro člověka je podle Rogerse aktualizace. Psychopatologii spatřuje Rogers ve zkresleném nebo záporném sebehodnocení. Tato terapie je hluboce nedirektivní. Terapie zaměřená na člověka se orientuje především na práci s páry, rodinami a skupinami, v poslední době dokonce i na společnosti a národy, tedy na celosvětové problémy. Terapie Carla Rogerse se pro léčbu alkoholismu také příliš nehodí, jelikož je pro tento typ klientů zřejmě příliš „nedirektivní“.

Gestalt terapie – Gestalt terapie je terapií expresivní, zaměřuje se na prožívání a vyjadřování emocí, a to především v přítomném čase. Učí klienty vnímat a reflektovat své pocity a emoce. Gestalt terapie je považována za poměrně hravou terapii, terapii odlehčenou. Terapii se většinou uskutečňuje ve skupině, přičemž terapeut pracuje vždy jen s jedním klientem. Gestalt terapie má poměrně široké pole využití, pracuje nejvíce s psychiatrickými pacienty, využívá se při práci s dětmi, ale významnou roli hraje i při léčbě závislostí. Výhodné je

¹ J. O. Prochaska a J.C. Norcrosse, *Terapeutické systémy*, str.479, 1.vydání, Grada publishing, Praha, 1999

² Kratochvíl Stanislav, *Základy psychoterapie*, str. 392, 2.vydání, Portál, Praha 1998

zaměření na emoční a tělesné prožívání (navíc „tady a teď“), které pomáhá vyhybat se racionalizacím. Klade důraz na sebeuvědomování a sebpřijetí.

Interpersonální terapie (transakční analýza-Eric Berne) – Principem transakční analýzy je rozlišení tří základních komunikačních a osobnostních rovin: rodič, dospělý a dítě. Psychopatologii spatřuje Berne v neschopnosti rozlišit mezi těmito rolemi – zmatenost ega. Transakční analýza se využívá především v rodinné terapii, pro léčbu závislosti na alkoholu vhodná není.

Expozice a terapie zaplavením – Tato terapie se zaměřuje na přímou konfrontaci s obávaným podnětem, která je doprovázená manipulací s tělem.¹ Při léčbě alkoholismu se dříve používala metoda znechucení alkoholu – vypití velkého množství alkoholu po požití antabusu, což by se k této terapii dalo přirovnat. Dnes je to však překonaná metoda a pro léčbu závislosti neúčinná.

Behaviorální terapie – Východiskem behaviorální terapie je přesvědčení, že všechny poruchy chování jsou důsledkem špatně naučených reakcí a vzorců chování. Cílem behaviorální terapie je nalézt vhodnou metodu a dosáhnout osvojení si správného vzorce chování (reakce). Tato terapie využívá těchto stěžejních terapeutických procesů : protipodmiňování, systematická desenzibilizace, nácvik asertivity, zpevňování, relaxace, sebeovládání, nácvik sociálních dovedností, nápodoba, atd. Behaviorální terapie se využívá a velkou léčebnou úspěšnost zaznamenává u dětí, ale i u dospělých, párů a rodin. Behaviorální terapie se využívá i v léčbě závislosti, spolu s terapií kognitivní (viz dále).

Kognitivní terapie – Založena na racionálním (poznávací procesy) vysvětlení osobnosti – sebepoznání. Toto se děje ve třech fázích – aktivující událost, systém přesvědčení (názorů) a důsledky . Psychopatologie je založena na vytváření si nerealistických (většinou negativních) názorů o sobě samém. Cílem je přetvoření těchto názorů za pomoci vlastního poznání, čemuž pomáhá terapeut-expert. Kognitivní terapie má široké využití, a to jak pro různé věkové skupiny, tak i pro různé poruchy. Pro léčbu závislosti je téměř stěžejní (spolu s behaviorální).

Systemická terapie – Jedinec je součástí určitého systému a pouze v kontextu tohoto systému ho můžeme pochopit. Terapeut je podporujícím nedirektivním doprovodem ke změně, což provádí pomocí typických systemických technik – vyprávění (narativní terapii), cirkulární dotazování, otázky po „zázraku“, technika zázračné změny, zhodnocení pozitiv, externalizace problému, pozitivní přeznačkování problému, atd. Psychopatologii spatřuje systemika v interpersonálních problémech, ty jsou důvodem problému jedince. Systemická terapie se

¹ J. O. Prochasky a J.C. Norcross, *Terapeutické systémy*, str.479, 1.vydání, Grada publishing, Praha, 1999

zaměřuje na terapii rodinou a manželskou, jejímž prostřednictvím se také využívá při léčbě alkoholismu. Rodinná terapie má rozhodný vliv na motivaci alkoholika k zahájení léčby, v léčbě samotné se však využívá i systemická individuální psychoterapie.¹

Rodově a kulturně senzitivní terapie – Tato psychoterapie zahrnuje terapii feministickou, psychoterapii mužů, kulturně senzitivní terapii. K člověku se podle této psychoterapie musí přistupovat z hlediska jeho pohlaví nebo konkrétní kultury.

Konstruktivistické terapie : na problém zaměřená a narativní terapie – Tyto terapie by se daly charakterizovat jako moderní, krátké terapie, které se zaměřují na změnu s využitím existujících schopností klienta (x příčiny), přičemž zdůrazňují klientův jedinečný subjektivní pohled. Lidé jsou podle této terapie zdraví a kompetentní navrhování řešení pro zlepšení jejich života. Tato psychoterapie se zaměřuje na řešení, nikoli na problémy. Konstruktivistické terapie nejsou pro léčbu alkoholismu příliš vhodné, a to především z důvodu jejich krátkodobého charakteru.

Integrativní a eklektická terapie – Eklektická terapie představuje kombinované využívání různých metod, a to bez ohledu na jejich původní teoretické východisko. Integrativní terapie se zase pokouší sjednotit různé teoretické přístupy a vytvořit tak teorii jim nadřazenou.²

4.3 Psychoterapie závislosti na alkoholu

Jak jsem již uvedla v předešlých kapitolách, je pro léčbu alkoholismu nezbytný komplexní přístup, který vychází z dopadu závislosti na stránku osobnostní, sociální a biologickou. Psychoterapie je nezbytnou, zřejmě také stěžejní součástí této léčby. Jejím hlavním cílem je vytvořit u klienta náhled na nezbytnost trvalé a důsledné celoživotní abstinence a nastolení změn v osobnosti klienta (postoje) a jeho chování (zlepšení vztahů v rodině), které pak pomohou využití tohoto náhledu k opravdové abstinenci. Nejúčinnější psychoterapeutická léčba alkoholismu probíhá v rámci léčebného společenství zařízení, přičemž dochází ke kombinaci individuální, rodinné a skupinové psychoterapie, a to s důrazem na psychoterapii skupinovou. Při léčbě závislosti na alkoholu se využívá tzv. racionální terapie, tělesné a pracovní aktivity. Nejčastěji používaným psychoterapeutickým směrem je v léčbě alkoholismu tzv. kognitivně-behaviorální přístup. Psychoterapeut se snaží, aby klient pojal svou závislost jako životu nebezpečnou nemoc s destruktivním sociálním dopadem. Spolu s klientem se poté snaží v jeho osobnosti a nejbližším prostředí nastolit

¹ J. O. Prochasky a J.C. Norcross, *Terapeutické systémy*, str.479, 1.vydání, Grada publishing, Praha, 1999

² Kratochvíl Stanislav, *Základy psychoterapie*, str. 392, 2.vydání, Portál, Praha 1998

takové změny, které budou neustále podporovat a udržovat přesvědčení o celoživotní abstinenci. K tomuto cíli vede dlouhodobý a nesnadný proces, při kterém si alkoholik uvědomuje osobnostní a vztahové zdroje závislosti, aniž by za ně byl odsuzován (ne kritizován). Kritika je naopak poměrně důležitou součástí tohoto procesu, díky níž si klient uvědomuje vinu za své chování a jeho důsledky pro blízké lidi. Lidé s vytvořenou závislostí bývají problematickými osobnostmi většinou premorbidně, většina z nich jsou osobnosti nezdrženlivé a „závislé“ se sklonem vyměnit jednu závislost za druhou a s obrovskou schopností racionalizací.¹ Právě z tohoto důvodu je velice důležité, aby se abstinence stala vlastní volbou a konáním, na základě vlastního uvědomění. Pro tento cíl je právě výhodný již zmiňovaný kognitivně-behaviorální psychoterapeutická směr. Důležité je také doléčování a práce s rodinou.

4.3.1 Kognitivně – behaviorální psychoterapie (KBT)

Kognitivně-behaviorální terapie je v současné době jedním z nejrozšířenějších psychoterapeutických směrů. Vznikl ve druhé polovině 20. století jako výsledek úspěšné integrace behaviorální a kognitivní terapie. V ČR se začala kognitivně-behaviorální terapie rozvíjet až po roce 1991, kdy byla založena česká společnost KBT a kdy začal probíhat první, tehdy dvouletý výcvik. KBT se využívá především při léčbě psychických poruch, například u úzkostných poruch, agorafobie, obsedantně kompulzivní poruchy, panické poruchy, sociální fobie, u depresí, u sexuálních dysfunkcí, **u závislosti**, ale i u poruch osobnosti a u schizofrenie.

Kognitivně-behaviorální terapie je krátkodobá, strukturovaná psychoterapie, zaměřená na řešení konkrétních problémů a potíží, které klienta přivádí k terapeutovi, na dosahování specifických, předem definovaných cílů pomocí řady psychologických metod, kterým se klient ve spolupráci s terapeutem v průběhu terapie aktivně učí tak, aby byl po skončení terapie schopen tyto metody používat samostatně.²

Kognitivně-behaviorální terapie má tato hlavní rysy : je obvykle relativně krátká, od počátku časově omezená, je strukturovaná a převážně direktivní, vztah mezi terapeutem a pacientem je vztahem vzájemné spolupráce, vychází z ucelené teorie vzniku a udržování psychických poruch, zaměřuje se na řešení přítomných problémů, zaměřuje se na konkrétní, ohraničené problémy, zaměřuje se především na faktory problém udržující, používané terapeutické postupy nejsou cílem samy o sobě, ale jen prostředkem k dosažení konkrétního

¹ Vymětal Jan, Úvod do psychoterapie, str. 170, 1. vydání, Psychoanalytické nakladatelství, Praha, 1992

² http://www.kbtinstitut.cz/kbt/co_je_kbt/

cíle, na němž se pacient s terapeutem předem dohodli, zaměřuje se na konkrétní změny v životě, je vědecká a je edukativní a jejím konečným cílem je samostatnost klienta.

KBT je typem léčby, při které pomáhá terapeut klientovi, aby si uvědomil svůj způsob zkrusleného myšlení, vnímání a dysfunkčního jednání. Pomocí systematického rozhovoru a strukturovaných behaviorálních úkolů (technik) pomáhá terapeut klientovi tyto zkruslené myšlenky a dysfunkční jednání hodnotit a měnit. Léčba tak poskytuje příležitost k poznání (sebepoznání) a k novému učení.

Tento psychoterapeutický směr využívá různých metod a technik, jako jsou například : zastavení myšlenek, vnitřní prosazování, systematická racionální restrukturalizace, sebeinstruktážní trénink, trénink „očkování proti stresu“, trénink řešení problémů, učení nápodobou, atribuce, nácvik sociálních dovedností, atd.

KBT využívá především skupinové psychoterapie, v léčbě závislosti na alkoholu je kombinovaná s psychoterapií individuální a rodinnou.

4.3.2 Skupinová terapie

Skupinová psychoterapie má, jak bylo již řečeno, v léčbě závislosti na alkoholu ústřední postavení. Skupiny mohou být vytvořeny cíleně nebo náhodně, osobně jsem se setkala spíše s náhodným výběrem klientů. Skupiny jsou v léčbě součástí určité komunity. Tento systém je jakousi zmenšeninou běžného životního systému (kontextu). I v běžném životě je člověk součástí určité komunity a zároveň také patří do několika různých menších skupin, ve kterých se musí naučit fungovat. Skupinová psychoterapie tak učí klienta respektovat a reflektovat, ale také být respektován a reflektován ostatními členy skupiny.

Skupina je většinou vedena jedním nebo dvěma psychoterapeuty a má cca 8-14 členů. Skupinová práce využívá tzv. skupinové dynamiky, tedy vzájemných reakcí a reflektujících postojů neboli vztahů a interakcí jednotlivých členů, jednoduše řečeno tzv. interpersonálního učení. Dalšími významnými faktory jsou tzv. skupinová soudržnost, předávání informací, dodávání naděje, univerzalita, altruismus, korektivní rekapitulace primární rodiny, rozvoj socializace (komunikace), napodobující chování, katarze a existenciální faktory.¹

Rozeznáváme skupiny uzavřené a otevřené (podle přijímání nových klientů v průběhu léčby), skupiny s různými formami vedení a s využitím různých psychoterapeutických metod a technik. Zvláštním typem skupin jsou tzv. skupiny svépomocné (např. Anonymní alkoholici).

¹ Irvin D.Yalom, Teorie&praxe skupinové psychoterapie, 704 stran, 1.vyd., Konfrontace, Hradec Králové, 1999

4.3.3 Individuální a rodinná psychoterapie terapie

Obě tyto další formy psychoterapeutické praxe jsou rovnocennými prostředky pro léčbu alkoholismu, skupinová psychoterapie jim je v tomto případě trochu nadřazena. V rámci léčby alkoholismu se většinou využívá všech těchto tří forem současně.

Individuální psychoterapie je pravidelné setkávání kvalifikovaného terapeuta s klientem, a to většinou jednou týdně. Cílem individuální psychoterapie je zmírnění, vyléčení, popř. přijetí mentálních, emocionálních a behaviorálních poruch klienta. Využívá se jí také ve chvíli, kdy klient nechce nebo nemůže řešit svůj konkrétní problém v rámci celé skupiny. Základem pro efektivní individuální psychoterapii je vytvoření kvalitního terapeutického vztahu, ve kterém se klient cítí bezpečně, což umožňuje jeho velkou otevřenost a tak větší pravděpodobnost vyřešení konkrétního problému. Individuální setkání klienta s terapeutem může mít ale také „pouze“ informační nebo poradenský charakter.

Alkoholismus má také značné dopady na fungování jeho rodiny, na psychiku jejích členů a bezpochyby také na jejich sociální situaci. Pokud se alkoholik rozhodne léčit, je nezbytnou součástí léčby navázání kontaktu s jeho rodinou a rodinná terapie. Navázání kontaktu s rodinou klienta je zásadní pro pomoc při identifikaci problémů klienta a pro kompletní sběr anamnestických údajů. Rodinná terapie je důležitá pro stabilizaci rodinných vztahů a pochopení problémů klienta jeho rodinou, což vede k získání emoční podpory, kterou klient v léčbě velice potřebuje a k prohloubení jeho motivace k abstinenci. Rodinná terapie se může uskutečňovat na úrovni individuální, skupinové i komunitní psychoterapie. Individuální rodinná psychoterapie je prováděna pouze s partnerem alkoholika, základem skupinové rodinné psychoterapie je práce se skupinou rodinných příslušníků různých klientů a komunitní rodinná terapie představuje začlenění blízkého člena rodiny (partnera, potomka) do léčebného programu ústavní léčby, většinou na dobu jednoho týdne. Kromě terapie rodinné existuje i tzv. párová terapie, která nebývá s léčbou alkoholismu přímo spojená. V rodinné terapii se závislými na alkoholu se nejčastěji uplatňují přístupy psychodynamické, behaviorální, systemické a přístup „nemocí“ rodiny, který vychází z psychodynamické teorie co-dependence.¹ Rodinná terapie je tedy velice důležitou složkou léčebného procesu, ať už se jedná o detoxifikaci, léčbu ambulantní, ústavní nebo doléčování. Zvyšuje bezesporu efektivitu léčby a pomáhá vytvářet podpůrné prostředí pro klientovu abstinenci.

