

Masarykova univerzita

Filozofická fakulta

Psychologický ústav

**Kvalita života abstinujících závislých na alkoholu
s absolvovanou KBT léčbou**

Rigorózní práce

Autorka práce: Mgr. Alena Staňková

Brno 2014

Děkuji mému manželovi, dětem a rodičům za podporu a pomoc.

Poděkování patří respondentům za ochotu, svědomitost a trpělivost, s níž přistoupili k realizovanému výzkumu.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto rigorózní práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Červené Řečici dne 20. 6. 2014

Podpis.....

Mgr. Alena Staňková

Obsah

Úvod	1
Teoretická část	3
1 Koncepční východiska problematiky užívání alkoholu	3
2 Teoretické vymezení alkoholové závislosti	6
2.1 Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí	6
2.2 Typologie abúzu alkoholu	7
2.3 Vývojová stadia závislosti na alkoholu podle Jellinka	8
3 Faktory ovlivňující vznik závislosti na alkoholu	10
3.1 Osobnostní dispozice ke vzniku závislosti na alkoholu	10
3.2 Biologické teorie vzniku závislosti na alkoholu	10
3.3 Sociologické teorie vzniku závislosti na alkoholu	12
3.4 Psychologické teorie vzniku závislosti na alkoholu	12
3.5 Integrativní modely vzniku závislosti na alkoholu	15
3.6 Společenské příčiny a jiné faktory vzniku závislosti na alkoholu	15
4 Zdravotní důsledky spojené s užíváním alkoholu	17
4.1 Výzkum v oblasti zdravotních dopadů nadužívání alkoholu	19
4.1.1 Účinky alkoholu na CNS	19
4.1.2 Akutní symptomatické záchvaty a status epilepticus	19
4.1.3 Alkohol a tremor	20
5 Sociální důsledky závislosti na alkoholu	20
5.1 Úskalí partnerského vztahu jedince závislého na alkoholu	20
5.2 Děti v rodině závislého na alkoholu	22
5.3 Důsledky závislosti na alkoholu v oblasti profese	24
5.4 Sociální okolí závislého	25
5.5 Kriminální činnost spojená s užíváním alkoholu	26
6 Léčba závislosti na alkoholu	27
6.1 Základní předpisy týkající se léčby závislosti na alkoholu v ČR	27
6.2 Proměnné ovlivňující účinnost léčby	28
6.3 Fáze léčby závislosti	30
6.4 Ústavní léčba	30
6.5 Ambulantní léčba	31
7 Psychoterapeutické přístupy v terapii závislosti	32

7.1	Psychodynamický přístup k terapii závislosti	33
7.2	Kognitivně behaviorální přístup při léčbě závislosti	34
7.2.1	Behaviorální teorie závislosti a behaviorální přístup k léčbě	35
7.2.2	Kognitivní události, procesy, schémata a jádrová přesvědčení	37
7.3	Terapeutický přístup orientovaný na rodinu	39
7.4	Logoterapeutický přístup při léčbě závislosti na alkoholu.....	41
7.5	Motivační přístup.....	42
7.6	Přístup Anonymních alkoholiků.....	44
8	Abstinence od alkoholu.....	45
8.1	Terapeutické pomůcky vhodné pro setrvání v abstinenci.....	46
8.2	Svépomocné skupiny	49
8.2.1	Charakteristika činnosti svépomocných skupin.....	49
8.2.2	Hlavní principy svépomocných skupin	50
8.2.3	Typy svépomocných skupin v ČR.	51
9	Současný vývoj výzkumu závislosti na alkoholu	52
9.1	Základní údaje o užívání alkoholu v ČR.....	52
9.2	Výzkum v oblasti zdravotních a společenských škod působených alkoholem.....	52
9.3	Výzkum z oblasti terapie závislosti na alkoholu	53
9.4	Výzkumné studie z oblasti prevence závislosti na alkoholu	56
10	Kvalita života u závislých na alkoholu	57
10.1	Pojetí kvality života	58
10.1.1	Psychologický přístup	58
10.1.2	Medicínský přístup.....	59
10.1.3	Filozofický přístup	59
10.1.4	Sociologický přístup.....	60
10.1.5	Ekologický přístup	61
10.1.6	Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života.....	61
10.2	Roviny kvality života.....	62
10.3	Osobnost a kvalita života	63
10.4	Proměny kvality života v čase.....	65
10.5	Faktory, které se mohou na kvalitě života podílet - výzkumy	66
10.6	Výzkumy v oblasti kvality života u osob závislých na alkoholu	67
10.7	Přístupy ke zjišťování kvality života	68

11	Výzkumné cíle.....	71
12	Metoda	72
12.1	Výzkumný soubor.....	72
12.2	Nástroje	73
12.2.1	Dotazník kvality života SQUALA	73
12.2.2	Čára života.....	75
12.2.3	Strukturovaný rozhovor.....	76
13	Výsledky výzkumu	78
	Popis výzkumného souboru	78
13.1	Vyhodnocení Dotazníku subjektivní kvality života (SQUALA)	80
13.2	Představení čar života, průvodní komentář a strukturovaný rozhovor	86
13.2.1	Charakteristiky čar života - tvar.....	99
13.2.2	Rozbor čar života a interpretace.....	101
13.2.3	Významné události na čáře života.....	102
13.3	Kvalitativní zhodnocení strukturovaného rozhovoru	104
14	Diskuse.....	119
15	Závěr	125
16	Literatura.....	127
17	Přílohy.....	139

ÚVOD

„Vino působí, že i moudrý zbloudí“

Šalamoun

Předkládaná rigorózní práce vychází jak z teoretických tak empirických poznatků shromážděvaných několik let.

Zejména se pokusím odpovědět na několik otázek těsně svázaných se zkušeností v práci s osobami závislými na alkoholu a také jejich příbuznými. Monitoruje jejich vývoj závislosti z období před kontaktem s odborníkem, během terapie ústavní i ambulantní. Podává nevšední svědectví o tom, jaký je jejich život v nechráněném prostředí – o abstinenci.

Závislost na alkoholu je ve společnosti významným fenoménem, který se dotýká nejen osob pijících alkoholické nápoje, ale významně negativně mnohdy ovlivňuje životy lidí v jejich blízkém, či vzdálenějším okolí.

Závislost na alkoholu se prolíná napříč spektrem vzdělání, společenského a ekonomického postavení, uplatnění a věku. Práce se závislými na alkoholu má v naší zemi dlouholetou tradici, terapie závislosti se neustále propracovává a směřuje k zlepšení své účinnosti. Specifičnost terapie závislosti je zejména v její systematické, kreativní, dlouholeté práci. Nelze opomenout vliv osobnostních rysů terapeuta, vypěstování pevného důvěryplného terapeutického vztahu, který se významně odráží na celém průběhu léčby závislého.

Pro zefektivnění práce odborníků v pomáhajících profesích je důležité sledovat jejich kvalitu života, tj. jaký dopad má onemocnění a jeho léčba na jedince, na jeho fyzický či psychický stav, na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti. Hlavním důvodem sledování kvality života je, abychom viděli výsledky léčby v širším kontextu, nejen tedy v samotném vymizení příznaků, charakteristických pro dané onemocnění, ale i následnou celkovou spokojenost s životem. Právě kvalita pacientova života je nejlepším ukazatelem úspěšnosti léčby.

Ke konceptu kvality života můžeme přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci ve všech oborech přiklání k subjektivnímu

hodnocení kvality života jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka. Zjišťování kvality života pak doplňuje objektivní ukazatele o zdravotním stavu pacienta.

Námětem této práce byly výzkumy odborníků zabývajících se kvalitou života svých pacientů, zjištěná kvalita života je ukazatelem dalších postupů a následné použití metod v terapii. Mým záměrem bylo zjistit motivy pro léčbu závislosti na alkoholu, identifikovat respondenty vyzdvížené užitečné postupy v léčbě a zejména zhodnotit kvalitu života pacientů v abstinenci.

Tématika závislosti na alkoholu mě provází již od středoškolské odborné činnosti až po téma diplomové práce, závěrečná témata atestační práce i projektu k ukončení akreditovaného psychoterapeutického výcviku. Rigorózní práce téma závislých neopouští, neboť klientům s touto problematikou v jakékoliv fázi jejich snažení o zlepšení kvality života nejraději pomáhám.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Koncepční východiska problematiky užívání alkoholu

Celospolečenské důsledky užívání alkoholu jsou alarmující. Rozsáhlé dopady užívání alkoholických nápojů jsou podmíněny jeho mírou užívání. Spotřeba alkoholu na osobu se obvykle odvozuje z prodeje a z daní, ale může být též z čísel vycházejících z výroby, vývozu a dovozu. Při použití tohoto ukazatele dospělí občané EU vypijí 12,5 litru čistého alkoholu za rok, nebo 26,9g čistého alkoholu za den. V EU je konzumováno dvakrát více alkoholu na hlavu, než je tomu celosvětově. Celosvětový průměr v roce 2004 byl 6,1 litru na hlavu dospělého člověka (WHO, 2011).

Příloha č. 1, tabulka č. 1 přehledně znázorňuje spotřebu alkoholu na úrovni Evropských států. Mezi zeměmi EU jsou značné rozdíly, ale dokonce i země s nejnižší úrovní spotřeby je výrazně nad celosvětovým průměrem. Celosvětový model pití alkoholu 2005 uvádím v příloze č. 1 tabulce č. 2.

Ze sdělení v mezinárodním časopise *The Globe*, který se zabýval alkoholovou a drogovou problematikou vyplývá, že ve spolupráci s Evropskou unií a se Světovou zdravotnickou organizací státy v Evropě věnují na problémy týkající se nadměrné konzumace alkoholu více než tři a půl bilionu korun ročně (125 miliard eur). Je to částka čtyřikrát vyšší než celý státní rozpočet ČR. Polovina uvedené částky připadá na snížení produktivity práce vlivem alkoholu. Zajímavá je myšlenka, že alkohol vyvolává obrovské problémy i tehdy, když nejde o závislost na alkoholu. Opilost zavinuje 1. jednu ze čtyř vražd, 2. jednu ze šesti sebevražd, 3. jednu ze tří smrtelných dopravních nehod, 4. jeden ze sedmi případů zneužívání dětí a 5. v polovině případů domácího násilí má alkohol spoluúčast (American Journal of Psychiatry, 2005).

Alkoholu se také připisuje 9,2% podíl celkového počtu let života strávených v nemoci. Z hlediska veřejného zdravotnictví je zájem o problematiku alkoholu určen jednak místem alkoholu v současné společnosti a zejména pak složitými interakcemi alkoholu ve vztahu ke zdraví. Existuje evidence o podílu alkoholu na celkové mortalitě (Rehm, Gmel et al., 2003), a to nejen s ohledem na zřejmou souvislost s úrazy (Gmel et al., 2006; Sovinová et al., 2002),

ale také vzhledem k řadě onemocnění, na jejichž vzniku či průběhu se pití alkoholu spolupodílí.

Zpráva o alkoholu a zdraví ve světě, kterou vydala 2011 Světová zdravotnická organizace (WHO, 2011), přinesla řadu pečlivě dokumentovaných poznatků o zdravotních dopadech škodlivého pití. Alkohol podle zprávy odpovídá za 4% celkové roční úmrtnosti ve světě, přičemž nejčastěji jde o úmrtí v důsledku úrazů, nádorových onemocnění, kardiovaskulárních chorob a onemocnění jater. Zdůrazněna je skutečnost, že alkohol v rostoucí míře nepříznivě zasahuje zdraví dospívajících a mladých dospělých ve věku 15 až 29 let. V této věkové skupině bylo v roce 2005 evidováno 320 000 úmrtí, na nichž se podílel alkohol, tj. 9 procent roční mortality.

Příčinný vztah byl prokázán mezi alkoholem a rakovinou dutiny ústní, hltanu, hrtanu, jícnu, jater, tlustého střeva, rekta a prsu (Baan et al., 2009; Room, Rehm, 2011). Současné epidemiologické studie udávají relativní rizika vzniku onemocnění zmíněnými nádorovými chorobami, resp. úmrtí pro tato onemocnění v závislosti na dávkách konzumovaného alkoholu (Rehm et al., 2010). Například při denním příjmu 30 gramů alkoholu je relativní riziko úmrtí na jaterní cirhózu 2,8 pro muže a 7,7 pro ženy (Rehm, Taylor et al. 2010).

Kromě nádorových onemocnění je prokázán podíl nadměrné spotřeby alkoholu u mnoha dalších onemocnění a poruch (Gutjahr et al., 2001, Ridolfo, Stevenson, 1998, Rehm et al., 2003). Jsou to zejména kardiovaskulární onemocnění (hypertenze, koronární onemocnění srdce, cerebrovaskulární onemocnění), neuropsychiatrické poruchy (epilepsie, deprese, závislost na alkoholu) a onemocnění trávicího traktu (zejména alkoholová jaterní cirhóza). U většiny těchto onemocnění jsou rovněž známá relativní rizika mortality v závislosti na pohlaví a dávce alkoholu (Rehm et al., 2003).

Úmrtí způsobené alkoholem v Evropě se značně liší podle pohlaví a oblasti. U mužů nejvíce přispívá k úmrtnosti způsobené alkoholem jaterní cirhóza (26 %) a neúmyslná ublížení (23 %), následované rakovinou (16 %) a úmyslným ublížením (15 %). U žen více než dvě třetiny smrtí způsobených alkoholem vzniká z jaterní cirhózy (37 %) a rakoviny (31 %) – největší procento se týká rakoviny prsu 21 %. Dále kardiovaskulární choroby, mimo ischemické choroby srdeční (11,1 %). Existují značné rozdíly mezi regiony – kardiovaskulární choroby kromě ischemické choroby srdeční a ublížení jsou vyšší v středovýchodní a východní Evropě. Duševní a neurologické poruchy jsou úměrně vyšší v severských zemích. Rakovina je úměrně vyšší v jižní Evropě, což je odrazem vyšší úrovně spotřeby (WHO, 2011). Přehled příčin úmrtí způsobených alkoholem v Evropě uvádím v příloze č. 2 tab. č. 1.

Česká republika patří mezi země s vysokou spotřebou alkoholu na obyvatele. Dle Českého statistického úřadu byla (registrovaná) spotřeba v roce 2009 10,4 litrů čistého alkoholu na obyvatele (bez ohledu na věk). Při použití metodiky WHO a se započtením odhadu neregistrované spotřeby byl konzum na obyvatele staršího 15 let 16,5 litrů čistého lihu, tedy o 4,3 litru vyšší, než průměrná spotřeba v evropském regionu. S vysokou spotřebou alkoholu souvisí i vyšší morbidita a mortalita pro nemoci, na nichž se alkohol podílí (Sovinová, Csémy, Procházka 2011). Podrobnou zprávu o alkoholické scéně v české republice uvádím v názorné tabulce o užívání alkoholu v ČR z roku 2011. Indikátory konzumu alkoholu podle pohlaví, věkových kategorií a úrovně vzdělání. Příloha č. 2 : tabulka č. 2.

Nadužívání alkoholu má kromě negativních dopadů na somatické zdraví vliv také na psychický stav jedince. V odborné literatuře je nejčastěji uváděn vztah mezi spotřebou alkoholu a úzkostnými a depresivními poruchami (Manninen et al., 2006). Degradace sociálního fungování a depresivní poruchy vyvolané alkoholem jsou často příčinou zvýšené sebevraždy u problémových konzumentů a u osob závislých na alkoholu.

Kritéria škodlivého užívání alkoholu naplňuje až 1,3 miliónu obyvatel. V roce 2005 se u nás kvůli závislosti léčilo 27 tisíc pacientů. Lidé závislí na alkoholu u nás dlouhodobě tvoří přibližně kolem 30-40% celkového počtu pacientů psychiatrických lůžkových zařízení (Popov, 2003).

Velká část závislých se zároveň léčí s jinými duševními poruchami. Přítomnost duševní poruchy 2 – 3 krát zvyšuje pravděpodobnost vzniku závislosti na alkoholu (Fischer, Škoda, 2009). Duševní porucha může představovat dispozici pro vznik závislosti a závislost může mít závažné důsledky pro vznik dalších psychických onemocnění (Záleský, 2007), například úzkostných poruch, poruch nálady (Praško, Možný, Šlepecký, 2007) a poruch osobnosti (Leeds, Morgenstein, 1999, Beck a kol., 1993).

V odborné literatuře jsou uváděny rozdílné údaje, podle kterých má duální diagnózu mezi 40 až 75 procenty závislých, což je způsobeno skutečností, že závislí si mohou přát, aby byla léčena pouze jejich afektivní porucha, a vlastní závislost mohou pokládat za druhotnou.

2 Teoretické vymezení alkoholové závislosti

2.1 Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

Definice alkoholové závislosti, tak jak je užívána odborníky v běžné klinické praxi i výzkumu, vychází z výše uvedené revize MKN a zahrnuje ji pod skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Zde může být důkaz, že návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje (Nešpor, 2011).

Jak uvádí náš přední současný odborník na alkoholovou závislost Nešpor (2011), měla by se definitivní diagnóza závislosti obvykle stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- c) somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit či odstranit odvykací příznaky,
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo, nebo usmrtilo uživatele bez tolerance),
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxického poškození myšlení (Nešpor, 2011).

2.2 Typologie abúzu alkoholu

Vývojem abúzu se poprvé zabýval americký psychiatr českého původu E. M. Jellinek v roce 1952. Jeho dělení na základní vývojová stádia abúzu a 5 základních typů se v odborné klinické praxi používá dosud.

Základní typy abúzu stanovil podle vnitřních souvislostí Jellinek takto (Kvapilík, 1985; Skála, 1987):

a) Typ Alfa

Vyskytuje se u lidí s nevyváženou psychikou. Člověk tohoto typu má většinou problémy s vnitřními konflikty. Alkohol tedy užívá především pro jeho anxiolytické účinky odstranění úzkosti. Díky alkoholu se může také lépe sblížit s druhými lidmi. Tento typ závislosti je tedy podmíněn psychogenně. Tento typ abúzu se nevykazuje fyzickou závislostí či progresí. Z alfa typu může vzniknout typ gama.

b) Typ Beta

Lidé tohoto typu jsou více sociálně konformní. Tento typ abúzu je tedy podmíněn sociogenně. Většinou se jedná o příležitostné požívání alkoholu v nějaké společnosti. Jedinec se přidává k pracovnímu nebo popracovnímu pití, protože se nechce lišit od ostatních, i když sám by neměl potřebu se napít. Jeho motivací je, aby se neodlišoval od ostatních. Většinou nevzniká fyzická závislost, ale je zde možný přechod k typu delta.

c) Typ Gama

Má také primárně sociální charakter, ale už zde vzniká progrese a závislost na alkoholu, i když jde zprvu o fyzickou závislost. Během gama typu abúzu dochází ke kvalitativním změnám i metabolicky podloženým. Typickými rysy jsou nespolehlivost a poruchová kontrola v konzumaci alkoholu. Dříve byl označován jako anglosaský druh pití alkoholu. Většinou převažuje u mužů.

d) Typ Delta

V tomto typu se již vytváří somatická závislost na alkoholu. Bývá také označován jako alkoholická toxikomanie. Vyznačuje se neustálou konzumací alkoholu s vysokým rizikem poškození (cirhóza, delirium tremens). Jedná se o samotářské pití typické spíše pro ženy. Bývá často dlouho utajován, a proto uniká pozornosti okolí.

e) Typ Epsilon

Jedná se o typ abúzu, který je označován jako epizodický se změněnou kontrolou. Jinak ho také nazýváme jako kvartální pití, či dipsomanie. Po dlouhé abstinenci či úzu se objeví rozjezd abúzu a ten trvá několik dnů i týdnů. V této chvíli pak dotyčný uživatel alkoholu ztrácí schopnost docházet pravidelně do práce, odchází od rodiny, většinou vše propije a často se zadlužuje.

V terminologii závislosti je mezi odbornou veřejností používáno pracovní rozdělení, které uvádí Nešpor a Csémy ve svých pracích (Nešpor, Csémy 2003).

Rizikové užívání alkoholu - Ke zdravotnímu poškození zatím, nedošlo, ale pokud konzument alkoholu bude takto pokračovat, pravděpodobně jeho konání zanechá dopady v somatické i psychické oblasti jeho zdraví. S rizikovým užíváním alkoholu je možné se setkat zejména u části adolescentů. Jedná se o pití alkoholu na víkendových oslavách, kde užívají vyšší dávky alkoholu. V ostatních obdobích se chová relativně zdrženlivě. Rizikové pití alkoholu je takový charakter pití, které pravděpodobně povede k poškození zdraví jedince.

Škodlivé užívání alkoholu – Je diagnostikováno tam, kde užívání alkoholu projevuje na somatickém (zhoršená funkce jater), psychickém zdraví (např. epizody depresivní poruchy po těžkém pití). Škodlivé užívání se nediodnostikuje tam, kde se jedná již o závislost (Nešpor, Csémy, 2003).

Závislost na alkoholu – definována v MKN-10

2.3 Vývojová stadia závislosti na alkoholu podle Jellinka

Vývojová stadia závislosti na alkoholu navazují na předchozí typy abúzu. Toto Jellinkovo rozdělení vývojových stádií závislosti se používá již půl století dle Nešpora (2011) je zmíněná Jellinkova klasifikace závislosti na alkoholu z hlediska diagnostiky dnes již překonána.

Přesnou diagnózu zajišťuje MKN-10. Pro práci s klientem je však Jellinkova klasifikace závislosti velmi názorná a snadno uchopitelná.

M. E. Jellinek (1952) popisuje vývojová stádia takto:

1. Stádium počáteční (iniciální): v této fázi uživatel poznává účinky alkoholu jako drogy. Zvyšuje frekvence dávky alkoholu pro dosažení „dobré nálady“. V této fázi udržuje uživatel hladinu alkoholu natolik, aby se neopil, ale zůstal v dobré náladě. Neuvedomuje si, že je v této fázi pro něj alkohol závislostí.
2. Stádium varovné (prodromální): Zde dochází už k občasné opilosti, která ale ještě stále není pro konzumenta dostatečným varovným znamením. Mění se způsob a dávky alkoholu. Těmto dávkám se organizmus ještě dovede přizpůsobit. V tomto stádiu je typické pití ve skupinách, kde se odpovědnost za pití lépe „schová“.
3. Stádium rozhodné (krucální): Do tohoto stádia se dostane každý 7. - 10. závislý uživatel alkoholu. V této fázi se již uživatel stává závislým a přestává ovládat kontrolu nad svým pitím. Typické pro toto stádium je objevování tzv. okének – mezery ve vzpomínkách na to, co se odehrálo předchozí den a s tím je spojená nejistota. Čím dál více se stává, že se piják opije 2 – 3 sklenicemi piva či vína. Pokud mu jeho okolí naznačí, že by měl přestat pít, zkusí vydržet bez pití pár dnů či týdnů a nabude znovu ztracenou sílu vůle. Většinou však znovu začne pít a shání důvody pro to, proč to udělal. Vinu přisuzuje svému okolí. Toto stádium trvá léta a někdy i desetiletí.
4. Stádium konečné (terminální): Aby byl závislý schopen pracovat, musí mít tzv. „ranní doušek“, během dne hladinu alkoholu doplňuje. „Tahy“ někdy trvají 2 – 3 dny a dochází tak k úplnému fyzickému a finančnímu zničení. Nejvýznamnější je však snížení odolnosti vůči alkoholu. Zvyšující dávky alkoholu způsobí poškození jater a nervového systému. Pro to, aby se dotyčný opil, stačí už ale velmi malá dávka alkoholu. Objevuje se typický třes rukou, křeče, pomočování a jiné příznaky nastupujícího deliria tremens. V této fázi si už většinou každý uživatel většinou uvědomí, v jaké bezvýchodné situaci se nachází. Bez alkoholu to nejde a s alkoholem také ne.

3 Faktory ovlivňující vznik závislosti na alkoholu

3.1 Osobnostní dispozice ke vzniku závislosti na alkoholu

Z historického pohledu v otázce osobnostních rysů a dispozic k abúzu psychotropních látek neexistuje doposud odborná shoda.

Lze uvést stanovisko J.Bergereta (1982), dle něhož neexistuje hluboká a stabilní psychická osobnostní struktura specifická pro vznik závislého chování, přičemž může vzniknout v kterékoliv struktuře. Autor na druhé straně chápe závislost na psychotropních látkách jako pokus o obranu a o regulaci snížených schopností a deficitů odpovídajících charakterové neuróze, patologickým obranám (zvl. projekcí), asocialitě, regresi pudů, identifikačním potížím s rodičovskými figurami, emočním afektivním problémům, neschopnosti být sám, autoagresivitě.

Vojík s Břicháčkem (1987) v rámci svého rozsáhlého výzkumu analyzovali vzorek 1011 mladistvých drogových abuzérů (včetně kombinace s alkoholem). Zjistili u nich poruchy osobnosti v téměř 95 %. Nejčastěji konstatovali disharmonický vývoj osobnosti a polymorfni psychopatii (35 %), sociálně maladaptivní poruchy (28 %) a poruchy astenické (17 %). Vojík (1987) konstatoval u 2/3 vzorku nezdrženlivost, požívačnost, výbušnost, sociopatické projevy, deficit pozornosti, hyperaktivitu, u části vyšetřovaných naopak hypersenzitivitu a psychastenii.

V adiktologické literatuře popisuje Kalina (2003) osobnostní patologie s přihlédnutím k etipatogenetickým vlivům a je tendence k dichotomiím: modely geneticko - biologické včetně temperamentu oproti psychologickým teoriím. U těchto posledních je další rozlišení mezi psychoanalytickými koncepcemi a přístupy kognitivně – behaviorálními. Z takového schématu částečně vychází následující výklad.

3.2 Biologické teorie vzniku závislosti na alkoholu

Predispozice k závislosti v tomto případě vytvářejí biologické znaky. Tato teorie vnímá závislost na alkoholu jako nemoc. Jde tedy ruku v ruce s medicínským konceptem o vrozené biologické bázi.

Mezi biologické teorie se řadí: genetická teorie, enzymové teorie, dopamin-endorfinová teorie a neurobiologický model závislosti (Novotný, 2010).

- a) Genetické teorie - podle této teorie obsahuje genetický kód každého lidského jedince dispozici, která podmiňuje vznik závislosti a rozvíjí ji. Genetická věda hovoří o tzv. „genu závislosti.“ Zajímavé výsledky výzkumných studií uvádí v této souvislosti celá řada autorů, např. výzkumy o genetických teoriích uvádí v odborném časopise Alkoholismus a drogové závislosti Novotný (2010). Autor poukazuje na zjištění, že v rodinách, kde je závislý otec, mají jejich děti vyšší sklon k alkoholismu v těchto procentech: 27 % mužských potomků a 4,9 % ženských potomků. V tzv. rodinných studiích zjistila Cottonová (1979 in Novotný 2010), až šestinásobný výskyt alkoholismu v rodinách alkoholiků.
- b) Enzymové teorie - spojují vznik a rozvoj závislosti na alkoholu se změnami v působení základních enzymů odbourávajících alkohol. Skurský a Khayrollah (1980) publikovali práci o zachycení frakce sérové alkoholdehydrogenázy, kterou nazvali izoenzym π ADH. Vzhledem k tomu, že tento izoenzym byl zjištěn jen u některých jedinců, kteří vykazovali současné příznaky abúzu nebo závislosti na alkoholu, byla vyslovena hypotéza o příčinném vztahu, resp. součinnosti izoenzymu π ADH při rozvoji závislosti na alkoholu (Řehan, 1994).
- c) Dopamin endorfinová teorie
Zformulována na základě průkazu opiátových receptorů, endogenních opiátů a tvorby izochinolinových alkaloidů při abúzu alkoholu. Předpokládá se, že při požívání alkoholu vznikají izochinolinové alkaloidy, jež obsazují opiátové receptory. Tím nahradí endogenní opiáty (endorfiny), které chybí buď primárně, nebo jsou eliminovány izochinolinovými alkaloidy. Ty vznikají při požívání alkoholu. Vzniká báze „chemického“ nutkání k pokračování v pití, tedy abúzu a poté i prohlubující se závislosti (Řehan, 1994).
- d) Neurotransmitterová teorie
Vychází ze sledování vylučování a hladiny neurotransmiterů v mozku po podání alkoholu. Pokles hladiny noradrenalinu a dopaminu v mozku může způsobit depresivní stav. Ve snaze po jeho rychlém odstranění je člověk puzen požit další

dávku alkoholu. Dochází ke zmírnění deprese, která se po odeznění účinku alkoholu opět zhorší. Následuje touha po opakovaném napití a dochází ke vzniku psychické závislosti na alkoholu (Skála, 1987).

3.3 Sociologické teorie vzniku závislosti na alkoholu

Sociologické teorie hledají příčinu závislosti v makrosociálních proměnných. Z této teorie plyne, že jedinec je součástí společnosti, a proto podléhá zákonitostem jejího fungování (Řehan, 2007).

Jednou ze sociologických teorií jsou klasické studie. Ty poukazují na zvyšující míru napětí a sociálních tlaků ve společnosti, která se mění. Mění se i pracovní podmínky, vytvářejí se nové profese a nová technika, což nese i jiné nároky na společnost. Ne každý je schopen se těmto novým podmínkám přizpůsobit a tak vzniká tzv. sekundární negramotnost. Výzkumem klasických studií se věnoval Bales (1946, in Řehan, 2007). Ten analyzoval 4 základní typy požívání alkoholu:

- a) Abstinentní - alkohol je chápán jako ohrožení základních sociálních norem.
- b) Rituální - v tomto případě je alkohol chápán jako součást rituálů.
- c) Konviální - alkohol upevňuje vztahy ve společnosti.
- d) Utilitární - konzumace alkoholu pomáhá k osobnímu uspokojení.

3.4 Psychologické teorie vzniku závislosti na alkoholu

Vzhledem k cílům práce jsem se v následující kapitole věnovala pouze stěžejním psychologickým přístupům, které poskytují základní aktuální teoretický rámec pro uchopení dané problematiky závislosti na alkoholu. Podrobný popis všech psychologických směrů a jejich výklady by zasloužily samotné zpracování v přehledové práci.

Psychické faktory, které zapříčiní vznik závislosti, mohou pramenit z individuálních potřeb člověka, ale důležitým faktorem je i sociální tlak. Může se jednat například o tlak z vrstevnické skupiny.

Řehan (2007) uvádí několik základních psychologických příčin vzniku závislosti:

- Teorie redukce tenze, kterou formuloval Masserman. Ten předpokládal, že drogové účinky alkoholických nápojů redukuje tenzi. Pod pojem tenze zahrnoval strach, úzkost, stres a frustraci.
- Teorii inklinací k moci se zabýval McClelland. Podle něj muži, kteří více aspirovali na zvýšení moci, pili excesivněji, což mělo změnit jejich pocity o vlastní nedostačivosti. Mohli si tak v alkoholické ebrietě odehrát svůj pocit o žádanou pozici moci.

Základní psychologické směry, které se zabývaly vznikem a vývojem závislosti na alkoholu jsou tyto:

Behaviorální psychologie a teorie učení - behaviorální psychologie vnímá chování člověka v podstatě jako naučený vzorec. Analogicky chování alkoholika je naučený vzorec a je tedy možné ho „odučit“. Samotné „odučení“ bylo postavené na tom, aby pacient začínal jakoby od začátku a mohl se tedy naučit pít v mezích tolerované konzumace. Tyto pokusy se však ukázaly jako nemožné. Žádoucím výsledkem pro udržení forem chování se stala abstinence.

Behaviorismus nazírá na alkoholismus jako na naučenou reakci či chování vznikající na základě odměňujícího efektu alkoholu a jeho anxiolytických a tenzoredukčních vlastností. Tímto působením dochází k posilujícímu efektu chování vedoucímu k užívání alkoholu (Řehan 2007).

J. Skála (1977) chápe alkoholismus jako určitý naučený způsob reagování na zažívané stresové či konfliktní situace. S tímto názorem koresponduje i přístup A. Bandury (1991), který uzavírá, že lidé náchylnější či vnímavější ke stresu budou alkohol pro jeho centrálně stimulační účinky a tlumivé funkce více užívat.

Psychoanalytická psychologie - Psychoanalytici poukazují na vznik tzv. prealkoholové osobnosti. Tato osobnostní struktura se vytvořila fixací libida v orální fázi v důsledku neadekvátního, citově oploštělého přístupu matky v útlém dětství (orálně pasivní, orálně depresivní osobnost). Prvotní názory byly rozšířeny v tom smyslu, že fixace libida v orální fázi vyplývá z prudkého, bezprostředního střídání dvou krajních poloh v daném období. Jedním pólem je nepřiměřené hýčkání a rozmazlování dítěte. Ve druhém případě jde o nepřiměřenou opatrnost, starostlivost až sterilitu projevu ze strany obou rodičů.

Fixační příčina může být i v naprosté orální frustraci. Postupem času došlo k rozšíření teorie, že porucha může vzniknout ve všech fázích vývoje (dle Freudovy vývojové teorie – v orálním, análním, falickém, latentním, genitálním stadiu). Výsledná struktura osobnosti se dle fáze vzniku liší. Lepší prognózu úspěšnosti léčby mají ti, u nichž došlo k fixaci v pozdějších fázích vývoje. Jedna z prvotních teorií řešících vznik závislosti jako nezávislého uspokojování je hypotéza narcistického uspokojení. Freud za primární závislé chování považoval masturbaci, kterou lze velmi snadno docílit pocitu libosti a uspokojení. Užívání psychoaktivních látek je v tomto smyslu jen odlišnou formou relativně snadného a rychlého mechanismu sebeuspokojení, které nevyžaduje dlouhé úsilí, ani nutnost vzniku sociálního vztahu (Váchová, 2009).

Neopsychoanalýza, ego-psychologie - neopsychoanalytické směry se namísto primárního studia hlubinné psychoanalýzy, tj. otázky, jaká je osobnost pijícího jedince, zaměřovaly na otázku, proč jedinec pije a jakou funkci má alkohol v jeho životě. Otázky funkce alkoholu u osobnosti formuloval K. Levy (1958) (in Řehan, 1994), který se zaměřil na psychodynamické funkce, jako jsou změny vědomí, chování a symbolické funkce, které se projevují vybitím a stažením. Dále se tyto funkce projevují v odreagování emoční tenze, zmírnění strachu a pocitů viny. Pomocí alkoholu ve vyšších dávkách dochází ke kompenzaci nedostatečných sociálních kompetencí, k uvolnění masochistických, agresivních a potlačených sexuálních tendencí. Ego-psychologie předpokládá vztah mezi jedincem závislým na alkoholu a jeho ego-defenzivními mechanismy. Zkoumá problematiku obranných mechanismů a působení alkoholu na jedince s nedostatečně rozvinutými nebo narušenými ego-funkcemi. Z tohoto hlediska lze závislost na alkoholu považovat za autoterapeutickou snahu jedince regulovat vnitřní vnímaná či tušená rizika představující dezintegraci osobnosti založené na poruše ega. Ego-psychologie za základní příčinu závislosti na alkoholu považuje extrémně nízkou frustrační toleranci a zábrany vzruchů ega (Procházka, 2011).

Humanistická psychologie spatřuje v závislostním chování symptom narušení přirozených seberealizačních tendencí vlivem zpochybnění sebe sama a ohrožení autentických vztahů k ostatním lidem. Psychoaktivní látky zdánlivě pomáhají prožitku sebeuchopení, eliminují pochybnosti a umožňují obnovit pocit seberealizace nebo jen dodávají pocit pohody a bezstarostnosti. Po vystřízlivění se prvotní prožitková krize ještě prohloubí, což je jedním z motivů recidivy (Váchová, 2009).

3.5 Integrativní modely vzniku závislosti na alkoholu

Zásadním stanoviskem integrativních modelů je funkční skloubení působení různých vlivů, které spoluovlivňují či potencují rozvoj alkoholové závislosti. Jeden z nejznámějších a v podmínkách ČR nejužívanějších modelů je Urbanův integrační model. Urban převzal model tří intervenujících proměnných od Kielholze, který rozšířil o čtvrtou proměnnou a vznikl tak tetraedr – propojený systém faktorů, které se podílejí na vzniku závislosti. Jsou to faktory (Řehan, 2007).:

- a) Farmakologický („droga“)
- b) Environmentální („prostředí“)
- c) Somatický a psychický („onanismus“)
- d) Provokující („podnět“)

Multifaktoriální model pohledu na závislost poskytla i celá řada dalších autorů, např. i Možný, Praško (2007) dle nich se na jejím vzniku podílí:

- a) Geneticko - biochemické faktory (např. látková výměna endorfinů).
- b) Osobnostní charakteristiky jedince (např. impulzivita, touha po vzrušení a vyhledávání nového).
- c) Faktory socializace v raném dětství – rodina (výchova, vzory, vztahy).
- d) Faktory sociálního prostředí (přístupnost psychotropních látek, skupinové tlaky).
- e) Spouštěcí podmínky (párové konflikty, osamělost, izolace, úzkostná symptomatika, bolestivá symptomatika, deprese, poruchy spánku).

3.6 Společenské příčiny a jiné faktory vzniku závislosti na alkoholu

V předchozí části práce uvádím základní teorie, které zkoumají vznik závislosti. Mezi další významné podněty vzniku závislosti patří jistě i společnost a širší sociokulturní a socioekonomické vlivy dané země. Společenské příčiny, vedoucí ke zneužívání alkoholu rozdělil v našich podmínkách již zakladatel české adiktologie J.Skála (1988, s. 35) takto:

- a) Sbližující účinek alkoholu, který v sobě nese podceňované riziko pro některé jedince.

- b) Nedostatečná připravenost lidí a institucí na správné využívání volného času a nevhodná forma jeho trávení, doprovázená konzumací alkoholických nápojů, především u mladých lidí.
- c) Nedodržování zákonných opatření a požívání, resp. podávání alkoholických nápojů dětem, mladistvým, podnapilým apod.
- d) Absence hlubšího životního smyslu, což vede v době hospodářské hojnosti spíše ke „konzumaci“ života, než k jeho tvůrčímu naplnění.“

Absenci hlubšího životního smyslu potvrdila také výzkumná práce Slabého (2007), která potvrdila, že závislost spočívá ve ztrátě svobody. Tím také ovlivňuje svobodné rozhodování člověka a omezuje plnost a smysluplnost života.

K uvedeným příčinám patří také individuální sklony vedoucí k závislosti:

„Důsledky nepříznivého rodinného prostředí a nepříznivých zážitků v dětství, mající za následek citovou nezralost a nevyrovnanost jedince (vyznačujícího se psychickou křehkostí a zranitelností), se uplatňují i vůči alkoholu.

Výskyt zneužívání alkoholických nápojů u nejbližších rodinných příslušníků, především u otce; jeho špatný příklad vede spíše k napodobování, než aby odrazoval.

Zkušenost, že nepříjemné stavy psychiky (úzkost, napětí, nezdary) se dají rychle a výrazně upravit i nepříliš velkou dávkou alkoholu, která ovšem v průběhu času postupně stoupá.

Mimořádné životní situace, které alkohol jakoby pomáhá nést, třeba jen dočasně (Skála 1988).

Mezi další důležité faktory vzniku závislosti řadí Heller a Pecinovská (1996) také:

- Struktury osobnosti postiženého.
- Tolerující postoje společnosti.
- Podnět-startér
- Vznik a opakování situací, v nichž dotyčný dosáhl uspokojení pomocí návykové látky.
- Nepřítomnost jiných dostupných alternativ k řešení situací.

Na kapitolu přibližující alternativy vzniku závislosti na alkoholu plynule navážu popisem zdravotních a sociálních následků abúzu alkoholu.

4 Zdravotní důsledky spojené s užíváním alkoholu

Existuje několik dělení těchto poruch. Základní dělení poskytuje Smolík (1996), který rozděluje poruchy spojené s alkoholismem všeobecně do dvou skupin takto:

- A) Poruchy, které souvisí s přímým účinkem alkoholu na CNS (alkoholová intoxikace, odvykací stav, halucinóza, amnestický syndrom, demence, Wernickeova encefalopatie).
- B) Poruchy způsobené chováním spojené s užíváním alkoholu (abúzus alkoholu, syndrom závislosti).

Rozlišení poruch spojených s užíváním alkoholu (MKN 10,2006):

- F 10.0 - Akutní intoxikace alkoholem
- F10.07 - Patologická intoxikace alkoholem
- F10.2 - Závislost na alkoholu
- F10.3 - Alkoholový odvykací stav
- F10.4 - Alkoholový odvykací stav s deliriem
- F10.52 - Alkoholová halucinóza

- Akutní intoxikace je přechodný stav po požití alkoholu či jiné psychoaktivní látky. Jeho následkem jsou poruchy vědomí, poznávání, vnímání a emotivity, či jiných psychofyzilogických funkcí (Nešpor, Csémy, 2001). Škodlivé užívání má za následek akutní poškození duševní či somatické (Nešpor, Csémy, 2001).
- Patologická intoxikace alkoholem je náhlý počátek agrese a často násilné chování, které je netypické pro střízlivý subjekt. Počátek velmi brzy po vypití takového množství alkoholu, které by u většiny lidí nenavodilo intoxikaci (MKN-10, 2006).
- Syndrom závislosti na alkoholu je diagnóza, která poukazuje na změny v oblasti fyziologické, behaviorální a kognitivní. Užívání návykové látky má v tomto případě u klienta větší přednost než to, čeho si dříve cenil více (Nešpor, Csémy, 2001).
- Alkoholový odvykací stav je skupina různě závažných a různě kombinovaných symptomů, ke kterým dochází při úplném nebo relativním vysazení alkoholu. Odvykací stav může být komplikován křečemi (MKN-10, 2006).
- Alkoholový odvykací stav s deliriem. Je to krátký, avšak někdy život ohrožující stav zmatenosti s přidruženými somatickými poruchami. Obvykle začíná po vysazení

alkoholu. Někdy se vyskytne i v průběhu pijáckého excessu alkoholu. Objeví se nespavost, ulekanost, strach, křečové záchvaty, zastřené vědomí, zmatenost, smyslově živé halucinace a iluze a výrazný tremor (MKN-10, 2006).

- Alkoholická halucinóza typickým jevem je pozvolný nástup této poruchy. Hlavním příznakem je sluchová halucinace zpočátku podobná šumu. Nemocný může mít i děsivé sny (MKN-10, 2006).

Mezi nejvyskytovanější onemocnění spojené s užíváním alkoholu řadíme delirium tremens, alkoholickou epilepsii, Korsakovovu alkoholickou psychózu.

- Delirium tremens je alkoholické duševní onemocnění a život ohrožující stav. Mezi základní příznaky deliria patří třes těla, pocení, problémy se spánkem, celkové vyčerpání, zvýšená teplota, halucinace, narušení orientace místem a časem. V některých případech se může objevit i porucha paměti. V dnešní době již zaznamenáváme velký pokrok v léčbě a to se snížením úmrtnosti. Dříve popisovaly studie až 15 % úmrtnost při deliriu. Novější postupy pomáhají k tomu, že se nyní pohybuje úmrtnost při deliriu do 1 %. (Mayo-Smith et al., 2004 in Nešpor, 2009).
- Alkoholická epilepsie závisí na tom, do jaké míry je porušena CNS. Při menším poškození může dojít k jednomu či dvěma záchvatům. Pokud je však porušení mozkové hmoty větší, může být onemocnění trvalé a pacientovi je naordinována antiepileptická léčba (Heller, Pecinovská, 1996).
- Korsakovova alkoholická psychóza se objevuje při opakovaném deliriu tremens a dlouhodobém abúzu. Dochází při ní k velkému narušení paměti s výskytem konfabulací (Řehan, 2007).

