

Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, 2007

Petra Černíková, DiS.

Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta
Pacovská 350, 140 21 Praha 4

Katedra: Učitelství
Studijní program: Specializace v pedagogice
Obor: Sociální pedagogika

Téma:
ABÚZUS ALKOHOLU – SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Theme:
ABUSE OF ALCOHOL – SECONDARY PREVENTION

Vypravovala: Petra Černíková, DiS.

Vedoucí bakalářské práce: RNDr. Jana Leontovyčová, Csc.

PODĚKOVÁNÍ:

Za neocenitelnou a nezištnou pomoc při zpracování této absolventské práce děkuji všem, kteří mi poskytli cenné rady a informace. Zejména RNDr. Janě Leontovyčové, CSc. za pomoc a podporu při zpracování své práce. Dále pak odborníkům z Léčebny návykových nemocí v Nechanicích, zejména Bc. Janě Slavíkové. A v neposlední řadě Bc. Radku Valentovi za pomoc při elektronickém zpracování práce.

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Abúzus alkoholu- sekundární prevence napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů a souhlasím s jejím prezenčním zpřístupněním v knihovně UK HTF.

V Novém Bydžově dne

podpis.....

Resumé:

Díky praxi v Léčebně návykových látek v Nechanicích jsem měla možnost setkat se s problematikou alkoholizmu. V době mé praxe v Léčebně byl věkový průměr mezi 30-45 lety pro muže i ženy. Každý z nově příchozích klientů měl vlastní motivaci pro vstup do léčebny. Na motivaci klienta záleží následná léčba.

Cílem mé praxe v Léčebně bylo kontaktovat se s klienty a analyzovat problematiku alkoholizmu z hlediska příčin, pohlaví, věku, zdravotních následků a úspěšností léčby.

Résumé:

Thanks to the practice in the Medical Institution of the Addictive Drugs in Nechanice I had the possibility to meet problems of alcoholism. During my practice in the institution the average age of clients was between 30 and 45 years for men and women. Each of clients who came there had the own motivation for the entrance to the institution. Whole the following cure depends on the client's motivation.

The aim of my practice in the institution was to contact clients and analyze problems of alcoholism in terms of causes, sex, age, medical results and the fruitfulness of the cure.

„Co tady děláš?“
„Piji.“
„A proč piješ?“
„Abych zapomněl.“
„Nač abys zapomněl?“
„Abych zapomněl, že se stydím.“
„A zač se stydíš?“
„Stydím se, že piji!“

Antoine de Saint-Exupéry: Malý princ

OBSAH:

SEZNAM ZKRATEK

ÚVOD

A – Teoretická část	13
1. HISTORIE ALKOHOLU	13
2. TYPY ALKOHOLIZMU	14
3. SKUPINY OSOB ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU	15
3.1. Abstinenti	15
3.2. Konzumenti	15
3.3. Pijáci	15
4. VÝVOJ ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	16
5. NÁVYKOVOST	18
6. STÁDIA OPILOSTI	19
7. RESORPCE ALKOHOLU DO ORGANIZMU	21
7.1. Účinek alkoholu	22
8. VYLUČOVÁNÍ ALKOHOLU Z ORGANIZMU	23
9. POŠKOZENÍ ORGANIZMU	25
9.1. Somatické poškození alkoholem	26
<i>Infekční nemoci</i>	26
<i>Zhoubné nádory</i>	26
<i>Nemoci žláz s vnitřní sekrecí</i>	26
<i>Nemoci nervové</i>	27
<i>Srdce</i>	27
<i>Trávicí ústrojí</i>	27
<i>Nemoci kůže a svalů</i>	28
<i>Fetální alkoholový syndrom</i>	28
9.2. Psychická poškození alkoholem	32
<i>Psychická závislost na alkoholu</i>	32
<i>Postižení intelektu</i>	32
<i>Syndrom z odnění</i>	32
<i>Delirium tremens</i>	32
<i>Korsakovova alkoholická psychóza</i>	33
<i>Paranoidní psychózy</i>	33
<i>Alkoholické demence</i>	33
10. SPOTŘEBA ALKOHOLU	34
11. HODNOCENÍ SPOTŘEBY ALKOHOLU	36
12. SOUVISLOSTI MEZI ALKOHOLEM A JINÝMI NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI	37
12.1. Účinky alkoholu a jiných návykových látek na úrovni mozku	37
12.2. Kombinace účinků alkoholu a jiných látek	38
12.3. Nealkoholové drogy u závislých na alkoholu	39
12.4. Alkohol v kombinaci s jinými návykovými látkami u žen	40
12.5. Alkohol u dětí a mládeže	41
12.6. Alkohol jako průchozí droga návykové látky u dospívajících	43
12.7. Alkoholismus u rodičů	44
12.8. Alkoholismus a genetika	45
13. TERAPIE ALKOHOLIZMU A JEHO PŘÍZNAKŮ	46

B – Praktická část	47
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ.....	62
PŘÍLOHY	64
SUMMARY	81

SEZNAM ZKRATEK

AA	Anonymní alkoholici
ADH	antidiuretický hormon
apod.	a podobně
cl	centilitr
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
dcl	decilitr
EEG	elektroencefalografie
FAS	fetální alkoholový syndrom
g	gram
HIV	Human Immunodeficiency Virus, vir ze skupiny retrovirů způsobující AIDS
kg	kilogram
l	litr
ml	mililitr
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OA	objektivní anamnézy
str.	strana EEG
tj.	to je
tzv.	tak zvané
USA	United States of America = Spojené státy americké
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
WHO	World Health Organisation=Světová zdravotnická organizace
ZŠ	Základní škola

ÚVOD

Ze všech drog, které se dnes v naší společnosti vyskytují, je alkohol jednoznačně nejrozšířenější, nejdostupnější a nejlukrativnější, ale také jednou z nejdestruktivnějších drog. Alkoholu jsou globálně celosvětově přičítána 4 % z celkové zátěže lidstva nemocemi. To je stejný podíl, který je přičítán například tabáku a hypertenzi. Jsou zde ale zahrnovány důsledky nestřídmé konzumace a alkoholového abúzu, jednak ve světě existují velké rozdíly nejen v množství spotřebovaného alkoholu, ale i v typu konzumace, a to všechno (a mnohé další) jsou faktory, které výsledný efekt na zdraví významně determinují. Je známo, že konzumace alkoholických nápojů má příčinný vztah k více než 60 různým poruchám zdraví.

Euforizující, povzbuzující účinky alkoholického nápoje okusila alespoň jedenkrát většina z nás, mnozí z nich pak i následky po jeho předávkování. Jen málokdo z těch, kdo zažili zmíněné nepříjemné pocity, se však s alkoholem navždy rozloučí. Téměř nikdo nepochybuje o tom, že alkohol je návykovou látkou, na její škodlivost však nemají stejný názor. Je jisté, že časté požívání alkoholu zdraví neprospívá, rovněž větší jednorázová dávka má prokazatelně negativní, někdy až toxické účinky. V neposlední řadě je důležité vědět, že závislost se předává i geneticky.

Chtěla bych Vám odcitovat příběh, příběh, který napsala klientka, která se léčila, v době mé praxe, v Psychiatrické léčebně v Bohnicích, v pavilonu 8, což je ženské oddělení závislostí. O 11týdenní léčbě napsala příběh, který dle mého názoru, velice dobře vystihuje cestu životem alkoholika. Tímto příběhem bych Vám chtěla přiblížit, jaký kus cesty musí ujit každý, kdo touží se závislostí bojovat a hlavně boj vyhrát. Klientka svůj příběh nazvala "Ztroskotání."

ZTROSKOTÁNÍ

" Bylo nádherné počasí, sluníčko pálilo a skupina žen se chystala na příjemnou plavbu. Loď byla dostatečně vybavena k jejich spokojenosti. Vína tekla proudem, barevné lentilky, které udržovaly dobrou náladu, byly také k dispozici. Dámy byly spokojené, nic jim nechybělo. Jenom rodinným příslušníkům se to nějak nelíbilo - manželky a přítelkyně se jim vzdalovaly.

Blížily se k pustému ostrovu a nálada už nebyla tak růžová. Loď se kymácela, vlny byly vyšší a vyšší a loď se houpala stále víc. Některé z dam se přemístily do podpalubí za zamčené dveře a bylo jim špatně, neměly žádný kontakt s okolím. Jen lodní stevardka jim

nosila jídlo a kontrolovala jejich zdravotní stav. Ty odvážnější zůstaly na palubě, kde byl alespoň náznak civilizace.

Nějakým záhadným způsobem loď ztroskotala, ale kapitán lodi předem věděl, že katastrofa je nevyhnutelná. Ženy se ocitly na pustém ostrově. Musely o svůj život bojovat samy. Nálada poklesla, vína došla a ani lentilky nebyly. Stevardky se přemístily na ostrov a vyvinuly veškerou snahu udržovat je v psychické pohodě. Jejich empatie, pomoc a rady jim byly velmi prospěšné. Kapitán zůstal na lodi, přicházel jednou denně a zjišťoval, jestli loď a pasažérky jsou připraveny k návratu. Pokaždé usoudil, že vhodný čas ještě nenastal.

Dny ubíhaly v jakémisi stereotypu, podle daných pravidel, která bylo nutno respektovat. Někdy se některá z pasažérek pokusila o útěk a návrat do civilizace, ale marně. Pravidelně na ostrov připlouvaly lodičky s příbuznými. Ti přiváželi pamlsky, cigarety, ovoce, knížky, zkrátka to, co nebylo na ostrově k sehnání. Příbuzným a přátelům se však na ostrově nelíbilo, pobýli chvíli a odplouvali sami, protože lodičky byly malé a pasažérky by se tam nevešly. Ty zůstávaly na ostrově, odkázané samy na sebe. O jídlo se starat nemusely, kapitán jim zajistil stravu, sice bez chuti a zápachu, odpudivé barvy. Navíc studenou, protože ji dopravovala firma ze vzdálené pevniny; snad se jmenovala ALAMAR, nebo tak podobně.

Aby čas ubíhal, krátily si ho různým způsobem: většinou seděly v kroužku se stewardkami a povídaly si o svých životních prohrách a proč vlastně skončily na ostrově. Poslouchaly hudbu, pletly košíky. Z hlíny, která na ostrově byla, modelovaly všechno, co je napadlo.

Sportovaly, relaxovaly, některé objevily koně a zkoušely na nich jezdit. Někdy cvičily i jógu, to když kapitán povolal svérázného jogína, který cvičil i v kravatě a uměl se smát mnoha způsoby. Procházely se stewardkou po okolí a využívaly sluníčka, kterého si začaly nějak víc vážit.

Malovaly. Jedna stewardka z pevniny je učila tanec.

Některé se uchýlovaly k Bohu a Bibli probíraly s kolegou kapitána lékařem a pastorem v jedné osobě.

Povídaly si o tom, kde dříve pracovaly, jaké knížky četly, ale hlavně o sobě. Vždyť - co pasažérka, to osud.

Jedna z posbíraných korálků vyráběla nádherné šperky, které dříve sama předváděla, a ještě stačila každý den plavat ve studené vodě kolem ostrova.

Druhá ráda spala, uklízela a hlavně jedla. Ale nebyla lakomá, bonbóny rozdávala postiženým. Další se snažila každé ráno rozhýbat jejich těla v rychlém tempu, což ostatní

hodnotily jako "úlet". Tempo pak stewardky uklidňovaly relaxací spojenou s vyprávěním krásných příběhů, které posilovaly duši a podporovaly fantazii.

Jedna, která nikdy neztrácela dobrou náladu, ráda prala a malovala realistické obrazy pohádkových bytostí (např. Šípkovou Růženu). Ta se moc těšila na návrat, protože se chystala na dovolenou na jiný kontinent. Jiné se moc stýska po dětech, touha po nich byla o to větší, o co blíž ostrovu bydlela, vždyť domů skoro viděla. Byla smutná, ale moc milá. Její přítelkyně byla veselejší a se svým vzhledem mohla klidně dělat modelku nebo být herečkou. Ostrov hostil i cizí státní příslušníci, energickou a ráznou ženu, která se po návratu rozhodla emigrovat do blízké země. Další byla šetrná, nevyhazovala peníze za kadeřníka, ba ani na svůj účes nepotřebovala hřeben. Silná osobnost také nechyběla; ta na pevnině prožila tolik hrůzy a hororu, že ani Hitchcock by to nedovedl natočit. Klobouk dolů před její odvahou.

Dvě byly šlechtického původu. Starší se snažila udržovat dobrou náladu, protože jí to nebylo cizí a humor byl solí jejího života. Také zapisovala různá znaménka a čísílka, která byla možná podivná a nepochopitelná, ale nutná, aby mohla každá pasažérka na chvíli do okolí ostrova. Druhá byla mladá, hezká, veselá, plná elánu. Jejich zástupkyně celou dobu pletla, vyráběla květiny, které na ostrově nerostly. Pracovala tak pilně, až si z toho rozbila brýle. Lékařka na ostrově mohla zrovna tak být manekýnou, ale bohužel v klimatických podmínkách ostrova se jí nelíbilo. Měla s sebou zimní oblečení i lyže, ale toužila po tropech. Další byla velmi citlivá, ale návštěvy manžela a jeho pozornost ji držely "nad vodou". Když jí bylo smutno, hrála si na kytaru.

Týdny plynuly dál, mladé pasažérky se učily žít bez lentilek, starší bez vína. Některé byly družné, jiné nepromluvily ani slovo, natož aby se zasmály. Snily o tom, jaké to bude na pevnině, dělaly si dalekosáhlé plány.

Konečně nastal den, kdy kapitán se stewardkami usoudil, že je čas k návratu. Dal pokyn k vyplutí.

Zůstal s posádkou blízko ostrova, nechal si dopravit svůj oblíbený bůček a čekal. Pasažérky se jednotlivě vracely na malých lodičkách na pevninu. Zdravily se navzájem, měnily si telefonní čísla, byly šťastné a slibovaly si, že se sejdou - všude jinde, jenom ne na ostrově.

Na poloviční cestě potkaly velkou loď plnou uplakaných pasažérek, na které z ostrova mával kapitán.

Nesmály se, držely jim palce, protože věděly, jak těžký boj je čeká..."

ALENA

A – Teoretická část

1. HISTORIE ALKOHOLU

Alkohol pochází z arabského al-kahal, což znamená jemnou substanci. Alkohol vzniká při kvašení cukru působením kvasinek. Zkvašení může probíhat asi až do koncentrace 14% alkoholu. Při vyšší koncentraci jsou kvasinky zničeny vlastním produktem, dalším procesem vzniká užitečný ocet.

Lidstvo poznalo nejdříve víno, potom pivo. Destilace vešla v širší známost teprve v 11. století. Pije se pro hledání euforie, uklidnění (odstranění úzkosti, frustrace) nebo k odstranění mimořádných psychických stavů vůbec. Nejcennější je časové období, kdy stoupá hladina alkoholu v krvi (tataž hladina při odbourávání a vylučování alkoholu působí zcela jinak – „ráno musím pít, aby se mi přestaly klepat ruce“), kdy je postupně zaplavován nervový systém. Toto období trvá zpočátku poměrně dlouho, u pijáků se však zkracuje na několik minut. Účinkem alkoholu trpí pozornost, pracovní tempo se nehospodárně zrychluje, přibývá chyb, prodlužuje se reakční doba, porušuje se koordinace pohybů. Stoupá odvaha, mizí opatrnost, strach i tréma. Říká se, že alkohol je startovací drogou, která umožní poznat uměle vyvolané psychické změny.

CHEMIE: Alkoholické nápoje jsou podle zákona lihoviny, víno a pivo a všechny ostatní nápoje obsahující více jak 0,75 objemových procent alkoholu. Působí nejen etylalkohol, ale i jiné alkoholy; nejhůře amylalkohol (v Bourbon Whisky byl prokázán acetaldehyd). Některé výrobky obsahují železo, olovo, měď, a dokonce i kobalt. Při stanovení bodu varu 77° — $77,8^{\circ}$ C se musí veškerý etanol předestilovat.

2. TYPY ALKOHOLIZMU

Alfa – nedisciplinované pití, má kontrolu v pití (tento typ může trvat i desítky let). Většinou nepokračuje do III.stádia alkoholizmu. Může přejít v gamu (nekontrolované pití).

Beta – není tu závislost, ale dochází k sekundárním nemocem např.gastritidy¹, cirhózy².

Gama – zvýšená tolerance na alkohol, ztráta kontroly v pití, schopnost abstinence.

Rozlišujeme na:

- normální společenské pití (důležité-nepije vše, co mu přijde pod ruku!)
- prodromální fáze (má okénka, ještě může přestat, občas nejde do práce, těší se na alkohol, při „abst'áku“ má třes).

Delta (románský typ) – neschopnost abstinence při vysazení alkoholu, větší abstinenční příznaky, má stále svou hladinu.

Závislost hlavně tělesná. Psychická se rozvíjí později.

Subintoxikace. "Nikdy opilý, nikdy střízlivý". (Organismus nikdy neodpočívá).

Jde o neustálou pokračující konzumaci alkoholických nápojů. Hladina alkoholu v krvi je trvale udržována. Nenese s sebou abstinenční příznaky. Zneužívání alkoholu je v tomto případě nenápadné, tělesné potíže nejsou připisovány alkoholu a je proto větší nebezpečí zdravotních následků narozdíl od typu gama, kde jsou charakteristické důsledky spíše ve sféře společenské.

Riziko: poškození jater, delirium.

Epsilon – dipsomanie – alkoholizmus, který „nasedá“ na jiný typ nemoci (např.schizofrenie, mánie, epilepsie)

Často provází jiná onemocnění (maniodepresivní psychózu). Je změněná kontrola požívání alkoholu i chování, většinou v období krize. Jedinec pije určitou dobu a pak skončí, abstinuje; a po určité periodě opět pije.

¹ Gastritida=zánět žaludeční sliznice

² Cirhóza=svraštění a zatvrdnutí orgánu při tvorbě nového vaziva

3. SKUPINY OSOB ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU

Lidé, kteří požívají alkoholické nápoje, můžeme rozdělit do 4 skupin, podle toho, co od těchto nápojů žádají: na skupiny *abstinentů*, *konzumentů*, *pijáků* a do *osob závislých na alkoholu*.

3.1. Abstinenti

Abstinent je člověk, který nepožil alkoholický nápoj v jakékoliv formě a množství po dobu alespoň 3 let.

Důsledných abstinentů je málo a pokud jsou, vyskytují se nejčastěji mezi dětmi od 5 do 6 let. V tomto věku v největším počtu případů totiž končí abstinence dětí, protože na základě iniciativy některého konzumenta nebo pijáka v rodině okusí dítě nejdříve pivo, později víno, apod.

3.2. Konzumenti

Většina z nás se v dětství či mladistvém věku a méně už v dospělosti zařadí do této velké rodiny, kteří od alkoholického nápoje chtějí opravdu jen tekutinu a chuť a až výjimky nevědí, jaké účinky na nervový systém má alkohol obsažený v nápoji.

Tedy dospělý konzument pije vhodný alkoholický nápoj ve vhodném množství a ve vhodném věku. (1/3 10° piva nebo 1cl (1 centilitr) vína po práci a po jídle, vylepšení chuti čaje několika gramy rumu). Takový konzument nápoj vypije, uspokojí svou chuť, ale protože požil 7-10g(gram) alkoholu, který zdravá játra umí rozložit ještě během vstřebávání, tj.(to je) 1 hodinu, alkohol se v krvi prakticky neobjeví a neovlivní tedy nervovou činnost.

Mezi konzumenty patří malé procento mužů a značné procento žen a mládeže.

3.3. Pijáci

Pijákům nestačí alkoholické nápoje ani jako zdroj tekutiny, ani je neuspokojuje jen jejich chuť. Žádají si již účinků alkoholu obsaženého v nápoji, žádají si alkoholickou euforii. Konzumují tedy alkoholický nápoj ne pro ukojení žizně, ale především proto, aby pod vlivem alkoholu jako drogy pocítili euforii, o které se domnívají, že je bez jakéhokoliv rizika. Od té doby, kdy člověk hledá v alkoholickém nápoji zdroj euforie, tj. příjemnou změnu nálady, obveselení, úlevu, odstranění potíží a duševního napětí, zapomnění apod. začíná kratší, delší či dlouhá cesta, během níž se z nevinného pijáka vyvinou a někdy se skutečně vyvíjí těžký, často i tragicky závislý na alkoholu.

4. VÝVOJ ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Prakticky každý člověk se ve svém životě setká s alkoholem. Uvádí se, že zhruba každý pátý člověk alkohol odmítne a později jej nekonzumuje vůbec, nebo jen výjimečně. Ostatní lidé více či méně alkohol konzumují. Přibližně každému desátému člověku pití alkoholu způsobuje občas nějaké potíže, které se ale časem nijak nestupňují. K závislosti se dostávají asi 3% populace.

Příčiny závislosti mohou být jednak vnitřní (psychologické a biologické) a jednak vnější (sociální). Biologické příčiny jsou genetické, metabolické a neurohumorální³ a obvykle se uplatňují prostřednictvím psychologických mechanismů.

Dlouhodobé nadměrné pití alkoholu vede k adaptaci buněk v organismu na trvalý přívod etanolu (alkoholu). Vzniká tolerance a později se rozvíjí syndrom odnětí drogy (abstinenční syndrom) při přerušení pití.

Vývojová stádia alkoholismu podle E.M.**Jellineka**⁴ (zakladatel moderní alkoholologie) jsou následující:

„Stádium počáteční (iniciální). Během tohoto stádia se budoucí klient neliší nijak od svého okolí a neporušuje žádné společenské normy. Pije především kvůli psychotropním účinkům alkoholu, protože se pod jeho vlivem cítí mnohem lépe a dokáže překonávat situace, které pro něj dosud byly bolestné nebo neřešitelné. Pije stále častěji a tolerance vůči alkoholu v jeho organismu vzrůstá.