¹ Rogers F. a kol., Léčba drogových závislostí, 1.vyd., str.264, Grada publishing, Praha 1999

4.4 Terapeutický vztah

Vytvoření kvalitního terapeutického vztahu je základem pro úspěšnou psychoterapeutickou léčbu. Terapeutický vztah může být založen na různých hodnotách a mít různé podoby. To se odvíjí od dvou základních faktorů : psychoterapeutický přístup a osobnost terapeuta.

Terapeutický vztah by měl být založen především na důvěře a spolupráci obou (všech) zúčastněných (klienta/ů a terapeuta/ů). Díky tomuto vztahu může terapeut používat různé postupy a metody, s jejichž pomocí se snaží dosáhnout u klienta požadované změny. Cílem psychoterapeutického vztahu je spustit a řídit psychoterapeutický proces ústící v optimálním případě v předem naplánovanou změnu osobnosti či chování klienta, případně i v nejbližším sociálním prostředí (např. v rodinné psychoterapii). Psychoterapeutický vztah je v každém jednotlivém případě jedinečný. Je výsledkem řady faktorů, k nimž patří např. vzájemná očekávání klienta a terapeuta vůči sobě (včetně zkušeností z dřívějších vztahů), stupeň osobního poznání, bezprostřední chování, aktuální fáze vývoje vztahu a teoretická orientace terapeuta. Dění v psychoterapeutickém vztahu bývá předmětem interpretace ze strany psychoterapeuta.¹ Terapeutický vztah se většinou řídí také osobností a problematikou klienta a fází psychoterapeutického procesu.

Terapeut by měl být laskavým a chápaným doprovázečem, přitom ale také důslednou autoritou. U méně motivovaných klientů musí zajišťovat důslednou kontrolu a přistupovat k nim direktivně.

Jedním ze základních rysů KBT je orientace na spolupráci s klientem, který je terapeutovi rovnocenným partnerem. Základem terapeutického vztahu v KBT je otevřená aktivní spolupráce. Terapeut poskytuje pacientovi veškeré informace, vysvětlí mu smysl každého terapeutického postupu. Je otevřený, empatický a akceptující. Používá pouze pojmy, kterým pacient rozumí, nesnaží se pacienta manipulovat, neříká něco jiného, než co si skutečně myslí. Od pacienta očekává, že bude k řešení svých problémů přistupovat aktivně, bude otevřeně sdělovat a zaznamenávat své myšlenky, emoce a zážitky, a že bude ochoten zkoušet nové způsoby myšlení a chování i za cenu přechodného zvýšení emoční nepohody. V zájmu co nejlepšího využití terapeutického času má jak celý průběh terapie, tak jednotlivá sezení předem dohodnutý strukturovaný program. Je direktivní v tom smyslu, že je zaměřena na zvládnutí konkrétních problémů a dosažení dohodnutých cílů. Terapeut je zpočátku více

¹ www.drogy-info.cz

aktivní a zaujímá roli experta, postupně však přenáší odpovědnost za průběh terapie na pacienta a jeho aktivita se snižuje.

Zvláštní úlohu má terapeut při skupinové terapii. Stručně zmíním pouze tři základní úkoly, které má ve skupinové psychoterapii terapeut, a to podle Irvina D. Yaloma : vytvoření a udržení skupiny, budování kultury (terapeutického sociálního systému, terapeutických norem) a aktivace a objasňování „ted' a tady“ (rovina zážitková a objasňování procesu).¹

4.5. Výzkum psychoterapie

V době, kdy se psychoterapie oddělila od oboru psychologie a stala se samostatným vědním oborem, nastala potřeba zkoumání jejího přínosu a prospěšnosti. Ladislav Timulák rozděluje výzkum psychoterapie do dvou základních skupin : výzkum efektu psychoterapie a výzkum procesu psychoterapie.

Výzkum efektu psychoterapie zažívá v dnešní době velký rozvoj, přibývá výzkumných studií a zkoumají se nové aplikační oblasti efektu využití psychoterapie u nových skupin klientů. Zkoumání efektu psychoterapie je komplexní proces, při kterém se zkoumá nejen funkčnost psychoterapie, ale také u jakých problémů a jakých typů lidí je jaký postup nejvhodnější, kolik je třeba setkání, na co psychoterapie působí, co je pozitivním a negativním prediktorem efektu. Tento výzkum využívá sofistikované metodologie, což se týká jak podmínek zkoumání (kontrola nežádoucích a intervenujících proměnných), tak i způsobů kvantitativního hodnocení (otázka toho, co je možné považovat za efekt), a někdy i statistického zpracování (předpovídání optimálního průběhu léčby, atd.). Výzkum efektu psychoterapie je poměrně finančně náročný, nicméně je velice důležitý. Naplňuje nejen politickou, ale i etickou úlohu.

Výzkum procesu psychoterapie se ptá na to, jak psychoterapie funguje. Výzkum je charakterizován velkou pestrostí metodologických postupů, což může také přispět k rozvoji nových terapeutických postupů, k úpravě těch již existujících nebo k porozumění fungování již průkazně fungujících. Procesový výzkum často využívá pohledů klientů na psychoterapeutický proces, což může (mělo by) výrazně přispět k formování přístupu psychoterapeutů. Tento typ výzkumu není tak finančně náročný jako výzkum efektu psychoterapie, ale i přesto může být velice inspirující pro psychoterapeuty v každodenní praxi, jelikož nabízí pohled do aktuálního průběhu terapie.²

¹ Irvin D. Yalom, Teorie & praxe skupinové psychoterapie, 704 stran, 1. vyd., Konfrontace, Hradec Králové, 1999

² Ladislav Timulák, Současný výzkum psychoterapie, 280 str. , 1. vyd., Triton, Praha, 2005

Co se týče výzkumu a kognitivně – behaviorální psychoterapie, byl a je tento psychoterapeutický přístup zkoumán téměř nejvíce a nejlépe. Byla přesvědčivě prokázána její vysoká účinnost, a to na základě prokázání vysoké efektivity používaných kognitivně-behaviorálních terapeutických metod. Mezi takto kladně hodnocené metody KBT patří : expozice při úzkostech a strachu, trénink sociálních dovedností (sociální kompetence), kognitivní zpracování širokého spektra negativních emocí a problémů a aktivní praktické řešení problémů.¹ Ze srovnávacích studií vyplývá, že kognitivně-behaviorální terapie je v průměru významně účinnější než terapie psychoanalytická nebo rogersovská (Kratochvíl Stanislav, Základy psychoterapie, strana 345).

¹ Kratochvíl Stanislav, Základy psychoterapie, str. 392, 2.vydání, Portál, Praha 1998

5. Kasuistiky

Do své práce jsem se rozhodla zařadit tři příběhy lidí závislých na alkoholu, jako praktickou ukázkou toho, že závislost na alkoholu může potkat lidi s různými životními osudy a může mít mnoho různých podob. S těmito třemi lidmi jsem se setkal v rámci své absolventské praxe ve VFN Apolinář, Oddělení pro léčbu závislostí.

1. Příběh

S tímto klientem jsem měla domluvenou schůzku v rámci ambulantní ordinace ve VFN, jejímž cílem bylo vytvořit komplexní anamnézu klienta. Zároveň jsem se pokusila vytvořit jakési posouzení jeho situace a navrhnout možná řešení.

Jméno : Jaroslav F.

Narozen : 19.3.1972 v Praze

Osobní anamnéza (OA) : porod proběhl bez komplikací, do deseti let často nemocný – časté zápaly plic, spály, angíny, atd., po desátém roku jaterní mononukleosa, v dospívání se vyskytla alergie na seno a pyl, od té doby jen běžné nemoci, nemá krční a nosní mandle, žádné vážnější úrazy, operace – ne, momentálně dobrý zdravotní stav, výchovné problémy v rodině ani ve škole se neobjevovaly, již deset let kouří – cca 20 / denně.

Rodinná anamnéza (RA) :

Otec : F.F., 74 let, bez vážnějších onemocnění, kromě nálezů rakoviny – jediná operace, kterou v životě podstoupil, rakovina podchycena včas, vyučen v pivovaru a zároveň docházel na hodiny zpěvu, poté profesionální pěvec v divadlech a sborech (FOK), před čtyřiceti lety prodělal léčbu závislosti na alkoholu, od té doby abstinguje, celý život sázel – sportku, fortuna, atd., před deseti lety přestal kouřit, nyní v důchodu.

Matka : M.F., 68 let, pracovala ve zdravotnictví, profesorka na zdravotnické škole, má cukrovku, prodělala operaci dělohy, příležitostná konzumentka alkoholu, před dvaceti lety přestala kouřit.

Oba manželé žijí ve společné domácnosti a jejich vztahy označuje klient za dobré.

Sestra : před třemi měsíci zemřela na rakovinu, dožila se 31 let, vdaná, ale měla problémy s manželem, bez dětí, před onemocněním bydlela u rodičů (i s klientem), s klientem velice špatný vztah, nekomunikovali, pracovala jako dietní sestra (SŠ), alkohol příležitostně.

Širší rodina : z otcovy strany již žádné příbuzenstvo není, z matčiny strany žije příbuzenstvo na Moravě, měla čtyři bratry, všichni již zemřeli, s ostatními jsou vztahy dobré, ale klient tam již řadu let nejezdí, problémy s alkoholem z matčiny strany – nikdo, z otcovy strany – jeho otec byl majitelem restauračního zařízení – abusů alkoholu a hrál karty, ale nikdy se neléčil.

Sociální anamnéza (SA) :

Do deseti let žil s rodinou ve Š. ul., v deseti letech se přestěhovali do bytu v M. ul., byt velký 125m² - 3+1, žil zde se svou sestrou a rodiči, každý měl svůj pokoj (rodiče společný). Rodina fungovala bez konfliktů, i když otec sázel, nikdy se konflikty rodičů nedostávaly k dětem. Klient tvrdí, že byl pod silným vlivem matky, což ho prý provází až dodnes. Víkendy trávili společně a prázdniny trávil se sestrou na Moravě, tvrdí, že dětství bylo spokojené. Základní školu dokončil bez výchovných i klasifikačních problémů. Problémy s rodinou začali cca od šestnácti let. Klient nastoupil na střední odbornou školu strojírenskou a se svými spolužáky začal chodit do restaurace U Nováků, kde poprvé pil pivo a hrál karty. Ve čtvrtém ročníku ho vzali kamarádi poprvé na koňské dostihy, hned vyhrál a také si několikrát vsadil fortuna. Po maturitě sázení pokračovalo se stejnými kamarády ze střední školy. V rodině začaly kvůli jeho hraní vznikat konflikty, matce se to nelíbilo, půjčoval si od ní peníze, vždy je sice vrátil, ale roztočil se „kolotoč“ půjčování peněz. Otec tuto situaci nekomentoval. Později se přidala i ruleta, na diskotéky nechodil, občas jen zábavy nebo víkendy s kamarády, kde se pil alkohol, klient nechtěl trávit víkendy s rodiči. Do této doby označuje své pití za občasné, neměl moc kamarádů, jen spolužáci z bývalé školy. Později začal chodit na dostihy sám, s kamarády přerušeny kontakty. Vztahy s rodiči se na určitou dobu zlepšily, pracovní vztahy označuje za vždy dobré. Na základě dalších půjček se však vztahy v rodině opět vyhrocují, klient začal být nervózní, vyvolával konflikty, nakonec se odstěhoval, ale za čtrnáct dní se zase vrátil. Po přistěhování sestry vznikaly konflikty i s ní, ale každý si vedl svůj život. Ekonomické poměry v rodině spíše horší, žijí z výplat, matka si přivydělává k důchodu, pacient má dnes 16 400 hrubé mzdy. Vlastní rodinu klient nikdy neměl, neměl nikdy ani vztah se ženou, kontakty se ženami kvůli hraní ani nikdy nevyhledával, děti nemá a ani o nich zatím neuvažuje. Dnes žije s rodiči a po léčbě si našel známost, tvrdí, že zatím nejde o nic vážného.

Vzdělání, zaměstnání : střední odborná škola strojírenská s maturitou, po maturitě začal pracovat u železnice, tam pracoval asi dva roky, když zjistil, že ho to nebaví, poté pracoval asi tři roky v prodejnách potravin, v té poslední ukradl 40.000 Kč – rozhodl se jít léčit, po léčbě svůj dluh zaplatil, ale z vlastní vůle se již do prodejny nevrátil, po léčbě začal pracovat na České poště v mezinárodním provozu, kde pracuje dodnes.

Zájmy, návyky : sport, turistika, atletika, fotbal, bowling.

Alkohol, hráčství : nejprve pití a hraní nespojené, začal pít na střední škole, pak v prvním zaměstnání – kontrolované pití, mírný růst tolerance, pak při práci v potravinách – častější pití, růst tolerance, pil ve společnosti, se svými partnery pro hru, následně chodil zapíjet či oslavovat neúspěchy či úspěchy ve hře, až začal pít sám, začínají se objevovat „okénka“, pak došlo ke krádeži peněz v prodejně a rozhodl se jít léčit – 3 měsíce v PLB na pavilonu č.35, cca po třech měsících po léčbě začal znovu pít a asi po roce začal znovu hrát, klient označuje své hraní v této době za kontrolované, poté začal hrát více, hlavně ruletu a stále užíval alkohol, nakonec začal prohrávat opět své výplaty a nastoupil ústavní léčbu ve VFN Apolinář (4 měsíce). Dnes abstinguje a nehraje již dva měsíce. Klient popírá ranní pití a jakékoli zdravotní či psychické potíže (alkoholické psychózy – Delirium tremens, atd.) plynoucí z abusu alkoholu.

Posouzení situace : Klient je závislý na alkoholu a zároveň je patologickým hráčem, jde tedy o „kombinovanou závislost“ na alkoholu a hraní, přičemž největší dopady závislosti jsou pozorovatelné v oblasti sociálního života. Jeho závislost je zřejmě částečně geneticky podmíněna, navíc je silně závislý na své matce a v době odpoutávání se od ní zcela jistě potřeboval určitou náhradu (alkohol, hraní – jinou „závislost“). Navíc se na střední škole začlenil do skupiny vrstevníků, kteří měli s alkoholem a hraním (sázením) určité zkušenosti. Pokud tedy klient nechtěl, jak sám uvádí, trávit v době dospívání víkendy s rodiči, „musel“ je trávit se svými jedinými kamarády, lidmi, kteří pili a sázeli. Fakt, že si klient našel právě tento typ přátel, není nikterak nahodilý, klient měl na základě svých genetických, osobnostních a výchovných předpokladů právě k takovému typu lidí „předurčeno“ se připojit. Klient odešel od své práce na železnici, kde začal pít více a častěji a začal pracovat v potravinové prodejně, kde měl k alkoholu blíže. Jak sám uvádí, v potravinách začal pít víc, jelikož měl alkohol vždy po ruce. Navíc v této době již chodil sázet i pít sám, což naznačuje propad do třetí fáze alkoholismu. Po odcizení 40 000,- z této prodejny se sám rozhodl jít léčit. Cca půl roku po léčbě, ke které ho dovedly hromadící se problémy v jeho osobním i

pracovním životě, pocítil klient svou výhru nad alkoholismem a hráčstvím a pokusil se o kontrolované pití a hraní. Typická snaha alkoholika ve třetí rozhodné fázi pokusit se alkohol, potažmo hraní opět zvládat či jeho užívání ovládat, dopadla u tohoto klienta samozřejmě neúspěšně. V této době již není v životě klienta možné kontrolované pití či hraní. Patrné je také typicky co-dependentní chování matky klienta, a to především v souvislosti neustálého zapůjčování peněz.