Abúzus alkoholu však může způsobovat i výrazné psychické změny. Negativně ovlivňuje emoční prožívání, nastávají změny v oblasti kognitivních procesů (zhoršuje se paměť, dochází ke ztrátě náhledu, je narušené sebehodnocení). Nastávají také behaviorální změny v sebeovládání, alkohol jako spouštěč agresivity, opouští své zaběhnuté morální normy, podvádí a lže. V důsledku pravidelného pití alkoholu se patologicky přeformuje také jeho smysl života.

4.1 Výzkum v oblasti zdravotních dopadů nadužívání alkoholu

Vzhledem ke skutečnosti, že dané téma sice velmi úzce souvisí se zkoumanou problematikou, nicméně není předmětem výzkumného cíle této práce, uvádíme na tomto místě pouze stručnou sondu do aktuálně zkoumaných zdravotních dopadů nadužívání alkoholu.

4.1.1 Účinky alkoholu na CNS

Chronická konzumace etanolu v nepřiměřeném množství, způsobená abúzem a závislostí, iničiálně vyvolává poruchy funkce, kognice, přičemž dochází k oslabení především verbální dovednosti, slovní paměti, flexibility při řešení úloh, deficitu v percepčně pohybových dovednostech a pozornosti.

Pokud abúzus pokračuje, vznikají změny strukturální, především v dorsolaterálním premotorickém kortexu, v corpus callosum, v hipokampu a ve vermis cerebelli. U alkoholiků s poškozením jater přispívají k dalšímu poškozování mozku neurotoxické látky, především amoniak a mangan. Pokud nastane u alkoholika těžká thiaminová deficiencie, rozvíjí se specifický klinický a neuropatologický obraz Wernickeho-Korsakovova syndromu (WKS). Nerozpoznán a neléčen suplementací thiaminu, způsobuje amnestickou psychózu (Zárubová, 2013).

4.1.2 Akutní symptomatické záchvaty a status epilepticus

U většiny pacientů s chronickým abúzem alkoholu se epileptické záchvaty objevují v rámci abstinenčních příznaků, obvykle 6 až 48 hodin od posledního pití. Jde o velmi častý jev, dle některých prací postihující až 30 % alkoholiků, ve kterém hraje vedle genetické dispozice významnou roli i množství konzumovaného alkoholu a frekvence abstinencí.

Záchvaty – nejčastěji generalizované tonicko-klonické – se mohou objevit i v kumulaci či v podobě status epilepticus. Typické abstinenční příznaky (psychické, motorické, autonomní) nemusí být vyjádřeny. Výskyt záchvatů neznamena zvýšené riziko rozvoje stavu do deliria tremens, ale je zvýšené riziko náhlého úmrtí v souvislosti se záchvatem. Pacienti s chronickým abúzem alkoholu mají i další, nepřímá rizika rozvoje akutních symptomatických záchvatů nebo i epilepsie – kraniocerebrální traumata, cévní mozkové příhody a infekce CNS (Marusič, 2013).

4.1.3 Alkohol a tremor

Odnětí alkoholu při chronickém abúzu může u závislých jedinců vyvolat psychické a pohybové projevy, které výstižně charakterizuje historický termín delirium tremens. Vedle třesu se zde ovšem může jednat i o asterixis, typický projev jaterního poškození, rytmické myoklonické záškuby horních končetin působené krátkými výpadky svalového napětí.

Třes ale může způsobit i akutní intoxikace etylalkoholem. Typický je ranní třes po večerním alkoholovém excesu. Tento alkoholový třes (ve skutečnosti vyvolaný poklesem krevní hladiny alkoholu a potenciálně se mírnící další dávkou) je zřejmě projevem dysregulace GABA-ergního systému, zatímco třes u chronického abúzu alkoholu je již projevem trvalého poškození neuronů, zejména degenerativních změn Purkyňových buněk mozečku (Růžička, 2013).

5 Sociální důsledky závislosti na alkoholu

Sociální úpadek mnohdy bývá motivem pro kontaktování odborníka za účelem řešení nastalé situace. Problémy se převážně týkají rodinných, partnerských vztahů, vztahů na pracovišti, existenčních potíží případně jeho zájmové činnosti a dalších mezilidských vztahů. Nevyhledá-li závislý na alkoholu pomoc, často směřuje k celkovému zdravotnímu a sociálnímu debaklu – bezdomovectví.

5.1 Úskalí partnerského vztahu jedince závislého na alkoholu

Alkoholismus mění u jedince kognitivní funkce, vnímání, pozornost, náladu i sexualitu. Tyto změny se promítají do celého systému komunikace v rodině, jehož je partner významnou součástí. Pokud osoba žije dlouhodobě s alkoholikem, je touto okolností postupně formována, přičemž faktory této změny je možné shrnout v následujících bodech:

- Nejistota a z ní pramenící úzkost a strach. Zpočátku jde o strach o partnera, později se jedná o obavu ze společenské degradace. K tomu se může přidružit i obava z verbálních útoků partnera, zejména když je pod vlivem alkoholu, v některých případech i obava z fyzického násilí. Výjimkou není ani strach o bezpečnost vlastní i svého potomstva. U partnerek jsou registrovány i pocity zneuznání a nejistoty v oblasti erotiky a sexu.

- Neadekvátně velké je její zatížení a starost o celkovou prosperitu rodiny.
- Postupně se více či méně izoluje od příbuzných, přátel, jakož i od dalších osob v jejím okolí (Maťová, 1979).

Ženy – partnerky závislých na alkoholu na shora popsanou zátěž určitým způsobem reagují. Tyto reakce procházejí určitými vývojovými stadii. Setkáváme se až se šesti relativně samostatnými a na sebe navazujícími fázemi reakcí. Počínaje stadii, kdy si žena nepřipouští mimořádnost partnerova pití alkoholu, přes poznání, že snaha o zvrácení situace je marná, po přebírání mužské role v rodině a odmítnutí dalšího soužití se závislým.

Muž – partner ženy závislé na alkoholu. Dopady se odvíjejí od specifičnosti alkoholismu ženy. Dochází k pozdnímu odhalení závislosti, neboť se ženy snaží svůj návyk zastírat a tajit. Při nálezů ukrytého alkoholu vznikají hádky a muž zpravidla vyhrožuje rozvodem, následně je ženou podezírán z nevěry. Partneři žen závislých na alkoholu prožívají psychické vydírání, stavy ženského pláče, nařikání, útky z domova a vyhrožování sebevraždou. Tak obtížnou rodinnou situaci mnohdy zhoršuje kombinace alkoholu s tlumivými léky, hypnotiky a analgetiky.

V terminálním stadiu, kdy dochází k mentální i emoční degradaci osobnosti, manželé a partneři slýchají vulgární ponižování a zesměšňování. Mnohdy muži podléhají nátlaku manželky a stávají se trpítelem jejího stylu života. V jiných případech nátlaku nepodlehnu a dochází k rozvodům a soud děti svěří do péče jemu (Skála, 1988).

Kromě toho s alkoholismem souvisí i některé další problémy, z nichž patrně nejzávažnějším je domácí násilí, které je v případě zneužívání alkoholu poměrně častým jevem v partnerských vztazích (Čírtková, 2008).

Pojmem „domácí násilí“ přitom rozumíme opakované, dlouhodobé a zpravidla eskalující násilí fyzického, psychického, sexuálního, sociálního a ekonomického rázu, které vytváří jednoznačně asymetrický vztah a vede ke stabilnímu rozdělení rolí na násilnou a ohroženou osobu.“ (Čírtková, 2008, s. 9)

Nešpor (2005) uvádí, že v České republice k domácímu násilí dochází za situace, kdy předtím oba, nebo alespoň jeden z aktérů požil alkohol. Přítomnost alkoholu byla udávána u dvou třetin ze všech případů násilného chování.

Alkohol a domácí násilí

- Závislost na alkoholu se může rychleji rozvinout u osoby dlouhodobě traumatizované domácím násilím.
- Požití alkoholu snižuje schopnost oběti předejít útoku a bránit se např. tím, že přivolá pomoc.
- Intoxikace alkoholem také sama o osobě nebo v kombinaci s dalším jednáním může incident vyprovokovat nebo posloužit jako záminka (Nešpor, Csémy 2005).

Nelze opomenout související pojem rodinné kodependence /spoluzávislosti/.

Kodependence je mechanismus který „udrží v chodu“ abúzus alkoholu u některého člena rodiny (McCardy a kol. 1998).

Whitfieldt (1991) přiblížil vývoj pojmu kodependence, jako syndrom dospělého dítěte z dysfunkční rodiny. Kodependenci definuje jako poruchu ze ztráty sebehodnoty neboli dysfunkci, která je spojena se zaměřením na potřeby a chování ostatních členů rodiny. Je naučeným chováním, pseudoadaptací, která má uchránit právě „já“ před nebezpečím z venku.

V praxi spoluzávislý člověk má problém se odpoutat od nutkavé snahy dohlížet na závislého a opomíjí svůj vlastní život. V případě manželek závislých mužů dochází k zanedbávání péče o děti, opomíjení dalších blízkých osob a péče o sebe. Spoluzávislý jedinec soustřeďuje převahu své energie na závislého, čímž poškozuje sám sebe i své okolí. Svým jednáním závislého zbavuje zodpovědnosti za svůj život a pocítění následků svého nevhodného chování (Nešpor, 2006).

5.2 Děti v rodině závislého na alkoholu

Řada odborných prací poukazuje v rodinách závislých osob na častější výskyt návykových nemocí u dětí, zejména závislosti na alkoholu nebo jiných drogách. Je známo, že u dětí z rodin, kde je rodič závislý na alkoholu, vzniká závislost na alkoholu rychleji a v mladším věku. Pití alkoholu v těhotenství může v mnoha směrech poškodit plod. Častější než poměrně nápadný fetální alkoholový syndrom jsou diskrétnější problémy projevující se nižším intelektem nebo poruchami chování. Neléčená závislost na alkoholu je u matek méně často spojena s agresivním chováním než u otců, ale i tak obvykle chod rodiny a výchovu dětí naruší a to často ještě více než u závislosti u otce (Nešpor, Csémy 2003).

- Faktorem, který se pravděpodobně podílí na rizikovosti rodin se závislostí na alkoholu u rodičů, je patrně nepředvídatelnost jejich chování. Závislí rodiče mívají sklon buď k nadměrné přísnosti, nebo přílišnému ochranitelství a tyto extrémy se u nich mohou nepředvídatelně střídat.
- Děti z rodiny, kde rodič nadměrně požívá alkohol, mívají častější poruchy chování, více zlobí doma i ve škole a mají později větší sklon ke kriminalitě.
- Rodinná atmosféra se negativně odráží i zhoršeným školním prospěchem, dosahují nižšího vzdělání a špatné následné pracovní uplatnění dětí.
- Závažnou komplikací u dětí je vyšší výskyt depresí, automutilací, sebevražedných představ a tendencí. Běžné jsou i úzkostné stavy a neurotické obtíže.
- Děti, jejichž rodiče nadužívají alkoholické nápoje, trpí obtížemi, jako jsou bolesti hlavy, nespavost a děsivé sny, tiky, pomočování, nevolnost, astma, migrény, alergie, anemie, častá nachlazení a problémy s váhou. Tyto děti nemívají rodiči zafixované základní návyky, a tak o sebe mnohdy nedbají, bývají neupravené a nevhodně oblečené.
- V rodinách, kde se vyskytuje problém s alkoholem, je časté sexuální či citové zneužívání i násilí vůči dětem. Převážně dochází k rozpadům partnerského vztahu rodičů, k trestné činnosti a domácímu násilí, kterého bývají děti přímými svědky. Dětem se obvykle nedostává psychologických a někdy i hmotných potřeb.

Při práci s rodinami závislých se pravidelně setkávám s dětmi, které na závislost na alkoholu v rodině reagují vytvářením netradičních pozic v rodině. Wegscheider-Cruse (1989) a další popsali reakce dětí na závislost rodičů.

Rodinný hrdina (nejčastěji nejstarší dítě) – přebírá úkoly za problémového rodiče. To přesahuje jeho možnosti. V dospělosti může takové dítě trpět pocitem méněcennosti, i když může být po vnější stránce úspěšné. Bývá také ohroženo nezdrženlivým vztahem k práci. Při terapii dítěte je vhodné ho směřovat k záležitostem, které odpovídají jeho věku, a nečinit ho odpovědným za problémy dospělých.

Rodinný manažer – bezděčně usnadňuje pití alkoholu u rodičů tím, že mírní jeho následky.

Ztracené dítě – bývá uzavřené a stažené do sebe, málo a obtížně komunikuje, uniká do fantazií a svého vnitřního světa. Těmto dětem je nutno věnovat pozornost, poskytnout jim potřebnou vřelost, učit je oceňovat vnější svět a žít v něm.

Klaun – se snaží vyvolávat veselí, a tak odvádět pozornost od problémů, které rodinu trápí. Smích navíc snižuje nebezpečí fyzické agrese, takže je efektivní obranou. Podstatné je překonat návykový problém a šaškování nezpevňovat. Měly by se hledat vhodné způsoby, jak pomoci dítěti se projevit a posilovat jeho zdravé sebevědomí.

Černá ovce – na sebe upozorňuje zlobením, delikvencí apod., a tak odvádí pozornost od starostí dospělých. I zde je důležité překonat návykový problém rodiče, neposilovat problémové chování, stanovit rozumné hranice a zvyšovat zdravé sebevědomí dítěte.

Dospělé děti rodičů závislých na alkoholu vykazují některé společné znaky, které popsala Voititz (1998). Uvádím následující symptomy: nejistota, sklon ke lhaní, přehnaná sebekritičnost, nadměrná nebo nedostatečná odpovědnost, problémy v partnerských vztazích, nepřiměřené reakce na okolnosti, které nelze ovlivnit, přílišná potřeba chvály, pocity odlišnosti, loajalita tam, kde to není vhodné a projevy impulzivnosti.

5.3 Důsledky závislosti na alkoholu v oblasti profese

Podobně jako v rodině i na pracovišti se nelze v případě alkoholiků vyhnout určitým problémům.

Jak ovšem ukazují kvalifikované odhady, požívání alkoholu na pracovišti způsobuje snížení produktivity práce, což v konečném důsledku, v celostátním měřítku škody vyšší, než činí příjmy z prodeje alkoholu (Nešpor, 2010).

K dobrým vztahům na pracovišti se závislým na alkoholu nepřispívá jeho obvykle nižší produktivita práce, bývá indisponován a díky tomu nemůže odvádět takové pracovní výsledky, jaké by odváděl za střízlivého stavu.

Zvyšuje se také procento chyb v jeho výkonu. Jeho nedostatky pak musí nahrazovat ostatní pracovníci, čímž se vztah ke spolupracovníkovi-alkoholikovi zhoršuje.

Nejde však jen o sníženou výkonnost pracovníka pod vlivem alkoholu. Jak ukazují poslední výzkumy v této oblasti (např. výzkumy prováděné v USA na univerzitě na Rhode Island), lidský mozek není schopen pracovat obvyklým způsobem ani následujícího dne po vystřízlivění. Tento fakt se projevuje tím, že jedinec v kocovině a těsně po ní má zpomalené psychomotorické tempo, sníženou schopnost se soustředit (Rohsenow, 2009).

O dodržování zákazu konzumace alkoholických nápojů na pracovišti svědčí skutečnost zjištěná nedávno provedeným (březen 2010) výzkumem agentury Commservis.com zabývající se zkoumáním vývojových trendů. Tento výzkum totiž zjistil, že porušení zákazu konzumace alkoholických nápojů na pracovišti se dostalo na šesté místo žebříčku důvodu propuštění ze zaměstnání (Vavron, 2010). Z této informace vyplývá, nakolik velkým problémem je v České republice alkohol na pracovištích.

5.4 Sociální okolí závislého

V důsledku rozvinuté závislosti na alkoholu se mění i okruh přátel. Ti původní pomalu ztrácí zájem o kontakt (nejsou společná téma, zájmy, nechtějí řešit neustálé a stupňující se konflikty) a vznikají nové známosti. V těchto vztazích hraje alkohol důležitou roli, je spojencem i tématem. U některých citlivých osob navíc ztráta stávajících přátel může působit jako katalyzátor dalšího pití, neboť si své další pití alkoholu racionalizují smutkem, samotou a opuštěností. Ale i v takové osamělosti si závislý na alkoholu, nechce připustit, že má problém, který spočívá v nadměrné či časté konzumaci alkoholických nápojů. Pokud by si i nakonec tento problém uvědomil a předsevzal si, že se bude léčit, popřípadě že sníží spotřebu alkoholu, nebude moci využít oporu jiných lidí, kteří nejsou na alkoholu závislí. Jedinec závislý na alkoholu upřednostňuje společníky s podobným postojem k alkoholu, jejich vztahu využívá a současně je využíván jimi.

V sousedských vztazích dochází k častým rozepřím a hádkám, přestože tyto byly před zahájením pijácké éry dobré. Sousedé bývají mnohdy svědky rodinných scén, pozdních návratů, křiku a nepořádku. Jsou to právě sousedé, k nimž se rodina uchyluje ve chvílích výbuchů agrese alkoholika, sousedé, kteří přivolávají rychlou záchrannou službu a policii. Postupně se zhoršují všechny dříve fungující vztahy, alkoholik končí sám bez opory přátel a bez možnosti se na kohokoli obrátit, jelikož původní snahy okolí o pomoc končily neúspěchem.

Z toho, co bylo doposud uvedeno, je zřejmé, že alkoholik se v řadě případů dostává do určité specifické situace, kdy se od něho odkloní přátelé, známí či kolegové ze zaměstnání, také jeho příbuzní a nejužší rodina. Tak se závislý na alkoholu dostává do sociální izolace.

V naší společnosti je tolerance k pití alkoholu velká. Alkohol plní společenskou funkci

(člověk se odreagovává, uvolňuje, lépe navazuje kontakty). Ve chvíli, kdy pítí alkoholu přechází do závislosti, okolí přestává být shovívavé. Závislost tolerována není, závislý na alkoholu má nízký sociální status, je odmítán, zavrhován a opovrhován a to často i v případě, kdy se jedná o abstinujícího alkoholika. Setkávám se s jedinci, u nichž stigma závislosti (ačkoli od alkoholu abstinuje) ovlivní přijetí do zaměstnání nebo do jakékoli jiné skupiny. Pro abstinujícího závislého na alkoholu je velmi náročné, přesvědčit okolí o svých kvalitách a vytrvalosti závislost léčit, vyžaduje to značné úsilí a čas.

Závislý na alkoholu, který neabstinuje, neplní své základní sociální role, není schopen náhledu sám na sebe i na své vztahy k lidem, nerespektuje jakékoli normy, vyvolává interpersonální konflikty, přestává být akceptován a dostává se na okraj společnosti. Takový jedinec bez systematické protialkoholní léčby a doléčování postupně degraduje a všestranně chýtrá. Mnohdy končí jako bezdomovec, bez perspektivy pro jakoukoli změnu.

5.5 Kriminální činnost spojená s užíváním alkoholu

Alkohol je spouštěčem agresivity a s tím je dále spojená i kriminální činnost. Mnohdy si závislí na alkoholu získávají alkohol krádežemi, nebo si jej nelegálně vyrábějí sami. Trestnou činnost spojenou s konzumací alkoholu můžeme kategorizovat do třech základních skupin (Útrata, 1986):

- a) Trestné činy a přestupky, kdy je konzumace alkoholu a jeho opatření (za okolností v zákoně uvedených) znakem skutkové podstaty (např. trestný čin opilství, trestný čin nedovolené výroby lihu atd.).
- b) Trestné činy a přestupky, které jsou spojené s potlačením sociálních a morálních zábran, a to díky konzumaci alkoholu (slovní napadení, činy manifestující agresivní sklony pachatele, majetková trestná činnost atd.).
- c) Trestné činy a přestupky, které jinak souvisí s nadměrnou konzumací alkoholu (ohrožování výchovy mládeže, trestný čin příživnictví). Mezi trestné činy hrubě narušující občanské soužití řadíme dopravní nehody spáchané pod vlivem alkoholu. V roce 2010 bylo způsobeno 1554 nehod způsobených pod vlivem alkoholu do 1 promile. Nad 1 promile už to bylo však 3447 nehod, které zapříčinil vliv alkoholu (Tesařík, Sobotka 2011).

- d) Kriminální činnost závislých na alkoholu zasahuje do života společnosti, která je, často tímto patologickým jevem ohrožována. Po spáchání trestného činu pod vlivem alkoholu lze soudem nařídit závislému ochrannou ústavní léčbu. V další části textu se budeme věnovat terapii závislosti, jejím principům a formám.

6 Léčba závislosti na alkoholu

„Při léčení závislosti na alkoholu vycházíme z faktu, že závislost je záležitost trvalá, kterou si jedinec vypěstoval sám, čili nemoc zaviněná. Říkáme proto, že uzdravený jedinec závislý na alkoholu má latentní závislost, tedy skrytou, může ji ovládnout trvalou abstinencí. Tento fakt je světově uznáván“.

Přibližně těmito slovy začínala edukační hodina pro pacienty ústavní léčby na protialkoholním oddělení s tradicí kognitivně behaviorální terapie, v Želivě, kde jsem čtrnáct let pracovala jako psychologka.

Problematika alkoholismu je spojena s řadou zdravotních rizik a sociálních problémů. Krátkodobě se zájem české veřejnosti o problematiku alkoholu zvýšil v období „metanolové aféry“, však vysoký počet otrav etylalkoholem zůstává dlouhodobě bez odezvy. Vysoké procento všech úmrtí souvisejících s alkoholem je neléčená či špatně léčená závislost na alkoholu. Zvýšení počtu léčených klientů se závislostí na alkoholu je zásadním předpokladem pro snížení nemocnosti na důsledky konzumace alkoholických nápojů. Následující text přibližuje charakter terapie v České republice.

6.1 Základní předpisy týkající se léčby závislosti na alkoholu v ČR

Léčbu závislosti na alkoholu převážně zajišťují protialkoholní oddělení psychiatrických nemocnic.

Zdravotnická pracoviště zajišťující léčbu závislosti, jsou vázána mlčenlivostí, a tak neposkytují informace o léčbě závislého ani policii, natož dalším lidem. Informace o léčbě je možno podat jen na příkaz soudce při spáchání trestného činu.

Ambulantní i ústavní léčba závislosti na alkoholu je hrazena ze zdravotního pojištění.

Jeví-li osoba závislá příznaky duševní poruchy /alkoholickou psychózu, sebevražedné tendence, otravu alkoholem/ lze uvažovat o krátkodobé nucené léčbě i v tomto případě. Doporučení k nucené léčbě tohoto typu může vystavit kterýkoliv lékař.

Dopustí-li se závislý trestného činu, léčbu (ambulantní nebo ústavní) mu může nařídít soud.

Podle zákona ČNR č. 37/1989 Sb. je možné nedobrovolné umístění na protialkoholní záchytné stanici. Pobyt na záchytné stanici se na rozdíl od protialkoholního léčení plně hradí (Nešpor, 2004).

6.2 Proměnné ovlivňující účinnost léčby

Výzkum výsledků terapeutického efektu léčby závislostí řeší otázku, zda je terapie účinná a jaký druh, jaké faktory způsobují její účinnost apod. Výzkum procesu léčby zkoumá, co se děje v procesu terapie a jak se jednotlivé faktory vzájemně ovlivňují, bez zřetele ke konečnému léčebnému výsledku. Terapeutický proces i efektivita léčebných postupů závislých na alkoholu záleží na mnoha okolnostech týkajících se vlastností pacientů, terapeutické metody a psychoterapeuta samotného (Kratochvíl, 2006).

Účinnost léčení je vyšší u klientů, kteří se léčí z vlastního rozhodnutí, tělesně zdravých, ženatých a vdaných osob. Lepší výsledky vykazují jedinci zaměstnaní, s vyšším vzděláním, pocházející ze střední spíše než z nejnižší společenské třídy (Kratochvíl, 2006; Krivohlavý, 2001). Nevhodné je zaměstnání pacientů, které je spojené s výrobou a distribucí alkoholových nápojů (Skála, 1957).

Nadále se potvrzuje fakt, že úspěch ovlivňuje i pacientův věk, horší výsledky byly zjištěny u lidí, kteří začali pít již před 20. rokem věku, taktéž u alkoholiků starších 55 let, jež pili už dlouho a jejich stereotypy spojené s alkoholem byly značně upevněny (Skála, 1957). Obecně platí, že čím déle závislost trvá a čím je onemocnění závažnější, tím je dosažení léčebného efektu obtížnější a méně nadějně (Kalina, 2003; Kratochvíl, 2006).

Výsledky zhoršují i neuspokojivé rodinné poměry alkoholika. Jejich uspořádanost, sjednocení a zájem jsou často největší zárukou úspěšného léčení (Skála, 1957). Důležitým faktorem je i nacházení přátel a intimních partnerů mimo drogovou scénu.

Dále má klíčový význam abstinence během léčby a délka případné abstinence před léčbou (Kalina, 2003). Co se týče konkrétních přístupů a forem psychoterapie, ukázala se jako relativně vhodnější kombinace individuální a skupinové terapie než praktikování pouze jedné z nich (Křivohlavý, 2001).

Stejně tak specificky ženské nebo mužské programy bývají často účinnější než programy koedukované. Důvodem je zřejmě to, že odpadá nebezpečí vysoce rizikových partnerských vztahů mezi závislými muži a ženami, i skutečnost, že lze lépe reagovat na specifické potřeby žen a hlouběji se zabývat senzitivními tématy, jako je např. sexuální zneužívání (Nešpor, online, 2004).

Výsledky léčby také ovlivňuje její délka a dokončení léčení (Gossop, 2006; Kubička a kol., 1982). Studie prevence relapsu zjistila zlepšení výsledku jak v tříměsíčních, tak v šestiměsíčních programech. Výsledky se zlepšují s tím, jak se prodlužuje doba léčby ze tří měsíců na dvanáct a více. Jiná studie prokázala nevýrazné zvýšení přínosu při srovnání dvanáctiměsíčního programu terapeutické komunity se šestiměsíčním, což svědčí ve prospěch léčby s délkou do šesti měsíců. Také dokončení léčby je spojeno s lepšími výsledky (Gossop, 2006).

Výsledky léčby ovlivňuje také terapeut, význam může mít jeho profese, věk, pohlaví, výcvik, zkušenosti, zájmy, teoretická orientace, hodnotový systém, nadšení pro věc nebo naopak lhostejnost či „vyhoření“, charakterové a temperamentové vlastnosti, způsob řeči, jeho vlastní sociální přizpůsobení, zralost osobnosti, opravdovost, vřelost a schopnost empatie. Provádí-li každou zkoumanou metodu jiný terapeut, může být zjištěný rozdíl důsledkem spíše různých osobností terapeutů než různé účinnosti metod. Výsledky výzkumů v této oblasti jsou však do značné míry sporné, pokud jde o význam profese, výcviku nebo např. podobnost terapeuta s klientem (Kratochvíl, 2006).

6.3 Fáze léčby závislosti

Léčba závislosti na alkoholu je zásadně ztížena dvěma faktory vyplývajícími z podstaty choroby. Jedním je chybějící kritický náhled závislosti - nemoci, a tím i vhodnosti léčby, a druhým je racionalizační obranný systém klienta.

Přesvědčení závislého k léčbě znamená skutečný zápas o jeho život, který vyžaduje nekonečnou trpělivost, obětavost a pevný vztah, znalost problematiky závislosti, ale také podporu lékaře, ať už psychiatra, adiktologa, praktického lékaře či specialisty jakéhokoliv zdravotnického oboru.

Následující řádky proto nabízí základní orientaci ve formách léčby, jejich limitech v ČR.

1. Ambulantní – zahrnuje docházku do ordinace psychiatra, nebo klinického psychologa. Terapie závislosti probíhá v ambulantních podmínkách psychoterapeutickým směrem, který terapeut preferuje. Někdy to bývá období před nástupem na ústavní léčení.
2. Ústavní – zpravidla probíhá v zařízení psychiatrických nemocnic. Zahrnuje detoxifikační léčbu a následuje psychoterapeutický pobyt. Délka léčby se odvíjí od celkového zdravotního stavu pacienta při přijetí, jeho životní situace, jeho motivace k léčení. Obvykle trvá 6 týdnů, nebo 3 měsíce. Někteří klienti využívají možnost léčby dlouhodobé v komunitě (6 měsíců až jeden rok).
3. Ambulantní doléčovací program – zahrnuje psychologickou podporu v abstinenci v nechráněném prostředí. Do následného ambulantního doléčovacího programu mohou být zařazovány pravidelné týdenní ústavní doléčovací kúry, také účast ve svépomocných skupinách organizovaných při ambulancích psychiatrů nebo klinických psychologů. Doporučovaná je účast na setkání skupin Anonymních alkoholiků. Tato fáze léčby by měla být záležitostí trvalou, neboť závislost je jev trvalý.

6.4 Ústavní léčba

Ústavní léčba i léčení v terapeutické komunitě má oproti ambulantní léčbě výhodu v tom, že pacient se při ní nachází v bezpečném prostředí, kde je neustále k dispozici odborná péče, nižší dostupnost návykových látek a méně spouštěčů. Zahrnuje detoxifikační fázi a umožňuje také zorganizovat daleko intenzivnější program (Csémy, Nešpor, 1996). Zařízení poskytující ústavní protialkoholní léčbu využívají různé terapeutické prostředky a techniky, u většiny

z nich lze ale nalézt společné znaky. Zpravidla se jedná o režimovou léčbu s komunitním přístupem opírající se o skupinovou psychoterapii.

Dle principů terapeutické komunity je kladen důraz na všestrannou, otevřenou komunikaci a předpokládá se spoluúčast všech složek komunity, tedy personálu i pacientů. Jádrem je sociální učení (Kalina, 2008). Režimová léčba znamená, že pacienti musí dodržovat režim oddělení, tedy souhrn pravidel důležitých pro pacienta, a také pro bezproblémové fungování oddělení. Každý den má svůj časový rozvrh, předem stanovený sled činností, povinností i odpočinkových aktivit. Součástí režimové léčby bývá bodový systém, jenž pacienta motivuje k práci na sobě. To slouží k získání nebo obnovení určitých návyků, uvědomění si svých povinností a odpovědnosti vůči sobě i druhým. Při dodržování režimu oddělení má pacient v průběhu léčby nárok na propustky a dovolenky.

Klíčové faktory kognitivně behaviorální terapie závislosti byly používány na protialkoholním oddělení v Želivě, z vlastního zdroje uvádím v příloze č. 3.

6.5 Ambulantní léčba

Tento druh léčby nevyžaduje od klienta pracovní neschopnost, protože většina těchto zařízení má pracovní dobu přizpůsobenou klientům tak, aby mohli docházet do svého zaměstnání, což je jistě výhodou.

Ambulantní léčba má i své omezení. Není například vhodná pro klienty, kteří pijí dál. V jejich případě by byla účelnější forma ústavní léčby. V ambulanci se nabízí možnost individuální terapie, psychoterapeutické skupiny, socioterapeutické kluby a lze pracovat i s rodinnými příslušníky závislých.

Ambulance bývají nejčastěji prvním kontaktním místem klienta s odborníkem. Primárně je nutné provést diagnostiku závažnosti jeho problému. V případě splnění kritérií pro závislost je vhodné navrhnout léčbu ústavní, jako účinnější možnost. Někteří klienti odmítají nástup do ústavní léčby, a tak je vhodné zahájit individuální terapii závislosti na alkoholu.

Do ambulantní terapie závislosti je možné zahrnout edukaci na téma závislost. Identifikovat spouštěče pití alkoholu, provést behaviorální, kognitivní i funkční analýzu.

Klient je veden k pojmenování problémů. Podrobně lze naplánovat krátkodobé i dlouhodobé cíle v psychoterapii. Mnohdy zahájíme postupnou restrukturaci jeho negativních myšlenek. Klient se podle indikace učí relaxační techniky, případně je zařazen do skupinového nácviku asertivního chování.

Vzhledem k nechráněnému prostředí, v kterém se ambulantně léčící klient pohybuje, bývají kontakty s odborníkem ve frekvenci jedna konzultace za týden. Pokud zahájí abstinenci a setrvá v ní bez relapsu delší čas, s přihlédnutím k individuálním, osobnostním schopnostem klienta, je možno jej zařadit do terapeutické skupiny pro dlouhodobě abstinující alkoholiky. V terapii pak pokračuje v rámci socioterapeutické skupiny a současně v individuální terapii v řidší frekvenci. Klient pokračuje v restrukturaci postojů k alkoholu, posiluje pozitivní vztah k abstinenci, je motivován pro změnu stylu života.

7 Psychoterapeutické přístupy v terapii závislosti

Rigorózní práce je věnována zkoumání života abstinujících závislých na alkoholu po absolvované KBT. Inspirativní pro uvedení do problematiky terapie závislosti vnímám přiblížení i ostatních psychoterapeutických směrů v souvislosti s léčbou závislosti, neboť různé prvky psychoterapeutických postupů se v terapii závislosti účinně prolínají.

V léčbě závislostí se využívají různé přístupy, mezi nejznámější v naší republice patří kognitivně - behaviorální terapie, přístup navazující na myšlenky J. Skály a K. Nešpora, a také program svépomocných skupin: Anonymní alkoholici (Csémy, Nešpor, 1996; Možný, Praško, 2007).

Léčbou však nelze odstranit poruchy způsobující změnu v kontrole ani vnitřní afinitu organismu k droze. Léčba tedy nevede k vyléčení chorobného stavu (tzn. k návratu do stavu před vznikem choroby), ale dosahuje pouze údravy (tj. vymizení příznaků nemoci) (Heller, Pecinovská a kol., 1996).

Cílem léčby tedy bývá trvalá abstinence klienta. Efektivita léčby z tohoto hlediska je odhadována mezi 4 až 40 %, obecně se považují za přijatelné údaje pohybující se okolo 20 % (Křivohlavý, 2001).

Další možností je kontrolované pití, tedy snaha o co největší snížení dávek alkoholu vedoucí k minimalizaci zdravotních a sociálních rizik. Tato varianta se však pro mnoho kontraindikací a z výše zmíněných důvodů nedoporučuje (Csémy, Nešpor, 1996).

Kromě abstinence se přes různé teoretické přístupy považuje za jeden ze základních cílů získání pacientova hlubšího vhledu na své onemocnění a svůj život, osvojení nových dovedností a strategií zvládání problémů a zlepšení úrovně komunikace (Jeřábek, 2005).

Klienti by měli porozumět sami sobě, naučit se znovu užívat svou vůli, akceptovat a dodržovat pravidla, snášet nepříjemné situace a získat nový pohled na svůj život a řešení problémů, uvádí Stříšovská (2012) své poznatky ve výzkumné práci (Psychiatrická léčebna Opava, 2009).

7.1 Psychodynamický přístup k terapii závislosti

Psychodynamické teorie se zabývají motivací jedince a jeho konflikty. Symptomy vnímají, jako nedokonalé řešení konfliktů. Mikota (1995) hovoří o závislosti jako o „svépomocné léčbě“. Praxi psychodynamické terapie spojuje snaha, aby byly nevědomé konflikty zvědomeny. Psychodynamické teorie jsou dnes založeny buď na koncepci pudů, nebo blízkých vztahů. Za možné příčiny závislosti jsou považovány náročné superego a pocity viny, odtazitost nebo vtíravost rodičů či traumatické zážitky (Leeds & Morgenstein, 1999), prvotní zranění a citlivost, osobní nezralost, narušení hranic a autonomie, hostilní závislost, nedostatečná schopnost prožívat vlastní pocity a otevřeně je vyjadřovat (Hajný, 2003).

Návykové chování může sloužit, jako obrana proti vlastním pocitům, ale může také uvolňovat zábrany a pomáhat pocity vyjadřovat (Hajný, 2003). Pití může být pojímáno, jako vyjádření hostility v závislých vztazích a zároveň, jako nouzové řešení problematických vztahů s druhými (Mikota, 1995).

Za zmínku stojí psychodynamický předpoklad, že návykové chování může být formou agrese ve vztahu k blízkým osobám závislého i formou autoagrese. Hněv, agrese i autoagrese jsou významnými spouštěči bažení a naopak návykové chování se může odehrát s motivem potrestání sebe, nebo druhé osoby. Závislí mohou kolísat mezi agresí a autoagresí podle toho, mají-li možnost agrese vůči druhé osobě vyjádřit, či nikoliv. Návykové chování může být také formou volání o pomoc. (Nešpor, Csémy, 1999).

Psychodynamická léčba závislosti směřuje k integraci s kognitivně behaviorálním přístupem. Psychoanalýza může přispět analýzou obran a konfliktů, které by narušovaly průběh terapie a větší citlivostí ke způsobu, jak se pacient vztahuje k blízkým lidem a terapeutovi. Může se více zaměřit na otázky související s intimitou a autonomií a může klienta doprovázet procesem truchlení nad ztrátou alkoholu. Dalším tématem na jaké

psychodynamická terapie upozornila, jsou zdánlivě nevýznamná rozhodnutí. Psychodynamický přístup také varuje před možností, že závislost může závislý nahradit jiným kompulsivním chováním (Keller, 1999) a používat nové kompulsivní chování k podobným funkcím, k jakým používal pití.

7.2 Kognitivně behaviorální přístup při léčbě závislosti

Kognitivně behaviorální přístup vnímá závislost jako naučené chování, vysvětlitelné na základě teorií učení, kognitivních faktorů a vlivů prostředí. Uznává i vlivy dědičnosti, vrstevnické skupiny, rodiny, osobnosti a psychické zranitelnosti závislého. Uznává význam neurobiologických faktorů, které se podílí na bažení (Záleský, 2007). Avšak dodává, že i nebiologická léčba jakou je psychoterapie, má na centrální nervovou soustavu vliv (Praško, 2003).

Kognitivně behaviorální terapie chápe závislost jako maladaptivní formu chování, maladaptivní způsob života a maladaptivní prostředek zvládání vlastních emocí (Záleský, 2007). Cílem kognitivně behaviorální terapie je zavést do života závislého takové změny, aby byl schopný zvládat je i bez návykové látky a posílit vlastní sebehodnocení (Rotgers, 1999).

Z kognitivního modelu vyplývá celá řada technik, které doplňují behaviorální přístup. Patří mezi ně identifikace automatických myšlenek, podmíněných pravidel a schémat.

Následují techniky sokratovského dotazování a kognitivní restrukturační práce s katastrofickým scénářem a další.

Kognitivně behaviorální terapie závislosti se obvykle skládá z identifikace a modifikace očekávání od alkoholu, posílení schopnosti odmítat alkohol a nácviku účinnějších strategií zvládání (Young, Connor & Feeney, 2011).

Kognitivní terapie se zaměřuje na zmapování krátkodobých a dlouhodobých důsledků (výhod a nevýhod) pití, pozitivních očekávání od účinků alkoholu a negativních očekávání od abstinence, přesvědčení, která vedou ke stresu nebo k vyhýbání se řešení problémů a nácvik asertivity.

Vzhledem k tomu, že závislí alkohol používají k manipulaci se svým emočním stavem, zaměřuje se též na zušlechtnění negativních emocí, které spouští bažení, hledání zdrojů potěšení a na změnu celkového životního stylu.

7.2.1 Behaviorální teorie závislosti a behaviorální přístup k léčbě

Z pohledu behaviorální terapie hrají při vzniku závislosti roli především sociální učení a operantní podmiňování (Záleský, 2007). Spolu s klasickým podmiňováním se podílejí i na udržování závislosti (Rotgers, 1999).

a) Klasické podmiňování se týká toho, že je-li určitý podnět opakovaně doprovázen nepodmíněným podnětem, začne vyvolávat podmíněnou reakci. Řada podmíněných i nepodmíněných podnětů u závislých vyvolává bažení. Závislý se těmto podnětům potřebuje vyvarovat (Rotgers, 1999).

Nešpor a Csémy (1999) jako typické spouštěče bažení jmenují: Pozorování druhých, jak pijí. Přítomnost na místě, kde závislý dříve pil. Negativní emoce, jako hněv, osamělost, smutek a výčitky, které závislý alkoholem zaháněl i pozitivní pocity, které se pokoušel alkoholem umocnit. Nudu, tělesnou bolest a další.

Ke kontrole podnětů patří mít suchý dům, vyhýbat se rizikovým prostředím a lidem, kteří měli něco společného se zneužíváním návykové látky. K technikám zaměřeným na kontrolu podnětů patří i nácvik odmítání alkoholu. Vzhledem k tomu, že spouštěči mohou být i vnitřní podněty (např. emoční stavy), patří ke kontrole spouštěčů i zásady duševní hygieny. Vliv podnětů na vznik bažení i samotné bažení může snížit meditace a relaxace.

Kontrola spouštěčů může spočívat jak v eliminaci nevhodných, tak i v zpřístupnění vhodných podnětů. Je dobré najít si nová prostředí a nové činnosti, jako je návštěva přírody, sport, nebo práce v domácí dílně. Je vhodné změnit životní styl a některé stereotypy v chování (Nešpor & Csémy, 1999).

b) Operantní podmiňování znamená, že je chování posilováno, nebo oslabováno svými následky. Ke zpevnění určitého chování dojde, následuje-li po něm subjektivně vnímaná odměna (pozitivní posílení) nebo úleva (vyhnutí se trestu, negativní posílení). Účinky alkoholu přitom způsobují, že je návykové chování zpevňováno pozitivně i negativně.

Behaviorální terapie připomíná, že bezprostřední důsledky mají na posilování předchozího chování mnohem větší dopad, než důsledky, které přichází s větším časovým odstupem. Z toho pohledu je pochopitelné, proč závislí nedbají na vzdálenější následky svého chování. Mezi krátkodobé důsledky patří slast a úleva, k dlouhodobým patří například

výčitky. I určité myšlenky mohou působit, jako odměna nebo trest (Rotgers, 1999). A obráceně, posilující účinky alkoholu mají dopad na i na myšlenky a emoce (Záleský, 2007).

Pozitivní očekávání od návykové látky mohou způsobit, že návyková látka přinese subjektivní užitek ještě dříve, než začne skutečně působit v organismu. O to bezprostřednější účinky návykové látky jsou (Rotgers, 1999). Způsobem jak řetěz posilování návykového chování přetrnout je začít abstinovat.

