

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky

**Vliv pobytu v protialkoholní léčebně
na sociální život jedince a jeho rodiny**

Diplomová práce

Brno 2019

Vedoucí práce: doc. MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.

Autor práce: Bc. Sára Kadlecová

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.“

V Brně dne _____ 2019

Bc. Sára Kadlecová _____

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu diplomové práce panu docentovi MUDr. Petru Kachlíkovi, Ph.D. za odborné vedení, profesionální připomínky a milý přístup. Dále bych chtěla poděkovat všem zúčastněným informantům za ochotu sdílet své příběhy a osobní zážitky. V neposlední řadě chci poděkovat své rodině, která mě podporovala při psaní a byla mi vždy oporou.

Obsah

Úvod	6
1 Alkohol	7
1.1 Obecná fakta o alkoholu.....	7
1.2 Účinky alkoholu	8
1.3 Druhy alkoholických nápojů a jejich výroba	9
1.4 Historie konzumace alkoholu.....	11
1.5 Vlastnosti a metabolismus alkoholu.....	12
2 Alkoholismus	15
2.1 Závislost na alkoholu a její fáze.....	15
2.2 Stavy během závislosti.....	21
2.3 Příznaky závislosti na alkoholu.....	23
2.4 Dopady závislosti na osobnost a zdraví člověka.....	26
2.5 Testy a dotazníky na zjištění problému s alkoholem	27
3 Prevence a léčba závislosti	30
3.1 Prevence závislosti	30
3.2 Terapie závislostí	32
3.3 Svépomocné skupiny a neziskové organizace	33
3.4 Ústavní versus ambulantní léčba.....	37
3.5 Doléčování	38
4 Vliv pobytu v protialkoholní léčebně na sociální život jedince a jeho rodiny..	40
4.1 Cíle výzkumu a metodologie výzkumného šetření	40
4.2 Výsledky výzkumného šetření	42
4.3 Analýza výzkumných otázek	73
4.4 Shrnutí šetření	79
Závěr	81
Shrnutí	82

Summary	82
Seznam použitých zdrojů	83
Seznam obrázků	88
Seznam tabulek	88
Seznam příloh	89

Úvod

Téma této diplomové práce jsem si zvolila, protože je v dnešní době velice aktuální. Alkohol patří mezi lehké drogy a je legální ve většině států světa. V České republice je konzumace čistého alkoholu až 15 litrů za rok na osobu a řadí se tak na přední příčky světa. Je důležité o tomto tématu mluvit, jakákoliv závislost by neměla být promlčována a opomíjená či zlehčovaná.

Diplomová práce bude rozdělena na dvě části – část teoretickou, která bude mít tři kapitoly, a část výzkumnou. Před začátkem vypracování práce jsme si stanovili hlavní cíl, jednotlivé dílčí cíle a výzkumné otázky. Hlavním cílem diplomové práce je analýza vlivu pobytu v protialkoholní léčebně na sociální život jedince a jeho rodiny. Dílčí cíle poté jsou: analýza efektivnosti pobytu v protialkoholní léčebně, analýza přístupu rodiny na pobyt v protialkoholní léčebně, analýza nástupu do protialkoholní léčebny a analýza průběhu pobytu v protialkoholní léčebně.

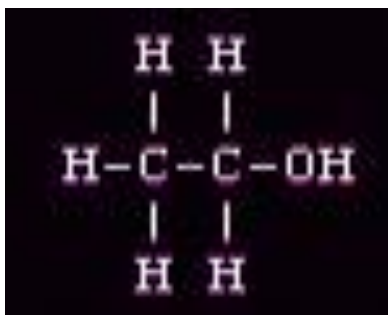
V teoretické části budou vymezeny jednotlivé důležité pojmy, které se budou vyskytovat v průběhu celé diplomové práce. Definujeme si obecné informace o alkoholu, výrobu a jednotlivé druhy alkoholických nápojů, zaměříme se také na historii konzumace alkoholu. Dále si ve druhé kapitole vymežíme závislost na alkoholu (alkoholismus), popíšeme jednotlivé fáze a stavy během závislosti, příznaky závislosti a také dopady závislosti na psychické i fyzické zdraví člověka. V poslední kapitole se budeme věnovat prevenci a léčbě závislosti. Definujeme si různé druhy prevence, srovnáme si rozdíly mezi ústavní a ambulantní léčbou a zmíníme pár možností doléčování.

V praktické neboli empirické části práce, které se věnuje poslední, čtvrtá kapitola, se budeme zabývat vlivem pobytu v protialkoholní léčebně na sociální život jedince. Pomocí pozorování a polostrukturovaných rozhovorů budeme zjišťovat názory informantů na léčbu alkoholové závislosti, a jaký vliv měla léčba na jejich život. V této části uvedeme tři informanty, se kterými jsme vedli kvalitativní výzkum. Součástí práce jsou také zápisy z deníků z léčeben a lékařské zprávy.

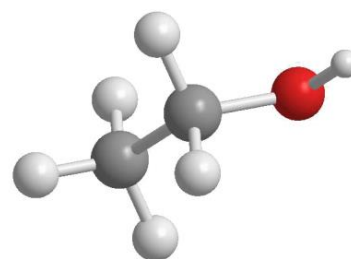
1 Alkohol

1.1 Obecná fakta o alkoholu

Téma alkoholu je v dnešní době velice aktuální. Jedná se o nejznámější a nejdéle užívanou návykovou látku u nás. Etanol má malou stavbu molekuly a náleží mu chemické značení C_2H_5OH (viz obr. 1 a obr. 2)



Obr. 2: Chemický vzorec alkoholu (Mlčochová, E. (2008))



Obr. 1: Molekula alkoholu (Křížová, 2009, s.11)

Za normálního okolního tlaku vře etanol podle Mlčochové (2008 [online]) v článku Alkohol, ethanol, ethanol, etylalkohol, líh – vlastnosti, výroba, použití, účinky, při 78,3 °C a tuhne až při teplotě -114,4 °C. Vzniká kvašením cukrů nebo průmyslově katalytickou hydratací etylenu. Je známý jako jednoduchá, společensky tolerovaná droga, pro většinu z nás je spojená se zábavou a uvolněním. Otravu alkoholem způsobuje individuální množství dávky, u dětí a mladistvých stačí velmi malé množství. „Vyrábí se alkoholovým kvašením rostlinných produktů s obsahem sacharidů a případně následnou destilací.“ (Fischer & Škoda, 2014, s. 92) Požití etanolu je převážně perorální a vstřebává se sliznicí tenkého střeva do krevního oběhu, hned po vstřebávání se etanol začne odbourávat v játrech. Rychlost odbourávání alkoholu závisí na mnoha faktorech, především na věku, pohlaví, hmotnosti a alkoholové toleranci. „Psychotropní účinek je zprostředkován ovlivněním několika neurotransmiterových systémů – dopaminergního, noradrenergního, GABAergního a opiodního. Jedná se o látku se značnou orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity.“ (Minařík & Kmoch in Kalina, 2015, s. 51)

Vzhledem k nebezpečnosti alkoholu je ve většině států regulována tato spotřeba různými zákony. V České republice je regulace alkoholických nápojů vymezena v zákoně č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších předpisů. Konkrétně v Hlavě III, která pojednává o omezení dostupnosti

alkoholických nápojů, §11 Zákaz a omezení prodeje a podávání alkoholických nápojů, odstavec (5): Zakazuje se prodávat nebo podávat alkoholický nápoj osobě mladší 18 let. (Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. (2017). Tato hranice se ovšem liší dle jednotlivých zemí. Dle článku „Věková hranice“ (2016 [online]) na internetovém serveru www.pijsrozumem.cz ve Spojených státech amerických je tato věková hranice stanovena na 21 let. V některých státech mají tuto hranici ještě rozdělenou na nákup piva a vína a na nákup lihovin. Což platí například v Rakousku a Německu, kdy lze nakupovat nápoje s nižším obsahem alkoholu již od 16 let, ale destiláty až od 18 let. Ve státech východní Asie a Spojených Arabských Emirátech a Africe jsou alkoholické nápoje zakázány úplně – konkrétně v Afganistánu, Bruneji, Saudské Arábii, Jemenu a několika dalších.

1.2 Účinky alkoholu

Účinky alkoholu jsou individuální a závisí převážně na dávce, aktuálním psychologickém i fyzickém rozpoložení konzumenta, jeho biologických faktorech a vlivu prostředí. Malé dávky působí spíše uklidňujícím dojmem, při zvyšování dávek máme pocit zvýšeného sebevědomí a energie, dochází ke ztrátě zábrán a kritického uvažování. *„Alkohol působí na centrální nervový systém, který všeobecně tlumí, přestože díky uvolnění po užití je alkohol považován za životabudič. Už v malém množství jsou patrné jeho účinky (...).“* (SANANIM, 2007, s. 139)

Krátkodobé účinky

Mezi krátkodobé účinky užívání alkoholu patří nejčastěji dle Marádové (2006) oslabení pozornosti, zhoršená výslovnost, zpomalené reakce na změnu prostředí, snížená koordinace pohybů – možné úrazy a dopravní nehody. Tendence se prosazovat, zvýšené sebevědomí, snížená schopnost přemýšlet a logicky usuzovat, zarudlé oči, poruchy vidění, problémy s chůzí a rovnováhou. Mohou se také vyskytnout žaludeční potíže, nevolnost, zvracení, celkový útlum osobnosti, který může vést k spánku. Při předávkování dochází až ke ztrátě vědomí. (Marádová, 2006)

Dlouhodobé účinky

Při dlouhodobém užívání alkoholu se může vyvinout závislost, která dále vede k somatickým a dalším zdravotním problémům, jako je poškození jater, srdce, vysoký krevní tlak, epilepsie, dna, poruchy nervového systému, duševní poruchy a celkové zkrácení délky života. (Marádová, 2006)

Intoxikace

Intoxikace může být akutní nebo chronická. Akutní intoxikace je přechodný stav, který vyvolá nadměrné užití toxické a škodlivé látky. „*Akutní intoxikace alkoholem se projevuje jako prostá (nekomplikovaná) opilost.*“ (Kalina, 2008, s. 146) Mohou se vyskytnout poruchy vědomí, emotivity a změny v chování. „*Dají se prokázat jasné známky aplikace látky v blízké minulosti.*“ (Nešpor, 2011, s. 24) Těžká intoxikace nastává při dávkách nad 3g/kg, může být až život ohrožující. V tomto stavu je nutná hospitalizace s monitorováním vitálních funkcí.

„*Chronická intoxikace má čtyři stadia v závislosti na hladině alkoholu v krvi:*

- *Podnapilost – (alkoholemie 0,5 - 1‰)*
- *Lehká opilost – excitační stadium (alkoholemie do 1,5 ‰)*
- *Opilost středního stupně – hypnotické stadium (alkoholemie 1,6 ‰)*
- *Těžká opilost – narkotické stadium (alkoholemie více než 2 ‰)*
- *Těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu – asfyktické stadium (alkoholemie nad 3 ‰)* (Minařík & Kmoch in Kalina 2015, s. 52)

1.3 Druhy alkoholických nápojů a jejich výroba

Druhy alkoholických nápojů

Alkoholické nápoje lze rozdělit do tří základních skupin podle množství gramů alkoholu v nápoji – pivo (3–10 % alkoholu), víno (8 – 15 % alkoholu – červená vína obsahují více procent než bílá) a destiláty (lihoviny) (30 – 50 i více % alkoholu) viz. Tabulka 1 (hodnoty jsou pouze orientační a průměrné). „*Jedna standardní dávka (10–12 gramů absolutního, tj. 100% alkoholu) odpovídá: 3 dcl 12stupňového piva nebo 1 dcl vína nebo 0,04 dcl 40% destilátu.*“ (Novotný, 1996, s. 20)

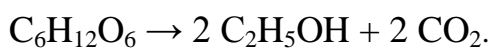
Nápoj	Množství etanolu v % na 100 ml nápoje	Množství etanolu v g/l
Pivo	5 vol. % = 5 ml/100 ml	40 g etanolu/l
Bílé víno	11 vol. % = 11 ml/100 ml	87 g etanolu/l
Červené víno	14 vol. % = 14 ml/100 ml	111 g etanolu/l
Destilát	40 vol. % = 40 ml/100 ml	320 g etanolu/l

Tab. 1: Objemové a hmotnostní koncentrace objemových % etanolu v alkoholických nápojích (Ehrmann & Schneiderka, 2006, s. 15)

U piva záleží na jeho stupni a druhu, obvykle podávané pivo 10° má kolem 3 – 4,5 % alkoholu, pivo 12° má potom 4,5 – 5%. U piv s vyšší stupňovitostí (13° nebo až 18°) se mohou procenta pohybovat až kolem 6 – 7,5%. Nejsilnějším pivem je podle [online] článku: The 10 strongest beers in the world na serveru <https://hiconsumption.com> (2016) **Brewmeister snake venom**, které obsahuje až 67% alkoholu.

Výroba alkoholických nápojů

Výrobu alkoholických nápojů popsala Mlčochová (2008) Jak už bylo výše zmíněno, alkohol vzniká kvašením cukrů. Konečná výroba jednotlivých nápojů se ale liší. Zatímco pivo vzniká kvašením, destiláty se vyrábí především destilací surovin (zejména brambor). Největší část produkce ethanolu se připravuje z jednoduchých sacharidů (cukrů) alkoholovým kvašením působením různých druhů kvasinek, především různých šlechtěných kmenů druhu *Saccharomyces cerevisiae*. Používá se k tomu jak cukerného roztoku (o maximální koncentraci 20 %), tak přímo přírodních surovin sacharidy obsahujících, jako jsou např. brambory nebo cukrová třtina. Kvasný proces probíhá dle sumární rovnice:



Výroba piva je složitý proces a do každého druhu piva se přidávají jiné příměsi a kvasí jinak dlouho – především podle stupně piva. Pro jeho výrobu jsou nutné tři základní suroviny: slad, voda a chmel. V dnešní době je však už výjimečné, že jsou používány přírodní suroviny, často jsou zaměňovány chemickými náhražkami. Další neméně důležitou složkou jsou pivovarské kvasnice. Uvedeme si zde základní postup při výrobě plzeňského typu piva podle [online] článku: „*Složitý postup vaření piva plzeňského typu*“ na serveru www.alkoholium.cz. (2017). Jiný je samozřejmě postup u černého piva nebo u nealkoholického piva. Prvním krokem je výroba sladu z ječmene namáčením do vody, následným klíčením a pak vysušením do sladové sušiny. Poté můžeme začít se samotným vařením piva. Nadrcená sladová sušina se míchá s horkou vodou a vzniká tak hutná kaše (vystírka), následuje rmutování, tedy přeměna složitých cukrů na jednoduché, tento proces se opakuje dvakrát. Na konci tohoto procesu je odděleno sladové mláto (pevné zbytky sladu a sladina), toto mláto se smíchá s chmelem a vaří se dvě hodiny a vzniká mladina. V předposledním kroku se pivo zchladí a jsou přidány kvasinky, jejichž působením vzniká mladé pivo, které je přečerpáno do sudů

a dozrává (doba zrání se liší). Posledním krokem je filtrace a pasterizace a následné stáčení do připravených nádob.

Podle rozhovoru s vinařem Zdeňkem Fridrichem (2018) se **výroba vína** liší podle toho, jaký chceme výsledný produkt, takže z červených hroznů lze vyrobit bílé víno. Rozlišení, zda se bude jednat o víno bílé, červené nebo růžové nastává při zpracování „rmutu“, tedy odstopkovaných hroznů. U bílých vín se rmut lisuje krátce (do několika hodin), u červených vín se rmut lisuje až po prokvasení se slupkami, které dávají vínu červenou barvu, při výrobě růžového vína se rmut nechá několik hodin odležet pro uvolnění červeného barviva se slupek a až poté se vylisuje. Během lisování se oddělí mošt a vylisované slupky, poté se mošt odkaluje, aby víno bylo čiré, následuje zvýšení cukernatosti. U červených vín lisování probíhá až po kvašení, které obvykle začíná samovolně díky kvasinkám již přítomným na hroznech. Poté se víno stáčí, přidává se oxid siřičitý a filtruje se.

1.4 Historie konzumace alkoholu

Podle několika cizojazyčných internetových příspěvků [online]: *Alcohol: A short history*. (2015). na serveru www.drugfreeworld.org; Arzt (2008). *The History of Alcohol Throughout The World* na serveru: www.recovery.org; a Hanson (2009) *History of Alcohol and Drinking around the World: Wine, Beer and Spirits (Liquor)* na serveru: www.alcoholproblemsandsolutions.org. Je historie alkoholových nápojů opravdu rozsáhlá a sahá hluboko do minulosti.

Alkoholová historie sahá až k 7. – 5. tisíciletí před naším letopočtem na Blízkém východě. Fermentované ovocné nápoje existovaly již v brzké Egyptské civilizaci a první zmínka o alkoholickém nápoji se datuje až k roku 7000 př. n. l. v Číně, kde byl alkohol považován za duševní potravinu. Avšak archeologové našli pivní džbány z pozdní doby kamenné, které mohou dokládat, že se první pivo vařilo už v neolitu přibližně 10 000 let př. n. l. Další alkoholické nápoje získávali v Indii z rýže a nazývali to sura mezi 2000–3000 př. n. l. Babylóňané jako jedni z prvních použili k výrobě alkoholu víno, v Řecku to byl předchůdce dnešní medoviny – alkohol vyráběný z medu a vody. Starověcí filosofové Xenofón a Platón velebili přiměřené užívání alkoholických nápojů. „*V Chamurapiho zákoníku jsou uvedeny některé články trestající opilství i výrobu alkoholických nápojů.*“ (Lukáš a kol. 1996, s. 5) Během následujících let se nápoje s obsahem alkoholu dostávaly

do stále větší obliby a na přelomu letopočtu byly běžné otravy alkoholem téměř po celém světě. Ve středověkém Římě a Řecku se těšilo oblibě především víno, naopak v Británii si oblíbili druh piva „ale“. Ve středověku se také poprvé začaly vyrábět alkohol pomocí destilace, není zcela jisté, kdo destilaci vynalezl, ale jako první ji srozumitelně a detailně popsal Albertus Magnus (1193 – 1280).

Na začátku brzkého moderního věku, po protestantské reformě byl alkohol brán jako dar od Boha, byl vytvořen jako prostředek ke štěstí a zdraví, opilství však bylo považováno za hřích.

V 16. století našeho letopočtu byly alkoholické nápoje hojně využívány především k lékařským účelům. Na začátku 18. století byl v Británii vydán parlamentem zákon posilující využívání alkoholu získaného z obilovin. 19. století přineslo řadu změn a změnil se i přístup k alkoholu, začalo se prosazovat mírnější a střídme pití alkoholu. V roce 1920 byla v Spojených státech amerických zavedena totální prohibice alkoholu, které vzbuzovalo napětí – na výrobu, spotřebu i prodej, dovoz a vývoz. Avšak v roce 1933 ilegální obchod s alkoholem vzrostl natolik, že prohibice byla zrušena.

„V roce 2016 byla v České republice spotřeba alkoholických nápojů 173,5 litrů na osobu – z toho bylo čistého lihu 9,9 litru.“ (dle tabulky 03.03: Spotřeba alkoholických nápojů a cigaret na 1 obyvatele v České republice. (2017) na serveru: www.czso.cz.)

V Globálním statutu zdraví a alkoholu vydaném Světovou zdravotnickou organizací (Global status report on alcohol and health) (WHO, 2018, s. 38 – 41) je celosvětová konzumace alkoholu v roce 2016 téměř 43% celosvětové populace (ve věku 15 let a výše) nepožilo alkohol v předešlých 12 měsících, ale pilo dříve. Přibližně 44,5 % populace v životě nezkusilo alkohol. 12,5 % populace jsou pravidelní konzumenti alkoholu. Jak ukazují nejaktuálnější data WHO, celosvětová populace ve věku 15 let a více vypije přibližně 6,4 čistého alkoholu za rok na člověka, což je asi 13,9 gramu čistého alkoholu denně. Samozřejmě se spotřeba alkoholu liší podle regionů WHO, největší spotřebu čistého alkoholu (10 litrů a více) lze zaznamenat v zemích Evropy. naopak nejmenší spotřeba čistého alkoholu (2,5 litru) je v zemích Středního Východu nebo v dalších muslimských zemích (Niger, Indonésie a Ázerbájdžán).

1.5 Vlastnosti a metabolismus alkoholu

Etanol je bezbarvá kapalina s typickou vůní a hořlavina 1. třídy. *„Alkohol (chemicky etanol, etylalkohol, C₂H₅OH) je látka s převážně tlumivými účinky. Vzniká v malém*

množství v lidském organismu a je známa jeho fyziologická hladina v krvi (do 0,3 g/kg).“ (Novotný, 1996, s. 20) Vzniká při kvašení cukru působením kvasinek. Alkoholické nápoje s vyšším obsahem alkoholu se dají získat destilací. *„Psychotropní účinek je zprostředkován ovlivněním několika neurotransmitterových systémů. Jedná se o látku se značnou orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity.“* (Kalina, 2008, s. 341) Podle Mlčochové (2008) je alkohol vyráběn mikroby, které jsou v nádobách s rostlinnou drtí. Mikrobi metabolizují cukr z této drti a jejich výměškem je právě alkohol. V určité chvíli, když je koncentrace alkoholu již příliš vysoká mikrobi zmírají. Alkohol lze vyrobit také synteticky.

Metabolické odstraňování etanolu z organismu člověka probíhá třemi cestami a je tak odstraněno 90–98 % *„Etylalkohol se v lidském organismu metabolizuje cestou alkoholdehydrogenázovou (ADH), cestou mikrozomálního systému oxidace etanolu (...) a také pomocí katalázy z peroxizomů.“* (Ehrmann & Schneiderka, 2006, s. 15) Zbylé množství alkoholu je z těla vyloučeno dýchacími cestami, potními žlázami nebo močí. Během konzumace alkoholu je organismus poškozován nejen samotným etanolem, ale především látkami, které vznikají při jeho metabolismu. Samozřejmě záleží na mnoha faktorech, které ovlivňují rychlost a efektivnost vstřebávání alkoholu. Mezi nejdůležitější patří, koncentraci etanolu v nápoji a obsahu žaludku. *„Přibližně 20 % etanolu se vstřebává již v žaludku a zbytek ve střevech. Kinetiku metabolismu etanolu před vstupem do systémové cirkulace (first pass) ovlivňuje několik fyziologických a patologických faktorů: pohlaví, věk a etnikum (...), hladovění, chronický etylismus, gastrektomie (pozn. chirurgické odstranění žaludku).“* (Lukáš a kol., 1996, s. 8). Díky svým vlastnostem je běžné využití etanolu v lékařském (farmakologickém) průmyslu (léčiva – sirupy proti kašli a nachlazení), dále se etanol vyskytuje v některých kosmetických přípravcích – voňavky, odličovací či micelární vody. Neméně důležité je jeho využití v potravinářském průmyslu.

Alkoholdehydrogenáza (ADH)

ADH je jeden ze tří způsobů metabolizace alkoholu v lidském organismu. Probíhá za pomoci dvou základních jaterních enzymů: *„cytozolová alkoholdehydrogenáza a mitochondriální aldehyddehydrogenáza.“* (Ehrmann & Schneiderka, 2006, s. 16) Proces ADH probíhá v celé řadě tkání, především v játrech, žaludku a ledvinách. Působí během ní velké množství enzymů a spolupracují ve složitém systému metabolismu.

Shrnutí

Alkohol je celosvětově rozšířená droga, která je legální ve většině států světa, přestože její účinky na organismus člověka (krátkodobé i dlouhodobé) jsou velmi negativní. Historie alkoholu sahá daleko před náš letopočet a již v té době byly alkoholické nápoje brány jako „dábelské pití“. Etanol metabolizuje v každém lidském těle odlišně, odvíjí se to od genetických předpokladů, pohlaví, věku a fyzické struktury těla – nejdůležitější způsob metabolizace alkoholu v krvi je alkoholdehydrogenáza. Alkoholů náleží jednoduchá chemická molekula a je to bezbarvá kapalina s typickým zápachem a chutí známá svojí hořlavostí.

2 Alkoholismus

2.1 Závislost na alkoholu a její fáze

„Alkoholismus je běžně chápán jako nadměrná či pravidelná konzumace alkoholických nápojů spojená s nebezpečím návykového chování (...). (Jilčík a kol., 1999, s. 33) V některých případech je však velmi obtížné určit, zda je jedinec již závislý na alkoholu, nebo nikoliv. Nejefektivnějšími způsoby zjištění závislosti je využívání více různých zdrojů: rozhovory s klienty (včetně zjišťování anamnézy) a jejich blízkými, behaviorální pozorování, fyziologické nástroje a psychometrické nástroje. (Millerová, 2011, s. 61). Závislost na alkoholu je nejčastější typ závislosti v České republice. Alkoholismus (nebo také závislost na alkoholu) a jeho dopady na metabolismus a organismus člověka lze definovat pomocí Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (dále MZK-10). „Současná klasifikace zařazuje závislost do kategorie Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10 – F19) – substance use disorders.“ (Pecinová in Heller & Pecinová, 2011, s. 20). Co se týká přímo alkoholismu, je definován jako F10. Syndrom závislosti je „skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (...) brát psychoaktivní látky (...), alkohol nebo tabák.“ (Nešpor, 2011, s. 9-10) „Závislost má vysokou tendenci recidivovat. Relapsy lze uměle rozdělit do dvou skupin: relaps spojený s kontextem užívání a relaps spojený se zvládnutím stresu. Relapsy přitom nemusí být vždy spojeny s cravingem.“ (Kalina, 2008, s. 35)

Konzumaci alkoholu lze v současné společnosti rozdělit do čtyř skupin lidí podle jejich vztahu k alkoholu (Jellinek, 1960):

1. **Abstinenti** – nepijí žádné alkoholické nápoje nebo jen velmi výjimečně.
2. **Příležitostní konzumenti** – pijí alkoholické nápoje jen proto, aby dostali do těla určité množství tekutiny, kterou mají rádi a jsou na ni zvyklí (např. pivo k obědu), pijí s mírou a nedělá jim potíže abstinovat.
3. **Nadměrní konzumenti/pijáci** – pijí nad míru a často ztrácejí nad pitím kontrolu a opijí se, což začíná vyúsťovat v ekonomické a rodinné problémy.
4. **Alkoholici** – jsou na alkoholu závislí. Alkoholické nápoje se pro ně staly drogou, bez nich se dostavuje abstinční příznaky.

Důvody závislosti nelze snadno určit, každý jedinec má své osobní motivace k začátku pití a ne každý dokáže kontrolovaně pít. Dle Kaliny (2008) jsou nejdůležitější tři vektory lidské motivace a potřeby:

- Potřeba vyhnout se bolesti (fyzické i duševní).
- Potřeba cítit se energický, výkonný, zbavit se vnitřních zábran a dosáhnout euforie a radosti.
- Potřeba transcendence (přesahu smyslových i rozumových možností) utrpení.

Na závislost na alkoholu můžeme pohlížet několika způsoby, je zmiňováno šest modelů závislosti. Součástí každého modelu je pohled na problémové pití, jeho příčiny, důsledky a formy léčby. Jednotlivé modely kladou důraz vždy na jinou složku/faktor závislosti (kulturní, enviromentální, interpersonální a intrapersonální faktory). Níže si ve zkratce specifikujeme jednotlivé modely podle Millera (2011) a nakonec je přehledně shrneme v tabulce (viz. Tabulka 2)

1. Morální model

Morální model nahlíží na alkoholika jako na zvrhlíka a na alkoholismus jako morální slabost a selhání člověka jako sociální bytosti. Léčbu zde nahrazuje trest.