Na základě silného celoživotního vlivu matky a poměrně raného vzniku závislosti u klienta, je patrná jeho sociální nevypěstlost, nesamostatnost a omezená schopnost navazovat jakékoli sociální vztahy, především partnerské. Klient ve svých 34 letech stále žije se svými rodiči a poprvé ve svém životě si našel známost. Je u něj patrná ztráta poměrně mnoha produktivních let života v souvislosti s jeho závislostí. Pozitivním faktem je, že klient vždy chodil do práce, je tedy schopen sociálního fungování v této oblasti a je na něj zvyklý. Z našeho rozhovoru mám pocit, že klient si práce váží a nikdy svou práci na úkor závislosti nezanedbával.

Návrh postupu : Co se týče závislosti klienta považují za nezbytné, aby pokračoval po dokončené léčbě v doléčování, a tedy samozřejmě v trvalé abstinenci. Jelikož svou poslední léčbu klient ukončil před dvěma měsíci ve VFN Apolinář (OLZ), bylo by dobré pokračovat v doléčovacím programu lůžkového oddělení, tedy jednou za čtvrt roku dojíždět na týdenní opakovací pobyt a každý týden docházet na doléčovací skupiny. Pokud to nebude pro klienta z jakýchkoli důvodů možné, měl by alespoň navázat kontakt s ambulantní ordinací ve VFN a docházet co nejčastěji na skupiny ambulance. Nasazení Antabusu nepovažují za nezbytné, pokud se klientův stav a postoj k abstinenci rapidně nezmění.

Za další nezbytný krok v životě klienta považují změnu životního stylu. Co se týče práce, učinil klient změnu po léčbě sám, přestal pracovat v potravinách, tedy v blízkosti alkoholu. Velice přínosná pro klienta by podle mého názoru byla změna bydliště, tedy osamostatnění se od rodičů, tedy především od své matky. Tato změna by mu zcela jistě přinesla daleko více zodpovědnosti, povinností a nutnost se sám o sebe postarat (viz. domácí práce, vaření, atd.). Naučil by se tedy nezbytné sebeobsluze a navíc by se jistě zmenšila potřeba z bytu „utíkat“ do hospody, prostě nebýt doma s rodiči. Klient by měl být v průběhu terapií veden ke svým zálibám, tedy k provozování sportu, tedy k tomu jak vyplnit svůj volný čas. Zcela jistě by mu mělo být doporučeno vyhýbat se jak sázkařským a herním prostorám, tak i restauračním zařízením, a to úplně alespoň na dobu 2-3 let. Také by se měl klient vyhýbat pokud možno společnosti lidí inklinující k požívání alkoholu a k hraní. Výběr svých

přátel by měl soustředit k pracovnímu kolektivu nebo k lidem se sportovním zájmem. Jako pozitivní se jeví jeho navázání prvního partnerského vztahu, který pokud bude fungovat by mohl přinést do života klienta něco nového a krásného. Tento vztah je také třeba v rámci možností a okolností podporovat a především by bylo dobré, aby klient byl schopen partnerku seznámit se svou závislostí, tedy se svým onemocněním.

Navíc bych doporučila individuální sezení s klientem a jeho matkou, tedy samozřejmě v případě, že by o to oba měli zájem. Myslím si, že pro klienta samotného, ale i pro jeho matku, by toto sezení bylo velice prospěšné, a že by tak získali prostor k vyjasnění některých pocitů ze vzájemného vztahu, k vyjasnění potřeb obou dvou a matce klienta by toto setkání mohlo pomoci zorientovat se v situaci jejího syna. Takovéto setkání by mohlo být časem přínosné i pro partnerku klienta, ale to závisí na vývoji jejich vztahu.

2. Příběh

S touto klientkou jsem také osobně pracovala a při našem setkání šlo, stejně tak jako u předchozího klienta, o sejmутí komplexní anamnézy. Jelikož musela klientka předčasně odejít, není tato anamnéza kompletní, ale její životní příběh a okolnosti pití jsou zřejmé.

Jméno : M.H.

Věk : 34 let

Klientka má problémy s alkoholem a za přispění svých blízkých se rozhodla ambulantně léčit. O ústavní léčbě nepřemýšlí, jelikož má malého syna.

Klientka žije v Praze, kde se také narodila. Pochází z neúplné rodiny, její rodiče se rozvedli, když jí byly čtyři roky a od té doby není s otcem ve styku. Příčinou rozvodu bylo otcovo pití. Od svých čtyř let žila klientka ve společné domácnosti se svou a matkou a se svým otčímem. Matka klientky je abstinentská a po celý život mají s klientkou velice dobrý vztah. Otčím klientky je příležitostným konzumentem alkoholu, jeho výchova byla podle sdělení klientky tvrdá a mnohdy jí prý mrzelo, že jí ani neobejme. Ovšem jak klientka uvádí, vždy se o rodinu postaral, a to především co se týče ekonomického zajištění. Sourozence klientka nemá. V sedmnácti letech onemocněla astmatem. Po maturitě začala pracovat v redakci nejmenovaných novin. Ve spojitosti s tímto zaměstnáním „musela“ klientka navštěvovat různé večírky, kde podle svého tvrzení začala nadměrně pít, pila především víno. Od svých rodičů se odstěhovala až ve svých 28 letech, když se s přítelem, který je

novinářem, rozhodli žít společně. Dnes žijí v podnájmu v malém bytě a mají spolu dvouletého syna. Přítel klientky je příležitostným konzumentem alkoholu. Když klientka otěhotněla, přestala pít a později i pracovat. Nepila ani v době, kdy kojila svého syna. Ovšem zlom nastal, když přestala kojit a zůstávala se synem sama doma. Podle výpovědi klientky všichni její přátelé, tedy především přítelkyně, přes den pracují a klientka se cítí osaměle. Navíc ji velice vyčerpává neustálá péče o syna, jehož chování popisuje jako hyperaktivní a cítí jako problém, že nemá čas sama na sebe. Občas dává syna na hlídání své matce a otčímovi, kteří bydlí v rodinném domku se zahradou, což je pro syna ideální prostředí. Nejprve byla ráda, že si konečně odpočine, ale již druhý den se jí velice stýskalo a pro syna si k rodičům došla. Zároveň byla nervózní, že se mu něco stane. Se synem chodí někdy na hřiště za ostatními dětmi, ale cítí se také nervózní, jelikož popisuje chování ostatních dětí za agresivní. Ovšem přiznává, že mezi ostatními dětmi chlapec tolik nezlobí a nedožaduje se neustálých podnětů, je hodnější. Klientka také tvrdí, že syn více poslouchá svého otce než ji. Syn je zdravý, prodělává běžné nemoci a ve čtyřech měsících onemocněl atopickým ekzémem.

Charakteristika klientky : Klientka působí poměrně neklidným dojmem, jakoby byla stále ve stresu, i v její tváři je patrné jakési napětí. Při líčení svého životního příběhu se několikrát rozplakala a chvilkami byla rozrušená. Je zřejmé, že klientka je velice citlivá osoba, která velice miluje svého syna, dalo by se říci, že je na svého syna dost fixovaná. Navíc jak sama přiznává, žije v jakémsi vnitřním stresu, vždy chce být přesná a před ostatními vypadat bezproblémově. Klientka má také až asociální projevy, necítí se dobře ve velké společnosti lidí a sama pocituje problém mluvit s lidmi, a to především s cizími, o svých problémech.

Alkohol : Klientka pije sama večer, před rodinou ani před ostatními lidmi již nepije. Po každém dni se synem se cítí velice unavená, tvrdí, že syn je velice aktivní a vyžaduje neustálou pozornost. Navíc ji tíží samota, vypovídá, že se vždy velice těší až se vrátí přítel z práce. Za další důvod svého pití označuje klientka momentální ekonomické problémy, které mají s přítelem a navíc pocituje sama v malém bytě stísněný pocit až klaustrofobii. Dále ji velice zatěžuje setkávání se s „tchýní“, která podle výpovědi klientky stále mluví o sobě a stěžuje si. Všichni se jí prý jen svěřují se svými problémy, což ji také vyčerpává. Klientka pije večer, když dá svého syna spát. Vypovídá, že až tehdy se cítí odpočínutá a po vypití obvyklého množství alkoholu většinou usne. Pokud je však nablízku nějaká osoba, především její přítel, je po požití alkoholu hádavá, řeší problémy s neklidem, vyvolává konflikty, atd. Klientka pije pouze víno a v dnešní době ji ke stavu opilosti stačí již litr vína. Je tedy patrný

silný pokles tolerance. Klientka tvrdí, že když nepije nemá potřebu pít ani nepocituje jakékoli bažení. Ovšem když se napije (dá si jednu skleničku), nedokáže s pitím přestat. V bytě měla na alkohol do této doby skrýš, kterou nyní odhalila před přítelem, jelikož se rozhodla s pitím přestat. Za hlavní důvody rozhodnutí se léčit označuje : výčitky svědomí, úzkost, strach, že ztratí svého syna a rodinu. Nyní, když abstinuje, snaží se různě zaměstnávat, když je s přítelem, tak podnikají různé výlety, atd. Navíc se zmínila o domluvě se svou psycholožkou, že když nevydrží týden nepít, půjde se léčit na lůžkové oddělení VFN Apolinář (OLZ).

Postoj okolí k léčbě klientky : Matka je z klientčina pití nešťastná, navrhla klientce jako první, že by se měla jít léčit a v léčbě ji hodlá podporovat. Přítel klientku v léčbě také silně podporuje a navrhl, že ve společné domácnosti se alkohol nebude vyskytovat. Matka i přítel se na léčbě aktivně podílet nechtějí, ale v domácím prostředí jsou připraveni ji plně podpořit. Navíc klientka vypovídá, že všichni její přátelé jí radí, aby s pitím alkoholu přestala.

Zájmy : hudba, kolo, kolečkové brusle, četba, lyže.

3. Příběh

S touto klientkou jsem osobně nepracovala, ale účastnila jsem se programu oddělení v době, kdy se klientka ústavně léčila na lůžkovém oddělení. Údaje jsem čerpala převážně z její dokumentace, a to s jejím svolením.

Jméno : Mgr.M.

Věk : 47 let

Příjem : Klientka byla přijata z detoxikačního oddělení, kde strávila týden a kam byla umístěna na základě hospitalizace. Lékařská diagnóza : závislost na alkoholu.

Zdravotní stav : Klientka má problémy se zažíváním (pálení žáhy) v důsledku špatných stravovacích návyků a požívání alkoholu, má náběh na vředy. Za poslední rok zhubla 12kg, momentálně již přibírá. Klientka špatně slyší a potřebuje brýle na blízko i na dálku. Trpí lupenkou. Kuřačka (cca 20 cigaret denně), zadýchává se při námaze. Bez alergie, diety.

Abstinenční příznaky : třes, pocení.

Momentální situace : Je magistrou sociologie. Klientka je rozvedená matka dospělého syna, toho času nezaměstnaná. Je ve výpovědní ochranné lhůtě, pobírá nemocenské dávky - je

finančně zajištěna. Stýká se s matkou a sestrou - vztah velmi dobrý. Žije sama ve svém bytě v Praze. Nastoupila základní dobrovolnou léčbu.

Zájmy a dovednosti : anglický a ruský jazyk, počítač, šití, vaření, toulky městem i přírodou, televize, dříve sport rekreačně (kolo, plavání) - dnes téměř vůbec.

Dosavadní léčby : r.1987 - léčena pro deprese a psychické obtíže po rozchodu;

1998 - ambulantní léčba ve VFN Apolinář - antabus, poté 22 měsíců abstinovala;

od 10.3.2004 užívá Ciprax (antidepresivum), nebrala ordinovaný Neurol ze strachu z interakce s alkoholem.

Rodinná anamnéza : Otec : zemřel v 65 letech (r.1993) na druhý infarkt, obezita, inženýr metalurgie, choleric, vůdčí typ, velkorysý; klientka s ním většinou rivalizovala, ovšem po odchodu z rodiny byl její velkou oporou ; byl běžným konzumentem alkoholu (hédonik);

Matka : 72 let, vždy byla v domácnosti, coxartrosa - chodí o holi, ale je soběstačná; bystrá, činorodá, organizačně zdatná, cholerička; alkohol jen symbolicky, vždy brala Alnagon, ibuprofen –zřejmě závislá, neléčena; léčbu klientky podporuje;

Sestra : psychogenně obézní, vdaná manažerka, žije ve společné domácnosti s matkou, běžná konzumentka alkoholu; léčbu klientky uvítala;

Heredita : strýc-deprese; matka-výkyvy nálad, léky ;děda a jeho sestry- deprese, požívání léků

Osobní anamnéza : Dětství proběhlo bez závažných chorob. V šestnácti letech prodělala plastiku pravé ledviny (uroinfekce). Od 25 let se objevují psoriatické projevy (lupenka), ale nebyla léčena. Diagnostikovány až před čtyřmi lety, léčeny externě, nyní bere Beloderm. Od 20 let biliární obtíže, ústup. Posledních šest let se objevují i fyzické obtíže (př.ranní nevolnost,zvracení, bolesti)-léčeno, nyní velké zlepšení.; gynekologie : menstruace od 12 let, v roce 1979 porod zdravého syna, poté zmražení čípku

Sociální anamnéza : Klientka měla spokojené dětství, vyrůstala v Plzni. Nechodila do školky. Až ve škole se objevily problémy. Do druhé třídy před odchodem do školy zvracela. Bála se selhání, což bylo zapříčiněno vysokými požadavky matky. Trauma ze školy měla až do ukončení střední školy. V pubertě sílily konflikty s otcem, vzpouzela se mu, protože cítila menší svobodu než měli její vrstevníci. Se sestrou se praly, ale byly na sebe velmi fixované. Klientka byla jejím vzorem, sestra měla blíže k otci, klientka k matce. V osmnácti letech utekla do Prahy. Maturovala roku 1976 s vyznamenáním. Nedostala se na práva(2x), poté zvolila dálkové studium sociologie (od 26 let). Po maturitě pracovala 3 roky jako sekretářka a žila na ubytovně, poté začala pracovat ve školství jako úřednice. Roku 1987 odpromovala a udělala si průvodcovský kurz pro Prahu. Po promoci nastoupila do Ústavu jazykové a

odborné přípravy UK, kde šest let učila. Roku 1994 se stala ředitelkou střediska a vybudovala ho. Poslední dva roky měla konflikty s ředitelem ústavu a k 30.6.2004 dostala výpověď, údajně nebyly reakce na její abúzus alkoholu. Má řidičský průkaz, ale neřídí.

Partnerský život : Po roční známosti se provdala ve dvaceti letech za rozvedeného zootechnika, který byl o deset let starší než ona. Manželství trvalo deset let, měli spolu syna. Pro manželovy časté nevěry se rozvedli. Pak žila dva roky s přítelem (o 10 let starší). Další vztah trval čtrnáct let. Byl to o dva roky starší sportovec a výtvarník, který se kvůli ní rozvedl. Před rokem klientku opustil kvůli mladší ženě. Poslední roky si nerozuměli, říkal jí, že když nepije, nevyhovuje mu v sexu. Klientka začala více pít a bylo to důvodem jejich rozchodu-nelíbilo se mu to. Nyní má vztah s mužem o osm let mladším , který léčbu respektuje, ale nepokládá ji za nutnou. Klientka měla i dříve souběžně více sexuálních partnerů a je tomu tak i nyní. Sex je pro ní tzv.dopingem, jak říká. Syn tlačil na léčbu a podmiňoval tím i vzájemné kontakty, s léčbou naprosto souhlasí.