Behaviorální terapie dnes uznává, že větší dopad na ovlivnění chování má odměňování žádoucího chování, než trestání chování nežádoucího. Každý si může vybrat, jaké chování chce zpevňovat (Praško, Možný, Šlepecký, 2007). Z toho vyplývá, že by se měl závislý odměňovat za to, že je střízlivý spíše, než se ve střízlivosti trestat výčitkami. Skutečnost bývá opačná. Když je závislý opilý, vše mu je jedno a jde kolem něj. Jakmile vystřízliví, začínají na něj dopadat důsledky jeho činů. Pro některé závislé také návyková látka zůstává nejlepší možnou představitelnou odměnou. Jiné odměny závislí nemusí znát. Pak může dojít k paradoxní situaci, kdy se závislý odměňuje pitím za to, jak dlouho vydržel abstinovat. Z behaviorálního přístupu vyplývá, že aby měla střízlivost šanci přetrvat, musí být pro závislého odměňující, uspokojivější, než užívání návykové látky (Morgan, 1999).

c) Učení se nápodobou je potenciálně nejrychlejší formou učení a člověk se jím může naučit i velmi komplexnímu chování. Je zřejmé, jak může učení se nápodobou přispět k rozvoji závislého chování – závislý přebírá nevhodné vzory ve svém okolí.

V terapii je možné učení nápodobou využít při nácviku dovedností (Rotgers, 1999). Také terapeut může závislému sloužit jako vzor (Záleský, 2007). Autoři vycházející z teorií učení, chápou návykové chování, jako selhání schopnosti zvládat každodenní problémové situace. Na této neschopnosti se podílí nízké sebehodnocení a nápodoba nevhodného chování.

Závislí také nedokážou získat ocenění, které potřebují adaptivnějším způsobem, než je pití. V náročných situacích podléhají negativním emocím. Na místo řešení problémů se soustředí na dosažení úlevy. Bludný kruh se ale roztáčí, protože s tím jak pijí, jejich problémy narůstají. Z těchto předpokladů vyplývají techniky nácviku zvládání stresu, řešení problémů, nácvik asertivity a sociálních dovedností (Rotgers, 1999). S nově nabytými dovednostmi se závislý exponuje (vystavuje) náročným situacím ve svém přirozeném prostředí, kterým se dříve vyhýbal a které obcházel pomocí alkoholu (Morgan, 1999).

7.2.2 Kognitivní události, procesy, schémata a jádrová přesvědčení

„Štěstí tvého života závisí na druhu tvých myšlenek“

Marcus Aurelius Antonius

Kognitivní terapie předpokládá, že to nejsou věci samy, co nás rozrušuje, ale naše mínění o nich. Z pohledu kognitivní terapie stojí za vznikem a udržováním duševních poruch především základní přesvědčení, zkreslené myšlení a také to, čemu člověk věnuje pozornost (Beck, 2005).

- a) Kognitivní událostí je jakákoliv myšlenka, představa, očekávání, nebo vzpomínka. Kognitivní terapie se nejvíce zabývá automatickými myšlenkami, jimž přičítá největší podíl na ovlivnění aktuálního duševního stavu člověka. Automatické myšlenky patří k naší vnitřní řeči, samomluvě, kterou si často plně neuvědomujeme. Naše samomluva se přitom odlišuje od toho, jak mluvíme s druhými lidmi. Proto i automatické myšlenky mají svá specifika. Obvykle jsou velmi konkrétní a vyjadřují se zkratkou (Jsem k ničemu! Nemá to smysl! Nevydržím bez pití!). Vzájemně se podmiňují s emočním stavem a náladou. Když je člověku lépe, ustupují do pozadí. Když je mu hůře, jsou zřetelnější a naléhavější. Dostavují se mimovolně a v těžkých klinických stavech je těžké je „vypnout“. Lidé často nepřezkoumávají jejich platnost a jeví se jim věrohodné (Beck, 2005). Automatické myšlenky a jejich věrohodnost vyplývají z kognitivních schémat.

Neenan a Dryden (2008) uvádí současné dělení kognitivních událostí a procesů na:

1. Představy a negativní automatické myšlenky.
 2. Kognitivní omyly.
 3. Podmíněná pravidla (výkon, přijetí, moc).
 4. Jádrová schémata (já, druzí, svět).
- b) Schéma je přesvědčení, na jehož základě člověk organizuje svůj pohled na sebe, svět a budoucnost (Praško, 2003). Lidé mají řadu pravidel, která určují jak interpretovat a reagovat na určité události. Tato pravidla se podílí i na sebehodnocení člověka podle toho, nakolik byl svým pravidlům schopný dostát. Pravidla mohou být užitečná a realistická, ale také zkreslená a v konečném důsledku škodlivá (Beck, 2005).

Beck (1964 cit. dle Praško, 2003) uvádí různá dělení negativních či maladaptivních schémat, která souvisí se vznikem a udržováním duševních poruch.

Tradičně je dělí na schémata týkající se:

1. výkonu (např. Musím být nejlepší ve všem, co dělám.)
2. přijetí (např. Bez lásky nemůžu žít.)
3. moci (kontroly, např. Všichni mě musí poslouchat.).

Dnes se o těchto schématech hovoří jako o podmíněných pravidlech. V případě poruch osobnosti Beck (1995, cit. dle Praško, 2003) uvádí jiné dělení a to na schémata týkající se bezmoci (např. Jsem slabý, neschopný, zranitelný, méněcenný) a nemilovnosti (Jsem nepřijatelný, osamělý, nechtěný, bezcenný). Dnes by se o nich hovořilo, jako o jádrových schématech.

Automatické myšlenky mají často formu vět, které sami sobě říkáme. Podmíněná pravidla jsou zachytitelná obtížněji. Některá svá pravidla si lidé uvědomují. Jindy je na ně nutné usuzovat z jejich chování nebo z témat automatických myšlenek. Bez ohledu na to, zda si lidé podmíněná pravidla nebo jádrová přesvědčení uvědomují, podle nich jednají. Podmíněná pravidla mají často podobu výroků ve formě „pokud...“ „pak...“, nebo výroků typu „měl bych“ a „musím“. Určují naše standardy a očekávání. Určují, co bychom měli dělat nebo naplňovat, abychom byli přijímáni, cítili se dobře nebo si sami sebe mohli vážit. Pokud se je lidem daří naplnit, zůstává jejich sebedůvěra zachována. Pokud nejsou naplněna, člověk zažívá značný stres. Tak způsobují citlivost člověka na určité události. Podmíněná pravidla, stejně jako jádrová přesvědčení, mohou být latentní a teprve určité události je mohou aktivovat. Jakmile jsou aktivována, myšlení člověka se stává schématickým. I když je funkcí podmíněných pravidel kompenzovat jádrová přesvědčení, často paradoxně přispívají k jejich udržování (Praško, 2007).

Negativní jádrová schémata můžeme chápat jako most mezi minulostí a současností. Představují nejhlubší úroveň uvažování. Jsou to jednoduché absolutistické postoje, o kterých jejich nositelé nepřemýšlí a vnímají je jako skutečnost. Bez jejich změny mnohdy nemůže dojít ani ke snížení věrohodnosti negativních automatických myšlenek a podmíněných pravidel. Mezi jádrovými schématy a podmíněnými pravidly je jasný vztah. Lidé, kteří věří negativním jádrovým přesvědčením o sobě, o druhých a o světě, potřebují v životě nějak fungovat. Vytváří si podmíněná pravidla, kterými se snaží jádrová schémata kompenzovat

(Praško, 2007). Young (1994, cit. dle Neenan & Dryden, 2008) popisuje tři způsoby, jakými jsou negativní jádrová přesvědčení udržována:

1. Uplatňováním schématu. Člověk se podle daného schématu chová a tím jej znovu a znovu potvrzuje. Například člověk, který je o sobě přesvědčený, že je neschopný, se nepouští do náročnějších činností a odvozuje si z toho svoji neschopnost.
2. Vyhýbáním se schématu. Jde o situaci, kdy se člověk svému schématu, a s ním spojených bolestivých pocitů, vyhýbá, aniž by však došlo k jakékoliv jeho změně. Schéma nadále chování a prožívání ovlivňuje. Příkladem vyhýbání se schématu může být situace, kdy člověk alkoholem zapíjí bolestivá negativní přesvědčení o sobě, avšak také si je tím potvrzuje.
3. Kompenzací schématu. Zde se člověk snaží svá niterná přesvědčení popřít a bojovat proti nim. Snaží se sám sobě dokázat opak toho, co je obsahem jeho jádrového přesvědčení. Strategie volené za účelem kompenzace schématu však bývají extrémní a rigidní a obvykle nevedou k jeho vyvrácení, ale paradoxně k jeho utvrzení (např. člověk, který je přesvědčený, že je nepřijatelný pro druhé se může snažit o jejich přijetí, avšak jeho úporná snaha druhé odpuzuje).

7.3 Terapeutický přístup orientovaný na rodinu

Základní myšlenkou rodinné terapie je zapojit do léčby blízké osoby pacienta. Rodinná terapie je vhodná všude tam, kde k udržování závislosti přispívají konflikty, zábrany v otevřeném vyjadřování a stanovení hranic závislému.

Závislost jednoho člena rodiny má nevyhnutelně dopad na ostatní. Blízcí lidé v okolí závislého často pociťují beznaděj a bezmoc, frustraci, zklamání, vinu a výčitky. Mnohdy trpí více, než samotný závislý (Wallace, 1999). Blízcí často nevědí, jak se k závislosti svého člena postavit a tak jeho závislost popírají nebo k ní mlčí. Tím však přispívají k jejímu udržování (Hajný, 2003).

Jinou reakcí jsou pokusy o kontrolu a přebírání zodpovědnosti (Wallace, 1999). Tyto reakce se mohou zafixovat a vést ke vzniku neměnných rodinných rolí (McCrary & Epstein, 1999). Rigidní role mezi závislým a jeho blízkým se objevují v oboustranně závislém vztahu,

kteřý je charakterizován zmíněným přebíráním odpovědnosti partnerem závislého, jeho tendencí závislého partnera kontrolovat, avšak bez schopnosti skutečně vyvodit z chování závislého partnera důsledky. Partner závislého se dokonce může chovat tak, že chování závislého provokuje (Hajný, 2003).

Závislý partner se často stává středem všeobecné pozornosti. Řada studií potvrdila, že manželky alkoholiků jim věnují více pozornosti a chovají se k nim příznivěji, pokud pili alkohol, než pokud byli střízliví (McCrary & Epstein, 1999). Paradoxně tedy může docházet k tomu, že partneři závislých, kteří jsou sami do vztahu zapleteni, poskytují pozitivní reakce na užívání návykové látky, vyhýbají se negativním reakcím a nejsou schopni stanovit ve vztahu k závislému chování a podpoře závislého nějaké hranice.

První reakcí blízkých na závislost člena rodiny bývá popření této skutečnosti. Následují pokusy o jeho kontrolu a přebírání zodpovědnosti, protože alkoholik není schopný plnit své funkce a povinnosti. V rodině panuje napjatá atmosféra, která závislého vede k tomu, že se ještě více uzavírá do sebe, a upíná se k pití, případně uniká mimo domov. Rodina může reagovat snahou o udržení fungování i s přítomným alkoholikem, separací od alkoholika, nebo nalezením nového životního stylu bez něj (McCrary, Epstein, 1999).

Rodinná terapie se také může věnovat pomoci ostatním členům rodiny. Je vhodné probrat témata, jako je vzájemná nedůvěra, nedostatek osobních hranic a autonomie, otevřenosti a sdílení, fungování rolí, stanovení příslušných hranic možného chování, možností zlepšení partnerského vztahu. Obecné doporučení pro příbuzné spočívá v tom, aby se více osamostatnili a žili vlastní smysluplný život bez ohledu na to, jak se závislá osoba chová. Měly by přijmout skutečnost, že chování závislého nemohou kontrolovat a jediné, co pro něj mohou udělat je, že toto chování přestanou umožňovat (McKay, 1999). Behaviorální rodinná terapie je velmi konkrétní, když navrhuje uzavření dohody, podle které partner nebude o alkoholika pečovat ani se s ním nebude hádat, pokud se napije, ale na čas opustí domácnost (McKay, 1999).

7.4 Logoterapeutický přístup při léčbě závislosti na alkoholu

Nalezení životního smyslu může být u závislých jednou z motivací k léčbě. Mnohdy tuto tematiku životního smyslu objeví klienti až v průběhu léčby. Někteří mají problémy s naplněním životního smyslu už při vzniku své závislosti. Frankl (2006b) poukazuje na to, že smysl svého života nemusíme nacházet pouze ve zdravém a úspěšném životě. Svůj smysl života lze nalézt i v neúspěchu či nějaké nemoci. Smysl života může člověk najít v každém okamžiku díky své svobodné vůli.

Halama (2003) říká, že člověk je tvor s biologickým a psychologickým rozměrem. Je k němu potřeba ale přidat i rozměr duchovní (noetický). V něm pak člověk prožívá svůj život jako hodnotný a smysluplný. Noetický rozměr umožňuje, abychom se zaměřili na hodnoty, které nejsou spojené s psychickou a fyzickou stránkou. Člověk by pak měl dojít až k sebetranscendenci. Může se však stát, že cesta k nalezení smyslu života je zablokována. V takovém případě člověk neví, jak svůj smysl naplnit nebo ho najít. Dochází tak existencionálnímu vakuu. S tímto jevem je podle Frankla (1997, in Halama 2003) spojená i závislost.

Frankl považoval drogovou závislost za projev frustrace spojenou se smyslem života. Drogově závislý, který svůj smysl života postrádá, užívá drogu proto, že mu tuto smyslovou prázdnotu vynahrazuje. I když to není skutečný smysl života, ale jen pocit, který dotyčného v tu chvíli uspokojí. Závislí se často setkávají s prázdnotou svého života, nedostatkem životních cílů, s apatií a nezájmem o jiné věci než o drogu. Pocit prázdnoty se u závislých často dostaví po detoxifikaci. Na tento pocit prázdnoty se může také napojit pocit závislého, že chce ukončit všechny vazby, které souvisejí s jeho závislostí. Ať už se jedná o vazby rodinné či o specifický životní styl.

Důležité je, aby terapeut zachytil tento jev a pomohl dotyčnému najít nové vazby, a to vše spojené konkrétními kroky. Je dobré také klienta povzbuzovat ke konkrétním činům, protože taková aktivita může poskytovat silný zážitek spojený se smyslem a s prožitím hodnot. S délkou pobytu v terapii roste u klienta zodpovědnost k vykonání konkrétních činů, a tím může dojít také k pocitu radosti z vlastního úspěchu. Je také na místě, aby klient sám mohl připravovat volnočasové aktivity a programy.

V terapii je důležitým faktorem příklad životního stylu komunity a jejich starších členů. Otázka smyslu života je důležitá jistě v průběhu celé terapie, ale je také dost podstatná při ukončování terapie. Pro život, před vstupem do léčby, byla droga hlavním životním cílem a náplní. Na konci terapie je klient už odkázaný na sebe a znovu se snaží najít smysl života. Jde už o zaměření do dalšího života.

Mezi základní techniky, které se využívají v terapii se závislými, řadíme dereflexi. Dále je možno využít modelaci postoje. Ta souvisí se změnou postoje k těm skutečnostem, které nemůže už klient změnit. Jsou to většinou skutečnosti, které vnímají klienti negativně. Mnozí z nich finančně zruinovali svou rodinu, dopustili se nejrůznějších trestných činů nebo ublížili jiným způsobem svým blízkým. Pocity viny či studu jsou pak častou reakcí. Klient by měl změnit svůj postoj ke skutečnému stavu a měl by ho změnit tak, aby mohl z takové zkušenosti čerpat. Zde by měl terapeut naučit klienta získat pozitivní vztah k těmto skutečnostem (Halama, 2003).

7.5 Motivační přístup

„Každý závislý má na zadku otisk boty svého bližního“

Doc. MUDr. Jaroslav Skála

Motivaci lze chápat jako klientovu ochotu aktivně se zapojit do léčby, odhodlání se kromě abstinence změnit i v dalších směrech a připravenost přinést oběti ve prospěch terapie.

Motivace je také stav, ve kterém si pacient uvědomí své obtíže, potřebu terapie a pochopí, že pomoc by mohla zlepšit jeho stav. Motivace může být podmíněna tím, zda si klient připustí problém, vyhledá léčbu a v rámci ní pak spolupracuje (Rotgers, 1999).

Autoři zabývající se motivačním přístupem se intenzivně zabývali tématem rozhodnutí pro léčbu a abstinenci, nebo pokračování v užívání drogy.

Klíčovými, oproti tradičním modelům, jsou tato témata:

- a) Pojetí „žádné motivace“. První rozdíl od tradičních modelů uvedl Davies (1984) v nevhodnosti používání označení – klient „nemá motivaci“ je rozhodnut pokračovat v pití přesto, že není zdravé. Davies (1984) zdůraznil, že všichni uživatelé drog jsou motivováni, obvykle v tom smyslu, že chtějí pokračovat v užívání.
- b) Terapeutické intervence a řízení motivace. Druhý rozdíl od tradičního pojetí přináší v tom, že není nutné, aby klienti přicházeli do terapie odhodláni ke změně.

Prochaska a Di Clemente (1986,1992) přicházejí s tím, že uživatele návykových látek lze rozlišovat podle stadia procesu změny chování, ve kterém se nacházejí.

- a) Stadium prekontemplace - uživatelé, kteří nejsou ochotni své užívání změnit (Prochaska 1986, Di Clemente 1992). DiClemente (1991) je rozdělil na čtyři typy – neochotný, vzpurný, rezignovaný a racionalizující. Alkoholici jsou v tomto stadiu „požitkáři“ jsou to pijáci, nacházející v pití alkoholu více výhod než nevýhod – vnímají sami sebe jako „šťastné uživatele“.
- b) Stadium kontemplace – dobré i špatné stránky užívání alkoholu jsou v jedné rovnováze.
- c) Stadium připravenosti k akci – stadium odhodlání - člověk užívající alkohol začne vnímat, že ztrát je víc než zisků.
- d) Stadium akce – lidé v této skupině přicházejí na kliniky s rozhodnutím, že potřebují a snad i chtějí změnit své chování.
- e) Stadium udržování změny – socioterapeutické kluby, svépomocné skupiny.

Prochaska a di Clement (1986) vidí význam v rozdělení stadií změny v tom, že je v různých stadiích změny rozhodnutí potřeba uplatňovat různé terapeutické strategie.

Toberová (1991) jasně napsala, že terapeut musí umět efektivně pracovat s pacienty celého spektra stadií včetně těch, kteří se nacházejí ve stadiu prekontemplace a přizpůsobit jim svůj terapeutický styl. Prosazuje stanovisko, že klientova neochota přestat s užíváním alkoholu nezbavuje terapeuta odpovědnosti s klientem pracovat. Taková role může například zahrnovat poskytování rad, které by vedly ke snížení rizik spojených s dalším pitím alkoholu (Rotgers, 1999).

7.6 Přístup Anonymních alkoholiků

Anonymní alkoholici se popisují, jako společenství lidí, kteří se vyléčili ze zdánlivě beznadějného stavu mysli i těla a přejí si své poselství předávat dál. Staví na osobních výpovědích, příbězích a předávání zkušenosti. Na naději a víře ve vyšší sílu. Naději v Boha, jehož chápání je ale osobní zkušeností každého jednotlivého alkoholika. Součástí jejich přístupu je náprava dřívějších chyb, sejmutí falešných masek a šupin z očí, překonání sebestřednosti a egocentrismu (Alcoholics Anonymous, 1993).

Anonymní alkoholici svůj přístup shrnuli do známých dvanácti kroků:

1. Přiznali jsme si svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy začaly být neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše, obnoví naše duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sami sebe.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela povolní k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.
9. Rozhodli jsme se provést tyto nápravy ve všech případech, kdy to situace dovolí.
10. Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme pochybovali, pohotově jsme se přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali my a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech.

Anonymní alkoholiky lze doporučit i poměrně specifickým skupinám, zpravidla jako součást širě zaměřené léčby. To se týká těhotných žen, dospívajících dívek i chlapců, lidí

vyššího věku, příslušníků etnických minorit nebo profesních skupin (např. v USA existují i skupiny Anonymních alkoholiků pro lékaře).

Překvapivě lze tuto léčebnou modalitu použít i u závislých na alkoholu se sociopatickou osobností. I u pacientů s „dvojí diagnózou“ je někdy vhodné doporučit účast v organizaci Anonymních alkoholiků souběžně s psychiatrickou léčbou.

Je pochopitelné, že skupiny Anonymních alkoholiků sloužící různým populacím bývají odlišné. V našich podmínkách by bylo velmi záslužné přizpůsobit Anonymní alkoholiky např. pro romskou populaci nebo v ČR žijící ruský mluvící pacienty. K tomu bývá potřebná spolupráce vhodných osob, které znají jazyk i mentalitu cílové populace a těší se její důvěře (Nešpor, 2005).

8 Abstinance od alkoholu

Motto: „Bez pití život v každém ohledu jest krásnější. Člověk nepijící, který má svěží všechny své smysly, uvidí tolik krásného v životě, přírodě, společnosti, ve své práci, o čem se mu ani nezdálo, pokud byl ve své alkoholické mlhovině.“

T. G. Masaryk

Abstinent je jedinec, který za žádných okolností neužívá alkohol. Alkohol odmítá v jakémkoliv množství.

Abstinentem lze nazvat člověka, který v posledních třech letech nepožil alkoholický nápoj v žádné formě.

Důsledných abstinentů je málo. Vyskytují se tak nejčastěji mezi dětmi do věku 5 – 6 let. V mnoha případech i jejich abstinence v předškolním věku končí vzhledem k aktivitám rodičů, kteří dítěti alkoholický nápoj nabídnou jako součást oslavy. Takto začíná se systematickým nácvikem na chuť a účinek alkoholických nápojů.

Další abstinující se rekrutují z řad uzdravených alkoholiků a lidí, kteří z individuálních důvodů se rozhodli alkohol vůbec nepít.

Tři stupně abstinence od alkoholu:

Období abstinence charakterizují změny, kterých jedinec závislý na alkoholu výstižně je přibližuje článek popisující tři stupně abstinence od alkoholu.

1. První zhruba rok se jedinec důsledně soustředí na udržení abstinence, všechno ostatní tomu bezpodmínečně podřizuje. Během prvního roku rozbíjí lety zaběhané vzorce rizikového chování a začíná si vytvářet zdravé abstinentské návyky.
2. Druhý rok abstinence dává jedinec do pořádku to, co si závislostí v životě pokazil. Obvykle se zlepšují rodinné vztahy i situace v zaměstnání. Pozoruje, že abstinence se v tomto období už jasně vyplácí a to člověka motivuje si nově nabyté výhody udržet.
3. Od třetího roku se soustřeďuje na využívání svých schopností, rozvoj osobnosti a vnitřní růst. Toto stadium zpravidla trvá neomezeně dlouhou. Abstinující už nepotřebuje tak intenzivní ambulantní léčení, ale i v tomto stadiu si zpevňuje abstinentskou kondici návštěvami Anonymních alkoholiků nebo skupinové či individuální terapie (<http://alkoholik.webnode.cz/vyhody-abstinence>).

8.1 Terapeutické pomůcky vhodné pro setrvání v abstinenci

Pro nastolení abstinence a setrvání v ní formuloval Doc. Jaroslav Skála na základě dlouholetých zkušeností s léčbou závislých na alkoholu „Desatero“. Vzniklo v letech 1946 - 47 v pražské protialkoholní léčebně Apolinář. V následujících desítkách let se léčba alkoholiků odvíjela na jeho základě. Některé body Desatera jsou nepřímým východiskem i pro moderní terapeutické postupy. Pro srovnání uvádím jeho plné znění a znění současných postupů.

Desatero:

1. *Chci se sám léčit.* (Pacient by měl sám dojít k přesvědčení, že se léčit chce, i když byl třeba k léčení přinucen. Nepodmiňovat si léčbu.)
2. *Uznávám, že jsem osoba závislá na alkoholu.* (Sžít se s tímto faktem. Ujasnit si, že závislost bude přetrvávat celý život, nebudu umět pít alkohol s mírou.)
3. *Musím se od alkoholu navždy oprostit.* (Souvisí se ztrátou kontroly v pití alkoholu. Uvědomit si, že alkohol není k životu potřeba v žádné situaci.)

4. *Budu bezpodmínečně dbát rad lékaře.* (Lékař mi neradí nic špatného, celý život budu dodržovat dietu bez alkoholu.)
5. *S léčbou se netajím.* (Nestyděl jsem se pít alkohol, proč bych se měl stydět za léčení. Seznámím s léčením příbuzné, přátele, spolupracovníky.)
6. *Neobnovuj si své staré zvyky.* (Nestýkej se se špatnou společností, odbourej starou pijáckou partu, vynechej návštěvu restaurace.)
7. *Zájmy koníčky životní perspektivy.* (Najít si koníčky, které by mě bavily a měly smysl. Vrátit se k těm, které jsem kvůli pití alkoholu opustil.)
8. *Upravit si životosprávu.* (Nastolit pravidelný spánek, pravidelně se stravovat, dbát o tělesný pohyb a duševní rozvoj.)
9. *Naučit se řešit životní problémy.* (Nedovolit, aby se problémy hromadily. Když nejdou vyřešit, naučit se s nimi žít, problémy řešit postupně.)
10. *Snaha o lepšího člověka.* (Neustále pracovat na své osobnosti. Rozšiřovat své zájmy a životní obzor. Sebevzdělávat se, zvyšovat si kvalifikaci.)

Prim. MUDr. Karel Nešpor Csc (2009) pro terapii závislosti na alkoholu trefně používá koncept „Střízlivá inteligence“. Lze si ji představit jako střechu, pod kterou se vejdou různé duševní schopnosti a dovednosti. Tak se uvažuje o inteligenci tělesné a pohybové, interpersonální, intrapersonální (tj. týkající se schopnosti sebeuvědomování), emoční, verbální, logické a matematické, inteligenci související s vnímáním přírody, inteligenci zrakové a prostorové, hudební, duchovní apod. Uvádí charakteristiky, které pomáhají překonat návykovou nemoc.

Složky střízlivé inteligence:

Střízlivou inteligence lze přibližně rozdělit na vnitřní složky 1. až 7. a zevní složky 9. až 11.

1. *Schopnosti týkající se motivace.* Jsou schopnosti sám sebe motivovat ke zdravému způsobu života a vyhledávat taková prostředí a situace, které tuto motivaci posilují. Pokud možno se vyhýbat prostředím, které působí opačně. Využívat motivaci, zejména negativní, ke zvládnutí cravingu (bažení). Takto lze používat minulé negativní zkušenosti i zkušenosti jiných lidí.
2. *Schopnosti týkající se vnímání svého těla a psychiky.* Ty usnadňují identifikaci vnitřních spouštěčů (tj. podnětů aktivujících bažení), jako jsou např. sebelítost, únava

- nebo žízeň. To pak umožňuje na tyto spouštěče včas reagovat a zvládat je. Patří sem i schopnost sebereflexe, přiznání si závislosti, rozpoznávání bažení „v převlecích“.
3. *Schopnosti týkající se péče o zdraví.* Zdraví je na žebříčku hodnot vysoko. O zdraví dobře pečuje. Zdraví dlouhodobě motivuje k překonání návykové nemoci.
 4. *Schopnosti týkající se životního stylu a organizace času.* Vede zdravý a vyvážený způsob života (přiměřeně spánku, zdravé stravovací návyky atd.). Dobrou organizací času předchází vyčerpání právě tak jako nuda.
 5. *Schopnost zvládnutí bažení (craving) a udržování si dobré sebekontroly.* Umí neregovat na bažení a oddálit rozhodnutí, jak jednat, až na dobu, kdy bažení zmizí. Má široký repertoár strategií proti bažení a dovedně je používá samostatně i v kombinacích. Soustavně si udržuje dobrou sebekontrolu (např. přiměřeným odpočinkem, zdravým způsobem života, doléčováním atd.).
 6. *Schopnost předcházet nebo zvládat nadměrný stres a relaxační dovednosti.* Umí odhadnout míru stresu, která je únosná. Nadměrnému stresu se vyhýbá. Zná a používá relaxační techniky, např. k navozování spánku, mírnění bolesti nebo nepříjemných duševních stavů a vyčerpání. Prvky relaxace (např. částečná relaxace nebo klidné dýchání do břicha) včleňuje i do normálních denních aktivit, jestliže je to vhodné.
 7. *Schopnosti týkající se systému hodnot.* Schopnost abstinovat se dostává v žebříčku hodnot vysoko, člověk si uvědomuje, že je to nutná, i když ne vždy postačující podmínka, která otevírá cestu ke svobodě a hodnotám materiálním, vztahovým, duchovním a dalším.
 8. *Schopnost předcházet recidivě, případně ji rychle zvládnout za pomoci druhých.* Dlouhodobě využívá strategie k prevenci recidiv, ale má zároveň připraven plán na její zvládnutí. V případě recidivy rychle vyhledá účinnou pomoc.
 9. *Schopnosti týkající se vnímání okolí a mediální gramotnosti.* Usnadňují identifikaci zevních spouštěčů (např. rizikové známí) a včasnou reakci na ně. To se týká i podnětů přicházejících z médií. Radíme sem také schopnost oceňovat střízlivosti napomáhající prostředí a situace.
 10. *Komunikační a asertivní dovednosti včetně dovedností odmítání.* Komunikační a asertivní dovednost zahrnují schopnost projevit vhodně své pocity, svěřit se, umět se přiměřeně prosadit a využívat různé způsoby odmítání. Udržuje a zdokonaluje síť dobrých vztahů, umí se vcítit, nacházet kompromisy i přiměřeně hájit svá práva.
 11. *Schopnost využívat pomoci v okolí.* Soustavně se udržuje v dobrém stavu díky svépomoci, využívá tištěné materiály i svépomocné organizace typu Anonymních

alkoholiků. Využívá také profesionální pomoc a umí vyhledat odbornou pomoc pro různé problémy.

Koncept „Střízlivé inteligence“ je užitečný i pro vedení terapie závislosti na alkoholu, zejména pro osoby trpící závislostí, může pomoci lépe rozpoznat, co je pro překonání jejich problému prospěšné a užitečné (Nešpor, 2009).

8.2 Svépomocné skupiny

V terapii závislosti se používá termín doléčování. Jílek (2008) říká, že jde o nepřesný pojem, který nevystihuje potřebu klientů. On sám preferuje termín resocializace. Tento termín je z jeho pohledu mnohem výstižnější, obsažnější a zahrnuje potřeby klienta v daleko širší míře, než termín doléčování. Má za to, že jde o postupnou změnu života a tím i plnohodnotný návrat do společnosti. Na základě abstinování od alkoholu, jehož užívání postupně izoluje od rodiny, zaměstnání i společnosti. Sám pro sebe to nazývá „návrat do života“ (Jílek, 2008).

Součástí terapie závislosti je nutnost udržování změny nastolené terapií. Behaviorální terapie používá trefně pojem zpevňování, posilování naučeného typu chování. Do komplexu terapie závislosti tímto zapadá systém svépomocných skupin, které zpravidla následují po absolvované ústavní léčbě, nebo jsou součástí terapie ambulantní.

8.2.1 Charakteristika činnosti svépomocných skupin

Svépomocné skupiny jsou specifickou formou pomoci a podpory lidí v náročných životních situacích. Svépomocné skupiny sdružují klienty se stejným problémem, ať již jde o problém zdravotní, sociální či subjektivní. (Vymětal, 2010).

Na rozdíl od lékařské nebo psychoterapeutické podpory je tato forma služby specifická tím, že ten, kdo pomáhá, není terapeut či jiný řídicí článek léčebného procesu, nýbrž členové této skupiny. Zájemce pak řeší své problémy na bázi skupinové psychoterapie jen za přítomnosti moderátora, koordinátora či vedoucího skupiny. Hlavní úlohou koordinátorů skupin je zajistit místo, čas, pravidelnost setkávání a v neposlední řadě celkovou starost o její organizaci (Kovářová, 2011).

8.2.2 Hlavní principy svépomocných skupin

1. Oslabení pocitů izolace – lidé, kteří si připadají od okolního světa izolovaní, se zde setkávají s dalšími, kteří mají podobné životní osudy. Již jen tento fakt je spojuje a izolaci oslabuje.
2. Vzájemná emocionální podpora – účastníci se nejen potkávají, ale při sdílení se vzájemně podporují, mívají často pocit, že „jsou na jedné lodi“.
3. Potíže jsou zvládány - tím, že „nemocný“ pomáhá zvládat podobné problémy někomu jinému. Najednou je člověk vytržen z řešení vlastních problémů, či bezvýchodné situace a orientuje se na problémy druhých. Zjišťuje, že jeho podpora a přítomnost může být pro druhé důležitá. Posiluje se tím sebevědomí i chuť postavit se svým vlastním problémům (Matoušek, 2001).

Modrý kříž (2011a) dále uvádí:

- Učí strategii zvládání každodenních problémů (sdílení zkušeností, hledání nových řešení, vzájemná podpora při selhávání, oceňování sebemenšího úspěchu).
- Pomáhá vytvořit síť sociálních vztahů (členové vytvářejí síť přátel, kteří si poskytují pomoc, např. slaví radostné události).
- Učí naslouchat druhým (uvědomit si obsah toho, co druhý říká, jeho pocity, ale také co v nás jeho verbální i neverbální projev vyvolává).
- Podporuje psychologický význam komunity (členové zjistí, že zažívají tytéž problémy a pocity, což pomáhá změnit osobní krizi).
- Dává příležitost pro zpověď, katarzi a vzájemnou kritiku, čímž dochází k zlepšování sebeobrazu (např. očistující rozhovor, kdy účastník hovoří o svých selháních).
- Poskytuje modelové role (někteří lidé jsou již vyléčení, čímž ukazují, že se situace dá zvládnout).
- Učí konfrontace (cílem není odhalení někoho, ale jeho růst).

8.2.3 Typy svépomocných skupin v ČR.

V podmínkách ČR existuje v současné době několik variant svépomocných skupin, jež nabývají poněkud odlišných procesních a obsahových forem - nejznámější a historicky zakotvené jsou:

1. Hnutí anonymních alkoholiků

Jednou z nejrozšířenějších (dnes již organizací) svépomoci pro závislé na alkoholu je AA – Anonymní alkoholici. Je to sdružení lidí, kteří se navzájem dělí o svoji zkušenost, sílu a naději. Cílem je, aby mohli řešit své problémy a napomáhat tak sobě i dalším k uzdravení ze závislosti na alkoholu. Nejsou spřízněni s žádnou oficiální vírou, sektou, zřízením či politickou organizací a vyhýbají se veřejným sporům (Řehan, 2007).

2. Sdružení KLUS

Ryze českou je sdružení KLUS – Klub Lidí Usilujících o Střízlivost. První KLUS byl založen v 50. letech u Apolináře legendou české adiktologie doc. MUDr. Jaroslavem Skálou CSc. Od počátku existence změnilo sdružení svoji tvář, nikoli svoje poslání - sdružovat lidi závislé na alkoholu, drogách, hracích automatech a vzájemně si pomáhat se svojí nevléčitelnou nemocí, protože „jsme“ pouze zaléčení, nikoliv vyléčení (KLUS, 2011).

3. Modrý kříž

Modrý kříž (MK) v České republice občanské sdružení, je nevládní nezisková organizace. Toto sdružení pomáhá lidem závislým nebo ohroženým závislostí na alkoholu, jiných návykových látkách a hracích aktivitách (gamblerství), jejich rodinným příslušníkům a blízkým osobám. Pomoc poskytují prostřednictvím Poraden Modrého kříže. Činnost Modrého kříže je motivovaná křesťanským posláním nesení pomoci bližnímu, s podporou profesionálních metod práce se závislými (Modrý kříž, 2011b).

4. A KLUBY

Jedná se o obecně prospěšnou společnost poskytující pomoc a podporu osobám závislým na alkoholu, lécích a hazardním hracím, včetně pomoci jejich rodinám a blízkým. Poskytuje informace, sociální poradenství, terapeutický léčebný program, následnou péči a pomoc s hledáním zaměstnání. Služby jsou poskytovány zdarma v Brně a jsou založeny na principu respektu vůči klientovi (Čáblova, 2012).

9 Současný vývoj výzkumu závislosti na alkoholu

9.1 Základní údaje o užívání alkoholu v ČR

Zpráva z výzkumu, který byl proveden v roce 2010, autoři zdůraznili, že na místo alkoholismus je vhodnější hovořit o závislosti na alkoholu a o škodlivém užívání alkoholu (Nešpor, Csémy, Sovinová 2010).

Počet rizikových a závislých konzumentů v České republice můžeme odhadovat na základě dotazníku AUDIT, který byl použit v populačním šetření názorů občanů na zdraví a zdravotnictví v roce 2006 (N=2326, věk 18-64 let průměrný věk 39,2 roků). Výsledky ukazují, že 2 % populace tj. více než 140 tisíc ekonomicky aktivních obyvatel ČR konzumuje alkohol s takovými problémy, které by vyžadovaly odbornou pomoc. Rizikovým nebo škodlivým způsobem pije alkohol pětina dospělé populace, to znamená více než 1,3 milionu obyvatel dospělé ekonomicky aktivní populace ČR.

Výzkum z roku 2010 poskytl odhad o počtu závislých na alkoholu na základě srovnání s počtem závislých v britské populaci. Zde odhadovali 7 % závislých v populaci osob starších 15 let. Pokud tento odhad převedeme na situaci v české populaci, vyšlo číslo 614 351 osob závislých na alkoholu v České republice. Nutno uvést, že Česká republika má vyšší spotřebu alkoholu na jednoho člověka než ve Velké Británii. (Nešpor, Csémy, Sovinová, 2010).

9.2 Výzkum v oblasti zdravotních a společenských škod působených alkoholem

Výzkumné práce, které byly v ČR v uplynulých 20 letech věnovány problematice alkoholu v kontextu veřejného zdravotnictví, neodpovídají závažnosti problému. Možná je to také jeden z důvodů dosud neuspokojivých výsledků v oblasti prevence zdravotních a společenských škod působených alkoholem. Hana Sovinová, Ladislav Csémy, Bohumír Procházka (2011) v projektu Ministerstva zdravotnictví ČR zkoumali - Determinanty rizikových forem užívání alkoholu v populaci mladých dospělých: analýza zdravotních, sociálních a psychologických souvislostí. Analyzovali rovněž subjektivní zdraví, nemocnost a spotřebu zdravotní péče u osob s rizikovým, škodlivým a problémovým konzumentem alkoholu.

Subjektivní posouzení tělesného a duševního zdraví se výrazně lišilo v závislosti na skóru v AUDITU. Více než u čtvrtiny respondentů, která spadala do kategorie škodlivého nebo problémového pití, považovala své tělesné a duševní zdraví za špatné nebo velmi špatné.

Problémoví pijáci ve srovnání s bezproblémovými konzumenty častěji vyhledávali odbornou pomoc pro psychické problémy (21,3 %) měli za poslední rok v průměru více vyšetření u lékaře (4, 8 %) více epizod nemoci (6, 8 %), více dnů neschopnosti pro nemoc (27,6 %) a byli častěji hospitalizováni (18,7 %).

Z řady realizovaných výzkumů uvádíme studii Světové zdravotnické organizace a Světové banky, kde se uvádí, že alkohol je mezi všemi návykovými látkami na prvním místě v počtu ztracených let produktivního věku v důsledku nemoci nebo smrti. Alkohol působí 3,5 % ztracených let produktivního věku v důsledku nemoci nebo smrti v celosvětovém měřítku a zhruba 9 % ztracených let produktivního věku v důsledku nemoci nebo smrti v zemích s vyspělou ekonomikou (Murray a Lopez, 1996).

9.3 Výzkum z oblasti terapie závislosti na alkoholu

Zajímavou kazuistiku na téma - Vleký problém se závislostí na návykových látkách a jeho řešení představil - Nešpor, Matanelli, Karbanová, (2013). Z uvedené kazuistiky vyplývá, že k dlouhodobé remisi závislosti může dojít i po opakovaných a zdánlivě málo úspěšných léčbách.

Prospěšná bývá intenzivní ambulantní léčba formou Anonymních alkoholiků v kombinaci s profesionální léčbou bezprostředně navazující na ústavní léčení. Intenzivní ambulantní léčení zde bylo důležité ještě z dalšího důvodu. Pacientovi se prakticky rozpadla síť vztahů. Účast na setkáních Anonymních alkoholiků a na socioterapeutickém klubu mu dočasně nahrazovala zaniklé vztahy a částečně uspokojovala jeho sociální potřeby. Sdílení vlastních zkušeností a pomoc druhým v rámci zmíněných aktivit mu navíc poskytovaly bezpečnou životní náplň, zvyšovaly jeho sebevědomí a přinášely mu životní smysl.

Výzkum přinesl odpověď i na otázku proč je dlouhodobé ambulantní léčení z návykových nemocí důležité.

Významnou roli hrají:

1. Faktor motivace - při abstinenci dochází k poklesu motivace z více příčin:

- a) Negativní motivace klesá v důsledku zapomínání na negativní zkušenosti s návykovým chováním.
- b) Časem klesá i pozitivní motivace, jakmile začne závislý jedinec považovat výhody abstinence za samozřejmé.
- c) Dochází k motivačním útokům ze strany rizikových známých a vlivem reklamy. Zvláště nebezpečná je reklama zahrnující obrazový materiál (film, televize, internet).

Dlouhodobé ambulantní léčení a účast na setkáních Anonymních alkoholiků tyto negativní vlivy na motivaci dokáže kompenzovat. U řady závislých se pak motivace k abstinenci v průběhu let naopak ještě zvyšuje.

2. Kognitivní funkce

Alkohol, drogy, kocoviny, odvykací stavy, bažení, nedostatek spánku, stres, silné emoce a další vlivy zhoršují u lidí s návykovými nemocemi kognitivní funkce. To zejména na počátku abstinence zhoršuje schopnost učení a výsledky psychoterapie. Při dlouhodobém léčení dochází k častému opakování relevantních informací ze strany profesionálů a terapeutické skupiny. Prospěšné jsou také rituály Anonymních alkoholiků. Výše uvedené vytváří hluboké paměťové stopy. Takový materiál se vybaví i za nepříznivých okolností. Nadbytečné učení je odolnější vůči bažení, stresu i působení silných emocí.

Kazuistika dobře ilustruje myšlenku, že „závislost je chronická nemoc a její léčba je úspěšná, když se léčí jako chronická nemoc“ (Nešpor, Matanelli, Karbanová, 2013).

Pro úspěšné řešení problematiky závislosti na alkoholu je významné sledování nových trendů v terapii závislosti, které obvykle vyplývají z výsledky prováděných výzkumů. Inspirující je srovnání, které přináší Mann (2012). Podotýká, že většina dosavadního výzkumu závislostí je realizována v USA, které do něj investují ročně asi 2 miliardy. To představuje 85 % všech prostředků vynaložených na výzkum závislostí ve světě. Evropa jako kontinent s nejvyšší spotřebou alkoholu a dalšími specifiky užívání návykových látek se přitom od USA v mnohém odlišuje. Design efektivních nástrojů protidrogové politiky je tak z velké části odkázán na poznatky o programech a populacích, které fungují ve zcela odlišných socio-kulturních podmínkách (Mann, 2012).

Moderním pojmem v léčbě závislostí je matching znamená přiřazení cílené intervence určitému typu pacienta (např. naučit relaxaci pacienta, který nezvládá stres a úzkost). V praxi se někdy postupuje tak, že se, pokud je třeba i opakovaně, zkoušejí různé možnosti, dokud se nedosáhne stabilní remise. Přehled některých prvků léčebných programů viz dále, uvedené prvky se zpravidla kombinují. Aby se dosáhlo potřebné intenzity ambulantní léčby, je často třeba kombinovat služby více zařízení.