Stádium varovné (prodromální). Rostoucí tolerance organismu nutně vede ke zvyšování hladiny alkoholu v krvi pro navození příjemných pocitů. To se projevuje zřetelnou opilostí. Klient si uvědomuje, že jeho pití je nápadné a začíná se za své počínání stydět. Proto své pití skrývá a snaží se maximálně kontrolovat. Díky psychickému vypětí se může i při menší dávce etanolu dostat do stavu, kdy si nic nepamatuje (okénko). Rostoucí pocit viny vyvolává v postiženém odhodlání vypořádat se s alkoholem a zvládnutí účinků alkoholu se pro něj stane důležité.

³ Neurohumorální = mající vztah jak k nervovému systému, tak k hormonům

⁴ E.M.Jellinek: The disease concept of alcoholism in the USA, Hillhouse Press 1960

Stádium rozhodné (kruciální). V tomto stádiu ještě roste tolerance organismu. Klient snese značné dávky alkoholu, aniž by se u něj projevovala intoxikace. Klient dlouhou dobu působí střízlivým dojmem a pak se náhle během jediné sklenky úplně opije. V tomto stádiu dochází ke změně kontroly v pití. Alkohol se již stal součástí základních metabolických procesů a změnila se reakce organismu na jeho určitou dávku. Někdy nedochází k tomu, že každé napití končí opilostí. Klient se pak falešně domnívá, že situaci zvládá a je pro něj povzbuzením pro další pití s kontrolou. Častá opilost nutně vede k budování racionalizačního systému, kterým zdůvodňuje svému okolí i sobě příčiny pití. Získávání alkoholu, jeho ukrývání a zdůvodňování vyžaduje stále více času a schopností klienta. Hovoříme o alkoholcentrickém chování. Upadají zájmy o koníčky a přestává stačit na své povinnosti v zaměstnání a v rodině. Čím více se chování a liší od jeho původního systému hodnot, tím více v něm rostou pocity viny. Klient začíná věřit svému racionalizačnímu systému a buduje si pocit křivdy, aby měl důvody proč pít. Mění se jeho osobnostní struktura a projevují se negativní stránky jeho osobnosti. Dříve spolehlivý a čestný člověk neplní své sliby, podvádí a je zlý vůči lidem. Tím se ale jen prohlubuje pocit vlastní ubohosti a abuzér se uzavírá do svého vnitřního světa, který střeží před okolím. Klient přestává být vybíravý ve značce a pije kterýkoliv nápoj, v němž je alkohol. Tlak okolí ho někdy donutí dlouhodobě abstinovat. Tento stav ale končí, jakmile tlak okolí se zmírní nebo zmizí. V tomto stádiu se objevují zdravotní poruchy. Nejde většinou o poškození orgánů, ale o poruchy regulace v celém organismu. Klient může někdy navštěvovat odborné lékaře se stížnostmi na určité nejasné potíže, ale navzdory odborné péči se jeho stav nezlepší. Většina klientů v tomto stádiu nevyhledá léčbu a pije dál. Stoupající frekvence opilosti dosáhne stavu, kdy klient je více dnů v týdnu opilý.

Stádium konečné (terminální). Charakteristickým znakem terminálního stádia je nepříjemný stav po vystřízlivění, kdy je klient nucen se "léčit" další dávkou alkoholu (tzv. "ranní doušky"). Po ranním doušku obvykle pokračuje v pití a dostává se do několikadenního stavu opilosti. Klient nezůstává u pití alkoholických nápojů, ale pije také různé technické prostředky, které obsahují alkohol. V důsledku poškození jater a vyčerpání rezerv organismu klesá tolerance organismu vůči alkoholu. Klient se opije menší dávkou, než dříve. Objevují se u něj různá poškození orgánů, ať už jater, nervového systému či cév. Typické jsou duševní poruchy. Nastupuje degradace osobnosti a celý život klienta se soustřeďuje jen na získání alkoholu. Objevuje se stav, kdy bez alkoholu ani s alkoholem nemůže klient existovat. Většinou v tomto stádiu klient vyhledá pomoc a někdy se pokusí o sebevraždu.“

5. NÁVYKOVOST

Při nadužívání alkoholu vzniká fyzická i psychická závislost, u dospělého jedince se vyvíjí zhruba 10 let.

Vývojová stadia závislosti na alkoholu:

1.stadium

Jedinec si sám ordinuje alkohol, aby potlačil nepříjemné psychické stavy nebo aby dosáhl dobré nálady, uklidnil se a povzbudil. Většinou pije jen ve společnosti, opijí se zřídka. Tolerance organismu na alkohol se začíná zvyšovat.

2.stadium

Jedinec přechází od méně koncentrovaných alkoholických nápojů ke koncentrovanějším. Alkohol je dobře snášen. Stavy opilosti se stávají běžnými, k psychické závislosti se začíná přidružovat fyzická. Snižuje se schopnost pití ovládat a zastavit .

3.stadium

Tolerance organismu vůči množství alkoholu v krvi je stále dobrá. Objevují se poruchy paměti (tzv.okna). Při nedostatku drogy se objevují abstinenční příznaky. Jedinec pije již také v soukromí. Na pracovišti se začínají stupňovat sociální konflikty a problémy spojené s pitím. Výrazně se zhoršuje fyzické zdraví.

4.stadium

Tolerance organismu se snižuje, k opilosti stačí jen malé množství alkoholu. Jedinec je téměř stále opilý. Poruchy paměti se objevují častěji. Osobní a sociální devastace je stále zjevnější. Objevují se alkoholické psychózy.

Závislých v tomto stádiu je na celém světě asi 1%. Avšak rizikové pití vedoucí k poškozování organismu je ve vyspělých zemích mnohonásobně vyšší (uvádí se až 40% dospělé populace).

6. STÁDIA OPILOSTI

„Pro rychlý odhad hladiny alkoholu v krvi zhruba platí, že u muže průměrné hmotnosti jsou po vypití jednoho půllitru desetistupňového piva asi 0,3‰ alkoholu v krvi. Po vypití půllitru dvanáctistupňového piva nebo 0,5dl lihoviny nebo 2dl vína asi 0,4‰ alkoholu v krvi. Dávky alkoholu, při kterých není překročena koncentrace 0,6-0,8‰ alkoholu v krvi, vyvolávají v psychice člověka většinou žádoucí, příjemné účinky, kdežto dávky způsobující koncentraci alkoholu nad 0,8‰ zpravidla způsobují pravý opak, tj. účinky nežádoucí. Tam, kde jde o vysoké nároky na rovnováhu a koordinaci u člověka, např. u letců se může porucha rovnováhy a koordinace okohybných svalů projevit již při malých dávkách alkoholu (po 0,3l desetistupňového piva). Čím složitější je výkon, tím nižší je hranice pro toxický účinek alkoholu. Při požití alkoholu je zpomalena schopnost učení. Např. v počítání je spíše ovlivněna přesnost než rychlost. Materiál naučený pod vlivem alkoholu je obtížné si vybavit ve střízlivosti, ale lépe po novém napití. Dlouhodobý abúzus alkoholu se záporně projevuje zejména při řešení problémů, ověřování domněnek a při rychlém zpracování nových informací. Naproti tomu na úkoly založené jen na opakování dříve dobře naučených znalostí nemá alkohol tak příliš záporný vliv. Pomocí výpočetní tomografie se podařilo prokázat, že 46% mužů ve stáří 20-29let (abuzérů a závislých) má výrazné nálezy poškození mozkových buněk. S věkem a délkou abúzu se poškození zvyšuje, přičemž postihuje nejvíce čelní oblasti mozkové kůry. Poškození však není zdaleka úměrné stupni snížení intelektu. Při důsledné abstinenci od alkoholu je tato atrofie do značné míry vratná. V počátcích alkoholického opojení (*první stadium opilsti*) vzniká u člověka stav spokojeného a sdílného rozpoložení mysli. Obvykle se to projevuje i navenek veselým výrazem obličeje, živou mimikou, výřečností a smíchem. Člověk je rozpustilý, snadno a rád uzavírá přátelství, dostavuje se u něho zvýšený pocit sebevědomí, dojem, že by snadno překonal všechny životní těžkosti. A právě tento stav, v němž se lidé cítí znamenitými a schopnými, je často nejsilnějším popudem, že člověk sahá po alkoholu a považuje alkohol za útěchu ve štěstí i neštěstí.

V dalším průběhu opilsti (*druhé stadium opilsti*) se pijící člověk stává nekritickým, netaktním, začíná křičet, zpívat, nedbá o své okolí. Jeho chování a jednání je impulsivní, nepromyšlené. Takoví lidé již postrádají schopnost naslouchat druhým, neumějí kontrolovat svou řeč, jejich obličej rudne, tep stoupá nad 100tepů za minutu. Pohyby jsou neuspořádané, opilý snadno porazí sklenici, má závratě, při chůzi vrávorá, vidí dvojité.

Při těžké akutní otravě alkoholem (*třetí stadium opilsti*) se dostavuje již únava, spavost, často zvracení. Obličej ztrácí svoji červeň a bledne. Při velkých dávkách alkoholu se

opilost podobá narkóze: dochází k úplnému bezvědomí, necitlivosti a mimovolnému močení a pokálení. Svalstvo je uvolněné, tep mělký, dýchání pomalé, zornice normální nebo rozšířené, na světlo nereagují. Někdy je člověk zmatený, blouzní, zmítá s sebou a tropí povyk. V těžkých případech a při nedostatečné pomoci může zemřít i následkem ochrnutí tzv.(tak zvané) dýchacího centra v prodloužené míše.

V prvním stadiu opilosti dosahuje koncentrace alkoholu v krvi 1-1,5‰, v druhém stadiu 1,5-3‰ a ve třetím stadiu dosahuje koncentrace 3 i 4‰.

Stupeň opilosti, jak již bylo uvedeno, je tedy charakterizován jednak vnějšími projevy, jako je porucha chůze, porucha rovnováhy, jednak obsahem alkoholu v krvi, přičemž 100% shodu projevů vnějších a vnitřních vykazují teprve hladiny nad 2‰ alkoholu.

Vnější projevy opilosti se mohou totiž za určitých okolností (např. úlekem při dopravní nehodě) náhle a alespoň na krátkou dobu změnit a člověk jako najednou "vystřízlivěl". Naproti tomu není znám žádný prostředek, který by výrazněji ovlivnil hladinu alkoholu v krvi. Z tohoto důvodu je také Widmarkova zkouška na určení koncentrace alkoholu v krvi potřebným důkazem při zjišťování i hodnocení stupně opilosti člověka pro potřebu soudního řízení.⁵

5 Přednáška Ing.Jaroslava Zikmunda (znalec v oboru toxikologie a instrumentální chemie)

7. RESORPCE ALKOHOLU DO ORGANIZMU

Metabolismus - resorpce alkoholu do organismu probíhá prostou difúzí. Optimálním předpokladem pro jeho resorpci, která je možná všemi cestami, je jeho rozpustnost ve vodě. Resorpce alkoholu vdechováním par, třeba ve vinných sklepích či skladech alkoholických nápojů, nemá praktický význam. Koncentrace alkoholových par ve vzduchu nedosáhne ani v takovém prostředí úrovně, aby se dechem vstřebávaný alkohol nestačil současně z organismu eliminovat.

Stejně je tomu při resorpci alkoholu neporušenou kůží dospělého člověka. U malých dětí však prostupuje alkohol kůží snáze a při jeho dlouhodobé aplikaci na velké plochy, třeba v obkladech, došlo již k těžkým intoxikacím.

Poraněnou kůží proniká alkohol rychle do krve a při ošetření větších ploch zraněné kůže alkoholickým roztokem může zakrátko dojít i k významnému zvýšení hladiny alkoholu v krvi. Ze zažívacího traktu je resorpce alkoholu nejčastější.

Resorpce alkoholu začíná již v ústech. Množství alkoholu vstřebané ústní sliznicí však zůstává pod úrovní eliminace a k průkaznému zvýšení hladiny alkoholu v krvi nedojde, i když člověk podrží silně koncentrovaný nápoj v ústech po delší dobu. Ze žaludku se vstřebává asi 20% vypitého alkoholu. Rozhodující část, tj. celých 80% vypitého alkoholu se vstřebává z dvanáctníku a z horního úseku tenkého střeva. Rychlost resorpce alkoholu do krve a do organismu závisí především na difúzním spádu a na velikosti plochy zažívacího traktu, z níž může resorbovat.

Resorpce začíná v okamžiku požití alkoholického nápoje. Rychlost resorpce mohou někdy značně ovlivnit i jiné látky obsažené v alkoholickém nápoji. Kysličník uhličitý urychluje resorpci tím, že vyvolává ve stěně žaludku vazodilataci⁶. Aromatické látky a hořčiny rovněž vedou ke zvýšenému prokrvení sliznic a tím urychlují resorpci. Cukry vstřebávání zpomalují. Alkohol ze sladových a silně oslazených nápojů se tedy oproti čistým nápojům stejné koncentrace resorbuje pomaleji. Vliv má také teplota nápoje. Vyšší teplota nad 18 °C působí na resorpci příznivě, teplota nižší než 8°C vstřebávání zpomaluje.

Zanedbatelný není ani momentální fyzický a psychický stav. Silné nervové vypětí a únava zpomaluje resorpci pro snížení žaludeční motoriky. Rovněž u osob nenavyklých pití, nebo když je pito proti vůli, je resorpce pomalejší.

⁶ Vazodilatace = rozšíření cév

Fyzická námaha naopak urychluje resorpci paralelně se zvyšováním metabolismu. Je zde také nutno brát v úvahu chorobné stavy zažívacího traktu.

Rychlost vstřebávání je závislá především na době, množství a druhu jídla. Množství potravy požitá před pitím je třeba vztahovat k množství vypitého alkoholu. Vypije-li se malé množství alkoholického nápoje, třeba i koncentrátu po objemném jídle, dojde k obzvláště k významnému zpomalení resorpce. Malé kvantum alkoholu se v žaludečním obsahu "utopí".

Kvalita jídla požitého před pitím rovněž ovlivňuje rychlost resorpce. Při smíšené potravě bohaté na bílkoviny a tuky je resorpce zpomalena výrazněji, než při potravě složené převážně z uhlovodanů.

Resorpce probíhá v podstatě exponenciálně. Zpočátku je pomalejší, přechodem alkoholu do dvanáctníku a tenkého střeva se zrychluje a při vrcholu resorpční křivky se opět zpomaluje pro snížení difúzního napětí. V okamžiku, kdy dosáhne křivka hladiny alkoholu v krvi vrcholu, není ještě resorpce alkoholu ze zažívacího traktu do krve ukončena, a to ani při jednorázovém pití. V této době, kdy je ještě koncentrace alkoholu v zažívacím ústrojí vyšší než koncentrace alkoholu v krvi, resorpce alkoholu do krve stále pokračuje. Vrchol křivky jen ukazuje, že došlo k rovnováze mezi invazí alkoholu ze zažívacího traktu do krve na jedné straně, a jeho pronikáním z krve dále do organismu a eliminací na straně druhé.

7.1. Účinek alkoholu

Závisí především na:

- výši hladiny alkoholu v krvi.
- v tom, zda se jedná o fázi resorpční či postresorpční (ve fázi resorpční je ovlivnění CNS (centrální nervová soustava) značně vyšší než při stejné hladině ve fázi postresorpční).
- návyku požívání alkoholu (navyklost požívání alkoholu **není** závislost).
- věku (u dětí a mladistvých je účinek vyšší než u dospělých).
- hladiny alkoholu v krvi pod $0,2 \text{ g} \cdot \text{kg}^{-1}$ považujeme za fyziologické.
- horní mez je silně individuální; již hladina alkoholu v krvi nad $3 \text{ g} \cdot \text{kg}^{-1}$ pro někoho může být smrtelná, ale není výjimkou řidič vozidla, zpravidla nabouraného, s hladinou okolo 5 g/kg .

8. VYLUČOVÁNÍ ALKOHOLU Z ORGANIZMU

Alkohol se vylučuje z organismu z 90 až 95% oxidací v procesu látkové přeměny, 5 až 10% se vylučuje v nezměněné formě, dechem asi 4 až 7%, močí 1 až 3%. Vylučování alkoholu jinými cestami je prakticky zanedbatelné.

Oxidace alkoholu probíhá asi 60 až 90% v játrech. Prostřednictvím alkoholdehydrogenázy se alkohol mění na acetaldehyd, který je dále metabolizován na kyselinu octovou a acetylkoenzym A⁷. Acetylkoenzym A je pak měněn cestou Krebsova cyklu⁸ na oxid uhličitý a vodu. V menší míře, tj. asi 10%, ale i až 40% se alkohol oxiduje systémem kataláz (kataláza - enzym vodíku rozkládající peroxid vodíku na vodu a molekulární kyslík). Oxidace alkoholu touto cestou dovoluje vysvětlit vysokou toleranci některých osob k alkoholu, jak se mnohdy pozoruje u lidí navyklých pítí.

Vylučování alkoholu v nezměněné formě, převážně dechem a močí není konstantní. Je to závislé na hladině alkoholu v krvi. Eliminace (celková) alkoholu není konstantní a kolísá v určitých mezích.

Alkohol a acetaldehyd zasahují všechny orgánové systémy, nejvíce nervový systém a játra. Dochází k narušení látkové přeměny sacharidů a lipidů a k jiným změnám. Acetaldehyd vytěsňuje vápník z membrán a interferuje s metabolismem biogenních aminů, přičemž vznikají tetraizochinoliny, které působí jako falešné neurotransmitery. Podání alkoholu vede normálně k aktivaci enkefalinové opiatové soustavy⁹, při chronickém používání naopak k formování tolerantnosti těchto systémů.

Po 600 litrech čistého alkoholu jsou patrné změny EEG (elektroencefalografie), po 900 litrech atrofie mozku. Alkohol je diuretikem (lék, zvyšující tvorbu a vylučování moči), a to svým zásahem přes zadní lalok hypofýzy, kde inhibuje (inhibitory-látky schopné tlumit určitý děj) ADH (antidiuretický hormon, též vazopresin). Zahuštění krve má ovšem za následek, že jsou uvedeny v chod kompenzační mechanismy s výsledkem pocitu žízně.

Alkohol při chronickém zneužívání zvyšuje pohotovost ke křečím. Závislosti propadá 7 až 10% pijáků podle citlivosti a dlouhodobého vlivu společenského prostředí.

Citlivost je dána genetickým polymorfismem (stav charakterizovaný bohatostí vzhledu, projevu či příznaků v rámci jednoho projevu) lidské jaterní alkoholdehydrogenázy -

7 Acetylkoenzym A = významná sloučenina, která je produktem a východiskem metabolismu řady látek

8 Krebsův cyklus = ve spojení s dýchacím řetězcem má zásadní význam pro získání energie v buňce

9 Enkefaliny = skupina látek řadící se k endogenním opiátům

dvanáctý chromozóm. Její nízké množství v erytrocytech může působit zvýšenou hladinu acetaldehydu v periferní krvi¹⁰. Tyto odlišnosti vyvolávají např. výraznější červenání a rychlejší růst hladin alkoholu a acetaldehydu v krvi.

Koncentraci alkoholu v krvi $1\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ orientačně odpovídá požití asi 1,5litru desetistupňového piva, nebo 1,25 litru dvanáctistupňového piva, půl litru vína, nebo 1,5-1,25dl likéru nebo 1dl tvrdého alkoholu a zde je nutno opět závislost na hmotnosti a pohlaví vyšetřované osoby.

Vliv alkoholu na lidský organizmus je možno obecně charakterizovat následovně:

Tabulka 1 Vliv alkoholu na lidský organizmus

do 0,3 ·	je tolerována, nemluvíme o podnapilosti
0,4 - 0,5 $\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$	vznikají poruchy vestibulárního aparátu a vnímání
0,5 - 1,0 $\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$	hovoří se již o podnapilosti, odpovídá 25 - 50 g absolutního alkoholu u člověka vážícího 70 kg
1,0 - 1,5 $\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$	mírný stupeň opilosti - 50 - 70 g absolutního alkoholu (excitační stadium alkoholového opojení)
1,5 - 2,0 $\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$	100 g absolutního alkoholu
2,0 - 3,0 $\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$	těžký stupeň opilosti - 150 g absolutního alkoholu (u 50 % osob způsobuje stav bezvědomí)
3,0 - 5,0 $\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$	absolutní otrava alkoholem - 200 g a více g absolutního alkoholu (např. 0,5 l rumu)
nad 5,0 $\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$	smrtelná otrava - toto je hranici orientační a individuální, neboť je zde nutno brát v úvahu návyk na požívání alkoholu

¹⁰ Periferní krev = krev, která obíhá v cévách

9. POŠKOZENÍ ORGANIZMU

Alkohol je v našich krajích nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. V roční spotřebě alkoholu na jednotlivce patříme k zemím s jeho nejvyšší konzumací a z toho plyne i častost a závažnost komplikací, které alkoholismus přináší jak v oblasti zdravotní, tak společenské. Uvádí se, že 70 procent vražd je spácháno pod vlivem alkoholu.

Akutní intoxikace se jako prostá podnapilost projevuje psychickou uvolněností, ztrátou zábran v kontaktu, mizí úzkost, zvyšuje se sebevědomí. Nápadná je porucha koordinace pohybů, dochází k ataxii¹¹ a ke zpoždění reakcí, což může vést například při řízení automobilu k havárii. Hladinu alkoholu v krvi (alkoholemie) přesahující **0,3 promile** jednoznačně svědčí pro požitý alkohol. Lehké podnapilosti odpovídá alkoholemie **do 1,5 promile**. Hladina v **rozmezí 1,5-2,5 promile** odpovídá středně těžké opilosti. Hodnoty **nad 2,5 promile** již značí těžkou opilost. Při alkoholemii **kolem 5 promile** dochází ke smrti. K orientačnímu zjištění přítomnosti alkoholu v dechu se užívá alkoholových trubiček. Někdy se může dostavit na požitý alkohol (bez ohledu na jeho množství) zcela neobvyklá reakce (patická opilost) charakterizovaná kvalitativní poruchou vědomí s agresivním chováním, kdy takto intoxikovaný jedinec může jednat i proti svým zásadám. Jde v podstatě o mráкотný stav, na jehož průběh má jedinec výpadek vzpomínky. Tento stav je v praxi nutno odlišovat od běžných okének, která označují výpadek paměti na zpravidla krátké, ohraničené časové úseky.