Alkohol : První zkušenost s alkoholem měla v patnácti letech a první opilost přišla až po maturitě. Měla okno a kocovinu, od té doby dva měsíce nepila. Sama začala pít až při manželské krizi, ve 26-ti letech. Dříve pila pouze o víkendech se svým mužem. První větší problém s pitím přišel před šesti lety, začaly se objevovat „okénka“, klientka se začala ambulantně léčit bez antabusu. Osm měsíců abstinovala, poté přišel pokus o kontrolované pití, ale nepodařilo se. Začala se léčit ambulantně s antabusem a čtrnáct měsíců abstinovala. Po vysazení pila asi rok „kontrolovaně“ a od loňského léta pije denně. Pila již od rána, především víno, někdy i pivo. Dopad alkoholu je zdravotní, společenský i pracovní. Léčbu chce klientka dokončit.

6. Rozhovor

Věk respondenta : 43 let

Dosažené vzdělání : VŠ

Místo pobytu : Praha

Předem bych Vám chtěla poděkovat za ochotu spolupracovat a poskytnout k mým osobním účelům tento rozhovor. Chtěla bych Vás ujistit, že tento rozhovor zůstane anonymním a bude využit pouze k mým studijním účelům. V případě, že byste nechtěl na některé z otázek odpovídat nebo Vám bylo jejich zodpovězení nepříjemné, nečiňte tak. Pouze bych Vás chtěla poprosit o krátké vysvětlení, proč na otázku neodpovíte (př. Nechci.).

1. Jak se cítíte před rozhovorem?

Normálně.

2. Na čem jste (byl) závislý?

Na alkoholu, opiátech a taky pervitinu, ale hlavně na alkoholu.

3. Kdy jste se poprvé s touto drogou setkal? (osobně)

Alkohol jsem odzkoušel už v dětství, někdy v šesti letech a můžu říct, byla to láska na první pohled, vzájemně jsme se do sebe zamilovali.

4. Můžete popsat Vaší cestu k závislosti? Od občasného užívání přes škodlivé užívání až po závislost?

Jestli se ptáte na závislost, takovým jsem se už narodil, mám to ve své struktuře, byl jsem tak naprogramován v prvních dnech svého života, a jestli se ptáte na moje pití, tak o tom se mi nechce mluvit, prošel jsem všemi stádii alkoholismu, počínaje studentskými pitkami, přes okénka, třesy rukou až po opakované delirium tremens.

5. Popište prosím jak probíhala Vaše závislost, jak často jste užíval, jaké sociální a existenční dopady Vaše užívání mělo?

Fyzicky závislým na alkoholu jsem se stal někdy po 25. roce svého života, to vím teď, tenkrát jsem to nevěděl, v té době jsem žil bujarým životem, pořádal s kamarády pitky a několikadenní tahy, po nichž jsem začal mít ráno kocovinu a třesy rukou, vím, že mě to dost vystrašilo, když jsem se nemohl jednoho dne podepsat kvůli třesu, šel jsem do hospody a abych se napil musel jsem sklenici držet oběma rukama. Stále však jsem byl ještě schopen chodit do práce. Ve třiceti jsem se léčil, pak po šesti letech začal pít znovu a jak to bývá při recidivě, nezačal jsem tam kde jsem skončil, ale níž, na tom nižším horším stupni, to znamená

okamžitě jsem „najel“ na pití o samotě a výlučně na vodku, která je pro toto stádium typická, způsobí, že člověk už nejde do práce a tak jsem tedy pil sám na lavičce v parku. Všechno jsem rozprodal, rozházel. Alkohol, ta bytost, do níž jsem byl stále zamilován, to po mně vyžadovala a mně se to líbilo, byl jsem věrný a oddaný otrok.

6. Co bylo prvním impulzem pro Vaši léčbu? Po jak dlouhé době užívání jste ji nastoupil? A kde?

Impulzem pro první léčbu, protože jsem jich absolvoval více a teď abstinuji už víc jak šest let, byly fyzické obtíže, zmíněné třesy rukou, a taky hrozba rozvodu od manželky.

7. Pokud můžete popište průběh Vaší léčby, chronologicky Vašich dalších léčebných „pokusů“ – délku léčby, poté délku abstinence a důvody k léčbě a naopak k jejímu opuštění?

První léčbu jsem absolvoval jak spartakiádu, bylo to těsně před revolucí a mně vyhovoval přísný léčebný režim, který se tenkrát praktikoval. Potřeboval jsem někoho nebo něco ještě autoritativnějšího než alkohol. Myslím, že jsem byl v té první léčbě až fanatický. Vydrželo mi to nějakou dobu. Do druhé a dalších léčeb jsem nastupoval už s úmyslem se osvobodit a nikoliv vstoupit do nějakého jiného otrockého vztahu. To jsou důležité věci. Ale cesta ke svobodě je těžší a složitější než cesta do jiného otroctví. Takže těch pokusů, těch léčeb bylo pak ještě několik a vždy jsem měl problém, že jsem se „podsunul“ pod tu léčbu, namísto, abych ji použil k vyspravení svých základů.

8. Zkuste jednotlivě vyjmenovat léčebná zařízení, ve kterých jste se léčil a formy léčby, jež jste v nich podstoupil a zamyslete se nad klady a zápory jednotlivých zařízení a forem léčby?

Panebože, absolvoval jsem všechny možné způsoby léčby a je to tak jako s jídlem. Když má člověk hlad, tak jí a potřebuje jíst a nezáleží mu příliš, jestli je to krajíc chleba anebo guláš s šesti. Omyl většiny alkoholiků spočívá v tom, že existuje nějaký zázračný doktor, zázračná terapie nebo metoda, nebo špičkové zařízení, které je ze závislosti vyléčí. Žádná taková věc neexistuje. Když nemám hlad ani chuť ani potřebu, tak nebudu jíst. Pro toho kdo nemá „hlad“ je terapie, jakákoliv, prázdná. Ten kdo má hlad, si vezme. Neboli, podle mé zkušenosti, vůbec nezáleží na kvalitě nebo druhu nabídky. Je legrační poslouchat jak se každé ze zařízení, nebo zastánců určitých metod, pyšní tím jakou mají úspěšnost. Přitom ta úspěšnost je všude stejná.

9. Kde se v těchto zařízeních používala psychoterapeutická pomoc a kde nikoli?

Psychoterapii jsem absolvoval ve všech státních léčebnách a v různých poradnách a řízených skupinách pro závislé. Naopak, v jedné církevní komunitě, kterou jsem absolvoval, byla psychoterapie vysmívána a obecně doporučováno se jí vyhnout, pokud chceš skutečně

abstinovat. Vzpomínám jak jsme si tam dělali legraci z doktorů a dávali k dobru historky o tom, jak snadno je lze oblafnout, zvlášť psychiatry, kteří ti předepíšou cokoli o co si řekneš.

10. Jaké psychotherapeutické procesy a metody jste „podstoupil“?

Zmíněnou skupinovou a individuální terapii a samozřejmě režimovou léčbu

11. Co z nich bylo podle Vás nejúčelnější, co Vám nejvíce dalo?

Mně osobně nejvíce pomohl pobyt v té církevní komunitě kde jsme byli pod velkým fyzickým a psychickým tlakem, žádné sofistikované metody, tvrdá práce a odříkání. Alkohol je totiž bytost, kterou nikdo nepřechytráčí, nikdo není chytřejší a šikovnější než ďábel, tudíž racionální chytré metody na něj neplatí, o čemž jsem se já přesvědčil když jsem navštěvoval věhlasné psychology, různé skupiny, dlouze a moudře hovořil o svých pocitech, načez ještě téhož dne jsem se opil. Moje zkušenost je taková, že alkoholu se musí odpovědět absurdním iracionálním činem, obětováním, které není účelové. Zní to možná nadneseně, ale je to tak.

12. Bylo pro Vás využití psychoterapie při Vaší léčbě důležité?

Každý krok, který jsem při své cestě k abstinenci, ke svobodě učinil, byl posunem. Nevím, který z těch kroků byl delší a který kratší. Na psychoterapii ale nevěřím, neznám nikoho, kdo by byl vyléčen ze závislosti zásadně a pouze psychoterapií.

13. Zkuste popsat rozdíly mezi léčbou s využitím psychoterapie a bez něho? A zamyslete se nad tím, kde Vám bylo lépe a co jste prožíval s a bez psychoterapie?

Zaměřím se na to prožívání, v psychoterapii jsem se vždy cítil dobře, jako ryba ve vodě, naopak například na setkáních AA se necítím dobře, je to víc „na ostro“, není tam žádná mamka ani taťka v podobě psychoterapeuta, jsme tam sami za sebe. Nemluvě o církevní komunitě, kde jsem vyloženě trpěl a taky měl strach přiznám se. Velký strach. Paradoxně anebo možná právě proto, nejvíce mi to pomohlo.

14. Myslíte si, že má psychoterapie v léčbě závislostí zásadní význam? Mluvte prosím z vlastní zkušenosti.

Opakuji, z vlastní zkušenosti, nemá zásadní význam. Je to spíš takové rozptýlení na té těžké cestě ke svobodě, jako kdybych si udělal přestávku a zašel do kina například a pak pokračoval dál.

15. Využíval jste ve své léčbě rodinné psychoterapie? Byla pro Vás důležitá?

Tomu jedinému jsem dokázal zabránit. Naprosto nepřijatelná je pro mně představa řešit tyto věci s rodinnými příslušníky.

16. Jaká psychoterapie Vám více vyhovovala? Skupinová nebo individuální? A proč?

Když už tak skupinová, individuální psychoterapie je o tom, jak přelstít a vysmát se doktorovi.

17. Pokud Vás napadá cokoli, co byste chtěl doplnit k Vaším léčebným zkušenostem a k Vaší zkušenosti s psychoterapeutickým působením, budu ráda.

18. Jak dlouho již abstinujete? Docházíte ještě na doléčovací programy? Co považujete za nejvýznamnější faktor, který vás dovedl k abstinenci?

Chodím na AA a co se týče faktorů, může za to Bůh. A taky trochu já.

19. Jak se cítíte po ukončení rozhovoru? Jaké pocity Vám rozhovor navodil?

Normálně.

Velice děkuji za rozhovor.

Hodnocení : Je zřejmé, že tento člověk prodělal a vlastně stále prodělává obrovský celoživotní boj se svou (svými) závislostí (závislostmi). Tento boj byl a je pro něj zcela jistě velice vyčerpávající a vede k zavrnutí některých léčebných metod, které ho nedovedly (hned) k abstinenci. I přes jeho postoj k psychoterapii si myslím, navíc z jeho postojů ke své závislosti je to dosti patrné, že ho psychoterapeutické působení značným způsobem na jeho cestě k abstinenci ovlivnilo. Jak bylo řečeno i v teoretické části mé práce, je každý klient jiný a potřebuje jiný přístup. Tento člověk z mého rozhovoru je zřejmě osobností, která potřebuje pevné vedení a radikálně direktivní přístup. Myslím si, že toto má také spojitost s dlouhodobým a velice vyčerpávajícím bojem s alkoholismem. Je možné, že mu nakonec nejvíce pomohla léčba bez psychoterapie založená na odříkání, dřině a „teroru“ , nicméně i přesto jsem přesvědčena, že svůj podíl na jeho nynější abstinenci má i předešlé terapeutické působení. V podstatě potvrzuje to, že pro léčbu alkoholismu je důležité jak psychoterapeutické působení, tak ale i jeho zásadní včlenění do přísného řádu léčebny s využitím pracovních a fyzických aktivit.

7. Vymezení základních pojmů

Abstinence – zdržení se požívání návykových látek, v tomto případě požívání alkoholu.

Abusus (abúzus) – zneužívání účinků návykových látek (alkoholu), také škodlivé užívání.

Alkohol – etylalkohol, surovina pro výrobu alkoholických nápojů s různou koncentrací.

Alkoholická psychóza – psychická porucha vyvolaná abusem alkoholu, projevující se těžkými poruchami vnímání, myšlení, emocí a chování (př. delirium tremens).

Alkoholik – člověk, jehož závislost na alkoholu dosáhla takového stupně, že mu působí silné poruchy, újmu ve společenských vztazích a činnosti, na tělesném a duševním zdraví (WHO).

Alkoholismus – závislost na alkoholu, též syndrom závislosti na alkoholu (viz. strana 9).

Anonymní alkoholici – AA, svépomocná organizace, využívající program tzv. 12 kroků.

Antabus – lék využívaný v léčbě alkoholismu, součást komplexní léčby, hlavně ambulantní.

Certifikační standardy – koncepce vlády ČR, soubor pravidel poskytování léčebné péče.

Co-dependence – spoluzávislost, společné rysy chování partnerů osob závislých na alkoholu.

Craving – bažení – silná touha, puzení užívat návykovou látku, alkohol.

Detoxifikace – proces zbavování těla jedovatých látek a překonávání odvykacích obtíží za použití farmakoterapie (bez použití farmakoterapie – detoxikace).

Diagnóza – zhodnocení stavu nemocného, na základě komplexního vyšetření.

Droga – jakákoli přírodní nebo syntetická látka, ovlivňující psychické či tělesné funkce.

Farmakoterapie – léčba za použití léků, v léčbě závislostí obvykle spojená s dalšími postupy.

Harm reduction – mírnění škod způsobených návykovou látkou (alkoholem).

Intervence – opatření či zásah – reakce na zvýšené riziko zdravotního či sociálního selhání ;
krizová intervence – zásah do života člověka v krizi.

Intoxikace – otrava ; subintoxikace/akutní intoxikace/chronická intoxikace – podnapilost/
přechodný stav otravy alkoholem/škodlivé užívání nebo syndrom závislosti na alkoholu.

Kocovina – reakce organismu na ničivý zásah alkoholu, vzniká narušením vodního a minerálního hospodářství a metabolismu, nevyspáním a účinky alkoholu na mozek.¹

Komorbidity – současný výskyt více nemocí u jednoho klienta.

Matching – přiřazení vhodného typu léčby člověku závislému na alkoholu, na základě komplexního vyšetření a správné diagnózy.

MKN 10 – 10. revize Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.

¹ Nešpor K., Provazníková H., Slovník prevence problémů působených návykovými látkami, SZÚ, Praha 1999

Odvykací syndrom – vzniká vysazením alkoholu po jeho nadměrném a dlouhodobém užívání, jeho příznaky jsou obvykle tělesné (křeče, pocení) i psychické (deprese, úzkost).

Okénka – stavy částečné nebo úplné amnézie na dobu akutní intoxikace, druhý den po požití.

Patologické hráčství – časté opakované epizody hráčství dominující v životě člověka (MKN).

Peer program – preventivní program za aktivní účasti předem připravených vrstevníků.

Prevence – předcházení, ochrana ; primární, sekundární a terciární prevence (viz. strana 26).

Protialkoholní léčba – zahrnuje veškeré formy léčby závislosti na alkoholu – ambulantní, stacionární, ústavní, doléčovací programy, svépomocné organizace a jiné.

Psychoterapie – nejdůležitější postup při léčbě závislosti, základem je užití psychologických prostředků, nejpoužívanější v protialkoholní léčbě je kognitivně-behaviorální terapie.

Recidiva – návrat k návykovému chování po určité době abstinence, závažná recidiva-relaps.

Relaxace – uvolnění, účinný prostředek proti stresovým situacím a stresu vůbec.

Sociální integrace (reintegrace) – začlenění (znovu začlenění) závislého (handicapovaného) člověka do společnosti a dosáhnout tak jeho sociálního fungování.