Každé moderní pojednání o terapii musí brát v úvahu výsledky studie MATCH (Project MATCH Research, 1977). Údajně se jedná o největší a statisticky nejsilnější výzkumnou práci v dějinách psychoterapie, kterou, koordinovala americká NIAAA. Porovnávaly se výsledky léčby tří individuální formou poskytovaných forem léčby, totiž posilování motivace, kognitivně-behaviorální terapie a program založený na 12 krocích AA. Cílem bylo zjistit, jak budou na uvedené formy terapie reagovat pacienti s různými osobnostními charakteristikami. Ukázalo se, že všechny uvedené postupy byly s odstupem 12 měsíců efektivní. Autoři mezi nimi našli pouze jeden statisticky signifikantní rozdíl - o něco lepší léčebné výsledky u klientů, kteří absolvovali program založený na 12 krocích a nevykazovali známky psychopatologie. Tato rozsáhlá studie je pozoruhodná zejména tím, že prokazuje srovnatelnou efektivitu postupů založených na velmi odlišných teoretických principech (Nešpor, 1999).

Některé prvky moderních léčebných programů

- Detoxifikace, léčba odvykacích stavů, intoxikací i somatických a psychiatrických komplikací závislosti.
- Práce s motivací.
- Psychoterapie.
- Rodinná a manželská terapie.
- Poradenství a sociální pomoc (právní, pracovní, zdravotní, výživa, výchova dětí apod.).
- Nácvik sociálních a jiných relevantních dovedností (např. dovednosti odmítání, rozhodování se, komunikace, zdravého sebeprosazení).
- Intervence týkající se životního stylu, kvalitních zájmů, jak pečovat o sebe. Důležité místo zde zaujímají přiměřená a bezpečná tělesná cvičení. Důvodem je jejich význam ve všeobecné zdravotní prevenci, navíc se tak dají mírnit úzkosti a deprese.
- Relaxační techniky, jóga a další nefarmakologické způsoby zvládání stresu a úzkosti.
- Prevence recidiv a jejich případné zvládání.

- Terapeutická komunita.
- Svépomocné organizace typu Anonymních alkoholiků.
- Farmakoterapie.
- Dlouhodobé sledování, toxikologické kontroly, dispenzarizace (Nešpor, 1999).

9.4 Výzkumné studie z oblasti prevence závislosti na alkoholu

Hana Sovinová a Ladislav Csémy zveřejnili výsledky svého výzkumu v roce 2011. Východiskem bylo, že Česká republika patří mezi země s vysokou spotřebou alkoholu na obyvatele. Nadměrná konzumace alkoholu u mladých dospělých nepříznivě ovlivňuje zdravotní stav. Cílem práce bylo sledovat subjektivní zdraví, nemocnost a spotřebu zdravotní péče u osob s rizikovým, škodlivým nebo problémovým konzumem alkoholu.

Výsledky práce mají dvě podstatné implikace pro praxi. Za prvé prokazují, že úroveň rizika pití měřené jednoduchým screeningovým dotazníkem (AUDIT) mají vztah ke zdravotnímu stavu, a že tedy screeningový instrument je plausibilní pro identifikaci úrovně rizika.

Druhou implikací je, že krátkou radu, nebo krátkou intervencí zaměřenou na redukci rizikového a škodlivého pití (12–14) je možné a vhodné realizovat v podmínkách primární péče, přičemž mají tyto intervence smysl již u kategorie rizikového pití, kdy zdravotní dopady jsou zatím minimální, a závažné poškození neregistrujeme. Identifikace problémového pití pomocí dotazníku AUDIT pomůže praktikovi v tom, aby takového pacienta doporučil do specializované odborné péče. Implementace časně identifikace problémů s alkoholem a aplikace krátké intervence mohou vést k úpravě zdravotního stavu a ekonomickým úsporám, které si jinak vyžaduje specializovaná léčba onemocnění, na jejichž vzniku se nadměrný konzum alkoholu podílí (Sovinová, Csémy, 2011).

Krátká intervence pro problémy působené alkoholem je efektivní. Vzhledem k vysoké spotřebě alkoholu v České republice je třeba, aby skrining a krátkou intervencí prováděli nejen zdravotníci, ale i pracovníci jiných oborů. K postupům používaným při krátké

intervenci patří zpětná vazba ohledně problémů s alkoholem, jasné doporučení, posilování motivace, používání tištěných materiálů, aktivní předání a další. Skríníng a krátká intervence byly úspěšně použity např. v ordinaci praktických lékařů, u psychiatrických pacientů, v porodnictví, v nemocničním prostředí, ve vězeňství, na školách všech typů i v pracovních prostředích (Nešpor, Csémy , 2005).

Řada realizovaných výzkumů v zahraničí se zaměřuje na rozvoj dovedností u dětí, jako prevenci rizikového chování. Životní dovednosti mohou přispívat ke zvýšení sebevědomí, sebedůvěry a pocitu sebeúcty. Současně se podílejí na prožívání duševní pohody. Životní dovednosti - kritické myšlení, kreativní myšlení, řešení problémů, dovednost stanovování cílů, rozhodování se, reflexe sebe sama, sebehodnocení, sebe-ocenění, vnímání vlastní činnosti, organizování času, plánování a monitorování, plnění závazků, flexibilita, sebeuvědomění, zvládání emocí, zvládání stresu - významně souvisí s úrovní znalostí, osobními postoji a hodnotami jedince. Jejich osvojení se následně promítne v chování – zejména ve vztahu k vlastnímu zdraví a k prevenci rizikového chování či dalších fyzických i psychických zdravotních problémů (Manee, Khouiee & Zaree, 2011; Pharaoh, Frantz, & Smith, 2011; WHO, 2003).

10 Kvalita života u závislých na alkoholu

„Zdraví určitého člověka je co nejúžeji propojeno s kvalitou jeho života“

David Seedhouse

Kvalita života je multidimenzionální termín, který má své psychologické, sociologické, medicínské, veřejně - zdravotnické a psychosociální aspekty. Pokud hovoříme o abstinujícím člověku závislém na alkoholu, musíme vycházet z předpokladu, že než se stal abstinentem, byl jeho život pitím alkoholu značně narušený – nekvalitní, ve všech oblastech.

Cílem mé práce je zjištění psychologického aspektu kvality života u člověka závislého na alkoholu, který dlouhodobě alkohol nepije - abstinuje. Zjišťujeme jeho spokojenost v širší oblasti zdraví, rodinných vztahů, společenské angažovanosti, zájmů, práce a životní úrovně.

10.1 Pojetí kvality života

Zájem o problematiku kvality života můžeme vysledovat v mnoha společenských oblastech, z nichž nejvýznamněji je zastoupena oblast medicíny a psychologie. Hovoříme o medicínském a psychologickém přístupu ke kvalitě života. Kromě těchto nejčastějších přístupů, se kvalitou života stále intenzivněji zabývá také filozofie, ekologie, sociologie a jiné humanitní obory. Pro uvedení do problematiky kvality života abstinujících alkoholiků je přínosné přiblížení kvality života prostřednictvím různých vědních přístupů.

10.1.1 Psychologický přístup

Na kvalitu života lze nahlížet jak z hlediska subjektivního, tak objektivního. Zatímco objektivní dimenze kvality života odpovídají životním podmínkám daného jedince (zdravotnímu stavu, socioekonomickému statutu), subjektivní stránku tvoří jeho osobní pohoda a životní spokojenost. Pro posouzení kvality života daného člověka je významné znát jeho hodnotový systém a očekávání i to, nakolik jsou jeho očekávání ve shodě se subjektivně hodnocenou životní kvalitou, tedy s tím, jak jeho život skutečně probíhá. Pozitivní psychologie v této souvislosti zdůrazňuje hledání a porozumění těm faktorům, jež přispívají k dobrému, smysluplnému životu a lidskému štěstí (Slezáčková 2012).

Od průkopnických prací Hannah M. McGreeové z roku 1991 se přikládá větší důležitost subjektivnímu posouzení jedince před hodnocením odborníků z vnějšku. Sám si vybírá konkrétní oblasti života, které považuje za důležité a přikládá jim určitou hodnotu a váhu. Křivohlavý navazuje na práce H.M.McGreeové a probírá kvalitu života s ohledem na spokojenost daného člověka v otázce dosahování cílů určujících směřování jeho života (Baštecká, Goldmann 2001). Psychologický přístup obecně sleduje tři dimenze pojmu kvalita života:

- Spokojenost se životem (jedná se o zjišťování životní spokojenosti jedince, např. co činí jedince spokojeným, faktory přispívající k životní spokojenosti, společenské instituce ovlivňující spokojenost jedince).
- Prožívaná subjektivní pohoda (subjective well-being).
- Štěstí (všeobecné hodnocení kvality života).

Kvalita života v jednotlivých oblastech je podmíněna jejich důležitostmi pro jedince a rozsahem, v jakém u konkrétního subjektu dochází k jejich naplňování v reálném životě a jaké vůdčí pohnutky a nástroje jsou v tomto procesu uplatňovány (Hnilicová in Payne, 2005).

10.1.2 Medicínský přístup

Medicínský přístup, který je nejrozšířenější, reprezentuje Světová zdravotnická organizace, zejména v projektu WHOQOL (1997). Východiskem pro posouzení kvality života je v tomto projektu především zdraví a další domény s různými indikátory.

Klinický přístup zahrnuje kritéria kvality života, které se vyznačují především těmito ukazateli:

- minimalizování utrpení tělesného i duševního, především bolesti
- dosahování nezávislosti jednotlivce bez pomoci druhých osob
- schopnost zvládat náročné zátěžové situace
- schopnost žít ve vyhovujících vztazích a zapojovat se do společenských aktivit
- samostatné zabezpečení života a uspokojení nezbytných materiálních potřeb
- spokojenost s vlastním životem, radost ze života

Termín kvalita života se začal užívat v medicíně od 70. let. V posledních letech je kvalita života velmi zdůrazňována, i když se stále jedná o problematiku novou. Lékaři v dnešní době sledují, jakou kvalitu života mají pacienti s různými nemocemi a také, jak ovlivňuje zvolená léčba jejich kvalitu života. Je samozřejmé, že hlavní zkoumání kvality života v medicíně a ve zdravotnictví je zaměřeno na oblasti fyzického a psychosomatického zdraví. Nejčastěji se proto používá pojem „kvalita života ovlivněná zdravím“ (health related quality of life), který můžeme specifikovat jako subjektivní pocit životní pohody spojený s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky.

10.1.3 Filozofický přístup

Z filozofického hlediska může být lidské směřování a-priori zacíleno ke kvalitnějšímu životu. Kvalita lidského života je transcendentálním rozměrem. Transcendentální ideje vyjadřují lidské usilování o jednotu a systém veškerého poznání. Náš pohled můžeme rozšířit ve smyslu, že kvalita spočívá v uvědomění toho, co nás přesahuje, vědomí naší meze, ale

zároveň vědomí toho, že přesahující je zároveň naší součástí. Kant svými transcendentálními idejemi svobody, nesmrtnosti duše a Boha, vymanil člověka z kauzálního světa přírody. Vnímá transcendentální ideje jako podmínku pro mravný život, který je umožněn pouze svobodnou volbou svobodného rozhodnutí. Transcendentální ideje jsou cílem i paradigmatem rozumu. Nejvyšší idejí je svoboda, jež je v mravním jednání schopnost naší vůle jednat nezávisle na vnějších příčinách, přes všechny determinující tlaky. Špalek (2002) uvádí, že posouzení kvality života se nabízí již v Kantově teoretické části jeho filozofie následovně: život se vykazuje jako kvalita, pokud působí směrem do světa ve smyslu svobody a mravnosti, pokud příkazy rozumu rozšiřuje na svět jevů, na svět přírodní kauzality, což v lidském ohledu znamená pudovost svobodným jednáním, které se řídí mravním příkazem (Špalek, 2002 in Payne a kol., 2002).

10.1.4 Sociologický přístup

V obecné rovině je podle sociologie kvalita života určena protikladem k objemovým, ekonomickým a se ziskem souvisejícím kritériím výkonnosti a úspěšnosti společenského systému. Na úrovni života jednotlivce bývá kvalita života vymezována proti spotřebnímu životnímu stylu preferujícímu vlastnictví, které samo o sobě (podle kritiků konzumentství) nemůže člověka plně uspokojit a kompenzovat nedostatek či absenci uspokojování jiných potřeb, zejména duchovního charakteru. Zde kvalita života překračuje rámec čistě materiálních potřeb, které je možno uspokojit prostřednictvím zboží.

Pojem kvality života je v sociologii užíván ve čtyřech odlišných určeních:

- Kvalita života jako odborný pojem, vyjadřující kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení. Zde se vymezení kvality života nejvíce přibližuje vymezením z pohledu medicíny a ekonomie, neboť je posuzována podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možnosti podílet se na řízení společnosti, dále osobní i kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod.
- Kvalita života jako programové politické heslo, obracející pozornost široké veřejnosti k novým úkolům společnosti, přesahující materiální úroveň a vojenskou sílu.
- Kvalita života jako sociální hnutí („za kvalitu života“) vznikající z iniciativy ekologických, protikonzumentských a protirasových hnutí.

- Kvalita života jako reklamní, zcela bezobsažný slogan, nabízející nové oblasti konzumu (zejména volný čas, cestování, bydlení, vnímání umění) a orientující spotřebitele na oblast prestižní, demonstrativní spotřeby. Koncepce kvality života, jakou v 50. letech propagovali Galbraith a Riesman, obsahovala výraznou kritiku amerického způsobu života. Východisko ze současného neuspokojivého stavu je spatřováno v hledání odlišné interpretace bytí, ne „žít lépe“, ale „žít jinak“. (Vad'urová, Mühlpachr, 2005).

10.1.5 Ekologický přístup

Dalším východiskem uváděným jako předpoklad kvality života je prostředí. Tedy skutečnost, že ekologicko-environmentální kritérium výrazně ovlivňuje zdraví populace především ve vyspělých zemích. Jeho kvalitu ovlivňují především tyto činitele: energie, bydlení, doprava, hluk, chemikálie, odpady, zemědělství, les, práce, volný čas, průmysl, zem a vzduch. Existuje celá řada dalších činitelů, které ovlivňují kvalitu života, například různé výkyvy v klimatických změnách, povodně, sucha, ekologické katastrofy. V souladu s vymezením nemoci podle WHO je kvalita života vnímána jako nepřítomnost nemoci tělesné nebo duševní, tedy jako fyzická a duševní pohoda, která je v optimální vyváženosti a prameni z výše uvedených indikátorů. Mnohé civilizační nebo psychosomatické choroby vyplývají z emočních stavů – konfliktů a množství situací, které jsou podmíněny sociálně psychologickými podněty (Halečka, 2002). Medicínské, psychologické, filozofické, ekologicko-environmentální, sociologické, případně další koncepty jasně zobrazují mnohostrannost fenoménu kvality života a směřují k integrativnímu přístupu, jako je tomu u mnoha jiných fenoménů současnosti, jenž přesahují specifické oblasti zkoumání.

10.1.6 Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života

Pro lepší pochopení je potřeba nejprve připomenout definici "psychoterapie", která je základem tohoto pohledu na kvalitu života. "Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) poruch zdraví. Uskutečňuje se výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování

člověka, jeho mezilidské vztahy, tělesné procesy tím, že navozuje žádoucí změny a tak podporuje uzdravení či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví" (In: Vymětal, 2003, s. 301).

Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života se uplatňuje při rehabilitaci pacientů, kdy cílem je nejvyšší možná kvalita života. Psychoterapeutické postupy jsou kombinovány s dalšími rehabilitačními prostředky - fyzioterapie, ergoterapie, atp. Zejména u chronicky nemocných a nevyléčitelných pacientů je kvalita života, jak ji hodnotí pacient, rozhodujícím ukazatelem pro volbu léčby.

Kvalitní život v tomto pojetí znamená, že jedinec rozvíjí a naplňuje své pozitivní možnosti, ačkoli mohou být nemocí nebo defektem omezeny. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Inspirující pohled pro psychoterapii směřující k zlepšení kvality života poskytuje pozitivní psychologie. U nás je v současné době pozitivní psychologie vyučována na filozofických a pedagogických fakultách většinou jako součást předmětů psychohygieny. V žádném případě však snahou pozitivní psychologie není nabízet pohled přes „růžové brýle“ či snižovat význam negativního prožívání a vlivu nepříznivých podmínek v životě člověka. Výuku pozitivní psychologie je možno pojmout více způsoby. Jedním z nich je zaměření na lepší sebepoznání studentů, posilování kladných aspektů jejich osobnosti a vnitřních sil („human strengths“), rozvíjení skrytých potenciálů a vyzdvížení významu ctností („virtues“). Směřuje k jejich uvědomování si souvislostí a významu pozitivního i negativního prožívání, povzbudit jejich motivaci a kritické myšlení, posilovat schopnost plného uvědomování „mindfulness“, optimálního prožívání „flow“ a otevřenost vůči všem aspektům života – a částečně tak přispět zrání a růstu osobnosti budoucích psychologů, kteří ve své následné profesi budou prostředníky směřující ke zlepšování kvality života klientů (Slezáčková, 2008).

10.2 Roviny kvality života

Hovoříme-li o kvalitě života a máme-li na mysli život jednoho člověka, vybíráme z celé problematiky kvality života jen dílčí úsek. Tato problematika může být dle Engela a Bergsmy (1988) mapována ve třech odlišných sférách: v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině. V makro-rovině jde o otázky kvality života velkých společenských celků (např. kontinentu, státu). V tomto pojetí je život chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita

života musí tento závěr ve své definici plně respektovat. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah (např. problematika boje s epidemiemi, chudobou, genocidou, stanovení obsahu základní výchovy atp.). V mezo-rovině jde o otázky kvality života v malých sociálních skupinách (např. škole, domově důchodců atp.). Zde jde nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale také o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky neuspokojování a uspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny atp. Personální rovinou je život individua, týká se každého jednotlivě. Při stanovení kvality života jde o osobní (subjektivní) hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atp. Každý z nás v této dimenzi hodnotí svou kvalitu života. Do úvah také vstupují osobní hodnoty jednotlivce (Křivohlavý, 2002).

Hovoříme-li o kvalitě života, je třeba si uvědomit, o kterou rovinu nám jde. Ve své práci se zabývám zejména personální rovinou, subjektivním hodnocením kvality života abstinujících alkoholiků.

10.3 Osobnost a kvalita života

Některé osobnostní a sociální charakteristiky jedince mohou ovlivňovat spokojenost v určitých oblastech života. V současných studiích můžeme nalézt otázky, které se věnují souvislostem mezi rysy osobnosti a frekvencí prožívání určitých emocí. Lidé mají tendenci sjednocovat úroveň stavu svých nálad do relativně stabilní úrovně převažujícího osobnostního rysu. Z toho tedy vyplývá, že úroveň pozitivních a negativních emocí je udržována v důsledku determinace vlastní osobností. Příznivé a nepříznivé události způsobují časově omezenou odchylku od tohoto osobnostního základu, ta se však v průběhu času navrátí k původním charakteristikám (Headey, Wearing, 1989, Abele, Becker, 1991, cit. dle Šolcová, Kebza, 2003). Osobnostní charakteristiky tak do určité míry ovlivňují také úroveň sebehodnocení i pocit spokojenosti. Jde především o temperamentové charakteristiky. Extroverti a stabilní osoby jsou spokojenější a mají vyšší sebehodnocení než introverti a labilní osoby (Blatný 1992, cit. dle Blatný, Osecká, 1998). Extroverze je spojena s tendencí tvrdit o sobě pozitivní hodnotící výroky, zatímco neuroticismus je spojen s ochotou souhlasit s negativními sebehodnotícími výroky (Blatný, Osecká 1994, cit. dle Blatný Osecká, 1998). Dalšími předpoklady životní spokojenosti jsou interpersonální rysy jako afiliace a dominance. Můžeme také najít vztah mezi sebehodnocením a životní spokojeností. Lidé s vysokým sebehodnocením bývají také v životě spokojenější. Životní spokojenost je spojena především s nízkou úrovní neuroticismu a vysokou úrovní dominance a afiliace (Blatný, Osecká, 1998).

Nejužšímu sepětí kvality života s osobností individua odpovídají následující základní domény:

- a) Bytí (being – who is one), čili souhrn podstatných charakteristik daného člověka, který má tři subdomény:
 - fyzické bytí (fyzické zdraví, výživa, tělesný pohyb, osobní hygiena, způsob oblékání a celkový vzhled)
 - psychologické bytí (psychologické zdraví, cítění, kognice, sebeúcta a sebekontrola)
 - spirituální bytí (osobní hodnoty a přesvědčení, víra)
- b) Přilnutí (belonging – napojení na vlastní prostředí), má rovněž tři subdomény:
 - fyzické přilnutí (k domovu, komunitě, pracovišti/škole, sousedství)
 - užší sociální přilnutí (k rodině, přátelům, spolupracovníkům, sousedům)
 - přilnutí k širšímu prostředí – komunitě (prostřednictvím pracovních příležitostí, adekvátních finančních příjmů, zdravotní péče, vzdělávacích a rekreačních možností)
- c) Realizace (becoming – dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací), které sestává z:
 - praktického uskutečňování (placená práce, domácí aktivity, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví a sociální začlenění)
 - relaxační aktivity (redukce stresu a relaxace)
 - uskutečňování růstu (aktivity pomáhající zachování a zlepšování znalostí a dovedností, adaptace na změnu)

Rozsah kvality života v jednotlivých uvedených oblastech je podmíněn dvěma faktory: jejich důležitostí pro jedince a jejich využíváním. Skutečná kvalita života je potom určena osobním významem jednotlivých dimenzí a rozsahem, v jakém u daného jedince dochází k jejich naplňování v reálném životě (Hnilicová, 2003). Kováč (2004) pojímá kvalitu života jako víceúrovňový a multikomponentový fenomén, který se projevuje v psychické reflexi jako přetrvávající spokojenost, dlouhodobě jako pohoda a chvílemi také jako štěstí. Všechno to sytí kognitivní, emoční a motivační potenciály lidského jedince. Kvalita života tak vytváří mnohočetný komplex determinantů a vlivů, ze kterých vstupují do psychické regulace jen některé, a to v souladu s vyznávanými hodnotami v biodromálním vývoji osobnosti.

10.4 Proměny kvality života v čase

Pokud sledujeme kvalitu života dlouhodobě, např. longitudinální studií, často nás zajímá její vývoj vzhledem k změnám v samotném onemocnění. Mareš (2005) si však ve své přehledové studii klade otázku, zda se pod vlivem zažitých událostí nemění také jedincova osobnost. Tedy i jeho postoje k životu, jeho očekávání, jeho hierarchie hodnot a jeho názory na možné důsledky životních událostí. Odborníci také předpokládají, že si pacient dobře vzpomíná na svůj minulý stav a je schopný o něm hovořit. Předpokládají, že lze dobře identifikovat stabilitu kvality života i její proměnu z rozdílů mezi aktuálním stavem kvality života a stavem minulým. Mareš dále upozorňuje, že současné psychologické teorie předkládají, že výše uvedené údaje mohou být ovlivněny specifickými proměnnými, kterým dosud nebylo věnováno mnoho pozornosti. K těmto teoriím patří:

- a) Implicitní teorie stability a změny Rosse (1989).
- b) Teorie posunu v odezvě Schwartzové, Sprangersové (1999, 2000).

Implicitní teorie M. Rosse zahrnuje jedincův subjektivní pohled (jeho implicitní teorii) na to, zda se zjišťovaná proměnná může výrazněji změnit v čase či nikoli. Jedinci buď zastávají teorii stability, a tedy přeceňují konzistentnost některých svých charakteristik v čase, nebo změny, kdy přeceňují velikost rozdílu mezi aktuálním a minulým stavem. Tato teorie se tedy zabývá porozuměním toho, jak si jedinec konstruuje a rekonstruuje svou vlastní osobní historii. Vychází z předpokladu, že nemocný má zájem na tom, aby si udržel svou sebeúctu, posílil sebepojetí a zlepšil sebehodnocení, čímž vzniká zkreslení hodnocení kvality života (Mareš, 2005).

Kvalita života se v průběhu života může měnit. Příčinou změn však nejsou vždy jen vnější faktory, ale také např. změna vnitřních standardů člověka, změna jeho hodnot apod. Tyto změny se snaží přiblížit *teorie posunu v odezvě*. Tato teorie se zabývá vznikem posunu v pacientově odezvě na prodělané změny zdravotního stavu. Snaží se zachytit způsob, jakým se jedinec snaží udržet homeostázu nebo ji znovu získat (Mareš, 2005).

10.5 Faktory, které se mohou na kvalitě života podílet - výzkumy

S kvalitou života je úzce spjat věk. Je to důležitý faktor při hodnocení kvality života. Mnoho autorů popisuje zhoršující se kvalitu života úměrně s věkem, např. Carson (2004) uvádí data z řady zemí východní Evropy. Ve všech sledovaných státech vykazuje nespokojenost se zdravím negativní souvislost s věkem: čím jsou respondenti starší, tím jsou méně spokojení. Carson se však ve svém výzkumu zabýval zejména zdravím, avšak některé výzkumy (Mercier, 1998) ukazují, že mezi věkovými skupinami neexistují rozdíly, jiné ukazují na lineární sestupný nebo naopak vzestupný trend.

Subjektivní hodnocení kvality života se liší v závislosti na pohlaví, jak dokazuje řada studií. Goppoldová a kol. (2005) uvádějí, že ženy hodnotily subjektivní kvalitu života méně příznivě než muži. Došlo u nich ale k většímu zlepšení subjektivní kvality života během hospitalizace oproti mužům. Ačkoli se muži a ženy se nelišili v závažnosti klinického stavu, dospěli autoři k závěru, že vyšší subjektivně vnímaná kvalita života u mužů odráží spíše jejich tendenci nadhodnocovat, což bylo patrné z hodnocení klinického stavu. Kvalita života žen se více zlepšila opět zřejmě díky nadhodnocení kvality života mužů při příjmu. Autoři předpokládají, že popsané rozdíly v hodnocení kvality života v závislosti na pohlaví mohou odrážet vliv různých psychologických mechanismů, jako např. nadhodnocování, mužská a ženská role a také pro pohlaví specifických demografických faktorů (rodinný stav, vzdělání). Také však neopomíjejí vliv specifické situace hospitalizace. Vše je tedy v souladu s biopsychosociálním charakterem kvality života. Jiné studie však poukazují na vyšší kvalitu života žen (Jarema et al., 1997).

Svoji roli může hrát také vzdělání pacientů. Čím vyššího vzdělání člověk dosáhne, tím má zřejmě vyšší nároky na vlastní život. Proto se může stát, že se v hodnocení kvality života odrazí také naplnění či nenaplnění představ a očekávání. Dle Skantze et al. (1992) si lidé s vyšším vzděláním více uvědomují fakt vlastního onemocnění a z toho plynoucích omezení a realizace životních cílů. Ross a Van Willigen (1997) zkoumali vliv vzdělání na subjektivní kvalitu života. Došli k závěru, že vzdělanější jedinci mají menší míru emocionálního a fyzického distresu. Méně vzdělání trpí větším výskytem deprese, úzkosti, mají méně pocitů štěstí, naděje a požitků ze života. Nicméně vzdělanější skupina nebyla více spokojená se zaměstnáním než skupina méně vzdělaných.

Vliv sociodemografických a klinických proměnných na životní spokojenost psychiatrických pacientů zkoumali ve svém výzkumu Koivumaa-Honkanen a Viinamäki et al. (1996). Jako relativně nejspokojenější skupina byli identifikováni pacienti v manické fázi

bipolární afektivní poruchy, následování pacienty, trpícími schizofrenií. Nejméně spokojenou skupinu tvořili pacienti depresivní, suicidální a pacienti trpící insomnií. Mezi faktory, silně korelující s životní nespokojeností, patřily nedostatečná sociální podpora, špatné finanční poměry, snížení počtu sociálních interakcí, subjektivně vnímaný úbytek pracovních schopností a špatný zdravotní stav. Dále bylo zjištěno, že až 52 % psychiatrických pacientů se cítí v životě nespokojeno, což je výrazně odlišuje od běžné, duševně zdravé populace.

10.6 Výzkumy v oblasti kvality života u osob závislých na alkoholu

Mnoho výzkumných studií prokázalo, že osoby se syndromem závislosti na alkoholu vykazují v dotaznících zjišťujících kvalitu života nižší skóre než lidé bez závislosti – a to v dílčích dimenzích kvality života (zejména v oblasti duševního zdraví a sociálního fungování) i v celkové spokojenosti se životem (Welsh a kol., 1993; Foster a kol., 1998).

Další výzkumy se zabývaly změnou kvality života v souvislosti s léčbou a dodržováním abstinence. Řada z nich potvrdila, že u lidí závislých na alkoholu došlo po absolvování léčby ke statisticky významnému zlepšení kvality života (např. Benkovič, Garaj, 2009; Popelková, 2005). Morgan a kol. (2004) uvádí, že po šestiměsíční léčbě za dodržování abstinence se kvalita života pacientů zlepšila na úroveň zdravých jedinců.

Z výzkumu Amodea a kol. (1992) vyplývá, že ze skupin abstinujících krátkodobě (3 – 12 měsíců), středně dlouho (13 – 42 měsíců) a dlouhodobě (43 měsíců – 9 let) vykazovali nejlepší kvalitu života probandi v kategorii střednědobé abstinence. Zlepšování kvality života se s přibývajícím dobou abstinence zpomalovalo.

Nicméně lze shrnout, že lidem závislým na alkoholu, kteří dlouhodobě abstínují, se významně zlepšuje kvalita života, což dokládá mnoho výzkumů (Mann, 1997; Rather, Sherman, 1989).

Analýzu komponent zdraví podporujícího chování ukázal rozsáhlý výzkum provedený na studentech (N=1617). Prokázal se vztah mezi mírou optimismu/pesimismu a péčí o duševní hygienu. Optimisté si snadněji udržují dobrou náladu, mají k sobě pozitivní vztah, volný čas tráví s lidmi, které mají rádi, necítí se často ve stresu a dopřávají si dostatek odpočinku a relaxace. Optimismus je neslučitelný s depresí a mnohé výzkumné studie prokázaly

provázanost deprese a horšího zdravotního stavu i předčasného úmrtí (Peterson a Bossio 2002, in Chang, 2002). Příčinou jejich pozitivního ladění je dispoziční základ osobnosti i styl myšlení, ve kterém největší roli hraje přesvědčení o tom, že negativní události mají jen malý dopad na další oblasti jejich života (Dosedlová, Klimusová, Slováčková, Kebza 2008).

10.7 Přístupy ke zjišťování kvality života

Obecné nástroje měření kvality života zahrnují měření v jednotlivých oblastech života a profily zdraví, které jsou koncipovány jako dotazníky zjišťující nejdůležitější aspekty kvality života jedince. Jsou multidimenzionální, pokrývají množství oblastí a mohou být použity na osoby s různým zdravotním stavem nebo druhem onemocnění. Tyto nástroje jsou vhodnější pro použití u programů zdravotní péče, průzkumu obecného zdravotního stavu a při porovnávání jednotlivých nemocí. Jejich potencionálním nedostatkem je nízká citlivost v některých oblastech měření a při hodnocení specifických změn (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Specifické nástroje měření kvality života se zaměřují na aspekty, které jsou považovány za klíčové pro měření dané oblasti; např. specifické pro danou nemoc, populaci, schopnost nebo podmínky. Výhodou je citlivé zhodnocení dané oblasti (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Otázkám měření kvality života se podrobně věnují ve svých pracích J. Křivohlavý (2002) a J. Mareš (2007). Většina metod je konstruována pro dospělou populaci, přehled v současné době nejvíce užívaných kvantitativních a kvalitativních metod zjišťování kvality života u dětí a dospívajících podává J. Mareš (2007).

Křivohlavý (2002, s. 165) rozděluje metody měření kvality života do 3 skupin:

1. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života *hodnotí druhá osoba*.
2. Metody měření kvality života, kde *hodnotitelem je sama daná osoba*.
3. Metody *smíšené*, vzniklé kombinací metod typu 1. a 2.

Ad. 1) Objektivní metody měření kvality života

= **APACHE II** = hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu (In: Knaus et al., 1985). Touto metodou se závažnost stavu odvozuje podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od normy. Výsledek se vyjadřuje číselně – jedním

číslem. Této metody se užívá ve Velké Británii, zvláště na jednotkách intenzivní péče (Křivohlavý, 2002). Do celkového hodnocení zdravotního stavu jsou zařazeny i údaje o věku a chronickém onemocnění, protože tyto aspekty se spolupodílejí na mortalitě. Celkové skóre APACHE II se pohybuje v rozmezí 0-71 bodů. Přitom platí: Čím vyšší je údaj, tím vyšší je pravděpodobnost úmrtí pacienta (Poses et. al. 1996, In: Křivohlavý, 2002, s. 165-166).

= **KARNOFSKYHO INDEX** = index stanovuje lékař – onkolog; indexem vyjadřuje názor na zdravotní stav onkologického pacienta k danému datu. Tato metoda využívá procentuální škálu od 0-100, kdy 0 znamená pacient je mrtev, 100 je zdrav. Tento nástroj klade důraz spíše na stránku kvality života tělesnou, než na kvalitu života psychickou a sociální (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

= **VISUAL ANALOGUE SCALE = VAS** = jde o viditelnou analogovou škálu, tvořenou 10 cm dlouhou vodorovnou nebo v úhlu 45 ° stoupající úsečku s dvěma označenými extrémy:

- a) celkový stav pacienta je velmi dobrý
- b) celkový stav pacienta je mimořádně špatný (Křivohlavý, 2002).

= **INDEX KVALITY ŽIVOTA – ILF** = v tomto systému byla předem stanovena slovně formulovaná kritéria hodnocení např. sebeobslužnost pacienta, sociální opora pacienta, zvládání těžkostí spojených s nemocí, atp. Kladem tohoto systému bylo to, že stanovení kritérií kvality života nebylo jen na hodnotiteli, ale bylo dáno souhlasem pacienta, lékaře, zdravotních sester, atp. Hodnocení stavu pacienta bylo možné odstupňovat v jednotlivých dimenzích (Křivohlavý, 2002).

= **SPITZER QUALITY OF LIFE INDEX – QL** = nástroj byl konstruován pro použití lékaři pracujícími s pacienty s rakovinou a chronicky nemocnými pacienty. QL je hojně využíván odborníky pro zjištění zdravotního stavu a kvality života pacientů před a po ukončení terapie (Vaďurová, Mühlpachr, 2002, In: Křivohlavý, 2002, s. 168). Autor tohoto upozorňuje na to, že tento nástroj není určen pro měření kvality života u zdravých osob.

Do QL Indexu byly zahrnuty tyto oblasti QOL: *aktivita, každodenní život, vnímání zdraví, podpora rodiny a přátel, pohled na život.*

Ad. 2) Subjektivní metody měření kvality života

= **Metoda SEIQoL** = nejrozšířenější metoda diagnostikování kvality života. Základem této metody je strukturovaný rozhovor, kdy je dotazovaná osoba požádána, aby uvedla pět životní cílů, které ona sama považuje v dané situaci za nejdůležitější (např. zdraví, rodina, duševní život, duchovní život, vztahy mezi lidmi, atp.) – termín „cue“, který překládáme českým

výrazem „životní cíl“ (zaměření, směřování i smysl života), je jedním z klíčových pojmů metodiky SEIQoL (Křivohlavý, 2001, s. 243-245).

= **Metoda SEIQoL-DW**= „Tento nástroj byl odvozen od nástroje pro měření subjektivní kvality života. SEIQoL-DW umožňuje respondentům označit ty oblasti života, které považují za nejdůležitější, a dále ohodnotit jejich výkon v daných oblastech a spokojenost s každou z nich. SEIQoL-DW sestává z pěti barevných disků, které se otáčejí kolem centrálního bodu. Každý z nich představuje určitou oblast života označenou respondentem jako důležitou pro jeho celkovou kvalitu života“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 57).

= **DOTAZNÍK SQUALA**= autorem je M. Zannotti, dotazník byl vytvořen v roce 1992; jedná se o sebesposuzovací dotazník, který vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb. Sestává se z 23 oblastí každodenního života, spokojenost v každé z nich je hodnocena v pětibodové škále (0 = velmi zklamán až 4 = zcela spokojen) a subjektivní důležitost (0 = bezvýznamné až 4 = nezbytné) - lze využít v oblasti medicínské, sociální, psychologické i pedagogické za účelem diagnostiky nebo zkvalitnění péče a služeb (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Ad. 3) Smíšené metody měření kvality života

= **MANSA** = byla vypracována na univerzitě v Manchesteru. Jde o měření kvality života způsobem, že se hodnotí nejen celková spokojenost se životem, ale i jeho spokojenost s výběrem stanovených dimenzí života.

V rámci této metody jde o zjišťování spokojenosti: s vlastním zdravotním stavem, se sebezpojetím, se sociálními vztahy, s rodinnými vztahy, bezpečnostní situací, právním stavem, životním prostředím, životní situací, finanční situací, náboženstvím (vírou), účasti na aktivitách volného času, zaměstnáním – prací (školou).

Cílem autorů MANSA je vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka v dané chvíli. Podle toho je možno účelně zaměřit jemu efektivní péči a pomoc.

Jak ukazují předchozí kapitoly, závislost na alkoholu nepříznivě působí na kvalitu života člověka ve všech jeho oblastech. Abstinencí od alkoholu závislý směřuje k zásadním osobním a sociálním změnám. Proto se v rámci mé výzkumné práce, kterou představuji na následujících stránkách, zaměřuji jak na identifikaci motivů pro rozhodnutí k abstinenci, tak na vyzdvížení projevů abstinence a přiblížení jejich kvality života.

Empirická část

11 Výzkumné cíle

V této části představuji můj výzkum zaměřený na hodnocení kvality života abstinujících alkoholiků s absolvovanou KBT léčbou v nechráněném prostředí, přičemž se opírám o teoretická východiska uvedená v předchozím textu práce.

Od výzkumu očekávám získání cenných údajů o bližších souvislostech a případných projektivních i negativních intervenujících vlivech v procesu léčby KBT u závislých na alkoholu v období abstinence.

Cíle výzkumu

1. Postihnout obraz vnímané úrovně kvality života abstinujících od alkoholu v nechráněném prostředí.
2. Identifikovat mechanismy směřující k vyhledání odborné pomoci.
3. Identifikovat faktory KBT, které probandi vnímají jako protektivní pro rozhodnutí k abstinenci.
4. Identifikovat faktory udržujících abstinenci.

Vzhledem k výzkumnému cíli práce a zvolenému výzkumnému designu byl zvolen kvalitativní výzkumný design za využití kombinace dvou základních metod – rozhovoru a čáry života, jež byly doplněny o kvantitativní rozbor výsledků dotazníkové sebeposuzovací metody, zaměřené na zjišťování vnímané kvality života respondentů. V souladu s výše uvedeným byly stanoveny následující výzkumné otázky.

- 1. Jaké je subjektivní hodnocení kvality života abstinujících od alkoholu v nechráněném prostředí?**
- 2. Lze u probandů abstinujících od alkoholu nalézt shodné formativní vlivy promítající se do jejich čar života?**
- 3. Existují některé typické mechanismy směřující k vyhledání odborné pomoci?**

Pro naplnění výzkumných cílů práce byla realizace výzkumu rozčleněna na několik dílčích postupů, které byly prováděny v postupných navazujících krocích.

Rozdělení výzkumu

- A) Hodnocení kvality života abstinujících.
- B) Analýza čáry života.
- C) Zpracování strukturovaného rozhovoru.

12 Metoda

12.1 Výzkumný soubor

Vzhledem k záměru mého výzkumu byli ke spolupráci vyzváni probandi, se kterými jsem v pravidelném kontaktu v rámci ambulantního doléčování – jednalo se tedy o záměrný výběr, čímž byly současně do značné míry limitovány výsledky výzkumné sondy. Vzhledem k citlivosti tématu a obtížné dostupnosti zkoumaných osob v této kategorii však tento způsob sběru výzkumných dat tvořil jedinou možnost. Výzkumný soubor tak ve výsledku tvořilo deset abstinujících závislých na alkoholu. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 29 - 63 let. Zkoumaný soubor tvořily čtyři ženy a šest mužů. Nejkratší délka abstinence v nechráněném prostředí byla u respondentů 2 roky, nejdelší 16 let. Poměrně značné rozdíly v délce abstinence mohou mít výrazný vliv na získané výsledky, tudíž tvoří další limit výzkumu. Všichni probandi absolvovali terapii způsobem KBT, ústavní formou 9 a 1 respondentka ambulantní formou. Získaná data byla sbírána v prostředí ambulance klinického

psychologa vždy se souhlasem respondenta a zachováním anonymity. Se zkoumanými osobami nadále přetrvává kontakt, při skupinových sezeních zaměřených na terapii závislosti.

12.2 Nástroje

Vzhledem k definovanému cíli práce jsem se rozhodla použít pro získání zkoumaných dat o životě abstinujících třech výzkumných nástrojů.

12.2.1 Dotazník kvality života SQUALA

Autorem SQUALA dotazníku je M. Zannotti (1995) jedná se o standardizovaný dotazník, který lze zařadit do kategorií tzv. sebeposuzovacích dotazníků. SQUALA je v originále zaměřen na 23 oblastí. Ty identifikují vnější i vnitřní realitu běžného každodenního života. Autor originální verze Zannotti při konstruování nástroje zvolil faktorovou analýzu jako metodu zpracovávání dat. Ta dovoluje vyjádření mezi jednotlivými položkami.

Česká verze byla validizována v letech 1995 -1996. Z původní verze dotazníku Zannottiho a Pringuea (1992) byly po zhodnocení pilotní studie E.Dragomirecké a C.Škody (1995) vypuštěny oblasti „Zajímat se o politiku“ a „ Mít víru“. Oblast týkající se víry i zájmu o politiku byla z mého pohledu poměrně zajímavá, protože může sehrát v léčbě a také doléčování důležitou úlohu, tudíž tyto položky byly v dotazníku pro účely výzkumu ponechány.

Lze konstatovat, že SQUALA standardizovaný dotazník je široce uplatnitelný v oblasti medicínské a pedagogické především za účelem diagnostiky a zkvalitnění péče (Múhlpachr,2005). Upravený dotazník SQUALA pro české účely uvádí Dragomirecká et al. (2006).

Součástí dotazníku je získání demografických údajů o probandovi: pohlaví, věk, bydlení, ukončené vzdělání, zaměstnání, hmotné zabezpečení, rodinný stav, děti.

Další částí dotazníku je tabulka nabízející 23 oblastí života, do které proband označí subjektivní důležitost a spokojenost v jeho životě. Instrukcí bylo vyznačit své hodnocení v hierarchii. Spokojenost a důležitost, byla hodnocena pětibodovou škálou.

Zkoumané oblasti: zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, prostředí a bydlení, spánek, rodinné vztahy, vztahy s ostatními lidmi, děti, péče o sama sebe, láska, sexuální život, účast v politice, víra, odpočinek, koníčky, pocit bezpečí, práce, spravedlnost, krása a umění, pravda, peníze, jídlo.