2. Psychologické modely

Do těchto modelů spadají tři teorie: psychodynamická, teorie osobnostních rysů a behaviorální učení. Tyto teorie sice nahlízejí na závislost různě, ale léčbu vnímají stejně – nemůže být efektivní, dokud nedojde ke změně faktorů, které ji způsobily.

Psychodynamická teorie je zaměřená na osobní patologii jednotlivců závislých na alkoholu. Teorie osobnostních rysů je orientovaná na změnu osobnostních rysů uživatele alkoholu (málo efektivní). Teorie behaviorálních faktorů zdůrazňuje změnu upevňování zvyků – posilovacích faktorů, které nutí závislého se znovu napít.

3. Sociokulturní model

Tento model je zaměřen na sociální síly a kontexty, které podporují problémové pití. Léčba je tedy zaměřena na změnu enviromentálních a podporujících faktorů.

4. Medicínský model

Medicínský model se soustředí na specifické fyziologické poruchy způsobené alkoholem. Nahlíží na alkoholismus jako na nemoc – léčí tedy primárně důsledky problémového a nadměrného pití.

5. Bio-psycho-sociální model

U tohoto typu modelu se kombinují biogenetické rysy a psychosociální faktory a tím tvoří komplexní model. „*Biologická stránka zahrnuje geneticky dané vlastnosti, (...) Psychologické a sociální faktory jsou spojeny do psychosociálních, mezi něž patří interakce daného jedince s rodinou, místní komunitou, školou, zaměstnáním, vrstevníky a sociálními faktory.*“ (Miller, 2011, s. 33) Takto je možné poskytnout léčbu, která bude řešit více problémů najednou.

6. Model minimalizace rizik (Harm reduction)

V rámci Harm reduction se hledí spíše na snižování problémů spojených s užíváním než množství alkoholu, které jedinec užívá. Tento program je prospěšný nejen jedinci, ale i celé společnosti

Model	Pohled na uživatele	Příčina závislosti	Léčba
Morální	Zvrhlík	Morální slabost	Trest (neúčinné)
Psychologický – psychodynamický	Osobní patologie	Nevědomé konflikty	Konflikty se nemění (neúčinné)
Psychologický – osobnostní rysy	Problémy v osobnostních rysech	Osobnostní rysy	Osobnostní rysy se příliš nemění (neúčinné)
Psychologický – behaviorální učení	Problém v učení	Alkohol a enviromentální posilující prvky v užívání	Změna posilujících faktorů
Sociokulturní	Situační problém	Sociální síly a kontext	Změna enviromentálního kontextu
Medicínský/nemoc	Pacient/klient	Fyziologická dysfunkce/ztráta kontroly	Žádná specifická léčba/léčit tělo, mysl a ducha
Bio-psycho-sociální	Klient a enviromentální faktory	Biologické/psychologické/sociální faktory	Léčba interagujících faktorů

Tab. 2: Teoretické modely závislosti (Miller, 2011, s. 36)

Fáze závislosti

Vývojová stadia závislosti definoval Dr. Jellinek (1960), rozdělil je do čtyř fází, které na sebe navazují a každý člověk závislý na alkoholu jimi musí projít postupně. Jsou to následující čtyři stadia:

1. stádium: iniciální, počáteční

Nejméně škodlivé stádium, člověk se svým chováním a pitím neodlišuje od společenských norem. Ani on a ani okolí nezaznamenává změny v chování či množství jeho pití. *„Jen on sám by mohl tušit, že pije kvůli psychotropním účinkům alkoholu, protože se pod jeho vlivem cítí mnohem lépe než střízlivý. V intoxikaci dokáže překonávat situace, které pro něho dosud byly bolestné a neřešitelné.“* (Pecinovská in Heller & Pecinovská, 2011, s. 14). Začíná pít častěji a tím roste jeho tolerance na psychotropní látky – musí zvyšovat svoji dávku, která mu pomáhá „vyřešit problémy“. *„Toto stadium může trvat od několika měsíců až do dvou i více let, podle toho, jak se vyvíjí tolerance.“* (Pita, 2000, s. 27) V tomto stadiu pije budoucí pacient proto, že nedokáže jinak řešit svoje osobní problémy. S rostoucí tolerancí se člověk postupně dostává do druhého stádia.

2. stádium: prodromální, varovné

Neustále rostoucí tolerance je příčinou, že jedinec je nucen mít vyšší dávku alkoholu v krvi. Jedinec si neustále udržuje tzv. „hladinku“ alkoholu v krvi, která mu pomáhá být „ve formě“. K dosažení stejného stupně opilosti, jako jeho okolí, potřebuje pít rychleji, nebo se často napije ještě před tím, než se má sejít s ostatními a začíná také pít tajně. *„Uvědomuje si, že jeho pití může být nápadné a začíná se za své počínání stydět. Proto je citlivý na jakoukoliv zmínku o alkoholu, své pití skrývá a v intoxikaci se maximálně kontroluje. (...) on se díky maximálnímu psychickému vypětí může i po menší dávce ethanolu dostat do okénka (palimpsestu) – nepamatuje si průběh intoxikace.“* (Pecinovská in Heller & Pecinovská, 2011, s. 15) Okolí díky jeho sebeovládání dále nic nepozoruje. Skrývání a tajné pití prohlubuje pocit viny, který má za následek odhodlání skoncovat s alkoholem, někteří jedinci jsou schopni se s tím vypořádat sami, ale většina se dostává do bludného a nekonečného kruhu závislosti. *„Druhé stádium je hranicí možnosti řešit situaci kontrolovaným pitím a vyřešením původních problémů. První a druhé stádium závislosti řadíme do předchorobí, nejedná se ještě o chorobu v pravém slova smyslu.“* (Pecinovská in Heller & Pecinovská, 2011, s. 14-15)

3. stádium: kruciální, rozhodné

Stále roste tolerance, pacient snese vysoké dávky alkoholu bez známky intoxikace. Se stále zvyšující se tolerancí dojde ke stavu, kdy hladina alkoholu, kterou pacient vnímá jako ideální, téměř splývá s hladinou, kdy je zřetelně opilý, potom mu stačí jedna sklenička a změní se ze střízlivého člověka na zcela opilého. V tomto stádiu dochází ke změně kontroly v pití. *„Alkohol se již stal součástí základních metabolických dějů a změnila se reakce organismu na jeho určitou dávku. Na prakticky zanedbatelnou dávku, která pouze podráždí chuťové receptory, již organismus reaguje změnou psychických procesů a rozjíždí nezadržitelná kaskáda dalšího pití, končící opilostí.“* (Pecinovská in Heller & Pecinovská, 2011, s. 16) Jediným východiskem z této situace je totální abstinence. Ne každé pití však končí opilostí, což dává postiženému falešný důkaz, že svoji situaci zvládá. Častější opilost však zaznamenává i okolí a objevují se konflikty s rodinou nebo v práci. *„Postižený na ně reaguje budováním racionalizačního systému – systému zdůvodnění, jímž svému okolí i sobě vysvětluje a omlouvá své pití. (...) Získávání drogy (...) postupně vyžaduje stále více času a schopností pacienta a stává se středem vesmíru postiženého – mluvíme o alkoholocentrickém myšlení a chování.“* (Pecinovská in Heller & Pecinovská, 2011, s. 16–17). Pacient již zcela opustil své prvotní koníčky, zájmy, ale i systém hodnot. To má za důsledek, že v něm roste stále větší pocit viny až do takové míry, že sám uvěří svému racionalizačnímu systému. Dle Pity (2000) se začíná měnit jeho osobnost, osobnostní rysy a začíná být více negativní – lže, neplní sliby, podvádí. Začíná se uzavírat do svého vlastního vnitřního světa. Alkohol a jeho účinek je pro jedince tak důležitý, že přestává vybírat mezi značkami a pije to, co je dostupné a levné. Nedbá o svůj zdravotní stav, který rapidně upadá. *„Cílem pacienta je neopít se, nikoliv nenapít. (...) Tlak okolí leckdy donutí pacienta i dlouhodobě abstinentovat. (...) Pokusy o abstinenci zpravidla končí, když povolí tlak okolí.“* (Pecinovská in Heller & Pecinovská, 2011, s. 18) Pacient začíná mít zdravotní problémy zejména ve fungování organismu a metabolismu. Původní problémy, kvůli kterým začal pít, nahradily problémy způsobené pitím. Pití je již projevem choroby. V této fázi je nutné vyhledat odbornou pomoc co nejrychleji, jakékoliv otálení může mít fatální následky.

4. stádium: terminální, konečné

Jde o poslední stádium, jedinec je více dní v týdnu opilý než střízlivý. Stav po vystřízlivění, který nastává především v ranních hodinách, řeší další dávkou alkoholu – tzv. ranními doušky. *„Pokračuje-li od ranního doušku pití dál, vzniká tah – několikadenní*

období, během něhož pacient nevystřízliví. Nyní již nezůstává u pití alkoholických nápojů, z nouze pije i jiné chemické prostředky obsahující etanol.“ (Pecinovská in Heller & Pecinovská, 2011, s. 18-19) Z důvodu snížené obranyschopnosti a funkce jater klesá tolerance k alkoholu. Objevují se orgánová poškození, zejména jater, slinivky břišní, ale také centrální nervové soustavy (CNS). Člověk začíná degradovat a staví drogu na primární místo před všechno ostatní – rodinu, sebe, zdraví, práci nebo vzdělání. *„Nastupuje stav, kdy už to nejde bez drogy, ale ani s drogou. Většinou až v této fázi hledá postižený pomoc, někdy až po pokusu o suicidium (sebevraždu).*“ (Pecinovská in Heller & Pecinovská, 2011, s. 19) V tomto stadiu už mohou být následky abúzu – nadměrného užívání alkoholu trvalé a neodstranitelné – vzniká chronické stadium závislosti na alkoholu.

Dalším způsobem dělení závislostí na alkoholu jsou kategorie alkoholismu/alkoholiků (Jellinek, 1960). Tyto kategorie jsou rozdělené do čtyř skupin pojmenované písmeny řecké abecedy.

Alfa-alkoholik

Závislost na alkoholu je zatím pouze psychická, dotyčný neztrácí sebekontrolu svého pití. *„V pití hledá psychickou úlevu, což vede k problémům v rodině nebo v práci, ale nedochází k postupu nemoci. Můžeme ho nazvat problémovým pijákem.*“ (Pita, 2000, s. 30) U tohoto typu závislosti hrozí přesmyk do typu gama.

Beta-alkoholik

Rozvinutý piják, pravidelná konzumace alkoholu, kterou nepřerušil ani v nemoci nebo na dovolené. Předstupeň závislosti. *„(...) V důsledku pití má různé tělesné potíže, jako je cirhóza jater nebo gastritida, jedinec ale na alkoholu není fyzicky ani psychicky závislý.*“ (Pita, 2000, s. 30) Zde však není přesmyk do typu delta.

Gama-alkoholik (alkoholismus anglosaského typu)

Typický závislý alkoholik, každodenně se opíjí a tím vznikají konflikty s okolím. *„Již došlo ke změně tolerance, k abstinenčnímu syndromu, ke ztrátě sebekontroly a přechodu od psychické a fyzické závislosti.*“ (Pita, 2000, s. 29)

Delta-alkoholik (alkoholismus nomádského typu)

Tento typ je velmi podobný gama-alkoholikovi, neztrácí však nad svým pitím kontrolu. „*Piják se dokáže ovládat, pokud jde o množství alkoholu, ale ani jeden den nedokáže být bez pití, aniž by netrpěl abstinenčními příznaky.*“ (Pita, 2000, s. 30)

Epsilon alkoholik

Tento typ alkoholika je velmi specifický, a ne tak častý. Pijí při duševní poruše, znenadání je popadne chuť na alkohol, jsou schopny se na několik dní ztratit a celou dobu pít.

2.2 Stavby během závislosti

Tyto stavy se projevují při krucální a chronické fázi závislosti, jedná se především o alkoholové psychózy, halucinace, demence a různé druhy opilosti.

Delirium tremens

Delirium tremens je alkoholová psychóza, která se vyskytuje především u osob ve věku 30-50 let závislých na destilovaných nápojích. „*Klasická triáda příznaků zahrnuje zastřené vědomí a zmatenost, smyslově živé halucinace a iluze postihující kterýkoliv ze smyslů a výrazný tremor. Obvykle jsou též přítomny bludy, agitovanost, nespavost, obrácený spánkový cyklus a zvýšená autonomní činnost.*“ (MKN, 10. rev., s.77). Před nástupem deliria může jedinec pociťovat úzkost, můžou se vyskytovat noční můry za bdělého stavu i spánku. Výjimečně může nastat epileptický záchvat před samotným deliriem. „*Delirium tremens se rozvíjí typicky 48-72 hodin po přerušení nebo podstatné redukci příjmu alkoholu, ale může propuknout i 7-10 dní po přerušení konzumace alkoholu.*“ (Heller, Pecinová, & Hellerová in Heller & Pecinová, 201, s. 75) Tento stav však neindikuje, že jedinec vystřízlivěl, ale právě podle hladiny alkoholu v krvi, kterou dotyčný má při nástupu příznaků, můžeme určit, jak závažný bude odvykací stav. Jedinec během deliria nedokáže odlišit realitu od fikce, trpí halucinacemi – tzv. mikrozoopsie, při kterých nejčastěji vidí malá zvířata, bílé myši nebo hmyz. Nelze ho uklidnit a přesvědčit, že to, co vidí, není skutečné. V deliriu je typický psychomotorický neklid – třes, především končetin – rukou a prstů, dále dezorientace časem a místem. Během deliria může dojít k dehydrataci v důsledku silného pocení vyvolaného psychomotorickým neklidem. „*V průběhu deliria se dostávají metabolické*

poruchy, které vznikají v důsledku poškození jater a narušení jejich činnosti. Po skončení delirantního stavu má pacient na celé toto období amnézií, která může být jak totální, tak parciální. Ataky deliria tremens se opakují a někdy přecházejí v Korsakovu psychózu.“ (Pokorný, Telcová, & Tomko, 2001, s. 23) Tento stav přetrvává 3-7 dní, horší se ve večerních hodinách. Léčba deliria probíhá v odvykacích střediscích nebo na jednotkách intenzivní péče (JIP), kde jsou pacientovi podávány léky s tlumivými účinky. *„Z farmak jsou lékem volby benzodiazepiny. Léčbu zahajujeme aplikací diazepamu 10-20 mg intramuskulárně (do svalů) ještě před vystrízlivěním pacienta (...).*“ (Heller, Pecinovská, & Hellerová in Heller & Pecinovská, 2011, s. 78)

Korsakovova psychóza

Korsakovova psychóza nebo korsakovský syndrom *„je pojmenován po S. S. Korsakovovi, který tuto psychózu popsal v roce 1887.*“ (Heller, Pecinovská & Hellerová in Heller & Pecinovská, 2011, s. 81) Tato psychóza se vyskytuje především u lidí v důsledku dlouholetého pití. Jedná se o syndrom, tedy o soubor příznaků. Nejtypičtějšími příznaky jsou poruchy paměťového procesu – krátkodobé paměti vštípnivé složky a dezorientace. *„V důsledku toho se nemocný pokouší vyplnit své paměťové mezery tzv. konfabulacemi, tj. smyšlenkami, jak by to, na co si není s to vzpomenout, asi logicky mohlo být.*“ (Pokorný, Telcová, & Tomko, 2001, s. 24) Nemocný si svůj stav ale neuvědomuje, postupem času přechází do deliria tremens. Nastupuje přibližně kolem padesátého roku věku, častěji u žen.

Dipsomanie

Podle Mlčocha (2015) je dipsomanie nebo také kvartální pijáctví charakteristické periodickými záchvaty, které jsou provázeny neodolatelnou touhou po alkoholu. Tyto záchvaty mají mezi sebou stále kratší intervaly. Když je jedinec střízlivý chová se normálně, ale jakmile propadne puzení a napije se, stává se agresivním a dokáže ublížit i blízkým osobám. Mezi periodami může být dotyčný úplný abstinents, avšak s příznaky abstinentsního syndromu – neklid, labilita, ochablost. Během fáze pití *„po první skleničce alkoholu okamžitě následuje těžký stav opilství, ztráta sebekontroly a násilnické reakce. Bezprostředně následuje fáze otravy alkoholem (...), jedinec se propadá do mráкотných stavů a usíná.*“ (Pokorný, Telcová & Tomko, 2001, s. 21)

Alkoholická halucinóza

Typickými projevy alkoholické halucinózy jsou sluchové halucinace – jedinec má dojem, že slyší kroky, cítí se být pronásledován, mohou se vyskytnout halucinace hádajících se hlasů s podtextem jeho viny nebo obhajoby. Často se mohou objevit i noční děsy nebo můry. „*Somatické projevy v klinickém obraze halucinózy bývají v porovnání s deliriem mírnější. Akutní průběh může trvat 3-10 dní, doznívát mohou několik měsíců*“ (Heller, Pecinová & Hellerová in Heller & Pecinová, 2011, s. 80)

2.3 Příznaky závislosti na alkoholu

Ve většině odborných publikací je uváděno šest hlavních příznaků závislosti, které pomáhají diagnostikovat závislost podle MKN-10. Definice závislosti podle Americké psychiatrické asociace a jejího Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM-IV) je podobná MKN-10, uvádí sedm příznaků, ale mezi nimi chybí craving – bažení po droze. Uvedeme si pro porovnání příznaky publikované v obou systémech (viz. Tabulka 3). A dále si řekneme bližší informace a projevy jednotlivých příznaků.

Diagnostický systém	
DSM – IV	MKN – 10
Růst tolerance	Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků
Odvkyací příznaky po vysazení látky	Potíže v sebeovládání při užívání látky
Přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu	Tělesný odvykávací stav
Pokračování v užívání látky navzdory dlouhodobým sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví	Průkaz tolerance k účinku látky
Zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit	Postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů
Trávení velkého množství času užíváním látky	Silná touha nebo pocitu puzení užívat látku – craving
Dlouhodobá snaha omezit a ovládat přijímání látky	

Tab. 3: Příznaky závislosti na alkoholu podle Nešpora, 2011, s. 10 – 23)

Craving

Craving je silná touha až puzení užívat látku (alkohol). „Už v roce 1955 se shodla komise odborníků Světové zdravotnické organizace na definici bažení, jako touhy pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost.“ (Nešpor, 2011, s. 12) Pacient má neodolatelnou touhu se napít. Craving se objevuje u osob závislých na alkoholu, ale také se může objevit i po několikaleté abstinenci, nelze ho ovlivnit vůlí, ale jedinec se ho může naučit psychicky zvládat a omezit na minimální výskyt. „Přesný mechanismus cravingu není znám, nicméně je zřejmé, že craving (...) souvisí zejména s dysbalancí dopaminergního systému.“ (Kalina, 2008, s. 33) Pacient ho může prožívat jako „různé změny psychického či fyzického stavu, které měl v minulosti spojené s užíváním látky, jako neurčitý dyskomfort (něco mu chybí), sny nebo fantazie o droze.“ (Pecinová in Heller & Pecinová, 2011, s. 22) Mezi další příznaky bažení patří oslabení paměti, prodloužený reakční čas – zhoršení postřehu, zvýšená tepová frekvence, vyšší aktivita potních žláz v důsledku vysokého tlaku, zhoršení kognitivních funkcí.

Zhoršené sebeovládání při užívání látky (konzumace, ukončení, množství)

Tento znak blízce souvisí s předchozím – s bažením. Ne každý člověk, který pociťuje bažení, mu podlehne, někteří mají silné sebeovládání, u některých bohužel při prvních pocitech cravingu sebeovládání chybí a jdou si sehnat drogu. „Stručně řečeno bažení je příznakem spíše subjektivním, kdežto zhoršené sebeovládání se jasně týká chování.“ (Nešpor, 2011, s. 14). Mohou nastat tři možnosti po pocítění bažení vyvolané spouštěčem:

- Pacient má slabé sebeovládání, nedolá a podlehne bažení.
- Pacient odolá bažení a začne se vyhýbat spouštěčům, které mu craving vyvolávají – posiluje sebeovládání.
- Pacient odolá bažení, zvládne ho dočasně, ale podcení spouštěče, čímž si sebeovládání ohrožuje. (Nešpor, 2011)

Typické pro pacienta se zhoršeným sebeovládáním je, že nedokáže zůstat u jednoho piva nebo jedné skleničky vína – vždy si dolévá, dokud v láhvi něco je, nebo dokud nenastane opilost. „U rozvinuté závislosti není obnovení kontroly užívání možné, pokusy o kontrolované užívání možné, pokusy o kontrolované užívání vedou po různě dlouhé době k recidivě patologického abúzu, (...)“ (Pecinová in Heller & Pecinová, 2011, s. 22)

Somatický (tělesný) odvykací stav

Odvykací nebo také abstinenční stav nastává po nedávném vysazení návykové látky po jejím dlouhodobém užívání, nejčastěji v ranních hodinách (po 6–8 hodinách po vysazení). Nejedná se však o „kocovinu“, která vzniká přeměnou alkoholu na acetaldehyd – je to tedy příznak intoxikace acetaldehydem. Příznaky se liší podle drogy. Dle Nešpora (2011) se u alkoholu jedná o bolesti hlavy, pocení, zrychlený tep, velké epileptické záchvaty, nevolnost, neklid, nespavost, třes jazyka, víček nebo prstů. Příznaky odeznívají po podání látky nebo léku na odvykací stav, případně i spontánně do 50 hodin. Pro závislé na alkoholu je většinou nejtěžší překonat právě tento stav. „*Různé drogy mají abstinenční stavy vyjádřeny různě. Z běžné klinické zkušenosti se zdá, že nejsilnější odvykací stavy se vyskytují u těch drog, které mají tlumivé efekty (opioidy, alkohol, ...).*“ (Kalina, 2008, s. 34)

Růst a změna tolerance

Růst tolerance znamená, že k dosažení stejných účinků potřebuje pacient stále větší dávku drogy. Dávka alkoholu, která by byla téměř smrtelná pro člověka nenavyklého na alkohol, stačí závislému k dosažení mírné opilosti. Podle Nešpora (2011) vznik tolerance není ještě zcela objasněn, většinou se uvádí, že látka se rychleji odbourává (u alkoholu by šlo o rychlejší odbourávání v játrech). V průběhu vzniku závislosti se tolerance mění, v počátečním stádiu tolerance rychle stoupá, ve stádiu terminálním zase naopak klesá v důsledku poškození jater, která nestíhají zpracovávat alkohol.

Zanedbávání jiných potěšení a zájmů

U závislých pacientů se droga postupně dostává na první místo, před všechny jejich dřívější koníčky nebo záliby. Dle Kaliny (2008) užívání drogy a její shánění zabírá závislým stále více času. V konečném stádiu nemají čas nejen na své koníčky, ale ani na plnění pracovních povinností či na rodinu. Nakonec drogu stavějí i před své vlastní primární potřeby – hygienu a péče o sebe sama.

Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

Aby mohl být tento příznak brán v potaz, musí být pacient o škodlivých následcích informován – lékařem, rodinou nebo i kolegy v práci. Většinou se jedná o poškození jater, které vzniká nadměrnou konzumací alkoholu, nejedná se o znak závislosti, dokud ošetřující lékař tuto skutečnost nesdělí pacientovi. „*U rozvinuté závislosti nedokáže*

pacient bez léčby přestat pít navzdory závažným důsledkům (...).“ (Pecinovská in Heller & Pecinovská, 2011, s. 23)

2.4 Dopady závislosti na osobnost a zdraví člověka

Alkohol působí na všechny složky naší osobnosti. Jeho nadměrné a dlouhodobé užívání je velmi rizikové pro naše zdraví. V roce 2016 zemřelo dle WHO více jak 3 miliony lidí na důsledek škodlivého užívání alkoholu, což je přibližně 1 z 20 smrtí. Nejvíce alkohol působí na játra, která ho odbourávají z našeho organismu. *„Somatická poškození, zapříčiněná nadměrnou konzumací alkoholu se mohou týkat prakticky všech částí lidského organismu. Často se vyskytují chronické potíže a známky poškození zažívacího traktu. Zvyšuje se riziko vzniku jaterní cirhózy a karcinomu jater, rakoviny jícnu, žaludku a tenkého střeva, u pijáků piva je uváděn vyšší výskyt rakoviny tlustého střeva.“* (Marádová, 2006, s. 10) Při stálém navyšování dávek játra nestíhají alkohol odbourávat, a tak se v nich usazuje, a to způsobuje tvrdnutí jater a může dojít až k jaterní cirhóze. Dále se vyskytuje *„poškození gastrointestinálního traktu – poruchy trávení, průjmky, gastritidy, (...) jícnové varixy, (...) karcinom jater, jícnu, žaludku tenkého střeva a rekta (...). Funkční a orgánové poškození oběhového systému, poruchy krvetvorby, anémie a poruchy hemokoagulace. Poruchy spánku, úzkostně-deprivační stavy, poškození nervového systému a mozku.“* (Kalina, 2008, s. 342) U těhotných žen, které požívají alkohol, může dojít k vážnému poškození plodu – tzv. fetální alkoholový syndrom (FAS).

Fetální alkoholový syndrom (FAS)

Nejpravděpodobnější a nejčastější poškození plodů nastává v prvním trimestru těhotenství – tedy v době, kdy většina žen o dítěti ani netuší. Důležité je, že *„koncentrace alkoholu v těle matky je shodná jako v plodu, kde množství alkoholu vztaheno na kg hmotnosti je mnohonásobně vyšší.“* (Mlčoch 2006) Časté příznaky jsou nižší vzrůst, přítomnost mentálního postižení či nižší IQ, mikrocefalie (malý mozek s malým tvarem lebky), dlouhé filtrum, pokles víček, nižší porodní hmotnost, nezralost a vady srdce, ledvin a plic. *„Nejzávažnější je postižení centrálního nervového systému s poruchou intelektu. Vždy je přítomno opoždění duševního vývoje různého stupně a rozsahu. (...) Růst se opoždí jak prenatálně, tak po porodu. (...) Frekvence výskytu poškození plodu a rozsahu poškození se dává do přímého vztahu se stupněm alkoholismu matky.“*

(Kvapilík & Svobodová, 1985, s. 83-84) FAS je způsobený tím, že etalon snadno prochází placentární bariérou a dostává se tak přímo k plodu.

Dopad alkoholu na zdraví člověka

Nejčastější obtíž spojená s alkoholem je cirhóza jater. Tíže a rozsáhlost postižení závisí na časovém a množství faktoru konzumace alkoholu. Dále se často objevují potíže s pankreatem a trávicí soustavou. Jaterní poškození lze rozdělit do několika stádií, kdy v některých můžeme játra dostat abstinencí do původního stavu. *„V prvním stádiu dochází k steatóze, která se může rozvinout již po několika dnech intenzivního pití. Jde o reverzibilní stav, který mizí po dvou až šesti týdnech abstinence. Následujícím stádiem je zánět jater (alkoholová hepatitida) (...) Ireverzibilním stádiem poškození představuje jaterní cirhóza, která se rozvíjí po deseti až patnácti letech pravidelného pití.* (Minařík & Řehák in Kalina, 2015, s. 243)

Dalším poškozením od alkoholu může být neurologické poškození, které se projevuje v mnoha oblastech nervového systému. Hlavní příčinou je toxický vliv alkoholu a jeho metabolitů. Mezi neurologické poškození patří již výše zmíněná Korsakovova psychóza a alkoholové demence.