Sociální rehabilitace – proces, který vede k sociální integraci, součástí doléčování.

Socioterapie – velmi důležitý postup při začleňování „uzdraveného alkoholika“ do jeho přirozeného prostředí, základem je využití společenského prostředí a vztahů.

Stacionář – zařízení poskytující léčbu „na půl úvazku“, denní nebo noční pobyt v zařízení.

Suicidální tendence – sebevražedné tendence, často projevem psychického narušení, krize.

Škodlivé užívání alkoholu – jde o takové užívání alkoholu, které poškozuje tělesné nebo duševní zdraví člověka a nejedná se o závislost (MKN-10).

Tolerance – odolnost vůči návykové látce (alkoholu), s dlouhodobým užíváním alkoholu, klesá jeho účinek (dochází ke zvýšení tolerance), což vyžaduje zvyšování dávek.

Toxikologické vyšetření – vyšetření krve (dechu) na přítomnost alkoholu v těle.

WHO – Světová zdravotnická organizace, zřizována OSN, se zabývá mimo jiné i prevencí problémů způsobených návykovými látkami, tedy i alkoholem.¹

¹ Nešpor K., Provazníková H., Slovník prevence problémů působených návykovými látkami, SZÚ, Praha 1999

8. Závěr

V úvodu mé bakalářské práce jsem si stanovila cíl, vytvořit objektivní materiál o alkoholismu jako takovém, o možnostech jeho léčby s využitím různých metod a postupů. Dále také vysvětlit pojem psychoterapie, zamyslet se nad jednotlivými přístupy, jejich použitelností pro léčbu závislosti na alkoholu a nad významem psychoterapie v tomto léčebném procesu. Na základě teoretických podkladů, kasuistik a rozhovoru jsem chtěla dospět k závěru, zda je psychoterapie právem považována za významný prostředek pro léčbu alkoholismu.

Myslím si, že se mi podařilo vytvořit objektivní a komplexní materiál, a to jak o alkoholismu a možnostech jeho léčby, tak i o psychoterapii a jejích různých podobách, formách a přístupech. Zamyslela jsem se i nad využitím jednotlivých psychoterapeutických směrů v léčbě závislosti na alkoholu, přičemž mi jako neúčinnější a nejpoužitelnější vyvstal přístup kognitivně-behaviorální. Co se týče významu psychoterapie pro léčbu alkoholismu je z teoretické části patrné, že je považována za nejdůležitější prvek pro toto léčebné působení. Velice důležitým faktorem je pro léčebný proces navázání kvalitního terapeutického vztahu s klientem, a tak dosažení vzájemné důvěry a otevřenosti.

Co se týče kasuistik, tedy jednotlivých příběhů lidí léčících se ze závislosti na alkoholu, myslím si, že podaly poměrně široký pohled na různé okolnosti této závislosti, na různé životní příběhy a na různé motivační a osobnostní předpoklady. Rozhovor, který zodpovídal člověk s velikými zkušenostmi s léčbou (léčbami) alkoholismu byl jakýmsi střízlivým pohledem na věc. Prokázal, že každá osobnost je jiná a jedinečná a potřebuje zcela evidentně specifické zacházení a přístup. Také byl jakýmsi potvrzením, že samotná psychoterapie pro vyléčení nestačí, a že lidé léčící se ze závislosti na alkoholu potřebují pevný řád a alespoň částečně direktivní zacházení.

Výstupem z mé práce by mohlo být tedy toto : Alkoholismus je zákeřná a nebezpečná choroba, která postihuje lidi různého věku, pohlaví, vzdělání a sociálního postavení. Léčba této nemoci je velice složitá, jde o dlouhodobý a náročný proces, při kterém hraje hlavní roli multidisciplinární přístup ke klientovi. Zásadní roli v tomto léčebném procesu hraje psychoterapie. Kromě psychoterapie se využívá také medicínských postupů a řešení sociální situace klienta. Psychoterapie je léčebným působením na psychiku člověka. Základním cílem psychoterapie při léčbě alkoholismu je uvědomění si a pojmenování klientova problému, naučení klienta jak s tímto problémem nejlépe pracovat, změna jeho špatného náhledu na

tento problém a za pomoci těchto postupů dosažení trvalé, tedy celoživotní, abstinence. Psychoterapie má tedy pro léčbu alkoholismu bezesporu velký význam, jelikož pokud chceme provést změnu v životě člověka, a to změnu dosti zásadní (myšlení, vnímání, životní styl, společenské okolí, atd.), musí potřebu této změny pochopit a poznat klient sám a její realizaci provádět na základě svého přesvědčení. Jen tak může dojít k opravdové změně.

Velice prospěšná pro mě byla má bakalářská praxe ve VFN Apolinář, kde jsem měla možnost velice významného porovnání teorie s praxí a také se podrobně seznámit s tzv. apolinářským modelem, který je pro léčbu závislosti na alkoholu v naší společnosti téměř stěžejním vzorem. Velice přínosné pro psaní této práce bylo, že mi byl ve VFN umožněn přímý kontakt s klienty, práce s nimi a dokonce i podílení se na vedení terapeutických skupin. Tato možnost mi dala obrovskou zkušenost a velice mi usnadnila psaní mé práce.

Závislost na alkoholu, tedy alkoholismus je poměrně závažným problémem naší společnosti a jsem velice ráda, že se tomuto problému dnes věnuje celá řada výborných odborníků, existuje mnoho odborných i svépomocných materiálů a poměrně široké spektrum nabízených odborných i svépomocných služeb. Novodobé přístupy k léčbě závislosti na alkoholu jsou velice podrobně propracované a jako velice pozitivní také vidím moderní přístup ke klientům, který je založen na plném respektu a uznání jejich kompetentnosti rozhodovat o svém životě.

Toto novodobé pojetí zahrnuje i úpravu používané terminologie. Ve své práci používám například pojem alkoholismus (alkoholik), který je považován mnohými odborníky za zastaralý a byl nahrazen termínem závislost na alkoholu (člověk závislý na alkoholu). Tímto bych chtěla svůj nedostatek omluvit a napravit.

Doufám, že závažnost této problematiky si kromě odborníků a lidí s negativní zkušeností, uvědomí časem i celá společnost a bude tak vůči lidem, kteří mají s alkoholem jakékoli problémy více tolerantní a bude schopna plně respektovat jejich případnou abstinenci.

9. Poděkování

Na úplný závěr mé práce bych chtěla poděkovat lidem, kteří se přímo nebo nepřímo nějakým způsobem podíleli na vzniku mé bakalářské práce.

Zejména bych chtěla poděkovat :

Vedoucímu mé bakalářské práce Mgr.Vojtěchu Sivkovi SDB

Všem zaměstnancům Oddělení pro léčbu závislostí, VFN Apolinář

Sociálnímu kurátorovi Pavlu Pěnkavovi a jeho spolupracovníkům

Své rodině a svým blízkým za trpělivost

a v neposlední řadě i MUDr. Skálovi, MUDr. Nešporovi a MUDr. PhDr. Kalinovi za jejich obrovský přínos v oblasti této problematiky a značnou literární tvorbu.

10. Seznam použité literatury

- Bečková I., Višňovský P., Farmakologie drogových závislostí, Karolinum, Praha 1999
- Fr.-Ch. Göhlert, F. Kühn, Od návyku k závislosti, str. 144, 1.vyd., Ikar, Praha 2001
- Hosek J., Sám proti alkoholu, str. 184, 1.vyd., Grada Publishing, Praha 1998
- Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1, 1.vyd., str.319, Úřad vlády ČR, Praha 2003
- Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 2, 1.vyd., str.343, Úřad vlády ČR, Praha 2003
- Kratochvíl Stanislav, Základy psychoterapie, str. 392, 2.vydání, Portál, Praha 1998
- Nešpor k., Jak překonat problémy s alkoholem, str. 118, Sportpropag, Praha 1999
- Nešpor K., Návykové chování a závislost, 1.vyd., str. 150, Portál, Praha 2000
- Nešpor K., Csémy L., Léčba a prevence závislostí, 1.vyd., str.203, Psychiatrické centrum Praha, Praha 1996
- Nešpor K., Provazníková H., Slovník prevence problémů působených návykovými látkami, 3.vyd., str. 54, Státní zdravotní ústav, Praha 1999
- Prochasky J.O. a Norcrosse J.C., Terapeutické systémy, str.479, 1.vydání, Grada publishing, Praha, 1999
- Rogers F. a kol., Léčba drogových závislostí, 1.vyd., str.264, Grada Publishing, Praha 1999
- Skála J., ...až na dno!?, 3.vyd., str. 148, Avicenum, Praha 1977
- Skála J., Lékařův Maraton, 1.vyd., str. 191, Český spisovatel, Praha 1998
- Sovinová H., Csémy L., Kouření cigaret a pití alkoholu v ČR, SZÚ, Praha
- Timulák Ladislav, Současný výzkum psychoterapie, 280 str. , 1.vyd., Triton, Praha, 2005
- Vymětal Jan, Úvod do psychoterapie, str. 170, 1.vydání, Psychoanalytické nakladatelství, Praha, 1992
- Prochasky J.O. a Norcrosse J.C., Terapeutické systémy, str.479, 1.vydání, Grada publishing, Praha, 1999
- Yalom I.D., Teorie & praxe skupinové psychoterapie, 704 stran, 1.vyd., Konfrontace, Hradec Králové, 1999

Internet :

- [www.drogy – info.cz](http://www.drogy-info.cz)
- <http://www.kbtinstitut.cz>
- www.plbohnice.cz/nespor/addictcz.html

11. Přílohy

Obsah příloh :

1. Příloha – Tabulka hladiny alkoholu v krvi	1
2. Příloha – Graf průměrné roční spotřeby alkoholu v EU	1
3. Příloha – Dotazníky závislosti	2-3
4. Příloha – Screeningový dotazník pro dospívající R.E.Tartera	4-11
5. Příloha – Graf vývoje průměrné roční spotřeby alkoholu v ČR	12
6. Příloha – Tabulka spotřeby alkoholu v ČR podle pohlaví a věku	13
7. Příloha – Tabulka průměrné denní spotřeby alkoholu v ČR podle vzdělání a pohlaví	13
8. Příloha – Tabulka oblastí negativně ovlivněných pitím alkoholu	13
9. Příloha – Týdenní program lůžkového oddělení ženy, VFN Apolinář	14-15
10. Příloha – Seznam zařízení zabývajících se léčbou závislosti na alkoholu.....	15-16

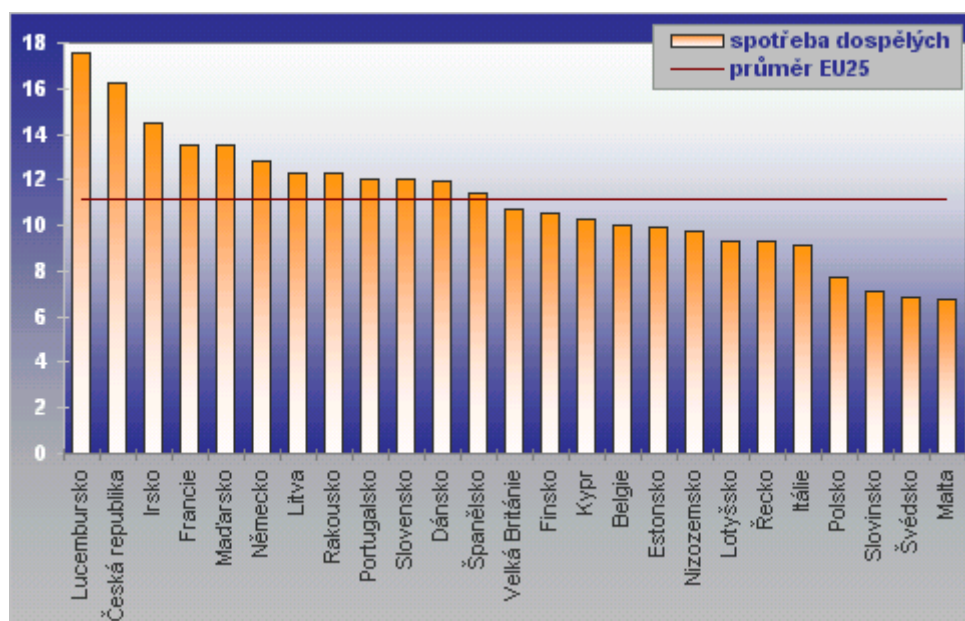
1. Příloha

nápoj	koncentrace alkoholu v nápoji %	obvyklá jednotlivá dávka	obsah alkoholu v dávce	hladina alkoholu v krvi v promile	
				muž 72kg	žena 60kg
pivo 10°	3%	0,5l	15g	0,3‰	0,5‰
pivo 12°	4%	0,5l	20g	0,4‰	0,6‰
víno přírodní	10%	0,2l	20g	0,4‰	0,6‰
lihovina (př.rum)	40%	0,05l	20g	0,4‰	0,6‰

Skála Jaroslav, Lékařův maratón, str.191, 1.vyd., Argo, Praha 1997, SNB 80-202-0663-9

2. Příloha

Graf : Průměrná roční spotřeba alkoholu(v l čistého alkoholu) na 1 osobu 15+ v současné EU v r.2001



Zdroj: WHO - HFA Database, updated June 2005

Postavení České republiky v Evropě, pokud jde o spotřebu alkoholu dospělých. Spotřebu alkoholu v jednotlivých státech dlouhodobě sleduje WHO. Údaje shromažďuje z národních oficiálních statistik o produkci, prodeji, vývozu a dovozu jednotlivých druhů alkoholických nápojů. Data jsou přepočítávána na čistý alkohol (100% alkohol či etanol), přičemž v pivu je uvažováno v průměru 4,5 % alkoholu, ve vínu 14 % alkoholu a v destilátech 40 %.

3. Příloha - Dotazníky závislosti :

a) podle Nešpor K., Jak překonat problémy s alkoholem, Praha 1999, Sportpropag, strana 12

AUDIT- test ke zjišťování poruch působených alkoholem, test závislosti

Otázky 1. - 8. se týkají posledních 12 měsíců, číslce před odpovědí jsou body a standardní sklenice odpovídá 0,5l 12° piva, 2dl vína nebo 0,5dl destilátu.

- 1) Jak často pijete nápoje obsahující alkohol včetně piva?
0 – Nikdy, 1 - Jednou za měsíc a méně, 2 - 2-4x za měsíc, 3 - 2-3x týdně,
4 - 4x nebo více za týden
- 2) Kolik standardních sklenic vypijete během typického dne, kdy pijete?
0 - Nejvýše 1, 1 - 1,5 až 2, 2 - 2,5 až 3, 3 - 3,5 až 3, 4 – 5 a více
- 3) Jak často vypijete 3 nebo více standardních sklenic při jedné příležitosti?
0 – Nikdy, 1 - Méně než jednou za měsíc, 2 - Jednou za měsíc,
3 - Jednou za týden, 4 - Denně nebo téměř denně
- 4) Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistil/a, že nejste schopen/a přestat, pít, když jste začal/a?
0 – Nikdy, 1 - Méně než 1x za měsíc, 2 - 1x za měsíc, 3 - 1x týdně,
4 - Denně nebo téměř denně
- 5) Jak často jste kvůli pití během posledních 12 měsíců neudělal/a to, co se od Vás běžně očekávalo?
0 – Nikdy, 1 - Méně než 1x za měsíc, 2 - 1x za měsíc, 3 - 1x za týden,
4 - Denně nebo téměř denně
- 6) Jak často jste během posledních 12 měsíců potřeboval/a hned ráno sklenici alkoholického nápoje (i pivo), abyste mohl/a fungovat po předchozím vydatném pití?
0 – Nikdy, 1 - Méně než 1x za měsíc, 2 - 1x za měsíc, 3 - 1x za týden,
4 - Denně nebo téměř denně
- 7) Jak často jste měl/a během posledních 12 měsíců pocitu viny nebo výčitky svědomí kvůli pití?
0 – Nikdy, 1 - Méně než 1x za měsíc, 2 - 1x za měsíc, 3 - 1x za týden,
4 - Denně nebo téměř denně
- 8) Jak často během posledních 12 měsíců jste nebyl/a schopen/a si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pil/a?
0 – Nikdy, 1 - Méně než 1x za měsíc, 2 - 1x za měsíc, 3 - 1x za týden,
4 - Denně nebo téměř denně
- 9) Byl/a jste vy nebo byl někdo jiný zraněn v důsledku vašeho pití?
0 – Nikdy, 1 - Ano, ale ne v posledních 12 měsících,
2 - Ano, během posledních 12 měsíců
- 10) Byl někdo z příbuzných nebo přátel, lékař nebo sociální pracovník znepokojen Vaším pitím a navrhol/a Vám abyste pil/a méně?
0 – Nikdy, 1 - Ano, ale ne v posledních 12 měsících
2 - Ano v posledních 12 měsících

Vyhodnocení : Sečtete zakroužkovaná čísla.