Škodlivé užívání vede v průběhu let k předčasnému rozvoji aterosklerózy (kornatění tepen, ateroskleróza) se všemi komplikacemi (srdeční infarkt, cévní mozkové příhody), k vředové chorobě, jaterní cirhóze, poruchám pankreatu, ledvin a k mnoha dalším poškozením. Průměrný život alkoholiků je nejméně o deset let kratší ve srovnání s ostatní populací. Časté jsou deprese se sebevražednými pokusy.

¹¹ Ataxia = porucha koordinace pohybů

Přehled zdravotního poškození

Tabulka 2 Zdravotní následky abúzu alkoholu

SOMATICKÉ	PSYCHICKÉ
Infekční nemoci	Psychická závislost na alkoholu
Zhoubné nádory	Postižení intelektu
Nemoci žláz s vnitřní sekrecí	Poruchy osobnosti
Poruchy přeměny a výživy látek	Syndrom z odnětí
Nemoci krve a krvetvorných orgánů	Delirium tremens
Nemoci nervové	Alkoholická halucinóza
Nemoci oběhové soustavy	Korsakova alkoholická psychóza
Nemoci trávicí soustavy	Paranoidní alkoholická psychóza
Nemoci kůže a svalů	Patická opilost
Úrazy a otravy	
Fetální alkoholový syndrom (FAS)	

9.1. Somatické poškození alkoholem

Infekční nemoci

Alkohol má nepříznivý vliv na vznik a rozvoj infekčních onemocnění, neboť potlačuje buněčnou a humorální imunitu. Příkladem může být plicní tuberkulóza, která se u abuzérů alkoholu vyskytuje daleko častěji než u ostatního obyvatelstva. Dochází k nečekaným infekcím a k rozpadu plicní tkáně. Takový pacient je pak nebezpečným zdrojem nákazy pro ostatní. Alkohol přispívá i k šíření venerických onemocnění (pohlavních onemocnění), neboť potlačuje zábrany a vede k nevybíravému střídání partnerů.

Zhoubné nádory

Další skupinou onemocnění jsou zhoubné nádory. Výskyt rakoviny dutiny ústní a nosohltanu je u pijáků alkoholu 2,5krát vyšší než u abstinentů a u pijáků, kteří kouří, je toto riziko 24krát vyšší. Byla konstatována i úzká souvislost mezi konzumací piva a rakovinou rekta (konečníku). Zvýšený výskyt je i u rakoviny jícnu, žaludku, tenkého střeva, jater a slinivky břišní.

Nemoci žláz s vnitřní sekrecí

Alkohol zasahuje nepříznivě i do hormonální regulace organismu. Kromě jiného vede ke snížení hodnot testosteronu (mužský pohlavní hormon). Nedostatek jaterního glykogenu

může vést k hypoglykémii až k hypoglykemickému kómatu. Pacient pak zůstává v bezvědomí i při nízké hladině alkoholu. Alkohol se může podílet i na vzniku diabetu.

Nemoci nervové

Co se týče nervového systému, který je vůči alkoholu nejcitlivější, je určování škod obtížnější než u jiných orgánů. Z hrubých příznaků porušení nervové činnosti sem patří třes prstů, pocení, nespavost, celková dráždivost, slabost, malátnost a bolesti hlavy. Jinými příznaky jsou tzv. okénka – piják nemá vzpomínky na určité období proběhlé opilosti. Mezi další poruchy nervové soustavy, ve které dochází pod vlivem nadměrné konzumace alkoholu, patří oslabení paměti. V pokročilejších stádiích závislosti na alkoholu dochází k zánětům nervů, které se mohou ohlašovat mravenčením v končetinách, křečemi v lýtkách, jejich bolestmi až necitlivostí. Mezi hrubé poruchy nervového systému patří pomočování nebo pokálení při akutní intoxikaci alkoholem a všechny stavy, které zařazujeme do duševních nemocí zaviněných alkoholem – jeho nadměrnou konzumací. Nervový systém, zejména centrální nervová soustava, je na alkohol nejcitlivější a jeho dočasné i trvalé poškození se projevují v psychice i v jednání člověka, v jeho společenské činnosti a společenských vztazích. Jde o bohatý rejstřík poškození od lehčích poruch vnímání a paměti přes stupňování duševní únavnosti, afektovou labilitu (citovou nestálost), zvýšenou sugestibilitou (podléhání vlivům), oslabení vůle až k povšechnému zpřimitivnění a zchudnutí duševního života. V průběhu doby vzniká dříve nepřítomná povrchnost jednání, ztráta společenského taktu i duševní pohotovosti, směs sentimentality, zhrubělosti a otupělosti. Špatný náhled pijáka a člověka závislého na alkoholu na vlastní stav neznámý. Tvrzení, že člověk závislý na alkoholu vždy lže, je potvrzením jeho útěku od reality. Mezi nejčastější psychické nemoci osob závislých na alkoholu patří alkoholické psychózy

Srdce

Vlivem velkého množství tekutiny nacházíme často u pijáků piva nebo vína i změny na srdci, které je zbytnělé; přitom nejde o zvětšení ve smyslu přizpůsobení se větší námaze, ale spíše o ztučnění. Při takovém stavu se pijáci zadýchávají a nesnášejí větší námahu tak dobře jako dříve. Srdeční sval musí vykonat daleko více práce, když je zatíženě püllitry piva a současně přiotráven alkoholem.

Trávicí ústrojí

Zde dochází jak ke změnám na žaludeční a střevní sliznici, tak i ke změnám složení žaludečních šťáv. Složení žaludečních šťáv souvisí pak s větším nebo menším poškozením sliznice a má pochopitelně velký význam při trávení a při využívání potravy. Piják je často v

situaci, že dobře jí, že si dopřává, ale neumí spotřebovat hodnotné jídlo a využít ho ve prospěch organismu. Porucha trávení vede později ke změnám chuti a jídelního lístku a nakonec k nechutenství provázené zácpou, průjmami a někdy obojím.

Nemoci kůže a svalů

Při abúzu alkoholu dochází ke změnám na kůži, které mohou být diagnostickým vodítkem. Dochází k atrofii podkožní tukové tkáně v obličeji, na nose se objevuje rosacea¹².

Při jaterní cirhóze se mohou na kůži objevit pavoukovité névy¹³ a rozšíření povrchních žil na břicho a hrudníku. Někdy můžeme pozorovat symetrické bílé proužkování nehtů.

Fetální alkoholový syndrom

První, kdo upozornil na skutečnost, že alkohol nepříznivě ovlivňuje vývoj plodu, byl již starořecký filosof Platón, který v jednom ze svých spisů uvedl: „Bylo-li dítě počato v alkoholovém opojení, objeví se u něho slabomyslnost a neposlušnost, bývá často nemocné.“ Ve starověku byly dokonce vydány zákony, zakazující zplodit dítě v alkoholovém opojení. Takové povahy byl i zákon vydaný v Kartágu, který zakazoval novomanželům pít alkohol před svatební nocí a během ní.

První odborně doložené zprávy o škodlivém působení na vyvíjející se plod pochází z 18. století z Anglie, tehdy vzrostla výroba ginu a ve všech vrstvách obyvatel se rozmohl alkoholismus. Sdružení anglických lékařů tehdy vydalo zprávu, v níž bylo uvedeno, že alkoholičkám se nápadně často rodí děti nemocné a slabé, svráštělé se stařeckým vzhledem. V roce 1946 se v jednom nejmenovaném německém časopise objevila zpráva o nápadně vysokém výskytu deformovaných a mentálně postižených dětech narozených matkám, které v těhotenství pily podomácku vyráběné pivo.

Koncem 19. století publikoval Dr. Suliwan z Liverpoolu sledování 600 dětí narozených alkoholičkám. Shrnul je v jednom konstatování, že zdravotní stav u dítěte bývá poškozen tehdy, když žena požívá alkohol v těhotenství. Alkoholičkám, po dobu těhotenství uvězněným, bez možnosti pít alkohol, se narodily zdravé děti.

Vědomosti o škodlivém vlivu alkoholu v těhotenství jsou tedy tisíce - přesto problém alkoholizmu těhotných přetrvává dodnes.

Před třiceti lety vzbudil pozornost lékařské veřejnosti zvýšený výskyt zdravotně postižených novorozenců v těch státech, kde se značně zvýšil konzum alkoholu také u

12 Rosacea = časté akné v dospělosti, deformace kůže, kůže se podobá slupce

13 Névy = rozšířené cévy

mladých žen, především v Německu a ve Francii. Ve Francii byla v roce 1968 publikována zpráva o výzkumu provedeném u skupiny 69 alkoholiček, kterým se v době sledování narodilo 127 dětí. Všechny tyto děti měly nižší porodní hmotnost a v dalším vývoji opožděný tělesný i duševní vývoj. V roce 1973 byla v USA (United States of America) publikována zpráva o souboru dětí narozených alkoholičkám, ve které byl popsán tzv. fetální alkoholický syndrom, tj. poškození plodu alkoholem v době jeho vývoje.

Alkohol a také nikotin jsou drogy společensky víceméně trpěné, ale v každém případě jde o návyková narkotika, která v těhotenství škodí a ohrožují vývoj plodu. Alkohol je možno považovat za jed, který může poškodit vajíčko i spermii ještě před početím a poté ještě i vyvíjející se embryo. Hlavními nebezpečími pro děti alkoholiček jsou opožděný duševní vývoj, pomalý růst a poškození mozku, označované za fetální alkoholický syndrom. Alkohol může být též příčinou nitroděložního odumření plodu. Je také známo, že alkohol požívaný v těhotenství může vyvolat různé deformace plodu, od menších ve vývoji obličeje až po těžké poškození mozku a srdce. Je zjišťován větší výskyt novorozenců alkoholiček se zvláštním druhem deformace uší a očí a je prokázána závislost této deformace na výši konzumace alkoholu.

Alkohol ovlivňuje růst plodu během celého těhotenství a v časně graviditě má teratogenní účinky. Alkohol přestupuje volně bariéru placenty a v těle plodu se nachází v přímém poměru k obsahu vody, následkem čehož orgány s vysokým obsahem vody, např. mozek plodu, jsou obzvláště vystaveny toxickému působení alkoholu. Vylučování alkoholu je u plodu podstatně nižší než u matky, což vede k prodloužené expozici (vystavení) u plodu. Vysoká spotřeba alkoholu v těhotenství (více jak 25c l (centilitr) alkoholu denně) vede k fetálnímu alkoholovému syndromu se závažnými následky pro postnatální vývoj dítěte. Pravidelná konzumace menšího množství alkoholu je spojena s retardací plodu a nižší porodní hmotností. Jelikož není možno stanovit hraniční množství matkou požívaného alkoholu, které s jistotou neovlivní plod, je vhodné doporučit všem těhotným, aby se zdržely alkoholu v jakékoliv formě po celé těhotenství. Stejné omezení alkoholických nápojů platí i pro matky kojící, protože i alkohol přechází do mléka.

Jaké mají problémy děti, které se narodí s těmito poruchami?

Pro děti narozené s FAS jsou typické následující symptomy popsané v tabulce 3.

Tabulka 3 Popis vad způsobených FAS

HLAVA	CENTRÁLNÍ NERVOVÝ SYSTÉM	ORGÁNY A ČÁSTI TĚLA
Malá velikost hlavy	Mentální retardace	Nízká porodní hmotnost
Úzké oční štěrby	Závislost na alkoholu	Svalové problémy
Plochá střední část obličeje	Slabý sací reflex	Potíže s kostmi a klouby
Nízký hřbet nosu	Poruchy spánku	Pohlavní defekty
Chybějící rýha mezi nosem a horním rtem	Nespokojenost a podrážděnost	Srdeční poruchy
	Zpoždování vývoje	Poruchy ledvin
	Pouze krátkodobé udržení pozornosti	
	Problémy s učením	

Obrázek 1 Srovnání mozků zdravého dítěte a postiženého FAS



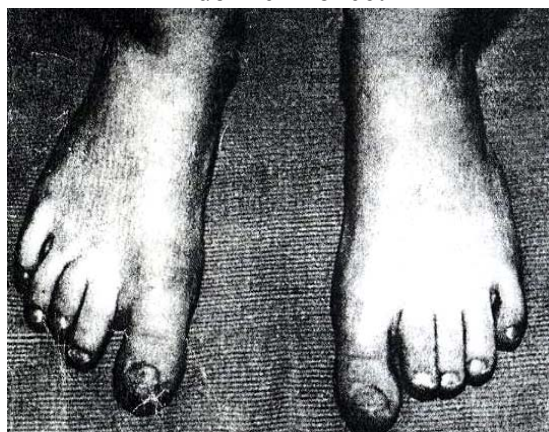
Obrázek 2 Srovnání fyzického vzrůstu jednorokých dětí



Obrázek 3 Deformace lebky dítěte trpícího FAS



Obrázek 4 Růstové anomálie prstů dolních končetin



9.2 Psychická poškození alkoholem

Psychická závislost na alkoholu

Piják se stává postupně na alkoholu somaticky a psychicky závislým. Psychická závislost je charakterizována nepřekonatelnou touhou po alkoholu (craving) spojenou se ztrátou kontroly nad pitím. Dochází k zanedbávání povinností, upřednostňování pití alkoholu před ostatními zájmy a povinnostmi.

Postižení intelektu

Pití alkoholu postupně snižuje intelektové schopnosti pijáka, zhoršuje se paměť, abuzér zapomíná, co chtěl říci, co udělat, kde by měl být. Své povinnosti nejen zanedbává, ale i na ně zapomíná. Dochází i k takovým stavům, kdy somaticky relativně zdravý pacient odchází do invalidního důchodu s diagnózou alkoholické demence, při kterých má globální postižení kognitivních funkcí i osobnosti.

Syndrom z odnění

Nazývaný také odvykací syndrom. Dochází k němu za několik hodin až dní po přerušení nebo ukončení pití alkoholu. Má jak somatické, tak i psychické projevy.

Z psychických projevů je nejčastější psychomotorický neklid, někdy zrakové, sluchové nebo taktilní (dotykové) halucinace či iluze, úzkost, poruchy spánku a pocity slabosti.

Delirium tremens¹⁴

Nejznámější z alkoholických psychóz je delirium tremens – psychóza abuzérů. Vyskytuje se po několikaletém těžkém abúzu alkoholu, nejčastěji u pijáků lihovin, avšak časté je i po abúzu vína a piva. Riziko jeho vzniku zvyšuje horečnaté onemocnění (např. chřipka, zánět plic), zranění, ale i vynucená abstinence (ve vazbě). V popředí všech příznaků deliria tremens jsou halucinace, především zrakové a tělové. Nápadný je třes celého těla, zvýšená teplota, zrychlený tep. Nálada abuzéra se střídá od strachu a úzkosti až k euforii. Vědomí je oblouzněné, nemocný je dezorientován místem i časem, nikoliv vlastní osobou. Delirium končí zpravidla po dvou až pěti dnech, někdy trvá déle. Zakončení je buď kritické v podobě dlouhotrvajícího spánku, nebo se projevy zmírňují pozvolna. Amnézie (ztráta paměti) na proběhlý stav je spíše částečná.

¹⁴ Delirium tremene = blouznění, jako důsledek těžké otravy alkoholem

Korsakovova alkoholická psychóza

Vzniká v průběhu chronického abúzu, častěji navazuje náhle (akutně) na jinou psychózu, především na delirium tremens. Výrazná je porucha vstřípivosti paměti (krátká paměť), která má za následek dezorientaci časem a místem, dávne události a starší znalosti si klient uchovává. Na svůj stav se klient dívá nekriticky, ze svých rozpaků si pomáhá smyšlenkami, která jsou pro tuto psychózu typické. Korsakovova psychóza se někdy upravuje, většinou postupuje a vyúsťuje v alkoholickou demenci.

Paranoidní psychózy

Při paranoidní alkoholické psychóze dochází u klienta k bludům vztahovačnosti, především ve formě bludu žárlivosti vůči manželce. Stav trvá často měsíce i roky, i když klient již abstínuje. Zpravidla chybí systematizace bludů, což znamená příznivý vývoj nemoci. Alkohol může být vybavujícím faktorem při pozdních alkoholických epilepsiích. Tzv. čistá, jen abúzem alkoholu podmíněná epilepsie se odhaduje na 10%. Tato forma pak vysazením alkoholu zmizí.

Alkoholické demence¹⁵

Při alkoholické demenci jsou intelektové schopnosti více nebo méně sníženy. Nápadné je, že není schopen se učit nové poznatky a těžko se orientuje v novém prostředí. Alkoholickou demenci je možné pozorovat u osob závislých s dlouholetým abúzem piva a u klientů, jejichž celkový somatický (tělesný) stav není zdaleka nejhorší. Alkoholická demence se vyskytuje relativně častěji u žen než u mužů.

15 Alkoholická demence = chorobné oslabení rozumových schopností

10. SPOTŘEBA ALKOHOLU

Nadměrné pití alkoholu má neblahé zdravotní a sociální důsledky, které vyplývají ze změn biochemických procesů v organismu, zejména vznikem otravy a závislosti. Na druhou stranu může přiměřené pití alkoholu působit na zdraví člověka pozitivně, uvádí se zejména snižování rizika některých kardiovaskulárních onemocnění.

Zjišťování spotřeby alkoholu v populačních šetřeních je problematickou záležitostí. Výsledky mohou být významně zkresleny použitými otázkami i odpověďmi respondentů. Při konstrukci nástroje je nutné posoudit vhodné období, kterého se zjišťování spotřeby bude týkat a dále způsob získávání údajů o objemu a druzích konzumovaného alkoholu. Mezinárodní nástroj musí respektovat kulturní rozdíly ve spotřebě alkoholu, což zahrnuje specifické druhy alkoholických nápojů i různá období konzumace. Odpovědi respondentů jsou ovlivněny i společenským prostředím, které určuje míru negativního vnímání konzumace alkoholu a alkoholismu. Obecně lze říci, že respondenti mají tendenci svou spotřebu alkoholu podhodnocovat.

V šetření ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky č.5/2004). Od respondenta se zjišťovalo, zda někdy pil nápoj obsahující alkohol. Pokud odpověděl kladně, byl dotazován na spotřebu alkoholu v uplynulém týdnu. Respondent měl s pomocí přílohy odpovědět. Standardních sklenic některého z alkoholických nápojů vypil v každém z posledních sedmi dnů. Za standardní sklenici byl považován alkoholický nápoj obsahující množství 9g etanolu, což přibližně odpovídá jednomu malému pivu, 1dl vína, 3cl destilátu a 0,5dl aperitivu nebo vína.

Dle metodiky WHO (World Health Organization = Světová zdravotnická organizace) mohl být respondent podle četnosti a množství konzumovaného alkoholu zařazen do jedné ze dvou rizikových kategorií nadměrné spotřeby alkoholu: nepravidelný nadměrný konzument, pokud vypil v jednom nebo dvou dnech alespoň 5 standardních sklenic a pravidelný nadměrný konzument, pokud vypil alespoň ve třech dnech minimálně 5 standardních sklenic alkoholu. Jiné členění nadměrné spotřeby alkoholu lze provést podle průměrné denní spotřeby čistého alkoholu. Mezi nadměrné konzumenty lze zařadit muže s průměrnou denní spotřebou 30g čistého alkoholu a vyšší a ženy s průměrnou denní spotřebou 20 g čistého alkoholu a vyšší.

Mezi muži bylo 5% a mezi ženami 21% celoživotních abstinentů (tj.těch, kteří ve svém životě dosud nepili alkohol). Z neabstinentů pilo alkohol v posledním týdnu 81% mužů a 61% žen. Přiměřená konzumace alkoholu byla zjištěna u třech čtvrtin mužů i žen. Do skupin

nepravidelných nadměrných konzumentů bylo zařazeno 18% mužů a 4% žen a pravidelných nadměrných konzumentů 7% mužů a méně než jedno procento žen. Podle průměrné denní spotřeby alkoholu bylo mezi nadměrné konzumenty zařazeno 11% mužů a 2% žen. Významně se podíl nadměrných konzumentů u mužů i žen začínal snižovat od 50 let věku.

Podle velikosti bydliště či vzdělání nebyly pozorovány žádné výraznější rozdíly v prevalenci nadměrné spotřeby alkoholu.

Tabulka 4 Spotřeba alkoholu v závislosti na věku a pohlaví

MUŽI				ŽENY		
Věková skupina	Podíl abstinentů	Prevalence nadměrné spotřeby	Průměrná spotřeba čistého alkoholu	Podíl abstinentů	Prevalence nadměrné spotřeby	Průměrná spotřeba čistého alkoholu
roky	%	%	g/den	%	%	g/den
18-19	4,7	40,0	11,3	19,4	9,7	3,5
30-44	2,5	32,5	13,9	10,2	3,2	2,7
45-53	4,3	20,2	10,0	15,1	3,6	2,7
60 a více	7,7	9,4	8,4	35,1	1,3	1,5
Celkem	4,8	24,8	10,9	20,7	3,9	2,4

Zdroj dat: ÚZIS ČR

Tabulka 5 Spotřeba alkoholu na 1 obyvatele v ČR v letech 2003-2005

Měrná jednotka	2003	2004	2005	Index 2005/2004	
Alkoholické nápoje					
(celkem)	litry	186,4	184,6	184,3	101,9
včetně :lihovin (40%)	litry	8,4	7,6	7,8	102,6
Vino	litry	16,3	16,6	16,8	101,8
v tom: hroznové	litry	13,9	14,1	14,4	102,1
Ostatní	litry	2,4	2,4	2,4	100,0
pivo celkem	litry	161,7	160,5	163,5	101,9
Alkoholické nápoje					
(v hodnotě čistého lihu)	litry	10,2	9,8	10,2	104,1
včetně lihovin	litry	3,4	3,0	3,1	103,3
vino	litry	1,9	1,9	1,9	100,0
pivo	litry	4,9	4,9	5,2	106,1

Zdroj dat: ÚZIS ČR

11. HODNOCENÍ SPOTŘEBY ALKOHOLU

Hodnocení zohledňuje především **riziko somatického poškození při dlouhodobé expozici**. Základní horní hranice pro tzv. bezpečnou konzumaci je 14 jednotek týdně pro ženy a 21 jednotek pro muže. Konzumace během jednoho dne by neměla přesáhnout 4 jednotky u mužů a 3 jednotky u žen.