Způsob zpracování výzkumných dat

Použitá metoda byla zařazena z důvodu její vhodnosti pro účely zkoumání a umožnila vzhledem k 23 zkoumaným oblastem života snadno proniknout hlouběji do daného výzkumného tématu. Pro výzkumné účely má však současně několik omezení: jedná se o subjektivní výpověď probanda, proto se při kvantifikaci, jejím zobecňování a počítáním s průměrnými hodnotami mohou objevovat nepřesnosti. Další důvod spočívá ve specifiku, které do výzkumu přináší samotný respondent, který je ovlivněn velkým počtem faktorů, jako je jeho věk, osobnostní vlastnosti, aktuální životní rozpoložení například aktuální řešení problémů, nebo naopak úspěchů. Dotazník subjektivní spokojenosti byl i přes své limity použit při výzkumu vzhledem k faktu, že jde o standardizovanou propracovanou metodu aplikovatelnou jak pro pacienty, tak pro osoby bez zdravotních potíží.

Výsledky se vyjadřují parciálními a celkovými skóry. Při hodnocení spokojenosti, byly odpovědi hodnoceny na pětibodové škále od 1 = velmi zklamán po 5 = zcela spokojen. Důležitost byla též hodnocena na pětibodové škále, přičemž 0 = bezvýznamné až po 4 = nezbytné.

Parciální skóre zobrazují pomocí profilů kvality života, celkový skór je dán součtem všech parciálních skórů. Výsledek byl odvislý od daných oblastí života (např. oblast zdraví součin skóre důležitosti D01 a skóre spokojenosti S01 – dohromady nabývá sumární hodnoty 0 – 20) (Dragomirecká 2006). Statistiky pro jednotlivé položky SQUALY u výzkumného vzorku abstinujících závislých na alkoholu uvádím v grafech č. 1-5.

12.2.2 Čára života

Životní příběh poskytuje bohatý a komplexní výzkumný materiál, který lze ze strukturálního hlediska analyzovat po stránce formální a obsahové. V současné době již existují studie, které se podrobněji zabývají některými formálními aspekty životních příběhů. Velkou inspirací pro tuto práci byla Čermákova studie (Čermák, 2004), v níž autor zkoumá životní příběh v souvislosti s technikou kresby čáry života. Mým záměrem bylo prozkoumat variabilitu osobního pojetí životní dráhy u alkoholiků.

Technika čáry života byla v rámci předkládané výzkumné sondy využita také jako výchozí postup, jehož smyslem bylo iniciovat vyprávění životního příběhu jedince významně ovlivněného závislostí na alkoholu. Čára života umožnila subjektům obsáhnout autobiografické události v životním kontextu, a tak usnadnila strukturaci a vybavování událostí spojených s vývojem závislosti na alkoholu.

Čáru života s vyznačenými významnými událostmi proto chápu jako grafické vyjádření momentů v jejich životě, které ovlivnily rozvoj závislosti a rozhodnutí pro léčbu - abstinenci.

Dalším cílem bylo zjistit, zda je možné na základě analýzy formálních parametrů čar života nalézt určitá kritéria pro klasifikaci čar života a následně provést posouzení „členitosti“ a „počtu významných událostí“.

Vzhledem k množství modifikací této metody není dán její jednotný postup při zadávání instrukcí. Inspirovala jsem se Čermákovým (2004) postupem využití této techniky.

Primárně projektivní diagnostická technika Jiřího Tyla (1986), Říčan, Ženatý (1988), v mém výzkumu slouží především jako prostředek strukturace vyprávění o životě či vytvoření základního rámce pro tematizaci rozhovoru.

V dílčí interpretaci jsem však využila i projektivního prvku čáry života – jejího tvaru.

Respondenti dostali následující instrukci:

1. „Nakreslete čáru, která zobrazuje, zachycuje Váš vlastní život. Čára může mít jakýkoliv tvar, délku, polohu apod, záleží jen na vás, jak ji pojmete, na vašem osobním pocitu.“ (čára vlastního života)

Po dokreslení byl respondent požádán o další úkol.

2. „Nyní vyznačte na čáře události, které považujete ve svém životě za nevýznamnější“ a napište na dolní okraj stručně, o jaké události šlo. (významné události)

3. Poté byl respondent vyzván, aby o jednotlivých událostech stručně vyprávěl.(popis označených událostí)

Způsob zpracování výzkumných dat

Čáry života jsem zpracovala pomocí kvalitativní metodologie, která je vhodná pro použití nestandardizovaných metod. Čáru života chápu jako autentický podnět z reality života zkoumaného jedince.

Při vyhodnocování čar života mě inspirovala práce Vlčkové (2004), která se zabývala formálními zvláštnostmi autobiografické paměti v závislosti na věku. Pomocí metody kategoriální analýzy identifikovala formální znaky čar života: tvar, členitost, počet událostí, celkové grafické pojetí kresby (graf, dokreslování linií), poměr rozložení událostí a prospektivní linii křivky.

V kontextu rigorózní práce jsem sledovala následující formální charakteristiky: tvar čáry života, pět významných událostí před nástupem na léčení a jednu událost po léčbě.

12.2.3 Strukturovaný rozhovor

Rozhovorem získáváme informace o názorech, postojích, přáních a obavách klienta respondenta, informace o jeho vnitřním světě, které nám nepomohlo poskytnout pozorování (Svoboda, 1992 s. 28).

Vzhledem k malému počtu respondentů $N = 10$ jsem použila monografickou proceduru pro kvalitativní výzkum. Použila jsem techniku obsahové analýzy pro standardizovaný výzkumný rozhovor. Otázky jsem formulovala pro účely rigorózní práce.

Strukturovaný rozhovor následoval po představení čáry života.

Zkoumané osoby odpovídaly na 7 otázek. Pro přesné zachycení odpovědí na otázky jsem získala souhlas klientů k snímání našeho interview na diktafon.

Respondentům byly položeny tyto otázky:

1. Jaká okolnost vás přiměla ke kontaktování odborníka s úmyslem s pitím alkoholu skončit?
2. Jaká osoba měla vliv na vaše rozhodnutí k léčbě závislosti?
3. Měla léčba vliv na vaše rozhodnutí pro abstinenci od alkoholu, případně v čem?
4. Jaký prvek psychoterapie vnímáte pro směřování k abstinenci jako nejdůležitější?
5. Jakou osobní změnu jste ve svém životě uskutečnil v důsledku léčby?
6. Jaké faktory z okolí nejvíce ohrožují vaše rozhodnutí abstinovat?
7. Kde a v čem vnímáte zdroje pro abstinování od alkoholu?

Způsob zpracování výzkumných dat

Materiál získaný strukturovaným rozhovorem, jsem podrobně analyzovala. Podařilo se mi formou frekvenční a obsahové analýzy získat okruhy opakujících se odpovědí. Rozdělení odpovědí znázorňuji v grafech 6 – 12.

13 Výsledky výzkumu

Popis výzkumného souboru

Tabulka č. 3: Základní demografické údaje zkoumaných osob ($N = 10$; $M = 6$; $F = 4$)

Pohlaví	Roky abstinence	Věk	Vzdělání	Povolání	Rodinný stav	Děti
Žena	2	29	SŠ	Úřednice	Rozvedená	1
Muž	4	46	VŠ	Učitel	Ženatý	2
Muž	7	42	SOU	Kuchař	Ženatý	3
Muž	7	42	SŠ	Svářeč	Ženatý	1
Žena	8	50	SŠ	Vychovatelka	Vdaná	2
Muž	8	55	SOU	Poštovní doručovatel	Rozvedený	0
Žena	10	50	VŠ	Lékařka	Vdaná	1
Žena	11	47	SŠ	Vedoucí obchodu	Vdaná	2
Muž	11	57	SŠ	Bezpečnostní pracovník	Rozvedený	3
Muž	16	63	SOU	Zedník	Rozvedený	4

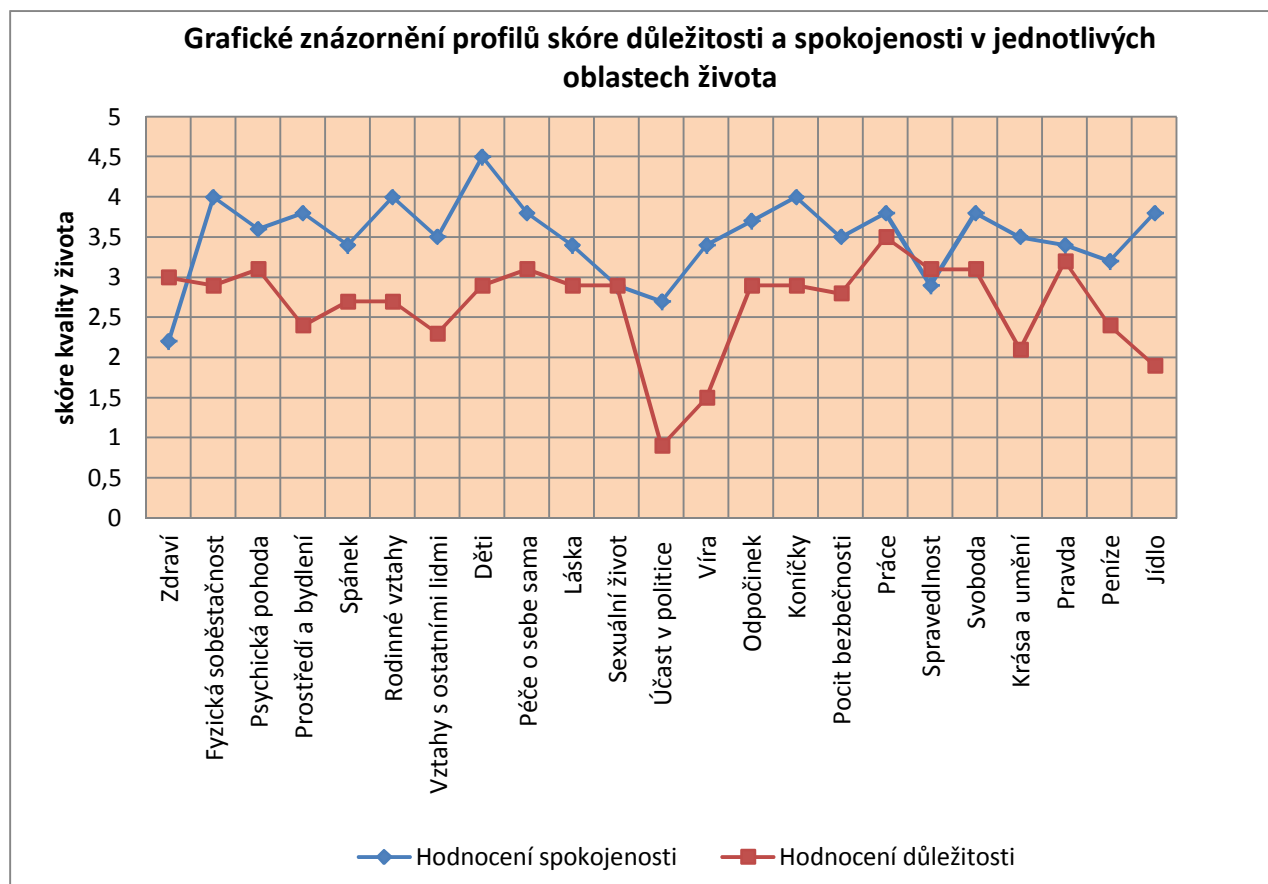
Tabulka č. 4: Délka abstinence a věk respondentů

Délka abstinence	Věková pásma				
	– 39	40 – 49	50 – 59	60 –	Celkem
– 5	1	1	-	-	2
6 – 10	-	2	3	-	5
11 – 15	-	1	1	-	2
16 –	-	-	-	1	1
Celkem	1	4	4	1	10

Tabulka č. 5: Délka abstinence respondentů dle genderu

Pohlaví	Délka abstinence				
	– 5	6 – 10	11 – 15	16 –	Celkem
Ženy	1	2	1	–	4
Muži	1	3	1	1	6
Celkem	2	5	2	1	10

13.1 Vyhodnocení Dotazníku subjektivní kvality života (SQUALA)



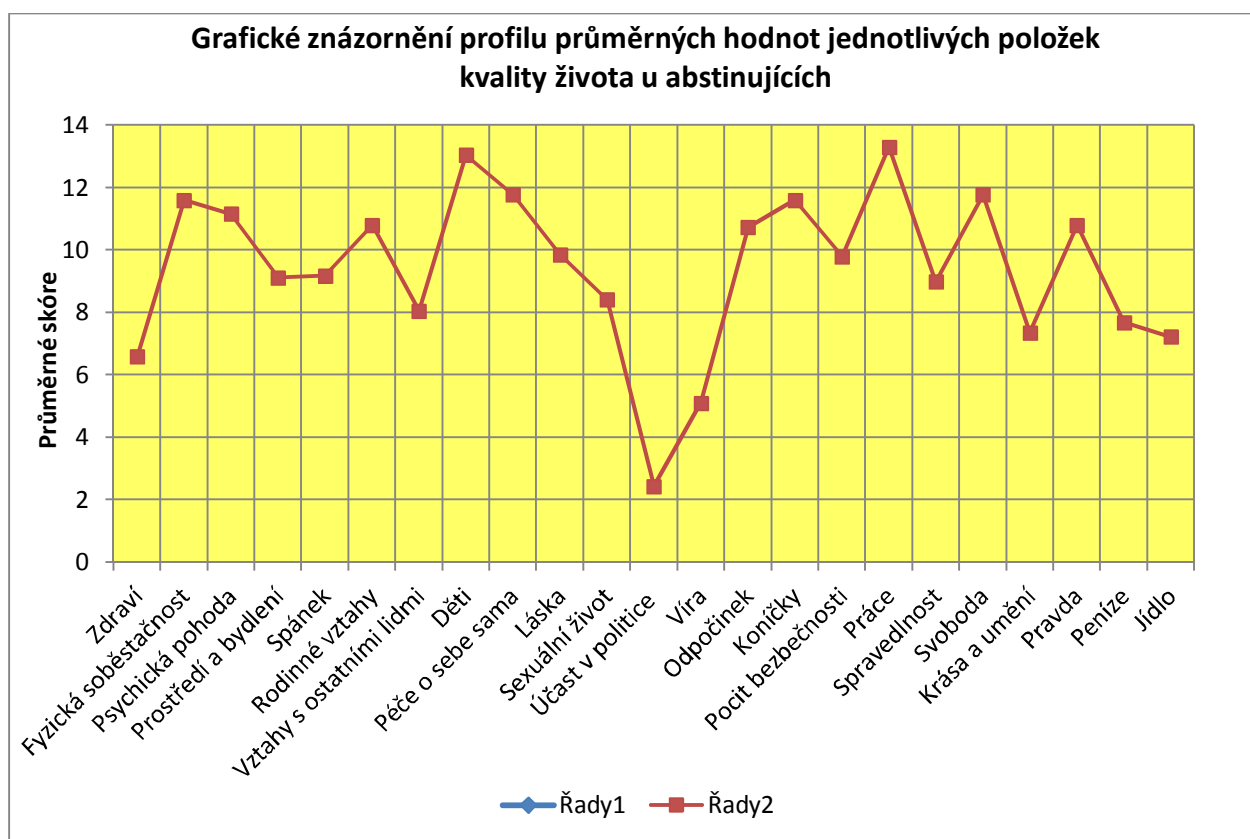
Graf 1: Grafické znázornění profilů průměrných hodnot jednotlivých položek z pohledu důležitosti a spokojenosti

Grafické znázornění, získané metodou výpočtu průměru hodnocení kvality života v jednotlivých oblastech u všech respondentů ukazuje hledisko důležitosti a spokojenosti v jejich životě.

Největší kvalitou života z hlediska důležitosti je oblast práce, pravda, svoboda, spravedlnost a psychická pohoda.

V oblasti spokojenosti dominuje položka děti, fyzická soběstačnost, rodinné vztahy a koníčky.

Vysoké hodnocení v těchto oblastech vypovídá patrně o výrazném uvědomění si pozitivní změny života vlivem abstinence od alkoholu a současné zdůraznění negativního působení předchozího alkoholismu.

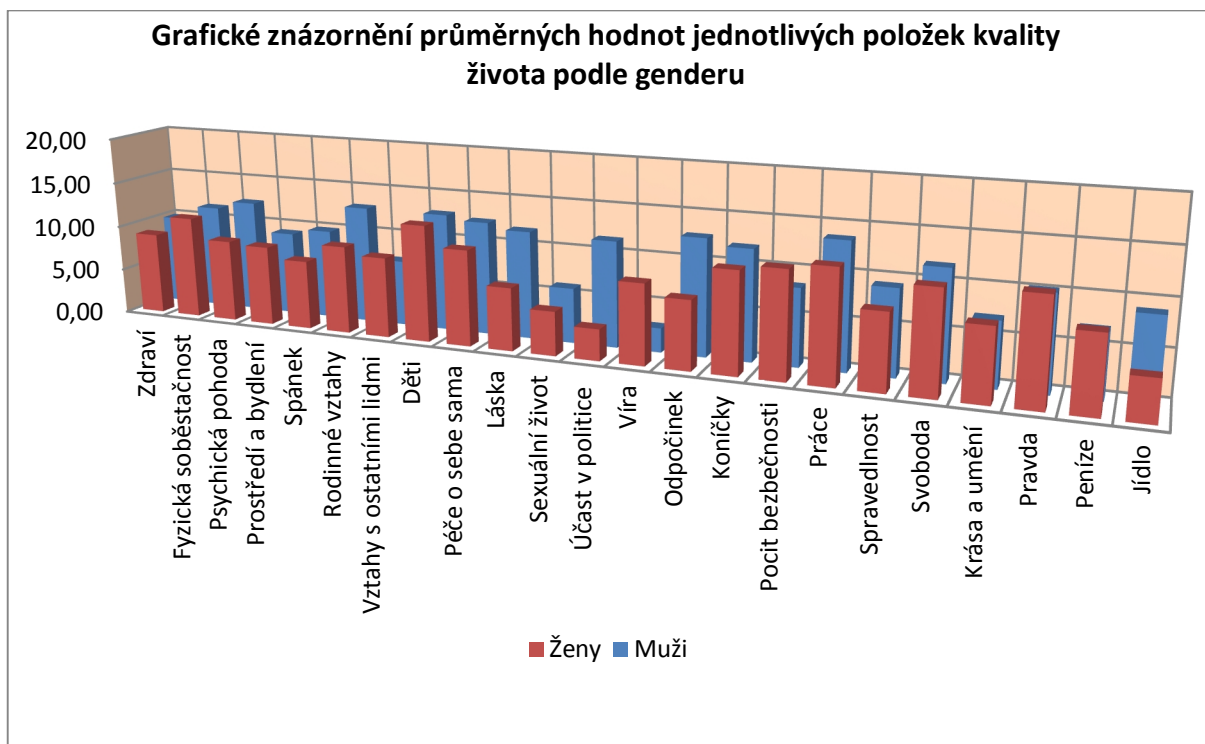


Graf 2: Grafické znázornění profilu průměrných hodnot jednotlivých položek kvality života u abstinuujících závislých na alkoholu (N=10)

Standardizovaný dotazník zachycuje subjektivní pohled člověka na svou životní situaci, a to tak, že hodnotí, nakolik je spokojen nebo nespokojen s oblastmi života, které sám považuje za důležité (Dragomirecká,2006).

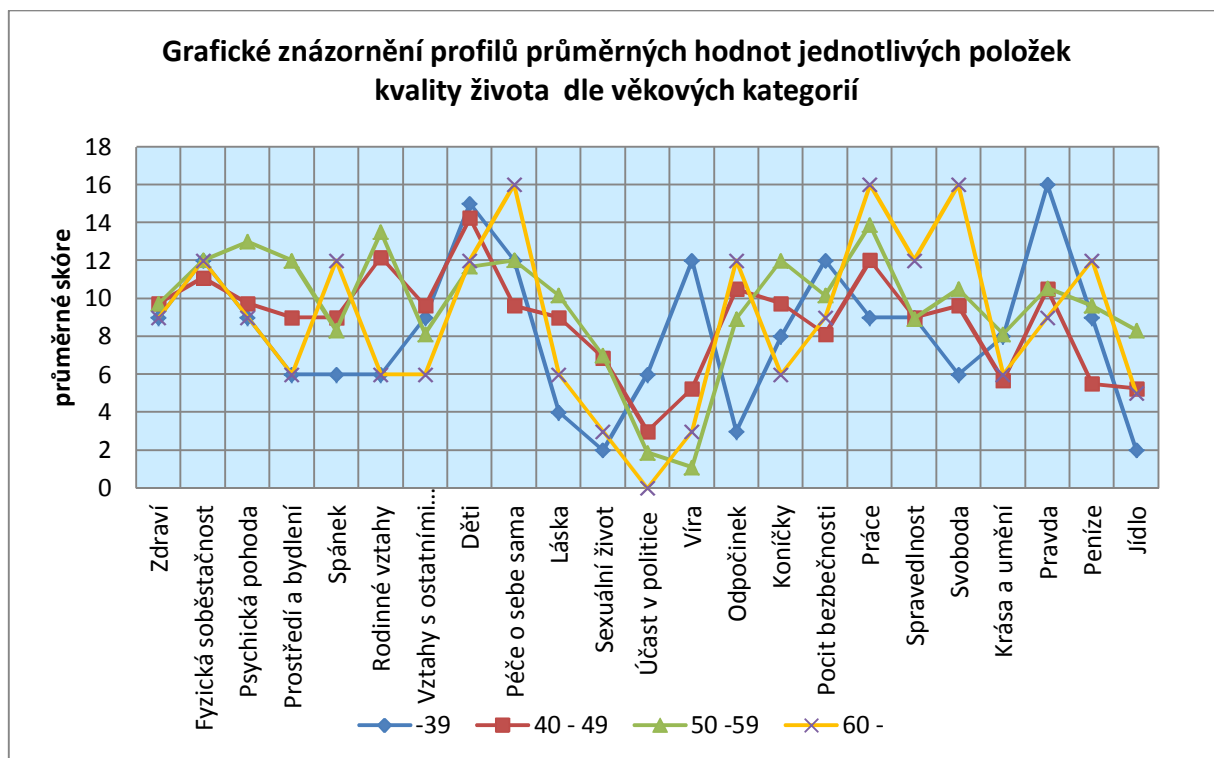
Grafické znázornění celkové kvality života abstinuujících přináší důkaz o naplnění významných životních hodnot jako je oblast práce, svoboda, pravda, děti. Celkově vyšší kvalitu života hodnotí též v oblasti fyzické soběstačnosti, péče o sama sebe. Nezáměr a také nespokojenost pociťují v oblasti zájmu o politiku a víru.

Vysokým hodnocením v uvedených oblastech života se ukázal jednoznačný růst sebedůvěry v době abstinence, zaměření na sebe, své vlastní sebehodnocení a pravdivost. Dokládají snížení závislosti na vnějších vlivech. Tento fakt patrně signalizuje „úzdavu“ závislosti.



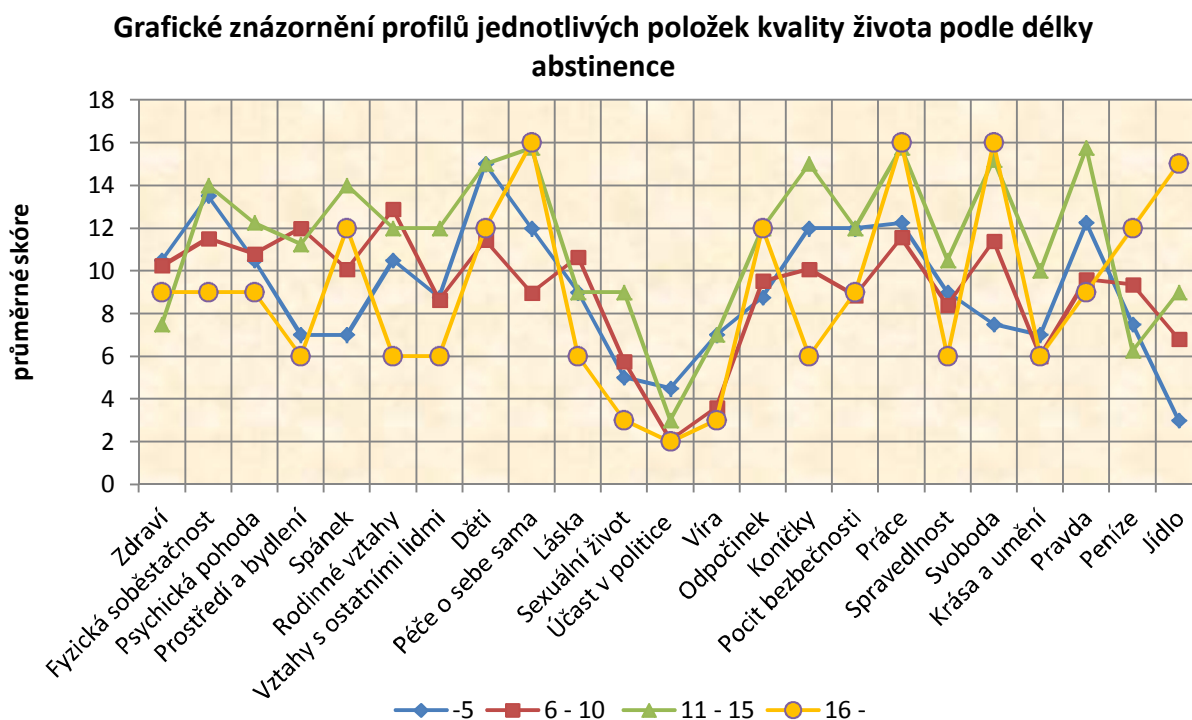
Graf 3: Profil průměrných hodnot jednotlivých položek kvality života podle genderu

Následující grafické znázornění postihuje rozdíly v celkovém hodnocení kvality života u abstinujících žen a mužů. Výrazné rozdíly se objevily v oblasti účasti v politice, muži percipují vyšší kvalitu než ženy, podobně v oblasti odpočinku a péče o sama sebe. Pravděpodobně jde o varovný signál pro ženy, které se intenzivněji věnují rodině než odpočinku a péči o sama sebe. Výraznější rozdíl je patrný také v oblasti jídla. Zde narážím na limity výzkumu, oblast jídla je zkreslená vlivem narušení sebehodnocení dvou respondentek, u kterých je v anamnéze porucha příjmu potravy. Celkově se projevila nízká spokojenost respondentů v oblasti sexu, kde závislost na alkoholu negativně narušila soužití v páru. Jejich hodnocení odráží aktuální, nebo chronické řešení závažných partnerských problémů.



Graf 4: Grafické znázornění profilů průměrných hodnot jednotlivých položek z pohledu věkových kategorií

Pro přehlednost hodnocení kvality života uvádím také profily celkové kvality života z hlediska věku respondentů. Vzhledem k velikosti vzorku zkoumaných osob je validita zkoumání snižena. Oblast péče o děti a rodinné vztahy téměř shodně hodnotí respondenti ve věkovém pásmu 40-49, podobně jako 50-59, vzhledem k věku mají převážně dospívající děti, které vyžadují socioekonomické vedení, což je náročné období pro život abstinujícího jedince. Podle výsledků respondent vyššího věku hodnotí vysoko kvalitu svého života v oblasti péče o sama sebe. Výsledek vypovídá o rozvinuté asertivitě a síle já v oblasti seberealizace.



Graf 5: Grafické znázornění profilu průměrných hodnot jednotlivých položek z pohledu délky abstinence

Pozitivní přínos délky abstinence se odráží zřetelně na hodnocení kvality života u abstinujících v pásmu 6-10 a 11-15 let, téměř shodně reagovali zejména v oblasti fyzické soběstačnosti, psychické pohody, oblasti rodinných vztahů. Respondenti s delší dobou abstinence hodnotili vyšší kvalitu života v oblasti péče o sebe sama, práce a svoboda. Nízké hodnocení kvality života v oblasti prostředí a bydlení, rodinné vztahy a vztahy s ostatními lidmi u osoby abstinující více než 16 let mohou ukazovat na hloubku dopadů závislosti na alkoholu, obtíže při řešení běžných životních problémů, či na narušenou premorbidní strukturu osobnosti.

Zřetelně vyplynulo, že respondenti abstinující kratší časový úsek citlivě kladně vnímají fyzickou soběstačnost, kladně hodnotí kvalitu života ve vztazích s dětmi.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké je subjektivní hodnocení kvality života abstinujících od alkoholu v nechráněném prostředí?

Z celkového hodnocení kvality života uvádějí vysokou kvalitu života v oblasti dětí, práce, péče o sama sebe, koníčků a svobody. Osoby ve věku 50-59 let dosahují vyššího skóre v oblasti psychické pohody.

V oblasti rodinných vztahů při hodnocení výpovědí celého výzkumného vzorku je kvalita života kladně percipována jen částečně převážně abstinujícími v období 5 - 10 a 11 - 15 let.

Naopak nízkou kvalitu života respondenti shodně označili v oblasti zájmu o politiku a víru.

Toto jejich stanovisko může odrážet obecný společenský postoj k politice. Nezáměr o víru pravděpodobně vypovídá o narušené důvěře v okolí, nedostatečné pokoře a egocentrismu.

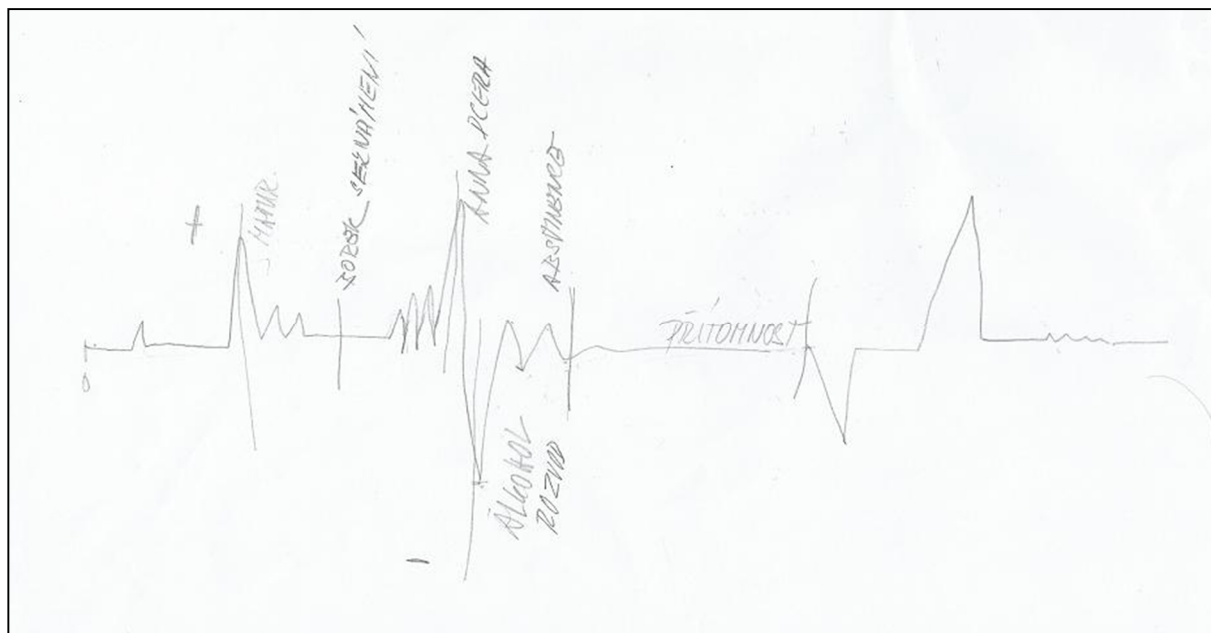
Ve věkové kategorii -39 a 60- vyjádřili také nižší kvalitu života v oblasti sexu. Na výsledku se pravděpodobně odrazila krizová partnerské situace, kterou respondenti aktuálně prožívali.

Při srovnání výsledků v jednotlivých dimenzích s orientačními populačními normami uvedenými v aktuální příručce SQUALA jsem zjistila, že kvalita života v oblasti zdraví je snižena, jinak profil jednotlivých skóre odpovídal profilu zdravé populace, který je výsledkem analýzy pilotní studie E. Dragomirecké a C. Škody (1995).

Snížené hodnocení položky zdraví v oblasti kvality života lze interpretovat jako dopad rozsáhlých následků závislosti na alkoholu jak na somatické, tak i na psychické zdraví jedince. Významnou roli hraje vědomí abstinujících o závažnosti a nevyléčitelnosti závislosti na alkoholu.

13.2 Představení čar života, průvodní komentář a strukturovaný rozhovor

Rozhovory s respondenty jsou pro názornost zapsány autentickými slovními obraty, bez slohové a jazykové korekce.



Obrázek č. 3: Pořadové číslo zkoumané osoby 1, žena, 29 let /2 roky abstinence v nechráněném prostředí/: Zobrazení čáry života

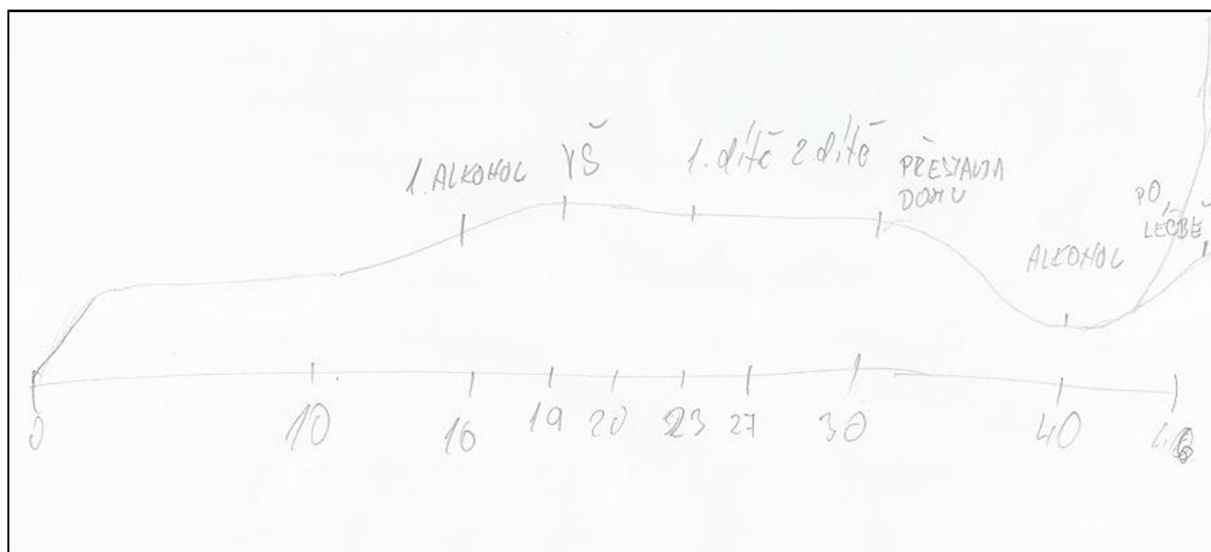
Komentář k čáře života:

Významný *pozitivní moment* je *maturita, dále seznámení se s partnerem. Na kladné emoce bohaté období je narození dcery. Následuje propad k pití alkoholu. Rozvod, střídavá péče. Nastolení abstinence a průměrné období v současnosti, kdy nadále řeší partnerské spory, ale abstinuje.*

Strukturovaný rozhovor:

1. Jaká okolnost ji přiměla ke kontaktování odborníka s úmyslem s pitím alkoholu skončit? *Rozvod manželství, střídavá péče o dítě, řešení partnerského vztahu.*
2. Jaká osoba měla vliv na její rozhodnutí k léčbě závislosti? *Přicházela o dceru v důsledku pití alkoholu. Dcera.*
3. Měla léčba vliv na její rozhodnutí pro abstinenci od alkoholu, případně v čem? *Přiznání si dopadů závislosti, přimělo ji to k tomu se nenapít.*
4. Jaký prvek psychoterapie vnímá pro směřování k abstinenci jako nejdůležitější? *Skupinové terapie abstinujících alkoholiků.*

5. Jakou osobní změnu ve svém životě uskutečnila v důsledku léčby? *Nelže, mluví pravdu, změnila priority - nekontaktuje alkoholické kamarády. Více si váží sama sebe, že nepije alkohol.*
6. Jaké faktory z okolí nejvíce ohrožují její rozhodnutí abstinovat. *Partner, který nadužívá alkohol a návštěva hospod.*
7. Kde a v čem vnímá zdroje pro abstinování od alkoholu? *Motivuje ji možnost být s dcerou, cítí se v klidu a v pohodě.*



Obrázek č. 4: Pořadové číslo zkoumané osoby 2, muž, 46 let /4 roky abstinence v nechráněném prostředí /: Zobrazení čáry života

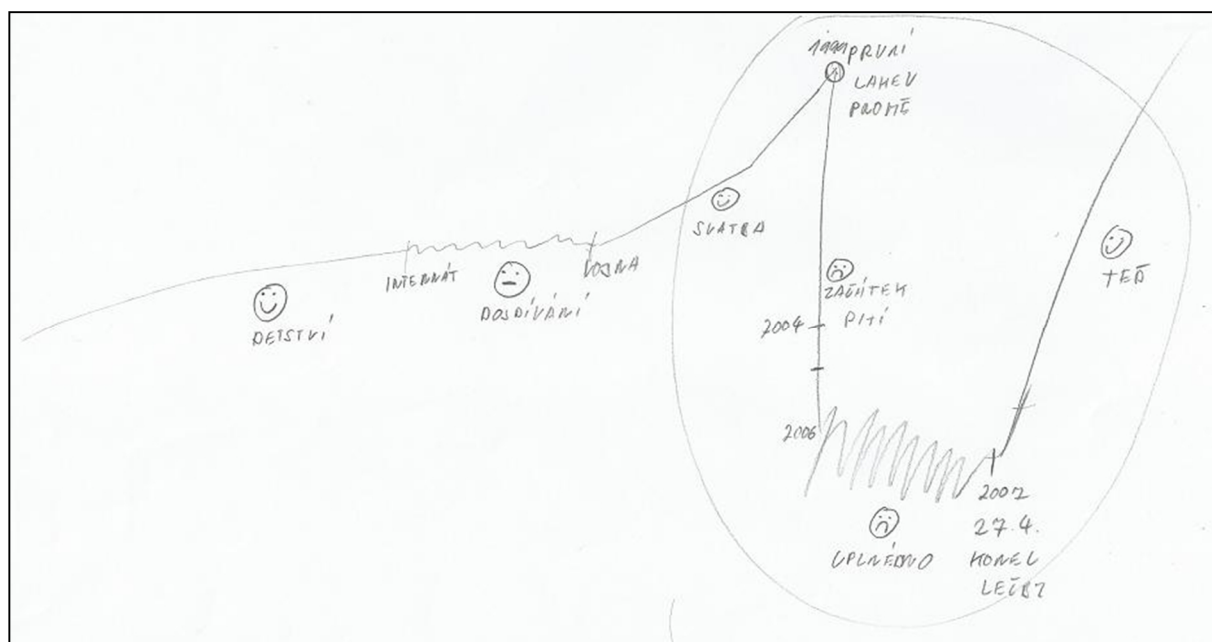
Komentář k čáře života:

V 15 – 16 letech první pití alkoholu, studoval střední zemědělskou školu, od oboru se odchýlil, byl přijat na VŠ pedagogickou obor tělocvik na první stupeň. Na VŠ chodili běžně do hospody, pil nárazově. Byl jako pionýrský vedoucí. Bavilo jej pracovat s dětmi – VŠ jej bavila. Studium bylo bezproblémové. Na VŠ se seznámil s manželkou. Po VŠ byla svatba, nástup na vojenskou službu. Narodili se jim dva synové. Přestavoval dům, bylo to náročné období - bydleli s rodiči, různě se stěhovali, syn se jim opařil vodou, byl hospitalizován. Během stavby pil denně. Alkohol si sám kupoval. Nastaly konflikty s rodiči, jeho bratrem a také s manželkou. Život nebyl takový, jak si představoval. V 2010 nastoupil na léčení. Vnímá, že jeho pití alkoholu není běžné a potřeboval impuls, chtěl někam vypadnout. Následovala léčba. Po léčbě život nabral na obrátkách, více si ho vychutnává, váží si jej.

Strukturovaný rozhovor:

1. Jaká okolnost ho přiměla ke kontaktování odborníka s úmyslem s pitím alkoholu skončit? *Ošklivé hádky v rodině, ztráta zaměstnání.*
2. Jaká osoba měla vliv na jeho rozhodnutí k léčbě závislosti? *Manželka, ředitel v zaměstnání.*

3. Měla léčba vliv na jeho rozhodnutí pro abstinenci od alkoholu, případně v čem? **Když viděl ostatní, jak dopadli a jak vypadají po alkoholu, negativní motivace.**
4. Jaký prvek psychoterapie vnímá pro směřování k abstinenci jako nejdůležitější? **Skupinová terapie. Povídání ve skupině, naučil se o svém problému před ostatními o sobě hovořit. Kritika od ostatních.**
5. Jakou osobní změnu ve svém životě uskutečnil v důsledku léčby? **Důslednost v abstinenci, nic nepodceňovat, doléčuje se. Řeší problémy. Dokáže se bavit bez alkoholu.**
6. Jaké faktory z okolí nejvíce ohrožují jeho rozhodnutí abstinovat. **Dlouhodobá rodinná nepohoda.**
7. Kde a v čem vnímá zdroje pro abstinování od alkoholu? **Vědomí, že se bez alkoholu dokáže plnohodnotně bavit. Cítí se lépe po zdravotní stránce, je odpočínutý, má elán, spoustu nápadů, cítí se čistý.**



Obrázek č. 5: Pořadové číslo zkoumané osoby 3, muž, 42let /7 let abstinence v nechráněném prostředí /:Zobrazení čáry života

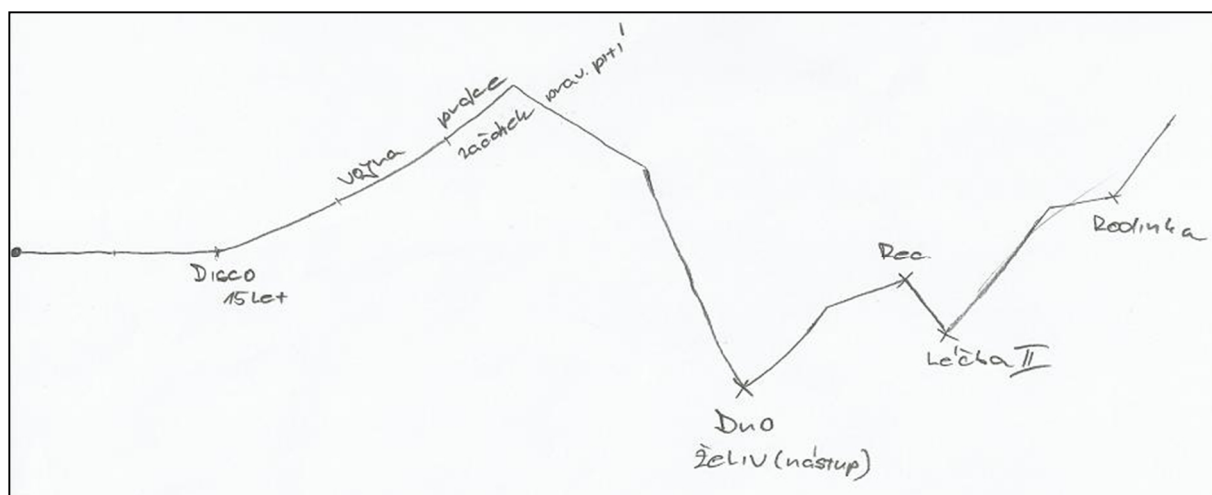
Komentář k čáře života:

Hezké dětství – sport, venkov i město, parta kamarádů. Dospívání internát – šikanování. První zkušenosti s alkoholem. Vojna-naučil se tam vařit. Po vojně svatba pozitivní období života nástup do práce - nepravidelné pití, občas opilost. Zlom v pití, kdy si koupil první alkohol pro sebe - od r. 1999 do 2006. Následovala tříměsíční léčba, domníval se, že po léčbě bude moci pít alkohol občas. V únoru 2007 se významně posunul v léčbě. V dubnu 2007 léčbu řádně ukončil. Po léčbě nemá žádnou špatnou, negativní zkušenost.