Součet 0 - 7 - Je vhodná edukace pacienta

Součet 8 - 15 - Je vhodná jednoduchá rada pití omezit nebo abstinovat

Součet 16 - 19 - Je vhodná jednoduchá rada, dále poradenství a sledování pacienta.

Součet 20 - 40 - Je vhodné odeslání k vyšetření a další léčbě ke specialistovi.

Kromě toho vyšší hodnoty v otázkách č. 1) až 3) svědčí pro nebezpečné pití, vyšší hodnoty v otázkách 4) až 6) svědčí pro závislost na alkoholu a vyšší hodnoty v otázkách 7) až 10) svědčí pro škodlivé pití alkoholu.

b) podle Nešpor K., Jak překonat problémy s alkoholem, Praha 1999, Sportpropag, strana 11

Dotazník závislosti

Všechny následující otázky se týkají období posledních 12 měsíců.

- 1) Cítil/a jste během posledních 12 měsíců silnou touhu nebo nutkání pít alkohol?
Ne – Někdy – Často
- 2) Nedokázal/a jste se ve vztahu k alkoholu ovládat? (Pil/a jste i tehdy, kdy to nebylo vhodné nebo jste vypil/a víc než jste původně chtěl/a?)
Často – Někdy – Ne
- 3) Měl/a jste tělesné odvykací potíže („abst’ák“) po vysazení alkoholu? (např. třes po ránu)
Ne – Někdy – Často
- 4) Zvyšoval/a jste dávku alkoholu, abyste dosáhl/a účinku, původně vyvolaného nižší dávkou?
Často – Někdy – Ne
- 5) Zanedbával/a jste dobré záliby kvůli alkoholu nebo jste potřeboval/a víc času k získání a k užívání alkoholu či k zotavení se z jeho účinku?
Ne – Někdy – Často
- 6) Pokračoval/a jste v pití alkoholu i přes škodlivé následky, o kterých jste věděl/a?
Často – Někdy – Ne

Vyhodnocení : Spočítejte odpovědi „často“ a odpovědi „někdy“.

0 odpovědí „často“ a „někdy“ znamená, že se patrně nejedná o závislost.

1 – 2 odpovědi „často“ a „někdy“ – tento výsledek vyžaduje důkladnější vyšetření.

3 – 6 odpovědí „často“ a „někdy“ znamenají, že se patrně jedná o závislost.

c) podle Skála J., ... až na dno, Avicenum, Praha 1977, 3. vydání, strana 59

Dotazník závislosti

Pitím se rozumí požívání jakýchkoli nápojů obsahujících alkohol, tedy i piva.

- 1) Zanedbával/a jste již někdy pro pití práci?
- 2) Ohrožoval/a jste pitím pohodu své domácnosti?
- 3) Ohrožujete pitím svou dobrou pověst?
- 4) Pijete snad proto, abyste přemohl/a ostych při styku s lidmi?
- 5) Měl/a jste již někdy pro své pití výčitky svědomí?
- 6) Přivedlo Vás někdy pití do peněžních nesnází?
- 7) Zavádí Vás pití do horší společnosti – jste snad nevybíravý/á na prostředí, kde pijete?
- 8) Způsobuje pití, že jste lhostejný/á k tomu, jak žije Vaše rodina?
- 9) Poklesla Vaše citlivost od té doby, co pijete?
- 10) Dychtíte po svém obvyklém nápoji v pravidelnou denní dobu?
- 11) Potřebujete si po včerejším pití spravit ráno chuť nápojem obsahujícím alkohol?
- 12) Není Vaše pití někdy příčinou vašeho špatného spánku?
- 13) Poklesla vaše pracovní zdatnost od té doby, co pijete?
- 14) Nedáváte pitím v sázku Vaše zaměstnání?
- 15) Pijete někdy, abyste unikl/a trampotám a překlenul/a obavy?
- 16) Napijete se spíše sám/a, aniž potřebujete mít společnost?
- 17) Měl/a jste již v opilosti „okénka“?
- 18) Musel/a jste někdy pro následky pití vyhledat lékaře?
- 19) Pijete snad proto, abyste pozvedl/a sebedůvěru?
- 20) Dostal/a jste se již pro pití do nemocnice, na záchytnou stanici či na léčbu v poradně či léčebně?

MUDr. Jaroslav Skála neuvádí vyhodnocení dotazníku.

4. Příloha

Screeningový dotazník pro dospívající, identifikující rizikové oblasti podle R.E.Tartera

Zdroj : Nešpor K., Csémy L., Provazníková H., Státní zdravotní ústav v nakladatelství Fortuna, Praha 1998

Dotazník vyplněn anonymně: Ano... Ne

Pokud ne, uveď jméno a příjmení:

Adresa, telefon:

Počet dovršených let věku:

Odpověz, prosím, na všechny následující otázky. Zakroužkuj „souhlasí“ nebo „nesouhlasí“, i když to nebude úplně přesné. Odpověz podle toho, jestli je pravdivá odpověď podle tvého názoru blíže souhlasu nebo blíž nesouhlasu. Odpovědi se týkají období posledních 12 měsíců, pokud není uvedeno jinak.

1. oblast

	1. sloupec	2. sloupec
1. Sportuješ nebo cvičíš méně nežli vrstevníci?	Souhlasí	Nesouhlasí
2. Nejsi bez dovolení večer doma před dny, kdy je škola nebo jiné povinnosti?	Souhlasí	Nesouhlasí
3. Věnuješ se obvykle více než 2 hodiny denně televizi nebo počítačovým hrám?	Souhlasí	Nesouhlasí
4. Rodiče vědí, kdo je na večírcích, kterých ses v poslední době účastnil (účastnila)?	Nesouhlasí	Souhlasí
5. Sport a cvičení tě většinou nebaví?	Souhlasí	Nesouhlasí
6. Trávíš volný čas většinou tím, že se jen tak touláš s přáteli?	Souhlasí	Nesouhlasí
7. Většinou se nudíš?	Souhlasí	Nesouhlasí
8. Trávíš většinu volného času sám (sama)?	Souhlasí	Nesouhlasí
9. Bereš alkohol nebo drogy jako způsob odpočinku?	Souhlasí	Nesouhlasí
10. Máš ve srovnání s většinou vrstevníků méně koníčků a zájmů mimo domov?	Souhlasí	Nesouhlasí
11. Jsi spokojený (spokojená) s tím, jak trávíš volný čas?	Nesouhlasí	Souhlasí
12. Unavíš se rychle při námaze?	Souhlasí	Nesouhlasí

2. oblast

	1. sloupec	2. sloupec
1. Často prosazuješ své názory za každou cenu, třeba i nevhodně?	Souhlasí	Nesouhlasí
2. Často zdůrazňuješ, že jsi lepší než druzí?	Souhlasí	Nesouhlasí
3. Trápíš někdy zvířata nebo si na nich vyléváš zlost?	Souhlasí	Nesouhlasí
4. Často křičíš?	Souhlasí	Nesouhlasí
5. Stojíš často za svým názorem, i když tušíš, že není správný?	Souhlasí	Nesouhlasí
6. Často kleješ nebo mluvíš sprostě?	Souhlasí	Nesouhlasí
7. Podezíráš často druhé, že ti chtějí ublížit?	Souhlasí	Nesouhlasí
8. Úmyslně a často druhé zlobíš a děláš jim schválnosti?	Souhlasí	Nesouhlasí
9. Míváš špatnou náladu?	Souhlasí	Nesouhlasí
10. Působí ti jednání zejména s cizími lidmi výraznější obtíže?	Souhlasí	Nesouhlasí
11. Vyhrožuješ druhým násilím?	Souhlasí	Nesouhlasí
12. Mluvíš hlasitěji nežli většina tvých vrstevníků?	Souhlasí	Nesouhlasí

13. Snadno se dáš vyvést z rovnováhy?	Souhlasí	Nesouhlasí
14. Děláš často věci a neuvažuješ před tím o jejich následcích?	Souhlasí	Nesouhlasí
15. Děláš často riskantní nebo nebezpečné věci?	Souhlasí	Nesouhlasí
16. Využíváš druhé lidi, když k tomu máš příležitost?	Souhlasí	Nesouhlasí
17. Často se rozčiluješ?	Souhlasí	Nesouhlasí
18. Trávíš většinu volného času o samotě?	Souhlasí	Nesouhlasí
19. Utekl (utekla) jsi z domova nebo nějakého zařízení na více než 48 hodin?	Souhlasí	Nesouhlasí
20. Hodně ti vadí, když tě někdo kritizuje?	Souhlasí	Nesouhlasí

3. oblast

	1. sloupec	2. sloupec
1. Chodíš na pravidelné lékařské kontroly kvůli nějaké nemoci?	Souhlasí	Nesouhlasí
2. Stal se ti nějaký úraz nebo nehoda, jejímiž následky trpíš?	Souhlasí	Nesouhlasí
3. Trpíš nespavostí nebo naopak spíš nadměrně?	Souhlasí	Nesouhlasí
4. Přibral (přibrala) jsi nebo zhubl (zhubla) v poslední době o víc než 5 kg?	Souhlasí	Nesouhlasí
5. Máš méně energie, nežli myslíš, že bys měl (měla) mít?	Souhlasí	Nesouhlasí
6. Míváš dýchací potíže nebo kašel?	Souhlasí	Nesouhlasí
7. Máš nějaké problémy týkající se sexu nebo pohlavních orgánů?	Souhlasí	Nesouhlasí
8. Měl (měla) jsi někdy sexuální kontakty s někým, kdo bere drogy?	Souhlasí	Nesouhlasí
9. Míváš bolesti břicha nebo nevolnosti?	Souhlasí	Nesouhlasí
10. Měl (měla) jsi během posledních 12 měsíců žloutenku?	Souhlasí	Nesouhlasí
11. Trpíš nějakými jinými dlouhodobějšími bolestivými problémy?	Souhlasí	Nesouhlasí
12. Trpíš nějakým tělesným onemocněním, které tě ve srovnání s vrstevníky omezuje nebo znevýhodňuje?	Souhlasí	Nesouhlasí

4. oblast

	1. sloupec	2. sloupec
1 Poškodil (poškodila) jsi někdy schválně majetek někoho jiného?	Souhlasí	Nesouhlasí
2. Opakovaně jsi kradl (kradla)?	Souhlasí	Nesouhlasí
3. Pereš se nebo se hádáš častěji než tví vrstevníci?	Souhlasí	Nesouhlasí
4. Trpíš často nedostatkem energie?	Souhlasí	Nesouhlasí
5. Nedokážeš v klidu sedět a jsi neklidný (neklidná)?	Souhlasí	Nesouhlasí
6. Snadno cítíš zklamání?	Souhlasí	Nesouhlasí
7. Obtížně se soustřeďuješ?	Souhlasí	Nesouhlasí
8. Často se cítíš hodně smutný (smutná)?	Souhlasí	Nesouhlasí
9. Okusuješ si nehty?	Souhlasí	Nesouhlasí
10. Máš klidný spánek?	Nesouhlasí	Souhlasí
11. Jsi nervózní?	Souhlasí	Nesouhlasí
12. Dostaneš snadno strach?	Souhlasí	Nesouhlasí
13. Děláš si hodně starosti?	Souhlasí	Nesouhlasí
14. Je pro tebe obtížné pustit věci z hlavy?	Souhlasí	Nesouhlasí
15. Máš pocit, že se na tebe lidé dívají?	Souhlasí	Nesouhlasí
16. Slyšíš věci, které jiní lidé neslyší (slyšel jsi někdy „hlasy“)?	Souhlasí	Nesouhlasí
17. Myslíš, že máš nějaké zvláštní síly, které druzí lidé nemají?	Souhlasí	Nesouhlasí
18. Míváš mezi lidmi strach?	Souhlasí	Nesouhlasí
19. Je ti často do pláče?	Souhlasí	Nesouhlasí
20. Míváš často tolik energie, že nevíš, co s ní udělat?	Souhlasí	Nesouhlasí

5. oblast

	1. sloupec	2. sloupec
1. Jsi mezi vrstevníky oblíbený (oblíbená)?	Nesouhlasí	Souhlasí
2. Jsi většinou spokojený (spokojená) s tím, jak se zapojuješ do toho, co dělají kamarádi nebo kamarádky?	Nesouhlasí	Souhlasí
3. Je pro tebe těžké nacházet ve skupině neznámých lidí přátele?	Souhlasí	Nesouhlasí
4. Využívají tě druzí ke svým zájmům?	Souhlasí	Nesouhlasí
5. Bojíš se hájit vlastní zájmy?	Souhlasí	Nesouhlasí
6. Je pro tebe hodně těžké požádat druhé o pomoc?	Souhlasí	Nesouhlasí
7. Ovlivňují tě snadno vrstevníci?	Souhlasí	Nesouhlasí
8. Baví tě spíše společnost starších než společnost vrstevníků?	Souhlasí	Nesouhlasí
9. Děláš si často starosti, jak to, co děláš, bude působit na druhé?	Souhlasí	Nesouhlasí
10. Dělá ti těžkosti hájit svůj názor?	Souhlasí	Nesouhlasí
11. Dělá ti těžkosti odmítat druhým?	Souhlasí	Nesouhlasí
12. Cítíš se nepříjemně, když tě někdo chválí?	Souhlasí	Nesouhlasí
13. Vnímají tě druzí většinou jako přátelského (přátelskou)?	Nesouhlasí	Souhlasí
14. Když mluvíš s druhými, vyhýbáš se často pohledu na ně?	Souhlasí	Nesouhlasí

6. oblast

Pokud jsi nebyl (nebyla) poslední rok s rodinou ve styku a nemáš o ní zprávy, odpovídej za předchozí období. Jestliže není možné ani to, tuto oblast přeskoč.