Jednotka (dávka) je dána určitým množstvím čistého alkoholu (přibližně 10 g) a její určení je u různých alkoholických nápojů relativně snadné.

Tabulka 6 Specifické jednotky alkoholu

	1 jednotka orientačně	1 jednotka upřesnění
Pivo	1 sklenice	Pivo 12: 1 dávka = 250 ml (0,5 l = 2 dávky), Pivo 10: 1 dávka = 330 ml (0,5 l = 1,5 dávky)
Víno	1 sklenka	100 ml
Lihoviny	1 malá sklenička	25 ml, 50 ml = 2 dávky

Tabulka 7 Hodnocení příjmu alkoholu

Počet dávek týdně		Hodnocení konzumace	Riziko
Ženy	Muži		
< 7	< 11	Mírná	U zdravého člověka bez rizika.
7 až 14	11 až 21	Vyšší	U zdravého člověka bez rizika, pro méně odolné jedince již zvýšení rizika.
14 až 21	21 až 35	Vysoká	Překročení bezpečné hranice. Je-li pití rozprostřeno rovnoměrně během týdne, jsou dlouhodobé následky málo pravděpodobné. Záleží na individuální vnímavosti.
21 až 35	35 až 49	Velmi vysoká	Poškození zdraví je velmi pravděpodobné.
> 35	> 49	Mimořádně vysoká	Pití na této úrovni jen zcela výjimečně nevede k poškození zdraví.

12. SOUVISLOSTI MEZI ALKOHOLEM A JINÝMI NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI

„Někdy se setkáváme s tendencí striktně oddělovat alkohol a jiné návykové látky, ačkoliv spolu, podle v současnosti platné Mezinárodní klasifikace nemocí, zde existuje těsná souvislost. Cílem tohoto sdělení je poukázat na těsný vztah mezi alkoholem a jinými návykovými látkami a přispět k tomu, aby se prevenci a léčbě problémů působených alkoholem a jinými návykovými látkami, zejména u dětí a dospívajících, věnovala větší pozornost. 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. Alkohol působí 3,5% ztracených let produktivního věku v důsledku nemoci nebo smrti v celosvětovém měřítku a zhruba 9% v zemích s vyspělou ekonomikou.“

Zdroj dat: Murray, C.J., Lopez, A. D.: Global burden of disease. Harvard University Press, 1996

12.1. Účinky alkoholu a jiných návykových látek na úrovni mozku

Závislost na alkoholu se může projevovat růstem tolerance a silným odvykacím syndromem a projevy neklidu, úzkosti, nespavosti, třesy epileptickými záchvaty atd. Odvykací syndrom po alkoholu se do značné míry podobá odvykacímu syndromu po tlumivých látkách. Těžké intoxikace alkoholem jsou provázeny bezvědomím a je ohrožena činnost dechového centra v prodloužené míše, podobně jako je tomu u některých tlumivých látek. Alkohol má vůči sedativům zkříženou toleranci, takže sedativa mírní odvykací syndromy po alkoholu. Akutní intoxikace alkoholem může ale být, na rozdíl od většiny tlumivých léků, provázena excitací¹⁶, neklidem a agresivitou. Není náhodou, že vysoké procento trestných činů je páčáno pod vlivem alkoholu. V tomto směru se tedy intoxikace (otrava) alkoholem někdy více podobá efektu budivých látek (např. pervitinu nebo kokainu), pod jejichž vlivem se také relativně často vyskytuje nebezpečné jednání.

¹⁶ Excitace = vzrušení, podráždění nervu, srdeční buňky apod.

Tabulka 8 Porovnání některých příznaků a komplikací skupin návykových látek

	Alkohol	Opiáty	Konopí	Tlumivé léky	Budivé látky	Halucinogeny
Tělesný odvykací stav	Často ano	Většinou ano	Slabý či žádný	Většinou ano	Většinou ne	Ne
Život ohrožující odvykací stav	Někdy ano	Většinou ne	Ne	Někdy ano	Ne	Ne
Nebezpečné jednání v intoxikaci	Často	Ne	Většinou ne	Ne	Často	Někdy ano
Rizika pro tělesné zdraví	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Psychotické stavy	Ano	Ne	Ano	Ne*)	Často	Často
Těžké otravy	Ano	Ano	Při požití ústy	Ano	Ano	Dle látky
Úrazy a dopravní nehody	Často	Spíše ne	Relativně často	Někdy	Někdy	Někdy

Zdroj dat: Nešpor, K., Csémy, L.: Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami

*) Psychotické stavy mohou ovšem vzniknout při těžkých odvykacích stavech po tlumivých látkách.

12.2. Kombinace účinků alkoholu a jiných látek

Alkohol vstupuje do interakce¹⁷ s řadou látek. Mechanizmy, které se zde uplatňují, mohou zahrnovat zesílení tlumivých účinků alkoholu a léků. Na druhé straně může vést dlouhodobé požívání alkoholu k indukci jaterních enzymů a k rychlejšímu odbourávání některých léků. Výsledný efekt je pak často silnější než by odpovídalo součtu účinku jednotlivých látek (např. v případě některých tlumivých léků). V interakci mohou ale vznikat účinky, které by žádná z jednotlivých látek sama o sobě nevyvolala. K interakcím mezi alkoholem a jinými návykovými látkami může docházet bezděčně a nechtěně, mohou být ale také záměrně navozovány, aby se zesílil účinek. To se u nás děje např. při kombinaci alkoholu a tlumivých léků. Dalším častým důvodem k interakcím je snaha mírnit nepříznivé účinky jedné drogy (např. nespavost a neklid v souvislosti se zneužíváním pervitinu) jinou látkou.

¹⁷ Interakce = vzájemné působení léčiv v organizmu

Spíše výjimečná, ale potenciálně smrtelná, je kombinace alkoholu a těkavých látek. Kombinace alkoholu a drog z konopí je také riziková. Konopí mimo jiné oslabuje zvracivý reflex. Potlačení zvracivého reflexu po vyšších dávkách alkoholu při současné intoxikaci konopím zvyšuje riziko smrtelných otrav. Kromě toho i vyšší dávky alkoholu zatěžují srdce a u disponovaných jedinců se tak zvyšuje riziko srdečních nebo oběhových komplikací. Kombinace alkoholu s kokainem, heroinem a metadonem je častá u pitvaných. U nás časté je zneužívání benzodiazepamů u závislých na jiných drogách. Prakticky významná je také kombinace alkoholu a budivých látek. Pokusy na zvířatech a výzkumy prováděné na lidech svědčí o aditivním efektu¹⁸ alkoholu a kokainu a vyšší kardiotoxicitě. Alkohol zvyšuje v experimentu preferenci kokainu před finanční odměnou a zvyšuje kardiotoxicitu kokainu. Kokain i alkohol samostatně i v kombinaci také podstatně zvyšuje riziko epileptických záchvatů u nemocných s epilepsií.

Nemocní léčení dlouhodobě neuroleptiky (neuroleptika, zvláště ve formě depotních-uložených injekcí, jsou podávána s předpokladem snížení vnitřních impulsů k používání alkoholu. Současně mají potlačovat sníženou sebekritiku, přeceňování dystrofii, podrážděnost a paranoiditu alkoholiků a zlepšit koordinaci nemocného s lékařem. Pokles tolerance k alkoholu při léčbě neuroleptiky vede k jeho kvantitativně nižší konzumaci), kteří zneužívají alkohol nebo v kombinaci s marihuanou, trpěli častěji dyskinesii (porucha souhry normálních pohybů). Klinicky významná a častá je interakce mezi alkoholem a tabákem. Obě látky jsou karcinogenní a riziko vzniku nádorů je u osob, které užívají alkohol i tabák, vyšší než by odpovídalo součtu jednotlivých rizik.

12.3. Nealkoholové drogy u závislých na alkoholu

Martin (C. S.: Polydrug use in an inpatient treatment Hample of problem drinkers. Alcohol Clin, 1996) rozlišoval současně užívání alkoholu a jiných návykových látek (to pro potřebu svého výzkumu definoval jako pití alkoholu a aplikaci jiných drog během téhož dne) a užívání následné. V jejich vzorku závislých na alkoholu dosahovalo procento osob současně užívajících jiné drogy 60% (alkohol, kokain), 51% (alkohol, marihuana) a 31% (alkohol v kombinaci se sedativy). Dále zkoumal kombinování alkoholu s jinými návykovými látkami u závislých na alkoholu. U dospívajících závislých na alkoholu to bylo v 69%, u zneužívajících alkohol v 72% a u dospívajících bez alkoholové diagnózy 45%. Nejčastěji docházelo ke kombinaci alkoholu a marihuany (58% celého vzorku) a alkoholu a

¹⁸ Aditivní efekt = efekt založený na pouhém sčítání či přidávání bez dalšího ovlivňování

halucinogenů (16%). Zjistil vysoké procento pravidelného zneužívání nealkoholových drog mezi těmi, kdo žádali o protialkoholní léčbu, v jejich souboru to bylo 51% mužů a 49% žen.

V praxi se poměrně často setkáváme nejen s kombinovanými závislostmi na jiné droze. To se týká zejména žen (přechody od závislosti na alkoholu k závislosti na sedativech) i dospívajících.

Zdroj dat: Nešpor, K.: Souvislost mezi alkoholem a jinými návykovými látkami, str. 5, 6.

12.4. Alkohol v kombinaci s jinými návykovými látkami u žen

V praxi se poměrně často setkáváme s kombinací alkoholu a tlumivých léků u žen středního věku. Před touto kombinací většina lékařů varuje a vybízí k opatrnosti při předepisování sedativ a hypnotik. V souboru žen ústavně léčených pro závislost zjistili 15% žen závislých na alkoholu a zároveň i jiných látkách jimi zneužívajících. Problémů působených alkoholem a jinými návykovými látkami u žen u nás v posledních letech podstatně přibýlo. Svědčí o tom i následující tabulka týkající se hospitalizací pro problémy působené alkoholem a jinými návykovými látkami u žen (mimo alkoholických a toxických psychóz). Je zajímavé, že poměr mužů a žen byl pro hospitalizace v souvislosti s alkoholem i s jinými návykovými látkami podobný (v roce 1996 u alkoholu to byla 1 žena na 2,7 muže u alkoholu a 1 žena na 2,0 muže u jiných návykových látek).

Tabulka 9 Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané alkoholem a jinými návykovými látkami

Rok	Alkohol		Poměr Muži:Ženy	Jiné návykové látky		Poměr Muži:Ženy
	Muži	Ženy		Muži	Ženy	
1975	5 214	485	10,8	420	217	1,9
1980	6 429	772	8,3	510	217	2,3
1985	6 505	1 380	4,7	620	329	1,9
1990	6 633	1 844	3,6	464	225	2,0
1995	7 546	2 707	2,8	1 225	516	2,4
1996	8 105	2 985	2,7	1 786	875	2,0

Zdroj dat: Nešpor, K., Csémy, L.: Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami

12.5. Alkohol u dětí a mládeže

Děti nejčastěji získávají alkoholický nápoj doma. Z rukou rodičů dostávají alkohol jako lék:

- abstinentní životní styl se dětem a mládeži nejvíce jeví jako imponující
- v dětském kolektivu se pití váže nejčastěji na party a je provázeno často i další jinou delikvencí
- ve vyšších třídách škol pijí zpravidla žáci neukáznění, problémoví, s horším prospěchem, ale také žáci družní, dominantní a v kolektivu oblíbení
- s přibývajícím věkem stoupá informovanost dětí o škodlivosti alkoholu, paradoxně zároveň roste i jejich tolerance k pití alkoholických nápojů a odmítání abstinence jako životního programu – sociální tlak okolí pijící společnosti je účinnější než výchova v rodině či škole, i než obava o své zdraví
- základní legislativní normu, která zakazuje nezletilým konzumovat alkoholické nápoje, nedodrží 90% dětí školního věku.

Problémy s alkoholem u dětí:

- závislost se vytváří podstatně rychleji
- vyšší riziko otrav s ohledem na nižší toleranci
- zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji

Tabulka 10 Výskyt opilosti u dětí (2krát nebo častěji) podle pohlaví a věkových skupin

	Věková skupina		
	věk 11 let	věk 13 let	věk 15 let
Chlapci	6,1 %	14,4 %	36,5 %
Dívky	2,0 %	6,4 %	22,5 %

Zdroj dat: Csémy, L. a spol.: *The Health Behaviour in School-Aged Children, nábor dat 1998*

Tabulka 11 Přehled roční spotřeby alkoholických nápojů na jednoho obyvatele v ČR za rok

Rok	Alkoholické nápoje celkem	Lihoviny 40%
1993	176,6	7,6
1994	180	7,9
1995	180,2	7,9
1996	180,7	8,0
1997	185,6	8,3
1998	185,3	8,2
1999	184,2	8,3
2000	184,3	8,3
2001	181,3	8,2
2002	184,4	8,3
2003	186,4	8,4

Zdroj dat: MV ČR (Ministerstvo vnitra České republiky)

Ze všech druhů alkoholických nápojů se nejvíce 100% alkoholu v České republice vypije ve formě piva (Česká republika má také ve spotřebě piva nezáviděníhodný celosvětový primát).

Tabulka 12 Statistika dopravních nehod za den 2. března 2007

DOPRAVNÍ NEHODY PODLE KRAJŮ:											
Kraj	Počet nehod	Následky				Příčiny					
		Mrtví	Těžce ranění	Lehce ranění	Škoda (v Kč)	Nepřiměřená rychlost	Nedání přednosti v jízdě	Nesprávné předjíždění	Nesprávný způsob jízdy	Jiné	Pod vlivem alkoholu
Praha	84	0	1	4	3 305 000	24	15	0	28	17	3
Středočeský	59	1	3	13	4 6354 000	25	4	1	14	15	8
Jihočeský	30	0	1	2	1 065 000	11	4	0	4	11	0
Plzeňský	27	0	0	8	1 378 000	11	4	0	3	9	1
Karlovarský	14	0	0	2	854 000	7	3	0	4	0	0
Ústecký	39	0	0	8	1 522 000	15	0	0	7	17	3
Liberecký	29	0	0	1	1 215 000	7	6	0	13	3	1
Královéhradecký	31	0	0	2	1 303 000	15	6	0	8	2	4
Pardubický	19	0	0	3	654 000	7	1	0	4	7	3
Vysočina	28	0	0	7	1 298 000	16	1	0	6	5	1
Jihomoravský	28	1	2	3	1 124 000	7	1	0	15	5	1
Olomoucký	25	0	0	1	1 235 000	8	1	0	6	10	2
Moravskoslezský	47	0	2	6	1 696 000	14	6	0	2	25	4
Zlínský	20	0	0	0	1 075 000	3	10	0	5	2	1
Česká republika	480	2	9	54	22 359 000	170	62	1	119	128	32

Zdroj dat: MV ČR

12.6. Alkohol jako průchozí droga návykové látky u dospívajících

Za průchozí drogu se nejčastěji označuje marihuana a uvádějí se korelace mezi jejím zneužíváním a zneužíváním jiných návykových látek. Takové korelace ovšem existují i ve vztahu k alkoholu a tabáku. Sedm z deseti mladých lidí, kteří začali kouřit, toho později lituje. Nedovolené požívání alkoholu je u dospívajících důležitým markerem rizika ve vztahu k ilegálním drogám.

Csémy a spolupracovníci v rámci výzkumného úkolu podporovaného MZ ČR (Ministerstvo zdravotnictví České republiky) reprezentativního vzorku 1745 pražských adolescentů ve věku 14 až 19 let. Nábor dat převážně v roce 1997. Zajímavé bylo zejména, v jakém věku se poprvé objevily specifické zkušenosti s návykovými látkami. Výsledky shrnuté do tabulky 13 ukazovaly, že mladí lidé se nejdříve setkávali s alkoholem. Průměrný věk vypítí první sklenice alkoholu byl 12 let a to pro obě pohlaví. Zkušenosti s alkoholem jsou také rozšířenější než s jinými návykovými látkami. Kouřit cigarety zkusily necelé tři čtvrtiny souboru. Dívky získávají první zkušenost s cigaretou v průměru ve 13 letech, chlapci o něco dříve, ve 12. Návyk na tabák vznikl poměrně záhy po prvních experimentech s kouřením. U chlapců to bylo v průměru po 2 letech u dívek po 2,5 roce. Ne všichni mladí lidé, kteří již zkusili kouřit, se stanou pravidelnými kuřáky, je to ale přibližně celá polovina těch, kdo zkusili kouřit! Nedávné výzkumy ukázaly, že ve věku 16 let jsou kuřáky 30% chlapců a 20% dívek. Jedním z ukazatelů, které naznačují rozšířenost nadměrného konzumu alkoholu a jeho důsledky, je výskyt opilosti. Ve výzkumu, z něhož vybírám, udávalo zkušenost opilosti 64% děvčat a 71% chlapců. Zajímavé je, že první zkušenosti s opilostí přicházely u obou pohlaví přibližně ve stejném věku (14,4 a 14,1 let). V posledních letech se v České republice neobyčejně zvýšila dostupnost ilegálních drog. Z nich jsou nejrozšířenější látky konopí, zejména marihuana. Ze sledovaného souboru se ke zkušenosti s marihuanou přihlásilo 34% chlapců a 38% dívek. Průměrný věk první zkušenosti naznačuje, že ke zkušenostem s marihuanou i jinými drogami více inklinují pravidelní a silnější kuřáci.

Tabulka 13 Průměrný věk první zkušenosti s návykovými látkami podle pohlaví

	Průměrný věk	
	Chlapci	Dívky
Alkohol	11,7	11,9
Cigarety	11,9	12,9
Marihuana	14,9	14,8
Opiáty nebo stimulancia	15,5	15,3

Zdroj dat: Nešpor, Csémy : Souvislost mezi alkoholem a jinými návykovými látkami, str.10,11

V případě alkoholu, tabáku a marihuany byli zahrnuti jen ti, kdo uvedli, že uvedené látky užívali nejméně 6krát v životě.

12.7. Alkoholismus u rodičů

Co by měli vědět lidé, jejichž rodiče jsou, nebo byli závislí na alkoholu? Především to, že jsou problémy s alkoholem ohroženi více než běžná populace.

Alkoholismus některého z rodičů ovlivňuje potomky hned dvěma způsoby. Prvním jsou vlivy sociální. Dítě přebírá modely po svých rodičích, z rodinného prostředí, používá stejné rituály. Druhým důvodem jsou geny. Potvrzují to studie na dvojčatech. Pokud se u jednovaječných dvojčat v rodině vyskytl alkoholismus, tak oba potomci mají větší pravděpodobnost vzniku závislosti než dvojčata dvojvaječná. Ta totiž na rozdíl od těch jednovaječných mají společných jen padesát procent genů. Samotné genetické vlivy zvyšují riziko vzniku závislosti na alkoholu asi čtyřikrát.

Závislost na alkoholu u rodičů rovněž zvyšuje riziko vzniku poruch chování a emočních problémů. Reakce dětí lze rozdělit do několika skupin.

První je takzvaný typ "*rodinný hrdina*". Ten přebírá odpovědnost, nahrazuje nefungujícího dospělého a "zachraňuje rodinu". Typické je to pro nejstaršího sourozence, který zastupuje závislého otce a pečuje o mladší děti. "Hrdinovi" by měli dospělí dovolit vrátit se do dětství. Neměl by se cítit odpovědný za problémy v rodině, ale chápat, že jsou to problémy dospělých, za které on nemůže a které není schopen řešit.

Druhou skupinou jsou "*obětní beránci*", kteří odvádějí pozornost od problémů dospělých tím, že dělají problémy sami. Například chodí za školu, kradou, lžou a perou se, experimentují s alkoholem nebo drogami a podobně. Takovému dítěti je třeba "dovolit zbavit se symptomu". Jeho problémové chování by se nemělo odměňovat, ale naopak by se mělo posilovat chování adaptivní, tedy to obecně přijímané.

Další skupinu tvoří typ "*ztracené dítě*". To bývá uzavřené a nekomunikující. Před bolestí vnějšího světa uniká do snění. Je třeba věnovat mu potřebnou pozornost a ukázat mu, že svět je vlídnější a bezpečnější, než se domnívalo.

Poslední, čtvrtou reakcí na alkoholismus v rodině, je typ "*klaun*". Šaškuje, a tak odvádí pozornost od problémů s návykovou látkou v rodině. Lépe, když se dospělí smějí, než aby se hádali nebo prali. Šaškování by se nemělo odměňovat. Měly by se hledat vhodnější způsoby, jak pomoci dítěti se uplatnit a posílit sebevědomí.

12.8. Alkoholismus a genetika

Je dlouhodobě prokázáno, že děti z rodin, kde je otec alkoholik mívají v porovnání s ostatními dětmi dvojnásobný počet úrazů, mnohem více trpí onemocněním horních cest dýchacích a dokonce pětikrát častěji jsou evidovány v psychiatrickém pracovišti. Nejčastěji je to však způsobeno ne tím, že je jeden z rodičů alkoholik, ale často tím, že druhý rodič svou roli nezvládá správně a dostatečně.

Mimořádně ohroženou skupinou jsou mladí muži, jejichž otec je závislý na alkoholu. Rodinná zátěž se udává asi na 64% mužských potomků. Děti z rodin alkoholiků mají pravděpodobně sníženou možnost produkce endorfinů, který zlepšuje náladu a zjasňuje náš pohled na svět. Po alkoholu pak sahají, neboť jim dává něco, co sami nemají – schopnost plně prožít radost (endorfiny jsou tzv. „hormony štěstí“).