Abstinence je pro něho prostředek pro další žití. Daří se mu průběžně řešit problémy a neutíkat od nich.

Strukturovaný rozhovor:

1. Jaká okolnost jej přiměla ke kontaktování odborníka s úmyslem s pitím alkoholu skončit? ***Izolace od rodiny, toulal se přírodou a pil alkohol. Hrozil rozpad rodiny, první rozvodové stání. Finanční nouze.***
2. Jaká osoba měla vliv na jeho rozhodnutí k léčbě závislosti? ***Hlavní popud vycházel od manželky. V zaměstnání jej vedoucí přistihl opilého a dal mu šanci s tím něco dělat.***
3. Měla léčba vliv na jeho rozhodnutí pro abstinenci od alkoholu, případně v čem? ***Dostal návod jak abstinovat od alkoholu.***
4. Jaký prvek psychoterapie vnímá pro směřování k abstinenci jako nejdůležitější? ***Skupinová terapie, skupina byla pro něho jako rodina. Naučil se pracovat s negativními myšlenkami. Přispěla k uvědomění si toho, jak se pod vlivem alkoholu choval. Pojmenování osobních problémů.***
5. Jakou osobní změnu ve svém životě uskutečnil v důsledku léčby? ***Naučil se řešit problémy a neodkládat je.***
6. Jaké faktory z okolí nejvíce ohrožují jeho rozhodnutí abstinovat. ***Riziko je absolutní pohoda, ztratil by ostražitost a sebekontrolu.***
7. Kde a v čem vnímá zdroje pro abstinování od alkoholu? ***Hlavní zdroj je „mít čistou hlavu“, dobré vztahy v rodině, věnovat se zájmům, šetřit si finance.***



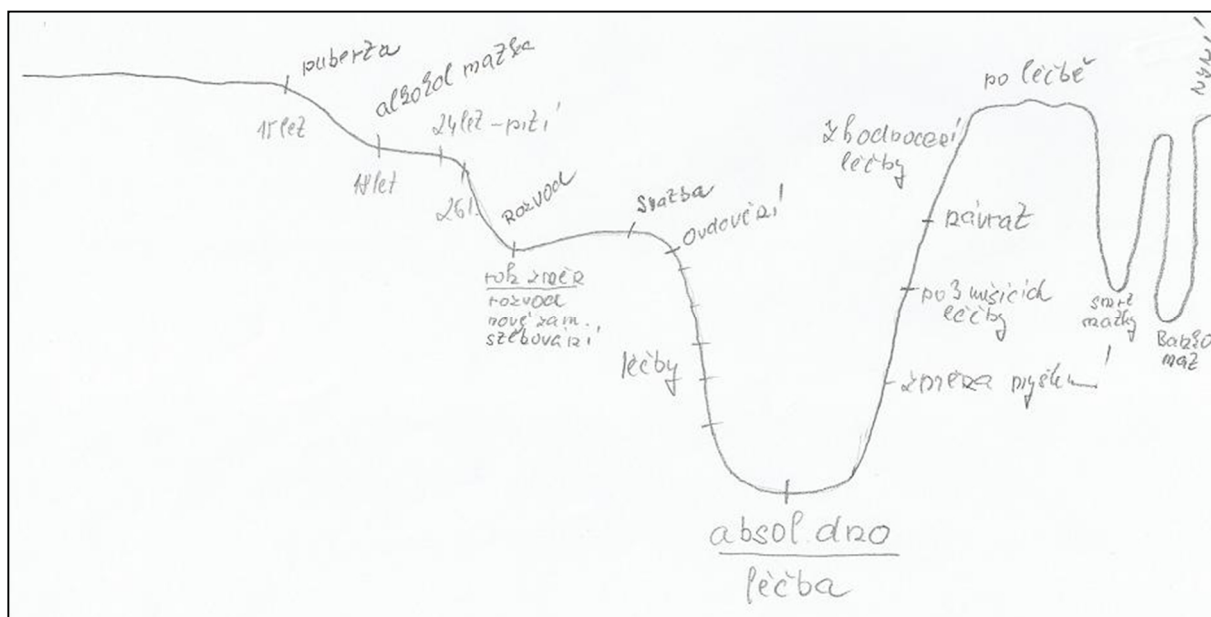
Obrázek č. 6: Pořadové číslo zkoumané osoby 4, muž, 42 let /7 let abstinence v nechráněném prostředí /: Zobrazení čáry života

Komentář k čáře života:

Pochází z úplně rodiny. Bez problémů vychodil základní školu. V 15 letech chodil již na zábavy a tam začal pít alkohol. Na vojně pil vyšší dávky alkoholu. Jako veterinární technik pil nejprve odpoledne po práci a později i před tím než šel do práce. Rodina jej kritizovala, lhal jim. Přibíral na hmotnosti, nic nedělal, jen pil, řídil pod vlivem alkoholu, močil krev, měl zvětšená játra, dokonce se pomočil. Způsobil autonehodu s nákladním autem, neměl odvahu se jít léčit. Rodina jej donutila, a tak šel do léčebny. Při léčbě lékařům nevěřil, myslel si, že bude moci pít malé dávky alkoholu i po léčbě. Několik měsíců po návratu z léčby vypil 5 piv a byl na léčbě podruhé. Na druhé léčbě si uvědomil svoji závislost a byl odhodlán doživotně abstinovat. Seznámil se s manželkou, mají dceru a čekají další miminko.

Strukturovaný rozhovor:

1. Jaká okolnost ho přiměla ke kontaktování odborníka s úmyslem s pitím alkoholu skončit? *Doma špatná atmosféra, od rodiny se izoloval, chodil do restaurace, nic jej nebavilo. Autonehoda a pomočoval se.*
2. Jaká osoba měla vliv na jeho rozhodnutí k léčbě závislosti? *Matka.*
3. Měla léčba vliv na jeho rozhodnutí pro abstinenci od alkoholu, případně v čem? *Jistě, že měla, že život bez alkoholu jde.*
4. Jaký prvek psychoterapie vnímá pro směřování k abstinenci jako nejdůležitější? *Pomohla mu izolace, rozcvičky, vycházky, asertivita, poslouchání životních příběhů alkoholiků. Přiznat si závislost, mluvit o sobě na skupině, na komunitě otevřeně.*
5. Jakou osobní změnu ve svém životě uskutečnil v důsledku léčby? *Upravil si životosprávu, zhubnul, přestal lhát, má čisté svědomí, začal otevřeně komunikovat, je více spolehlivý, zlepšil mezilidské vztahy, dodržuje slovo.*
6. Jaké faktory z okolí nejvíce ohrožují jeho rozhodnutí abstinovat? *Nechodí na akce, kde se pije alkohol. Odloučení od rodiny.*
7. Kde a v čem vnímá zdroje pro abstinování od alkoholu? *Žije se mu lépe než s chlastem, každý den se probouzí střízlivý, může si dělat co chce, je spolehlivý, vše dělá s čistou hlavou.*



Obrázek č. 7: Pořadové číslo zkoumané osoby 5, žena, 50 let /8 let abstinence v nechráněném prostředí /: Zobrazení čáry života

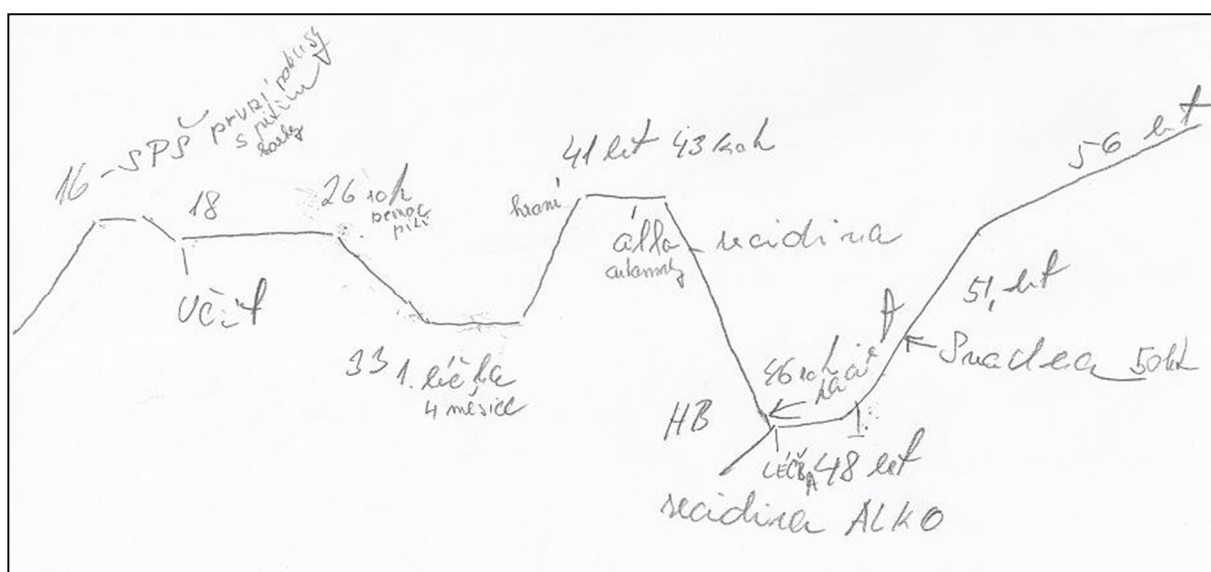
Komentář k čáře života:

Dětství spokojené v úplné rodině, byla levoruká a v MŠ ji přeučovali, dostavilo se koktání a pomočování. Měla bouřlivou pubertu, občas chodila za školu. Studium gymnázia obtížně zvládala, však odmaturovala. Vdala se, narodil se jí první syn, cítila se velmi dobře, jezdila za rodiči. U matky se rozvinula závislost na alkoholu. Matku měla velmi ráda. Poprvé se opila ve 24 letech ve vinařském sklípku. V 26 letech rozvod, od té doby pila alkohol pravidelně. Nebyla na tom psychicky dobře. Alkohol jí ulevoval, problémy neřešila, ale zapíjela. Nevěra z její strany, neměla čisté svědomí. Pak období změn nová svatba, bydliště práce. Nespokojenost v manželství, nespokojenost v životě. Šťastná byla u rodičů. Absolvovala šest léčeb. Po třech měsících na poslední léčbě cítila, že bude abstinovat. Změnila své myšlení. Po léčbě zhodnocovala to, co se naučila. Během abstinence jí zemřela matka, měla další problémy, které zvládá postupně, ale bez pití alkoholu

Strukturovaný rozhovor:

1. Jaká okolnost ji přiměla ke kontaktování odborníka s úmyslem s pitím alkoholu skončit? *Trestný čin, porušení domovní svobody pod vlivem, rodina ji dala do izolace.*
2. Jaká osoba měla vliv na její rozhodnutí k léčbě závislosti? *Mladší syn, mají k sobě nejblíže, hodně jí pomáhal. Dalo to rodině hodně práce, jednou ji i seřezal a odpustila mu to plně.*
3. Měla léčba vliv na její rozhodnutí pro abstinenci od alkoholu, případně v čem? *Měla zásadní vliv, posílila svoji sebedůvěru.*
4. Jaký prvek psychoterapie vnímá pro směřování k abstinenci jako nejdůležitější? *Vliv skupinové a individuální terapie, přísný léčebný režim.*

5. Jakou osobní změnu ve svém životě uskutečnila v důsledku léčby? *Abstinuje, je pravdivá, nenechává s sebou manipulovat, má svůj názor, chrání si svou čest a čisté svědomí.*
6. Jaké faktory z okolí nejvíce ohrožují její rozhodnutí abstinovat. *Ohrožení nevnímá - je to její rozhodnutí, ale vyhýbá se oslavám, společenské akce nenavštěvuje.*
7. Kde a v čem vnímá zdroje pro abstinování od alkoholu? *Svoboda - kterou nyní má ji motivuje, dále sebeúcta, ví, co dělá, nemá morální kocovinu, dělá radost okolí, mohou se na ni spoléhat. Vidí pozitivní pohled okolí i rodiny.*



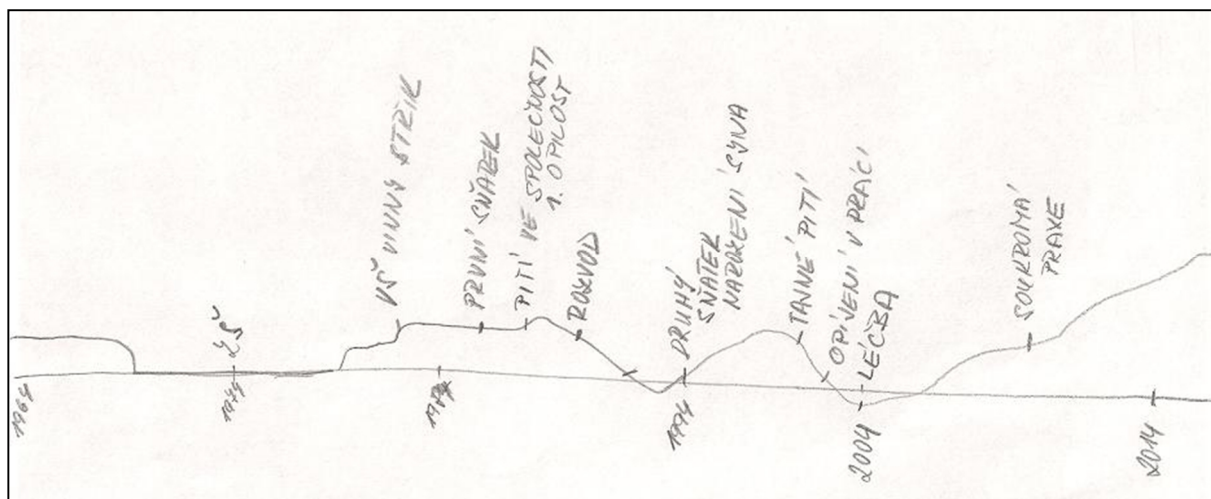
Obrázek č. 8: Pořadové číslo zkoumané osoby 6, muž, 55 let /8 let abstinence v nechráněném prostředí /: Zobrazení čáry života

Komentář k čáře života:

Do 16 let měl pěkné dětství, první pokusy s pitím alkoholu měl již za sebou, kvůli pití alkoholu měl problém na střední škole, nakonec ve druhém ročníku odešel do učení, které následně hravě zvládl. Do 26 let byl jeho život stabilní, věnoval se práci a fotbalu. V 26 letech si zlomil nohu. Jeden rok byl nemocen a odepsal se sám, cítil sebelítost, že nebude již hrát. Po večerech chodil do hospody, pil alkohol a hrál karty. Ve 33 letech se s ním rozešla kvůli pití alkoholu partnerka. Kontaktoval psychiatra a nastoupil do první léčby. Však „pral se“ se závislostí, nepřemýšlel o tom, že se již nikdy nenapije. Ale abstinovat od 34 do 42 let. Následovala recidiva, zastavil ji v léčebně, ale začal pravidelně hrát hazardní hry do 46 let, když mu došly peníze na hazard, opět se napil. Nebylo to s ním k vydržení, partnerka jej odvezla do léčebny. Za tři roky se dostavily úspěchy, zaplatil dluhy, získal vlastní bydlení, koupil si auto a v 50 se poprvé oženil. Není to žádný zázrak, ale má se o koho starat. Zabývá se tím, co jej baví, věnuje se zahrádce, psovi, rodině. Nikam se nyní nežene, je v klidu, to žádné peníze nenahradí.

Strukturovaný rozhovor:

1. Jaká okolnost ho přiměla ke kontaktování odborníka s úmyslem s pitím alkoholu skončit? *Měl již velký úbytek na váze, strach, že někoho zabije, nebo sebe, řídil opilý. 14 denní tah o Velikonocích, málem smetl lidi na přechodu. Měl sebevražedné myšlenky.*
2. Jaká osoba měla vliv na jeho rozhodnutí k léčbě závislosti? *Popud šel od něho a před druhou léčbou to byla přítelkyně.*
3. Měla léčba vliv na jeho rozhodnutí pro abstinenci od alkoholu, případně v čem? *Začal být otevřený a hovořil o svých problémech.*
4. Jaký prvek psychoterapie vnímá pro směřování k abstinenci jako nejdůležitější? *Léčebný režim, řád v životě, přemýšlení s jasnou hlavou.*
5. Jakou osobní změnu ve svém životě uskutečnil v důsledku léčby? *Přestal lhát a vymlouvat se, naučil se o svých problémech mluvit s lidmi, kteří mu mohou pomoci. Naučil se hospodařit s penězi, odříkat si.*
6. Jaké faktory z okolí nejvíce ohrožují jeho rozhodnutí abstinovat. *Nekvalitní zázemí, ohrožení nevnímá.*
7. Kde a v čem vnímá zdroje pro abstinování od alkoholu? *Cítí, že nyní je svět na něj hodný, vnímá, že takový život co vede jej v abstinenci nejvíc podporuje - dobré zázemí a klid.*



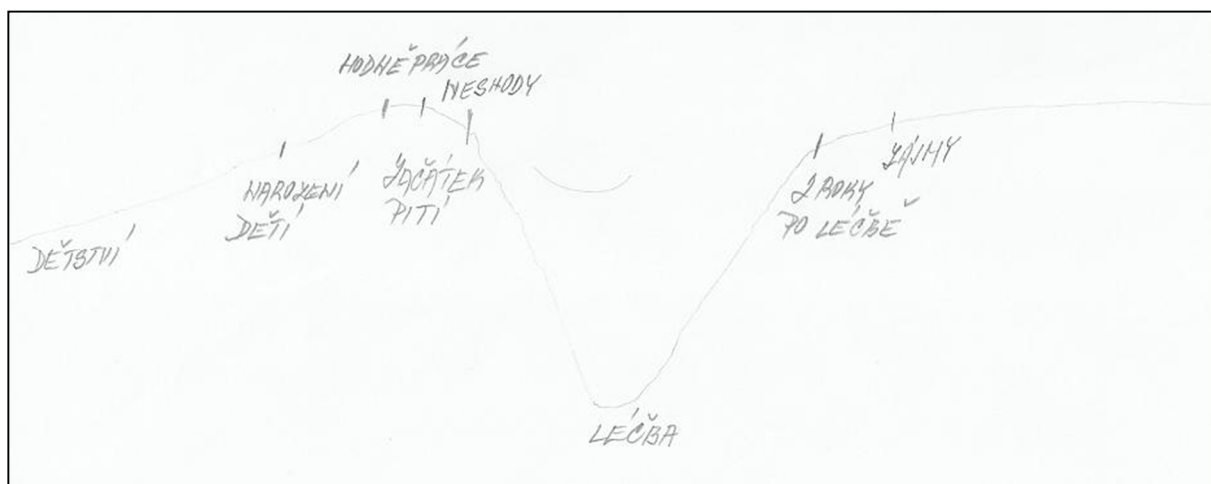
Obrázek č. 9: Pořadové číslo zkoumané osoby 7, žena 50 let /10 let abstinence v nechráněném prostředí /: Zobrazení čáry života

Komentář k čáře života:

První roky života byla v péči u prarodičů. Během základní školní docházky neměla problémy, patřila k nejlepším žákům ve třídě. Na vysoké škole měla první známost, chodila na diskotéky a v té době popíjela vinný střík ve společnosti. První sňatek, s manželem, chodili na oslavy, kde se poprvé opila. Řádně ukončila VŠ. Pokusy o potomka se nedařily. Potvrdily se manželovy nevěry. Cítila se psychicky vyčerpaná. Rozvod manželství. Častěji chodila do společnosti, týdně vypila jeden litr vína. Seznámila se s nynějším manželem. Druhý sňatek, narození syna, poměry rodiny se stabilizovaly. Nadále měla však pocity nedokonalosti/domácnost, práce/. Začala si domů kupovat alkohol a pila tajně. Nástup do zaměstnání po MD. Přetrvával pocit, že nezvládá postgraduální vzdělávání, byla protivná, hádává. Prasklo, že se opije v zaměstnání, zahájila ambulantní léčbu, přepila Antabus. Následoval nástup do ústavní léčby. Po léčbě se vrátila zpět do zaměstnání, nerozvedla se, syn se zlepšil ve škole. Zjistila, že práci, domácnost, knížku, zvládá. S manželem buduje otevřený a upřímný vztah, na který je pyšná, ale i opatrná. V zaměstnání si pronajímá soukromou praxi. V poslední době si koupili malý domek se zahradou, pomáhá synovi s učením na maturitu.

Strukturovaný rozhovor:

1. Jaká okolnost ji přiměla ke kontaktování odborníka s úmyslem s pitím alkoholu skončit? *Prozrazení pití alkoholu na pracovišti.*
2. Jaká osoba měla vliv na její rozhodnutí k léčbě závislosti? *Manžel, nadřizená.*
3. Měla léčba vliv na její rozhodnutí pro abstinenci od alkoholu, případně v čem? *Vytvořila si jiný žebříček hodnot.*
4. Jaký prvek psychoterapie vnímá pro směřování k abstinenci jako nejdůležitější? *Skupinová terapie, sebezpytování, dostatek času na vytvoření plánu „co dál“.*
5. Jakou osobní změnu ve svém životě uskutečnila v důsledku léčby? *Posílení sebevědomí, změna žebříčku hodnot, cílevědomost.*
6. Jaké faktory z okolí nejvíce ohrožují její rozhodnutí abstinovat? *Snadná dostupnost alkoholu, alkohol jako společenská norma, vlastní neopatrnost.*
7. Kde a v čem vnímá zdroje pro abstinování od alkoholu? *Cítí důvěru, pochopení a toleranci ze strany rodiny. Chce si udržet svoji pracovní pozici, spokojenost v rodině a plnit své finanční závazky.*



Obrázek č. 10: Pořadové číslo zkoumané osoby 8, žena, 47 let /11 let abstinence v nechráněném prostředí/: Zobrazení čáry života

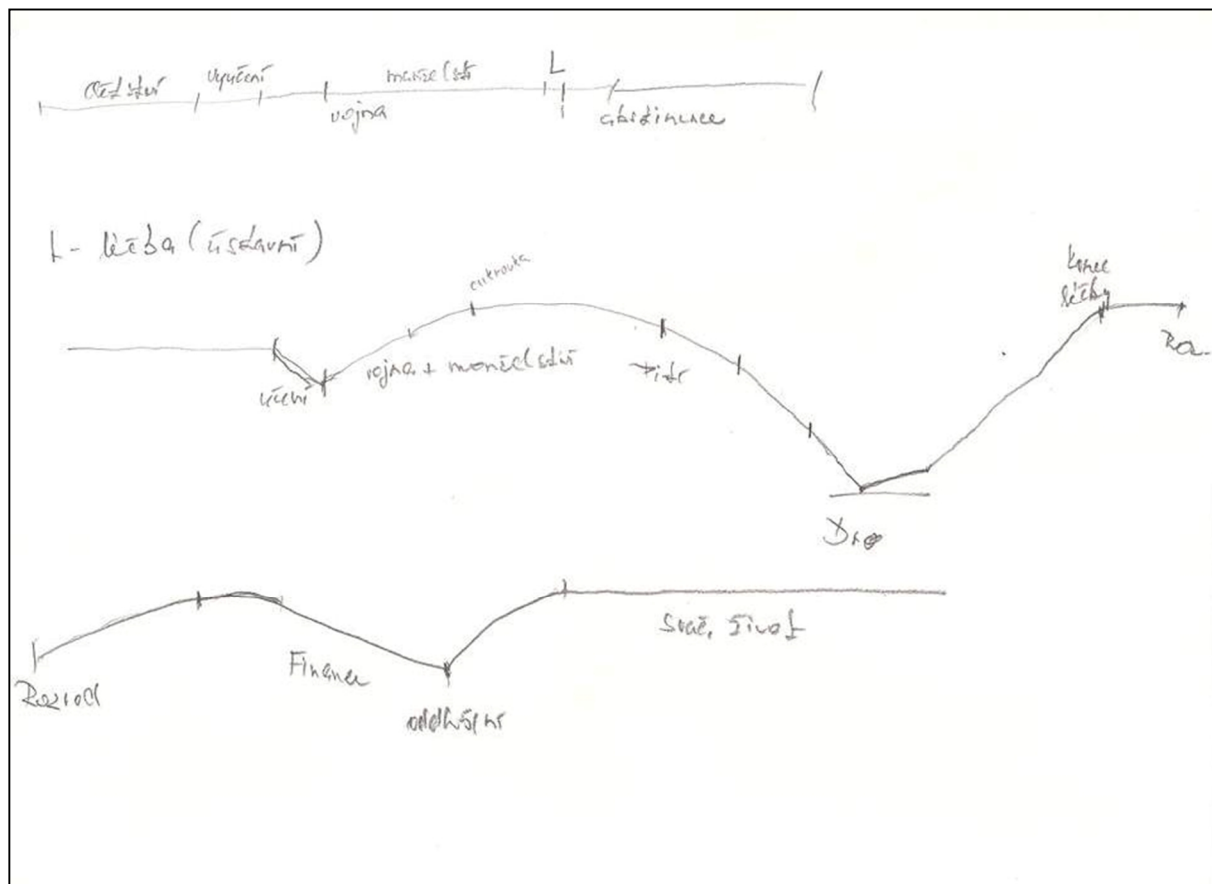
Komentář k čáře života:

Dětství pěkné, starší bratr se o ni staral, byla málo sebevědomá, vše za ni rodiče vyřizovali. Narození dětí bylo hezké období, vše zvládala. Naložila si mnoho práce, na stavbě, péče o dvě děti, péče o otce, domácí práce, měla pocit, že si neužívá život. Když šla do společnosti tak se opila, aby si užila život. V rodině byly časté neshody mezi otcem a manželem. Zapomínala na domácí stres, čtyři roky se propíjela k léčbě. Váží si léčby - neměnila by. Léčbu vnímá jako úspěšnou. Po léčbě byla v euforii, začala se doléčovat, jezdila na opakovací pobyty do léčebny, chodila do AA. Začala sportovat, kolo, tanec, byla šťastná. Nyní to pokračuje stabilním tempem.

Strukturovaný rozhovor:

1. Jaká okolnost ji přiměla ke kontaktování odborníka s úmyslem s pitím alkoholu skončit? *Několikrát ji odvezli do nemocnice, měla 3,5 promile a manžel ji nemohl probrat. Na Vánoce ji do léčebny odvezli naposled následovala ústavní protialkoholní léčba.*
2. Jaká osoba měla vliv na její rozhodnutí k léčbě závislosti? *Bratr, jeho partnerka a jejich kamarádka, která absolvovala léčbu, rodinný tribunál. Však stále si říkala, že není závislá, ale léčit se šla.*
3. Měla léčba vliv na její rozhodnutí pro abstinenci od alkoholu, případně v čem? *Rozhodla se po přednášce o rodině, dceru bolelo břicho a syn měl tik v oku.*
4. Jaký prvek psychoterapie vnímá pro směřování k abstinenci jako nejdůležitější? *Skupinová terapie, slyšela příběhy druhých a učila se z nich, utvrzovala se v uvědomění závislosti. Také léčebný řád, naučit se mít pravidla.*
5. Jakou osobní změnu ve svém životě uskutečnila v důsledku léčby? *Změnila své myšlení, že alkohol k životu nepotřebuje. Neodkládá řešení problémů. Nenechává si vše líbit, dokáže oponovat.*

6. Jaké faktory z okolí nejvíce ohrožují její rozhodnutí abstinovat. *Stresové záležitosti, manželské soužití, které není v pořádku, nepozornost, být stále ve střehu, aby ji nikdo nenalil alkohol do pití.*
7. Kde a v čem vnímá zdroje pro abstinování od alkoholu? *Můžu si kamkoliv zajet autem, také čistá hlava. Nechce zklamat důvěru rodiny a známých.*



Obrázek č. 11: Pořadové číslo zkoumané osoby 9, muž, 57 let /11 let abstinence v nechráněném prostředí /: Zobrazení čáry života

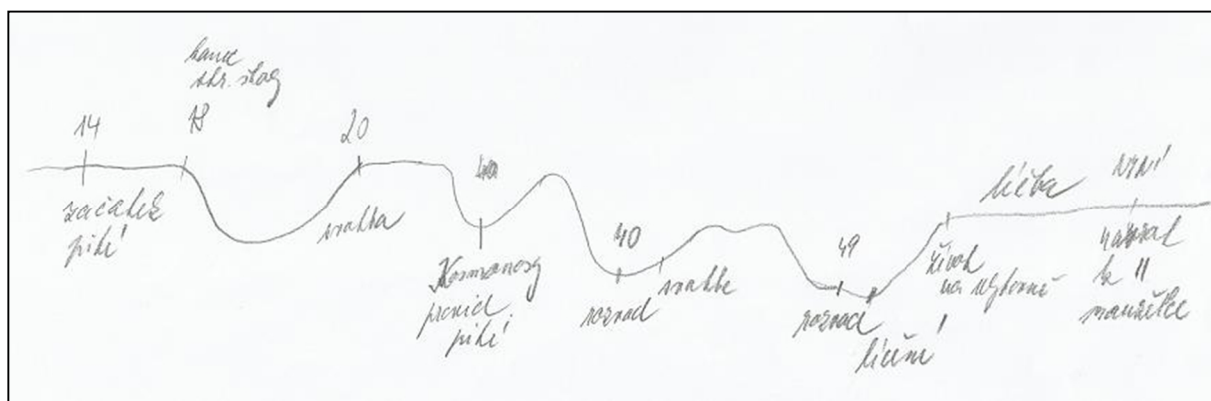
Komentář k čáře života:

Dětství měl poklidné, po základní škole, nastoupil do učení, následně na vojenskou školu, po vojně se oženil. Začaly se objevovat problémy v partnerství. Odcházel od rodiny na pivo. Tři roky po svatbě dostal cukrovku. Pravidelně chodil na pivo. Ráno již před 6 h pil tvrdý alkohol. 6x jej vezla záchranka s diabetickým kómatem, vždy byl pod vlivem alkoholu. Rodina jej odvezla do léčebny. V léčebně se dozvěděl, jak má abstinovat. Po léčbě žil v manželství tři roky a následně se odstěhoval, za rok poté se rozvedli. Začal si zvykat na samostatný život, myslel si, že si rychle vybaví domácnost, koupil si na dluh video, pračku, ledničku a zapadl do dluhové pasti. Je v insolvenční správce. Zbývají mu již jen dva roky na splácení. Věděl, že ani v takto

stresové situaci by mu pití alkoholu nepomohlo. Žije se mu dobře, s dětmi je v úzkém kontaktu, často hlídá vnoučata, všichni jsou informováni o jeho závislosti i o zadlužení.

Strukturovaný rozhovor:

1. Jaká okolnost jeho přiměla ke kontaktování odborníka s úmyslem s pitím alkoholu skončit? *Bylo mu jedno, zda se upije, ale dcera za ním přišla a řekla, že jej potřebuje, hrozilo mu propuštění ze zaměstnání.*
2. Jaká osoba měla vliv na jeho rozhodnutí k léčbě závislosti? *Dospělá dcera.*
3. Měla léčba vliv na jeho rozhodnutí pro abstinenci od alkoholu, případně v čem? *Dozvěděl se, jak bude abstinovat, jak zvládat touhy po napití alkoholu.*
4. Jaký prvek psychoterapie vnímá pro směřování k abstinenci jako nejdůležitější? *Léčebné stupně mu vyhovovaly, obhájení změn, kterých v léčbě dosahoval, pojmenování problémů, asertivita. Kontakt s pacienty, kteří abstingují. Pomohlo mu desatero abstingujících. Stanovit si krátkodobé a dlouhodobé plány do budoucna. Kázeň a pořádek, nesmlouvavost, dochvilnost, dbaní na důslednost.*
5. Jakou osobní změnu ve svém životě uskutečnil v důsledku léčby? *Rozvedl se, následně se mu ulevilo, cítí, že tím způsobem vyřešil svůj problém. Problémy neodkládá a řeší je hned.*
6. Jaké faktory z okolí nejvíce ohrožují jeho rozhodnutí abstinovat. *Vyhýbá se rizikovým místům, oslavám, jezdí za kamarádkou na Moravu a všem to řekne. Lidem, které lépe zná oznamuje, že je alkoholik. Je zásadový a dodržuje abstinenci pečlivě, kontroluje se.*
7. Kde a v čem vnímá zdroje pro abstinování od alkoholu? *Je mu v životě lépe, lidi, na kterých mu záleží jej berou, jeho nynější život je nesrovnatelně kvalitnější. Je spokojený v životě, cítí se dobře. Od té doby, co abstinguje, vede dobrý život. Děti mu svěřují vnoučata, důvěřují mu, protože je pozornější.*



Obrázek č. 12: Pořadové číslo zkoumané osoby 10, muž, 63 let /16 let abstinence v nechráněném prostředí /: Zobrazení čáry života

Komentář k čáře života:

Alkohol začal pít ve 14 letech a problémy s pitím alkoholu byly již od 16. Vyučil se zedníkem, následoval jeden rok na stavební průmyslové škole, kterou nedokončil. Ve 20 letech se poprvé oženil, nadále pil alkohol, manželka se s ním hádala, měli dvě děti. Po 17 letech se rozvedli. Následovalo střídání zaměstnání. Ve 40 si našel novou ženu, bydleli na vesnici, začal pracovat v zemědělství. Pil každý večer v hospodě po práci i během dne. Hádal se s manželkou a také jejím bratrem, byl v koncích tak, že si myslel, že se pověsí ve stodole. Neměl peníze, z práce jej vyhodili. Lékař mu doporučil protialkoholní léčbu. Poslechl a absolvoval řádně celou léčbu. Po léčbě začínal od nuly, v jiném městě, rozvedený, v novém zaměstnání. Práce střídal, až se mu zalíbilo v podniku, kde pracoval 7 let, abstinovat, bydlel na ubytovně. Nepřerušil kontakt se syny, platil alimenty a pravidelně je navštěvoval. Mezitím se bývalá manželka rozvedla s druhým manželem alkoholikem a ještě gemblérem. Nabídla mu, aby se vrátil. V současné době bydlí u nich v domě, v synově pokoji, jednomu pomáhá stavět dům. S bývalou manželkou komunikuje věcně, bezkonfliktně.

Strukturovaný rozhovor:

1. Jaká okolnost jeho přiměla ke kontaktování odborníka s úmyslem s pitím alkoholu skončit? *Vzali mu řidičák za řízení pod vlivem alkoholu. Vyhodili jej z práce a bylo mu špatně po psychické stránce, měl úzkosti, deprese. Uvažoval i o sebevraždě.*
2. Jaká osoba měla vliv na jeho rozhodnutí k léčbě závislosti? *Byl to on sám, neměl již nikoho.*
3. Měla léčba vliv na jeho rozhodnutí pro abstinenci od alkoholu, případně v čem? *Měla, zlepšil se jeho zdravotní stav, zlepšilo se jeho myšlení.*
4. Jaký prvek psychoterapie vnímá pro směřování k abstinenci jako nejdůležitější? *Skupinová terapie - sounáležitost, stejné potíže. Uvědomit si co chce a co nechce. Rozhovory se spolupacienty – uvědomil si, že nechce alkohol pít.*
5. Jakou osobní změnu ve svém životě uskutečnil v důsledku léčby? *Je upřímný a otevřený, nemá strach z lidí, je pozornější, lépe komunikuje. Je méně manipulovatelný.*

6. Jaké faktory z okolí nejvíce ohrožují její rozhodnutí abstinovat. *Dlouhodobý blízký kontakt s osobou, která pije alkohol. Pobyť v restauraci. Rizika příliš nevnímá.*
7. Kde a v čem vnímá zdroje pro abstinování od alkoholu? *v celkovém pohledu do budoucna – syn bude studovat VŠ, pomoc synům. Pořád vidí hodně sebe, nechce si kazit život pitím alkoholu. Má pěknou práci a nechce o ni přijít.*

13.2.1 Charakteristiky čar života - tvar

Tvar čáry života je pojímán jako neverbální vyjádření, které umožňuje postihnout události v životním kontextu. Nakreslená čára je odrazem prožitého života, znázorňuje jeho vývoj a směřování. Hlavním kritériem pro vytvoření typologie je zachycení života jako: vzestup (růst, progrese), setrvávání (stagnace) a pokles (sestup, degrese) (Čermáková 2009).

Na základě posouzení celkového tvaru bylo Čermákovou (2009) identifikováno 6 typů životních čar, pravděpodobně vycházejících z Čermákovy typologie vytvořené na stejné téma.

Přímka v rovině – rovná čára bez členitostí, na které nejsou zaznamenány žádné vzestupné ani sestupné linie.



Vzestupná křivka – křivka, která má po celé délce vzestupný charakter (růst) bez přítomnosti jakéhokoli poklesu či stagnace.



Stupňovitě vzestupná křivka – křivka, která má vzestupný charakter, v určité části se však objevuje stagnace. Podmínkou pro zařazení do tohoto typu je nepřítomnost jakéhokoli poklesu.



Členitá křivka v rovině – v žánru, který Čermák (2004) nazývá „*životní krize – malé ztráty a rychlé zotavení*“, nedosahují negativní emoce výraznější hloubky a v důsledku efektivních strategií zvládání snadno mizí a prožívání se rychle navrácí k předcházejícímu emocionálnímu ladění. Negativní emoce jsou zde ztvárněny jako něco, z čeho se člověk takřka „snadno otřepe“.

Tento typ čar bychom mohli označit jako „jednou dole, jednou nahoře“. Podmínkou je, navrácení na původní úroveň.



Členitá křivka s vybočující událostí - i zde se vyskytují stoupání a poklesy. Tato vybočení se však nejsou periodická, vztahují se spíše k ojedinělým krizovým událostem (nemoc, rozvod). Po překonání krize křivka pokračuje ve stejném charakteru, jako před zaznamenanou událostí (Čermáková, 2009). Dle Čermáka jde o žánr, který nazývá „*životní krize – pády a vzlety*“ celkové emocionální ladění vyznačuje rozměrem hloubky. Jinak vyjádřeno - negativní emoce vzniklé následkem životních krizí dosahují výraznější hloubky a intenzity, což s sebou nese větší zranitelnost včetně možnosti depresivního prožívání. Důležitým prvkem tohoto žánru je však také schopnost nevzdávat se, bojovat a začínat znovu (Čermák, 2004).



Sestupná křivka – křivka má sestupnou tendenci, není zde zaznamenán růst ani stagnace (Čermáková 2009).



Uvedená typologie čar života byla vhodným východiskem pro hodnocení čar života respondentů mého výzkumu.

13.2.2 Rozbor čar života a interpretace

V předkládaném výzkumu bylo pracováno s grafickým strukturováním běhu života, jenž bylo doplněno vyprávěním životního příběhu. Kombinaci těchto metod možno považovat za významnou z pohledu validity metody.

Výzkumná otázka č. 2: „**Jaké shodné formy čar života lze najít u probandů abstinujících od alkoholu?**“

Komentář: z hlediska hodnocení tvaru čar je možno prohlásit, že tvar čáry u deseti zkoumaných osob, se nápadně podobá.

6 křivek života lze zařadit do kategorie „*Členitá křivka s vybočující událostí*“. Zkoumané osoby tak znázorňují své životní pády a vzlety. Pády mají výraznou intenzitu, zřetelné jsou pokusy o narovnání. Intenzita pádů je patrně způsobená ztracenou kontrolou v pití alkoholu a jeho negativními dopady ve všech oblastech života. Nelze opomenout také časté recidivy, které jsou jedním z příznaků závislosti na alkoholu a po vynucených krátkodobých abstinencích mívají nedožitelné následky.

U čtyř respondentů zapadá forma křivky spíše do kategorie: „*Členitá křivka v rovině*“. Jsou patrné negativní emoce výrazné hloubky, z nichž se snadno probere a vrací se na téměř vždy k původní úrovni. Závislý na alkoholu má vybudovaný pevný obranný systém, kterým svůj styl chování zpevňuje. Opakovaným pitím alkoholu ztrácí zodpovědnost, k seberealizaci používá podvody a lži, které se za kratší či delší dobu odhalí, což přináší krátkodobé negativní emoce a opětovné pití alkoholu.

Jednoznačně všichni respondenti se shodují prudkým a hlubokým poklesem křivky života v období těsně před léčbou a v období léčby. Pokles signalizující propad v kvalitě života je výrazem beznadějné situace, z které je úspěšná jen jediná cesta, cesta léčení. Takové propady jsou v problematice závislosti na alkoholu časté.

Po ukončení léčby je viditelný vzestup a v sedmi případech dokonce bez stagnace.

Významným faktorem po léčbě je zvýšení psychické pohody a posílení sebedůvěry, s kterou přistupují k situacím, které přináší život. Kladně zapůsobily i změny postojů a chování, kterých jedinec v důsledku terapie dosáhl.

13.2.3 Významné události na čáře života

Zde jsem hodnotila zaznamenané události, které respondent považoval za natolik významné, aby je zakreslil na čáru svého života. Pro zkoumání životního období před nástupem na léčení jsem použila pět událostí, které zkoumané osoby na čáře života vyznačily jako subjektivně důležité. Zkoumání nebylo podmíněno věkem ani časovým označením, kdy k událostem došlo.

Respondenti nebyli instrukcemi nikterak ovlivňováni, a tak byl jejich projev při označování významných bodů před léčbou naprosto spontánní, subjektivní. Výsledek poskytl přehled událostí, které předcházely jejich rozhodnutí pro kontakt s odborníkem.

U každého z probandů jsem zařadila pět z jejich hlediska nejdůležitějších momentů, které předcházely nástupu na léčbu. Získala jsem celkem 50 situací (N=50).

Tabulka č. 6: Přehled pěti významných událostí, které předcházely kontaktu respondenta s odborníkem za účelem léčby závislosti na alkoholu

Kategorie událostí	Počet respondentů n_i	Relativní četnost % p_i
Pravidelné pití	6	12 %
Pomyslné dno	4	8 %
Narození dítěte	4	8 %
Rozvod I.	4	8 %
Předchozí léčba	4	8 %
Svatba I.	3	6 %
Svatba II.	3	6 %
Vojna	3	6 %
První opilost	2	4 %
Studium	2	4 %
Přestavba domu	2	4 %
Recidiva	2	4 %
Onemocnění	2	4 %
Dětství	1	2 %
Neshody v rodině	1	2 %
Ovdovění	1	2 %
Rozvod II.	1	2 %
Seznámení s přítelem	1	2 %
Hraní automatů	1	2 %
Pití v práci	1	2 %
Tajné pití	1	2 %
Nástup do zaměstnání	1	2 %

Zkoumání významných událostí před nástupem do léčby jsem zahrnula do výzkumu v souvislosti s otázkou č. 3: „Existují některé typické mechanismy směřující k vyhledání odborné pomoci“.