2.5 Testy a dotazníky na zjištění problému s alkoholem

Níže vypsání testy slouží především pro odborníky – adiktology nebo klinické pracovníky a pomáhají jim získat všeobecný přehled o klientovi a jeho zkušenosti s alkoholem. (Millerová, 2011)

AUDIT – alcohol use disorders identification test

Do českého jazyka lze AUDIT přeložit jako test pro identifikaci poruch z užívání alkoholu. *„Sestává se z 10 otázek zaměřených na konzumaci alkoholu (3 otázky), příznaky závislosti (4 otázky) a problémy související s alkoholem (3 otázky).* (Millerová, 2011, s. 77) Otázky může vyšetřující klást během rozhovoru nebo je klientovi dát písemnou formou. Skóre 8 bodů a výš odpovídá rizikovému pití alkoholu.

Příklady otázek (Millerová, 2011, s. 77)

Jak často pijete nějaký nápoj obsahující alkohol?

- nikdy (0 bodů)

- jednou za měsíc nebo méně (1 bod)
- dvakrát až čtyřikrát do měsíce (2 body)
- dvakrát až třikrát týdně (3 body)
- čtyřikrát a víckrát týdně (4 body)

CAGE

„*Tento dotazník se používá k určení případného problému s alkoholem, je možné ho aplikovat ústně nebo písemnou formou. Nástroj se dá uplatnit u osob ve věku od 16 let.*“ (Millerová, 2011, s. 83) Test se skládá ze 4 otázek.

TWEAK

„*TWEAK je pětipoložková škála vycházející z dotazníku CAGE, která byla původně vyvinuta pro těhotné ženy.*“ (Millerová, 2011, s. 80) První dvě otázky jsou hodnoceny 0 – 2 body, poslední tři otázky jsou hodnoceny 0 – 1 bod. Z celkových sedmi bodů se považuje za kritickou hranici hranice tři bodů.

Michiganský test alkoholismu (MAST)

„*Tento test je praktickým a účinným screeningovým nástrojem k zjišťování míry problému s alkoholem.*“ (Millerová, 2011, s. 79) Test obsahuje 25 uzavřených otázek (odpovědi Ano x Ne) Dosažení 5 bodů se určuje jako problémové pití.

Příklady otázek:

- Máte pocit, že pijete normálně?
- Dokážete přestat pít, vždy když chcete?
- Pijete někdy již dopoledne?

Shrnutí

Alkoholismus neboli závislosti na alkoholu, jako takovém je definována Mezinárodní klasifikací nemocí 10. revize (MKN-10) jako duševní porucha a porucha chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10). Společnost pohlíží na jedince závislého na alkoholu z různých hledisek a tyto hlediska jsou zahrnuta v šesti modelech závislosti. Samotná závislost má čtyři základní stupně, kterými musí jedinec projít postupně. Dále lze závislost rozdělit do skupin podle frekvence pití alkoholu. Etanol působí na všechny

stránky závislého – fyzickou i psychickou. Nejčastějšími psychickými důsledky závislosti jsou psychózy, halucinace a v nejhorším případě i delirium tremens, které často končí smrtí. Tyto psychózy se vyskytují po náhlém vysazení alkoholu nebo rapidním snížením pravidelné dávky.

Poznat příznaky závislosti na alkoholu není velmi složité, důležité je vědět, jak se závislost projevuje. Nejtypičtějším projevem je craving, neboli bažení po droze – alkoholu. Dopady závislosti na zdraví a osobnost člověka jsou zřejmé již po několika měsících pití, jelikož je alkohol látka, která se vstřebává pomaleji v játrech, při její nadměrné a pravidelné konzumaci hrozí trvalé následky. Nejčastější bývá cirhóza jater a kompletní rozpad osobnosti jedince – dokáže se soustředit pouze na alkohol. Na zjištění problémů s alkoholem jsou dotazníky, které jsou vědecky testovány.

3 Prevence a léčba závislosti

3.1 Prevence závislosti

Prevence je soustava nebo soubor opatření, které by měly předcházet vzniku nechtěného jevu. „Na prevenci můžeme nahlížet jako na soubor intervencí, jejichž cílem je zamezit či snížit výskyt a šíření rizikového chování. Nejrychleji se vyvíjela prevence užívání návykových látek. Stala se tak tvůrcem a hybatelem procesu vývoje prevence jako celku“ (Miovský a kol., 2010, s. 128). Prevence se často provádí už na základních školách, kde jsou žáci nejčastěji ohroženi negativními vlivy jejich okolí. „Vidíte, jak špatně můžete dopadnout' je odstrašující princip, který už byl v sedmdesátých letech přežitý a nefunguje, a dokonce zvyšuje pravděpodobnost, že naopak dítě začne návykové látky užívat. Funguje posilování seberegulace, tedy schopnost zvládat svou agresivitu, nebo destruktivní, smutné myšlenky, a zvláště u dětí také posilování sociálních dovedností, tedy jak komunikují se svými spolužáky a jak umí řešit konflikty“ (Böhmová, 2018 s. 53) Prevence závislosti je nejdůležitější pro předejití závislosti a měla by být poskytována již dětem mladšího školního věku. Můžeme ji rozdělit do čtyř kategorií, dle cílové skupiny na prevence primární specifické, primární nespecifické, sekundární a terciární.

Primární prevence

„Cílem primární prevence je předejít užívání návykových látek (...) nebo ho oddálit do pozdějšího věku, když už jsou dospívající relativně odolnější.“ (Nešpor, 2011, s. 157) Primární prevencí jsou všechny poskytované aktivity, které mají za cíl předejít problémům a následkům spojených se zneužíváním návykových látek. Je určena pro ty, kteří se pravděpodobně ještě s podobnou látkou nesečkali. Veškeré aktivity realizované s cílem předejít problémům spojených s užíváním návykových látek, případně oddálit první kontakt s drogou. „Práce se zdravou populací a její motivace k plnohodnotnému životu, který tito lidé sami dokáží ovlivňovat. Jedná se spíše o edukační princip o konfliktech, kritice a prožitcích.“ (Heller in Heller & Pecinová, 2011, s. 199)

Mezi základní zásady efektivní primární prevence patří dle Nešpora (2011) následující principy:

- Program začíná pokud možno brzy a odpovídá věku
- Program je malý a interaktivní

- Program bere v úvahu místní specifika
- Program zahrnuje legální i nelegální návykové látky
- Program je soustavný a dlouhodobý

Primární specifická prevence

Na tuto prevenci je kladen vyšší důraz, je to „systém aktivit a služeb, které se zaměřují na práci s populací, u níž lze v případě jejich absence předpokládat další negativní vývoj. (...) Jasná profilace těchto programů (snaha působit selektivně, specificky) na určitou formu rizikového chování odlišuje tyto programy od programů nespecifických.“ (Marádová, 2006, s. 22)

Primární nespecifická prevence

Nespecifickou prevenci chápeme jako aktivity, které obsahují „všechny metody a přístupy umožňující rozvoj harmonické osobnosti, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů a pohybových a sportovních aktivit.“ (Marádová, 2006, s. 22) Veškeré aktivity podporující zdravý životní styl, které ale nemají přímou souvislost s užíváním návykových látek

Sekundární prevence

Sekundární prevence je určena těm, kteří již přišli do styku s drogou, nebo jsou jejím užíváním přímo ohroženi. „Jedná se o včasnou intervenci, poradenství a léčení.“ (Marádová, 2006, s. 23) Zároveň se také snaží co nejdříve rozpoznat symptomy závislosti a co nejrychleji je omezit a předejít dalšímu škodlivému působení na organismus. „Jsou to programy ovlivňující jednání a chování, ale jsou orientovány i na sociální práci. Cílem je změnit získané systémy závislosti a dosáhnout stavu zdraví, které je chápáno jako výsledek vlastního přičinění.“ (Heller in Heller & Pecinovská, 2011, s. 199)

Terciární prevence

Terciární prevence je určena lidem, kteří brali nebo byli závislí, její snaha je zabránit návratu akutního stadia závislosti. „Rozumí se tím předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Radíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci ale i prevenci rizik u neabstinujících uživatelů.“ (Marádová, 2006, s. 23) Principy a procesy získané během terapie je třeba neustále

trénovat, opakovat a upevňovat i v reálném životě jedince, za podpory rodiny a nejbližších. Terciární prevence je obvykle prováděna v kontaktních centrech, ve zdravotnicích či poradenských zařízeních.

3.2 Terapie závislostí

Při terapii závislostí se využívá velkého množství přístupů, zde si uvedeme pouze některé z nich, a to nejznámější a nejefektivnější.

Farmakoterapie

Používání farmak (léků) je jednou z nejběžnějších metod terapie v léčebnách, zejména při detoxifikaci při duálních diagnózách (závislost s přidruženou psychickou poruchou – schizofrenie, afektivní nebo úzkostné poruchy). Dle Gráfové (2017) můžeme preparáty rozdělit na léky, které působí proti otravě drogou, léky zhoršující snášenlivost návykové látky (Antabus), substituční léky (Metadon), anticravingové léky (ReVia, Campral). Co se týká léčby závislosti na alkoholu, je nejčastější tzv. senzibilizující terapie, „*kteřou se snažíme o změnu v reaktivitě organismu na alkohol (...). Nejrozšířenějším prostředkem je disulfiram (Antabus).*“ (Heller in Heller & Pecinovská, 2011, s. 127) Antabus vyvolává zvýšenou vnímavost organismu na drogu – alkohol, po požití alkoholu pacient pocítuje silnou nevolnost až zvracení. Cílem této terapie není, aby se pacient napil alkoholu a trpěl, ale aby se alkoholu dokázal vyhnout a zvládat spouštěče a craving. Většina pacientů, kteří jsou po léčbě v protialkoholní léčebně, nadále užívají Antabus pro svůj pocit jistoty. Při používání anticravingových léků je ve vztahu s alkoholem třeba zmínit „*naltrexon (komerční název ReVia). Uvádí se, že je zvláště vhodný u těch, kdo vyhledávali alkohol kvůli euforii. Další možností ve vztahu k alkoholu je akamprosát (Campral). Tyto látky ovlivňují psychiku tak, že oslabují bažení, a nejsou tedy návykové.*“ (Nešpor, 2011, s. 100)

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

„*Kognitivně behaviorální terapie (KBT) vychází z předpokladu teorie učení, že závislost na návykové látce je naučené chování, které je zpevnováno pozitivními účinky návykové látky.*“ (Kuklová, 2016, s. 37) Každé lidské chování je výsledkem určitého druhu učení, za tohoto předpokladu může být takové chování přeučeno dalším procesem učení. Ke změně chování (v tomto případě odvykání závislosti) je třeba mít pevný a motivační adaptivní vzor chování, ať už se bude jednat o terapeuta nebo jen rodinného příslušníka. Na této změně chování se podílí několik základních procesů. „*Podle behaviorální teorie se jedná o klasické podmiňování, operantní podmiňování a sociální*

učení. Zde jde především o pozitivní zpevnění maladaptivního chování, tedy užití drogy, jejími pozitivními účinky (...).“ (Kuklová, 2016, s. 37) KBT využívá systém odměn, pochvaly nebo udělení výhod při abstinčním chování, naopak při požití látky nastupuje odebrání odměny, trest nebo výkon nepříjemné činnosti, kterou si klient předem určí sám. Využití sociálního učení je důležité především v práci ve skupině, při nácviku komunikace nebo řešení určitého problému. Člověk se sociálním učením propadl závislosti – vzor v rodině nebo blízkém okolí a je tedy důležité, aby se pomocí sociálního učení ze závislosti dostal.

Při nástupu na KBT je nejdříve provedeno **vstupní vyšetření klienta** – podrobné popsání jeho problému včetně časových údajů, spouštěče problému, pokusy o léčbu, pacientových emocí, myšlenek a tělesných pocitů při poslední epizodě omámenosti látkou. Poté se provádí **podrobné vyšetření klienta** – rodinná anamnéza zahrnující problémy podobného rázu, fungování rodiny, výchovné metody, zjišťuje se osobní anamnéza, vzdělání, sociální zázemí klienta, puberta a partnerské vztahy, eventuální předchozí hospitalizace, historie jeho potíží s drogou. Po obou vyšetřeních je důležité formulovat problém a sestavit tzv. **bludný kruh** – situace a impulsy, které udržují pacienta u závislosti. Nakonec je sepsán seznam problémů a pacient s terapeutem si stanoví reálné cíle. *„Po sestavení bludného kruhu a jeho objasnění klientovi je třeba zmapovat hlavní problematické oblasti v životě klienta a stanovit cíle, kterých chce v terapii dosáhnout. (...) Cíl by měly být formulován co nejkonkrétněji a měl by být dosažitelný.“* (Kuklová, 2016, s. 44)

3.3 Svépomocné skupiny a neziskové organizace

Individuální terapie

Individuální terapie je vhodná především pro jedince, kteří mají pevnou vůli a ochotu se dostat ze závislosti a zároveň u nich závislost nepokročila do vážnějšího stadia. Každý klient má svého poradce, který mu poskytuje pomoc v procesu jeho osobního růstu a celkové osobnostní změny. Terapeut mu pomůže určit pevný bod, který je důležitý k jeho uzdravení. Aby se mohl jedinec uzdravit, musí si projít následujícími body (Margolis & Zweben, 1998):

- *„Přijetí skutečnosti, že člověk se uzdravuje ze závislosti (...).“*

- *Euforické vzpomínky na užívání alkoholu/drog (...).*
- *Užívání jiných drog (...)*
- *Budování nových sociálních sítí (...)*
- *Osvojování si dovedností nutných k zvládnutí pocitů a vnitřních rozporů (...)*“

Poradce zároveň musí určit míru změny v konzumaci drogy – alkoholu. Nejdůležitějším prvkem individuální terapie je vzájemná upřímnost, čestnost a přímočarost mezi terapeutem a klientem, dalším je navození důvěry, neboť závislí jedinci často nepřijímají autoritu. *„Jedním z hlavních problémů při práci se závislymi jedinci může být náročnost vzájemné interakce, jež se s touto skupinou klientů pojí. (...) Závislí lidé často nejsou schopni určit, co je krize. (...)“* (Miller, 2011, s. 129) Dalším krokem při individuální terapii je stanovení **plánu léčby**, do kterého terapeut zaznamenává veškeré terapie a terapeutické postupy, rozhovory s klientem a průběh léčby. *„Léčebný plán slouží při práci s klientem jako kormidlo, neboť pomáhá klientovi i poradci vyvažovat pozornost, kterou věnují jednotlivým problémům. Jeho pomocí jsou také klient a poradce schopni lépe diferenciovat jednotlivé problémy podle míry jejich naléhavosti a na základě toho se jimi zabývat.“* (Miller, 2011, s. 132)

Rodinná terapie

Rodinná terapie má význam, pouze pokud má rodina závislého chuť a je ochotná spolupracovat, dále je také důležité, aby rodinní příslušníci byli dopředu informováni o problémech jedince a průběhu celé terapie. Dle Carra (2015) je další neméně důležitou podmínkou efektivnosti terapie nepřítomnost sociálně patologického chování u rodinných příslušníků, kteří se sezení budou účastnit (neberou návykové nelegální látky, nebo nejsou ohroženi závislostí). *„Současný integrativní přístup k léčbě závislosti klade stále větší důraz i na nazírání problému v rodinném kontextu.“* (Čtrnáctá in Kalina, 2015, s. 492) Kalina (2015) uvádí tři vývojové období rodinné terapie, lišící se především v rozdílném způsobu nahlížení na úlohu rodiny při vzniku a udržování závislosti.

- Patologické chování rodinných členů.
- Patologický rodinný závislostní systém.
- Využití síly rodinného systému k uzdravě.

Skupinová terapie

Skupiny jsou zdrojem sociální podpory pro závislé klienty. Mohou zde navzájem komunikovat a sdělovat si svoje zážitky a zkušenosti během období závislosti, mají stejného nepřítele – alkohol a stejný cíl – překonat závislost. U skupinové terapie je hlavní hledět na různé aspekty při vytváření skupin. V České republice je skupinová terapie často považována za nejdůležitější a také nejefektivnější způsob terapie při léčbě závislosti. Společné rysy skupinové psychoterapie se závislými na návykových látkách lze shrnout do následujících:

- Větší strukturovanost – terapeut má větší iniciativu, snaží se ze začátku vytvořit skupinovou sounáležitost a vztahy mezi jednotlivými členy skupiny.
- Využívání konfrontací – konfrontace slouží k vytvoření náhledu cestou zpochybnění.
- Emoční podpora – důležité vytvořit v klientech pocit bezpečí a důvěry ve skupině.
- Vazba na skupinu – tendence u závislých pacientů být závislý na skupině nebo terapeutovi – doporučení navštěvovat svépomocné skupiny (Kalina in Kalina, 2015, s. 432 – 434)

Metoda 12 Kroků – Kathleen S.

Metoda 12 kroků je založena především na objevení a odhalení sebe samých, usiluje o převedení teorie do praxe. Jedná se o skupinovou teorii, která se snaží o přátelskost a důvěru mezi lidmi ve skupině a vzájemnou pomoc. Důležité je nejprve kroky prozkoumat a snažit se jim porozumět a pochopit je, než je začneme plnit. Při této metodě je kladen důraz na otevřenou mysl novým věcem a na pěstování všeobecné tolerance. Každý krok začíná frází, kterou se snažíme pochopit, dále několika úkoly a na konci otázkami na závěr. Počáteční krok je vždy nejtěžší a nejvíce odhaluje sebe sama. *„Připouštíme, že jsme bezmocní vůči alkoholismu (...), a přestali jsme být schopni zvládat své životy. (...) Bolest vnitřního dítěte nás přivádí k uzdravování a nezáleží na tom, jaký máme problém.“* (Kathleen, 2006, s. 13). Jak se postupně dostáváme přes jednotlivé kroky, čím dál více zkoumáme a poznáváme sami sebe. K pátému kroku potřebujeme někoho nám duchovně blízkého, abychom jim zvládli projít. Poslední tři kroky jsou tzv. kroky udržovací. *„Tyto tři kroky podporují propojování technik, které napomáhají ochránit naše uzdravení před samolibostí a zapomnětlivostí. Tyto kroky nám pomáhají zůstat neustále duševně v pořádku.“* (Kathleen, 2006, s. 119). Poslední krok nás nabádá

šířit osvětu a nově nabyté zkušenosti i dalším lidem, a snažit se aplikovat principy ve všedním životě při každodenních aktivitách.

Anonymní alkoholici (AA)

AA je celosvětové hnutí založené v roce 1935, které sdružuje více než 1,6 milionu lidí s problémy s alkoholem (Pecinovská in Heller & Pecinovská, 2011). „AA je společenství žen a mužů, kteří sdílejí spolu naši zkušenost a naději, že mohou vyřešit svůj společný život a pomoci ostatním uzdravit se z alkoholu. Jediným požadavkem členství je touha zastavit pít.“ (Pecinovská, in Heller & Pecinovská, 2011, s. 165) Anonymní alkoholici fungují na základě 12 kroků a 12 tradic (viz. Metoda 12 kroků). Jejich sezení mohou být uzavřená (pouze pro alkoholiky) či otevřená veřejnosti zabývající se tematikou závislosti a alkoholu. Setkání probíhají bez účasti profesionálů, tedy nevystupuje zde žádný terapeut ani psycholog, skupinu vede vždy jeden z déle abstinujících alkoholiků.

Harm reduction

Metoda harm reduction je relativně nová a společností rozporupně přijímána. Jedná se především o snížení či minimalizace zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání drog či alkoholu u osob, které alkohol již užívají a nelze je motivovat k abstinenci. „Snaží se minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožující infekce, (...) riziko dalších tělesných komplikací dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti.“ (Marádová, 2006, s. 8) Nezaměřuje se ale pouze na poškození organismu a života alkoholem, ale celkově na všechna možná rizika spojená s užíváním. Nejdůležitějším principem harm reduction je poskytování informací a možnosti poradenství s cílem zvažování změny životního stylu a užívání. Cílem HR není abstinence jedince, ale minimalizace dopadů užívání látky na zdraví a celkovou osobnost jedince. Co se týká alkoholové závislosti, spočívá HR především v distribuci alkoholtesterů na akcích a festivalech, dále tzv. „safe bars“ což jsou nerozbitné sklenice a další doporučení, jak se správně chovat při pití – nepít nalačno, prokládat alkoholové nápoje nealkoholovými (ideálně čistou vodou). (SANANIM, 2007)

V rámci harm reduction se nezaměřujeme pouze na uživatele návykových látek, ale také na společnost a okolí, které může jeho užíváním trpět.

3.4 Ústavní versus ambulantní léčba

Ústavní léčba

V okamžiku, kdy jedinec nezvládá svoji závislost a život, je nutno nastoupit na léčení, v těžších případech je ideální ústavní léčba. „*Hospitalizace poskytující déletrvající (obvykle 3 – 6 měsíců) léčebný program obsahující farmakoterapii, psychoterapii, léčebný program s režimem, informační systém, socioterapeutické prvky realizované v komunitním systému.*“ (Heller in Heller & Pecinovská, 2011, s. 125) Protialkoholních léčeben je v České republice relativně velké množství, v každém kraji je minimálně jedna. Některé léčebny fungují při psychiatrických nemocnicích a některé jako samostatné jednotky. Většina však aplikuje na pacienty bodový systém a pravidelný denní režim, který je nutno dodržovat na vteřiny. Každá léčebna si sama určuje podmínky přijetí, obvykle požadují motivační dopis, životopis a přihlášku, což u některých lidí závislých na alkoholu je naprosto nereálné splnit, obvykle nejsou ve stavu, kdy by byli schopni něco napsat. Některé léčebny nevyžadují motivační dopis, ani životopis, je však nutné, aby pacienti nastupovali léčbu dobrovolně. Základními kameny ústavní léčby jsou různé terapie, které pacienti podstupují – arteterapie, muzikoterapie, pracovní terapie a psychoterapie. Nejčastěji se používá kognitivně-behaviorální terapie. „*Psychoterapie tvoří v terapii závislosti vedle farmakoterapie a léčebného programu s režimem a bodovacím systémem základní terapeutický pilíř. Je používána ve formě skupinové, hromadné i individuální, ale také v různých orientacích dle potřeb vycházejících z individuálních odchylek.*“ (Heller in Heller & Pecinovská, 2011, s. 127) Další důležitou aktivitou během pobytu je každodenní psaní deníků, které je formou individuální komunikace mezi pacientem a terapeutem (psychologem). Léčebny také aplikují pohybovou a sportovní terapii – každodenní rozcvičky, pravidelné sportovní dny, turistika a další aktivity. Délka léčby závisí na postupu pacienta jednotlivými stádii léčby a také na plnění bodového systému. Pacient však může kdykoliv podepsat propouštěcí revers.

Terapeutické komunity

Terapeutické komunity jsou převážně pro lidi závislé na tvrdých drogách, lze však najít výjimky, které jsou určeny i pro závislé na alkoholu. Tyto komunity mají většinou formu statku nebo hospodářství na samotě. Pacienti se zde starají o zahradu, hospodářská zvířata a vaří si sami. Pobyt v této komunitě může mít délku až 15 měsíců. Terapeutické

komunity v České republice má pod záštitou pražský SANANIM a dále některé církve. (SANANIM, 2007)

Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je vhodná pro lidi, kteří nechtějí, nebo nemohou podstoupit dlouhou ústavní léčbu, ať už z důvodu časového nebo zdravotního. „*Ambulantní léčba by měla poskytovat péči alespoň 2x týdně s psychoterapií minimálně 1 hodinu. (...) Dobrým indikátorem kvality je spolupráce se svépomocnými organizacemi (AA, A Kluby, ...).*“ (Heller in Heller & Pecinovská, 2011, s. 134). Důležitý je vztah mezi terapeutem a klientem, více důležitý než při ústavní léčbě – oba si musí navzájem důvěřovat a podporovat se. Hlavním úkolem terapeuta je najít v klientovi správnou motivaci a odhodlání k abstinenci, pomoci mu nastolit pevný režim, který je třeba dodržovat. Během jednotlivých sezení se psychoterapeut zaměřuje převážně na osobní rysy a celkově osobnost jedince. Ambulantní terapie by měla dle Hellera (2011) obsahovat tyto vzájemně provázané léčebné programy:

- Program s převahou klasické léčby Antabusem, obohacený prvky skupinové terapie.
- Program s převahou skupinové psychoterapie doplněný Antabusem.
- Program stacionární s pobytem 6 týdnů v uzavřené skupině, jedná se o mezistupeň mezi ambulantní a ústavní léčbou.

3.5 Doléčování

Doléčování je výrazně doporučeno všem, kteří absolvovali léčbu ať už ambulantní nebo v léčebně (tedy po skončení základní léčby). Jedná se především o pravidelné scházení se s terapeutem či psychologem, nebo návštěvy na terapeutických sezeních v léčebně. V dnešní době, kdy má klient na výběr daleko více možností léčení než v předešlých letech, je velmi těžké stanovit přesný začátek doléčování. „*Doléčovací období může začít v době, kdy z organismu pacienta odejde droga a odstraní se následky působení drogy na psychické i somatické zdraví pacienta.*“ (Heller in Heller & Pecinovská, 2011, s. 150) Nejzákladnějším úkolem doléčování je uvědomění si nutnosti trvalé abstinence a vytvoření si nového náhledu na drogu. Důležitá je motivace spolu s pevnou vůlí dodržování střízlivého života. Ne všichni klienti, kteří se zúčastní doléčovací terapie, jsou schopni vydržet abstinovat. Někteří podlehnou cravingu nebo

nabídce alkoholového nápoje, u jiných tělo a organismu fyzicky nezvládne fungovat bez dostatku alkoholu. „*Nejčastěji se objevuje ataka v podvědomí zabudované chuti na drogu. Je to chuť, která není cítit na jazyku, je cítit jakoby po celém těle a projevuje se různým způsobem.*“ (Heller in Heller & Pecinovská, 2011, s. 156)

Na doléčování má jedinec možnost docházet i do protialkoholní léčebny, ve které byl na léčení. Některé z léčeben sami pozívají své bývalé pacienty na tzv. opakovací léčbu, která se bere, jako jedna z možností doléčovací terapie. Dle Kaliny (2011) opakovací léčba trvá přibližně jeden týden (záleží na léčebně a nemocnici), během kterého se opakovací pacienti účastní všech aktivit (terapie, sportovní aktivity, ...), jako stálý pacienti, platí pro ně také striktní denní režim, body však už nesbírají. Každý den mají povinnost psát si pocitový deník, který jim kontroluje psycholog. Nešpor (2008) uvádí, že navíc k jednotlivým skupinovým terapiím, mají individuální sezení s psychologem, sociální pracovníci a primářem oddělení. Dále se zúčastňují skupinových sezení s aktuálními pacienty a sdílí s nimi své zkušenosti po propuštění z léčby – jak se vypořádat s cravingem, jak často bažení pociťují, popř. jak dlouho už abstínují a jak je to pro ně náročné.

Shrnutí

Prevence závislostí je jedna z nejdůležitějších aktivit s mládeží. Prevence se dělí na primární (specifická a nespecifická), sekundární a terciární. Během léčby závislostí jsou využívány různé terapie, nejčastěji je používána skupinová a individuální psychoterapie. Do povědomí se také dostává Metoda 12 kroků autora Allena Karra. Další důležitá terapie je kognitivně-behaviorální, která se používá nejčastěji v terapeutických komunitách.