13. TERAPIE ALKOHOLIZMU A JEHO PŘÍZNAKŮ

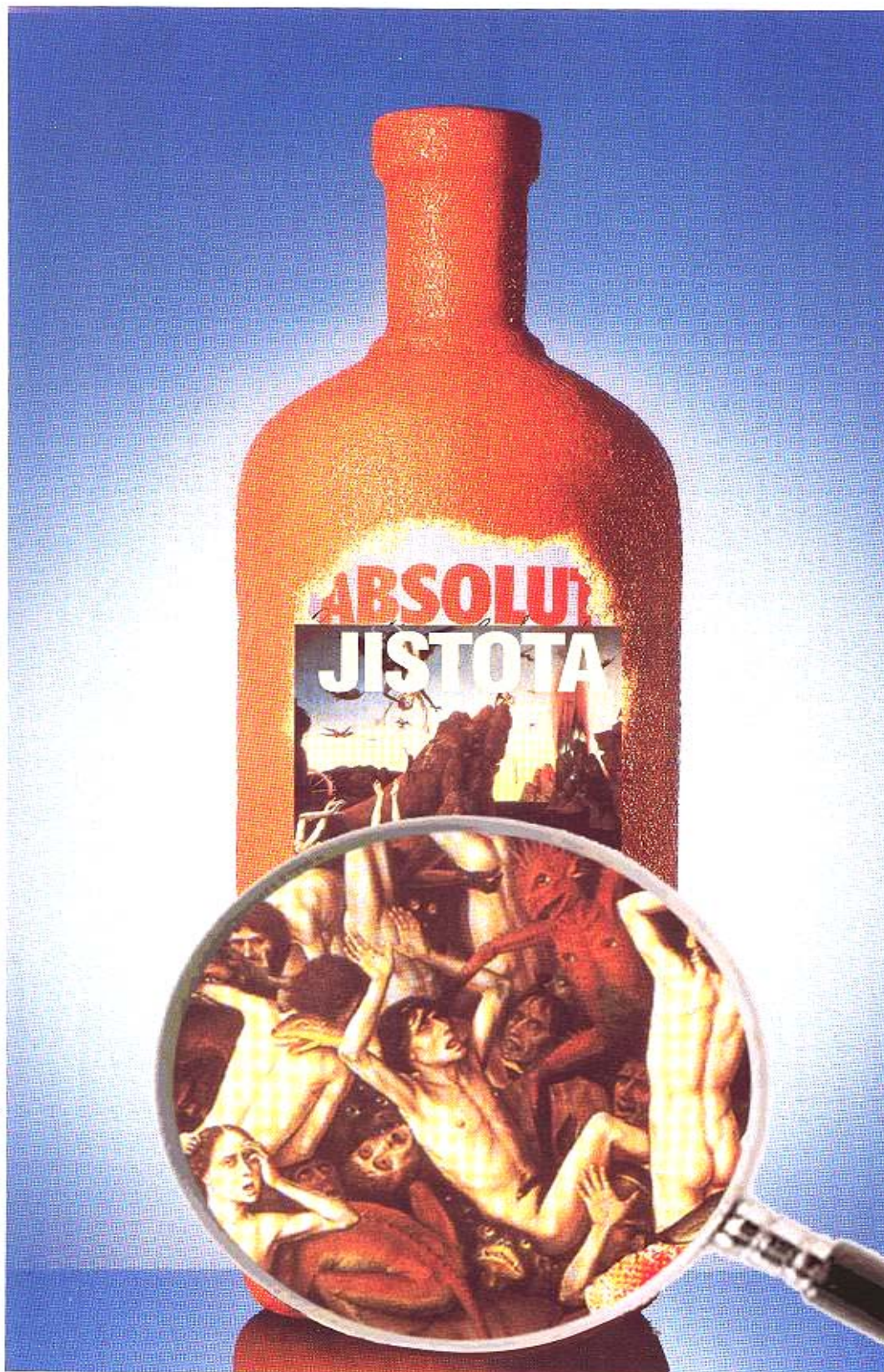
Terapie se využívá v protialkoholních léčebnách, v psychiatrických klinikách a dále v poradnách. Léčba trvá asi 3 měsíce. Po této době se však klient nepovažuje za vyléčeného a chodí na opakovací léčby, tj. hospitalizace trvající kolem pěti dní (pokud není kompenzován, tak více). Využívá se pracovní terapie, arteterapie, psychoterapie atd.

Samotný alkoholismus

- odebrání alkoholu a zvládnutí abstinčního syndromu
- psychoterapie skupinová, komunitní, partnerská, rodinná – mj. zapojujeme děti
- resocializace, zlepšení psychického i tělesného stavu
- alkoholika za každé zlepšení stavu (abstinenci) pochválíme, vysvětlujeme mu, co abstinencí získá a co dalším pitím ztratí
- vitaminoterapie (játra, nervy,..)
- antabus (disulfiram) jako pomůcka při odvykání
- extrémně důležitý je stálý kontakt s terapeuty, socioterapeutickými kluby, kluby Anonymních alkoholiků (AA). Klub usilující o střízlivost, Organizace dobrých templářů (poslední dva hlavně v minulosti)
- eliminuje malnutrici (podvýživu) – vápníku, draslíku, sodíku aj.
- kauzální terapie alkoholizmu neexistuje

Cílem terapie je trvalá a důsledná abstinence a pomoc při urovnání socioekonomické situace abuzéra (to však již není tak moc v rukách psychiatra, ale spíše samotného klienta).

B – Praktická část



Sekundární drogová prevence

Zjednodušeně se dá říci, že sekundární prevence je vlastně zmapování problému, který již vznikl a jeho léčba. Tedy jak pomoci těm, kteří již pravidelněji drogy berou, najít cestu zpět do života bez drog. Jak to udělat, aby člověk drogu užívající ji opět přestal vyhledávat a konzumovat a aby byl zdravotními důsledky (otrava, různé infekce...) této konzumace co nejméně poškozen.

Pro uživatele drog je utvářen určitý systém odborné pomoci, kde jeho jednotlivé složky nabízí odlišné služby podle určitých indikátorů - např. fáze závislosti, hloubky motivace změnit se, ochoty spolupracovat, sociální situace jedince, psychického poškození... Každý praktický lékař by měl být informován o těchto službách a zasvěcen do jejich možností.

Vždy je třeba mít na paměti, že léčba drogové závislosti je velká psychická i somatická zátěž klienta, která je vědomě organizovaná a systematická. Těžko jinak dosáhnout potřebné změny. Problém obvykle nevznikal v krátkém časovém období (od prvního užití drogy), ale dozrával dávno předtím, takže i jeho léčení si často vyžádá více času než bychom si přáli.

Ráda bych zde nastínila síť prevence v ČR:

- ***Linky telefonické pomoci***

Některé z nich mají nepřetržitý provoz a slouží převážně pro první kontakt, radu, pomoc v krizi a podle druhu problému odkazují a nabízejí služby dalších specializovanějších pracovišť, pokud jimi sami nejsou.

- ***Alkoholicko-toxikologické poradny***

Tyto poradny bývá součástí psychiatrických oddělení a zabývají se převážně psychickými poruchami v souvislosti s užíváním alkoholu, někdy tlumivých látek a postupně se orientují i na jiné nealkoholové drogy. Ne všechny mají možnost spolupracovat s psychologem, který by poskytoval i širší psychoterapeutickou službu. Podle vstupních rozhovorů doporučují vhodný typ léčebného zařízení nebo jen ambulantní docházení. Ambulantně sem docházejí na doléčování i pacienti po absolvování léčby.

- ***Kontaktní centra***

Jsou určena přímo drogové klientele, kde není jiný poradenský přístup vhodný, nutný nebo možný. Jejich předpokladem je nízkoprahovost, tj. psychologická dostupnost pro každého, která zvyšuje pravděpodobnost jejich vyhledání (anonymita, široká nabídka služeb).

Náplň jejich činnosti bývá následující:

- první pomoc telefonická nebo osobní s co nejdelším provozem, nejlépe nepřetržitým
- poradenství s možností následné individuální popř. skupinové terapie
- diagnostika problému, informace o možných způsobech léčby, popř. jejich zprostředkování
- testy HIV (Human Immunodeficiency Virus) ze slin
- rodičovská skupina pro ty, jejichž děti užívají drogy
někdy také:
 - základní potravinový a vitamínový servis
 - možnost základní hygieny
 - výměna stříkaček a jehel
 - tzv. street work - aktivní vyhledávání a kontaktování klientů přímo v terénu

Myslím, že je třeba si uvědomit, že kontaktní centra slouží především těm, kteří zatím nejsou schopni nebo ochotni systematičtější práce na změně. Nabízí to, o co při svém životním stylu mohou stát. Kontakt se využívá k podchycení, k motivování ke změně, popř. zařazení do odpovídajícího léčebného programu (z nich některé jsou přímo součástí kontaktního centra).

- ***Detoxifikační jednotky***

Detoxifikace je speciální krátkodobá (několik dnů) až střednědobá (několik týdnů) většinou medicínská a psychologická pomoc při vysazování drog. Jejím smyslem je zbavit organismus návykové látky, pomoci jedinci překonat možné odvykací příznaky a připravit jej na další léčbu. Při somatických a psychických komplikacích je nutné podávat léky.

Ne vždy přicházejí pacienti na detoxifikační jednotky dobrovolně a z vlastního rozhodnutí. Vedle vyšetření toxikologického, somatického i psychiatrického se mnohde provádí i krátkodobá psychoterapie, jejímž cílem je navázat co nejlepší kontakt, povzbudit a posílit v rozhodnutí podstoupit další léčbu. Důležitou součástí je i práce s nejbližšími. Kvůli odříznutí od možnosti získat drogu (motivace k léčbě je velmi křehká, hrozí nebezpečí kombinace podávaných léků s drogou) je zde zákaz návštěv po celou dobu pobytu (výjimky povoluje po zvážení ošetřující lékař).

Tyto jednotky bývají součástí oddělení pro léčbu závislostí nebo psychiatrických léčeben. Detoxifikace může samozřejmě proběhnout i na jiných místech - vyšetřovací vazby,

somatická oddělení, kde důvod přijetí byl jiný než drogový..., ale také (převážně u lehčích případech) mimo jakýkoli odborný dohled.

- ***Denní stacionář***

Jedná se o denní psychiatricko-psychologickou a psychosociální péči o pacienty, pro které v danou chvíli není nutný nebo možný pobyt v lůžkovém zařízení a běžná ambulantní nebo poradenská péče je pro ně málo intenzivní. Jsou to převážně jedinci, kteří ukončili pobyt v psychiatrické léčebně nebo v nemocnici nebo se připravují na dlouhodobý léčebně-rehabilitační pobyt či se z takového pobytu vrátili a potřebují ještě určitou dobu denní kontakt.

Jeho činnost se převážně skládá z individuální a skupinové psychoterapie, sociální terapie - nácvik sociálních dovedností a odpovědnosti, klubových a volnočasových aktivit a základního medicínského servisu.

- ***Ústavní léčba***

Ústavní léčba prováděná ve zdravotnických zařízeních (např. speciální oddělení v rámci psychiatrických léčeben) skýtá pro narkomana bezpečnější ochranné prostředí, kde má nižší dostupnost návykových látek, nedostává se tak často do situací, které v běžném životě fungují jako spouštěče (např. hádku s rodiči řeší další dávkou drogy), je zde k dispozici odborná péče a organizovaný program.

Doporučení k ústavní léčbě dostávají ti, kteří:

- neúspěšně prošli ambulantním léčením (ústavní léčba přeruší bludný kruh návykového chování)
- mají stavy, u kterých je nutné sledování lékaři (psychotické stavy, pokus o sebevraždu)
- mají těžké emoční problémy nebo poruchy chování
- se pohybovali v nevhodném nebo dokonce nebezpečném sociálním prostředí
- sice mají motivaci, ale tak slabou, že hrozí, že by ji ve svém přirozeném prostředí záhy ztratili
- mají ústavní léčbu soudně nařízenou (např. mladiství uživatelé drog, kteří byli opakovaně přistiženi při trestné činnosti)

Ústavní léčení může být:

- krátkodobé (několikatýdenní, zpravidla šestitýdenní)
- střednědobé (několikaměsíční, zpravidla tříměsíční)
- dlouhodobé (zpravidla šest až devět měsíců, někdy i déle)

Délka léčby je určována podle individuální situace jedince, kdy se bere do úvahy řada faktorů jako např. délka drogové kariéry, délka abstinence, předchozí recidivy, celkový zdravotní a psychický stav pacienta, jeho vlastní přístup k léčbě, sociální zázemí... Léčebné programy využívají především různých forem psychoterapie, pracovní a sociální rehabilitace, popř. v omezené míře i podpůrné farmakoterapie. Ačkoli je léčebným cílem život bez drog, často tomu výsledky neodpovídají. Stále je třeba mít na paměti, jak složitý je drogový problém a jak hluboké mohou být jeho kořeny. Ne vždy se je však podaří odhalit! A ne vždy se je podaří odhalit hned napoprvé! A ne vždy to klient opravdu chce!

- ***Terapeutické komunity***

Vedle tradičních uvedl zvláštní charakter drogových závislostí v život i jiné formy léčení jako např. terapeutické komunity, ve kterých probíhá dlouhodobý léčebný a resocializační program. Mají tu zvláštnost, že se klient co nejaktivněji podílí na léčbě, vytváří se zde obousměrná komunikace mezi pacientem a jednotlivými členy terapeutického týmu a mezi klienty navzájem. Důležitou roli hraje zpětná vazba (jak mé chování působí na druhé), která vytváří základ sociálního učení a změněného pohledu na sebe sama. Delší doba pobytu (až jeden rok) přináší značné výhody, ale také větší zodpovědnost a aktivní podíl na léčbě ostatních. Jsou stanovená jasná pravidla (například užití drogy znamená vyloučení) a různé poklesky s sebou nesou menší míru výhod.

Program klade značné nároky nejen na klienty, ale také na členy terapeutického týmu, kteří musí být jednotní a nést zodpovědnost za chod celé komunity. Na pravidelných společných setkáváních se hodnotí uplynulé, diskutují aktuální problémy, činí rozhodnutí. Na skupinových terapiích se ventiluje napětí, pomáhá při emočních problémech, poskytuje oporu... Každý tu má nějakou roli, ve které se zvyšuje míra sociálních dovedností, sebevědomí, učí se zodpovědnosti... Celý průběh léčby má několik stadií, ve kterých se postupně rozvíjí socializace osobnosti, zlepšuje se sebevědomění a sebepoznání...

Zvláštní význam mají terapeutické komunity pro dospívající a mladé lidi. Prvotní tu není překonání problému s drogou, ale proces, který pomáhá dynamickému rozvoji osobnosti. Program zahrnuje pestré terapeutické postupy, nacvičují se praktické dovednosti, učí se relaxačním technikám. Nezbytná je úzká spolupráce s rodinou a doplňující individuální péče. Dlouhodobá perspektiva u těchto pacientů je dobrá, dospějí, dozrají a jejich drogová minulost se jim stane jen černou vzpomínkou.

Absolvování komunity je proces velmi náročný, ale její dokončení je velkou nadějí na trvalou abstinenci.

- ***Doléčovací a resocializační centra***

Jsou určena pro klienty, kteří prošli určitým typem léčby. Pomáhají jim při stabilizaci ve zcela nových podmínkách života. Podle individuálních případů trvá doléčovací program od dvou měsíců do jednoho roku. Velký důraz se klade na nácvik situace selhání, jak se zachovat a co konkrétně dělat, dojde-li k opětovnému užití či užívání drogy, aby se člověk znovu nepropadl zpět do závislosti (tzv. prevence relapsu).

Terapeutická práce je orientována na tematické, plánovací a dynamicky orientované skupiny, na individuální práci s klienty, jejich rodiči nebo partnery, na rodinnou terapii i samostatné rodičovské skupiny. Osvědčily se i společné víkendové pobyty se sportovně-rekreační náplní.

Jinou formou jsou tzv. Re-entry domy, které slouží těm, kteří se nemají kam, nemohou nebo nechtějí vrátit a po léčení zde prožívají stadium návratu do společnosti (zhruba rok až dva). Učí se praktickým dovednostem (např. hospodaření s penězi, praní, plánování nákupů, prosté vedení domácnosti, zprvu pod dohledem, později stále samostatněji), začínají pracovat ve stálém zaměstnání, zdokonalují se v dovednostech ve vztazích, snaží se účelně nakládat s volným časem...

Patří sem také ambulantní resocializační střediska, socioterapeutické kluby, chráněné dílny a chráněná bydlení.

- ***Anonymní alkoholici***

Jedná se o mezinárodní organizaci AA(Alcoholics Anonymous), obdobnou Anonymním narkomanům. Jde tu o zcela jiný pohled na vedení závislých lidí, kteří se pravidelně scházejí ve skupinách, kde pracují anonymně, jsou soběstační a nejsou vedeni profesionály. Skupina je otevřena všem, kdo mají touhu přestat pít.

V praktické části bych se chtěla opřít o praxi, kterou jsem vykonávala v Léčebně návykových nemocí v Nechanicích. Léčebna spadá pod Psychiatrickou kliniku v Hradci Králové.

V době mé praxe, kterou jsem zde absolvovala, jsem získala informace, které jsou obvykle neveřejné. Bylo velice těžké je získat pro výzkum, který zde provádím. Veškerá osobní data a jména klientů jsou tudíž vyjmuta.

Všechny zde použité objektivní anamnézy(OA) jsou naskenovány z originálů a proto bych chtěla předem omluvit chyby v textu, které vznikly již při zapisování vyšetřujícím psychology! Všechny OA, které zde rozebírám jsou umístěny v příloze mé práce!

Nejprve ve zkratce něco o léčebně.

Léčba, kterou organizace nabízí je postavena na spojení tří prvků:

- 1) režimová léčba
- 2) systematická komunitní a skupinová psychoterapie
- 3) podávání informací.

Režimová terapie je léty osvědčená metoda pro léčbu závislostí. Jejím základem je pevný systém pravidel a program. To vše se dá chápat jako řád, který se dá přirovnat k řádu, který budou klienti nuceni zavést do svého života, budou-li chtít úspěšně abstinovat. Druhou vlastností, kterou režimová terapie posiluje, je zodpovědnost, ke které vede bodovací systém.

Z toho vyplývá, že za to, co udělám či neudělám nesu zodpovědnost, tj. následky (zde body). Zároveň režim oddělení je jakousi zkouškou motivace, kterou potřebují pro to, aby abstinovali i v prostředí, kde klienty nikdo nekontroluje. Jako poslední význam režimové terapie můžeme chápat jeho „modelovost“. I v životě klientů mimo léčebné zařízení se potýkají se spoustou pravidel a povinností, které musí dodržovat.

Abstinence je také pravidlo, které musí dodržovat a možná si s ním poradí jako se zdejším řádem.

Poskytování informací je zaměřeno především na přednášky tzv. edukace – poučení, která vedou k pochopení onemocnění a jeho dopadu na jejich budoucí život.

Psychoterapie, kterou zde poskytují je prováděna formou skupin a komunitních setkání. Ukazuje se, že aby byli klienti schopni abstinovat, musí „změnit“ i mnoho věcí, které se závislostí zdánlivě nesouvisí. Poprat se s některými klientovými osobními vlastnostmi nebo naučit se určitým dovednostem, orientace v klientových potřebách apod. V psychoterapii se

snaží reagovat na to, že každý z klientů je jedinečný a stojí před ním jiné úkoly. Pro psychoterapii zde klienti sestavují svoji individuální zakázku (terapeutickou smlouvu), ve které sledují své vlastní, osobní cíle léčby.

Samotná psychoterapie má své cíle. Je to konfrontace s problémy, které stojí v pozadí závislosti nebo některých nepříjemných psychických problémů. Dále hledá vnitřní zdroje pro zvládnání stresových či konfliktních životních situací. Zabývá se problematikou mezilidských vztahů, které jsou pro tzv. „zdravý způsob života“ zásadní podmínkou. Snaží se také podpořit to „zdravé“ v klientech tak, aby to zvládli – „zkrotili“ svoji chorobu. V poslední řadě se zabývá životními scénáři, které nás provázejí životem a mnohdy vedou k nespokojenosti, frustraci a nemoci.

Spojením všech tří prvků usiluje tento léčebný systém o to, aby klienti mohli ve svém budoucím životě úspěšně abstinovat a zlepšit tak kvalitu svého života.

Psychoterapeutický program

Psychoterapeutický program oddělení nabízí možnost terapeutické práce v uzavřené skupině, do které jsou klienti přijímáni společně na 6 týdnů v rámci komunitní péče oddělení. V dynamické skupině mohou klienti nahlédnout pod vedením terapeutů na problematiku konfliktů v mezilidských vztazích, ve skupině kognitivně-behaviorální terapie se zabývají možnostmi racionálního pochopení a zpracování svých obtíží. Klienti vedle práce na skupině pracují rovněž s deníkem, který je rozšířením komunikace mezi nimi a terapeuty. Významnou součástí programu oddělení je arteterapie – léčebná metoda, která k vyjádření používá mimoslovních, výtvarných prostředků, muzikoterapie – technika, která k vyjádření a často uvolnění používá rytmu, hudby a relaxační techniky, které nabízí možnost zvládnání úzkostných situací, napětí přirozenou cestou – bez léků.

Nyní zpět k objektivní anamnéze. Co je to vlastně objektivní anamnéza?

Objektivní anamnéza je kazuistika každého léčeného klienta. Na pohovor psycholog pozve člena či členy rodiny, které si klient zvolí sám. V místnosti za zavřenými dveřmi rodinní příslušníci vypráví životní příběh klienta. Klient může samozřejmě kdykoliv do rozhovoru zasahovat. Díky Janě Slavíkové jsem se mohla, samozřejmě i se souhlasem klienta, zúčastnit jednoho z pohovorů. Z vlastní zkušenosti mohu říct, že tento pohovor je plný zlosti, citů, nenávisti a hlavně slz. Z pohovoru jsem měla velice silný zážitek, ruce se mi klepaly a kdybych dnes měla říci, co jsem si z tohoto pohovoru odnesla, asi by to byl pouhý smutek, jak

daleko je schopný člověk zajít, co je schopný ztratit a obětovat. Z pohovorů s klienty mi byly poskytnuty některé OA.