Výsledek monitoruje okolnosti, které předcházely rozhodnutí kontaktovat odborníky. Toto téma je důležité zejména z pohledu terapie, kdy kontakt závislého s odborníkem snižuje negativní dopady závislosti na alkoholu. Přimět závislého k léčbě je obtížný úkol, který mnohdy trvá i několik let, u některých závislých na alkoholu se zahájení terapie nepodaří

vůbec. Mezi nejčastěji vyznačené momenty patřilo pravidelné každodenní pití alkoholu 12 %. S četností 8 % se vyskytl pocit, že jsou „na dně“. V 8 % se vyskytly významné rodinné záležitosti, jako narození dítěte, rozvod. Před nástupem do poslední léčby byla s četností 8 % předchozí léčba.

Tabulka č. 7: Přehled prvních významných událostí po léčbě.

Kategorie událostí	Počet respondentů n_i
Život na ubytovně	1
Založení privátní praxe	1
Změna v myšlení	1
Rozvod	1
Svatba	1
Rozvoj zájmů	1
Založení rodiny	1

Technika zkoumání průběhu života respondenta pomocí životní křivky poskytla informaci také o životě v abstinenci. Zkoumané osoby obecně mnoho událostí po léčbě neoznačily, z tohoto faktu vyplývá, že se příliš nad životem v abstinenci nezamýšlejí, patrně významné události hodnotí jako automatické. Pro terapii z uvedeného vyplývá, že je třeba se v léčbě zaměřit na posilování pozitivního vlivu významných událostí a oslabení vlivu negativních. Pro přehled uvádím alespoň první, respondenty zaznamenanou událost po léčbě.

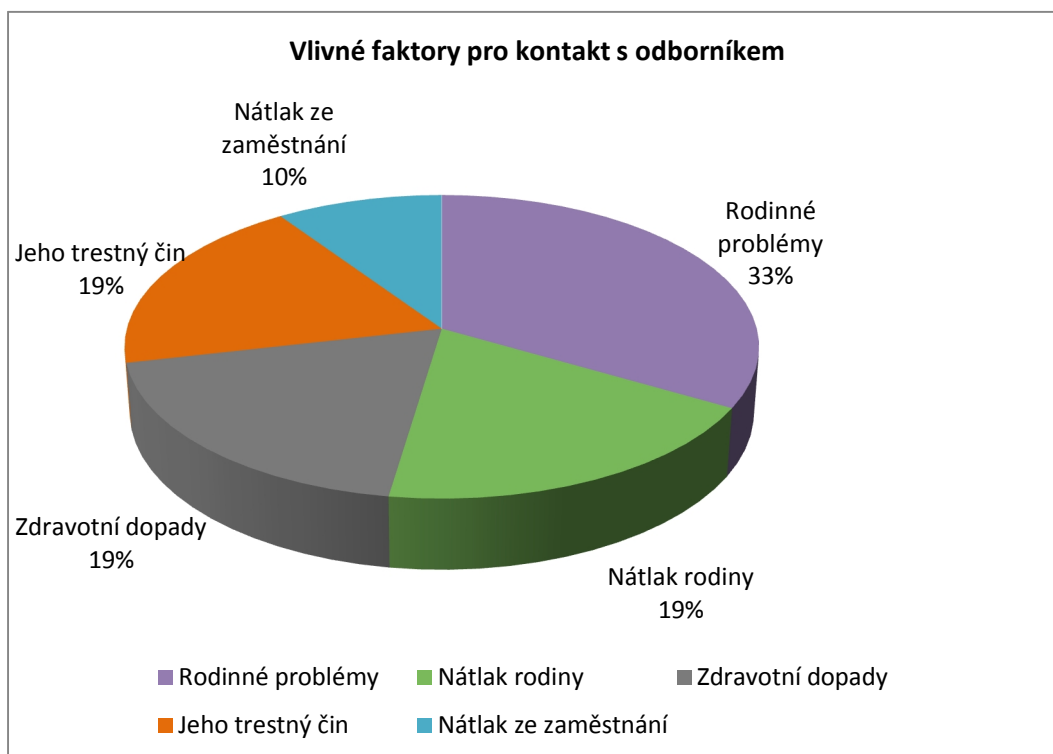
13.3 Kvalitativní zhodnocení strukturovaného rozhovoru

Dotázaní uváděli v odpovědích pro více momentů stejnou důležitost, a proto jsem došla k takovýmto výsledkům v procentuelním zastoupení typů odpovědí.

Celkový počet odpovědí se u jednotlivých hledisek liší podle toho, kolik probandů považovalo daný faktor za důležitý.

Takto jsem postupovala u vyhodnocování všech odpovědí na předložené otázky v rozhovoru.

OTÁZKA Č. 1: „ Jaká okolnost ho přiměla ke kontaktování odborníka s úmyslem s pitím alkoholu skončit?



Graf 6: Grafické znázornění vyjádření respondentů k okolnostem, které přiměly závislého ke kontaktování odborníka

Na první otázku respondenti odpovídali: rodinné problémy, nátlak rodiny, zdravotní potíže, jeho trestný čin, nátlak ze zaměstnání.

Tabulka č. 8: Přehled četností odpovědí k okolnostem, které je přiměly kontaktovat odborníka dle genderu

Pohlaví	Vlivné faktory – absolutní četnost odpovědí					
	Rodinné problémy	Nátlak rodiny	Zdravotní dopady	Trestný čin	Zaměstnání	Celkem
Ženy	4	1	3	1	1	10
Muži	3	3	1	3	1	11
Celkem	7	4	4	4	2	21

Tabulka č. 9: Přehled četností odpovědí k okolnostem, které je přiměly kontaktovat odborníka dle věku

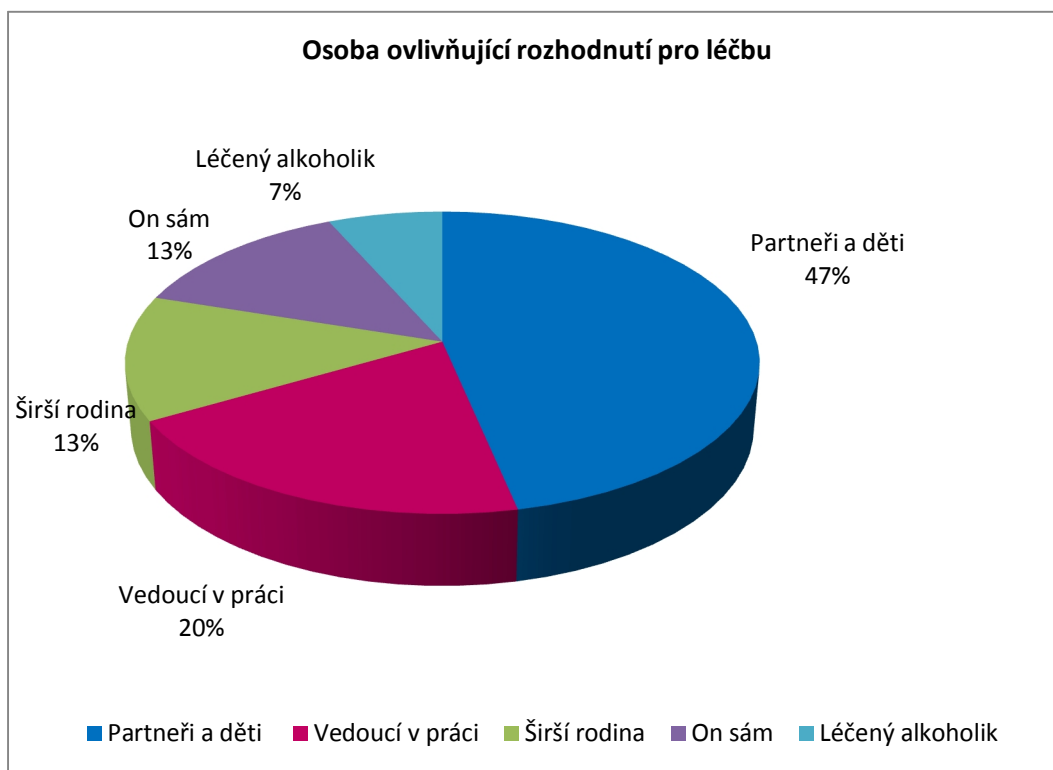
Věk	Vlivné faktory – absolutní četnost odpovědí					
	Rodinné problémy	Nátlak rodiny	Zdravotní dopady	Trestný čin	Zaměstnání	Celkem
– 39	1	-	1	-	-	2
40 – 49	3	2	-	2	1	8
50 – 59	3	1	3	1	1	9
60 –	-	1	-	1	-	2
Celkem	7	4	4	4	2	21

Komentář:

Z grafu je patrné, že respondenti v 33 % uváděli vliv rodinných problémů, který je přiměl ke kontaktování odborníků. 19 % respondentů uvádí, že je v rozhodnutí ovlivnil nátlak rodiny, zdravotní dopady a jimi spáchaný trestný čin. 10 % respondentů vnímá jako významný nátlak ze zaměstnání. Přičemž, ženy více ovlivňují rodinné problémy a zdravotní dopady v souvislosti se závislostí na alkoholu.

OTÁZKA Č. 2: „Jaká osoba měla vliv na jeho rozhodnutí k léčbě závislosti?“

V odpovědích na druhou otázku opět dominovalo téma vlivu rodiny. Odpovědi poukazovaly na nejúčinnější působení nejbližších, partnerů a dětí. V rozhodování pro léčbu je patrně také významný tlak ze strany nadřízeného ze zaměstnání. Objevily se i odpovědi ukazující na kladné působení léčených abstinujících závislých. V debaklové situaci se k léčbě někteří rozhodli sami bez přímého vlivu blízkých osob.



Graf 7: Grafické znázornění četnosti odpovědí na otázku, která osoba měla vliv na rozhodnutí pro léčbu.

Tabulka č. 10: Přehled četností odpovědí na otázku, která osoba měla vliv na jeho rozhodnutí pro léčbu z hlediska genderu.

Pohlaví	Vlivná osoba – absolutní četnost odpovědí					Celkem
	Partneři a děti	Vedoucí v práci	Širší rodina	On sám	Léčený alkoholik	
Ženy	2	0	0	1	1	4
Muži	5	3	2	1	0	11
Celkem	7	3	2	2	1	15

Tabulka č. 11: Přehled četností odpovědí na otázku, která osoba měla vliv na jeho rozhodnutí pro léčbu z hlediska věku.

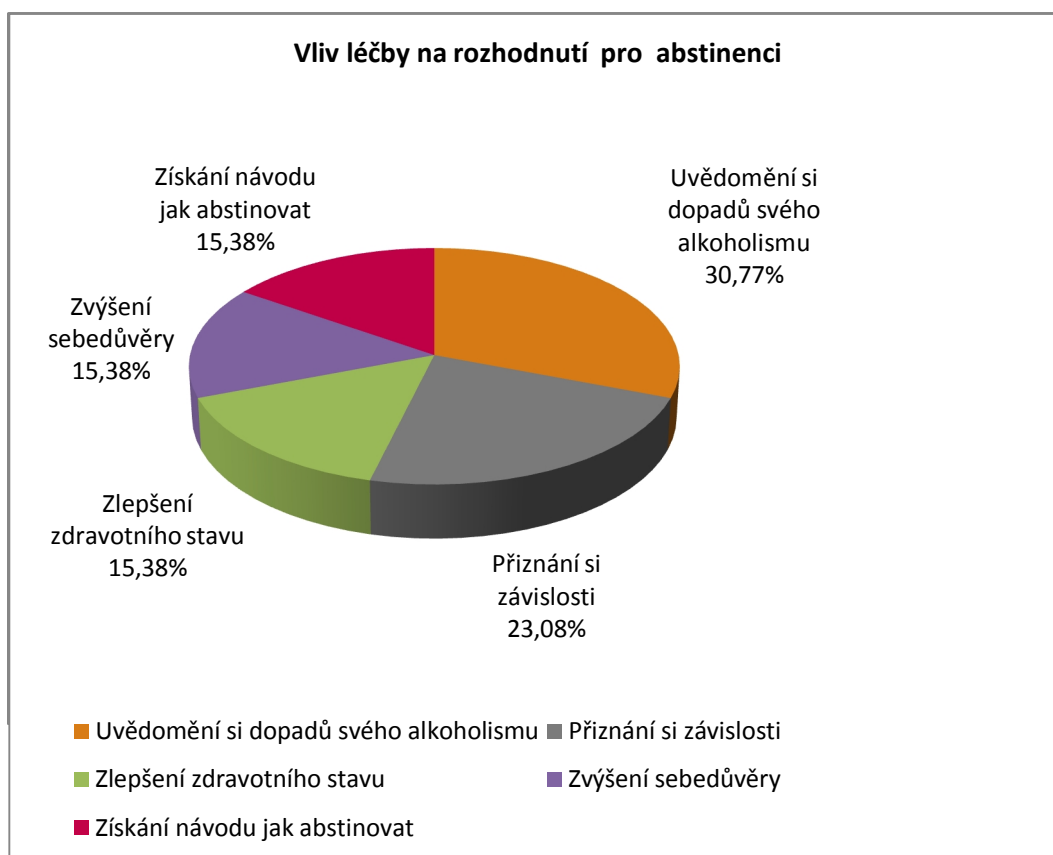
Věk	Vlivná osoba – absolutní četnost odpovědí					
	Partneři a děti	Vedoucí v práci	Širší rodina	On sám	Léčený alkoholik	Celkem
– 39	0	0	0	0	1	1
40 – 49	4	2	1	2	0	9
50 – 59	3	0	1	0	0	4
60 –	0	1	0	0	0	1
Celkem	7	3	2	2	1	15

Komentář:

Graf ukázal na 44 % vlivu ze strany partnerů a dětí, 19 % respondentů ovlivnil vedoucí v zaměstnání. Ve 13 % se rozhodl po rozhovoru s abstinujícím alkoholikem. 12 % uvádí vliv širší rodiny. 12 % z deseti respondentů se rozhodlo pro léčbu samostatně. Absolutní četnost odpovědí ukazuje na úspěšnost v jednání partnerek při směřování závislých mužů k léčení. Rozhodnutí pro léčbu vlivem rozhovoru s nadřízeným v práci potvrzuje důležitost položky práce v měřítku životní důležitosti.

OTÁZKA Č. 3: „Měla léčba vliv na jejich rozhodnutí pro abstinenci od alkoholu, případně v čem?“

Respondenti se shodují v odpovědi, že měla zásadní vliv. Kladně hodnotí uvědomění si dopadů pití alkoholu, přiznání si závislosti, zlepšení zdravotního stavu, posílení sebedůvěry a zejména v získání návodu jak abstinovat.



Graf 8: Grafické znázornění četnosti odpovědí na otázku, která se týkala vlivu léčby na rozhodnutí abstinovat

Tabulka č. 12: Přehled četností odpovědí na otázku, která se týkala vlivu léčby na rozhodnutí pro abstinenci od alkoholu podle genderu

Pohlaví	Vliv léčby – absolutní četnost odpovědí					
	Uvědomění dopadů	Přiznání závislosti	Zlepšení zdravotního stavu	Zvýšení sebedůvěry	Získání návodu jak abstinovat	Celkem
Ženy	2	1	0	1	1	5
Muži	2	2	2	1	1	8
Celkem	4	3	2	2	2	13

Tabulka č. 13: Přehled četností odpovědí na otázku, která se týkala vlivu léčby na rozhodnutí pro abstinenci od alkoholu podle věku

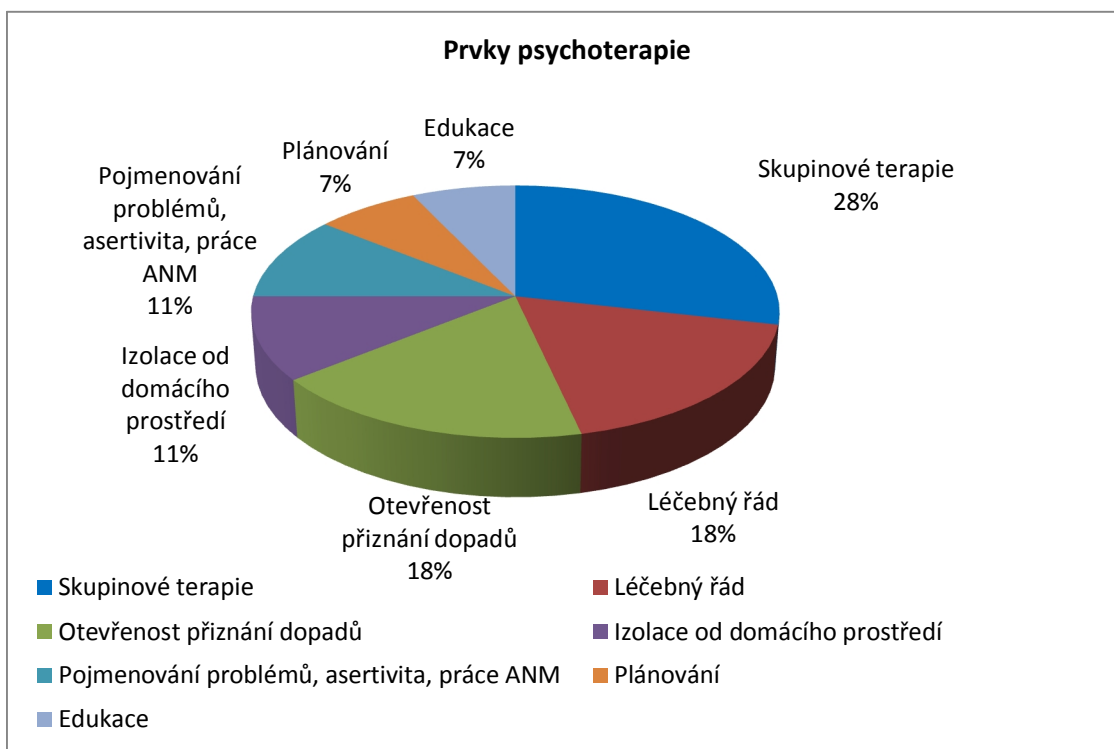
Věk	Vliv léčby – absolutní četnost odpovědí					
	Uvědomění dopadů	Přiznání závislosti	Zlepšení zdravotního stavu	Zvýšení sebedůvěry	Získání návodu jak abstinovat	Celkem
– 39	1	0	1	0	0	2
40 – 49	1	2	1	1	1	6
50 – 59	1	0	0	1	0	2
60 –	1	1	0	0	1	3
Celkem	4	3	2	2	2	13

Komentář:

Z grafu vyplývá, že v 31 % na ně mělo vliv uvědomění si negativních dopadů závislosti. V 23 % kladou důraz na přiznání si závislosti. 16 % respondentů uvedlo, že je pro ně významné zlepšení zdravotního stavu. 15 % preferovalo zvýšení sebedůvěry a získání návodu jak abstinovat. Muži i ženy shodně preferují uvědomění si negativních důsledků závislosti na alkoholu ve všech oblastech života.

OTÁZKA Č. 4: Jaký prvek psychoterapie vnímá pro směřování k abstinenci jako nejdůležitější?“

Mezi odpověďmi na otázku č. 4 se vyskytovala psychoterapeutická skupina, léčebný řád, otevřenost v terapii, izolace od domácího prostředí. Také zmiňovali prvky KBT: edukaci, plánování budoucnosti, pojmenování problému, asertivitu a práci s negativními myšlenkami.



Graf č. 9: Grafické znázornění četnosti odpovědí, které se týkaly prvků psychoterapie, které respondenti označili jako významné v jejich léčbě závislosti na alkoholu

Tabulka č. 14: Přehled četností odpovědí na otázku, týkající se prvků psychoterapie, které respondenti označili jako významné v jejich léčbě závislosti na alkoholu podle genderu

Pohlaví	Prvek psychoterapie – absolutní četnost odpovědí							
	Skupina	Léčebný řád	Přiznání dopadů	Izolace od domova	Asertivita / práce s ANM	Plánování	Edukace	Celkem
Ženy	2	1	1	0	1	0	0	5
Muži	6	4	4	3	2	2	2	23
Celkem	8	5	5	3	3	2	2	28

Tabulka č. 15: Přehled četností odpovědí na otázku, týkající se prvků psychoterapie, které respondenti označili jako významné v jejich léčbě závislosti na alkoholu podle věku

Věk	Prvek psychoterapie – absolutní četnost odpovědí							
	Skupina	Léčebný řád	Přiznání dopadů	Izolace od domova	Asertivita / práce s ANM	Plánování	Edukace	Celkem
– 39	1	0	0	0	1	1	0	3
40 – 49	4	3	3	2	1	0	1	14
50 – 59	2	1	1	1	1	0	1	7
60 –	1	1	1	0	0	1	0	4
Celkem	8	5	5	3	3	2	2	28

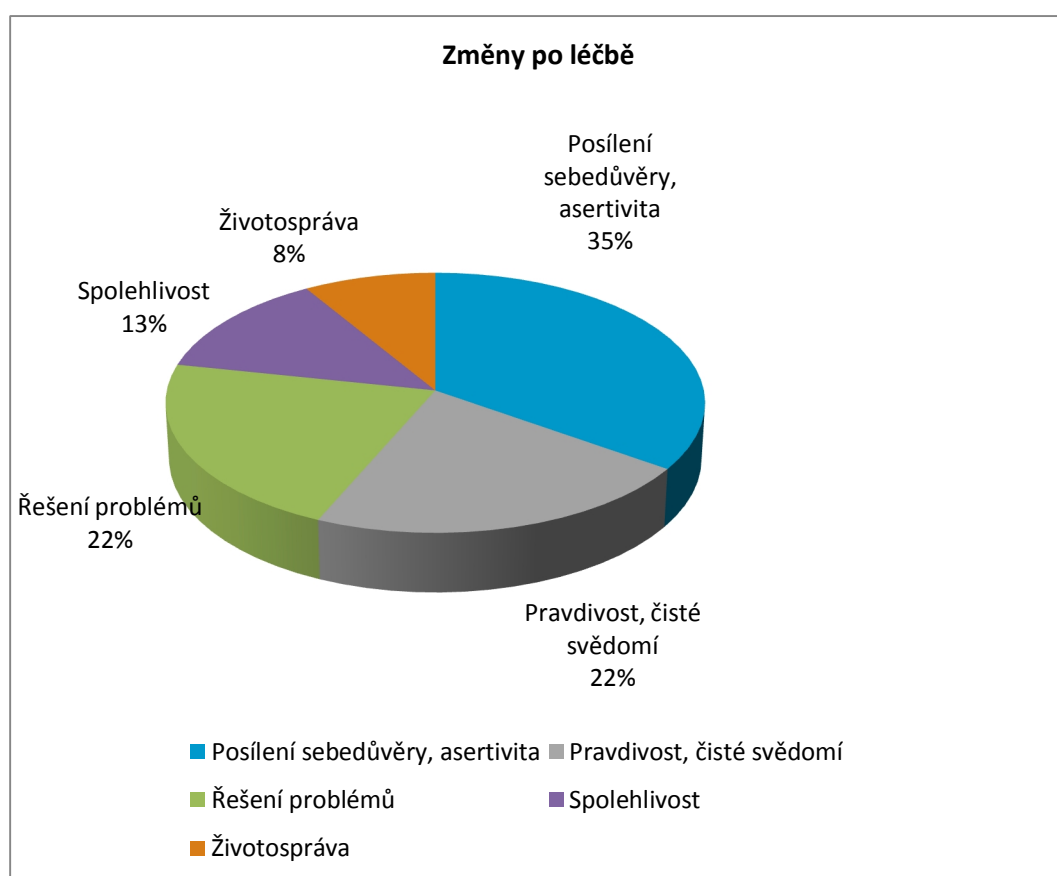
Komentář:

Graf ukazuje na kladné hodnocení vlivu skupinové terapie v léčbě závislostí, 28 % respondentů ji prohlásilo jako nejdůležitější. Skupinovou terapii zřetelně upřednostňují muži před ženami. Význam připisují respondenti také léčebnému řádu 18 % a směřování k otevřenosti v přiznání dopadů závislosti také v 18 %. Opět se objevuje pozitivní vnímání izolace od domácího prostředí v 11 %. 11 % preferuje prvky KBT, jako pojmenování

problémů, práce s ANM, nácvik asertivity. Mezi formy terapie KBT je možno zahrnout i směřování závislých k plánování 7 % a v důsledné edukaci na téma závislost preferuje 7 % respondentů.

OTÁZKA Č. 5: „Jakou osobní změnu ve svém životě uskutečnil v důsledku léčby?“

Odpovědi, na tuto otázku směřovaly k osobnosti závislého a dotýkají se přímo jeho slabých míst. Terapií subjektivně došlo k posílení sebedůvěry, respondenti kladou důraz na pravdivost, čisté svědomí, řešení problémů, spolehlivost a zdravou životosprávu.



Graf 10: Grafické znázornění četnosti odpovědí na otázku, v níž respondent popsal změny, které uskutečnil po léčbě.

Tabulka č. 16: Přehled četností odpovědí na otázku, jakou změnu uskutečnili po léčbě, podle genderu.

Pohlaví	Změna – absolutní četnost odpovědí					
	Posílení sebedůvěry	Pravdivost, čisté svědomí	Řešení problémů	Spolehlivost	Životospráva	Celkem
Ženy	2	1	1	1	1	6
Muži	6	4	4	2	1	17
Celkem	8	5	5	3	2	23

Tabulka č. 17: Přehled četností odpovědí na otázku, jakou změnu uskutečnili po léčbě, z hlediska věku

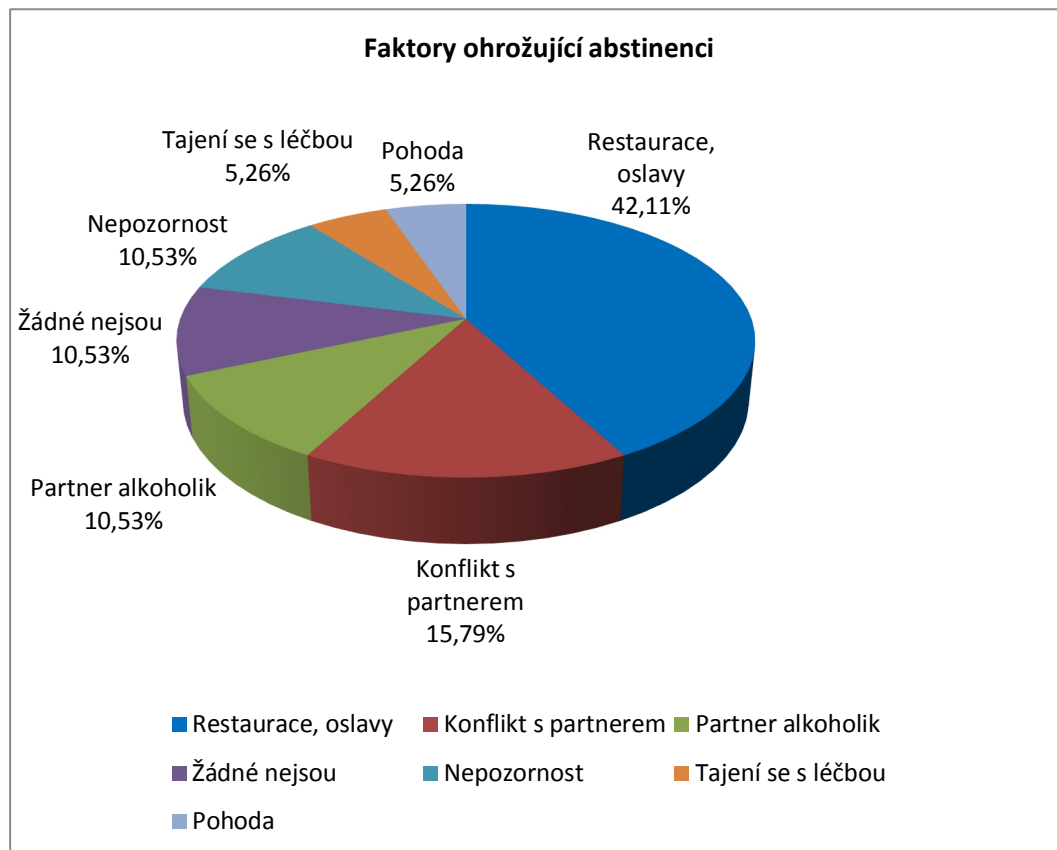
Věk	Změna – absolutní četnost odpovědí					
	Posílení sebedůvěry	Pravdivost, čisté svědomí	Řešení problémů	Spolehlivost	Životospráva	Celkem
– 39	1	1	1	0	0	3
40 – 49	4	3	2	2	1	12
50 – 59	3	0	1	1	1	6
60 –	0	1	1	0	0	2
Celkem	8	5	5	3	2	23

Komentář:

Respondenti zmínili v 35 % posílení sebedůvěry zejména, v 22 % kladli důraz na pravdivost a čisté svědomí. 22 % dotázaných vnímá u sebe změnu v důslednosti při řešení problémů ve srovnání s minulostí. 13 % vidí posun v osobní spolehlivosti. 8 % odpovědí se týkalo zlepšení životosprávy.

OTÁZKA Č. 6: „Jaké faktory z okolí nejvíce ohrožují jejich rozhodnutí abstinovat?“

V odpovědích se objevovaly tyto faktory: restaurace a oslavy, konflikt s partnerem, partner alkoholik, žádné nejsou, nepozornost, tajení se s léčbou a pohoda.



Graf 11: Grafické znázornění četnosti odpovědí respondentů na otázku, které faktory nejvíce ohrožují jeho rozhodnutí abstinovat

Tabulka č. 18: přehled četnosti odpovědí na otázku, které faktory ohrožují jeho rozhodnutí abstinovat podle genderu

Pohlaví	Faktory ohrožující abstinenci – absolutní četnost odpovědí							Celkem
	Restaurace	Konflikt s partnerem	Partner alkoholik	Žádné nejsou	Nepozornost	Tajení s léčbou	Pohoda	
Ženy	2	1	0	0	0	1	0	4
Muži	6	2	2	2	2	0	1	15
Celkem	8	3	2	2	2	1	1	19

Tabulka č. 19: Přehled četnosti odpovědí na otázku, které faktory ohrožují jeho rozhodnutí abstinovat podle věku

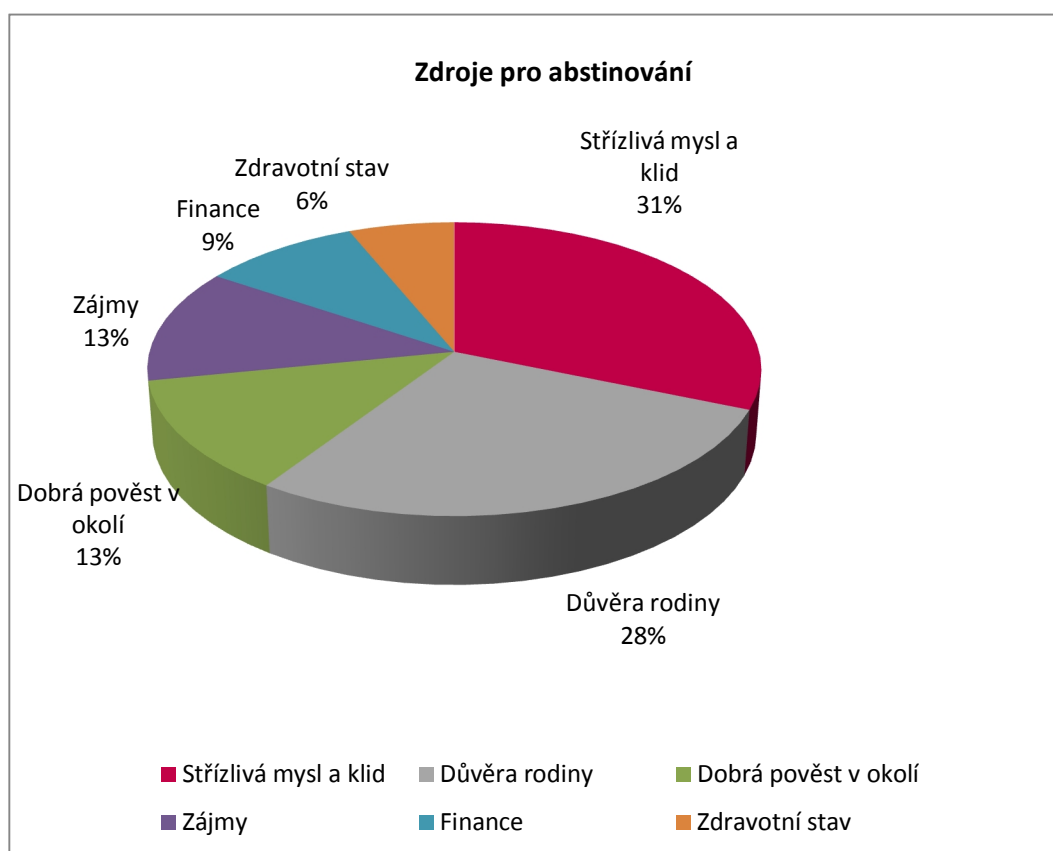
Věk	Faktory ohrožující abstinenci – absolutní četnost odpovědí							
	Restaurace	Konflikt s partnerem	Partner alkoholik	Žádné nejsou	Nepozornost	Tajení s léčbou	Pohoda	Celkem
– 39	0	0	0	1	1	1	0	3
40 – 49	4	2	1	0	1	0	1	9
50 – 59	3	1	1	1	0	0	0	6
60 –	1	0	0	0	0	0	0	1
Celkem	8	3	2	2	2	1	1	19

Komentář:

Respondenti se shodují 42 % odpovědí v rizikovosti oslav, návštěv a restaurací. 16 % může ohrozit jejich rozhodnutí konflikt s partnerem. Rizikovost restaurací upřednostňují především muži, čehož důvodem může být předchozí styl jejich pití. V 11 % jsou abstinující přesvědčení, že jejich přesvědčení o abstinenci nic neohrozí. Nepozornost při požívání nápojů nebo podcenění spouštěcích mechanismů pití alkoholu vnímají v 11 % odpovědí. V 10 % percipují ohrožení ze strany partnera alkoholika. 5 % odpovědí se týkalo nebezpečí tajení se s léčbou a závislostí. V 5 % se vyskytla odpověď, která se týkala rizika ve chvíli, kdy pocítuje pohodu.

OTÁZKA Č. 7: „Kde a v čem vnímá zdroje pro abstinování od alkoholu?“

Odpovědi byly velmi pozitivní a týkaly se zejména ocenění současného tělesného i psychického rozpoložení. Zdrojem pro setrvání v abstinenci je střízlivá mysl, sílící důvěra rodiny, zlepšená pověst v okolí, upevňování pozice v zaměstnání, pěstování a rozšiřování zájmové činnosti, stabilita ve financích a uspokojivý zdravotní stav.



Graf 12: Grafické znázornění četnosti odpovědí respondentů na otázku, v čem vidí zdroje pro abstinování od alkoholu.

Tabulka č. 20: Přehled četností odpovědí na otázku v čem vidí zdroje pro abstinování, dle genderu.

Pohlaví	Zdroje pro abstinenci – absolutní četnost odpovědí						
	Střízlivá mysl	Důvěra rodiny	Dobrá pověst v okolí	Zájmy	Finance	Zdravotní stav	Celkem
Ženy	4	3	1	1	1	1	11
Muži	6	6	3	3	2	1	21
Celkem	10	9	4	4	3	2	32

Tabulka č. 21: Přehled četností odpovědí na otázku v čem vidí zdroje pro abstinování, dle věku

Věk	Zdroje pro abstinenci – absolutní četnost odpovědí						
	Střízlivá mysl	Důvěra rodiny	Dobrá pověst v okolí	Zájmy	Finance	Zdravotní stav	Celkem
- 39	1	1	0	1	0	0	3
40 – 49	4	4	3	3	2	0	16
50 – 59	4	3	1	0	1	1	10
60 -	1	1	0	0	0	1	3
Celkem	10	9	4	4	3	2	32

Komentář:

Z grafu je zřejmé, že respondenti nejčastěji uváděli odpověď, že střízlivá mysl 35 %. Střízlivou mysl jednoznačně kladně hodnotí muži i ženy. Druhá nejčastější odpověď se týkala důvěry rodiny 26 %. Abstinenci také zpevňuje současná dobrá pověst v okolí 12 %. 12 % odpovědí oceňuje vliv zájmů a koníčků, 9 % finanční stability, v 6 % přikládají význam zlepšení celkového zdravotního stavu.

14 Diskuse

Cílem mého výzkumu bylo subjektivní hodnocení kvality života abstijnujících závislých na alkoholu v nechráněném prostředí po absolvované terapii vedené formou KBT. Součástí zkoumání byla identifikace seberegulačních mechanismů směřujících k vyhledání odborné pomoci a faktory KBT, které probandi vnímají jako užitečné pro abstinenci.

Výsledek první části výzkumné práce potvrzuje kladné subjektivní hodnocení současného života respondentů v abstinenci. Je odpovědí na první výzkumnou otázku.

Po vyhodnocení Dotazníku subjektivní spokojenosti SQUALA se ukazuje, že nejvíce zisků z abstinování od alkoholu percipují respondenti v oblasti psychické pohody a rodinného soužití. Alkohol je psychotropní látkou, která intenzivně působí na oblast lidské psychiky. Osobnosti závislé na alkoholu jsou často premorbidně náchylnější či vnímavější ke stresu a v důsledku toho k alkoholu více inklinují A. Bandura (1991). Výzkumná sonda potvrzuje u abstijnujících alkoholiků vysokou míru psychické pohody, tudíž i menší míru stresu což pozitivně působí na udržení abstinence.

Pravidelné pití alkoholu zásadně narušuje oblast mezilidských vztahů a zejména těch nejbližších – rodinných. Chování pod vlivem alkoholu rodičů narušuje chod celé rodiny a zejména výchovu dětí (Nešpor, Csémy 2003). Kvalita života v položce hodnotící rodinné vztahy je na srovnatelné úrovni s reprezentativním vzorkem populační normy uváděným Dragomireckou (2006).

Při srovnání výsledků jednotlivých dimenzí života s orientačními populačními normami uvedenými v aktuální příručce SQUALA jsem zjistila, že kvalita života abstijnujících alkoholiků téměř odpovídá profilu zdravé populace (Dragomirecká, Škoda 1995). Projevilo se pouze snížené hodnocení položky zdraví v oblasti kvality života, což lze interpretovat jako dopad rozsáhlých následků závislosti na alkoholu jak na somatické, tak i na psychické zdraví jedince. Významnou roli také může hrát vědomí vysoké morbidity u závislých na alkoholu.

Oblast práce a pravdivost respondenti percipují jako nejdůležitější hodnotu. Spokojenosti v této oblasti se přibližují míře důležitosti. Jak uvádí Hnilicová in Payne (2005), kvalita života v jednotlivých oblastech je podmíněna jejich důležitostí pro jedince a rozsahem, v jakém u konkrétního subjektu dochází k jejich naplňování v reálném životě a jaké nástroje jsou v tomto procesu uplatňovány. Lze usuzovat, že v případě respondentů je abstinence prostředkem k naplňování pro ně důležitých hodnot, jako je práce a pravdivost. Spokojenost

z hlediska práce a pravdivosti vnímají po léčbě patrně intenzivněji než v ostatních oblastech. Během terapie si postupně uvědomují důležitost těchto složek života. Za základě korektivní zkušenosti porozumí jejich významu a považují je jako klíčové pro všestranný životní rozvoj směřující k osobní spokojenosti, ačkoliv v minulosti je bagatelizovali.

Použitá metoda „Čára života“ poskytla řadu možností ke kvalitativnímu zpracování materiálu získaného od respondentů. Jako prvotní bylo možné pozorovat na zkoumaných osobách jejich aktuální zamýšlení nad autobiografií, nad vývojem jejich závislosti a výskytem potíží s problémem spojených. Diskuse nad čarou života přispěla k větší otevřenosti respondentů v následujícím strukturovaném rozhovoru a domnívám se, že také měla do jisté míry terapeutický charakter. Připomenutí si počátků jejich závislosti, okolností, které předcházely nástupu na léčení a období po léčbě až do současnosti.

Výsledky této výzkumné části odpovídají na druhou výzkumnou otázku týkající se formy čáry u abstinujících alkoholiků.

Při hodnocení tvaru čar jsem převahu, šest čar, zařadila do kategorie podle Čermákové (2006): „*Členitá křivka s vybočující událostí*“. Znázornili své životní pády a vzlety. Čtyři čáry zapadaly spíše do kategorie: „*Členitá křivka v rovině*“. Jsou patrně negativní emoce výrazné hloubky, z nichž se snadno dostane do stability a vrací se téměř vždy k původní úrovni života. Všichni respondenti se shodují v maximálním poklesu křivky života v období těsně před léčbou. Po ukončení léčby je zřetelný vzestup křivky.

Získaný zkoumaný materiál – Čáru života jsem využila k zmapování významných událostí, které předcházely nástupu na léčbu. Po instrukci vyzývající k subjektivnímu zaznamenání významných životních událostí na vytvořené čáře života, jsem striktně vyjmulu pět událostí před nástupem na léčení a získala tak 50 významných bodů. Výsledek věrně dokresluje období závislého na alkoholu před léčením, momenty, které jej směřují k léčbě. Zásadní chvíle v životě závislého jej evidentně vedou k celkové změně stylu života. Události ukazují, že ne vždy jde o negativní události, ale i o události v životě spíše pozitivní jako je narození potomka a svatba.

Zajímavé bylo také monitorování první události po léčbě. Bylo pozoruhodné, že někteří respondenti významné události po léčbě pominuli. Tento fakt má signifikantní význam, jehož lze využít v terapeutické práci se závislými. Ve významných momentech se neshodovali a označili - život na ubytovně, zřízení privátní praxe, změny v myšlení, rozvod, svatba, rozvoj zájmů a založení rodiny. Jmenované události ukazují spíše na období životního vzrůstu, související s posílením sebedůvěry a mírnou euforií v počátečních letech abstinence.

Strukturovaný rozhovor s abstinujícími alkoholiky poskytl odpověď na třetí výzkumnou otázku, která se týkala typických mechanismů směřujících k vyhledání odborné pomoci.

Respondenti spolupracovali velmi aktivně, ochotně. Z jejich reakcí na sedm stejných otázek, bylo zřejmé, že mají ve svých postojích k závislosti jasno a na rozhodnutí pro život v abstinenci jsou hrdí.

První otázka poskytla odpověď na téma okolnosti, která jej přivedla k odborníkovi. Nejvíce se opakovala odpověď na téma rodinných problémů v 33 %. 19 % odpovědí se týkalo tlaku ze strany rodiny, který významně zapůsobil na závislého v ohledu kontaktování odborníka.