Další možnosti terapií jsou svépomocné skupiny a neziskové organizace, které se zabývají závislostmi, jako například Anonymní Alkoholici (AA) nebo nově vzniknutá organizace RENADI v Brně. Terapie se využívají také přímo v léčbě závislostí, léčbu můžeme rozdělit na ambulantní a ústavní, popř. léčba v terapeutických komunitách. Po dokončení léčby je důležité zúčastnit se sezení s psychologem nebo tzv. doléčování, které občas nabízejí přímo protialkoholní léčebny, jedná se o pobyt posilující odhodlání abstinovat.

4 Vliv pobytu v protialkoholní léčebně na sociální život jedince a jeho rodiny

4.1 Cíle výzkumu a metodologie výzkumného šetření

Cíle výzkumu

Hlavní cíl diplomové práce je analyzovat vliv pobytu v protialkoholní léčebně na sociální život jedince a jeho rodiny. Dalšími (dílčími) cíli jsou:

- analýza efektivnosti pobytu v protialkoholní léčebně,
- analýza přístupu rodiny k pobytu v protialkoholní léčebně,
- analýza nástupu do protialkoholní léčebny,
- analýza průběhu pobytu v protialkoholní léčebně,

Výzkumné otázky

V souvislosti se stanoveným hlavním cílem a společně s dílčími cíli jsme si vymezili následující hlavní výzkumnou otázku (HVO) a pět vedlejších výzkumných otázek (VVO)

- **HVO:** Jak ovlivnil pobyt v protialkoholní léčebně sociální život a vztahy jedince?
- **VVO1:** Byl pobyt v protialkoholní léčebně efektivní?
- **VVO2:** Co vedlo informanta k přihlášení se k pobytu v protialkoholní léčebně?
- **VVO3:** Jak podporovala rodina informanta během pobytu v léčebně?
- **VVO4:** Jaký byl dopad pobytu v léčebně na současný život informanta?
- **VVO5:** Jaký byl život jedince před pobytem v léčebně a po pobytu z pohledu rodiny informanta?

Metodologie

Metody a techniky sběru vzorků

K dosažení všech vytyčených cílů diplomové práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního či lidského problému.“ (Hendl, 2016, s. 46) Na základě analýzy rozhovorů s informanty a jejich rodinami (otázky viz. Příloha 1) jsme byli zodpovědět všechny výzkumné otázky, které jsme si stanovili. Do výzkumného šetření byli zařazeni tři informanti s rodinami a jejich kazuistiky, kteří

zcela vyhovují podmínkám pro zařazení do výzkumu – pobyt v protialkoholní léčebně, ať už dobrovolný nebo nařízený soudem. Budeme využívat polostrukturovaného rozhovoru s informantem a jeho nejbližší rodinou a příbuznými.

Výběr a popis výzkumného vzorku

Šetření probíhalo u tří informantů, kteří podstoupili léčbu v protialkoholní léčebně. Každý z informantů absolvoval léčbu v jiné léčebně, takže budeme mít možnost srovnání průběhu léčby. Informant 1 pochází z Olomouckého kraje, na léčbu nastoupil do léčebny v Jihomoravském kraji. Druhý informant pochází z Pardubického kraje a léčbu vykonával ve Středočeském kraji, poslední informant také pochází z Pardubického kraje a všechny své léčby podstoupil na Vysočině. Ne vždy se jednalo o nejbližší možnou variantu léčebny. S každým z informantů byl realizován polostrukturovaný rozhovor zaměřený na jeho pobyt v léčebně (na všechny pobyty) a jeho život před a po propuštění nebo dokončení léčby. Dále jsme se zabývali tím, jak ho ovlivnil pobyt v léčebně v osobním, ale i profesním životě, zda se objevily problémy při shánění práce či bydlení. Rovněž nás zajímalo, zda docházel na terapie a opakovací léčby pořádané léčebnou, nebo případně návštěvy u psychologa či další terapeutické skupiny (AA). Poté jsme se zaměřili na rodinu a nejbližší okolí jedince. Jak vnímali jeho pobyt v léčebně a jaký pro ně byl návrat informanta zpátky do běžného života, zda ho podporovali nebo se pro ně něco zásadně změnilo po pobytu.

Dva z informantů pocházejí přímo z rodiny autorky a s posledním se měla možnost setkat v průběhu její praxe v protialkoholní léčebně, kde si domluvili následnou spolupráci po ukončení léčby, tudíž autorka měla možnost sledovat pokrok informantky a terapie přímo při pobytu.

Dále také budeme mít k dispozici lékařské zprávy a deníky z pobytu v léčebně u dvou informantů. U jednoho nám rodina poskytla i dopisy, které psal dotyčný přímo ze svého pobytu v léčebně. Můžeme tedy porovnat rozpoložení a pocity informanta během pobytu – uvědomění, sebelítost a psychické vystřízlivění.

Sběr a záznam dat

Zjištěná data jsme zaznamenávali do jednotlivých tabulek, aby výsledky byly přehlednější, ke každé vedlejší výzkumné otázce bude náležet jedna tabulka se souhrnnými výsledky jednotlivých informantů.

Harmonogram šetření:

- Příprava šetření (březen 2018 – prosinec 2018):
 - Stanovení výzkumného problému: Analýza vlivu pobytu v protialkoholní léčebně na sociální život jedince a jeho rodiny.
 - Teoretická příprava výzkumu: analýza odborné literatury, vytvoření teoretické části práce pomocí odborné literatury.
 - Praktická příprava výzkumu a výzkumných metod: příprava rozhovorů.
- Provedení výzkumu (prosinec 2018 – únor 2019):
 - Praktická část výzkumu: sběr dat a údajů byl prováděn u tří informantů, kteří mají za sebou pobyt v protialkoholní léčebně.
- Vyhodnocení (březen 2019):
 - Zpracování a analýza výsledků – závěr.

4.2 Výsledky výzkumného šetření

Jednotlivé výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány do případových studií každého z informantů. Nejdříve si uvedeme charakteristiku informanta, poté jeho osobní, rodinou a sociální anamnézu, následuje popis pobytu v léčebně ze záznamu z jednotlivých rozhovorů s informanty. Na konec každé případové studie je shrnut nynější stav informanta, prognóza do budoucna a celkové shrnutí kazuistiky. V kazuistikách se také nacházejí tabulky, ve kterých jsou zaznamenány nejdůležitější informace, které jsme následně použili při zpracovávání výsledků. U každého informanta je zařazena časová osa důležitých událostí v jeho životě, které se mohly odrazit na jeho nynější stav a celkové zvládnání závislosti.

Případová studie informant 1

Charakteristika informanta

Žena ve věku 41 let pocházející z Olomouckého kraje. Má dva syny (10 a 12 let) ve střídavé péči s bývalým manželem. Žije ve vlastním bytě (3+1) spolu se syny a přítelem. Její bývalý manžel bydlí v paneláku naproti, školu mají synové mezi paneláky, takže ve střídavé péči není žádný problém. S manželem se rozvedla těsně před prvním pobytem v léčebně relativně bezproblémově. Během jejího pobytu v nemocnici se bývalý

manžel snažil o dostání synů do své péče, po návratu se dohodli na střídavé péči po 14 dnech. V současné době (leden 2019) je nezaměstnaná z důvodu přestěhování firmy do Prahy. Hledá si jiné zaměstnání, uvažuje o dostudování sociální práce nebo pedagogického minima, aby mohla učit ekonomii na škole. Podstoupila dvě léčby (obě dokončila řádně) během relativně krátké doby. První léčbu podstoupila v roce 2016 a druhou na začátku roku 2018. Na obě léčby nastoupila na vlastní žádost z důvodu uvědomění si svého problému s alkoholem. Informantka by se chtěla do budoucna věnovat terapii právě alkoholově závislým, přemýšlí nad studiem oboru zaměřeného na sociální práci. Charakteristiku informanta a základní informace shrnuje Tabulka 4.

Charakteristika – Informant 1	
Věk	41 let
Pohlaví	Žena
Abstinence	Ano
Doba abstinence	8 měsíců
Důsledky závislosti na zdraví	Žádné
Důvod pití	Rozvod, sebevědomí a problémy v práci
Rodinná anamnéza – závislost	Ne

Tab. 4: Charakteristika informanta 1

Osobní anamnéza

Alkohol poprvé okusila na základní škole se spolužáky. Více alkoholických nápojů konzumovala pak během období puberty v rockovém klubu – nejčastěji pila piva a panáky (2-3 několikrát za týden), především na zvyšování sebevědomí. Po návratu z Prahy se dostala na obchodní akademii – během studia chodila na diskotéky a akce se svými mladšími spolužáky a pila každých 14 dní červené víno s kofolou – během večera vypila i litr vína (sebevědomí, uvolnění, lepší pobavení a zábava). Po svatbě si s manželem našli kamarády a na pivo chodili i několikrát týdně. V těhotenství vypila maximálně jednu skleničku piva nebo vína. Po porodu během mateřské dovolené měla potřebu se několikrát za čas „vyvětrat“ a oddechnout si od rodičovských povinností – chodila do společnosti jednou za 14 dní a obvykle se opila, ráno se ovšem musela postarat

o děti. Sama doma začala pít až při dálkovém studiu vysoké školy v posledních dvou letech, kdy už manžel nestudoval – zavírala se sama s notebookem a učením ve své kanceláři doma. Nejdříve si dala sklenička nebo dvě vína a později zvládla vypít celou láhev vína za večer, cítila se poté více uvolněně a lépe se jí učilo. Během studia se jí projevil zdravotní problém – praskání tkáně plic – spontánní pneumotoraxie způsobená vrozenou vadou zvětšenými puchýři na plicích. Dále se začaly u informantky objevovat příznaky generalizované úzkostné poruchy, navštívila psychiatra, který jí předepsal antidepresiva. Časté stavy úzkosti mírnila alkoholem. Na začátku roku 2015 se řešil rozvod a informantka se rozhodla přestat pít, protože si uvědomila, že pije více, než je únosné. Do poloviny roku vydržela abstinovat a začala také postupně vysazovat antidepresiva. Před květnovými státnicemi vysadila antidepresiva úplně. Po státnicích se jí úzkosti vrátily zpátky, stresy a obavy z toho, že je matka samoživitelka zaháněla alkoholem. Začala však popíjet celé dny a na začátku školního roku byla znova nasazena antidepresiva. Nikomu neřekla o svém problému s alkoholem. Pila s frekvencí 14 dní a pak pauza týden. Koncem roku při vyvrcholení rozvodu začala pít rum, protože očekávaný účinek nastoupil rychleji. Poslední pauzu od alkoholu měla mezi svátky na Silvestra, kdy konzumovala jen dětské šampaňské se syny. Po Novém roce začala pít znovu naplno – až láhev rumu denně. Když docházely síly fyzické i psychické, rozhodla se kontaktovat rodiče s prosbou o pomoc a s vůlí a odhodláním se jít léčit. Na první léčbu nastoupila na začátku roku 2016. Ihned po nástupu manžel začal bojovat o to, aby dostal děti do své péče. Nakonec, po dokončení léčení, se dohodli na střídavé péči o děti po 14 dnech.

Rodinná anamnéza

Informantka vyrůstala v úplné harmonické rodině. Oba rodiče pracují v ekonomickém odvětví – matka jako auditorka firmy a otec jako daňový poradce. Má o 14 měsíců starší sestru, se kterou má celkem složitý vztah. Často ji sestra bila a týrala, ale ona k ní přesto vzhlížela a obdivovala ji. Ponižovala ji před kamarády a nutila dělat domácí práce za ní. Nyní má vztah se sestrou vyrovnanější a navzájem se podporují. V rodině se nevyskytují žádné problémy s alkoholem, ani jinými návykovými látkami. Rodiče informantku v léčbě aktivně podporovali, během obou léčeb byla s nimi v telefonickém kontaktu, na návštěvy za ní však nejezdili.

Sociální anamnéza

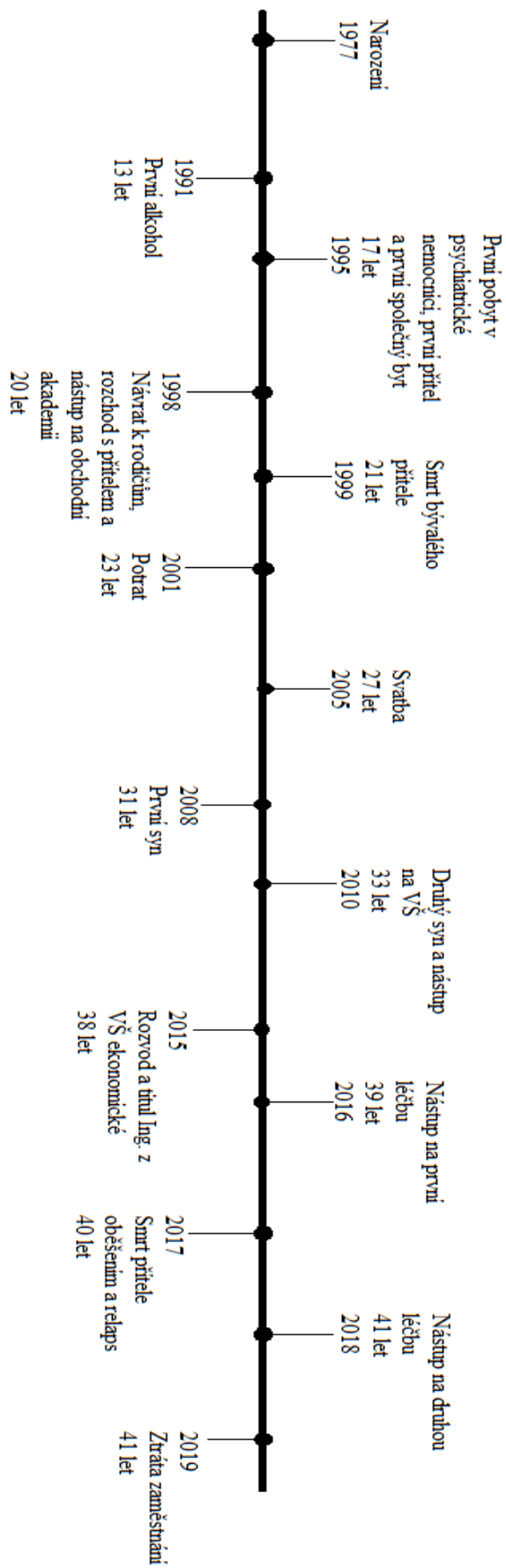
Informantka základní školu zvládla bez obtíží a měla řadu zájmových kroužků – Jiskra a Pionýr. Rodiče chtěli, aby nastoupila na obchodní akademii, ale ona by radši studovala na zahradnické škole, na nátlak rodičů se přihlásila na OA, na kterou se ale nedostala, a tak nastoupila na gymnázium (přijímali bez přijímacích zkoušek na průměr z vysvědčení ze základní školy). Během prvního ročníku však začala chodit za školu a rodiče se rozhodli ji přehlásit na železniční průmyslovou školu (kontakty přes otce), proti čemuž protestovala a školu bojkotovala – chodila za školu a nedokončila studium. Během tohoto období začala navštěvovat rockový klub, kde také začala častěji popíjet alkohol a experimentovala s marihuanou. Často se vyskytovaly útěky z domu, které však nikdy nebyly jejím nápadem. Byla nezodpovědná a nedochvilná, rodiče ji tedy sehnali práci asistentky u rodinného přítele v kanceláři. Do této práce chodila nepravidelně a často pozdě.

V jejích 17 letech se rodiče rozhodli, že už nezvládají dále snášet její chování, proti její vůli ji naložili do auta a odvezli ji do psychiatrické léčebny v pražských Bohnicích na léčení na protidrogovém oddělení. Informantka toto počínání rodičů absolutně nechápala, nepřipadala si závislá na marihuaně, zapálila si ji pouze výjimečně se svými kamarády. Z tohoto důvodu nezvládla odpovědět psychologovi při nástupu na otázku, proč si myslí, že tam je. Před samotným nástupem na protidrogové oddělení byla 14 dní na tzv. „čekačce“, na které byli lidé s různým postižením na velkých pokojích po 10 lidech. Zde se seznámila se svým prvním přítelem, který tam byl také na léčení (podřezávání žil, braní návykových látek a paranoidní psychóza). Po přeřazení na protidrogové oddělení musela napsat životopis, aby byla zařazena na terapii, měla zakázaný jakýkoliv kontakt s okolím (tajně poslala dopis rodičům, že ji přeřadili na jiné oddělení). Za pomoci bývalých spolupacientů z „čekačky“ se jí podařilo utéct během vycházky, na kterou dostala výjimečné povolení. Utekla bydlet k příteli z Bohnic.

U něj bydlela tři roky (do 20 let), které hodnotí, jako nejhorší roky svého života. Přítel ji bil, kopal, škrtil, bouchal hlavou o zeď a dával jí pěstmi do obličeje. Na veřejnost s ním mohla pouze tehdy, kde neměla viditelné modřiny a podlitiny na obličeji. Rodičům se ozvala poprvé až po roce soužití s přítelem. Po dvou letech života s ním se začala pokoušet o útěk, ten se jí povedl až za pomoci od společných kamarádů, kteří ji odvezli zpátky k rodičům okamžitě poté, co jim sdělila, jaký život spolu mají. Její přítel se ale

nevzdal, dojel za ní z Prahy, a čekal před jejím domem. Po čase se dozvěděla, že si vzal pervitin a vyskočil z 5. patra domu, kde spolu bydleli, přežil. Po návratu z nemocnice se oběsil a zanechal vzkaz, že bez ní nebude žít – pocit viny ji bude pronásledovat do konce života.

Po vzpamatování se z šoku ze smrti bývalého přítele nastoupila na obchodní akademii, toto studium již brala zodpovědně a také ho dokončila. Během studia pomáhala brigádně u matky v práci (auditorka). Se spolužáky chodila často do hospody a do klubů. V tomto období se seznámila i se svým budoucím manželem, který se zrovna vrátil z vojny. Zároveň s ním v průběhu studia otěhotněla, ale přesvědčil ji, aby šla na potrat, o kterém rodiče dodnes nevědí. Po dokončení školy dostali s přítelem dvoupokojový byt, a také si zažádala o živnostenské oprávnění a postupně začala získávat klienty. Přítel se vyznal v počítačích a programovacích systémech. Po třech letech došlo ke svatbě a tři roky po svatbě se jim narodil první syn, za dva a půl roku syn druhý. Vztah s manželem měla zvláštní, později si začala všimnout, že je nezodpovědný, líný a nedochvilný a nezvládá se o chlapce postarat sám – vyprovodit je do školy – stále chodili pozdě. Veškerou práci v domácnosti a na zahradě obstarávala ona. V roce 2012 se rozhodli si oba dodělat vysokou školu – manžel nedostudoval ani bakaláře, byl příliš líný na napsání závěrečné práce. Informantka má vystudovaný inženýrský obor. Studium pro ni bylo velmi stresové období – ráno do práce, nákup, učení se s dětmi a večer a v noci se učila do školy. Během studia pracovala jako účetní ve sladovně a děti ráno vypravoval do školy manžel, kterého musela telefonem budit, a děti stále chodily pozdě. Začala přemýšlet o rozvodu na začátku roku 2015. Rozvod byl dokončen na konci roku 2015 a na začátku roku 2016 nastoupila do léčebny. Průběh informantčina života je zaznamenán na obrázku 3.



Obr. 3: Časová osa – informant 1

Průběh léčby

Před samotným nástupem do první léčby absolvovala informantka dvoutýdenní detoxikační pobyt v psychiatrické nemocnici v Olomouckém kraji. Po přeřazení na oddělení léčby návykových nemocí v psychiatrické nemocnici v Jihomoravském kraji si rychle zvykla na chod léčebny a její denní režim, který byl velmi striktně dodržován a za pozdní příchod dostávali pacienti černé body. Většina léčeben v České republice funguje na tzv. „bodovém systému“, tedy systém sbírání bodů – kladných a záporných (červené a černé). Záporné body jsou udělovány na základě porušení řádu psychiatrické nemocnice, neuposlechnutí nařízení sestry, psychologa nebo primáře, neplnění svých povinností (úklid rajónů, psaní deníků), hrubé chování nebo pozdní příchod (pro léky, na samosprávu, k lékaři). Každý týden museli nasbírat pacienti 20 kladných (červených) bodů, aby mohli mít nárok na vycházky. Tyto body získávali za úklid rajónů, mimořádná pomoc sester, napsání dobrovolného elaborátu, léčebná terapie, vedení rozcvičky, úklid kuchyňky a další. Jakmile pacient nasbíral více jak tři černé body, byly mu zakázány vycházky. (viz. Tab. 5)

Bodování	
Černé (záporné) body	Červené (kladné) body
Nadměrné kouření a pití kávy	Mimořádná ochota
Neplnění povinností	Rajony
Nepořádek	Čtení
Pozdní příchod	Léčebná terapie
Hrubé chování	Úklid kuchyňky
	Brigáda
	Rozcvička
	Sepsání elaborátu
	Aktivita nebo práce navíc

Tab. 5: Bodování v léčebně

Léčebna v Jihomoravském kraji je zaměřená na střednědobou odvykací léčbu – obě léčby trvaly přibližně tři měsíce (první léčba 88 dní a druhá léčba 102 dní). Během prvních dvou týdnů byla informantka na tzv. uzavřeném oddělení, kde si pacienti zvykali

na průběh léčby a její denní režim, nezúčastňovali se skupinových terapií ani dalších aktivit. Od ostatních pacientů byli odlišeni modrými župany, které nosili po léčebně. Během tohoto období se mohli rozhodnout, zda jsou odhodláni léčbu svědomitě vykonat a dokončit. Každý pacient měl svého mentora z řad služebně starších pacientů, který jim radil a pomáhal jim zvyknout si na chod léčebny a připravit se na závěrečný test ze zdravotní péče – samostudium a přednášky od pana primáře, témata týkající se alkoholu, závislostí, ale také celkově lidského zdraví a organismu. Po zvládnutí testu, během slavnostního přezobání pacientů z uzavřeného oddělení na otevřené oddělení, pacient přečte přede všemi svůj životopis (od narození až po nástupu do léčebny, zaměřený především na jeho historii s alkoholem) a po podepsání smlouvy s léčebnou, že je odhodlán léčbu vykonat v celém rozsahu, odevzdává župan primáři a je přijat na otevřené oddělení. Na otevřeném oddělení jsou již povolené vycházky a po pár týdnech i víkendové výjezdy domů – rodinná terapie. Průběh léčby má striktně daný režim (viz. Tab. 6), který byl povinen každý pacient dodržovat na vteřiny přesně, za pozdní příchod byl pacientovi udělen černý bod. Dále mají každý den (kromě víkendu) rozcvičky, které vede vždy některý z pacientů (možnost získání červených plusových bodů). Jako návyk na pracovní terapii mají pacienti rozdělené úklidové rajóny (chodba, kuchyňka, sesterna, jídelna, ...), které jsou povinni obden uklízet a celkově se starat o čistotu v okolí svého rajónu.

Dopolední a odpolední program bývá každý den jiný a jsou zde zařazovány především terapie, jednou za dva měsíce se také chodí na výšlap vedený panem primářem. Tyto výšlapy jsou povinné pro všechny pacienty (kromě pacientů z uzavřeného oddělení, ale je možnost výjimky na žádost). Chodí se do přírody v okolí. Dále mají pacienti možnost pracovní terapie, která je může připravit na návrat do běžného života a do zaměstnání. Jedná se například o pomocné práce na zahradě psychiatrické nemocnice, práce v kuchyni, hrnčířské dílně nebo práce se dřevem. Pacienti dochází na různé skupinové terapie – arteterapie, muzikoterapie, dále testy fyzické zdatnosti a individuální sezení s psychologem (osobní problémy, pokroky, pocity, vyrovnávání se se stresem, řešení rodinných problémů, podpora během léčby) nebo sociální pracovníci (příprava na život po léčbě, psaní životopisů, žádostí o bydlení, pomoc s výběrem vhodného zaměstnání atd.). Součástí léčby jsou také celodenní nebo víkendové pobyty v domácím prostředí – rodinná terapie. Pacient má víkend volno a může jet navštívit rodinu do jeho rodinného prostředí, aby zjistil, zda bude schopen návratu v plné míře po dokončení

léčby. Dále je během této terapie důležité, aby si pacient vyzkoušel, jestli dokáže vydržet bez alkoholu mimo prostředí léčebny. Informantka absolvovala celkově tři rodinné terapie v domácím prostředí a velmi jí pomohly. Rodiče i její synové se na ni velmi těšili a každou návštěvu doma strávila s nimi (během obou pobytů v léčebně).

Denní režim léčebny	
	Čas
Budíček (víkend)	6:00 (7:00)
Osobní hygiena a vydávání léků	6:10
Úklid pokoje	6:30
Rozsvička	7:00
Snídaně	7:30
Dopolední program	8:30
Oběd	12:00
Polední klid	13:00
Odpolední program	14:30
Večeře	18:00
Psaní deníků, samostudium, úklid rajónů	19:00
Večerka	22:00

Tab. 6: Denní režim v léčebně

Každý pacient má povinnost si psát denně svůj pocitový deník, který každý den kontroluje a připomínkuje psycholog nebo lékař. Do tohoto deníku si pacienti píšou své pocity a aktivity během dne. Před vstupem do otevřené skupiny a možnosti zúčastnění se terapií, aktivit a vycházek jsou pacienti dva týdny v uzavřeném oddělení, které je zkušební, pacient je povinen psát deníky, studovat zdravotní vědu, ze které pak skládá zkoušku, aby mohl přestoupit. Další podmínkou postupu je napsání životopisu a jeho veřejné čtení před komunitou a lékařským personálem. Informantka 1 napsala během obou svých léčebných pět deníků dohromady, do kterých jsme měli možnost nahlédnout (viz. Příloha 2-8)

Po nástupu na druhou léčbu se velmi styděla a byla ze sebe zklamaná, že porušila abstinenci. Postupem času si však uvědomila, že sama dokázala uznat svoje selhání

a zavolala si do léčebny, aby mohla nastoupit léčbu znova. Během prvního pobytu byli synové u jejich rodičů, během druhého pobytu již u bývalého manžela. Shrnutí pobytu v léčebnách je uvedeno v tabulce 7.

Pobyt v léčebně – Informant 1	
Počet pobytů v léčebně	2
Léčebna	Brno – Černovice
Nástup do léčebny	Dobrovolný na vlastní žádost
Dokončená léčba	Ano
Doba pobytu v léčebně	2x3 měsíce
Návštěvy rodiny v léčebně	Ne

Tab. 7: Pobyt v léčebně – informant 1

Život mezi první a druhou léčbou

V léčebně během prvního pobytu se seznámila s panem K a jelikož jsou vztahy během pobytu v léčebně přísně zakázané, rozhodli se to tajit. Až po odchodu pana K oznámila jejich vztah. Po dokončení léčby se přestěhovali spolu zpátky do bytu, oba si sehnali práci v oboru. Oba vyléčení alkoholici. Jejich vztah byl harmonický, ale pan K se zamiloval do kolegyně, ke které se nastěhoval a ukončil vztah s informantkou. Pan K přišel občas za informantkou na „detox – vystřízlivění“, později si uvědomila, že za ní chodil před návštěvou rodičů, aby za nimi jel střízlivý. Po několika měsících přišla za informantkou přítelkyně pana K., že s ním už nechce bydlet, že pořád pije a prosila ji o pomoc. Dohodly se a společně odvezou pana K. k jeho rodičům. Po odmlce se na konci roku 2017 znovu vrátil do města za informantkou a chvíli spolu bydleli. Bohužel se během jedné prosincové noci při fingoaném pokusu o sebevraždu oběsil, pitva následně prokázala 3 promile v krvi a smrt nastala udušením. Našla ho až druhý den ráno sedícího na zemi, podle oblečení byl v noci ještě někde pít. Nevěděla, co má dělat, na které číslo zavolat – „*Takový ten pocit, když nevíš, co se děje, nevíš, co máš udělat. Já jsem měla v tu chvíli hlavu úplně...jsem nevěděla, na jaké číslo mám zavolat, co mám ... prostě takový ten pocit paniky.*“ (Přepis ze záznamu rozhovoru s informantkou, 19.1.2019) Záchranáři ji nabízeli psychologickou pomoc, ale tu informantka odmítla, zhodnotila svoji situaci, jako že ji zvládne sama, bez pomoci. Nezvládala být však sama na bytě a

odstěhovala se k rodičům, kdy přehodnotila, co se vlastně stalo. Začalo špatné období, volala jí matka bývalého přítele a dávala jí jeho smrt za vinu, sama informantka začala pochybovat, zda všechno udělala správně, zda něco nemohla udělat jinak a zachránit tak pana K. Ačkoliv se snažila informantka být silná a odolat alkoholu, prožívala těžké chvíle, a nakonec začala znova pít po Štědrém dni. Naštěstí si ale byla vědoma své chyby a téměř okamžitě volala do léčebny a objednala se na léčbu. Tu nastoupila na konci ledna 2018.