Podářilo se mi získat 18 OA, které jsem se nažila podrobně rozebrat a získat zde informace pro výzkum.

Ve výzkumu je porovnáváno celkově 7 žen a 11 mužů.

Nejprve jsem porovnávala 7 vzorků OA, které se týkají žen..

V těchto 7 získaných vzorcích jsou ženy věkově mezi 30-44lety.

Ze získaných 7 vzorků objektivních anamnéz průměrně tyto ženy začaly pít před 5 lety, než se rozhodly nebo byly donuceny odejít na léčení. Jako důvod většinou uvádí smrt někoho blízkého z rodiny nebo neshody s manželem.

U 29% žen byl jako důvod uváděn, jako fyzické násilí ze strany muže k ženě i k dětem. Žena nebyla schopna řešit tuto situaci odchodem od násilí manžela, proto volila útěk k alkoholu. Tato cesta bývá mnohdy nešťastnou volbou. Dopláčí na to nejen ženy, ale také děti, které si odnášejí tyto těžké zážitky z dětství celým životem.

29% žen již během léčby nebo ihned po léčbě zrecidovalo. Jako důvod uvádí neshody s rodinou, silnou touhu po alkoholu.

Je zajímavé, že většina žen, až 52%, začala požívat tvrdý alkohol (vodka) ihned v počátku svého problémového pití. Ženy většinou začínají „opatrněji.“ Většinou volí lehčí alkohol, jako je pivo, či víno nebo si tvrdý alkohol ředí nealkoholickými nápoji. Klientky byly schopny vypít až 1 litr čisté vodky denně. 43% žen dokázalo pít 3 týdny v kuse, než jim v tom příbuzní či rodina zabránili. V tomto rozsahu je pití již velice nebezpečné, obzvláště pro ženy, které hranici odolnosti před alkoholem mají 3krát menší nežli muži. Brzy po těchto dlouhých tazích dochází k cirhózám jater a mnoha dalším poškozením.

29% žen souběžně s alkoholem požívalo i léky, většinou hypnotika (tablety na spaní) a antidepresiva, na nichž se později staly rovněž závislé. Tím vznikla kombinovaná závislost na alkoholu a lécích, která je častěji u žen než u mužů.

85% žen je stále vdáných, má děti. Manželé nadále hodlají podporovat své partnerky v léčbě.

Ze sebraného vzorku 11 OA mužů, jsem získala tyto informace. Stáří klientů bylo v době získávání informací mezi 29-52 lety.

Zkoumaní muži začali pít v průměru před 7a půl lety. 28% klientů pilo výrazně již v době středoškolského studia. Toto nárazové pití v době studia většinou souvisí s nutností zapadnout do již vzniklé skupiny, kterou tvoří starší studenti. Dále s neschopností vyrovnat se se situací, kdy se studenti dostávají po absolvování ZŠ(základní škola) mimo domov a nejsou schopni adaptovat se do nového prostředí.

67% klientů tvrdí, že z počátku pilo pouze nárazově. Následné několikadenní tahy byly zaznamenány u 46% zkoumaných klientů. 64% klientů mělo jedenkrát do měsíce jednotýdenní tahy.

Tři klienti před nástupem do léčebny pili denně.

Zajímavé je, že 73% klientů pilo alkoholické nápoje ve značném množství již před svatbou, ženy o těchto návycích věděly, přesto se svatbou souhlasily. V těchto manželstvích následně dochází, pokud se pití vystupňuje, k fyzickému i psychickému násilí nejen na ženách, ale i na dětech. Z tohoto vzorku bylo následné násilí zaznamenáno ve 28%.

Nejvíce muži „holdují“ pivu až v 78%. Zbytek alkohol kombinuje.

Na rozdíl od žen, které pijí sami doma a o samotě, málokdy v kolektivu, muži pijí po hospodách, ve větších skupinách.

Recidivu jsem v tomto vzorku nezaznamenala.

V 18% se vyskytla kombinace alkoholu a drog, v jednom případě dokonce kombinace drog, alkoholu i gamblerství, což považuji za nejhorší a nejtěžší kombinaci.

Na léčbu nastoupilo 36% mužů s ultimátem od manželky či přítelkyně. Buď se půjdou léčit nebo dojde k rozvodu. Zde by mohla vyplynout otázka, jak se manželky či přítelkyně zachovají?

46% mužů ze zkoumaného vzorku potvrdilo moji třetí hypotézu, která zní: „Sekundární prevence je závislá na upravení režimu dne.“ Tito muži byli schopni si po léčbě opět najít práci, zařadit se do společenského života a najít si nové záliby či koníčky.

Shrnutí výzkumu:

Odlišnosti žen ve srovnání s muži z hlediska vývoje závislosti a její následné léčby by se daly shrnout do těchto tezí :

- důsledky abúzu a závislosti na alkoholu jsou u žen vážnější a jejich úprava složitější – izolace a odmítání závislých žen ze strany jejich okolí je podstatně větší ve srovnání s muži
- důsledky závislosti na tělesném a duševním zdraví se manifestují rychleji a výrazněji než u mužů (ženy rychleji degradují sociálně, morálně i zdravotně, žena alkoholička rychleji stárne)
- výskyt psychóz je u žen relativně vyšší než u mužů
- pro ženy je typické samotářské pití, pijí tajně a osamoceně, okolí tak reaguje opožděně
- u žen závislých na alkoholu je vysoký výskyt závislosti na alkoholu i u jejich rodinných příslušníků
- ženy jsou více úzkostné a méně agresivní než muži
- častěji než u mužů je u žen začátek abúzu reakcí na životní komplikace a nezdary
- ženy častěji ztrácejí dobré rodinné zázemí, popř. rodinu celou
- rozvoj „píjácké kariéry“ začíná u mužů během vojenské služby, u žen po vstupu do manželství
- za začátku léčby spolupracuje podstatně méně žen než mužů
- v průběhu léčby spolupracuje podstatně méně žen než mužů
- v průběhu léčby vytvořením náhledu přijme nutnost abstinence více žen než mužů
- více žen je ochotno investovat své úsilí do doléčovacích programů.

Pro vznik alkoholismu hrají u žen, ve srovnání s muži, větší úlohu životní události. U mladších žen jde o rozvod, nešťastnou lásku, ztrátu či úmrtí rodičů, které vedou k situaci ztráty představující předstupeň deprese. U starších žen je to syndrom „prázdného hnízda“. Rizikový faktor ženské závislosti je zvláště velký u osamělých, opuštěných a společensky izolovaných žen.

Jako hypotézy jsem si zvolila tyto body:

1. Muži začínají pít nejprve lehčí alkohol (pivo) až později se dostávají k tvrdému alkoholu. Ženy naopak nejčastěji začínají pít tvrdý alkohol v domnění, že rychleji „utečou“ do nevědomí.

2. Ženy pijí v převážné většině o samotě, kdežto muži se scházejí a pijí v kolektivu.

3. Součástí sekundární prevence je úprava režimu dne klienta. Úprava dne je závislá na pozdějším výsledku léčby klienta.

Mé anamnézy potvrdily hypotézy.

Hypotéza číslo 1

Hypotéza č.1 se potvrdila. Z objektivních anamnéz vyplývá, že až 78% mužů pilo nejprve pivo. Později muži přecházejí na tvrdší alkohol nebo si zvyšují dávky alkoholu. U žen to je naopak. Ženy začínají pít tvrdý alkohol od začátku, myslí si, že pitím tvrdého alkoholu rychleji zapomenou na problémy. Bohužel, v tomto se často mýlí!!!

Hypotéza číslo 2

Hypotéza číslo 2 se potvrdila. Dotázané ženy uváděly nejčastěji jako důvod svého pití samotu nebo fyzické či psychické násilí ze strany partnera. Zajímavé je, že týrané ženy se nesnaží tento stav řešit rozchodem s manželem či přítelem, ba naopak snaží se ukrýt před situací do opilosti. Pijí o samotě, samy se utápí v trápeních. Mnohdy se situace vyhroť tak, že může dojít k velmi hrubému napadení ženy, které pak končí, pokud mají štěstí, s mnohými pohmožděninami v nemocnici. Ženy se mužů bojí, neumí jim říci:“ Už dost!“ Zde vidím hlavní problém.

Muži se nejčastěji scházejí v kolektivech, neprokázalo se, že by pili sami. Větší kolektiv jim dává sílu a podporu. Toto vše potvrdil výzkum.

Hypotéza číslo 3

Hypotéza číslo 3 se potvrdila. Již dnes se dá říci, že v léčebnách se využívá různých prostředků, jak opět nastolit v životě člověka rovnováhu a pořádek. V léčebnách panuje přísný denní řád, kde i malé porušení, malý přestupek může znamenat vyloučení z léčebny či komunity. Využívá se především režimová léčba, systémová komunitní a skupinová psychoterapie, arteterapie, pracovní terapie. Léčba je samozřejmě doplňována i medikamentózně. Pro medikamentózní léčbu se používají především léky na odvykání, jako jsou např. Benzodiazepiny (používají se hlavně jako sedativa/hypnotika, uvolňovače svalů),

Tiaprid (používá se ke zklidnění volných pohybů, ke zlepšení stability chůze), Tiaprid plus Benzodiazepiny.

Důležitý je také dlouhodobý kontakt s terapeutem či občasné docházení na sezení.

Ne každý si tyto návyky osvojí natolik, že je schopen po propuštění tyto návyky realizovat i doma. Záleží především na rodině a okolí, jak se k této problematice postaví a pomohou vám.

ZÁVĚR

Alkohol je u nás záležitost spíše negativní než pozitivní. Mnoho středoškoláků utíká dříve či později k alkoholu a drogám. Společným jmenovatelem tohoto stavu je nedostatek času rodičů. V době, kdy by děti měly být nejvíce kontrolovány, rodiče často nemají na děti čas, nekontrolují s kým se stýkají, kam chodí a jaké mají zájmy a koníčky. Je to také způsobeno rozložením dne dětí. Dříve šly děti ihned po škole pomáhat rodičům v hospodářství, dnes se potulují po ulicích, zkoušejí, testují, snaží se zapadnout do kolektivu.

Toto vše je způsobeno vnímavostí dětí na drogy. Ne jenom v naší republice je toto problém narůstající, který by náš stát měl řešit.

Absolvovala jsem praxi ve dvou, velice si blízkých, zařízeních. V Léčebně návykových nemocí v Nechanicích a v Psychiatrické léčebně v Bohnicích, oddělení závislostí-ženy. Kdybych měla tyto zařízení porovnat, začala bych nejprve přístupem zaměstnanců ke mně, jako k praktikantovi. Po prvním dnu nástupu do léčebny v Nechanicích jsem byla kolektivem pracovníků ihned seznámena s budovou, terapeutickým programem, pracovníky i s denním řádem. Celý personál se ke mně choval velice vstřícně, nikdy mě neodbili, pomáhali mi v prvních dnech, kdy pro mě bylo těžké zorientovat se v chodu zařízení. Velice ochotně a vstřícně se ke mně chovali i pacienti, přijali mě do skupin, hovořili se mnou otevřeně a bez zábran. Brali mě jako člena profesionálního týmu. Na tomto pracovišti jsem se tak opravdu cítila. Dovolili mi také nahlédnout do tajných záznamů všech pacientů a díky této ochotě jsem získala, s jejich svolením, objektivní anamnézy, se kterými jsem v práci pracovala. Je třeba říci, že tyto informace nebylo lehké získat.

Byl to neskutečný zážitek, když jsem absolvovala jeden z pohovorů, které se pak píšou do těchto souhrnů-anamnéz. Vyprávění bylo dlouhé. Šťastný začátek plný vášně, lásky, radosti ze života a se spoustou plánů do budoucna. Konec byl tvrdý a nelítostný. Tato věta zaznívá všude:“Bud’ přestaneš pít nebo se s tebou rozvedu a své děti už neuvidíš!“ Nikdy jsem neviděla takovou zoufalost a beznaděj, nikdy jsem si nemyslela, že tolik slz může nějaký člověk prolít. Byl to vskutku ohromující a hluboký zážitek. Vzhledem k tomu, že bych se v pozdější době ráda věnovala psychoterapeutické práci, mohla jsem si v kostce představit, co mě čeká. Jak musím být silná a nestranná. Ovšem toto ještě bude dlouhá cesta a musím se ještě hodně učit a získat hodně zkušeností, abych něco takového dokázala.

V Bohnicích byl přístup daleko odlišný. První den nástupu byl pro mě doslova „katastrofální.“ Již u vchodu mě málem na praxi nepřijali, neboť si mě spletli se sestřičkou. Vrchní sestra nevěděla, čím se má specializace zabývá, tak mě poslala za primářem, ten mě

opět poslal zpět k sestře a nakonec jsem se dostala k laickým psychologům, kde jsem zůstala tři týdny. Dozvěděla jsem se od nich co jejich práce obnáší a jak se k této práci dostali. Laický psycholog, to je pojem, který jsem zde slyšela poprvé. Jedná se o bývalého klienta, který úspěšně několik let abstínuje za závislosti na alkoholu a prošel si léčbou v Bohnicích. Léčba v něm zanechala hluboké vzpomínky a přání pomáhat lidem tak, jak předtím bylo pomoženo jemu. Úspěšně absolvoval terapeutický kurz a již několik let rozdává své rady a zkušenosti ostatním klientům.

A co se dělo dále? Nikdo mě nepoučil ohledně chodu oddělení, nikdo mě neseznamoval s pracovníky. Klientky tvořily zvláštní spolek, který mě mezi sebe nepřijal. Ač jsem se snažila navázat jakýkoliv kontakt, nebyla jsem úspěšná. Za dobu této praxe jsem se nenaučila nic, žádné nové poznatky jsem si nepřinesla. Tak nevím, zklamala jsem já či zařízení?

Přesto, že stáž v Bohnicích nebyla optimální, naopak stáž v Nechanicích mi umožnila získání 18 jedinečných objektivních anamnéz. Ze získaných vzorků 18 objektivních anamnéz mužů a žen je důležité si povšimnout faktu, že ženy reagují daleko citlivěji na danou situaci, léčba je pro ně daleko více psychickou zátěží než pro muže. Těžko se vyrovnávají s novým prostředím mnohdy je pro ně těžké přiznat si a vyslovit svůj problém. Na druhou stranu, u mužů častěji dochází k recidivě, alespoň za dobu mého pobytu tomu tak bylo.

Dnes již není žádná výrazná věková hranice, o které bychom mohly říci, že do léčebny nastupují pouze starší klienti. Již dávno také nezáleží na úrovni vzdělání. Dříve jsme si mysleli, že nejvíce pijí lidé se základním vzděláním, nenechme se zmýlit! Nestačili bychom se divit, kolika klientům se „leskne“ před jménem titul.

V posledních letech se při léčbě uplatňuje tzv. biopsychosociální přístup, kde se kromě podávání antipsychotik zdůrazňuje i psychoterapie a rehabilitace s resocializací. O tomto přístupu se v mé práci záměrně nedočteme. Popis tohoto přístupu by vydal na celou novou bakalářskou práci a má práce na něj není zaměřená.

Co více k této práci říci. Alkohol je dnes silným pojmem. Málokdo s ním umí bojovat, ale díky zařízení a mnoha ochotným lidem, kteří se těmto „nešťastníkům“ věnují, existuje pro ně naděje. Záleží však ze všeho nejvíce, na každém z nás, jak s touto šancí naložíme.

SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ

- Csémy, L.a spol.: The Health Brhaviour in Schoul-Aged Children. nábor dat 1998
- Časopis Mladý svět 38/94. str. 20-21, Člověk a problém
- Čekal, M., Šolc, J.: Průvodce ženy jiným stavem. Ivo Železný, Praha, 1997, str.45-46
- Heller, J.: Závislost známá neznámá. 1996, str. 168
- Jellinek, E.M.:“ The disease koncept of alcoholism in the USA. Hillhouse Press 1960
- Machů, F., Machů, J.: Průvodce těhotenstvím a porodem. Grada Avicenum, Praha 1998, str. 121-122
- Marhoutová, J., Nešpor, K.: Alkoholici, „fetáci a gambleři“. EMPATIE, Praha, 1995
- Murray, C.J., Polez, A.D.: Global burden of disease. Harvard University Press, 1996
- Nešpor, K., Csémy, L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha , 1996, str. 203
- Nešpor, K., Csémy, L.: Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami. Důsledky pro prevenci i léčbu, Praha 1999
- Nešpor, K.: Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech. PORTÁL, Praha 1995
- Skála, J.: Až na dno?. Avicenum, Praha, 1988, str. 139
- Skála, J.: Závislost na alkoholu a jiných drogách. Zdravotnické nakladatelství, Praha, 1987
- Šedivý, V.: Lidé, alkohol, drogy. Naše vojsko, 1988, str. 158
- Švestka Jaromír a kolektiv: Psychofarmaka v klinické praxi. Grada Avicenum, Praha 1995
- Vokurka, M., Hugo, J.: Praktický slovník medicíny. Maxdorf, Praha, 1998
- internetové stránky:
www.amo.cz
www.doktorka.cz
www.mvcr.cz
www.plbohnice.cz/nespor/deklsto.doc

www.uzis.cz

www.zdrava-rodina.cz

www.zikmund.org/alkohol/metabol.htm

PŘÍLOHY

Všechny zde použité objektivní anamnézy(OA) jsou naskenovány z originálů a proto bych chtěla předem omluvit chyby v textu, které vznikly již při zapisování vyšetřujícím psychologem! Všechny OA, které zde rozebírám jsou umístěny v příloze mé práce!

Psychiatrická klinika FN - 500 36 Hradec Králové, LNN Nechanice 503 15, tel. 049/5933007-9, fax 049/5931105

Objektivní anamnéza

Jméno pac: P J	rodné číslo:
Adresa:	
Zaměstnavatel:	ZP:
hospitalizován od:	Pořadí psychiatr. hospitalizace:

Referující:
Vztah k pac.: manželka

Seznámili se před sedmi lety, pracoval ve Feroně, byl ještě ženatý a měl půlroční dceru. Chodili spolu asi dva nebo tři měsíce. Umíral mu v té době otec, neměl na ni čas, sám to v té době ukončil. Meztím se jim narodil ještě syn Jiří. (On mít děti nemůže, ženy byla na umělém oplodnění od dárce). Asi po roce se sešli opět, iniciátorem byla ona. Od té doby se tajně scházeli, až ona dostala byt po dědovi, tam se scházeli. Po roce se k ní přestěhoval. Manželka mu neustále vyčítala, vyhrožovala, "táta se ti v hrobě obrací". Dal žádost o rozvod. Tímto obdobím se začal propíjet, ona často chodila s ním. Nechávala jej i samotného v hospodě a on přišel někdy až druhý den. Po rozvodu se před dvěma lety vzali. Noc před svatbou se opil, na svatbě měl kocovinu. Jeho matka na svatbě nebyla, nesouhlasila s rozvodem ani novou svatbou. Do dnešního dne se s tchyní nepotkala. Při únosu nevěsty o kterém věděl jí stropil scénu, nadával do kurev... pak chvil toulavou, tahal ji po hradeckých hospodách. O svatební noc přestavoval nábytek, zahodil ledničku. Ráno měl výčitky, sliboval. Asi 2-3 měsíce nepil vůbec. Pak vše začalo znovu. Opíjel se, ona odcházela z hospody a on se vracel až druhý den dopoledne a opět pokračoval. Neustále sliboval, přísahal na zdraví svých dětí, na hrob svého otce.. pil však dál, lhal. Býval slovně agresivní, kopal a mlátil do věcí. Jednou ji napadl. Za tu dobu měl 2x sebraný ŘP za řízení pod vlivem alkoholu. Poprvé to bylo ještě v prvním manželství. Sliboval, že dostane peníze za prodaný ovocný sad. Měli spoustu dluhů, odpojený plyn a elektřiku... Když už to nemohla vydržet, odjela na chalupu k rodičům. Celou tu dobu pil, tam ji nehledal. Toto bylo asi 14 dní před nástupem. Napil se i když už věděl že se půjde léčit. Ona sám při pohovoru uvádí, že si od malička vymýšlí, lhal rodičům. Na otázku jak to je s tím sadem, přiznává pod tlakem, že je prodaný již čtyři roky.

DATUM: 04.02.05

PODPIS LÉKAŘE: Mgr. Cyril Martinek

Objektivní anamnéza

Jméno pac: Z. (m)	rodné číslo:
Adresa:	
Zaměstnavatel:	ZP:
hospitalizován od:	Pořadí psychiatr. hospitalizace:

Referující: Vztah k pacientovi: přítelkyně

Znájí se necelý rok. Seznámili se na popud jeho známé. Zdál se na první dojem příliš sebevědomý, chtěl zaujmout svými problémy, penězí.... Byli spolu pak na lyžích. Nepozorovala, že by pil více než ostatní nebo ona. Asi po měsíci známosti se stalo, že pil týden v kuse. Zjistila to tím, že se neozýval. Jako důvod uváděl neshody s matkou, byl lítostivý. Přítelkyně uvádí, že si všimla jeho veliké vazby na matku, neschopnosti jí odporovat, prosadit se. Z. se svěřil, že mu matka rozmluvila či odlehala všechny dosavadní přítelkyně. Mají společnou firmu a tím ho také matka může ovlivňovat. Dále uvádí, že Z. nedotáhne věci k řešení, má kolem sebe nepořádek. Po měsíci alkoholický exces zopakoval a přítelkyně jej zvala do Pardubic k psychiatři. Matka tehdy bránila aby se léčil jinde, než ona zařídila. Po první návštěvě kontakt s lékařkou přerušil. Matka si pak na přítelkyni vyžádala ujistění, že o další průběh léčeni se nebude starat, že to zařídí ona sama. Z. ale neposlouchal ani ji a pil dál. Intervaly se zkrátily na tři týdny a mezitím asi tak týden vždy pil. Na léčení přistoupil až po důrazném tlaku přítelkyně, kdy mu hrozila rozchodem. (začala se i chovat tak jakoby se rozešla). Uvádí že Z. nezvládá zátěžové situace, kdy je sám vystaven zodpovědnosti, řešení nepříjemných situací, má tendenci svalovat řešení na jiné a ještě je pak kárat za případné nedostatky.