	1. sloupec	2. sloupec
1. Stalo se, že někdo z užší rodiny (matka, otec, bratr nebo sestra) si vzal marihuanu, kokain, heroin nebo pervitin?	Souhlasí	Nesouhlasí
2. Stalo se, že by se někdo z rodiny opil tak, že by z toho měl problémy v rodině, v práci nebo s přáteli?	Souhlasí	Nesouhlasí
3. Byl někdo z blízké rodiny během tvého života uvězněn?	Souhlasí	Nesouhlasí
4. Často se s rodiči nebo pěstouny hádáš a přitom na sebe křičíte?	Souhlasí	Nesouhlasí
5. Bývá rodina zřídka pohromadě?	Souhlasí	Nesouhlasí
6. Rodiče nebo pěstouni vědí, co se ti líbí a co ne?	Nesouhlasí	Souhlasí
7. Existují ve tvé rodině jasná pravidla, co smíš?	Nesouhlasí	Souhlasí
8. Vědí rodiče nebo pěstouni, co si doopravdy myslíš o věcech, které jsou pro tebe důležité?	Nesouhlasí	Souhlasí
9. Hárají se často rodiče nebo pěstouni?	Souhlasí	Nesouhlasí
10. Rodiče nebo pěstouni většinou vědí, kde jsi a co děláš?	Nesouhlasí	Souhlasí
11. Bývají rodiče nebo pěstouni většinou mimo domov?	Souhlasí	Nesouhlasí
12. Máš pocit, že se o tebe rodiče nebo pěstouni dostatečně starají?	Nesouhlasí	Souhlasí
13. Jsi spokojený (spokojená) s uspořádáním svého života?	Nesouhlasí	Souhlasí
14. Cítíš se doma bezpečně?	Nesouhlasí	Souhlasí
15. Často tě doma bijí?	Souhlasí	Nesouhlasí
16. Stalo se, že tě někdo z blízké rodiny sexuálně obtěžoval?	Souhlasí	Nesouhlasí
17. Trpí nebo trpěl někdo z rodičů nebo pěstounů vážnou duševní chorobou?	Souhlasí	Nesouhlasí

7. oblast

Pokud jsi nebyl (nebyla) poslední rok ve škole, odpověď za předchozí období.

	1. sloupec	2. sloupec
1. Máš školu docela rád (ráda)?	Nesouhlasí	Souhlasí
2. Těžko se ve škole nebo při učení soustřeďuješ?	Souhlasí	Nesouhlasí
3. Máš podprůměrné známky?	Souhlasí	Nesouhlasí
4. Chodíš za školu častěji nežli dva dny v měsíci?	Souhlasí	Nesouhlasí
5. Míváš často zameškané hodiny?	Souhlasí	Nesouhlasí
6. Uvažoval jsi vážně o tom, že ze školy odejdeš?	Souhlasí	Nesouhlasí
7. Často nenapišeš úkoly?	Souhlasí	Nesouhlasí
8. Jsi ve třídě často ospalý (ospalá)?	Souhlasí	Nesouhlasí
9. Přicházíš často na hodiny pozdě?	Souhlasí	Nesouhlasí
10. Změnil jsi přátele ve škole ve srovnání s předchozím rokem?	Souhlasí	Nesouhlasí
11. Cítíš se ve škole podrážděný a rozrušený?	Souhlasí	Nesouhlasí
12. Nudíš se ve škole?	Souhlasí	Nesouhlasí
13. Zhoršil se tvůj školní prospěch?	Souhlasí	Nesouhlasí
14. Cítíš se ve škole fyzicky ohrožován (ohrožována)?	Souhlasí	Nesouhlasí
15. Propadl (propadla) jsi v některém ročníku?	Souhlasí	Nesouhlasí
16. Účastníš se mimoškolních aktivit, např. zájmových kroužků, a cítíš se tam vítaný (vítaná)?	Nesouhlasí	Souhlasí
17. Vynechal (vynechala) jsi někdy školu nebo jsi přišel (přišla) pozdě kvůli alkoholu nebo drogám?	Souhlasí	Nesouhlasí
18. Měl (měla) jsi někdy ve škole problémy kvůli alkoholu nebo drogám?	Souhlasí	Nesouhlasí
19. Stalo se, že alkohol nebo droga ti zabránily napsat úlohu nebo se připravit do školy?	Souhlasí	Nesouhlasí
20. Vyloučili tě někdy v životě z nějaké školy?	Souhlasí	Nesouhlasí

8. oblast

Jestliže jsi nikdy žádnou placenou práci ani brigádu nedělal (nedělala), tuto oblast přeskoč.

	1. sloupec	2. sloupec
1. Měl (měla) jsi nějakou placenou práci (i brigádu) a předčasně tě z ní propustili?	Souhlasí	Nesouhlasí
2. Přestal (přestala) jsi někdy do nějaké práce nebo na brigádu prostě chodit?	Souhlasí	Nesouhlasí
3. Při hledání práce nebo brigády potřebuješ pomoc druhých?	Souhlasí	Nesouhlasí
4. Chodil (chodila) jsi často do práce nebo na brigádu pozdě nebo jsi vynechával (vynechávala) práci úplně?	Souhlasí	Nesouhlasí
5. Bylo pro tebe těžké dokončovat pracovní úkoly?	Souhlasí	Nesouhlasí
6. Vydělal (vydělala) jsi někdy peníze nezákonným způsobem?	Souhlasí	Nesouhlasí
7. Vzal (vzala) sis někdy v práci alkohol nebo drogy?	Souhlasí	Nesouhlasí
8. Propustili tě někdy z práce kvůli alkoholu nebo drogám?	Souhlasí	Nesouhlasí
9. Měl (měla) jsi problémy vycházet s nadřízenými?	Souhlasí	Nesouhlasí
10. Chodil (chodila) jsi někdy do práce proto, abys měl (měla) peníze na alkohol nebo na drogy?	Souhlasí	Nesouhlasí
11. Měl (měla) jsi v práci konflikty nebo problémy se spoluzaměstnanci?	Souhlasí	Nesouhlasí
12. Už víš, jaké práci by ses chtěl (chtěla) v budoucnu věnovat?	Nesouhlasí	Souhlasí

9. oblast

	1. sloupec	2. sloupec
1. Pije některý z tvých přátel pravidelně alkohol nebo bere drogy?	Souhlasí	Nesouhlasí
2. Dává nebo prodává některý z přátel drogy vrstevníkům?	Souhlasí	Nesouhlasí
3. Švindluje někdo z přátel při písemkách ve škole nebo nějak podvádí v zaměstnání?	Souhlasí	Nesouhlasí
4. Mají rodiče tvoje kamarády rádi?	Nesouhlasí	Souhlasí
5. Měl někdo z tvých přátel problémy se zákonem?	Souhlasí	Nesouhlasí
6. Je většina tvých přátel starších než ty?	Souhlasí	Nesouhlasí
7. Chodí tvoji přátelé často za školu nebo žádnou školu nenavštěvují a ani nechodí do práce?	Souhlasí	Nesouhlasí
8. Baví tvé přátele večírky, kde se nepodává alkohol nebo kde nejsou drogy?	Nesouhlasí	Souhlasí
9. Přinesli přátelé na nějaký večírek během posledních 12 měsíců alkohol nebo drogy?	Souhlasí	Nesouhlasí
10. Ukradli přátelé něco v obchodě nebo úmyslně poškodili cizí majetek během posledních 12 měsíců?	Souhlasí	Nesouhlasí
11. Patříš do party, která se zabývá něčím nezákonným?	Souhlasí	Nesouhlasí
12. Trápí tě v současnosti nějaký problém, který máš s přítelem nebo přítelkyní?	Souhlasí	Nesouhlasí
13. Máš dobrého přítele nebo přítelkyni, kterým se dá svěřit?	Souhlasí	Nesouhlasí
14. V porovnání s vrstevníky máš málo přátel?	Souhlasí	Nesouhlasí

10. oblast (A)

	1. sloupec	2. sloupec
1. Cítil (cítila) jsi někdy silné přání nebo touhu po alkoholu, jiných drogách nebo hazardní hře?	Souhlasí	Nesouhlasí
2. Stalo se ti někdy, že jsi musel (musela) zvyšovat množství alkoholu nebo drog, abys dosáhl (dosáhla) účinku, ke kterému ti dříve stačilo menší množství?	Souhlasí	Nesouhlasí
3. Měl (měla) jsi někdy pocit, že pití alkoholu, braní drog nebo hazardní hru přestáváš ovládat?	Souhlasí	Nesouhlasí
4. Měl (měla) jsi někdy pocit, že jsi na alkoholu, drogách nebo hazardní hře závislý (závislá)?	Souhlasí	Nesouhlasí
5. Utratil (utrátila) jsi někdy příliš mnoho peněz za alkohol, jiné drogy nebo hazardní hru a přišel (přišla) jsi tak o něco jiného (jiné aktivity, věci, hodnoty)?	Souhlasí	Nesouhlasí
6. Někdy, že jsi pod vlivem alkoholu nebo drog něco nedodržel (nedodržela), např. byl (byla) jsi v noci přes zákaz mimo domov nebo porušil (porušila) zákon?	Souhlasí	Nesouhlasí
7. Mění se ti často vlivem alkoholu nebo drog nálada z velmi šťastné do velmi smutné?	Souhlasí	Nesouhlasí
8. Měl (měla) jsi někdy úraz pod vlivem alkoholu či drog?	Souhlasí	Nesouhlasí
9. Ublížil (ublížila) jsi někdy někomu (i nechtěně) pod vlivem drog nebo alkoholu?	Souhlasí	Nesouhlasí
10. Pohádal (pohádala) ses vážně pod vlivem alkoholu nebo drog s přáteli nebo s někým z rodiny?	Souhlasí	Nesouhlasí
11. Měl (měla) jsi někdy kvůli alkoholu, drogám nebo hazardní hře problémy s přáteli, kteří takové věci odmítají?	Souhlasí	Nesouhlasí
12. Měl (měla) jsi někdy odvykací potíže (abst'ák) po vysazení alkoholu nebo drog?	Souhlasí	Nesouhlasí
13. Stalo se ti, že sis později nepamatoval (nepamatovala), co jsi		

dělal (dělala) pod vlivem alkoholu?	Souhlasí	Nesouhlasí
14. Chlubil (chlubila) ses nebo ses předváděl (předváděla), kolik alkoholu vydržíš?	Souhlasí	Nesouhlasí
15. Nepít alkohol, nebrat drogy a hazardně nehrát je pro tebe snadné?	Nesouhlasí	Souhlasí

10. oblast (B)

Jak často jsi měl (měla) během posledních 30 dnů některou z následujících látek? Zaškrtni příslušné políčko.

	Ani 1x ↓	1-2x ↓	3-9x ↓	10-20x ↓	Víc než 20x ↓	Ne v posledních 30 dnech, ale dřív ↓
1. Alkohol včetně piva						
2. Tabák						
3. Marihuana nebo hašiš						
4. Pervitin, efedrin či amfetamin						
5. LSD (trípy), ecstasy a jiné halucinogeny						
6. Tlumivé látky a léky na spaní						
7. Léky proti bolestem						
8. Opiáty (heroin, braun, kodein)						
9. Těkavé látky (čichání)						
10. Kokain						
11. Jiné návykové látky (jaké)						
12. Hazardní hra (automaty, karty o peníze, sázky apod.)						

- Čemu z předchozích 12 položek z oblasti 10 (B) jsi dával (dávala) případně přednost? Před příslušný název napiš velké P.
- Co z předchozích 12 položek ti případně působilo největší problémy? Před příslušný název udělej vykřičník.

Projdi prosím ještě jednou odpovědi na otázky ze všech oblastí a ověř si, že u každé otázky je zakroužkována odpověď.

Vyhodnocení dotazníku

1. Ubezpečte se, že všechny otázky byly zodpovězeny.
2. Sečtěte odpovědi v prvních sloupcích pro první oblast. Počet odpovědí v prvních sloupcích se převede podle následující tabulky na procento problémových odpovědí. Procento problémových odpovědí v tabulce zakroužkujte. Stejně pokračujte u 2. až 10. oblasti části A.
3. Procento problémových odpovědí vyneste do grafu, v němž velikost vodorovné úsečky bude odpovídat procentu problémových odpovědí v příslušné oblasti. Grafické hodnocení umožňuje přehledné porovnání procentních hodnot problémových odpovědí v jednotlivých oblastech. Pod graf ještě případně přeneste výčet návykových látek a rizik z oblasti 10B, u nichž dospívající odpověděl jinak než „Ani 1x“, a frekvenci jejich užívání.

4. Jestliže na základě znalostí dospívajícího a jeho situace pochybujete o záměrném nebo bezděčném zkreslení údajů v některé oblasti, udělejte vedle příslušné úsečky v grafu otazník.

5. Uvažujte o tom, která z problémových oblastí je primární a která sekundární. Budete přitom vycházet ze znalostí dospívajícího i z toho, v jaké časové posloupnosti se problémy objevily. Primárně problémovou oblast (nebo oblasti) vyznačte v grafu silnější vodorovnou úsečkou odpovídající procentu problémových odpovědí.

6. Identifikujte oblasti, kde je nejnižší procento problémových odpovědí, tedy oblasti, kde je dospívající poměrně úspěšný.

7. Nepovinnou součástí hodnocení je výpočet celkového problémového indexu.

- Sečtěte počty procent problémových odpovědí (v prvních sloupcích) v jednotlivých oblastech.
- Uvedený součet vydělte počtem oblastí (většinou 10, případně 9, jestliže se vynechala oblast „pracovní adaptace“).

Dotazník byl vyplněn anonymně: Ano/Ne. Pokud ne, ověřte, zda nechybí v záhlaví dotazníku jméno a příjmení klienta, jeho adresa a telefon.

Datum vyplnění dotazníku:....

Jméno hodnotitele:

Tabulka pro převod problémových odpovědí (odpovědí v 1. sloupcích) na %

1. oblast. Volný čas a rekreace: 0=0%, 1=8%, 2=17%, 3=25%, 4=33%, 5=42%, 6=50%, 7=58%, 8=67%, 9=75%, 10=83%, 11=92%, 12=100%

2. oblast. Chování: 0=0%, 1=5%, 2=10%, 3=15%, 4=20%, 5=25%, 6=30%, 7=35%, 8=40%, 9=45%, 10=50%, 11=55%, 12=60%, 13=65%, 14=70%, 15=75%, 16=80%, 17=85%, 18=90%, 19=95%, 20=100%

3. oblast. Zdravotní stav: 0=0%, 1=8%, 2=17%, 3=25%, 4=33%, 5=42%, 6=50%, 7=58%, 8=67%, 9=75%, 10=83%, 11=92%, 12=100%

4. oblast. Duševní zdraví: 0=0%, 1=5%, 2=10%, 3=15%, 4=20%, 5=25%, 6=30%, 7=35%, 8=40%, 9=45%, 10=50%, 11=55%, 12=60%, 13=65%, 14=70%, 15=75%, 16=80%, 17=85%, 18=90%, 19=95%, 20=100%

5. oblast. Sociální zdatnost: 0=0%, 1=7%, 2=14%, 3=21%, 4=29%, 5=36%, 6=43%, 7=50%, 8=57%, 9=64%, 10=71%, 11=79%, 12=86%, 13=93%, 14=100%

6. oblast. Rodinný systém: 0=0%, 1=6%, 2=12%, 3=18%, 4=24%, 5=29%, 6=35%, 7=41%, 8=47%, 9=53%, 10=59%, 11=65%, 12=71%, 13=76%, 14=82%, 15=88%, 16=94%, 17=100%

7. oblast. Škola: 0=0%, 1=5%, 2=10%, 3=15%, 4=20%, 5=25%, 6=30%, 7=35%, 8=40%, 9=45%, 10=50%, 11=55%, 12=60%, 13=65%, 14=70%, 15=75%, 16=80%, 17=85%, 18=90%, 19=95%, 20=100%

8. oblast. Pracovní adaptace: 0=0%, 1=8%, 2=17%, 3=25%, 4=33%, 5=42%, 6=50%, 7=58%, 8=67%, 9=75%, 10=83%, 11=92%, 12=100%