Nynější stav

V době rozhovoru byla nezaměstnaná z důvodu přesunu sídla firmy, ve které pracovala, do Prahy. Dle informantky ji nyní rodiče berou tak, že si ničeho neváží a bere život na lehkou váhu, ale za každou cenu se snaží být pozitivní a brát věci s nadhledem. Je odhodlaná abstinovat do konce života. Oba její synové ji podporují a mají spolu otevřený a harmonický vztah. Pravidelně dojíždí do protialkoholní léčebny na sezení, konzultace a na terapeutickou doléčovací skupinu – sezení s aktuálními pacienty a sdílení nově nabytých informací a životních zkušeností ohledně abstinence a zvládání cravingu. Na tyto sezení jezdí moc ráda, protože se tam sejde s jejími bývalými spolupacienty z léčby. S většinou udržuje kontakt a má přehled o jejich dodržování abstinence (dle slov informantky většina z nich abstinenci porušila a začala znova pít). Na nynější stav odkazuje tabulka 8.

Propuštění z léčby a nynější stav – Informant 1	
Práce	Nezaměstnaná
Bydlení	Vlastní byt
Terapie	Ano – sezení u psychologa
Antabus	Ano
Opakovací léčba	Ano – na vlastní žádost v prosinci 2018

Tab. 8: Nynější stav – informant 1

Prognóza do budoucna

Informantka jeví veliký zájem o abstinenci do konce života, má pevnou vůli a je odhodlaná se alkoholu už nikdy nenapít. V budoucnu by se chtěla věnovat pomoci lidem se závislostí na alkoholu, také má v plánu dodělat si obor sociální práce na vysoké škole. Působí velmi klidným dojmem a vyzařuje z ní pozitivní energie a velké odhodlání dodržet abstinenci. Po první léčbě začala studovat pedagogické minimum, které nedokončila kvůli náhle vzniklé nepříjemné situaci, škola ji však vyšla vstříc a už ji chybí pouze dopsat závěrečnou práci. Podporou je pro ni její přítel, který také absolvoval pobyt v protialkoholní léčebně, doma tedy nemají vůbec žádný alkohol. Po svém předchozím relapsu si okamžitě uvědomila svou chybu a nyní už ví, že řešit problém, úzkostný stav nebo krizi s lahví alkoholu, není ideální. Na otázku, jak by reagovala na podobnou krizi v životě, kterou zažila před prvním relapsem, odpověděla, že určitě návštěvou odborníka – psychologa nebo psychiatra.

Závěr kazuistiky informant 1

První informantka je velmi odhodlaná pokračovat v abstinenci, během rozhovoru abstinovala po propuštění z léčby 8 měsíců. Dle jejího názoru ji pobyt v léčebně nikterak neovlivnil, vždy byla ohledně svého problému s alkoholem velmi otevřená a přímá ke svému okolí a netajila se svojí závislostí ani svým pobytem v léčebně. Z rozhovoru však vyplynulo, že během jejího prvního pobytu začal bývalý manžel usilovat o syny s argumenty, že informantka není schopná se sama postarat o děti, když nyní podstupuje léčbu, že je nezodpovědná a závislá. Pobyt v léčebně dal do pohybu určení střídavé péče, která nyní funguje bezproblémově. Efektivnost léčby považuje informantka za velmi úspěšnou, alespoň co se jí osobně týká, uvádí, že někteří nebyli schopni léčbu ani dokončit, že tvrdý režim léčebny není pro každého.

Případová studie informant 2

Charakteristika informanta

Paní ve věku 73 let žijící v Pardubickém kraji. Žije spolu s manželem ve vlastním domě (2+1) se zahradou. Má dospělého syna z předchozího vztahu, který ji jezdí navštěvovat pouze výjimečně. Spolu s nynějším manželem žádné děti nemají, brali se v relativně pozdějším věku (na tu dobu) – ve 39 letech. Manžel je o 8 let mladší. Nyní je v důchodu a po prodělání CMP je informantka méně mobilní a chodí pouze s podporou nebo chodítkem. Veškeré domácí práce tedy obstarává manžel, nebo za nimi dojíždí manželova starší sestra. Absolvovala léčbu ve Středočeském kraji před 30 lety a od té doby abstínuje. Na léčbu nastoupila na doporučení primáře z fakultní nemocnice v Pardubickém kraji, kam ji odvezli záchrankou ve stavu akutní opilosti. Po vystřízlivění ji primář doporučil absolvovat léčbu v protialkoholní léčebně a během týdne nastoupila do léčebny v Kosmonosech. Před léčbou i po léčbě pracovala v pohostinství jako pomocná síla v kuchyni nebo servírka. Stručná charakteristika informanta je v tabulce 9.

Charakteristika informanta 2	
Věk	73 let
Pohlaví	Žena
Abstinence	Ano
Doba abstinence	30 let
Důsledky závislosti na zdraví	Žádné
Důvod pití	Sebevědomí, práce
Rodinná anamnéza – závislost	Ne

Tab. 9: Charakteristika informanta 2

Osobní anamnéza

Poprvé informantka začala pít po dostudování odborného učiliště, když nastoupila do svojí první práce – servírka v pohostinství. Zde pili pravidelně všichni zaměstnanci, vždy před začátkem směny si dávali panáka domácí pálenky na „lepší start dne“. Pilo se

také v průběhu a na konci směny. Informantka však své pití držela pod kontrolou a nepila tak často, jako její kolegové. Z důvodu velké konzumace alkoholu na pracovišti změnila pracovní místo, v nové práci se pilo již méně. Zde se seznámila se svým přítelem, který byl „štamgast“ a do pohostinství chodil denně. Informantka chodila s ním, pokud nebyla v práci, tak byla v hospodě a pila.

Když zjistila, že je těhotná, své pití omezila na minimum – pila maximálně jedno nebo dvě malá piva týdně. Během kojení nepila vůbec. Jakmile přestala syna kojít, začala opět pít, ale stále v přijatelné míře. Po návratu do práce se také snažila užívat alkohol méně než její kolegové. Od tohoto období až po odloučení s přítelem pila v menší míře a vystřídala tři zaměstnání, pokaždé v pohostinství. Jakmile ji opustil přítel, začala pít více (snažila se zahnat smutek a prázdnotu, alkohol jí také dodával sebevědomí a energii během pracovní doby), nejčastěji pivo, občas i tvrdý alkohol (vodka nebo rum). Doma se snažila pít tajně, aby o ní neměli její rodiče a bratři starost. Pomalu přestávala mít alkohol pod kontrolou, ale poté, co se seznámila se svým budoucím manželem, pití omezila – neměla již potřebu tolik pít. Sestry jejího manžela ji neměly rády a nepřály jejich vztahu (z důvodu její alkoholové minulosti), což informantka nesla těžce a začínala opět více pít. Schovávala si láhve od piva, vodky a rumu po domě, tajně pila a každé ráno si musela dát panáka nebo malé pivo, aby byla schopná fungovat během dne. V práci pila průběžně po celou dobu směny.

Její pití se velmi vyhroutilo těsně před její svatbou, kdy v důsledku alkoholu nebylo vůbec jisté, zda svatba proběhne. V průběhu předsvatebních příprav se informantka opila do té míry, že o sobě nevěděla. Druhý den si s manželem promluvila a slíbila jemu i jeho rodině, že svůj problém s alkoholem začne řešit a svatba proběhla bez dalších komplikací. Dva roky po svatbě se informantka hlídala a alkohol tolik nepila, podporoval ji její manžel i syn. Poté se ale syn odstěhoval do Prahy, což pro ni bylo velmi psychicky náročné a začala opět více pít. Ranní doušky tvrdého alkoholu, v průběhu pracovní doby pivo a večer dalších 5-6 piv denně. Situace v rodině byla velmi napjatá a manžel zvažoval rozvod. Během plesu, který navštívila společně s manželem, se informantka opila do takové míry, že musela být hospitalizována. *„Bylo to děsné, poslední, co si pamatuji je, že tancuji na zábavě. Pak jsem se probudila v nemocnici a vůbec nechápala, co se děje.“* (Z rozhovoru s informantkou). Podle známých se opila a upadla na toaletě na zem, kde se s největší pravděpodobností udeřila o radiátor do hlavy. Lékaři ji diagnostikovali otřes mozku a mírně zvětšená játra. Primář nemocnice informantce doporučil pobyt

v protialkoholní léčebně, souhlasila a během dvou týdnů ji primář domluvil nástup do léčebny v Kosmonosech. V průběhu těchto týdnů již nepila, v nemocnici zůstala 3 dny na detox, skončila v práci a domluvila si odvoz do léčebny od bratra. Do léčby nastupovala v roce 1988.

Rodinná anamnéza

Informantka vyrůstala v období po druhé světové válce. Měla harmonickou rodinu, oba rodiče pracovali ve státních podnicích. Vyrůstala společně se dvěma staršími bratry v Pardubickém kraji. Ani jeden z rodičů netrpěl závislostním onemocněním. Oba rodiče zemřeli přirozenou smrtí, jeden z bratrů zemřel v průběhu ledna 2019 po rakovinovém onemocnění, druhý bratr žije s rodinou na Vysočině a s informantkou se moc často nevidají.

Sociální anamnéza

Informantka vyrůstala v harmonické rodině spolu se dvěma bratry, dětství měla idylické, léto trávila často u babičky na Vysočině. Po základní škole nastoupila na odborné učiliště a vyučila se v oboru kuchař/číšník. Po vystudování školy začala ihned pracovat. Vždy pracovala v pohostinství – většinou se jednalo o hospody nebo restaurace. První zaměstnání bylo pohostinství nedaleko jejího domu, kde bydlela s rodiči. Zde pracovala jako servírka. Poté vystřídala několik různých restaurací až zůstala do pobytu v léčebně v jednom městě blízko jejího bydliště. Z tohoto zaměstnání odešla na vlastní žádost těsně před nástupem na léčbu, zaměstnavatel ji v jejím postupu podporoval a respektoval její rozhodnutí. Zpátky do stejného zaměstnání již nenastoupila a po propuštění z léčby si našla práci blíž domu, aby se mohla lépe starat o domácnost a manžela. Práce ji bavila, vždy měla dobrý kolektiv a s kolegy si rozuměla, přestože se v práci alkohol stále pil, informantka měla pevnou vůli a alkoholu se nenapila.

S prvním přítelem se seznámila ve svých 20 letech během práce, chodil do restaurace jako pravidelný zákazník. Vždy byl na ní velmi milý, nosil jí květiny a jiné drobné dárky do práce. Pracoval jako provozní jednoho podniku ve stejném městě jako informantka. Rozuměli si spolu, ale na svatbu nikdy nedošlo. Po třech společných letech otěhotněla a narodil se jim syn. Ani narození syna však nebyl impulz ke svatbě, v té době

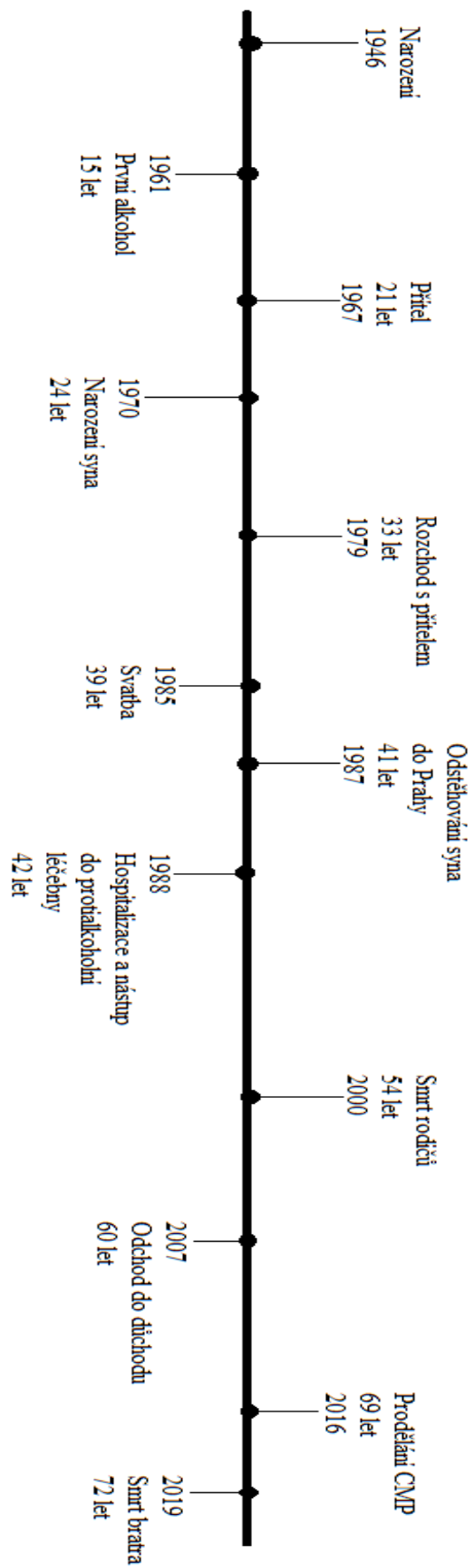
(rok 1970) to bylo něco neobvyklého, a tím pádem byli nuceni snášet předsudky okolí. Po dvanácti letech se rozešli z důvodu častých hádek a neshod, po odloučení se o syna starala pouze informantka (synovi bylo 9 let).

Po čtyřech letech od rozchodu si informantka našla nového přítele, který byl o osm let mladší než ona. Tento přítel vyrůstal jako nejmladší ze čtyř dětí a také byl jediný syn, byl tedy zvyklý, že se o něj všichni starají a nemusí nic dělat. To se také odrazilo v jejich vztahu, informantka musela všechny domácí práce obstarávat sama, přesto byl vztah harmonický, po čtyřech letech se vzali a odstěhovali se do společného domu se zahradou na okraji města, ve kterém oba vyrůstali. Informantka se musela starat o zahradu a zvířata, která měli – psa, prasata, králíky a slepice. Také pracovala v pohostinství a chodila domů pozdě večer. Její manžel doma nezastal žádnou práci, veškeré domácí práce musela zastávat sama. Informantka vždy ráno velmi brzy vstávala, aby nakrmila zvířata a poté odcházela do práce, kde byla celý den na nohou a v noci se vracela domů unavená. V této době ji začal pomáhat alkohol, dodával ji sílu a energii fungovat. Syn, kterého měla v péči se ve svých osmnácti letech odstěhoval do Prahy za studiem, informantka jeho distancování těžce nesla a opět zvýšila dávky alkoholu. Během plesu, který se konal blízko jejich bydliště, se opila do bezvědomí a musela být hospitalizována. Ráno se probudila v nemocnici, kde jí primář navrhl, aby podstoupila léčbu v protialkoholní léčebně, informantka souhlasila a do 14 dní nastoupila.

Po návratu z léčebny si našla nové zaměstnání, pracovala stále v pohostinství, ale blíž domu. V práci věděli o její alkoholové minulosti, respektovali to a nenabízeli jí alkohol. Doma se opět starala o veškeré věci sama, ale snažila se vše zvládat bez alkoholu. Velkou motivací ji bylo odsuzování od manželovy sestry, která říkala, že nevydrží abstinovat. Jednou se omylem v práci napila coly s rumem, ale kolegové ji okamžitě dali napít hodně vody, aby zabránili cravingu. *„Bylo to hrozné, ta chuť alkoholu na jazyku ve mně okamžitě vyvolala vzpomínky a chtěla jsem se napít znova, naštěstí jsem měla velkou podporu kolem sebe a kolegové v práci mi nedovolili pít. Potom, co do mě nalili vodu, to bylo mnohem lepší. Ted' už si dávám větší pozor, nepiju ani Birella a vyhýbám se i sladkostem, které obsahují alkohol.“* (Z rozhovoru s informantkou).

Nejtěžší období pro informantku bylo, když ji zemřeli během jednoho roku oba rodiče. Matka zemřela na infarkt a otec po těžké nemoci. Podporou jí byli kolegové z práce a manžel s jeho rodinou. Toto těžké období zvládla bez alkoholu.

Celý svůj život pracovala v pohostinství, po návratu z léčebny až do odchodu do důchodu pracovala ve stejné restauraci. V jejích starších letech už pouze jako výpomoc do kuchyně. I během důchodu občas chodila vypomáhat do kuchyně, ale v roce 2016 prodělala slabou cévní mozkovou příhodu (CMP), od té doby se nemůže pořádně hýbat a chodí pouze s chodítkem nebo s pomocí ostatních. I přes tuto imobilitu se snaží vařit a pečovat o domácnost, protože toho její manžel není schopen. Často jim chodí pomáhat manželova starší sestra – obvykle s pověšením prádla nebo umytím informantky před návštěvou doktorů. Na začátku roku 2019 ji zemřel starší bratr po dlouhém boji s rakovinou. Celý život informantky je shrnut v časové ose na obr. 4.



Obr. 4: Časová osa – Informant 2

Průběh léčby

Stručný popis pobytu v léčebně je zaznamenán v tabulce 10. Léčba ve smíšené léčebně v Kosmonosech probíhala, jako ve většině ostatních léčeben, na bodovém systému. Pacienti sbírali body, aby mohli postoupit do další úrovně, za porušení řádu dostávali černé body. Každý týden se body vždy anulovaly v neděli večer, od pondělí pacienti sbírali body nové. Pokud pacient dostal více jak tři černé body, byly mu zakázány vycházky po areálu nemocnice nebo i víkendový pobyt doma. Pobyt v léčebně je střednědobý a trvá nejméně 3 měsíce. Je rozdělen na tři moduly. **První modul** trval 14 dní, kdy se pacienti nemohli zúčastnit hromadných terapií ani sezení, ale měli individuální psychoterapie a sezení s psychologem. Během těchto dvou týdnů neměli pacienti umožněné vycházky. Při pokročení do **druhého modulu** – pomocí splnění bodů, se pacienti začali zúčastňovat terapií – arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie a pracovní terapie (práce na zahradě, v keramické dílně nebo šití). Informantku nejvíce bavilo šití a práce na zahradě, protože jí to připomínalo domov. Ve druhém modulu měli také všichni pacienti rozdělené týdenní služby, které museli plnit – služba v kuchyni, na rozdávání léků, sportovní služba na vedení rozcvičky, kulturní služba a služba na nástěnku. Dále každý pacient měl svůj rajón, který byl povinen denně uklízet (při nesplnění úklidu byl udělen černý bod). Druhý modul trval přibližně 1,5 – 2 měsíce. Poslední, **třetí modul**, byl zaměřený na nácvik návratu do společnosti a do práce a současně pacienti pomáhali nováčkům v zaběhnutí do režimu.

Informantka si již bohužel nepamatuje přesný časový režim chodu léčebny. Ale vždy brzy ráno byl budíček, poté následovala rozcvička, která byla venku. Po rozcvičce byl úklid, osobní hygiena a nástup na snídani, kterou vydávala služba v kuchyni. Po snídani následovaly terapie nebo sportovní náplň. Oběd, polední pauza a poté další terapie, kulturní vyžití nebo vycházky. Večer bylo volno, pacienti si většinou četli knihy nebo psali dopisy nebo deníky. Každý pacient měl povinnost denně si psát deník svých pocitů a dojmů z léčby, tyto zápisy jim pak kontroloval a případně doplňoval otázkami psycholog.

V době pobytu informantky v nemocnici byl Antabus stále relativně novým lékem a byl teprve zkoušen. Pacienti při příchodu na léčbu dostali Antabus a napili se alkoholem. Doktoři poté zkoumali účinky léku na tělo a zdraví jedinců. Informantka snášela Antabus s alkoholem velmi špatně, motala se jí hlava, měla křeče do žaludku a několikrát zvracela.

V průběhu léčby byl lék podáván pravidelně každé dva-tři dny, pít na něj už pacienti doktoři nenutili, pouze při prvním zápisu na léčbu.

Celkově informantka shledává léčbu jako velmi účinnou, přístup personálu byl profesionální a bez jejich pomoci by se ze závislosti na alkoholu nikdy nedostala. V léčbě byl program společně pro oboje pohlaví, tedy léčili se v ní jak muži, tak ženy, na terapie chodili společně, pouze pokoje měli oddělené a jednou týdně měli zvlášť psychoterapii. Po propuštění z léčby zůstala s pár kolegy v kontaktu, ale nyní už o nikom neví.

Pobyt v léčebně informant 2	
Počet pobytů v léčebně	1
Léčebna	Kosmonosy
Nástup do léčebny	Na doporučení primáře – dobrovolný
Dokončená léčba	Ano
Doba pobytu v léčebně	3 měsíce

Tab. 10: Pobyt v léčebně – informant 2

Prognóza do budoucna

Vzhledem k vyššímu věku a zdravotnímu stavu informantky je složité odhadovat prognózu do budoucna. Má problémy s nohami a páteří. Co se týká alkoholu, je rozhodnutá už se v životě nenapít, vydržela 30 let abstinovat a věřím, že vydrží už napořád. Přestože její manžel pije pravidelně, nemá chuť ani potřebu se napít. Od začátku abstinence byla odhodlaná vydržet a vůle jí nepolevila ani do dnešních dní.

Nynější stav

V době rozhovoru byla informantka již v důchodu, žije v malém domě se zahradou, o kterou se stará její manžel. Nyní informantka již 30 let abstinuje, nepije ani nealkoholické pivo. Shrnutí nynějšího stavu nalezneme v tabulce 11. Občas dostane chuť na alkohol, ale vždy se ovládne a napije se čisté vody, která jí zažene chuť. Vzhledem

k prodělané CMP je v horším zdravotním stavu, trpí na vysoké bolesti zad, nohou a rukou. Musí brát prášky na spaní, aby byla schopná přes bolesti usnout. Pravidelně navštěvuje fyzioterapie, rehabilitace a doktory. Doktoři však netuší, co způsobuje její bolesti, pouze ji posílají na různá vyšetření.

Propuštění z léčebny a nynější stav – informant 2	
Práce	Důchod
Bydlení	Vlastní dům
Terapie	Ne
Antabus	Nyní už ne (užívala 5 let po léčbě)
Opakovací léčba	Ano, na pozvání z léčebny

Tab. 11: Nynější stav – Informant 2

Závěr kazuistiky – informant 2

Informantka je velmi odhodlaná dodržet abstinenci až do konce života, má pevnou vůli, a když si něco dá za cíl, tak to obvykle splní. Musela si sáhnout na svoje dno, aby si uvědomila, že musí něco změnit ve svém životě. Poslední kapkou pro ni byla hospitalizace s otravou alkoholem. Zvládla v sobě najít sílu a odhodlání zúčastnit se léčby. I přes to, že práce v pohostinství je velmi riziková pro závislost na alkoholu, vrátila se do stejného odvětví. Byla tedy v prostředí, které je pro zaléčené alkoholiky velice rizikové, svůj craving zvládla bez problémů a celých 30 let se drží abstinence. Rodina ji ve všem podporovala. Vliv léčebny považuje za velmi efektivní a kdyby mohla vrátit čas, pro léčbu by se rozhodla ještě před svatbou.

Případová studie informant 3

Charakteristika informantka

Muž ve věku 53 let, který žil v Pardubickém kraji. Na následky závislosti na alkoholu zemřel v lednu 2019 (rozsáhlá cirhóza jater, během epileptického záchvatu v nočních hodinách v místě bydliště zemřel). V posledních měsících svého života žil u své matky v bytě 3+1. Stručná charakteristika informantka je shrnuta v tabulce 12. Měl

syna z prvního manželství, kterého během svého života téměř nevidal. Byl dvakrát ženatý a dvakrát rozvedený. Byl vyučený kuchař/číšník, pracoval celý život v pohostinství na pozici kuchař nebo šéf kuchař. Pár měsíců před smrtí mu byl přiznán plný invalidní důchod z důvodu dny, v konečném stádiu nemohl ani chodit. Během svého života podstoupil několik léčeb, ani jednu ale nedokončil a vždy podepsal revers na předčasné propuštění z léčby. Do léčeb volala a objednávala ho jeho mladší sestra, která ho přesvědčovala o podstoupení léčby a podporovala ho během pobytů v léčebnách. I přes její snahu však nezvládl abstinovat déle jak tři týdny po propuštění z léčby.

Charakteristika informanta 3	
Věk	53 let
Pohlaví	Muž
Abstinence	Ne*
Doba abstinence	/
Důsledky závislosti na zdraví	Alkoholová epilepsie, dna a zvětšená játra, smrt
Důvod pití	Sebevědomí, práce
Rodinná anamnéza – závislost	Ano – otec závislý na alkoholu, v konečném důsledku smrt

Tab. 12: Charakteristika – Informant 3

* Z důvodu nedodržování abstinence a zdravotních komplikací způsobených alkoholem, informant zemřel ve věku 53 let v lednu 2019.

Osobní anamnéza

Poprvé ochutnal alkohol již na základní škole se svými spolužáky, když mu bylo 15 let. V 18 letech nastoupil na dva roky povinné vojenské služby. Po návratu z vojny mu na následky alkoholové závislosti zemřel otec, se kterým měl velmi blízký vztah a jeho smrt pro něj byla těžkým obdobím, bolest ze ztráty tišil alkoholem. Nikdy však nepil doma, vždy v restauraci s přáteli.

Během prvního manželství chodil na pivo ven pouze výjimečně, protože mu jeho manželka dávala malé „kapesné“ z jeho výplaty, tak neměl dostatek finančních

prostředků na odreagování se s přáteli. V té době začal šetřit kapesné a kupoval jsi ten nejlevnější alkohol, který si pak schovával doma, nebo pil venku. Dle výpovědi informanta pil hlavně z důvodu zvýšení sebevědomí a pocitu sebedůvěry, když byl opilý, byl aktivnější a lépe snášel manželčiny výkyvy nálad. Po dvou letech manželka otěhotněla a vyhodila informanta z domu, ten začal pracovat v Německu.

Práce v Německu byla náročná na psychickou, fyzickou i zdravotní stránku informanta – pracoval v pohostinství, kde velmi často a hodně pilo. Nebylo výjimkou vypít 0,5 litr vodky nebo rumu. Do Německa jezdil vždy na tři měsíce a poté byl měsíc doma, přivážel hodně peněz, za které nakoupil rodině dárky a sobě alkohol. Začal chodit pravidelně do restauračního zařízení s kamarády. Po roce se nastěhoval zpátky k manželce, která mu dávala pouze kapesné z jeho výplaty, takže nemohl chodit ven s přáteli tak často. Nakonec ho vyhodila z domu a požádala o rozvod.