V reakcích na druhou otázku můžeme hledat odpovědi, na úspěšnost blízkých osob v motivování závislého na alkoholu pro léčení. Nejčastěji je ovlivnila nejbližší rodina partneři a děti 44 %. Nelze bagatelizovat ani tlak ze strany zaměstnavatelů. 19 % odpovědí zdůrazňuje vedoucí v zaměstnání. Ve 13 % se závislý označil, že jej pozitivně ovlivnil rozhovor s abstinujícím alkoholikem. 12 % odpovědí je na téma vlivu širší rodiny a individuálního rozhodnutí.

Odpovědi na další otázku se týkaly vlivu léčení na rozhodnutí pro abstinenci od alkoholu. Obsah odpovědí je motivací pro terapeuta, který usiluje o zvýšení efektivity svého terapeutického snažení. V 31 % se opakovalo jako významné uvědomění si negativních dopadů závislosti na alkoholu. 23 % bylo významné přiznání si závislosti na alkoholu.

Léčící se alkoholici neznají psychoterapeutický směr, který léčebné zařízení preferuje, a tak odpovědi na otázku o prvcích terapie, které je ovlivnily, mohou znít z pohledu psychoterapie spíše eklekticky. Terapie použitá u zkoumaných osob byla zaměřena kognitivně behaviorálním směrem. Důležitou složkou všech KBT léčebných programů pro závislé klienty je vytvoření strukturovaného prostředí, v němž se klient nesetkává s podněty vedoucími k zneužívání alkoholu a v němž se může naučit novým postojům, uvažování a formám chování. V rámci terapie si klient stanoví jednotlivé krátkodobé i dlouhodobé cíle, k jejichž plnění směřuje a postupně řeší jednotlivé pojmenované problémy (Možný, Praško, 1999). Bylo překvapivé, že dlouhodobě abstinující závislí na alkoholu si některé prvky KBT spontánně vybavili a ocenili jejich význam pro abstinenci.

Výsledky získané výzkumem nasvědčují změnám v postoji respondentů k alkoholu a životním hodnotám vůbec. Terapií byli směřováni ke kritickému náhledu na svůj život před

léčbou a podobně jako Slezáčková (2008) uvádí v koncepci pozitivní psychologie nenabízet pohled přes „růžové brýle“ či snižovat význam negativního prožívání. Abstinující závislí na alkoholu jsou psychoterapií směřováni k pozitivnímu lnutí k abstinenci, jako prostředku zdravého stylu života. Z reakcí respondentů při hodnocení použitých prvků terapie ve 28 % odpovědí vnímali vliv skupinové terapie. 18 % reakcí připomínalo kladné působení léčebného řádu a směřování k otevřenosti v přiznání si negativních dopadů závislosti. Léčící se závislí také pozitivně hodnotili v 11 % izolaci od domácího prostředí. V 11 % se nepřímě označili prvky KBT: pojmenování problémů, práce s automatickými negativními myšlenkami, nácvik asertivního chování. Mezi další postupy KBT lze zahrnout systematické plánování času a důslednou edukaci na téma závislosti připomnělo 7 % respondentů.

Smyslem terapie závislosti je změna postoje k preferované droze a s tím související změny stylu života v jeho jednotlivých oblastech. K systematickému monitorování života v abstinenci směřuje pátá otázka, týkající se osobní změny, kterou v důsledku léčby uskutečnil. V 35 % odpovědí zaznělo posílení sebedůvěry, posílení jejich „já“ se týkalo i naučení se otevřenosti – pravdivosti, udržování čistého svědomí v 22 %. Také 13% reakcí bylo na pozitivní posun ve spolehlivosti, 8 % se týkalo zlepšení životosprávy.

Závislost se nedá vyléčit, u léčených závislých přetrvává ztráta kontroly v pití alkoholu. Pomyslným lékem na závislost je abstinence od preferované drogy - v našem případě alkoholu. Abstinence je přesvědčení, ke kterému závislý abstinující lne rozumem i citem. V jistých fázích života však může dojít i k ohrožení přijatého, nastaveného přesvědčení. S myšlenkou, že „závislost je chronická nemoc a její léčba je úspěšná, když se léčí jako chronická nemoc“ (Nešpor, Matanelli, Karbanová, 2013) se respondenti ztotožňují. Nepodcenění tohoto faktu dokládají v odpovědích na šestou otázku monitorující faktory ohrožující rozhodnutí abstinovat. 42 % odpovědí označuje rizikovost oslav, návštěv a restaurací. V 16 % percipují negativní vliv konfliktu s partnerem. Abstinujících v 11 % projeví přesvědčení, že jejich odhodlání nepít alkohol nic neohrozí. Riziko v nepozornosti při požívání nápojů nebo podcenění spouštěcích mechanismů pití alkoholu zdůrazňují v 11 % odpovědí. 10 % reakcí připomíná ohrožení partnerem, který je alkoholik. 5 % odpovědí se týkalo nebezpečí, které může vyplynout z tajení se se závislostí na alkoholu. Někteří dotázaní zmínili nebezpečí ve chvíli, kdy pocítují celkovou pohodu.

Charakteristiky, které pomáhají překonávat návykovou nemoc, cituje pod názvem „střízlivá inteligence“ Nešpor (2009). Jednotlivé složky rozděluje na vnější a vnitřní. Jde o různé schopnosti a dovednosti směřující k abstinenci od alkoholu. Například schopnosti

týkající se péče o zdraví, motivace, schopnost týkající se úpravy životního stylu, komunikační a asertivní dovednosti, žebříček hodnot. Odpovědi respondentů získané na poslední otázku bezprostředně potvrzují jeho jmenované charakteristiky. Nejvíce je posiluje celkové kladné hodnocení jejich současného životního rozpoložení. 35 % odpovědí se týkalo jejich střízlivé mysli, 26 % odpovědí se týkalo dobrého pocitu ze získané důvěry od rodiny. 12 % odpovědí pozitivně hodnotí svoji současnou pověst v okolí. 12 % je reakcí, které zdůrazňují pozitivní dojem z využívání volného času zájmy a koníčky. 9 % odpovědí ukazuje na posilování abstinence z pohledu jejich větší finanční stability. 6 % reakcí se týká zlepšeného zdravotního stavu.

Limity výzkumu

Použitá metoda, kdy respondent kreslí čáru života a vypráví životní příběh, vypovídá o tom kterém čase, kdy byla nakreslena. Jedinec se nadále dynamicky mění. Narativní identita je proměnlivá, vyvíjí se v čase a zároveň je ovlivněná obdobím, které zkoumaná osoba v současnosti prožívá.

Čermák (2002) považuje příběh za jednu z polyfonních verzí možné konstrukce nebo prezentace jedincova já a jeho života. Obdobně Konopásek (1994) upozorňuje, že preference, motivace a zájmy jedince se v průběhu času mění, proto stejný jedinec může v různých obdobích svého života vnímat a rozumět určité události jinak a jinak ji interpretovat.

Je nutno také zohlednit míru schopnosti respondentů popsat své myšlenky a pocity a vyjádřit podstatu událostí a otevřeně referovat o významných událostech jejich života.

Významný vliv má také role výzkumníka. Výsledek může být ovlivněn kontextem toho, že jsem jejich dlouholetou terapeutkou, která je provází mnoho let jejich životem. Nutno zvážit zda tento aspekt je negativním, nebo spíše pozitivním vlivem pro spolupráci respondentů.

Nelze opomenout, že rizikem kvalitativního výzkumu je dále problém reliability, vnášení subjektivity výzkumníka, spekulativnost při interpretaci (Vendelová, 2004). Kvalitativní interview je však objektivní v tom smyslu, že se pokouší vystihnout pohled jednotlivce do

hloubky, výzkumník se pokouší osvojit si perspektivu respondenta, pochopit jeho zkušenost v souladu s významy, které jí respondent připisuje (Plichtová, 2002).

Při svém výzkumu jsem usilovala o objektivitu při zpracování zkoumaného materiálu a dodržování pravidel tzv. empatické neutrality. Získaná data jsem zpracovávala se zájmem, porozuměním, ale zároveň jsem usilovala o nezávislý postoj.

Vzhledem k malému počtu respondentů nelze získané výsledky zobecnit. Jsem si vědoma individuality zde uváděných případů. V mém výzkumu jde především o zachycení, utřídění kvalitativního materiálu a pokus o jeho interpretaci.

15 Závěr

Předkládaná rigorózní práce na téma kvalita života u abstinujících závislých na alkoholu je obrazem jedinců, kteří se uzdravili a ukazuje jejich vývoj tak, jak jej oni sami prezentovali při sbírání zkoumaného materiálu – v subjektivním dotazníku kvality života SQUALA, v čáře života a strukturovaném rozhovoru.

První, teoretická část práce, je zaměřená na shrnutí teorie týkající se závislosti na alkoholu, protektivní faktory jejího vývoje, přes stadia závislosti až k formám léčby. Větší důraz byl položen na popis KBT, kterou byly zkoumané osoby léčeny. Část teoretické práce se týká zejména sociálních a zdravotních dopadů závislosti. Zmiňuji i některé poslední výzkumy v oblasti zdravotních rizik spojených se závislostí. Při zkoumání materiálů pro práci mě potěšily některé nové trendy v terapii závislostí, zejména způsoby krátké intervence - edukace odborníky v období, kdy není závislost ještě plně rozvinuta. Inspirativní jsou i nové postupy při zaměření se na sebeovládání.

Druhá část rigorózní práce je výzkumnou sondou do života abstinujících. Jedná se o kvalitativní výzkumnou sondu. Uvědomuji si, že kvalitativním přístupem jsem se dobrovolně ve své práci vzdala například objektivity, reprezentativnosti (není možné formulovat psychologicky spolehlivé závěry), metody (vědecky posvěceného nástroje k hledání odpovědi na výzkumné otázky), expertního postavení (výzkumník, který zaujímá objektivní, nestrannou pozici), validity (jako statistické míře spolehlivosti výzkumného nástroje). Výzkum je však obohacen o sdílení, zkušenosti zkoumaných osob, pojetí validity je nahrazeno důvěryhodností, smysluplností a dialogičností.

Výsledek zkoumání kvality života přibližuje život abstinujícího alkoholika z mnoha pohledů. Zkoumané položky přináší důkaz o naplnění významných životních hodnot jako je oblast práce, svoboda, pravda, děti. Vyšší kvalitu života hodnotí v oblasti fyzické soběstačnosti, péče o sama sebe. Nezájem a také nespokojenost pocítují v oblasti zájmu o politiku a víru.

Čarou života respondenti přiblížili formu průběhu svého života. Celkově převažovala kategorie křivek „Členitá křivka s vybočující událostí“. Znázornili své životní pády a vzlety.

Na křivce života také popsali významné události, které předcházely nástupu na léčbu. Pravidelné pití alkoholu, dostání se na pomyslné dno, nebo narození dítěte, či rozvod. První událost po řádně ukončené protialkoholní léčbě nastínila následující vzestupný směr života v abstinenci.

Širší pohled na abstinujícího závislého na alkoholu poskytl strukturovaný rozhovor směřující k identifikování motivů pro léčbu. Na respondenty nejsilněji zapůsobila rodina, její nátlak, případně trestný čin, který respondent způsobil. Otázky jsem zaměřila i na terapii, kde se jednoznačně ukázal vliv skupinové terapie, kladně hodnotili léčebný řád, uvědomění si negativních dopadů závislosti. Závěrečné otázky monitorovaly, faktory, které ohrožují a také posilují abstinenci. Ohrožení nejvíce respondenti vnímají v oslavách a zpevnění zajišťuje fakt střízlivé mysli a získaná důvěra rodiny.

V průběhu shromažďování dat jsem si uvědomovala mnoho možností dalšího zkoumání, například prověřování vlivu některých metod při terapii závislosti na alkoholu, zejména nácviku asertivity. Jako další téma se nabízí možnost zkoumání účinnosti ambulantní terapie vedené KBT směrem, nebo užitečnost pravidelné skupinové terapie v době abstinence.

Rigorózní práce mi poskytla možnost prostudovat některé aktuální výzkumy v oblasti závislosti na alkoholu. Velký význam práce vidím v obohacení mého přístupu k terapii závislých na alkoholu. Inspirovala mě metoda „Čára života“, která je snadno uplatnitelná pro práci s klientem jak v počáteční fázi terapie, tak v průběhu doléčování. Dalším získaným postřehem je zaměření pozornosti v rámci terapie na zpevňování kladných hodnocení pozitivních událostí po léčbě jako významného faktoru pro udržení abstinence. Výsledky výzkumné části práce přispěly k mému hlubšímu pochopení závislých a podpořily elán, potřebný pro dlouhodobou terapii, jejíž smysluplnost je mnohdy zpochybňována. Díky pravidelnému kontaktu s respondenty, mám nadále možnost je podporovat, provázet při řešení životních problémů a radovat se s nimi z jejich osobnostního růstu. V návaznosti na změnu postoje k alkoholu se u abstinujících začíná uplatňovat jejich silnější já, aktivně a zdravě se realizují ve všech oblastech života. Těší mne být součástí tohoto procesu osobnostního růstu, kdy mohu sledovat jednotlivé kroky abstinujících ke kvalitnějšímu a spokojenějšímu životu. To vše mi dodává potřebný elán a činní moji práci se závislými na alkoholu optimističtější a perspektivnější.

16 Literatura

- ALCOHOLICS ANONYMOUS. 45. vydání, *Alcoholics Anonymous World Services*. New York: Alcoholics Anonymous World Services, 1993, s. 578. ISBN 0-916856-28-3.
- AMODEO, M., KURTZ, N., CUTTER, H. Abstinence, reasons for not drinking, and life satisfaction. *International Journal of the Addictions*. 1992, č. 27, 707-716.
- AMODEO, M., KURTZ, N., CUTTER, H. Abstinence, reasons for not drinking, and life satisfaction. *International Journal of the Addictions*. 1992, č. 27, s. 707-716.
- BECK, A. T., WRIGHT, F. D., NEWMAN C. F., LIESE, B. S. Cognitive therapy of substance abuse. *The Guilford Press, New York*. 1993, Volume 14, Issue 6. DOI: 10.1002/jat.2550140613.
- BECK, A. T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál, 2005 s.256. ISBN 80-7367-032-1.
- BENKOVIČ, A., GARAJ, V. Kvalita života u lidí závislých od alkoholu a jej zmena v priebehu liečby. *Alkoholizmus a drogové závislosti*. 2009, roč. 44, (3), 129-152.
- BLATNÝ, M., ČERMÁK, I. A KOL. *Manuál Brněnského výzkumu celoživotního vývoje člověka*. Brno: Zprávy – Psychologický ústav AV ČR. Roč. 10, č. 4., 2004.
- BOFFETTA, P., HASHIBE, M. Alcohol and cancer. *Lancet Oncol*. 2006, 7(2), 149-156.
- CSÉMY, L., NEŠPOR K. · SOVINOVÁ H. Kolik je v České republice alkoholiků?. *České pracovní lékařství*. 2008, roč. 9, č. 4, s 150.
- CSÉMY, L., NEŠPOR, K. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum., 1996 s. 201. ISBN 80-85121-52-2.
- ČABLOVÁ, L. Svépomocné skupiny. *Adiktologie*. 2012, roč. 12, č. 2, s. 284-285.
- ČERMÁK, I. a IN: ČERMÁK, I, MIOVSKÝ, M. (EDS). Myslet narativně: Kvalitativní výzkum „on the road“. *Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí. Sborník z konference. PsÚ AV ČR Brno*. 2002, SCAN.

ČERMÁK, I. "Genres" of life-stories. In: D. ROBINSON, C. HORROCKS, N. KELLY, B. ROBERTS (EDS.). *Narrative, Memory, and Identity*. Huddersfield: University of Huddersfield Press., 2004, (pp. 211-222).

ČERMÁKOVÁ, V. *Autobiografická paměť: Kontinuita v životních příbězích třicátníků. Porovnání čar života a narativních rozhovorů*. Brno, 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno.

DAVIES, D. A psychological look at willpower and motivation. *Salud. The Alcohol Studies Centre, Paisley College of Technology*. 1984, Scotland.

DICLEMENTE, C. a IN MILLER, R. A ROLLNICK, S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior: Motivational interviewing and the stages of change*. New York: Guilford Press, 1991. ISBN 978-0898624694.

EVSTIFEEVA, T. V., MACFARLANE, G. J., ROBERTSON, C. Trends in cancer mortality in central European countries: The effect of age, birth cohort and time-period. *European Journal of Public Health*. 1997, 7(2), 169-176. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/7.2.169>

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.

FOSTER, J. H., MARSHALL, E. J., HOOPER, R., PETERS, T. J. Quality of Life measures in alcohol dependent subjects and changes with abstinence and continued heavy drinking. *Addiction biology*. 1998, č. 3, 321-332.

FRANKL, V., E. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta, 2006b. ISBN 8072950843.

GMEL, G., BISSERY, A., GAMMETER, R., GIVEL, J. C., CALMES, J. M., YERSIN, B., DAEPPEN, J. B. Gmel, G., Bissery, A., Gammeter, R., Givel, J. C., Calmes, J. M., Yersin, B., Daeppen, J. B. Alcohol-attributable injuries in admissions to a swiss emergency room-an analysis of the link between volume of drinking, drinking patterns, and preattendance drinking. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006, 30(3), 501-509.

GOSSOP, M. *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*. London: National Treatment Agency., 2006.

HAJNÝ, M. a IN: KALINA, K. RADIMECKÝ, J. (EDS.). *Drogy a drogové závislosti: Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislost*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 135-139. ISBN 80-86734-05-6.

HAJNÝ, M. a IN: KALINA, K., RADIMECKÝ, J. (EDS.). *Drogy a drogové závislosti: Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislost*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 140-144. ISBN 80-86734-05-6.

HALAMA, P. Možnosti logoterapie v terapii drogově závislých. In: *Konference Logoterapia – psychoterapia pre tretie tisícročie, 30. – 31. 5. 2003* [online]. 2003 [cit. 2014-05-18]. Dostupné z: WWW: <http://katpsych.truni.sk/existprob/prispevky/halama.htm>

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. A KOL. *Závislost známá a neznámá*. Praha: Grada Publishing., 1996. ISBN 80-7169-277-8.

HER, M., REHM, J. Alcohol and all-cause mortality in Europe 1982-1990: A pooled crossection time-series analysis. *Addiction*. 1998, 93(9), 1335-1340. DOI: doi: 10.1046/j.1360-0443.1998.93913354.x ...

HNILICOVÁ, H. IN PAYNE A KOL. *Kvalita života a zdraví: Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. Praha: Triton, 2005, s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.

JERÁBEK, P. Multidisciplinární přístup v léčbě závislostí na alkoholu. *Adiktologie*. 2005, Suppl., 2, 261-265.

JÍLEK, J. *Ze závislosti do nezávislosti: (spoluzávislí a nešťastní)*. Praha a Hořice na Šumavě: Roční období, 2008 s. 224. ISBN 978-80-85524-03-1.

KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup. 1. vydání*. Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti., 2003. ISBN 80 – 86734 – 05 – 6.

KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup.: Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta*. Praha: Úřad vlády České republiky., 2003, Kapitola 7/2, s. II/97-102. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. *Terapeutické komunity: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada, 2008 s 400. ISBN 978-80-247-2449-2.

KEBZA, V., HRACHOVINOVÁ, T. IN GILLERNOVÁ, I., KEBZA, V., RYMEŠ, M. A KOL. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí.: Přístupy ke kvalitě života v proměnách společnosti*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2798-1.

KELLER, D. a IN: ROTGERS, F. (ED.). *Léčba drogových závislostí: Odkrývající terapie ve službách prevence relapsu: příspěvek psychoanalýzy k léčbě užívání návykových látek*. Havlíčkův Brod: Grada, 1999, s. 72-94. ISBN 80-7169-836-9.

KLÍČ, M. A Kluby ČR. *Adiktologie*. 2012, roč. 12, č. 2, s. 287-288.

KONOPÁSEK, Z. *Autobiografie a sociologie*. Praha: Institut sociologických studií FSV UK, 1994.

KOVÁŘOVÁ, M. *Význam podpůrné skupiny pro blízké osoby lidí s psychotickým onemocněním, se zaměřením na rodiče*. Brno, 2011. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita filozofická fakulta.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. s. 283. ISBN 80-7367-122-0.

KRUSSE, J., TRESS, W., JÜRGEN, O. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002 s.198. ISBN 80-274-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. s. 279. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-717-8551-2.

KUBIČKA, J. A KOL. *Sborník studií o abúzu alkoholu a jiných návykových látek.: Zprávy č. 42*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1982 s. 126.

KUBIČKA, J. A KOL. *Sborník studií o abúzu alkoholu a jiných návykových látek*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1982. Zprávy č. 42.

KVAPILÍK, J. *Člověk a alkohol*. Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08 – 091 – 85.

LEEDS, J. MORGENSTEIN, J. a IN: ROTGERS, F. (ED.), *Léčba drogových závislostí.: Psychoanalytické teorie zneužívání návykových látek*. Praha: Grada, 1999, s. 59-69. ISBN 80-7169-836-9.

LEEDS, J. MORGENSTEIN, J. a IN: ROTGERS, F. (ED.). *Léčba drogových závislostí.: Psychoanalytické teorie zneužívání návykových látek*. Havlíčkův Brod: Grada, 1999, s. 59-70. ISBN 80-7169-836-9.

M. F. MAYO-SMITH, MD, MPH. Management of Alcohol Withdrawal DeliriumAn Evidence-Based Practice GuidelineFREE. *Arch Intern Med*. 2004, roč. 164, (13), 1405-1412. DOI: 10.1001/archinte.164.13.1405.

MANN, K., MORLOCK, P., MEZGER, A. Quality of Life and drinking status in alcoholics 6 years after treatment. *Quality of Life Research*. 1997, č. 6, s. 688.

MANNINEN, L., POIKOLAINEN, K., VARTIAINEN, E., LAATIKAINEN, T. Heavy drinking occasions and depression. *Alcohol Alcohol*. 2006, 41(3), 293-299. DOI: doi: 10.1093/alcalc/agh246.

MARUSIČ P. Epileptické záchvaty, epilepsie a alkohol. *Revue České lékařské akademie*. 2013, č. 9, s. 19-20.

MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 978-80-7367-331-4.

MCCRADY, B. S. EPSTEIN, E. E. a IN: ROTGERS, F. (ED.). *Léčba drogových závislostí: Teoretické zázemí přístupů orientovaných na rodinu ve vztahu k léčbě drogové závislosti*. Havlíčkův Brod: Grada, 1999, s. 97-113. ISBN 80-7169-836-9.

MCKAY, J. R. a IN: ROTGERS, F. (ED.). *Léčba drogových závislostí: Techniky rodinné terapie*. Havlíčkův Brod: Grada, 1999, 118- 139. ISBN 80-7169-836-9.

MIKOTA, V. *O ovlivňování duševních chorob*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1995 s.140. ISBN 80-901601-4-X.

MINDLIN,D. The characteristics of alcoholics as related to prediction of therapeutic outcome. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 1959, č. 20, s. 604-619.

MORGAN, M. Y., LANDRON, F., LEHERT, P. Improvement in Quality of Life After Treatment for Alcohol Dependence With Acamprosate and Psychosocial Support. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. 2004, roč. 28, (1), s. 64-77.

- MORGAN, T. J. a IN: ROTGERS, F. (ED.). *Léčba drogových závislostí: Techniky behaviorální terapie závislostí*. Havlíčkův Brod: Grada., 1999, s. 165-190. ISBN 80-7169-836-9.
- MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007. s 1063. ISBN 978-80-7254-865-1.
- NEENAN, M. DRYDEN, W. *Kognitivní terapie: Stručný přehled*. Praha: Portál, 2008. s. 120. ISBN 978-80-7367-372-7.
- NEŠPOR K., CSÉMY L., Krátká intervence pro problémy působené alkoholem může probíhat v různých prostředích. *Časopis lékařů českých*. 2005, roč. 144, č. 12, 840–843.
- NEŠPOR K. Dvanacti-kroky-z-bludneho-kruhu. *Lékařské listy* [online]. 2004, č.15 [cit. 2014-05-18]. Dostupné z: [Http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/](http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/)
- NEŠPOR K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR K., CSÉMY L., SOVINOVÁ H., Konzumace alkoholu a situace v České republice. *Praktický lékař*. 2010, 90, č. 10, s. 612-613.
- NEŠPOR, K. CSÉMY, L., *Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládání*. Praha: Sportpropag., 1999, s. 76. ISBN nemá.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí: Možnosti prevence a časné intervence*. Praha: Sportpropag., 2001. ISBN nemá.
- NEŠPOR, K. Léčba deliria tremens. *Adiktologie*. 2009, roč. 9, č. 2, s. 120-121.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2007, s. 198. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, K. a IN: KALINA, K. RADIMECKÝ, J. (EDS.). *Drogy a drogové závislosti: Psychická komorbidita a komplikace duální diagnózy*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 233-238. ISBN 80-86734-05-6.
- NEŠPOR, K. Dvanácti kroky z bludného kruhu. *Zdraví: Příloha - Lékařské listy*. 2014, č. 15, s. 1- 6.

NEŠPOR, K., MATANELLI, O., KARBANOVÁ, H., Vleký problém se závislostí na návykových látkách a jeho řešení. *Časopis lékařů českých*. 2013, 152, č. 2, s. 76-78.

NEŠPOR, K. Střízlivá inteligence. *Practicus*. 2009, č. 9, s. 24-25. Dostupné z: www.drnespor.eu

NOVOTNÝ, V. Genetika alkoholizmu. *Alkoholismus a drogové závislosti*. 2010, roč. 45, č. 1, s. 41-45.

PEOCHASKA, J. O. AND DICLEMENTE, C. C. a IN MILLER, W. R. A HEATHER, N. (EDS.). *Treating addictive behaviors: Processes of change: Towards a comprehensive model of change*. New York: Plenum Press, 1986. ISBN 978-0306422485.

PLICHTOVÁ, J. *Metódy sociálnej psychológie zblízka. Kvalitatívne a kvantitatívne skúmanie sociálnych reprezentácií*. Bratislava: Média, 2002. ISBN 80-967525-5-3.

POPELKOVÁ, M. IN HELLER, D., PROCHÁZKOVÁ, J., SOBOTKOVÁ, I. (ED.). Pohľad na životnú spokojnosť závislých od alkoholu. *Psychologické dny 2004: Svět žen a svět mužů: polarita a vzájemné obohacování: sborník příspěvků z konference Psychologické dny*. 2005, Universita Palackého v Olomouci.

POPOV, P. a IN: KALINA, K. RADIMECKÝ, J. *Drogy a drogové závislosti: Alkohol*. Praha: Národní monitorovací středisko, 2003, s. 150-151. ISBN 80-86734-05-6.

PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003 s. 360. ISBN 80-7178-737-X.

PRAŠKO, J. *Jak vybudovat a posílit sebedůvěru*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 254 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-1352-6.

PROCHASKA, J. AND DICLEMENTE, C. C. a IN HERSEN, M. EISLER, R. M. A MILLER, P. M. (EDS.). *Progres in behavior modification: Stages of change the modification of problem behaviors*. Newbury Park: CA: Sage, 1992. ISBN 0803930798.

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA OPAVA. Nepublikovaný rukopis pro potřeby oddělení pro léčbu závislosti. *Stanice 3 – oddělení pro léčbu žen závislých na alkoholu a jiných návykových látkách*. 2009.

RAHN E., MAHNKOPF A. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-964-0.

- RATHER, B., SHERMAN, M. Relationship between alcohol expectancies and length of abstinence among alcoholics anonymous members. *Addictive Behaviors*. 1989, č. 14, s. 531-536.
- REHM, J., GMEL G., SEMPOS T. C., TREVISAN M. Rehm, J., Gmel G., Sempos T. C., Trevisan M. Alcohol-Related Morbidity and Mortality. *Alcohol Research and Health*. 2003, č. 27, s. 39-51.
- REHM, J., ROOM, R., GRAHAM, K., MONTEIRO, M., GMEL, G., SEMPOS, C. T. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*. 2003, 98(9), 1209-1228. DOI: doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x.
- RŮŽIČKA E. Alkohol a tremor. *Revue České lékařské akademie*. 2013, č. 9, s. 21-22.
- ŘEHAN, V. *Adiktologie I*. Olomouc: Univerzita Palackého., 2007. ISBN 978-80-244-1745-5.
- ŘÍČAN, P., ŽENATÝ, J. *k teorii a praxi projektivních technik*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1988.
- SEEMANOVÁ E. Fetální alkoholový syndrom. *Revue České lékařské akademie*. 2013, č. 9, s. 23-24.
- SKÁLA, J. *Až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách*. Praha: Avicenum, 1988. ISBN 08 – 045 – 88.
- SKÁLA, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum., 1987. ISBN bez, s. 206.
- SKÁLA, J. *Alkoholismus: terminologie, diagnostika, léčba a prevence*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957 s. 230.
- SKÁLA, Jaroslav. *Až na dno: Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách. (Zneužívání a závislost)*. 4. vyd. Praha: Avicenum, 1988. ISBN 80-86734-05-6.
- SLABÝ, M. *Smysl života a závislost na alkoholu v kontextu adiktologie*. Brno, 2007. Diplomová práce. Filozofická fakulta MU.
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf-Jessenius., 1996. ISBN 80-85800-33-0.

SOVINOVÁ H., CSÉMY L. Subjektivní zdraví, nemocnost a spotřeba a zdravotní péče u rizikového, škodlivého a problémového pití alkoholu. *ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH*. 2011, roč. 150, č. 7, s. 394-397.

SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L., HAMPL, K., PACOVSKÝ, V. *Alkohol a úrazy*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. ISBN 80-7071-206-6.

SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L., HAMPL, K., PACOVSKÝ, V. *Alkohol a úrazy*. Sovinová, H., Csémy, L., Hampl, K., Pacovský, V. *Alkohol a úrazy*. Státní zdravotní ústav, Praha, 2002. Státní zdravotní ústav, Praha, 2002., roč. 2002.

SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L.,. Subjektivní zdraví, nemocnost a spotřeba zdravotní péče u rizikového, škodlivého a problémového pití alkoholu. *Časopis lékařů českých*. 2011, č. 150, 394–397.

SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L., PROCHÁZKA, B., *Determinanty rizikových forem užívání alkoholu v populaci mladých dospělých: analýza zdravotních, sociálních a psychologických souvislostí*. Praha, 2011. Registrační číslo: NS 9645-4/2008. ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA o řešení programového projektu podpořeného Interní grantovou agenturou Ministerstva. Státní zdravotní ústav Praha 10.

SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L., PROCHÁZKA, B. ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA o řešení programového projektu podpořeného Interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví ČR: *Determinanty rizikových forem užívání alkoholu v populaci mladých dospělých: analýza zdravotních, sociálních a psychologických souvislostí* [patent]. 2008, NS 9645-4/. Uděleno 2008 - 2011.

STŘÍŠOVSKÁ, P. *Změny sebepojetí, sebehodnocení a self-efficacy osob závislých na alkoholu v průběhu léčby*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita, filozofická fakulta.

STUNKARD, A. Motivation for treatment. *Comprehensive Psychiatry*. 1961, č. 2, s. 140 - 147.

SVOBODA, M. *Metody psychologické diagnostiky dospělých*. Praha: CAPA, 1992. ISBN 80-7064-036-5.

TESAŘÍK J. A SOBOTKA P. *Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2010*. Praha, 2011. Publikace ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia České republiky. Policejní prezidium České republiky.

TOBER, G. a IN DAVIDSON, R., ROLLNICK, S. A MCEWAN, I.(EDS.). *Counseling problem drinkers: Helping with pre-contemplator*. London: Tavistock/Routledge, 1991. ISBN 978-1555420635.

TYL, J. *Časové horizonty. Příspěvek k problematice pojmu životního času a metodám jeho zkoumání*. Praha, 1985. Disertační práce. Karlova univerzita.

ÚTRATA R. *Repetitorium forenzní alkoholologie*. Praha: VÚPs, 1986. ISBN 130 s. – Zprávy č. 72.

VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně., 2005 s. 143. ISBN 80-210-3754-7.

VAGÁČ, L. IN KOLLÁR, M., MESEŽNIKOV, G. (EDS). *Kvalita života*. In: *Slovensko 2004. Súhrnná správa o stavu spoločnosti*. Bratislava: IVO, 2004, s. 895-910.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-262-0225-7.

VENDELOVÁ N. Možnosti poznávania života ľudí analýzou ich príbehov. *[Elektronická verze]* [online]. 2007, . [cit. 2014-06-25]. Dostupné z: <http://www.pulib.sk/elpub/FF/Dzuka3/19.pdf>

VLČKOVÁ, I. *Formální zvláštnosti autobiografické paměti u různých věkových skupin populace: výzkumné možnosti metody čára života*. Brno, 2004. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno.

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie. 3., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2010 s. 287. ISBN 978-80-247-2627-0.

WALLACE, J. a IN: ROTGERS, F. (ED.). *Léčba drogových závislostí: Teorie modelu 12 kroků*. Havlíčkův Brod: Grada, 1999, s. 17-32. ISBN 80-7169-836-9.

WELSH, J., BUCHSBAUM, D., KAPLAN, C. Quality of Life of alcoholics and nonalcoholic: does excessive drinking make a difference in an urban setting. *Quality of Life Research*. 1993, č. 2, 335-340.

YOUNG, R., CONNOR, J. P., FEENEY, G. F. X., Alcohol expectancy changes over a 12 week cognitive behavioral therapy program are predictive of treatment success. *Journal of substance abuse treatment*. 2011, č. 40, s. 18-25. Dostupné z: Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547210001765>

ZÁLESKÝ, R. a IN: PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P. ŠLEPECKÝ, M., (EDS.). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch: Kognitivně behaviorální terapie závislostí*. Praha: Triton, 2007, 855 - 886. ISBN 978-80-7254-865-1.

ZÁRUBOVÁ J. Účinky alkoholu na CNS. *Revue České lékařské akademie*. 2013, č. 9, s. 17-18.

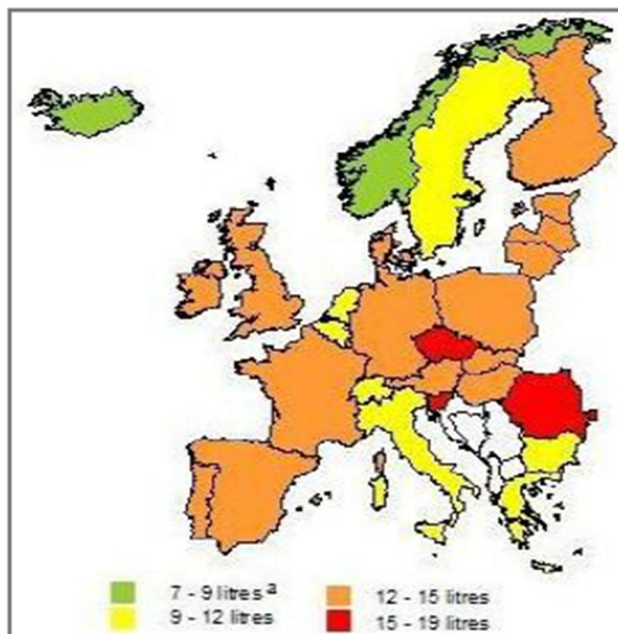
ZÁRUBOVÁ, MUDr. Jana. Účinky alkoholu na CNS. *Revue České lékařské akademie*. 2013, roč. 2013, č. 9, s. 17-18.

Modrý kříž: o nás. html. Retrieved [online]. 2011b, č. 6 [cit. 2014-05-19]. Dostupné z: <http://www.mod-rykriz.org/>

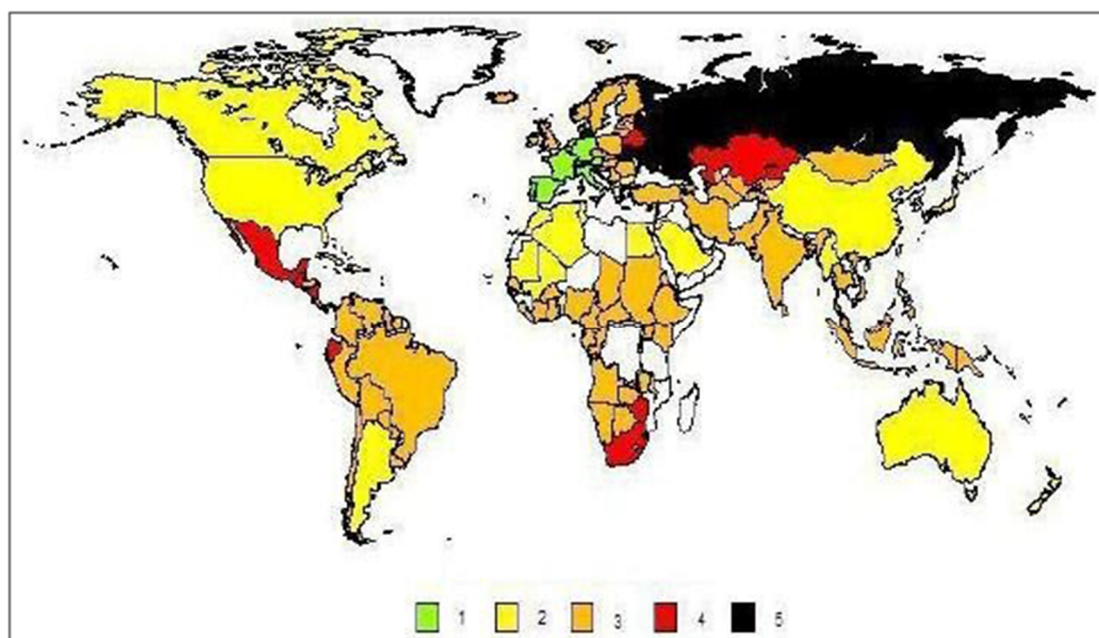
A kluby. Retrieved 13 [online]. 2011, č. 11 [cit. 2014-05-19]. Dostupné z: from:<http://www.akluby.cz/>

17 Přílohy

Příloha č. 1.



Obrázek č.1: Úroveň spotřeby alkoholu na úrovni států EU, 2009 (WHO, 2011)



Obrázek č. 2: Celosvětový model pití alkoholu, 2005 (WHO, 2011)

Škála od 1 = nejméně rizikové pití (pravidelné pití, často při jídle a bez častých příležitostí k pití) do 5 = nejrizikovější pití (né tak časté pití ale, zato silné pití bez jídla)

Příloha č. 2.

Tabulka č. 1: Smrt způsobená alkoholem v Evropě podle všeobecné kategorie chorob ve věkové skupině 15 – 65 let (WHO, 2011)

Následek	Muži	Ženy	Muži (%)	Ženy (%)
<i>Škodlivé následky</i>				
Rakovina	17358	8668	15,9	30,7
Kardiovaskulární choroby mimo				
Ischemické choroby srdeční	7914	3127	7,2	11,1
Duševní a neurologické poruchy	10868	2330	9,9	8,3
Jaterní cirhóza	28449	10508	26,0	37,2
Neúmyslné ublížení	24912	1795	22,8	6,4
Úmyslné ublížení	16562	1167	15,1	4,1
Ostatní	3455	637	3,2	2,3
Celkem	109517	28232	100,0	100,0
Ischemická choroba srdeční				
Ostatní	14 736	1800	97,8	61,1
Celkem	330	1147	2,2	38,9
	15065	29470	100,0	100,0

Tabulka č. 2: Užívání alkoholu v České republice (Sovinová, Csémy, Procházka 2011)

	Rizikové průměrné denní dávky (%)	Pití nadměrných dávek (%)	Abstinence v posledním roce (%)	Škodlivé pití (%)	Roční spotřeba v l alk. (s.o.)	Denní spotřeba v g alk. (s.o.)
Celý soubor	20,1	11,4	5,1	7,8	9,2 (13,1)	20,0 (28,4)
Pohlaví						
Muž	26,2	17,5	3,3	12,5	13,6 (15,5)	29,5 (33,6)
Žena	13,6	4,9	6,9	2,7	4,6 (7,6)	10,0 (16,4)
P	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Věkové kategorie						
18 – 24 let	22,5	14,8	3,9	9,0	9,9 (13,1)	21,4 (28,4)
25 – 29 let	21,4	12,2	5,5	8,9	9,3 (12,9)	20,2 (27,8)
30 – 34 let	16,4	9,1	5,7	6,7	8,4 (12,2)	18,1 (26,4)
35 – 39 let	21,0	10,3	5,0	6,9	9,6 (14,3)	20,8 (31,0)
P	<0,046	<0,017	ns	ns	ns	ns
Nejvyšší dosažené vzdělání						
ZŠ	33,4	19,3	5,8	17,0	14,3 (17,8)	31,0 (38,5)
OU nebo SŠ bez maturity	20,6	12,8	5,7	7,9	9,3 (11,6)	20,0 (25,1)
SŠ s maturitou	14,9	8,0	4,4	4,3	7,5 (12,0)	16,1 (26,0)
VŠ	12,8	4,3	4,3	3,1	6,4 (9,5)	13,9 (20,6)
P	<0,01	<0,01	ns	<0,01	<0,01	<0,01

Příloha č. 3.

Kognitivně behaviorální prvky úspěšně zahrnuty do terapie alkoholiků v léčebně v Želivě.

1. Jasná struktura – terapie rozdělena do 3 stupňů / každý měl specifické podmínky pro postup do vyššího léčebného stupně a setrvání v něm/.
2. Edukace na téma závislosti probíhala systematicky po celý léčebný proces.
3. Klient si ujasnil a přednesl behaviorální kognitivní a funkční analýzu svého problému. Pochopení funkce krátkodobých a dlouhodobých dopadů jeho závislosti.
4. Stanovil si cíle v terapii směřované ke změně chování.
5. Restrukturace postojů k pití alkoholu, zpevňování kladného naladění pro abstinenci.
6. Odstraňování spouštěčů – nácvik asertivního chování, relaxačních technik, restrukturace negativních myšlenek / práce s omyly myšlení/.
7. Příprava kartičky první pomoci /vytvořit seznam pomocných technik jak zabránit relapsu/ pro případ bažení po alkoholu.
8. Vytváření a uskutečňování krátkodobých a dlouhodobých plánů.
9. Napření pozornosti na jiné hodnoty, zájmy, zaměstnání, interpersonálními vztahy bez spojení s konzumací alkoholu.
10. Fáze udržování abstinence – posilování naučených vzorů chování v léčebně – formou pravidelných doléčovacích týdenních kúr přímo v léčebně, mimo léčebnu v socioterapeutických klubech.

Úspěšnost léčby v Želivě silně ovlivnil také pečlivě propracovaný léčebný řád. Jeho dodržování bylo pro klienty zásadní. Na počátku léčby zpravidla s léčebným řádem soupeřili, ale postupně během léčby dospěli k jeho pochopení, přijetí jako součásti léčby. Nacvičovali si takové vlastnosti jako je důslednost, pečlivost, sebekontrola, vytrvalost, respekt – byly jím pěstovány významné předpoklady pro dlouholetou abstinenci. Znalost léčebného řádu byla povinností také pro všechny zaměstnance. Důslednost při jeho dodržování vyžadovala jejich dobrou znalost kognitivně behaviorální terapie závislosti a také osobní smysl pro řád a pravidla (vlastní zdroj).