Matka:

Jako dítě se vyvíjel bez problémů, chodil do školky, ZŠ, gymnázium. I puberta proběhla bez nápadnosti. VŠ jaderná fyzika - opakoval ročník ale jinak zvládl. O jeho vztahu k alkoholu nemá informace, před rodiči v té době nepil ani nekouřil. Ukončil v 1989, nastoupil ještě na VŠ ekonomickou, současně podnikal. Po roce studia zanechal. Matka od malička dělala vše s ním, takže i podnikání provozují spolu. Měl 2-3 partnerské vztahy které byly svým způsobem komplikované - ženy starší, vdané, s dětmi. Vždy se velmi navázał, odmítal kritiku jejich osoby, připomínky bral velmi škorně. Matka si všimla že začíná požívat alkohol asi v 1994-5. Bylo to v době prvního vztahu (kromě studentské lásky na gym.) Pil s partnerkou pivo. Asi v 1997 už chodil pít i přes den, stával se nespolehlivým např. se nedostavil na sjednanou schůzku. V rodině se jeho pití ještě neřešilo. V prosinci 2000 měl už 2-5 denní tahy, matka se od společné práce distancovala. Míval abstinenční příznaky, třásl se, pil průběžně i v noci, nejedl... odmítal jíst i když mu matka jídlo donesla. Když tahy trvaly dlouho, matka jej brávala domů a pomáhala mu vystřízlivět. Někdy zůstávala s ním ve firmě dokud nevystřízlivěl a hlídala aby se nenapil. Otec je po mozkové mrtvici, situaci s ním neřešil. Matka uvádí, že si netroufla ho posílat na léčení, protože na náznaky reagoval agresivně. Letos v lednu se seznámil s se současnou partnerkou. Ta jej odvezla do Pardubic k psychiatři k řešení Z. pití. Matka pak vyjádřila navolání tímto postupem, měla představu že by pomoc měla být blýže. Chodil pak dr., k dr. v Liberci. Matka se spojila s přím. MUDr., který jako známý zařídil léčbu v LNN Nechanice.

DATUM:

PODPIS LÉKÁŘE: Mgr. Martinek

Jméno pac:	J_R	rodné číslo:	
Adresa:			
Zaměstnavatel:		ZP:	
hospitalizován od:		Pořadí psychiatr. hospitalizace:	

Referující: matka
otec
přítelkyně

Matka pacientka popisovala nejprve R. dětství, které probíhalo bez větších nápadností asi do 17 let. Byl vždy v partě kamarádů, od 16 let chodil na zábavy. Po návratu ji budil, řekl jí, že je v pořádku. Už během mládí a dětství se začal R. projevovat docela zvláštně, když se mu něco neočekávaného nepříjemného stalo. Někdy za dané problémy nemohl, někdy ano. Pokaždé se ale v situacích choval podobně, snažil se buď lhát nebo svalovat vinu na druhé. Když byl postaven před pravdu, kterou vypátrali, pak mlčel a neřekl ani slovo. Toto chování trvá dodnes, zejména pokud byl konfrontován s problémy spojené s opilostí. Pít začal, když mu bylo asi 17 let, po vyučení byl v té době zaměstnán se staršími dělníky, kteří mu dávali pít. Začal se jednorázově opíjet tak jednou za měsíc. Pil hlavně na zábavách a diskotékách, doma nikdy. Interval mezi opilostí se zkracoval, někdy přišel "v náladě" i v týdnu. Po vojenské službě - asi před 5 lety začal odcházet z domu, když byl opilý. V pátek odešel na zábavu a vrátil se třeba až v pondělí z práce. Nikdy neřekl, kde byl, mlčel nebo lhal. Nejděší doba, kdy o něm rodiče nevěděli byl asi týden, kdy se rozešel s bývalou přítelkyní. Pak se vrátil domů a dělal, jakoby se nic nestalo. Vždy, když se vrátil domů, tak nemluvil asi 3 dny. Poté začal mluvit o běžných věcech, na problém se zapomnělo. Vše se opakovalo asi za 14 dní znovu. Představu o konkrétním množství, co R. vypil, nemá. Zaměstnání si zatím udržel, přestože měl občas nějaké absence.

Otec byl během pohovoru zamkljší. Přiznal se, že je na R. našťvaný za to, že mu lhal. Je léčený alkoholik, 25 let abstínuje. Doma alkohol není, matka toto respektuje. Otec je přesvědčen, že to je vše o vůli. Byl hodně přísný na R. v otázkách pít, často s ním dlouze mluvil, aby se šel léčit. R. z něho svými výmysly prý dělal "vola". Asi 4 roky jsou mezi nimi konflikty, na R. není spolehnutí. Pokud nebude R. abstinovat, pak ho asi vyhodí z domu, kde dosud bydlí.

S přítelkyní se znají asi rok a půl. Seznámili se na diskotéce, kde R. pil jako všichni, i ona. O nadměrném pití neměla ani ponětí. Zpočátku chodili po zábavách, nikdy si nevšimla žádného většího problému, občas se opili do nálady. Jednou se R. opil na Silvestra, to byla hodně našťvaná, vyčetla mu to. Postupem doby jí také začal lhát a "mizet". Vypnul si telefon a 3 dny o něm nevěděla. Neplnil dohody, kdy měl přijet, a nebyl k sehnání. Vždy jí lhal o tom, kde byl. Vidí svůj podíl na tom, že se R. šel léčit, dala mu ultimátum. Do budoucna je zatím rozhodnuta, že s ním zůstane, ale pokud nebude abstinovat, nemohla by vedet něho být. Na případné dohody v omezení její konzumace alkoholu je připravena.

Celkově pohovor proběhl v poněkud zvláštní trochu tajemné atmosféře, jakoby bylo těžké o něčem nepříjemném mluvit. Matka občas trochu plakala, otec si původně nechtěl přisednout ke společnému stolku, po vyzvání tak učinil, přesto zůstal pasivnější během pohovoru. Vztah matky a přítelkyně R. se mi zdál otevřený a přátelský.

DATUM: 04.02.05

VEDOUcí LÉKAŘ: MUDr. Jiří Čížek
Vypracovala: Bc. Jana Slavíková

Jméno pac: DM	rodné číslo:
Adresa:	
Zaměstnavatel:	ZP:
hospitalizován od:	Pořadí psychiatr. hospitalizace:

Referující: manželka
bratranec

S manželkou se seznámil M. na plesu. Byli spolu před svatbou asi 7 let, přičemž manželka se s M. asi na 2 roky rozešla kvůli jeho přílišnému pití. Přesto si M. vzala, myslela si, že to zvládnou. Po 6 letech manželství si pořídili postupně 3 děti. M. zpočátku pil nárazově, opil se na akcích nebo chodil do hospody - tak jednou za měsíc. Velký zlom nastal asi v r. 1996, kdy se manželé odstěhovali z domu rodičů M., odkud je po smrti otce M. neslušně vyhodila žena M. bratra. Přestěhovali se do Přibyslavy, kde žijí dodnes. M. začal pít více dní v kuse - třeba 3 dny a pak na měsíc přestal. Postupně se délka tahů zvyšovala na týden a interval mezi zkracoval. Poslední rok M. pil každý den. O množství moc představu nemá, M. pil vždy v hospodě, pak došel domů a spal. O děti se moc nestaral, prý to moc neuměl. Před rokem manželka požádala o oddělení domácnosti a výměr výživného u soudu. Přestěhovala se s dětmi do patra rodinného domu, M. obýval přízemí. Výživné začal platit se skluzem asi 3 měsíců, nyní dluhy vyrovnal a platí pravidelně. Uvažovala o rozvodu, nyní už o tom neuvažuje, potřebovala se uklidnit.

Bratranec hodně maželce pomáhá. Vozil M. do AT ambulance do Havlíčkova Brodu, nyní chodí často na návštěvy. On sám projevoval velký zájem o informace o léčení, mluvil i o opatřeních, která chystají pro M. do budoucnosti, aby ho hlídali zejména během Vánoc. O kariéře M. mluvil shodně s manželkou. Oba se také shodují, že M. je zakřiknutý, citlivý a neumí vyjádřit to, co se mu nelíbí. Manželka by toto uvítala, aby věděla, co mu vadí. Také si neumí příliš obhájit a ustát vlastní názor, je ovlivnitelný.

DATUM: 04.02.05

VEDOUcí LÉKAŘ: MUDr. Jiří Čížek
Vypracovala: Bc. Jana Slavíková

Jméno pac: P_M	rodné číslo:
Adresa:	
Zaměstnavatel:	ZP:
hospitalizován od:	Pořadí psychiatr. hospitalizace:

Referující:

Vztah k pacientovi: manželka

Paní P. mluvila vcelku otevřeně, velmi rázně, informace se zdály být pravdivé.

O tom, že její manžel pije, věděla už před svatbou. Vdávala se podruhé, má již 2 starší děti z předchozího manželství. S M. se znali hodně let, nabídl jí, že si ji vezme. Byla zrazována od něj z důvodu nadměrného pití, ale věřila si, že ho uhlídá. V prvních letech se jí to vcelku dařilo, v její přítomnosti v hospodě vypil tak 5 piv. Asi 2x do měsíce se hodně opil sám, prý více piv a kořalku. V době sňatku bydlela v azylovém domě, poté se přestěhovali do domu, který koupila matka M. Ta zemřela a po ní zůstal manžel, který také nadměrně pil, po nějaké době, když si vodil do domu pochybné známé, ho vyhodila a šel bydlet ke svému kamarádovi. M. se v té době ještě docela snažil, občas na její prosbu pomohl i v domácnosti, pracoval každý den. Problémy nastaly, pokud se opil, byl agresivní i na děti - měly spolu další 2 dcery. Po nějaké době se manželka dověděla, že M. do pití kombinuje i drogy a léky. Byl v podmínce a poté ho i zavřeli na 2 roky do vězení. V té době hodně uvažovala o rozvodu, měla ale strach z následků, že by jí a dětem M. něco provedl. Po návratu z vězení bylo všechno horší - asi 4 roky zpětně. M. hodně pil každý den, bral léky, kouřil marihuanu. Do práce přestal chodit, nedával domů žádné peníze. Vždy si jí chtěl udobřit, ona mu uvěřila, ale nic nemělo dlouhého trvání. Koupil jí i drahý prsten (18 000 Kč.), který nenosí, protože je příliš luxusní. Několikrát byl M. hospitalizován v PL Havl. Brod, odkud po týdnu odcházel, že své pití zvládne sám. Začal být chorobně žárlivý, hodně jí vyčítal, že ho nikam nebere a že má milence. Ona vše popírá, to, že ho nikam s sebou nebrala, souvisí s jeho opilostí a agresivitou. Začal na ni vyžadovat nadměrně sex, nenechal si v tomto ohledu nic vysvětlit, proč ne. Měla strach o děti. V noci se budíval a divně se choval. Budil i ji a měl pořád řeči, které se týkaly sexu. Jednou začal i pobíhat po bytě a fyzicky ji napadl. To pak zavolala Policii ČR, M. odvezli na záchytku a ona podla trestní oznámení. Pod touto podmínkou se M. odešel léčit. Zatím ho nestáhle, neví, zda to udělá.

O budoucnosti zatím příliš nemluvila, vše záleží na M. abstinenci, ona mu moc zatím nevěří. Chce, aby jí posílal nějaké peníze z důchodu, s tím on souhlasil. Domů se vrátit může, je to jeho dům. Když bude ona chtít odejít, tak si nějaké bydlení sežene, spoléhá na sociální odbor městského úřadu a jeho pomoc, který o celém případě už ví.

DATUM: 23.11.2004

VEDOUcí LÉKAŘ: MUDr. Jiří Čížek
Vypracovala: Bc. Jana Slavíková

Objektivní anamnéza

Jméno pac: P	rodné číslo:
Adresa:	
Zaměstnavatel:	ZP:
hospitalizován od:	Pořadí psychiatr, hospitalizace:

Referující:

Vztah k pacientovi: bratr

Bratr je o 9 let starší, vždy byl víc na očích. P. je od dětství těžce nemocný, byl upřednostňován, celý život s bratrem má ale dobré vztahy, vždy když mu něco radil a domlouval mu, tak ho P. raději neslyšel a poslouchal jiné. P. se oženil ve 20 letech, měl s manželkou 2 syny. On i P. bydleli v jedné bytovce, všiml si, že často u bratra byly společnosti sousedů a popíjeli.

Když bylo mladšímu synovi P. 15 let, jeho manželka od něho odešla. Starší syn byl už ženatý a nijak se o problémy nezajímal. P. syna vychoval, naučil se stařat o domácnost a vařit. Po třech letech šel syn na vojnu, P. musel své bývalé ženě vyplatit nějaké peníze. Proto prodal byt a koupil si garsoniery sám pro sebe. Měl dluhy na nájmu, jeho starší syn to za něho zaplatil a nechal si byt na sebe napsat. Postupně se P. začal stranit a chodil mezi společnost do hospody. Měl peníze z důchodu, často kamarády zval a sháněl si bydlení po kamarádech z hospody. Množství alkoholu neví, vidal ho opilého. Bratr o něm mluví, že je hodně důvěřivý a zneužitelný. Dobré rady moc neslyší. Hodlá bratrovi nějak pomoci ve shánění bydlení, přesto k sobě do bytu ho vzít není možné.

V závěru pohovoru chtěl bratr ještě informace ohledně blížících se vánočních propustek, zda k nim P. na svátky pojedě. Všechny svátky u nich zatím strávil.

DATUM:

VEDOUcí LÉKÁŘ:

MUDr. Jiří Čížek

Vypracovala:

Bc. Jana Slavíková

Jméno pac: Z P	rodné číslo:
Adresa:	
Zaměstnavatel:	ZP:
hospitalizován od:	Pořadí psychiatr. hospitalizace:

Referující:

Vztah k pacientovi: rodiče

Od dětství byl P. zamklý a spíše samotářský, nikdy neměl moc kamarádů. Byl hodně často nemocný do 10 let věku, učitelé ho doučovali i doma. Jeho mladší bratr je povahově opak, je to živel. Po ZŠ se šel P. učit zedníkem. Toto rozhodnutí rodičům jednou v opilosti vyčetl, že ho donutili. Nezládl bydlení na internátě, po 1/2 roce začal do školy dojíždět. Nikdy se o tom nechtěl bavit, proč. Po učilišti nastoupil do zaměstnání, kde začaly trochu problémy s výtkami k práci od nadřízeného. Odešel samovolně za směny. Asi po roce odešel na vojnu, kde prý byl snad nejšťastnější v životě. Vyhovovala mu disciplína, vedení, bral to jako čest. Jevil se jako spravedlivý a zodpovědný k povinnostem. Měl tam i hodně kamarádů. Po vojně byl chvíli nezaměstnaný, evidovaný na úřadu práce. Zamětnal ho jeho strýc jako dělníka, problémy s kritikou v práci začaly na novo. Začal chodit o víkendech na zábavy, děvčata si však neuměl namluvit, měl nízké sebevědomí. To se zlepšilo, když se napil. V té době navštívil poprvé ambulanci psychiatrii pro panické úzkosti, to bylo asi před 6 lety. V zaměstnání se problémy horšily, nechodil na směny, pil v práci, to se dělo i 3x do týdne. Když se opil, měl 2 nálady, začal se nejdříve litovat a plakal, poté se to přehouplo do agrese. Litování se postupně vytratilo, agrese se stupňovala. Jednou p návratu ze zábavy chtěl po matce, aby ho zabila, začal demolovat byt, ubližoval psovi. Asi před 3 lety ho policie odvezla poprvé do PL Havlíčkův Brod, protože napadl svého bratra s nožem a vyhrožoval mu smrtí. Tam vydržel asi 1 měsíc, na revers byl propuštěn. Poté asi 2 měsíce nepil. Po napití se však všechno rychle vrátilo. V roce 2003 se pokusil o léčbu v Bílé Vodě, odkud se 2. den vrátil na revers. Poté asi 3/4 roku nepil. Když pil, tak zpočátku v hospodě, ke konci hlavně doma. Matka ho hlídala, byla v PN. Stačil do sebe nalít litr vodky, když odešla na nákup a asi za 1 hodinu se vracela. Do toho začal kombinovat léky antidepresiva a léky na spaní. Bylo mu to už pak jedno, popolykal, vzal jí i léky na srdce. Asi 1 týden je teď nezaměstnaný. Na podzim ho matka vyhodila z domu, bydlel v kůlně na zahradě, často se opilý dobýval domů. Začal ničit i okolní domy, vloupal se jako pomsta ke svému kolegovi z bývalé práce. Psal sprostá slova na fasády domů. Když se ho matka ještě před příchodem policie ptala, vše popíral. Peníze na pití bral z úspor, které mu našetřili, a zadlužil se. Otec matky je alkoholik, jeho pití však nedosáhlo takové míry, nikdy se neléčil. Pro matku je léčba poslední šance, jak se synem komunikovat. Před léčbou už uvažovali s manželem o vydělení syna, matka se bojí jeho agrese. Už P. nevěří, otec ještě ano. Není mu ochotna do budoucna nijak pomáhat, otec ještě ano. P. neumí přijímat byť i malou kritiku, nebo jen opačný názor druhého. Hned je uražený a ukřivděný. Každý je údajně proti němu. Neměl nikdy moc snahu se učit nové věci. Měl by se zkusit osamostatnit. K jeho velkým zálibám patřila literatura SS z II. světové války. Nacházel v tom uspokojení, byli to pro něho hrdinové.

DATUM: 04.02.05

VEDOUcí LÉKAŘ: MUDr. Jiří Čížek
Vypracovala: Bc. Jana Slavíková

Objektivní anamnéza

Jméno pac:	V.	rodné číslo:	
Adresa:			
Zaměstnavatel:		ZP:	
hospitalizován od:		Pořadí psychiatr. hospitalizace:	

Referující: Vztah k pac.: manželka

Znali se pět let před sňatkem, chodili spolu na zábavy. Stávalo se, že se tam opil. Pilo se i u jeho rodičů, pil otec (býval i agresivní, V. údajně utíkal k babičce, která mu však nalévala alkohol). Když šli objednat svatbu, říkal že ji zkazí život. Důvod nevěděl. Za tři roky po svatbě se narodil první syn (12), druhý 4 roky po něm. V. do hospody nechodil, ale po příchodu z práce si šel lehnout, spal do večera a pak teprve něco dělal doma. Nelíbilo se jí to, ale po příčině nepátrala. Hodil k ní jeho otec, který jí vyčítal že nemají doma alkohol. Začal tedy kupovat domů pivo. v r. 1990 začali stavět dům a V. začal pít, býval vulgární. Neměli peníze, jeho rodiče jim nepomohli i když to bylo v jedné vesnici. Jeho otec, když jel okolo raději otočil hlavu, jako že nevidí. V. býval 2-3x do týdne opilý. V té době bydleli ještě u jejich rodičů v sousední vsi. Přišel domů a usnul u večeře nebo na záchodě. Komunikovali spolu málo. Na výtky reagoval s tím, že se to už nikdy nestane. Vydržel max. 14 dnů. Postupně vydržel abstinovat jen dva dny v týdnu. V pondělí střízlivěl, v úterý nepil a ve středu zase pil až do neděle. Když bylo synovi dva roky byl agresivní i fyzicky držel jí pod krkem, tloukl jí hlavu o zed'.. Přiměla jej k návštěvě psychiatra v CR (1994). Byl tam jen 2x, tvrdil že to nemá smysl. Pil dál, vypil nejméně 12 piv + nějakou kořalku. Pil i u rodičů, když přesila jeho matku aby mu nenalévala, vyčítala jí že mu nedopřeje ani pivo. Změnil povolání, šel dělat do kravína aby to měl blíž na stavbu. V kravíně se pilo i přes den. Jezdí opilý na motorce, několikrát vůbec nepříje domů. Nášla jej také ležet v poli i s motorkou opilého. Nebyl schopen jet s dětmi k lékaři, protože byl stále opilý. Nadával ženě, že jsou stále nemocní. Podezíral jí že mu dává otrávené jídlo, vyžadoval večeři, kterou pak nejedl. Rozbíjel okna, dveře. Nutil jí aby stála na jednom místě, protože nad ní vyděl kříž, zdálo se mu že je ohrožuje kytka v květináči a tak jí rozbil. Když jezdil opilý autem, naboural, když mu chtěli sousedi pomoci pral se s nimi. Když mu vzala klíče od auta, musela se schovat pod stůl aby jí neublížil.....žena se schovávala i s dětmi, jednou policii. Při ošetření u lékaře museli také zavolat policii, aby jej spoutali a mohli mu zašít ránu na hlavě. Nervově se shroutila a byla hospitalizována na psychiatrii. Žena má borelli- on svádí její psychické potíže na tuto nemoc. Několikrát odešla z domu i s dětmi ale vždy se nakonec vrátila. V červnu t.r. Vyhodil všechny z domu i svou matku, syna kopl do zádnice tak že mu tekla krev. Ženu pak zmlátil (měla v ruce kanylu, protože byla doma na propustce z nemocnice). Odešla opět rodičům a pak do nemocnice. Nakonec si podal sám žádost o léčení.

DATUM:

PODPIS LÉKÁŘE: Mgr. Cyril Martinek

Objektivní anamnéza

Jméno pac:	J. B. (muž)	rodné číslo:	
Adresa:			
Zaměstnavatel:		ZP:	
hospitalizován od:		Pořadí psychiatr. hospitalizace:	

referující:

vztah k pac.: otec

Narozen jako druhé dítě, vyvíjel se normálně. Do školky nechodil, nejezdil na tábory, protože matka byla doma. V ZŠ problémy neměl, mívával vyznamenání. V 8 tř. přišel opilý ze školy, byl bitý. Šel na SŠ do Pardubic, kde u pravděpodobně v pítí pokračoval, měl i dluhy. Stačil je splácet. Školu dokončil bez problémů, nastoupil na vojnu na dva roky. Domnívá se, že ani tam problémy neměl. Po vojně nastoupil do pekárny v HK. To už pil více, chodil na směny opilý, rodiče se mu snažili pomoci domluvami. Bagatelizoval, uváděl že to zvládne. Oženil se, ale po dvou letech se rozvedl - příčinou byl i alkohol. Děti neměl. Asi po dvou letech se oženil podruhé se spolupracovnicí. Mají dvě děti - dcera 4 r. a syn 1 rok. O jeho problému nejspíš věděla, ale zpočátku manželství fungovalo. Jeho manželka je citově vázána na svého otce (který ji s bratrem vychovával), jejich matka od nich odešla. Když přišel na návštěvu ke svým rodičům, dokázal vypít za odpoledne basu pív a ještě nějaké štample. Jeho žena měla k pítí výhrady, ale oni o rozsahu jeho pítí nevěděli. K pítí přidal hrani karet (nejméně 2 roky). Prohrál nejméně 130 tis., které za něj zaplatili. Jeho stavy opilosti viděly i děti. Otec se domnívá, že mu příliš "ušlapává" cestu, Jarda neměl žádné starosti.