Další problémy s alkoholem byli po svatbě s druhou manželkou po dvou letech (1996), postupně začínal pít víc, až nedokázal fungovat bez alkoholu, v tomto bodě se s informantem rozvedla i druhá manželka a on šel bydlet zpátky k matce (2006). Po rozvodu začal pít ještě víc než před tím, schovával si lahve po domě, v pokoji za postelí nebo ve skříni mezi oblečením. Chodil do práce, ale v žádné nevydržel příliš dlouho v důsledku jeho pití. Před každou směnou vždy musel vypít 0,5 litru vína, aby se mu netřásl ruce a byl schopen pracovat. Začal se mu zhoršovat zdravotní stav, jeho játra nezvládala množství alkoholu a postupně začala tvrdnout, dále se mu objevila epilepsie (doktoři ji přisuzovali alkoholu), po obličejí a rukách měl krvavé boláky a trpěl dnou (částičky kyseliny močové se zabodávaly do jeho kostí), postupem času nemohl skoro chodit, protože ho velmi bolely nohy. Doktoři mu dávali jedinou možnost zlepšení – trvalá a důsledná abstinence. Během jednoho roku se informantův stav zhoršil natolik, že nedokázal ráno vstát, aniž by vypil litr vína, přes den pravidelně popíjel tvrdý alkohol nebo pivo. Bydlel stále u matky, která už byla zoufalá a za pomoci a podpory své dcery informant souhlasil s nastoupením do první léčebny (2007), do Želivu. Tak začalo období střídání pobytů v léčebně a doma, kdy nevydržel střízlivět déle jak měsíc. Vystřídal celkem tři různé léčebny – Želiv, Havlíčkův Brod a Jihlavu, v každé z léčeben však nevydržel do dokončení léčby a vždy podepsal revers na předčasné propuštění na vlastní žádost domů. Svůj boj se závislostí prohrál v lednu 2019, kdy na následky alkoholismu zemřel ve věku 53 let.

Rodinná anamnéza

Otec byl alkoholově závislý a na důsledek alkoholismu zemřel, když bylo informantovi 21 let. Otec si všude po bytě schovával láhve od alkoholu a chodil tajně pít, z výpovědi informanta i sestry byly u otce časté zrakové halucinace – bílé myši. Matka netrpí žádnou chorobou. Vyrůstal s rodiči a dvěma sourozenci (mladší bratr a sestra) v bytě 3+1, v létě jezdili za rodinou na Moravu. Se svými sourozenci měl hezký vztah, sestra o informanta na konci hodně pečovala a starala se o něj, snažila se ho přimět k podstoupení léčby a vydržení abstinence. Nyní je i druhý bratr závislý na alkoholu, ale odmítá podstoupit léčbu.

Sociální anamnéza

Po vystudování základní školy se dostal na střední odborné učiliště, na výuční obor kuchař/číšník. Dětství měl harmonické, vyrůstal s rodiči a dvěma mladšími sourozenci. S rodiči jezdili na dovolené v karavanu po České republice, do zahraničí v té době nemohli vycestovat. Často trávili léto u babičky na Jižní Moravě, která byla velmi přísná, ale život na vesnici byl pro informanta ideální po roce tráveném ve větším městě. Ve vesnici měl spoustu kamarádů, se kterými trávil všechnen volný čas venku.

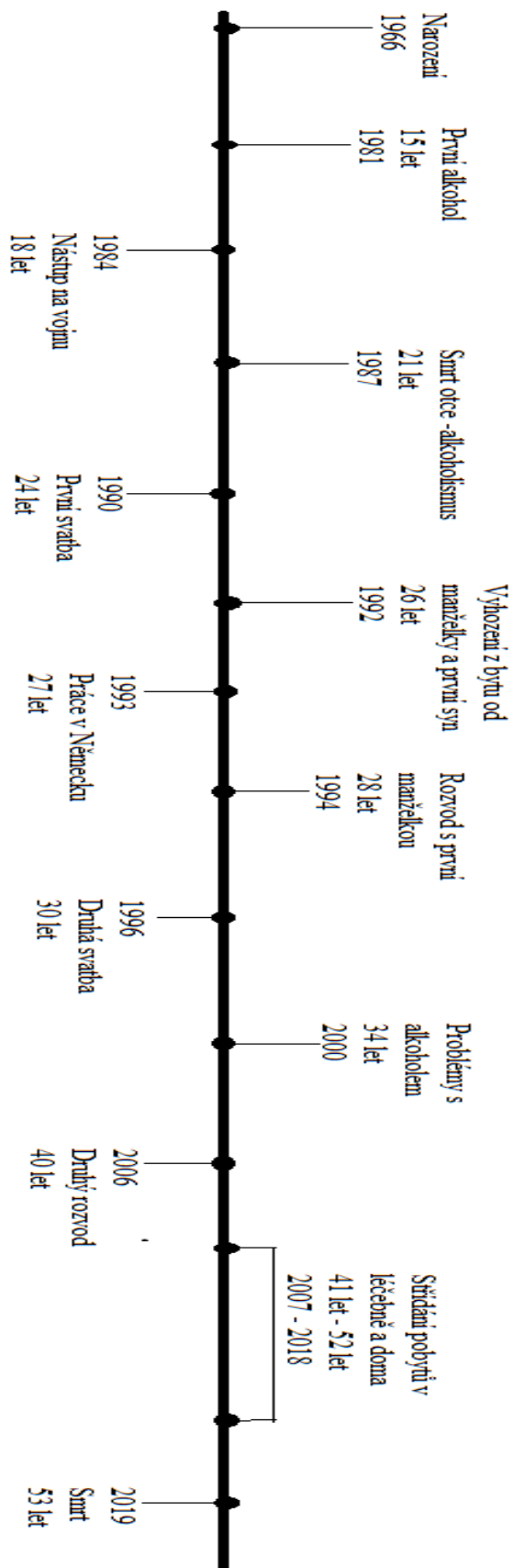
V 18 letech narukoval na vojnu, kde odsloužil povinné dva roky. Na vojně pracoval také jako pomocný kuchař, naučil se zde disciplínu, kterou si bohužel neodnesl do budoucího života. Po návratu z vojny si našel práci v restauraci v rodném městě. Byl velmi šikovný a zaměstnavatelé si ho chválili. Rok na to mu zemřel otec na následky závislosti na alkoholu, bylo to těžké období pro celou rodinu. Matka zůstala sama se třemi dětmi (nezletilé byly dvě). Informant pomáhal matce s finančním zvládnutím užití rodiny.

Často chodil na zábavy s kamarády z práce a ze školy, na jedné zábavě se seznámil se svojí budoucí manželkou paní M a po čase se za ní přestěhoval do několik kilometrů vzdáleného města. Po roce známosti se v roce 1990 vzali, ale nebylo to šťastné manželství. Informant musel odevzdávat veškeré své peníze manželce a sám dostával pouze kapesné, které bylo velmi malé. Během dalšího roku paní M otěhotněla a zároveň vyhodila informanta z domu, protože už nevydělával dostatečné množství peněz. Vrátil se tedy zpátky do rodného města a našel si práci v Německu, ze kterého vozil mnoho peněz a dárky pro rodinu. Po čase se informantovi ozvala jeho žena, že by ho chtěla

zpátky, že syn potřebuje otce. Jeho sestra i kamarádi mu to vymlouvali, ale on stále věřil, že jejich vztah je založený na lásce. Nastěhoval se zpátky k manželce a tím pádem přestal pracovat v Německu, měl málo peněz a paní M ho opět vyhodila, to už vedlo k jejich rozvodu v roce 1994. Od té doby syna vůbec neviděl, pouze na něj doplácel alimenty.

Odstěhoval se tedy zpátky do rodného města, našel si vlastní byt a začal pracovat v restauraci jako kuchař, později se vypracoval až na pozici šéfkuchaře. Se svojí druhou manželkou, paní L, se seznámil na akci, kde vařil. Po krátké době se k sobě přestěhovali, do společného bytu, který byl zařízený výhradně podle vkusu paní L – růžové polštářky, keramické a porcelánové figurky, precizně sladěné vše do detailu. Po necelém roce společného soužití se vzali a pořídili si psa. Informant neměl ve vztahu žádnou volnost, paní L ho neustále hlídala a kontrolovala, nemohl nikam chodit ani se déle zdržet v práci. To byl také důvod, proč začal opět pít – alkoholem si tak dodával sebevědomí, které mu manželka shazovala. Začal pít víc a i častěji. Láhve si schovával doma nebo v práci. Ráno nedokázal fungovat bez ranního doušku vodky, nebo celé láhve vína. Nevydržel bez alkoholu ani tři hodiny. „*Poprvé jsem si uvědomila, že je závislý, když jsme jeli na Moravu babičce na pohřeb. Nevydržel v autě ani dvě hodiny a už jsme zastavovali na benzínce, aby si koupil pivo.*“ (Z rozhovoru se sestrou) Během tohoto období se s ním také rozvedla jeho manželka, která přestala snášet jeho závislost na alkoholu, a tak se vrátil bydlet ke své matce, která ho doma přijala a upravila starý dětský pokoj.

Po rozvodu se začal jeho stav zhoršovat, v práci musel vždy vypít láhev vína, aby se mu neklepaly ruce a byl schopen fungovat. Po bytě měl všude schované láhve od tvrdého alkoholu, půjčoval si peníze od matky. Postupem času začal jeho stav být neúnosný, přestával zvládat dodržování osobní hygieny, pomočoval se a na obličeji se mu stále zhoršovaly krvavé boláky. Informantova sestra se snažila ho přimět k souhlasu k léčbě. Nakonec uznal, že je potřeba se jít léčit a s pomocí matky a sestry se nahlásil na svůj první z mnoha pobytů v léčebně v Želivu (rok 2007). Celý život informanta je shrnut na obrázku č. 5.



Obr. 5: Časová osa – informant 3

Pobyty v léčebnách

Informant vystřídal dohromady tři léčebny, ani jednu z léceb však nedokončil. Největší problém měl s dodržováním přísného časového režimu (viz. Tab. 6), kdy se netoleroval žádný pozdní příchod. Všechny léčebny, ve kterých informant podstupoval léčbu, byly vedeny na bodovém systému (blíže specifikováno viz. podkapitola Pobyty v léčebnách informant 1). Do léceben vždy volala informantova sestra a zjišťovala informace ohledně přijetí do léčby, pomáhala mu sepsat životopisy i motivační dopisy, které byly nezbytné pro nastoupení na léčení. Během všech pobytů ho jezdily navštěvovat jeho matka a mladší sestra. Z každé léčebny psal dopisy matce a sestře, některé jsme měli k dispozici a jsou k nahlédnutí v příloze. Pobyty v léčebnách jsou shrnuty v tabulce č. 13. V každé léčebně mu byl nasazen Antabus, který mu byl doporučován brát i po propuštění, informant ho ale „přepil“ a poté ho přestal brát úplně.

Želiv

Léčebna v Želivu nepatřila pod nemocnici, ale byla v místě kláštera (nyní je léčebna nefunkční, klášter byl vrácen v restituci zpět církvi). Léčebný program byl rozdělený pro muže a ženy, každý byl na jiném místě, bylo zakázáno se stýkat a udržovat jakýkoliv kontakt. Pan primář byl jeden z prvních, kdo zavedl bodový systém do léceben a tím pádem byl tento systém velmi přísný. Pacienti měli povolenou pouze jednu „cigaretou pauzu“ denně, a ještě pod podmínkou splnění určitého počtu bodů.

Při nástupu na léčbu nadýchal stopové množství promile alkoholu a musel tedy podstoupit detox, který trval 14 dní. Bylo to velmi náročné, v nejhroších situacích byli doktoři nuceni připoutat pacienta pásy k lůžku, neboť měl křeče do horních i dolních končetin. Byl ve stavu těžkého deliria tremens, měl sluchové i zrakové halucinace (pozn. autorky: *Toto období si příliš nepamatuje, má útržkové vzpomínky. Informace od sestry a matky, které se o stavu informanta pravidelně informovaly u doktorů v léčebně*). Po absolvování detoxu nastoupil na léčbu, prvních 14 dní byl ve zkušební době, kdy se nemohl zúčastnit žádných skupinových terapií, neměl povolené vycházky a pravidelně docházel na individuální sezení s psychologičkou a na přednášky o zdravotědě a závislosti. Každý den měl povinnost psát si deník se svými pocity a zážitky v průběhu dne.

Po skončení zkušební doby dvou týdnů a složení zkoušky ze zdravotědy, se již mohl zúčastnit terapií společně s ostatními pacienty. Mezi informantovi nejoblíbenější terapie patřily pracovní terapie a psychoterapie. Ke klášteru patřila velká zahrada, kde se

pacienti měli možnost starat o zahrádku – pěstovali zeleninu, kterou pak používali při vaření. Během pravidelných lékařských prohlídek, z důvodu jeho problémy s játry a epilepsie, mu doktoři sdělili, že se játra stabilizovala a pokud dodrží přísnou abstinenci, budou zase v normálním stavu (než začal být závislý na alkoholu), také jeho bolesti nohou se zlepšily. V léčbě měli pacienti za úkol vymyslet divadelní hru, napsat k ní scénář a poté ji zahrát před dalšími pacienty. Za celou dobu léčby informant napsal dvě divadelní hry (viz. Příloha 13-15). Divadelní hry sepisovali vždy ve trojicích, kdy každý z nich musel mít nějakou roli. Témata her byla většinou zaměřena na alkohol, závislost nebo únik z bludného kruhu/bludiště závislosti.

V Želivu vydržel informant 6 měsíců, vzhledem k častému porušování přesného řádu mu činilo problém nasbírat dostatečný počet bodů na ukončení léčby. Po půl roce podepsal revers na předčasné propuštění z léčby domů. Do léčebny pro něj jela jeho sestra s matkou, už po cestě zpátky však chtěl zastavit na benzinové pumpě a koupit si nealkoholické pivo, což mu sestra zakázala. Doma vydržel abstinovat měsíc, poté opět začal pít a jeho zdravotní stav, který se stabilizoval při pobytu v Želivu, se začal zhoršovat.

Havlíčkův Brod

Na druhý pobyt nastoupil již do léčebny v Havlíčkově Brodě (v roce 2010), která je v areálu psychiatrické nemocnice, opět na naléhání sestry a matky. Před nástupem byl informantův stav velmi špatný, dle lékařských zpráv měl játra ve stavu na pokraji cirhózy, krevní testy vykazovaly málo bílých krvinek a stále trpěl dnou, která mu znemožňovala pořádně chodit a trpěl velkými bolestmi. I přes svůj zdravotní stav stále nedokázal dodržet abstinenci. Léčebna v Havlíčkově Brodě fungovala na stejném bodovém (viz. Tab. 5) a časovém režimu (viz. Tab. 6), jako všechny již zmíněné léčebny, také měli pacienti povinnost si psát osobní deníky (k nahlédnutí v příloze – Příloha 10-12), které jim kontrolovala psycholožka každý den.

Při nástupu na léčbu nyní nenadýchal promile a byl přijat rovnou do léčení. V Havlíčkově Brodě již nebyli rozdělení podle pohlaví, ale všechny terapie a sezení probíhaly společně. I tato léčebna měla první dva týdny zkušební režim, kdy se pacienti nemohli zúčastnit všech terapií nebo dalších aktivit. Chodili pouze na individuální sezení s psychologem a sociální pracovnící, která jim pomáhala uspořádat si život, sepsat životopis a najít smysl a motivaci k abstinenci. Během těchto dvou týdnů měl informant

povinnost zúčastnit se přednášek pana primáře o zdravotě, péči o tělo a závislosti. Na rozdíl od léčebně v Želivu se ze zdravotě neskládala žádná zkouška a pacient přešel ze zkušebního režimu automaticky po skončení 14 dní a přečtení životopisu a motivačního dopisu, ve kterém bylo obsaženo, čeho by chtěl v životě dosáhnout.

Po přestoupení ze zkušebního režimu se mohl informant zúčastnit všech různých terapií, které v léčebně byly (psychoterapie, pracovní terapie, arteterapie a muzikoterapie). Dále měli pacienti možnost za hezkého počasí pomáhat na zahradě nebo se starat o zvířata v nedaleké farmě. Během léčby byl kladen velký důraz na skupinovou psychoterapii a sdílení svých pocitů a obav s ostatními, to se informantovi moc nelíbilo a nešlo mu sdílet své niterní obavy a city. Také měl problémy s dodržováním časového režimu, často chodil pozdě a sbíral tak záporné body. Po pěti měsících pobytu mu doktoři sdělili, že byl přesunut do léčebny v Jihlavě (z neznámých důvodů), kam se musel z Havlíčkova Brodu dopravit sám.

Jihlava

V léčebně v Jihlavě byl informant třikrát, poprvé nastoupil přímo z léčebny v Havlíčkově Brodu (2010/2011), podruhé a potřetí opět na nátlak lékařů, sestry a matky. První pobyt trval šest měsíců, poté opět podepsal revers na předčasné propuštění a nedokončení léčby. Jihlavská léčebna také spadá pod psychiatrickou nemocnici, funguje na bodovém systému (viz. Tab. 2) a striktním časovém režimu (viz. Tab. 3). Léčba byla rozdělena na dvě části, první byla opět zkušební doba (dva – tři týdny), bez vycházek, terapií nebo nároku na cigaretovou pauzu. Během prvního pobytu však informant pokročil rovnou do druhé části, protože byl přesunut z jiné léčebny, od začátku se tedy mohl zúčastnit terapií – psychoterapie, muzikoterapie, arteterapie, sportovní terapie a pracovní terapie. Každý z pacientů měl také rozdělené služby, které měl povinnost plnit každý den, tyto služby se střídaly po týdnu. Mezi některé služby patřila kuchyňka (mytí nádobí, úklid, příprava jídla z hromadné kuchyně), vydávání léků (pomoc sestram při vydávání léků), rozcvička (plánování rozcvičky a předcvičování) a další. K těmto službám měl každý pacient i své rajóny, které musel denně uklízet, tyto rajóny se střídaly po dvou týdnech. Informantovi opět činil velké problémy denní režim a chození včas, znova sbíral množství černých (záporných) bodů. Bavily ho různé terapie, nejvíce arteterapie a muzikoterapie, kdy si mohl odpočinout a přemýšlet nad svým životem. Měl také rád službu v kuchyni, protože mu připomínala život mimo léčebnu.

Kvůli značnému množství černých bodů nemohl informant dokončit léčbu po obvyklé době (tři měsíce), nedokázal nasbírat adekvátní množství kladných bodů, aby mohl být propuštěn, byl zoufalý a za svůj stav začal vinit léčebnu. Po půl roce pobytu podepsal revers a odjel domů zpátky k matce.

Doma vydržel abstinovat pouze dva týdny, poté opět začal pít a jeho zdravotní stav se zhoršoval. Střídaly se období, kdy pil méně a pouze pivo a období, kdy pil hodně a převážně tvrdý alkohol (levnou vodku nebo rum), znova si schovával láhve po bytě, v žádné práci nevydržel déle jak půl roku, každé ráno musel vypít pár skleniček vína, aby byl schopný pracovat a netřásl se mu ruce. Po dvou letech a prodělání několika epileptických záchvatů opět souhlasil s pobytem v léčebně. Želiv už byl zrušený a v Havlíčkově Brodu ho nepřijali, proto za pomoci sestry a matky požádal o léčbu znovu v Jihlavě. Tentokrát nastupoval s promile v krvi a musel tedy podstoupit dvoutýdenní detox (rok 2014). Léčba probíhala stejně, jako předchozí, informant nedokázal dodržovat přísný režim léčebny, chodil pozdě a sbíral tak záporné body. Opět po třech měsících podepsal revers a vrátil se domů. Nyní byl jeho zdravotní stav velmi špatný, lékaři potvrdili cirhózu jater, nedostatek bílých krvinek a v důsledku závislosti měl častější epileptické záchvaty. Jeho jediná naděje byla trvalá a důsledná abstinence, kterou ovšem nedokázal dodržet. Po návratu z druhé léčby vydržel abstinovat měsíc, poté opět začal pít. Poslední pobyt v Jihlavě nastoupil na podzim roku 2017, kde vydržel pouhé dva měsíce.

Pobyty v léčebnách informant 3	
Počet pobytů v léčebně	5
Léčebna	Želiv, Jihlava, Havlíčkův Brod
Nástup do léčebny	Na donucení a přesvědčování sestry a matky
Dokončená léčba	Ne
Doba pobytu v léčebně	V konečném výsledku až 22 měsíců

Tab. 13: Pobyt v léčebnách – informant 3

Stav před úmrtím

Po propuštění z léčeben neabsolvoval žádnou terapii ani doléčování, Antabus také nebral (vše shrnuto viz. Tab. 14). Během rozhovoru (prosinec 2018) bylo na informantovi znát, že už to vzdal se životem, byl nemluvný, sešlý, kůži měl křehkou jako papír a velmi bledou s boláky v obličeji a na rukách. Z rozhovoru s jeho sestrou vyplynulo, že se snaží upít. „Nikdy nesebral mamce ze skříně drahý alkohol – whiskey a tak, vždy si kupoval svůj levný, schovával si flašky, kde to jen šlo. Když pak mamka odjela na týden na dovolenou a nechala ho samotného doma otevřel skříňku a vypil jí láhve s alkoholem, to už mi bylo jasné, že to vzdal a že se chce uchlastat.“ (Rozhovor se sestrou informanta) Pro celou rodinu to bylo velmi těžké a depresivní období. Informant zemřel 29.1.2019 po proděláním epileptického záchvatu.

Propuštění z léčebny a stav před úmrtím – informant 3	
Práce	Invalidní důchod
Bydlení	U matky
Terapie	Ne
Antabus	Ne
Opakovací léčba	Ne
Nynější stav	Úmrtí v důsledku nadměrné konzumace alkoholu

Tab. 14: Stav před úmrtím – informant 3

Závěr kazuistiky – Informant 3

Z posledního rozhovoru s informantem již během bylo znát, že svůj boj s alkoholem vzdal, chyběla mu motivace, pevná vůle a odhodlání dodržet abstinenci. Rodina se ho snažila motivovat, ale on to nebral na vědomí. Občas se choval sebestředně a myslel pouze na sebe, dle rozhovoru se sestrou měl ale světlé chvíle, kdy litoval toho, jak dopadl a chtěl se sebou něco dělat, něco změnit, bohužel to už ale nestihl.

4.3 Analýza výzkumných otázek

Z výpovědí informantů můžeme shrnout a odvodit, že pobyt v léčebně byl úspěšný v případě dobrovolného nástupu na léčbu a také s rodinnou anamnézou bez záznamu návykových nemocí. Ve všech léčebnách byl bodový systém s velmi přísným časovým režimem, který informant 3 nezvládl dodržovat a několikrát podepsal revers na předčasné propuštění, tudíž ani jednu z léčeb nedokončil, což také mělo za následek jeho porušení abstinence. Níže si podrobněji uvedeme odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky, jejichž výsledky shrneme do tabulek pro lepší přehlednost při porovnávání jednotlivých informantů. Nejprve odpovíme na hlavní výzkumnou otázku (HVO) a poté na jednotlivé vedlejší výzkumné otázky (VVO 1-5)

HVO: Jak ovlivnil pobyt v protialkoholní léčebně sociální život a vztahy jedince?

(Výsledky viz. Tab. 15)

Informant 1

Dle názoru informantky ani jeden z pobytů její život neovlivnil nijak významně. Ze zjištěných informací si však informantka v průběhu obou léčeb našla partnera, s jedním z nich nyní bydlí ve svém bytě. Díky prvnímu pobytu v léčebně se s bývalým manželem dohodla na střídavé péči o syny. Léčba ji také pomohla obnovit vztah se sestrou, se kterou měla poslední léta konflikty. Získala také spoustu nových přátel, kteří se navzájem podporují v abstinenci. Ačkoliv se informantka domnívá, že pobyt v léčebně nikterak neovlivnil její sociální život a vztahy, dle našeho názoru si to pouze neuvědomuje a pobyt v léčebně ji její život ovlivnil pozitivně a přínosně.

Informant 2

Z výpovědí informantky jsme zjistili, že před pobytem neměla velmi dobré vztahy s rodinou manžela, obzvláště s jeho sestrami (nejmladší sestrou). Nechtěla mít v rodině alkoholičku, tento názor však pomohl informantce s motivací abstinovat. Po propuštění z léčby se vztahy trochu uklidnily, ale stále byly napjaté, až nyní, po 30 letech jsou rodinné vztahy pozitivní. Pobyt v léčebně změnil sociální život informanta tím, že si našla nové kamarády, novou práci a nové koníčky, které jí vyplnily prázdnotu po alkoholu.

Informant 3

U posledního informanta začal ovlivňovat jeho život už samotný alkohol, zničil dvě manželství a vztah se synem. Pobyty v léčebně jeho sociální vztahy jen zhoršovaly a kamarády, které měl před pobyty, se s ním přestali bavit a byl nucen si najít nové, kteří ho ovšem zrazovali od abstinence. Rodina se k informantovi však nikdy neotočila zády a vždy se ho snažila podporovat, nejvíce matka se sestrou, snažily se, aby informant abstinoval, aby dokončil léčbu a aby se opět postavil na vlastní nohy. I přes tuto péči však nezačal abstinovat a svůj život zahodil.

Ovlivnil pobyt v léčebně život jedince?	
Informant 1	Ano
Informant 2	Ano
Informant 3	Ano

Tab. 15: Ovlivnil pobyt v léčebně život jedince?

Shrnutí HVO

Dle tabulky můžeme vidět, že u všech informantů ovlivnil pobyt v léčebně jejich život. U každého v jiné míře a v jiných aspektech, nejčastěji se jednalo o partnerské, kamarádké a příbuzenské vztahy. Nejméně ovlivnil vztahy pracovní a blízké rodiny.

VVO1: Byl pobyt v protialkoholní léčebně efektivní? (výsledky viz. Tab. 16)

Informant 1

Oba pobyty v léčebně byly efektivní, i když po prvním pobytu došlo po půl roce k relapsu, informantka si svoji chybu uvědomila a sama se znova přihlásila na léčbu. K relapsu došlo po prožití velmi náročné psychické a emotivní situace (smrt přítele), na kterou se nešlo nějak připravit. Nyní (v době rozhovoru – leden 2019) abstinguje rok.

Informant 2

Již po prvním pobytu v léčebně byla informantka odhodlaná abstinovat, měla dobrou motivaci a z léčebny vycvičenou disciplínu. Léčebna jí také dodala sebevědomí a nový řád v životě, který se snaží dodržovat dodnes (ranní vstávání, rozsvička, ...). Nyní (v době rozhovoru – leden 2019) abstinguje již 30 let.

Informant 3

Ani jedna léčba nebyla efektivní, informant neměl vůli ani ochotu plnit režim léčeben a při každé léčbě podepsal revers na předčasné propuštění, a tedy neukončení léčby. Abstinovat vydržel maximálně měsíc po propuštění z léčby.

Efektivnost pobytu v léčebně			
	Motivace	Abstinence	Doba abstinence
Informant 1	Ano	Ano	1 rok
Informant 2	Ano	Ano	30 let
Informant 3	Ne	Ne	/

Tab. 16: Efektivnost pobytu v léčebně a délka abstinence

Shrnutí VVO1

Z výsledků můžeme vyčíst, že když má informant motivaci a odhodlání, je schopný vydržet abstinovat. Pokud nemá, je pro něj obtížnější odolat cravingu. V našem výzkumu měly první dvě informantky každá velkou osobní motivaci k abstinenci, kdežto třetí informant nedokázal najít žádnou motivaci nebo odhodlání a abstinenci tedy pravidelně porušoval.