9. oblast. Vztahy s vrstevníky: 0=0%, 1=7%, 2=14%, 3=21%, 4=29%, 5=36%, 6=43%, 7=50%, 8=57%, 9=64%, 10=71%, 11=79%, 12=86%, 13=93%, 14=100%

10. A oblast. Návykové látky - problémy: 0=0%, 1=7%, 2=13%, 3=20%, 4=27%, 5=33%, 6=40%, 7=47%, 8=53%, 9=60%, 10=67%, 11=73%, 12=80%, 13=87%, 14=93%, 15=100%

10. B oblast: Výčet návykových látek a rizik, u nichž dospívající odpověděl jinak než „Ani 1x“

Grafické znázornění výsledků

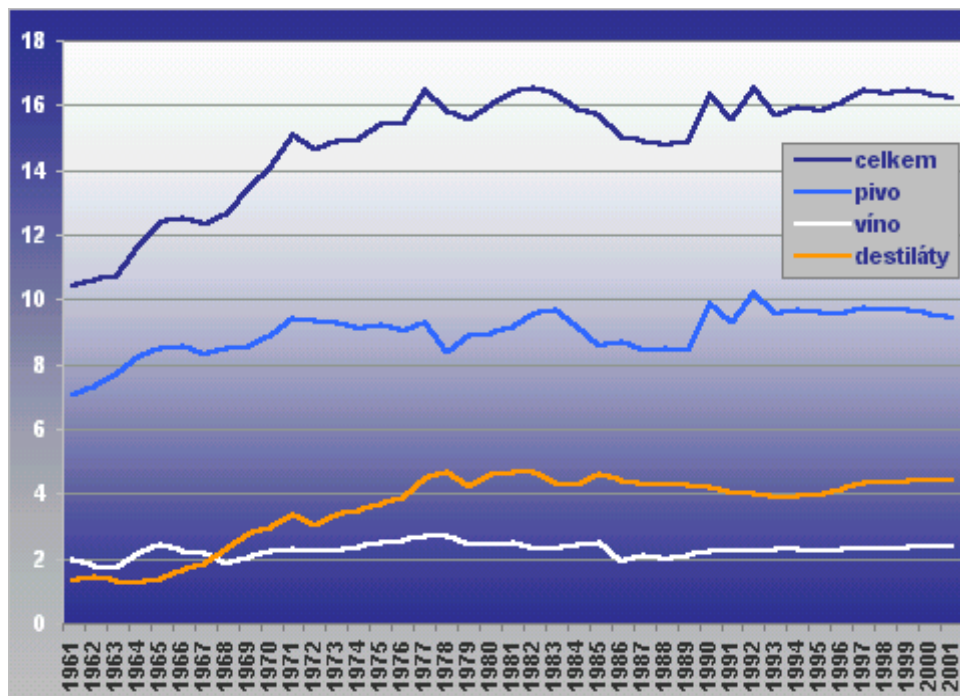
Procento problémových odpovědí vyneste vodorovnou čarou do grafu. Jestliže máte k dispozici výsledky dospívajícího i rodičů, je výhodné vynést je do jednoho grafu. Můžete je např. odlišit jinou barvou nebo vynést výsledky rodičů svislou lomenou čarou a výsledky dospívajícího vodorovnými čarami.

Procenta problémových odpovědí

	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1. Volný čas	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2. Chování	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3. Zdraví	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	90
100											
4. Duš. zdraví	0	10	20	30	40	50	60	70	80	80	90
100											
5. Soc. zdatnost	0	10	20	30	40	50	60	70	70	80	90
100											
6. Rodina	0	10	20	30	40	50	60	60	70	80	90
100											
7. Škola	0	10	20	30	40	50	50	60	70	80	90
100											
8. Práce	0	10	20	30	40	50	50	60	70	80	90
100											
9. Vrstevníci	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10.A Návyky	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10.B Výčet návykových látek a rizik, u nichž dospívající odpověděl jinak než „Ani 1x“ (U dospívajících je riziková každá návyková látka včetně alkoholu a tabáku.)											

5. Příloha

Graf : Vývoj průměrné roční spotřeby alkoholu na 1 osobu 15+ (v litrech čistého alkoholu) a její skladby v ČR



Zdroj : WHO – Global Alcohol Database

V ČR v posledním půlstoletí průměrná spotřeba alkoholu poměrně rovnoměrně stoupala, jak je patrné z grafu. Přibližně od počátku 80. let průměrná spotřeba víceméně stagnuje kolem hranice 16l čistého alkoholu na jednoho dospělého obyvatele. Výjimkou je mírný pokles v druhé polovině 80. let, který může souviset s pokusem napodobit Gorbačovovu protialkoholní kampaň. Náznak snížení spotřeby na počátku nového tisíciletí je spíše ovlivněn populačním stárnutím v České republice, které je nyní dáno především nízkým počtem narozených dětí. Podíl obyvatel starších 15 let, na který se ukazatel průměrné spotřeby dospělých vztahuje, tak od 90. let minulého století narůstá.

Tabulka : zdroj ČSÚ (Český statistický úřad)

	1980	1985	1990	1995	2000	2003
100 % alkohol	9,0	9,0	8,9	9,4	9,9	10,2
destiláty (40%)	6,8	6,6	7,2	7,9	8,3	8,4
pivo	148,5	146,9	155,2	156,9	159,9	161,7
vino	14,1	15,3	14,8	15,4	16,1	16,3

6. Příloha

Tabulka : Spotřeba alkoholu v ČR podle pohlaví a věku v roce 2002

	dle poslední konzumace				dle týdenní spotřeby (12g d.)		
	< týden	1-4 týdny	>4 týdny	abstinent	0-1,9	2-21,9(14,9)	> 22 (15)
muži							
celkem	68,6	12,7	11,7	7,0	34,7	53,0	12,3
15-24	54,8	19,1	12,9	13,3	44,4	49,4	6,3
25-34	74,9	12,3	7,6	5,2	28,1	61,9	10,0
35-44	79,3	9,5	6,5	4,7	20,8	58,9	20,2
45-54	74,2	11,0	10,5	4,3	29,3	55,3	15,4
55-64	71,9	8,2	14,0	5,8	36,8	48,5	14,6
65-74	61,5	17,4	14,7	6,4	42,2	47,7	10,1
75 a více	55,4	7,1	28,6	8,9	58,9	32,1	8,9
ženy							
celkem	36,1	17,1	27,0	19,8	78,0	19,2	2,8
15-24	32,0	28,2	19,9	19,9	78,9	17,6	3,4
25-34	45,1	17,9	24,8	12,2	73,9	23,3	2,9
35-44	52,1	17,8	19,0	11,0	65,8	29,8	4,3
45-54	40,2	16,7	29,1	14,1	75,1	21,9	3,0
55-64	34,7	13,1	27,6	24,6	80,3	16,7	3,0
65-74	20,8	12,1	36,2	30,9	88,6	10,7	0,7
75 a více	14,7	8,3	38,5	38,5	90,8	8,3	0,9

Zdroj: HIS CR 2002

7. Příloha

Tabulka : Průměrná denní spotřeba alkoholu (v g čistého etanolu) v ČR podle vzdělání a pohlaví v roce 2002

	ZŠ, vyučení	SS, maturita	VS
Muži	29,5	23,5	19,5
Ženy	8,1	6,1	6,5

Zdroj : šetření GENASIS 2002

8. Příloha

Tabulka : Oblasti negativně ovlivněné pitím alkoholu během posledního roku

Oblast negativně ovlivněná alkoholem	Výskyt
Práce, studium, postup v zaměstnání	7,0 %
Práce doma, na chatě a na chalupě	12,9 %
Manželství, partnerské vztahy	14,9 %
Vztahy s dalšími členy rodiny, včetně dětí	9,1 %
Přátelství, společenský život	6,8 %
Finance	17,1 %

Zdroj : Sovinová H., Csémy L., Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice, SZÚ, Praha, strana 41

9. Příloha

Týdenní program lůžkového oddělení ženy ve VFN Apolinář, Oddělení pro léčbu závislosti

Po	6.00 – zvonění, budíček 6.10 – rozcvička, hygiena 6.50 – úklid, zpěv 7.10 – vizita, čtení z tisku 7.20 – zvonění 7.25 – hlášení 7.30 – snídaně 7.45 – léky 8.15-8.45 – autorelaxace 9.00-9.50 – komunita	10.00-11.30 – pracovní terapie 11.35 – zvonění 11.40 – čtení z tisku 12.00 – oběd 12.45 – léky 13.00-14.15 – pracovní terapie 14.30-16.00 – skupiny 16.50 – zvonění 16.55 – hlášení 17.00 – večeře	17.45 – léky 18.00-18.15 – kvíz 18.15-19.00 – samostudium 19.40 - zvonění 19.45 – čtvrtáková rozcvička 20.00 – večerní úklid, léky 21.25 – zvonění, léky 21.30 - vizita 22.00 - večerka
Út	6.00 – zvonění, budíček 6.10 – rozcvička, hygiena 6.50 – úklid, zpěv 7.10 – vizita, čtení z tisku 7.20 – zvonění 7.25 – hlášení 7.30 – snídaně 7.45 – léky 8.20 - komunita 9.35-9.50 – relaxace	10.00-11.30 – skupiny 11.35 - zvonění 11.40 – čtení z tisku 12.00 – oběd 12.45 – léky 13.00–14.30 - lorka 14.45-15.30 – vážení, tlaky 15.45-16.15 – 20 minut pohybu 16.50 – zvonění 16.55 - hlášení	17.00 – večeře 17.45 - léky 18.00-19.00 – elaboráty 19.40 - zvonění 19.45 – čtvrtáková rozcvička 20.00 – večerní úklid, léky 21.25 – zvonění, léky 21.30 - vizita 22.00 - večerka
St	6.00 – zvonění, budíček 6.10 – rozcvička, hygiena 6.50 – úklid, zpěv absolventkou 7.10 – vizita, čtení z tisku 7.20 – zvonění 7.25 – hlášení 7.30 – snídaně 7.45 – léky 8.20 - komunita 9.35-9.50 – relaxace	10.00-10.45 – přednáška 11.00-11.30 - přezkoušení 11.40 – čtení z tisku 11.55 – hlášení 12.00 – oběd 12.45 - léky 13.00-16.00 – prac.terapie, nákup 14.15-14.30 - přestávka 16.50 – zvonění 16.55 – hlášení	17.00 – večeře 17.45 - léky 18.00-19.00 – setkání s 19.40 - zvonění 19.45 – čtvrtáková rozcvička 20.00 – večerní úklid, léky 21.25 – zvonění, léky 21.30 - vizita 22.00 - večerka
Čt	6.00 – zvonění, budíček 6.10 – rozcvička, hygiena 6.50 – úklid, zpěv 7.10 – vizita, čtení z tisku 7.20 – zvonění 7.25 – hlášení 7.30 – snídaně 7.45 – léky 8.20 - komunita 9.35-9.50 – relaxace	10.00-11.30 – skupiny 11.35 - zvonění 11.40 – čtení z tisku 12.00 – oběd 12.45 – léky 13.00–15.30 – volná tribuna 16.00-16.45 – elaboráty 16.50 - zvonění 16.55 - hlášení 17.00 - večeře	17.45 - léky 17.30 – 19.00 - klub 19.40 - zvonění 19.45 – čtvrtáková rozcvička 20.00 – večerní úklid, léky 21.25 – zvonění, léky 21.30 – vizita 22.00 - večerka
Pá	6.00 – zvonění, budíček 6.10 – rozcvička, hygiena 6.50 – úklid, zpěv 7.10 – vizita, čtení z tisku 7.20 – zvonění 7.25 – hlášení 7.30 – snídaně 7.45 – léky 8.20 - komunita	9.35-9.50 – relaxace 10.00-11.30 – pracovní terapie 11.35 – zvonění 11.40 – čtení z tisku 11.55 – hlášení 12.00 – oběd 12.45 – léky 13.00 – odpolední komunita, sport 16.50 – zvonění	16.55 – hlášení 17.00 – večeře 17.45 - léky 18.00-19.00 – biblioterapie 20.00 – večerní úklid, léky 21.25 – zvonění, léky 21.30 – vizita 22.00 - večerka

So	6.30 – zvonění, budíček 7.20 – zvonění 7.25 – hlášení 7.30 – snídaně 7.45 – léky 8.00 – zvonění 8.00-8.45 – generální úklid 8.45 – zvonění	9.00-9.20 – komunita 9.30-11.30 – kulturní dopoledne 11.50 – zvonění 11.55 – hlášení 12.00 – oběd 12.45 – léky 13.00-16.30 – návštěvy, vícepráce 16.50 – zvonění	16.55 – hlášení 17.00 – večeře 17.45 – léky 18.00-19.00 - kultura 20.00 – večerní úklid, léky 21.25 – zvonění, léky 21.30 – vizita 22.00 – večerka
Ne	7.00 – zvonění, budíček 7.15 – stlaní lůžek, ranní hygiena 7.30 – úklid, zpěv 7.50 – zvonění 7.55 – hlášení 8.00 – snídaně 8.30 – léky 9.00-9.30 – kolečka	10.00 – návštěvy 11.50 – zvonění 11.55 – hlášení 12.00 – oběd 12.45 – léky 13.00-16.30 – návštěvy, vícepráce 16.50 – zvonění 16.55 – hlášení	17.00 – večeře 17.45 – léky 18.50-19.30 – zpěv 19.40 – zvonění 19.45 – čtvrtáková rozsvička 20.00 – večerní úklid, léky 21.25 – zvonění léky 21.30 – vizita 22.00 – večerka

10. Příloha

Seznam zařízení zabývajících se léčbou závislosti na alkoholu v Praze :

1. Ordinance AT :

AT Poradna, Praha 1, Palackého 5	222 928 239
AT Poradna, Praha 3, Olšanská 7	271 774 854
Centrum pomoci závislým (AT poradna), Praha 4, Rodvinovská 3	261 262 828
AT Poradna, Praha 5, Bieblova 6	251 562 224
AT Poradna, Praha 6, Pod Marjánkou 12	233 351 603
AT Poradna, Praha 7, Dukelských hrdinů 1/342	233 370 541
AT Poradna, Praha 8, U Pazderek 146	233 557 631
AT Poradna, Praha 9, Kytlická 758	286 892 964
Centrum pro závislé (AT Poradna), Praha 10, Vilová 16	274 812 594
AT Poradna (ESET), Praha 11, Donovalská 1862	272 922 718

2. Krizová centra a krizové linky :

MCSSP RIAPS, Praha 3, Chelčického 39	222 582 151
Emauzy ČR – Krizové centrum Praha, Praha 6, Ant. Čermáka 85/4	224 321 873
Centrum krizové intervence, Praha 8, Ústavní 91	284 016 110
Linka důvěry, Praha 8, Ústaví 91	(nonstop)284 016 666
Linka důvěry RIAPS, Praha 3, Chelčického 39	(nonstop) 222 580 697
Linka důvěry SOS Centrum, Praha 2, Belgická 22	222 514 040

3. Ostatní zařízení, ústavní a ambulantní léčba :

ANIMA – o.s.pro péči o rodiny závislých, Praha 2, Apolinářská 4a	224 911 364
Sananim – denní stacionář, Praha 7, Janovského 26	266 711 211
Sananim – Doléčovací centrum a chráněné bydlení, Praha 9.....	284 826 844
Sanima, Praha 9, Kytlická 758	286 582 954
Oddělení pro léčbu závislostí VFN, Praha 2, Apolinářská 4	224 968 224
Oddělení pro léčbu závislostí – Léčebna Bohnice pav.31, P-8, Ústavní 91.....	284 016 111
Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, Praha 4, Nad Ondřejovým 36..	241 444 199
Anonymní alkoholici, Praha 1, Na Poříčí 16	224 818 247