DATUM: 13.10.04

PODPIS LÉKÁŘE: Mgr. Cyril Martinek

Objektivní anamnéza

Jméno pac: J. H. (1982)	rodné číslo:
Adresa:	
Zaměstnavatel:	ZP:
hospitalizován od:	Pořadí psychiatr. hospitalizace:

Pohovor provedený s matkou a tetou.

J. je starší z dvoch súrodencov, má o pár rokov mladšiu sestru. Narodil sa 8. mesiac skor, avšak ďalej sa primerane vyvíjal. Matka žila s Janovým otcom prvé štyri roky, často sa hádali a následne mali ťažkú domácnosť, až sa rozšli. Otec bol alkoholik. Keď mal J. 7 rokov, matka začala žiť s ďalším partnerom, s ktorého sa neskoro tiež vyklubal alkoholik. Veľa pil a následne bol agresívny. Keď boli deti malé, matka udáva, že sa im vyhýbal a nerobil im nič zlého, neskoro ich neustále buzeroval a bol na nich za jej chrbtom agresívny. Rozviedli sa, keď mal J. 18 rokov.

Ako malý bol J. často chorý, striedal sa u neho zápal priedušiek s anginou, istú dobu sa u neho objavovali aj astmatické záchvaty.

Matka udáva, že bola na J. veľmi prísna. Hovorí, že i keď v jadre to bolo vždy veľmi dobrácke dieťa, často klamal a mal radosť, keď mohol niekoho vytáčať. Od malčka rád robil rôzne zlomyseľnosti. Mámku zakaždým rozhodil naľoško, až ho zbila; i keď nechcela. Hovorí, že J. má vyslovene až dve tváre - jedna je dobrácka (keď nájde zranené zviera, vezme domov a ošetrí, má radosť z rozdávania darčiekov,...), podivná, múdra, druhá zas je zlomyseľná, často klame.

Čo sa týka učenia, bol podľa matky J. vyslovene ľadák, i keď na základnej škole dostával dvojky. Mal síce mnoho kamarátov; avšak často v škole dostával výbuchy hnevu a potom niekoho zbil, alebo hádzal po ľuďoch stoličkou. Mamka hovorí, že istú dobu si do školy brával nož a ohrozoval spolužiakov nožom. J. sa bráni a hesúfliasť, mamka opoňuje, že jej to prezradil jeho kamarát. Asi v piatej triede, po tom, čo ho pristihla, ako neprítomne hľadá pred sebou a švihá vodítkom psa, zašla s J. ku psychologičke. Mala strach z toho neprítomného pohľadu, z toho, že často klamal a robil zlomyseľnosti. Psychologička jej povedala, že má vynikajúceho syna, ktorý má mnoho plánov a koníčkov, takého, akého by všetky matky chceli mať. Keď odšiel vyšš, J. povedal: "To jsem j pěkně obelhal, co?"

Počas strednej školy býval na lnehnate. Keď mal okolo 16 rokov, tak jej domov zavolaia vychovávateľka, že jej syna pristihli so sáňkom na hlavu. J. sa priznal, že asi rok fetoval toulén. Rok pred maturitou sa zas dozvedela, že na internáte vyvolávajú satana, ale chcela, aby už dokončil školu, tak ho tam nechala. V tejto dobe mal aj časté hádky kvôli tomu, že J. zanedbával svoj fyzický vzhľad.

Po strednej škole šiel na vysokú školu do Brna, kde začal študovať geológu. V tejto dobe býval u svojej priateľky a domov si chodil iba pre peniaze. V druhom ročníku sa však vykasal na skúšky, prestal chodiť do školy, i keď matke klamal, že naďalej chodí do školy. Po škole sa vrátil domov a býval u mamy. Odmietal prispievať peniazmi na spoločnú domácnosť, keď dostal peniaze, vyhovoril sa, že strávil, potom odišiel na vojnu, kde si to veľmi chválil, ale keď prišiel domov, tak vypadal veľmi zle, triasol sa a poľil, a podľa mamy mal absták po alkohole.

Po vojne prišiel domov a začal pracovať ako chemik. Nebol však doma schopný dodržiavať ani základné podmienky, tak sa s matkou často hádali, a syn zakaždým prečkal doma zimu a na jar zimzol bývať do lesa. Mamka ho podozrievala, že fetuje, J. sa cítil preto dotknutý, že mu neverí, a z druhej strany bol rád, že takto aspoň netuší, že pije. Občas si tiež dal marihuanu, huby a pár krát pervitín.

Rok aj pol mal ďalší vzťah s ďalšou priateľkou, ku ktorej sa nastahoval, a i keď tam neprispieval na ubytovanie, pracoval na opravách domu, v ktorom býval. Rozšli sa vo februári tohto roku. J. sa vrátil domov a od tej doby ho nič nabavilo, žil v naprostej apatii. Celé výplaty prepil a prehral v automatoch. Mamke prvý mesiac povedal, že ho okradla nejaká žena. Mamka mu požičala 4 tisíciky, ale tie tiež hneď prehral a potom sa previnile pílil po domo. Mamka mu navrhla, nech si nájde nejaký podnik, že toto ani jeden z nich nemá zapotrebi. On tvrdil, že si nič nevie, avšak chodil domov potajomky, v dobe, keď tam matka nebola. Keď ho raz pristihla, definitívne ho vyhodila z domu - to mohlo byť koncom tohto mája. Mesiac aj pol sa nevidel, matka počula, že chodí stopom do práce. Raz, keď šla so sestrou autom, ho uvidel kráčať po ceste, šiel na čerešne. Bol vychudnutý a zničeny, tak ho vzali domov, kde sa o všetkom prvý krát vážne porozprával. Už pred tým mu navrhovali liečenie, ale J. nikdy nesúhlasil. Teraz táto myšlienka už J. samému dlho zrela v hlave, porozprával sa o tom s matkou a rozhodol sa, že pojde sem, do Nechaníc. Dva týždne do liečenia prečkal doma pod dozorom.

Počas rozhovoru sa matka s J. o mnohých veciach dohadovali a mali na ne rozličný názor. J. je zatrpknutý, že mu matka neverí, aj keď vraví pravdu, matka zas už netuší, kedy mu má veriť, keď toľko krát klamal. Oboja sú radi, že už sú schopní spolu otvorene komunikovať; pred tým bol J. veľmi uzavretý, nerozprával o svojich problémoch, nikto netušil, čo sa v ňom deje. Teraz sa v tomto veľmi zmenil, sám prekonal tú stenu, ktorá ho od matky delila; píše domov veľmi rozumné dopisy. J. je rád tejto svojej zmene. Matka je zas rada, že zrazu k sebe majú cestu, ale nevie, či k nemu bude mať ešte dôveru.

DATUM: 13.10.04

PODPIS LÉKAŘE: Mgr. Andrea Tibenská

Objektivní anamnéza

Jméno pac: KA	rodné číslo:
Adresa:	
Zaměstnavatel:	ZP:
hospitalizován od:	Pořadí psychiatr. hospitalizace:

Referující: sestra
neteř

Mezi sestrami je větší věkový rozdíl (asi 12 let). Po porodu A, jejich matk byla dlouhodobě hospitalizována, výchova padla na starší sourozence, kteří ji spíše po celou dobu dětství chránili. Otec v rodině byl hodně přísný. A. dobře studovala, po střední škole odešla studovat VŠ do Bratislavy, kontakt s rodinou se trochu rozvolnil. V té době se seznámila s ženatým mužem, který se chtěl v té době rozvést, neudělal to, jeho původní žena byla těžce nemocná. Ve 29 letech s tímto partnerem A. otěhotněla, narodil se jí syn. Vztah mají dosud, podle A. velmi pěkný. I přes jeho dosud trvající manželství se zajímá o syna, o A. ví, kde je, přesto se zařizováním léčby jí nijak nepomohl.

Asi před 5 lety sestra zaznamenala první problémy s A., často spala a stěžovala si na bolesti hlavy, když jí třeba volala. Dělo se to tak jednou týdně. Pokud se jí sestra později ptala na pití, vždy říkala, že to má pod kontrolou. Asi 1,5 roku ji sestra už kontroluje, když jí zavolala a A. byla opilá, pak k ní jela a snažila se ji z opilosti probrat. Pila asi tak 1 lahev vodky denně. A. syn je premiant ve studiu na VŠ, odešel z domu asi před 2 lety na studia. Kvůli alkoholu své matky se prý styděl. A. z tohoto odchodu cítí smutek a zapíjí ho. Sestra o hádkách mezi nimi nic neví, syn A. miluje, nikdy o ní nemluvil jinak než dobře.

A. se poslední dobou zdá být podle sestry neupřímná, nemá jinou náplň života než syna. Pije snad z rozmaru, protože nebyla nikdy silná na životní problémy.

DATUM: 04.02.05

VEDOUCÍ LÉKAŘ: MUDr. Jiří Čížek
Vypracovala: Bc. Jana Slavíková

Jméno pac: H T	rodné číslo:
Adresa:	
Zaměstnavatel:	ZP:
hospitalizován od:	Pořadí psychiatr. hospitalizace:

Referující: Vztah k pacientovi: matka

T. byla od mala pečlivé a spolehlivé děvče, kamarádila spíše s klukama, ve škole žádné problémy neměla. Otec T. byl na ni přísný, děti se ho bály, měl velké nároky. S matkou se rozvedli, když bylo T. 10 let. Matka děti chránila. T. začala studovat VŠ, poznala svého budoucího muže, ještě za studii se brali. Matka byla proti sňatku, její muž se jí nelbil. Po revoluci T. odešla do České republiky, její manžel zprvu nechtěl, přijel za T. a dcerou po roce. T. v manželství nebyla spokojená na Ukrajině, zde ano. Manžel T. nikdy příliš nepracoval, vystudoval VŠ lékařství, zde nepracuje. Po nějaké době odjel na 2 roky zpět na Ukrajinu, T. se naštvála, v roce 1997 se rozvedli. To matka ani nido jiný nevěděl, neví proč, to je jen mezi nimi. Matka hodně o T. vždy pečovala, T. jí dělala naschvály, utékla z domova a pak se vdala, i svatba byla pro matku tajná. v r.1997 matka přišla také do Čech. Před 2 lety zjistila, že manžel T. pije. V roce 2002 se vrátil z Ukrajiny, byl jako vyměněný, nepřijemný, agresivní. Pili často spolu, pak T. bil. T. volala matce často opilá o pomoc, nespokojená v manželství, matce nadávala, ať se do nich nemotá. Začala kombinovat pití i léky. Více o množství a frekvenci matka neví.

T. je tvrdohlavá, chybí jí pokora a přizpůsobivost, je arogantní. Možnou změnu vidí matka v rozchodu manželů, proč tam T. ještě zůstává, neví. Často se na toto téma hádají. Manžel by se měl jít také léčit, to ale odmítá. Dcera už je dospělá, je hodně uzavřená, že se matka léčí, je ráda, rozchod rodičů by však těžce nesla. Dřív matkou opovrhovala.

V pohovoru znatelné časté informační nejasnosti, v rodině fungují ruské tradice, které jsou asi hodně přísné a tvrdé. Matka se podruhé vdala, obě manželství byla problémová. Nynější manžel matky neví, kde T. je.

DATUM: 04.02.05

VEDOUcí LÉKAR:
Vypracovala:

MUDr. Jiří Čížek
Bc. Jana Slavíková

Objektivní anamnéza

Jméno pac: M.	rodné číslo:
Adresa:	
Zaměstnavatel:	ZP:
hospitalizován od:	Pořadí psychiatr. hospitalizace:

Referující: Vztah k pacientovi: syn

Pohovor se synem navazoval na pohovor s manželem z minulé léčby zde, mluvil pouze o průběhu recidivy. Matka se napila hned po léčbě, o napiti během léčby na poslední propustce on nevěděl. Dověděl se to až nedávno, když vzal matku na AT ambulanci před touto léčbou. První napiti po léčbě si přesně nepamatuje, ale bylo několik dní po ukončení. Tuto recidivu M. nikde nepřiznala. Pak pila kolem Vánoc 2003, nikdy však nebyla úplně opila tak, jak byli zvyklí před první léčbou. Pila do začátku roku 2004, kdy jí byl nasazen antabus. Poté byl asi 2 až 3 měsíce klid. Od jara však popijela pravidelně, AT ambulanci navštěvovala, přepíjení antabusu však popírala. Poslední 2 měsíce před léčbou matka pila už tak, jak před první léčbou. 1/2 litru vodky denně. S manželem konflikt trvá. Syn vidí problém v tom, že si možná matka myslela, že když se ona vrátí z léčby, že vše bude v pořádku. Ale otec své chování ani povahu nijak nezměnil, proto se objevily stejné konflikty. Matka také nedokáže moc přijmout to, když se někdo z blízkých nechce o nějakém problému bavit (on i jeho sestra), nedokáže respektovat toto rozhodnutí a stále informace vyžaduje. Matce několikrát navrhol, ať se rozvede, přesto si to ona nedokáže vůbec představit. Syn souhlasil s pozváním otce na nový pohovor. Bude ještě telefonicky upřesněn, otec na tento termín nemohl z pracovních důvodů přijet.

DATUM:

VEDOUcí LÉKAR:

MUDr. Jiří Čížek

Vypracovala:

Bc. Jana Slávková

Objektivní anamnéza

Jméno pac:	B. D. (zkratka)	rodné číslo:	
Adresa:			
Zaměstnavatel:		ZP:	
hospitalizován od:		Pořadí psychiatr. hospitalizace:	

Referující:

Vztah k pac: druh

Poznali se před 4,5 lety. Byla vdova, dvě dospělé děti, které byly zaopatřené. Neděl, že má problémy s alkoholem. Později se dozvěděl, že alkohol začala konzumovat po autohavárii a úmrtí manžela (asi před 7 lety). Měla problémy i v bývalém zaměstnání, by to nejspíš i důvod k ukončení pracovního poměru. V té době však své pití kontrolovala, pracovala na soudním jako laborantka. O svých svých dřívějších problémech nehovořila. Měli každý svůj byt. Děti za ni jezdili párkrát za rok, vztahy mezi nimi se zdály být normální. K ONcem léta minulého roku se stalo, že jí našel doma opilou, příčinu nevěděl, ona to nedovedla vysvětlit. Pila nejméně tři týdny v kuse, přesídlala na 14 dnů as pak opět pokračovala. V září již nastupovala do LNN Nechanice na léčbu, kterou jí úpomohl zařídit. Po léčbě abstinovala, (nepila před ním) chodila do práce. Letos v dubnu se k ní nastěhoval. Z jeho pohledu nejsou žádné komplikace v soužití, ani ze strany jejich dětí. Měla problémy s matkou, která byla v nemocnici, stěžovala si i na zaměstnání. Matka byla nějakou dobu i u nich doma, vycházeli dobře. Už v době pobytu (červen) matky se rozpila na dva dny. Po jejím odjezdu asi po 14 dnech měla tah nejméně tři týdny. Opět vyhledal pomocí dr. Krivkové a zařídil léčbu. Doma nacházel prázdné lahve, udělal opatření s penězi. Půjčovala si od sousedů. Např. šla pro noviny a vrátí se opilá, kdy vypila plácatiči na chodbě domu... byla slovně agresivní.

DATUM: 13.10.04

PODPIS LÉKÁŘE: Mgr. Cyril Martinek

Objektivní anamnéza

Jméno pac: L. (S)	rodné číslo:
Adresa:	
Zaměstnavatel:	ZP:
hospitalizován od:	Pořadí psychiatr. hospitalizace:

Referující: matka
Vztah k pacientovi: přítelkyně

Matka mluví o své dceři od dětství. L. byla velmi pečlivě a pořádně děvče, vždy šikovná na ruční práce. Na střední škole se začal její prospěch zhoršovat i její přístup ke škole začal být laxní. V té době se rodiče rozváděli. L. otec byl docela direktivní člověk, rád se napil v hospodě, jeho otec, L. děda, se upil a zemřel. Po rozvodu se L. s otcem dále stýkala. Na střední škole se L. seznámila se svým budoucím manželem, kterého si po škole na nátlak otce a jako těhotná brala. Oni se brát nechtěli, otec nechtěl mít svobodnou matku ze své dcery, měl sehnané i adoptivní rodiče pro dítě. Po několika letech se rozvedli, manžel chodil často do hospody, kde pil a hrál karty. Následující významný vztah byl asi před rokem ukončen, trval 8 let. Jednalo se o rozvedeného bohatého podnikatele s velkým hospodářstvím, který L. ponižoval pracovní i sexuální. Nedala si domluvit, hodně známých i matka L. říkali, že tento vztah je neperspektivní. L. stále v něm setrvala. Poté měla asi 2 měsíce vztah o prázdninách, kdy u ní bydlel alkoholik, který jí chtěl využít na bydlení. Ten byl proti léčbě L. Matka o L. ví jen okrajové informace o závislosti L., navštívily se, ale nikdy moc podrobně nemluvily, L. se příliš nesvěřovala. Také ví o pokusech o léčbu, ale moc nevěřila, že L. dodržuje abstinenci. Nikdy jí však příliš nepomohla, jen jí domluvila.

Kamarádka zná L. asi 10 let, poslední 2 roky se baví intenzivně. Před 2 roky se L. svěřila se vztahovým a alkoholovým problémem, nikdy se však nebavily o kvantitě pití. L. chodila do hospod, kde se občas stalo, že se opila, ale spíše pak pila o samotu doma.

Matka i kamarádka vidí řešení problému i v tom, že by se L. odstěhovala z Poděbrad a nepotkávala své známé. L. se zatím za abstinenci styděla, jako i za přiznání svých problémů rodičům. Obě jsou připraveny L. podporovat v abstinenci. Obě uvádějí o L., že je velmi lehce ovlivnitelná a za některé věci se příliš stydí.

Celkově pohovor proběhl v klidné atmosféře. Matka se zdála být hodně vedoucí osobou, občas do řeči L. vpadla. Informace, které zazněly, nebyly nijak nové pro obě strany.

DATUM:

VEDOUcí LÉKAR: MUDr. Jiří Čížek
Vypracovala: Bc. Jana Slavíková

Objektivní anamnéza

Jméno pac: V. (2)	rodné číslo:
Adresa:	
Zaměstnavatel:	ZP:
hospitalizován od:	Pořadí psychiatr. hospitalizace:

Referující: Vztah k pac: manžel

Vzali se po roční známosti. První dítě se narodilo do roku. V té době požívala alkohol pouze při společenských příležitostech např. na ples, návštěvě. Doma nepili vůbec. Po dvou letech druhý syn. V 1978 se narodila dcera, v sedmnácti letech zemřela na leukemii. Po mateřské nastoupila do zaměstnání, pracovala v JZD jako ošetřovatelka dojníc. Stavěli dům, neměli na sebe moc času. Původně je prodavačka, ale tam bylo více peněz. V tomto zaměstnání vydržela asi 10 let. Po třech letech si všiml, že mívá zarudlé oči, přikádal to pracovnímu prostředí. V kolektivu tam popíjeli, mívala změněnou mimiku, divně chodila... Doma bylo mnoho práce, vše stihla zastat. Když zemřela jeho matka v r. 1988, starala se o tchána. Neměla to snadné. Situace mu vadila, vždy slibovala že to už neudělá. Navrhoval jí řešení. Bylo to v době, kdy onemocněla dcera, manželka odmítala. V 1994 se narodila dcera druhá. 1995 dcera první zemřela a pít manželky se zhoršilo. Začal nacházet prázdné láhve doma, tvrdila že to není její, měla pít v prádelníku, ve skříni... při okopávání zahrady měla pít zabalené ve svetru. V r. 2000 zemřela její matka. Nedávala to na sobě připsat. V. se ostatně nikdy nesevěřovala, nehovořili ani o smrti dcery. Chodila pít i na hřbitov. Do tchána po kofalce lila vodu aby nic nepoznal. Několik let žil s dcerou v nejistotě, nevěděli s jakou se matka vrátí. Dcera kórkala z okna, zda se nevrací opilá. Jednou se stalo, že ji přivezl pán, který ji našel v příkopu, cizí děti přivedli kolo. Také když se opila doma a dcera odešla ke kamarádkám - nevěděla kde je. Otec ji pak sháněl.

DATUM:

PODPIS LÉKÁŘE: Mgr. Cyril Martinek

Abúzus alkoholu-sekundární prevence

Abuse of alcohol-secondary prevention

Autor: Petra Černíková, DiS.

SUMMARY

In these days the person who doesn't drink alcohol is an outsider. The conflict with the society hasn't the one who drinks, but that one who doesn't want to drink. It's a pathological feature occurring in our society and the high sign of the increasing level of alcoholism (in the Czech Republic there are ten thousands of alcoholics!). We can only hope that it will change sometimes in the future. Nevertheless I'm not so optimistic at this question with regard to this long-stagnant situation.

At this work I describe the problem of alcoholics and their resulting care with all the medical and social consequences of their addictions. Objective anamneses helped me to penetrate more deeply into the rear area of the clients. The opportunity to watch the elaboration of objective anamneses helped me to understand the behaviour of clients at the medical institution and also outside it, before the therapy. I could watch psychical and physical changes of addicted people. The practices in the institution were a benefit for me, so I would like to work with these clients also in the future.