VVO2: Co vedlo informanta k přihlášení se k pobytu v protialkoholní léčebně?

(Výsledky viz. Tab. 17)

Informant 1

Informantka si uvědomila sama, že pije více, než je zdravé a po zkonzultování svého stavu s rodiči se rozhodla přihlásit se do protialkoholní léčebny. Stejně to bylo i v případě druhé léčby, s rozdílem rychlejšího jednání a bez konzultace s rodiči.

Informant 2

Druhá informantka si uvědomila vážnost svého stavu, až když byla hospitalizovaná v nemocnici po pádu v opilosti. Primář oddělení ji řekl, že nejlepší by pro ni byl pobyt v protialkoholní léčebně, na tento návrh přistoupila a do léčby nastupovala za dva týdny.

Informant 3

U posledního informanta nebyla situace tak pozitivní, na každou léčbu nastupoval po nátlaku ze strany rodiny a doktorů. I přes svůj vážný zdravotní stav nikdy sám neřekl, že by chtěl přestat, pouze uznal, že v jeho situaci by bylo dobré zkusit pobyt v léčebně absolvovat. To se odrazilo i v jeho přístupu k pobytu a v následném porušování abstinence.

Důvod přihlášení do protialkoholní léčebny	
Informant 1	Zdravotní stav
Informant 2	Zdravotní stav
Informant 3	Nátlak rodiny a lékařů

Tab. 17: Důvod přihlášení do léčebny

Shrnutí VVO2

U prvních dvou informantů byl nástup do léčby dobrovolný po uvědomění si vážnosti své zdravotní situace, měli tedy motivaci k absolvování celé léčby. U třetího informanta, který prvotně nechtěl léčbu absolvovat a přihlásil se na ní až po nátlaku rodiny a doktorů, byl zdravotní stav vážnější než u ostatních informantů, přesto si neuvědomoval dopady alkoholu na své tělo a zdraví.

VVO3: Jak podporovala rodina informanta během pobytu v léčebně? (Výsledky viz. Tab. 18)

Informant 1

Informantku podporovali rodiče a její synové, nejezdili za ní však na návštěvy, ale byli s ní denně v kontaktu přes mobilní telefon. Informantka netrvala na návštěvách z důvodu velké vzdálenosti bydliště od léčebny.

Informant 2

Stejně jako u první informantky ji podporoval převážně manžel a rodiče, z důvodu dojezdové vzdálenosti za ní nejezdili na návštěvy. V době pobytu v léčebně nebyly ještě mobilní telefony a v kontaktu s rodinou byla tedy přes pevnou linku nebo dopisy.

Informant 3

Posledního informanta rodina podporovala hodně, nejvíce matka a sestra. Jezdily za ním pravidelně do léčebny na návštěvy, každý týden byli v telefonickém kontaktu, psali si dopisy a také mu posílaly balíčky s jídlem. Přes veškerou jejich snahu a podporu však informant nevydržel v léčebně a léčbu nedokončil.

Podpora a kontakt s rodinou během pobytu v léčebně			
	Telefonní kontakt	Dopisy	Návštěvy
Informant 1	Ano, denně	Ne	Ne
Informant 2	Ano, jednou týdně	Ano, dvakrát do měsíce	Ne
Informant 3	Ano, jednou týdně	Ano, dvakrát do měsíce	Ano, 2x – 3x za pobyt

Tab. 18: Podpora a kontakt s rodinou v léčebně

Shrnutí VVO3

Telefonní kontakt udržovali s rodinou všechny informanti, přes telefon je podpora znatelnější a lépe vyjádřitelná než přes psaní dopisů. Nejvíce podpory lze vyjádřit osobní návštěvou, která však byla pouze u posledního informanta a nikterak se neodrazila v jeho zvládnání pobytu či odhodlání abstinovat. Je zde tedy znatelné, že pokud jedinec sám nechce abstinovat, nelze ho k tomu přesvědčit, ať je podpora rodiny jakkoliv velká. Z tabulky je zřetelné, že největší podporu měl právě informant 3, který nezvládl abstinovat a na následky závislosti zemřel.

VVO4: Jaký byl dopad pobytu v léčebně na současný život informanta?

Informant 1

Během druhého pobytu v léčebně si informantka našla partnera, se kterým žije dodnes. V práci pobyt žádný dopad neměl, všichni její kolegové věděli o její závislosti a o pobytu v léčebně, od zaměstnavatele dostala i volno. Nyní žije stále stejný život, jako před pobytem, nezměnila kamarády, stále chodí ven s přáteli, jediná změna je dodržování abstinence.

Informant 2

Vzhledem k uplynutí 30 let od absolvování léčby, nemá již pobyt v léčebně na současný život žádný vliv. Nadále však abstinuje a dodržuje řád, na který si navykla během léčby.

Informant 3

Informantovi se těžko shánělo zaměstnání, většina zaměstnavatelů ho nechtěla přijmout z důvodu prodělání několika léceb. Ztratil několik přátel. Léčebna mu však vždy pomohla aspoň na pár týdnů abstinovat a během pobytu se mu zlepšil jeho zdravotní stav.

Shrnutí VVO4

Dopady se u dvou informantů liší, u třetího nemůžeme přesně určit z důvodu velkého časového rozestupu mezi pobytem v léčebně a dnešní dobou.

VVO5: Jaký byl život jedince před pobytem v léčebně a po pobytu z pohledu rodiny informanta?

Informant 1

S rodiči není informantka v těsném kontaktu, aby dokázali posoudit rozdíl mezi obdobím před a po léčbě, proto jsme si vybrali pohled jejich dvou synů. Dle jejich názoru byla informantka před léčbou často zavřená u sebe v kanceláři doma i dlouho do noci. Nevěděli, co tam dělá, tou dobou dostudovávala vysokou školu, tak si mysleli, že má hodně práce a učení. Nikdy ji však neviděli pod vlivem alkoholu, nezanedbávala jejich péči a snažila se být příkladnou matkou. Nyní tráví více času se svými syny, snaží se využít každou volnou chvíli a být s nimi. Je také více veselá a více se usmívá, synům připadá šťastnější.

Informant 2

U druhé informantky jsme měli k dispozici k posouzení pouze jejího manžela, protože rodiče už nemá a se synem není v kontaktu. Manžel bohužel nebyl příliš sdílný a odpovídal velmi stručně, občas vulgárně a jednoslovně. Z rozhovoru jsme dokázali vyvodit, že před pobytem informantka pořád jen pila a každé ráno se musela napít piva, aby mohla fungovat. Dokázala se však i přes to postarat o domácnost, zahradu i manžela. Po pobytu byla informantka dle slov manžela více usměvavá, pracovitá a měla lepší nadhled nad věcí a větší odhodlání dokázat, co si vytyčila (abstinenční).

Informant 3

Dle výpovědí matky a sestry, které mu byly nejbližší, se život před a po léčbě lišil pouze několik týdnů po propuštění z léčby, poté vše spadlo do starých kolejí. Schovával si láhve s alkoholem po bytě, nejčastěji ve svém pokoji. Po návratu z léčebny vždy vydržel pár týdnů nepít, snažil se najít si práci a dát svůj život do pořádku, nikdy se mu to ale nepodařilo, nedokázal vydržet abstinovat. Snažily se ho podporovat, pomáhaly mu shánět práci a byt, ale k ničemu to nevedlo. Informant neměl žádnou motivaci. Po propuštění z poslední léčby na něm rodina již poznala, že to vzdal a nemá sílu bojovat se závislostí.

Shrnutí VVO5

U prvních dvou informantů byl zřetelný viditelný rozdíl mezi životem před léčbou a po léčbě, jak z pohledu rodiny, tak z pohledu samotného informanta. Po pobytu informantů působili více šťastnější a celkově více pozitivnější. Kdežto rodina třetího informanta nezaznamenala větší rozdíl mezi životem před léčbou a po léčbě, přisuzujeme to nedostatečné motivaci informanta abstinovat a změnit svůj způsob života.

4.4 Shrnutí šetření

Byl sledován vliv pobytu v protialkoholní léčebně na sociální život jedince a jeho rodiny, efektivnost pobytu v léčebně a důvody efektivnosti, dále jsme zjišťovali, jaká byla příčina přihlášení informanta k léčbě a jak se změnil život a přístup k alkoholu z pohledu nejbližší rodiny.

Vliv pobytu v protialkoholní léčebně byl zřejmý u všech tří informantů, u každého působil zejména na oblast rodinných a příbuzenských vztahů. U třetího informanta se pobyt odrazil i v oblasti pracovní, kdy nemohl sehnat po propuštění z první léčby práci. Ani jednoho z informantů rodina nikdy nezavrhl a vždy byla podporou během léčby i po léčbě. Třetího informanta rodina také navštěvovala v léčebně a snažila se mu být co největší oporou, aby léčbu dokončil a zvládl abstinovat, i přes veškerou tuto motivaci informant abstinovat nezvládl a závislosti v konečném stádiu podlehl.

Ze zjištěných výsledků můžeme dále usuzovat, že nejdůležitější pro efektivní pobyt v protialkoholní léčebně je motivace a odhodlání porazit závislost a do konce života abstinovat. Další neméně důležitý faktor je dobrovolný nástup na léčbu ze svého vlastního přesvědčení a vůle, popřípadě na doporučení lékařů kvůli zdravotnímu stavu. Dva z informantů byli dostatečně motivováni a přihlásili se na léčbu dobrovolně, poslední informant byl do léčby vždy přihlášen sestrou po jejím nátlaku i nátlaku matky a doktorů. Z tohoto důvodu ani jednu z léčeb nedokončil a pokaždé podepsal revers na předčasné propuštění.

Co se týká změny v životě a chování informantů po pobytu v protialkoholní léčebně, tak rodina prvních dvou informantů vypověděla, že po dokončení léčby byli oba informanti více pozitivnější, měli lepší pohled na život a velké odhodlání abstinovat. U třetího informanta byl rozdíl znát vždy jen pár týdnů po odejití z léčebny, poté opět začal pít a jeho život se vrátil do stavu před léčbou.

Závěr

Diplomová práce s názvem Vliv pobytu v protialkoholní léčebně na sociální život jedince a jeho rodiny se skládá ze čtyř kapitol. První tři kapitoly jsou teoretické a vznikaly na podkladě nastudování odborné literatury zabývající se danou problematikou. Poslední kapitola je věnovaná vlastnímu výzkumu.

V první kapitole se zabýváme vymezením pojmů alkohol a jeho vlastnosti a metabolismus v lidském těle. Druhá kapitola je věnována závislosti na alkoholu, fázemi závislosti, základními příznaky a dopady závislosti na zdraví jedince, dále se v této kapitole můžeme setkat s vymezením základních zdravotních stavů, které se mohou objevit u závislého jedince. Jako poslední si v této kapitole vymezujeme pár dotazníků a testů na zjištění přítomnosti závislosti. Poslední teoretická kapitola je zaměřena na možnosti prevence a léčby závislosti, jsou zde zmíněny druhy prevence, dále základní terapie závislosti a možnosti léčby.

Poslední, praktická část diplomové práce se zabývá analyzováním vlivu pobytu v protialkoholní léčebně na sociální život jedince a jeho rodiny u třech informantů. U každého z informantů jsme zkoumali vliv pobytu na sociální život, efektivnost léčby, důvody přihlášení se do léčebny a také jak se změnil život informanta před a po pobytu v léčebně z pohledu rodiny. Dále jsme analyzovali, jakými způsoby podporovala rodina informanta během pobytu a zda tato podpora nějak ovlivnila konečný výsledek léčby.

Výzkumné šetření ukázalo, že u každého informanta měl pobyt v léčebně vliv na rodinné a partnerské vztahy, u jednoho z informantů měl také vliv na pracovní uplatnění, které souviselo především s neschopností informanta abstinovat déle jak měsíc. Dále jsme z rozhovorů zjistili, že jeden z nejdůležitějších faktorů úspěšně dokončené léčby, je správná motivace a samostatné rozhodnutí se pro přihlášení do protialkoholní léčebny. Dva z informantů dokončili léčbu řádně, protože oba měli motivaci a odhodlání dodržet abstinenci, poslední informant neměl žádnou motivaci a do léčby ho vždy přihlásila sestra a na naléhání doktorů. Ačkoliv se může zdát, že přímá podpora rodiny je stěžejní v léčbě závislosti, dle zjištěných výsledků není až tak důležitá, jako již výše zmíněná vnitřní motivace.

Hlavní i dílčí cíle diplomové práce byly naplněny.

Shrnutí

Diplomová práce je zaměřena na vliv pobytu v protialkoholní léčebně na sociální život jedince a jeho rodiny. Je rozdělena do dvou částí, a to na část teoretickou a část výzkumnou – empirickou.

Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly. První kapitola je zaměřená na vymezení pojmů týkající se alkoholu, jeho historie, příprava, účinky a vlastnosti a metabolismus v těle. Druhá kapitola se zabývá závislostí na alkoholu – alkoholismem, definicí alkoholismu, dále jsou zde zmíněny fáze závislosti, stavy během závislosti, příznaky závislosti a dopady závislosti na osobnost jedince. Ve třetí kapitole se zabýváme prevencí a léčbou závislosti, vymezujeme jednotlivé druhy prevence, možnosti terapií a další možnosti léčby.

Praktická část je obsažena ve čtvrté kapitole diplomové práce a analyzuje vliv pobytu v protialkoholní léčebně na sociální život jedince a jeho rodiny, dále efektivnost pobytu v léčebně z pohledu informanta a hlavní důvody přihlášení se k léčbě. V neposlední řadě se věnujeme změně v životě informanta před a po léčbě z pohledu jeho rodiny.

Summary

This diploma thesis is focused on the influence of the stay in the rehabilitation center on the social life of the individual and his family. It is divided into two parts – theoretical and practical.

The theoretical part is divided into three chapters. The first chapter focuses on alcohol – history, preparation, characteristics of the effects on metabolism in the human body. The second chapter deals with addiction to alcohol, its definition and influence of alcoholism to the personality of an individual. The third chapter is focused on prevention and treatment of addiction, specification of the kinds of preventions, options of therapy and additional options of treatment.

The practical part is in the fourth chapter and it analyses the influence of the stay in the rehabilitation center on the social life of an individual and his family, effectiveness of the stay and the main reasons to apply for a treatment. The last part of the thesis focuses on changes in the life of the individual before and after the stay in the rehabilitation center from the perspective of the family.

Seznam použitých zdrojů

Tištěné zdroje:

1. Alcoholics Anonymous: *the story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism*. (1962) (New and revis. ed. 5. print). New York: Alcoholics Anonymous World Services.
2. Bourne, P. G., & Fox, R. (1973). *Alcoholism: progress in research and treatment*. New York: Academic Press.
3. Carr, A. (2015). *Snadná cesta jak skoncovat s alkoholem*. Praha: Jaro.
4. Doležalová, V. (2006). *Vliv alkoholismu na sociální vztahy jedince* (Bakalářská práce). Brno.
5. Ehrmann, J., & Schneiderka, P. (2006). *Alkohol a játra*. Praha: Grada.
6. Fischer, S., & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení* (2., rozš. a aktualiz. vyd.). Praha: Grada.
7. Gráfová, R. (2017). *Alkoholismus a jeho sociální dopady na člověka a rodinu* (Bakalářská práce). Jihlava, VŠPJ, fakulta sociální práce, ved. Martina Černá
8. Heller, J. Doléčování. In Heller, J., & Pecinová, O. (2011) *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby* (pp. s. 147-158). Praha: Togga.
9. Heller, J. Léčba závislosti. In Heller, J., & Pecinová, O. (2011) *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby* (pp. s. 121-136). Praha: Togga.
10. Heller, J. Modely prevence závislostí na návykových látkách. In Heller, J., & Pecinová, O. (2011) *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby* (pp. s. 197-208). Praha: Togga.
11. Heller, J., & Pecinová, O. (1996). *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada.
12. Heller, J., Hellerová, P., & Pecinová, O. Psychické komplikace závislosti na alkoholu. In Heller, J., & Pecinová, O. (2011) *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby* (pp. s. 71-84). Praha: Togga
13. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Čtvrté, vyd.). Praha: Portál.
14. Jarešová, M. (2016). *Alkoholismus a jeho vliv na rodinné vztahy* (Bakalářská práce). Liberec, TUL, fakulta přírodovědně humanitní a pedagogická, ved. Eliška Helikarová
15. Jilčík, T., Plšková A., Zapletal L. (1999). *Sociologie 2, Úvod do problematiky sociálně patologických jevů*

16. Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
17. Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
18. Kathleen, S. , K. (2006). *12 kroků: metoda odvykání závislosti*. Hodkovičky: Pragma.
19. Kolibáš, E., & Novotný, V. (1996). *Alkoholismus a drogové závislosti*. Bratislava: Univerzita Komenského.
20. Kuklová, M. (2016). *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislosti*. Praha: Portál.
21. Kurz, R. (2013). *Sekundární a terciární prevence návykových látek* (Diplomová práce). Praha, UK, pedagogická fakulta, ved. Eva Šotolová
22. Kvapilík, J., & Svobodová, A. (1985). *Člověk a alkohol*. Praha: Avicenum.
23. Lorencová, R. (2011). *Spiritualita uživatelů alkoholu a marihuany*. V Praze: Dauphin.
24. Lukáš, M. a kol. (1996). *Poškození jater, pankreatu a trávicího traktu alkoholem*. Praha: Medprint.
25. Maickel, R. P. (1967). *Biochemical factors in alcoholism*. Oxford: Pergamon Press.
26. Marádová, E. (2006). *Prevence závislosti*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
27. McMahon, J. (2013). *První kroky z problémového pití alkoholu*. Uhřetice: Doron.
28. Miller, G. A. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
29. Miller, S. D., & Berg, I. K. (2014). *Zázračná metoda: radikálně nový přístup k problémovému pití alkoholu*. Praha: Portál.
30. Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., & Novák, P. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Tišnov: Sdružení SCAN.
31. Mravčík, V. a kol. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016* [Annual Report on Drug Situation 2016 – Czech Republic] Praha: Úřad vlády České republiky.
32. Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost* (3. vyd.). Praha: Portál.
33. Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby* (Vyd. 4.). Praha: Portál.
34. Nešpor, K., & Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum.
35. PCP (1992) *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, duševní porucha a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Světová zdravotnická organizace, Ženeva. Psychiatrické centrum Praha, 1992

36. Pecinovská, O. Vývoj závislosti. In Heller, J., & Pecinovská, O. (2011) *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby* (pp. s. 13-26). Praha: Togga
37. Pecinovská, O. Závislosti a svépomocné aktivity. In Heller, J., & Pecinovská, O. (2011) *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby* (pp. s. 159-170). Praha: Togga
38. Pita, D. D. (2000). *Nezdravá závislost: náměty pro pastoraaci*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
39. Pokorný, V., Telcová, J., & Tomko, A. (2001). *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky.
40. Rayner, C. (1995). *Nenič své chytré tělo*. Praha: Sonus.
41. Röhr, H. -P. (2015). *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál.
42. Rowland, L. P., & Merritt, H. H. (2005). *Merritt's neurology* (11th ed.). Philadelphia.
43. SANANIM (2007) *Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Portál.
44. Sláma, P. (2010). *Vliv alkoholismu na sociální vztahy jedince* (Diplomová práce). Brno, MU, pedagogická fakulta, ved. Tomáš Čech
45. Úřad vlády (2002) *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: Česká republika. (2002-)*. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: Česká republika. Praha: Úřad vlády ČR.
46. Vyroubalová, E. (2012). *Alkoholismus a jeho vliv na rodinu* (Bakalářská práce). Olomouc, UPOL, pedagogická fakulta, ved. Helena Skarupská
47. World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization

Elektronické zdroje:

1. Alcohol: A short history. (2015). Alcohol: A short history [cit. 2018-10-24]. In *Drug free world*. Retrieved from <https://www.drugfreeworld.org/drugfacts/alcohol/a-short-history.html>
2. Arzt, N. (2008). The History of Alcohol Throughout The World [cit. 2018-12-20]. In *Recovery*. Retrieved from <https://www.recovery.org/alcohol-addiction/history/>

3. Böhmová, O. (2018). „Vidíte, jak špatně můžete dopadnout.“ Odstrašující princip, který nefunguje, je třeba nahradit prevencí založenou na důkazech [cit. 2018-11-27]. In *Zdravotnický deník*. Praha. Retrieved from http://www.zdravotnickydenik.cz/2018/11/vidite-spatne-muzete-dopadnout-odstrasujici-princip-ktery-nefunguje-treba-nahradit-prevenci-zalozenou-dukazech/?fbclid=IwAR20FeYc8I9E7RgozramYg_esJFbs2-YuVM6Beag9o-Vs6Ws0sIa89Ph3U8
4. Hanson, D. J. History of Alcohol and Drinking around the World: Wine, Beer and Spirits (Liquor) [cit. 2018-12-27]. In *Alcohol problems and solutions*. New York. Retrieved from <https://www.alcoholproblemsandsolutions.org/history-of-alcohol-and-drinking-around-world/>
5. Křížová, M. (2009). *Vlastnosti, výroba a praktické využití etanolu se zaměřením na potravinářské a farmaceutické aplikace*. [cit. 2018-11-27] Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Zlín. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10563/8172>
6. Mlčoch, Z. (2006). Pití alkoholu v těhotenství a fetální alkoholický syndrom FAS [cit. 2018-10-27]. In *Alkoholik*. Praha: -. Retrieved from http://www.alkoholik.cz/zavislost/tehotenstvi_a_alkohol/piti_alkoholu_v_tehotenstvi_a_fetalni_alkoholicky_syndrom_fas.html
7. Mlčoch, Z. (2015). Kvartální pití, kvartální alkoholismus, dipsománie - co je to, definice, rizika, vztahy [cit. 2018-10-05]. In *Alkoholik*. Praha. Retrieved from http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/kvartalni_piti_kvartalni_alkoholismus_dipsomanie_co_je_to_definice_rizika_vztahy.html
8. Mlčochová, E. (2008). Alkohol, ethanol, ethanól, etylalkohol, líh – vlastnosti, výroba, použití, účinky [cit. 2018-11-07]. In *Alkoholik*. Praha: -. Retrieved from http://www.alkoholik.cz/zavislost/alkohol_jako_chemikalie/alkohol_ethanol_ethanol_etylalkohol_lih_vlastnosti_vyroba_pouziti_ucinky.html
9. Redakce. (2017). Složitý postup vaření piva plzeňského typu [cit. 2018-11-08]. Retrieved from <https://www.alkoholium.cz/slozity-postup-vareni-piva-plzenskeho-typu/>
10. Tab. 03.03 Spotřeba alkoholických nápojů a cigaret na 1 obyvatele v České republice. (2017). Tab. 03.03 Spotřeba alkoholických nápojů a cigaret na 1 obyvatele v České republice [cit. 2018-12-06]. In *Český statistický úřad*. Retrieved from https://www.czso.cz/documents/10180/46173161/32018117_0303.pdf/f84418fa-a64d-47ae-9107-41927566d9c1?version=1.2

11. The 10 strongest beers in the world will get you drunk fast. The 10 strongest beers in the world will get you drunk fast [cit. 2018-11-09]. In *Hiconsumption*. Retrieved from <https://hiconsumption.com/2014/02/the-10-strongest-beers-in-the-world-will-get-you-drunk-fast/>
12. Věková hranice. (2016). Věková hranice [cit. 2018-11-29]. In *Pij s rozumem*. Retrieved from <https://www.pijsrozumem.cz/o-alkoholu-vekova-hranice/>
13. Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. (2017). Praha. [cit. 2018-12-06] Retrieved from http://www.pppuk.cz/soubory/primarni_prevence/2017_065_ochrana_pred_navykovymi_latkami.pdf

Seznam obrázků

Obr. 1: Molekula alkoholu (Křížová, 2009, s.11).....	7
Obr. 2: Chemický vzorec alkoholu (www.alkoholik.cz)(Mlčochová, E. (2008).....	7
Obr. 3: Časová osa – informant 1.....	47
Obr. 4: Časová osa – Informant 2	59
Obr. 5: Časová osa – informant 3.....	67

Seznam tabulek

Tab. 1: Objemové a hmotnostní koncentrace objemových % etanolu v alkoholických nápojích (Ehrmann & Schneiderka, 2006, s. 15).....	9
Tab. 2: Teoretické modely závislosti (Miller, 2011, s. 36).....	17
Tab. 3: Příznaky závislosti na alkoholu podle Nešpora, 2011, s. 10 – 23).....	23
Tab. 4: Charakteristika informanta 1	43
Tab. 5: Bodování v léčebně.....	48
Tab. 6: Denní režim v léčebně	50
Tab. 7: Pobyt v léčebně – informant 1	51
Tab. 8: Nynější stav – informant 1.....	52
Tab. 9: Charakteristika informanta 2	54
Tab. 10: Pobyt v léčebně – informant 2	61
Tab. 11: Nynější stav – Informant 2	62
Tab. 12: Charakteristika – Informant 3	63
Tab. 13: Pobyt v léčebnách – informant 3	71
Tab. 14: Stav před úmrtím – informant 3.....	72
Tab. 15: Ovlivnil pobyt v léčebně život jedince?	74
Tab. 16: Efektivnost pobytu v léčebně a délka abstinence	75
Tab. 17: Důvod přihlášení do léčebny	76
Tab. 18: Podpora a kontakt s rodinou v léčebně	77

Seznam příloh

Příloha: 1: Otázky pokládané informantům a jejich rodinám – z archivu autorky	7
Příloha: 2: Deník informant 1 z prvního dne první léčby - z archivu autorky	91
Příloha: 3: Deník informant 1, poslední den prvního pobytu 1. část – z archivu autorky	92
Příloha: 4: Deník informant 1 - poslední den první léčby 2. část – z archivu autorky ..	93
Příloha: 5: Deník informant 1 - poslední den první léčby 3. část – z archivu autorky ..	94
Příloha: 6: Deník informant 1: první den druhého pobytu – z archivu autorky.....	95
Příloha: 7: Deník informant 1: Poslední den druhé léčby část 1 – z archivu autorky....	96
Příloha: 8: Deník informant 1: poslední den druhé léčby část 2 - z archivu autorky.....	97
Příloha: 9: Propouštěcí zpráva Informant 1 z druhého pobytu v léčebně – z archivu autorky.....	98
Příloha: 10: Deník informant 3: první den léčby v Havlíčkově Brodu – z archivu autorky	99
Příloha: 11: Deník informant 3: poslední dostupný záznam z deníků 1. část - z archivu autorky.....	100
Příloha: 12: Deník informant 3: poslední dostupný záznam z deníků 2. část - z archivu autorky.....	101
Příloha: 13: První divadelní hra informant 3 z Želivu – z archivu autorky	18
Příloha: 14: Druhá divadelní hra z Želivu (1. část) - informant 3 – z archivu autorky..	19
Příloha: 15: Druhá divadelní hra z Želivu (2. část) - informant 3 - z archivu autorky	104
Příloha: 16: Ukázka dopisů sestře - informant 3 - z archivu autorky.....	105

Přílohy:

Příloha 1

Otázky pro informanty:

1. Před jak dlouhou dobou jste absolvoval/a léčbu a co Vás vedlo k přihlášení se k léčbě?
2. Myslíte si, že byla léčba efektivní?
3. Podporovala Vás rodina v léčení? Jak?
4. Podporovali Vás Vaši přátelé? Jak?
5. Jaký byl dopad Vašeho pobytu v léčebně na váš současný život?
6. Měl/a jste problém sehnat práci/bydlení po propuštění z léčby?
7. Co pro Vás bylo nejtěžší po propuštění z léčby?
8. Docházíte nadále na terapie?
9. Jaké byly procedury během léčby?
10. Jaké máte životní vize a cíle do budoucna? Daří se vám abstinovat?

Otázky pro rodinu:

1. Jak Vás osobně ovlivnil pobyt informanta v léčebně?
2. Snažili jste se ho/ji podporovat?
3. Jaký je rozdíl mezi životem před pobytem v léčebně a po pobytu?
4. Jak jste se dozvěděli, že je informant závislý na alkoholu?
5. Zjišťovali jste si nějaké informace o terapeutických a doléčovacích centrech?

Příloha 2

1. DEN 11. 2. 2016

DNES JSEM NASTOUPILA LÉČBU. RÁNO
JSEM OPUSTILA S PLÁČEM PSYCHIATRICKOU
LÉČEBNU V OLOMOUCI, KDE JSEM PRODĚLÁVALA
DETOX. PROČ S PLÁČEM? NE, PROTO, ŽE
BYCH SE TAK BĀLA NASTOUPIT LÉČBU
TADY V BRNĚ, ALE PROTO, ŽE JSME TAM
VYTVOŘILI MOC Fajn PARTU A LOUČENÍ S NÍ
MĚ ROZPLAKALO. CELOU CESTU DO BRNA
JSEM MĚLA STAŽENÝ ŽALUDEK A BYL TO
STRACH Z NOVÉHO. PO PŘÍJEZDU A SDĚLENÍ
NEPOČETNÉHO MNOŽSTVÍ INFORMACÍ SE MI
NA CHVÍLI UDĚLALO JEJŠE HŮŘ. V PŘÍBĚHU
DVE ~~JEJŠE~~ VĀK VĀRACH VĀTOUPIL A ZAČALA
JSEM MOZEK ZAHICOVAT INFORMACEMI ZNOVU,
ALE KLIDNĚJI. 3x JSEM PROČETLA CELÍ
LÉČEBNÝ ŽÁD, ALE PŘESTO NEJSEM ZE
VŠEHO MOODRA. NO UVIDÍME CO BODE
ZITRA. KAŽDOPADNĚ DNESKA JSEM UŽ
PŘÍŠERNĚ UNAVENÁ!!! ABSTINENCI ZDAR!!!

Příloha: 2: Deník informant 1 z prvního dne první léčby - z archivu autorky

Příloha 3

BAVIL ME OD ZACÁTKU AŽ DO
KONCE. PŮSOBI NA MĚ HOVNĚ
TODOBNÝM DŮSNEM JAKO
FRANTIŠEK. TOHO MÁM RÁDA.
JE ŠABAVÝ, PŮSOBI BEZSTAROSTNĚ,
ALE ROZHODNĚ NENÍ BEZCITNÝ.
MĚ OSOBNĚ FRANTIŠEK POMOHL
BĚHEM LÉČBY HOVNĚ. AUTOGENNÍ
TRÉNINK BYL OPĚT SUPER.
TĚŠÍM SE DOMŮ!!! MOOOC!!!
PŘEJI VAM KRÁSNÝ DEN. ☺

Děším palce.
Přiznám se, že uznávám, že mi o
něčem nechceš říct.

PP. DEN

JE VIDĚT, ŽE JSTE PAN PSYCHOLOG.
MÁTE PRAVDU, O MÝCH „CELÝCH“ POCITECH
JSEM SE VAM UŽ ZMÍNOVAT NECHTELA.
TO CO JSEM PROŽÍVALA POSLEDNÍCH PÁR
DNŮ JSEM NETAJILA PROTO, ŽE BYCH

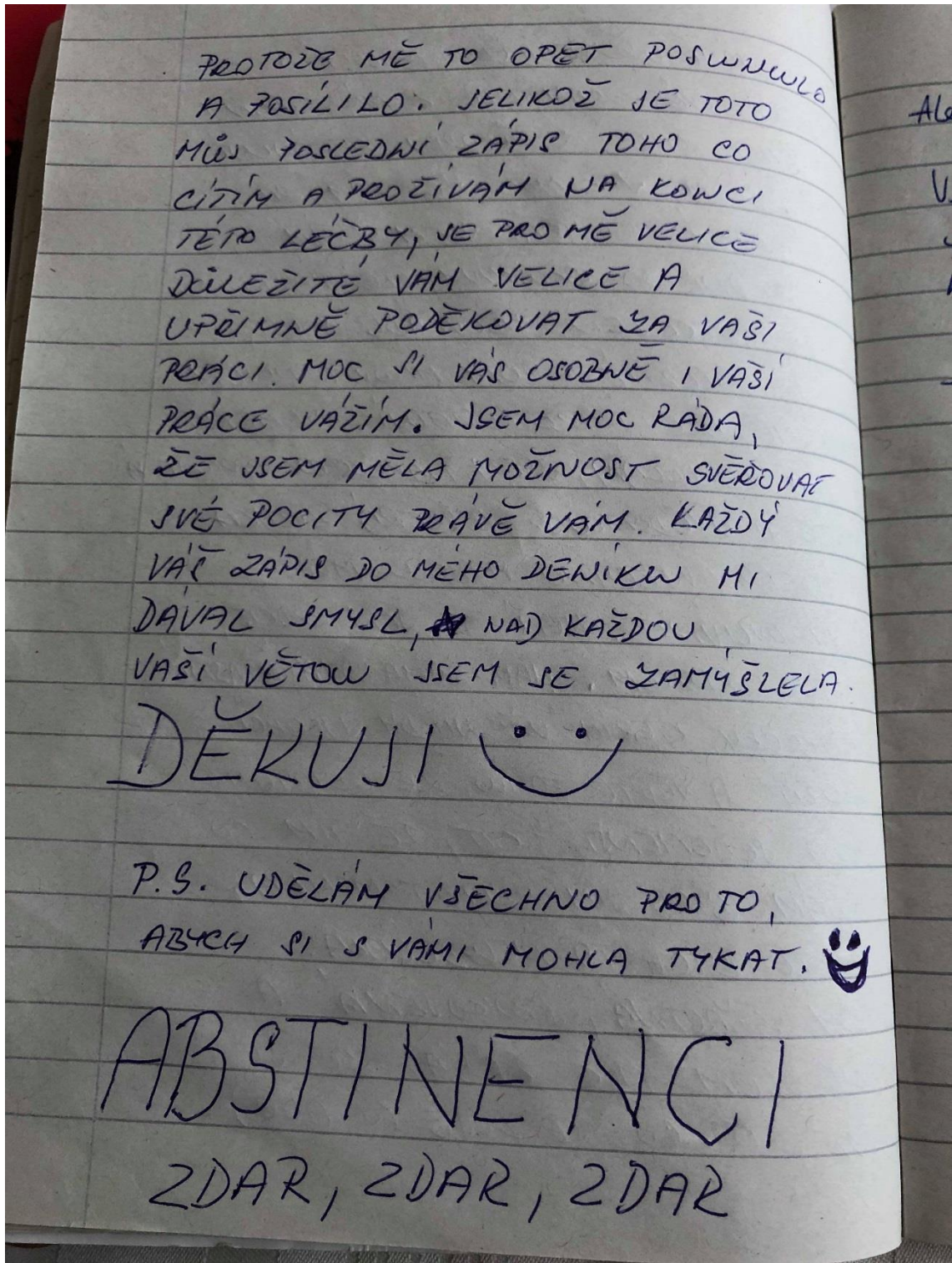
Příloha: 3: Deník informant 1, poslední den prvního pobytu 1. část – z archivu autorky

Příloha 4

JE S VÁMI UŽ NECHTELA „PODĚLIT“ O
VŠEKERÉ SVÉ POCITY, ALE Z MĚ PŘIŠLY
TO BYLO SPÍŠE & DŮVODU „CHRAŇENÍ“
PĚTI. CITIM, JAK MOC SE SÁM ZA
SEBE STYDI. NECHTELA JSEM S TÍM
PŘIJÍT ANI DO PRŮTIVY, ALE NAKONEC
VE MĚ PŘECEJEN PŘEVLAĐL POCIT,
ŽE JE DŮLEŽITÉ O TOM MLUVIT NEJEN
PRO MĚ, ALE I PRO OSTATNÍ. NIJMĚNĚ
S TÍM CO DĚLÁM, JSEM NAPROSTO SPOKOJENÁ.
DOBŘE A UVĚDOMUJI, VEŠKERÁ RIZIKA
I TO, CO VŠECHNO MŮHU MOJE
ČINY OVLIVNIT. NENÍ TO JEN SRDCE,
JE TO I ROZUM. MÁM DOMA DVA ÚŽASNÉ
CHUAPEČKY, KTERÝM UŽ NIKDY NECHCI
UBLÍŽIT A VĚDTE TOMU, ŽE KDYBYCH
MĚLA PEDEMENŠÍ POCIT, ŽE TÍM CO
DĚLÁM BYCH JIM UBLÍŽIT MOHLA,
URČITĚ BYCH TO NEUDĚLALA.
JSEM ŠTARTNÁ, SPOKOJENÁ A
TAKY JSEM MOC ZÁDA, ŽE SE
DĚJE, TO CO SE DĚJE (STALO)

Příloha: 4: Deník informant 1 - poslední den první léčby 2. část – z archivu autorky

Příloha 5



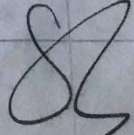
Příloha: 5: Deník informant 1 - poslední den první léčby 3. část - z archivu autorky

Příloha 6

1. DEN ČTVRTEK 25.1. 18

DNES JPOU TOMU PŘESNĚ DVA ROKY,
CO JSEM NASTOUPILA V DLOHOVCI NA
DETOX A NÁLEDNĚ NA SVUJI 1. LÉČBU SEM
NA 19-KW. PO PRVNÍ LÉČBĚ JSEM BYLA
NAPROSTO PŘESVĚDČENA, ŽE UŽ SE ZNOVU
NEVRATIM. BYLO MI NAPROSTO JASNÉ, CO MOJE
NEMOC ZNAMENA A S DOŽIVOTNÍ ABSTINENCÍ
JSEM BYLA SHIKĚNA A KLASTNĚ PRO NI I
NADŠENA. TRAGICKÁ WDÁLOST, KTEROU JSEM
MINULÝ MĚSÍC PROŽILA BYLA VŠAK NATOLIK
SILNÁ A JÁ NATOLIK SLABÁ, ŽE JSEM PO
CHLASTU ZNOVU SÁHLA I KDYŽ JSEM SI BYLA
DOBŘE VĚDOMÁ TOHO, ŽE JAMA SEBE ZKLAMU.
KDYŽ JSEM DNES TRÁVILA, NEBYL TO UŽ TAKOVÝ
SŮB JAKO PŘI PRVNÍ LÉČBĚ. UŽ ZHROUBA VIM,
CO MĚ TU ČEKÁ. JSEM JAMA ZA SEBE MOC
RÁDA, ŽE JSEM SE PRO LÉČBU RPZHODLA JEŠTĚ
VE CHVÍLI, KDY JSEM PÍKY CHLASTU JEŠTĚ NEMĚLA
ŽÁDNÝ PROBLÉM.

██████████, nilyle, Držím pale, ať se vše
v dobré obrať.



Příloha: 6: Deník informant 1: první den druhého pobytu – z archivu autorky

Příloha 7

101. DEN (PONĚLÍ) 4.5.18
DNEŠEK OPĚT OKVĚLÝ DEN. DOPOLEDNE
NA SKUPINĚ MĚ HODNĚ PŘEKVAPIL TONDA.
MYSLÍM SI, ŽE PROBLÉM S JEHO MAMINKOU
KTERÝ V SOBĚ ŘEŠÍ, JE V JEHO ŽIVOTĚ
HODNĚ ZÁSAVNÍ. TÍM, ŽE TAKLE SVUJE
TĚMA OTEVŘEL, MYSLÍM HODNĚ POMOHL
EVÍČCE, KTERÁ MOHLA ŘÍCT DO SVUJ
NEVYŘEŠENĚ, ČIMŽ PAMA SOBĚ DOKÁZVALA
HODNĚ ULEHČIT. ŽLIZKY U MĚ ZASE VYVOLALY
VZPOMÍNKY NA PETŮLKY PŘI POVIDÁNÍ SI
O FILMU. AUTOGENNÍ TRÉNINK JSEM SI
OPĚT MOC UŽILA. JINAK SE POKAŽUJÍM
BÝT TU CO HOŽNĚ NEJVÍC, PROTOŽE UŽ MĚ
POMALU DOHÁNÍ MYŠLENKY NA ODCHOD, NA
KTERÝ SE TĚŠÍM, ALE VÍM, ŽE BUDU PROŽÍVAT
I ŽAL. MOC SE TĚŠÍM NA ZPĚJŠÍ VÝLET.
NEDELE
102. DEN (ÚTERÝ) 8.5.18
MŮJ POSLEDNÍ ZÁPIS A VŮBEC NEVÍM
CO NAPSAT. DEN CELKOVĚ JSEM MĚLA
HLAVNĚ PAMA SE SEBOU. BYLA TO

Příloha 8

TRDŠKOU DĚJINA. VÝLET JSEM SI S KOLEGY
VYŽUVALA, ALE V MYŠLENKÁCH JSEM
BYLA HODNĚ I VENKU. ZÍTRA MÁ MOJE
SESTRA JOURD O DĚTI, A VÍM, ŽE TO
PĚKNĚ VŮBEC NEBUDE TAK MĚ TO
NENECHÁVÁ KLIDNĚ I KDYŽ JE MI JASNĚ,
ŽE SVOJI NEVOZITOU NIČEMU NEPOMŮŽU.
TAKY ZÁVRATNÝM TEMPEM BLUŽÍCÍ SE
LOUČENÍ S KOLEGY VE MĚ VYVOLÁVÁ
POCITY PAVŮTKU. DOUFÁM, ŽE ZÍTRA
BUDU MÍT LEPŠÍ DEN A BUDU SE
MOCT LOUČIT S ÚSPĚCHEM. VÁM PANE
PSYCHOLOGU ZA VŠE OPRAVDOVĚ
A OD PRŮDĚKA MOC DĚKUJI.

Rádo se sábo a přeji sílu
do bratra nové kariéry ☺

Příloha 9

Hůskova 2, 618 32 Brno, tel. 548123111
Psychiatrická nemocnice Brno
Brno, Hůskova 2
NS 42 19

Předběžná propouštěcí zpráva

Odd.: 19
Datum narození: ██████████ 1977

Pacient(ka): ██████████
Bytem: ██████████
Svéprávnost: **plná**
ZP: ██████████

byla od **06.12.2018** do **13.12.2018**
hospitalizována na odd. 19 PN s diagnózou F102

PA: MUDr Polášková ██████████
Praktický lékař: MUDR Botíková, ██████████
Kontrola: Do 3 dnů v PA.

Základní údaje o průběhu hospitalizace a doporučení:
Dieta racionální
Medikace k 13.12.2018 :
=====

ANTABUS 400MG 1-0-0, á (út,pá)

Pacientka abslovovala týdenní opakovací léčbu. Náhled je vytvořen velmi kvalitní, motivace k další abstinenci vysoká
prognóza dobrá.

Dopor.: Trvalá a důsledná abstinence!
Pravidelné kontroly v PA, resp.OAT.
Antabus 2x týdně (út,pá) 1 tbl.

Vyjádření průčeschnosti:
Práce schopna od 14.12.2018.

Poznámka:
Poznámka: Podrobná propouštěcí zpráva bude zaslána poštou. Pokud neobdržíte propouštěcí zprávu
do 10 dnů od propuštění, prosíme o její vyžádání.
Děkujeme za spolupráci.
Kontaktní telefon: 548123111

V Brně 12.12.2018

MUDr. Veronika LIŠČÍKOVÁ
MUDr. Veronika Lišáková

Příloha: 9: Propouštěcí zpráva Informant 1 z druhého pobytu v léčebně – z archivu autorky

Příloha 10

Ráno jsem vstal sramí hygie-
na ~~na~~ litý. Já celý den
bez jídla nebudu jít v pořadí
na nyzilim. Já asi celý den bude
spát za slava bačkova. Když
mítka m nesmím tak když se
mohl aspoň pustit se ležet bje
každých 10 minut lítam na ka-
chod hygienu a spát.
Piste dary.

Příloha 11

6. 4. Svatební úlevy
Budíček o půl osmě před sněžením
je hygiena a nikoliv kouření mají
nakob na první ranní cigaretu a
kavičku. Pak je sněžením a po
jsem líky a připravujeme si dle na
komuniku. To dříve je komunika
na které se prakticky opakuje něco
báre. Potom jsem šel i s ostatními -
me na vyšetření, ale před vyšetřením
jsem musel učit o rájón WC a sprchy.
A po kontrole se šlo na vyšetření.
Se saccátku jsme si myteli se se
nikam nepijete podobě saccátofosy
ale jodasi se umocerito a pítolo.
A tyti jsme se saccátku jsme se
starku postli pak jsme ksmili kaci-
ny a ryly a stýleté vyšetření jsme
se psacháseti. Potom byl oběd
a po líky. Do jedné jsem si sčítali

Příloha: 11: Deník informant 3: poslední dostupný záznam z deníků 1. část - z archivu autorky

Příloha 12

mul a jak mám jistě film s mate-
rem ABERDEEN. Potom až do večer
bylo volno. Sáhali jsme si dove-
ce neřeklo se. Sice jsme měli v plánu
něco jiného včera ale už nám
skončil film tak přišlo ještě nové
klauzury byly fuč. Potom byla studena-
věže po první desítku. V sedmém
hodin byly léky a po třech byly
raporty a tím mě dneska skončili.
Potom hygiena a pak do deseti de-
liri předse se sítka vstava' se normál-
ně jako se včera dno

Příloha: 12: Deník informant 3: poslední dostupný záznam z deníků 2. část - z archivu autorky

Příloha 14

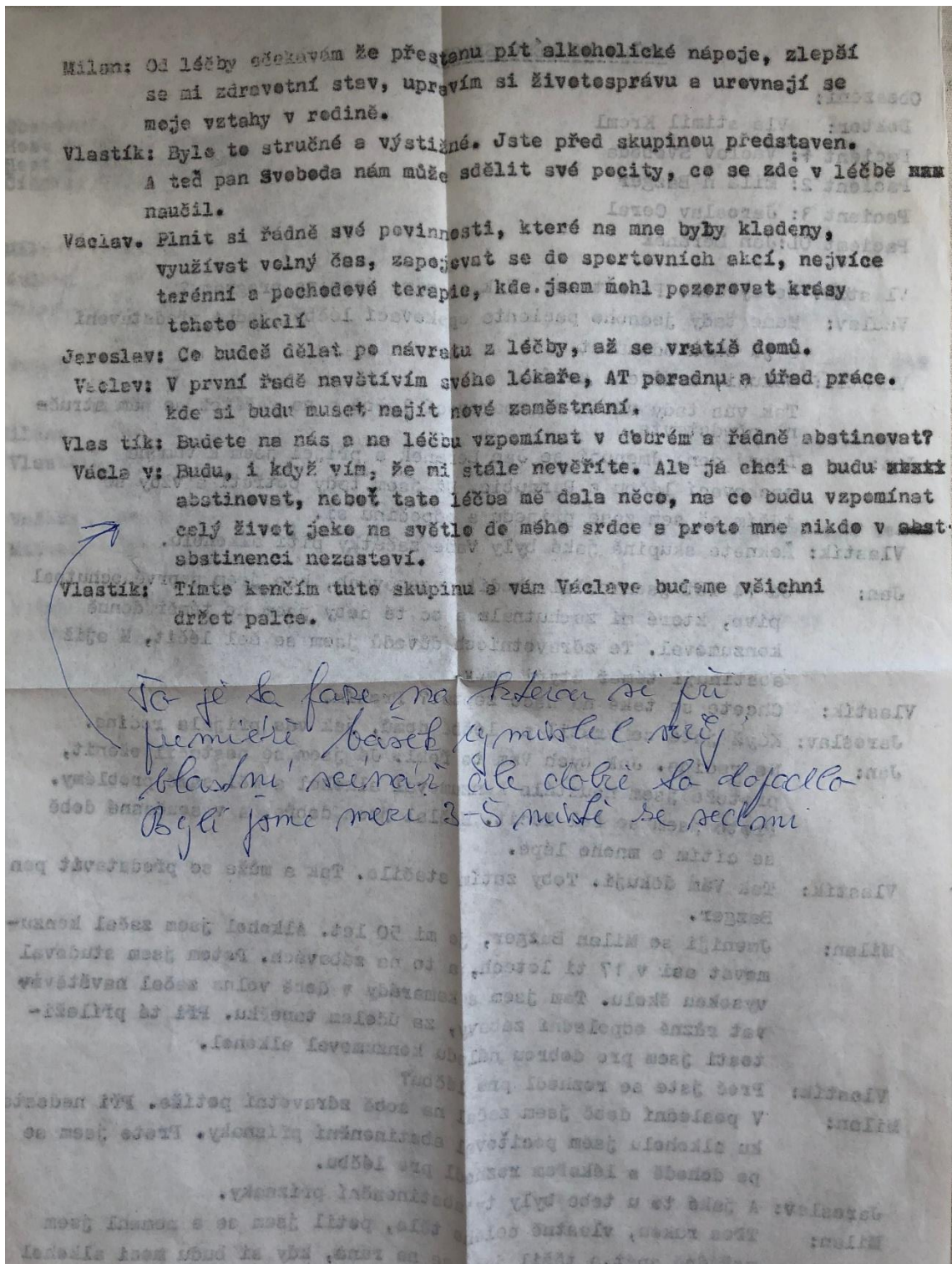
SVĚTO DO MĚHO SRDCE

Obsazení:
Doktor: Vla stimil [REDACTED]
Pacient 1: Václav [REDACTED]
Pacient 2: Mila [REDACTED]
Pacient 3: Jaroslav [REDACTED]
Pacient OL: Jan [REDACTED]

Vlastík: Dobrý den. Posadte se. Tak, co máme dnes na programu?
Václav: Máme tady jednoho pacienta opakovací léčby, jedno představení a já budu odcházet.
Vlastík: Děkuji, a můžeme začít.
Tak vás tady vítám na opakovací léčbě a na začátek se nám stručně představte.
Jan: Dobrý den. Jmenuji se Jan Beránek a přijel jsem k vám na opakovací léčbu z Pardubic. Už jsem tady potřetí a vždy se těším až sem zase přijedu a odpočinu si.
Vlastík: Řekněte skupině jaké byly Vaše začátky pití alkoholu.
Jan: Od 14 let jsem začal chodit pozábavách, kde jsem poprvé ochutnal pivo, které mi zachutnalo a od té doby jsem ho téměř denně konzumoval. Te zdravotních důvodů jsem se šel léčit, M ajiž abstinuji téměř čtyři roky.
Vlastík: Chcete se také na něco zeptat? Prosím.
Jaroslav: Když jste se vrátil po léčbě domů, jak vás přijela rodina.
Jan: Ne rodina. Jak bych Vám to řekl. Já jsem se nestačil oženit, protože jsem neustále konzumoval alkohol a měl samé problémy. Proto jsem se šel léčit. Mělal jsem dobře. A v současné době se cítím a mnohem lépe.
Vlastík: Tak Vám děkuji. Teby zatím stačilo. Tak a může se představit pan Bažger.
Milan: Jmenuji se Milan Bažger, je mi 50 let. Alkohol jsem začal konzumovat asi v 17 ti letech, a to na zábavách. Potom jsem studoval vysokou školu. Tam jsem s kamarády v době volna začal navštěvovat různé odpolední zábavy, za účelem tanečku. Při té příležitosti jsem pro dobrou náladu konzumoval alkohol.
Vlastík: Proč jste se rozhodl pro léčbu?
Milan: V poslední době jsem začal na sobě zdravotní potíže. Při nedostatku alkoholu jsem pociťoval abstinenční příznaky. Proto jsem se po dohodě s lékařem rozhodl pro léčbu.
Jaroslav: A jaké to u tebe byly ty abstinenční příznaky.
Milan: Třes rukou, vlastně celého těla, potil jsem se a nemohl jsem pořádně spát. a těšil jsem se na ráno, kdy si budu moci alkohol obstarat.
... na léčby očekáváte?

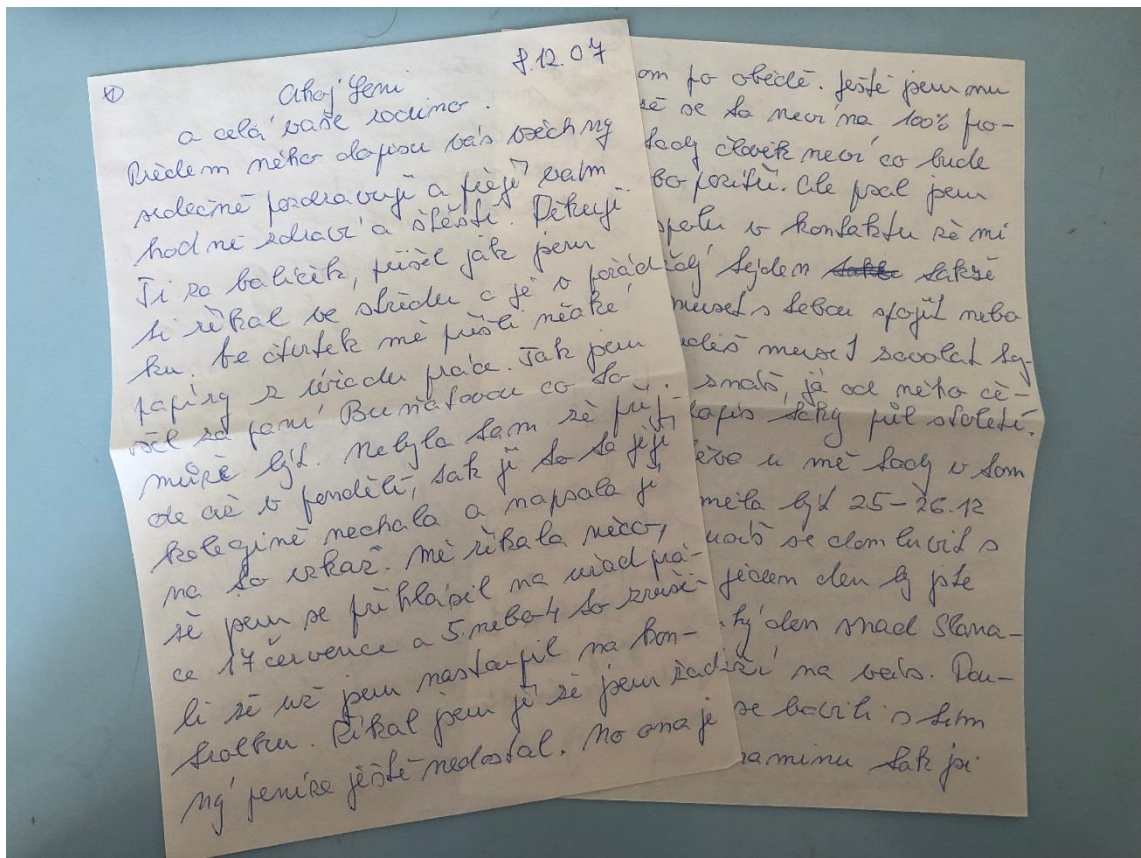
Příloha: 14: Druhá divadelní hra z Želivu (1. část) - informant 3 - z archivu autorky

Příloha 15



Příloha: 15: Druhá divadelní hra z Želivu (2. část) - informant 3 - z archivu autorky

Příloha 16



Příloha: 16: Ukázka dopisů sestře - informant 3 - z archivu autorky