

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**

**FAKULTA HUMANITÍCH STUDIÍ**

**Institut mezioborových studií Brno**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Brno 2012**

**Ladislava Pavlíčková**

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**

**FAKULTA HUMANITÍCH STUDIÍ**

**Institut mezioborových studií Brno**

**Problematika alkoholové závislosti a její léčba**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Vedoucí diplomové práce:**

**PhDr. Hana Jůzlová**

**Vypracovala:**

**Ladislava Pavlíčková**

**Brno 2012**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Problematika alkoholové závislosti a její léčba“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce. Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

Ve Zhoří dne: 19. 3. 2012

.....

Ladislava Pavlíčková

## **Poděkování**

Děkuji paní PhDr. Haně Jůzlové, za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé diplomové práce. Zejména ji však také děkuji, že trpělivě pročetla celou práci a pomohla svými podněty zlepšit její obsah. Dále děkuji paní primářce MUDr. Janě Bartesové za užitečné rady a podněty, které mi při zpracování diplomové práce poskytla.

Ladislava Pavlíčková

# Obsah:

## Úvod

### I. TEORETICKÁ ČÁST

<b>1. Alkohol</b>	<b>5</b>
1.1 Alkohol a opilství očima historie	6
1.2 Alkohol – mýty a rituály	8
1.3 Alkohol jako prvek	10
1.4 Dílčí závěr	10
<b>2. Alkoholová závislost</b>	<b>12</b>
2.1 Modely vzniku závislosti	12
2.2 Vývojové teorie vzniku závislosti	21
2.3 Rodina a její možné funkce při vzniku závislosti	23
2.4 Trauma, jako možná příčina závislosti	27
2.5 Vývoj a vývojová stádia alkoholové závislosti	28
2.6 Syndrom alkoholové závislosti a akutní intoxikace	33
2.7 Somatické, psychické a sociální důsledky alkoholové závislosti	36
2.8 Dílčí závěr	46
<b>3. Léčba alkoholové závislosti</b>	<b>48</b>
3.1 Psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti	53
3.2 Rodinná terapie a práce s rodinou	60
3.3 Protialkoholní léčba v rámci Psychiatrické léčebny Jihlava	65
3.4 Anonymní alkoholici a další možnosti doléčování	70
3.5 Případová studie	72
3.6 Dílčí závěr	77

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

<b>4. Projekt – dotazníkové šetření povědomí veřejnosti o alkoholové závislosti</b>	<b>80</b>
4.1 Cíl dotazníkového šetření	80
4.2 Zkoumaný soubor a struktura vzorku	81
4.3 Metodika šetření a způsob zpracování dat	83
4.4 Interpretace výsledků dotazníkového šetření - povědomí veřejnosti o alkoholové závislosti	84
4.5 Testování hypotéz	99
4.6 Dílčí závěr	100
<b>Závěr</b>	<b>102</b>
<b>Resumé</b>	<b>105</b>
<b>Anotace</b>	<b>106</b>
<b>Seznam použité literatury</b>	<b>107</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>111</b>

## Úvod

S alkoholem přicházíme do styku dennodenně. Ať už je to při ranní cestě do zaměstnání, nebo za nákupem, kdy nás domy v úzkých uličkách města lákají svými reklamními světélkujícími cedulemi na „zlatý chléb“ chloubu země české. V podstatě nemusíme ani nikam cestovat. Vždyť stačí pustit televizi a mezi sledováním filmu se dívat na muže, na jehož rtech se po polknutí této „zlaté tekutiny“ objeví blažený výraz s úsměvem na tváři, který jako by rázem zapomněl na všechny své trable, starosti a problémy.

Dnešní společenské uspořádání provází řada problémů a zátěžových situací. Alkohol nabízí poměrně jednoduchou cestu k jejich řešení. Bohužel však právě v zátěžových situacích je tím nejhorším rádčem. Nelze však popřít, že alkohol svými vlastnostmi přináší mnohým a mnohdy úlevu, odstranění bolesti, přispívá ke sblížení lidí a usnadňuje komunikaci. Vše zmíněné může alkohol nabídnout. Rozdíl je však v tom, zda člověk tuto nabídku přijme jako dar doplňující jeho vlastní schopnosti, nebo sáhne po alkoholu jako po něčem, co mu tyto schopnosti pomůže nahradit. Tento stav, tato možnost postupně naplní život člověka, jeho volný čas, zájmy a veškeré dění kolem něho. Každý chorobný návyk determinuje životní snažení člověka, však nebezpečná je zejména rychlost s jakou alkohol jeho život vyplní.

V konzumaci alkoholu plníme jedny z prvních míst světového žebříčku, se spotřebou alkoholových látek však zákonitě přibývá následků souvisejících s jejich užíváním, mezi jinými pak především i závislostí.

Dvanáctým rokem pracuji na protialkoholním oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava a s jedinci jejichž diagnóza se skrývá pod číselným označením F 10.2 (syndrom závislosti na alkoholu) se v rámci své profesní dráhy setkávám denně. K výběru tohoto tématu mě přivedli samotní pacienti, a to na základě skutečnosti, kterou v rámci protialkoholní léčby vyslovují, troufám si říci, že téměř všichni. Tou skutečností je strach, obava z toho, co pacienti čeká „venku, za bránou léčebny“. Řada z nich, se již během resocializačních, víkendových dovolenek setkává v interakci s okolím s odmítnutím, přehlížením a nepochopením. Domnívám se, že příčinou takovýchto postojů v rámci rodiny je ztráta důvěry k člověku závislému a často pro rodinné příslušníky jakási možnost prevence dalšího potencionálního zklamání.

Mezi nejdůležitější prvky ve vývoji životního stylu bez alkoholu patří pomoc jedinci při odhalování možností jak zacházet s volným časem, vývoji vztahů s přáteli, hledání „pozemských“ aspektů každodenního života bez životního stylu od krize ke krizi, který je s abúzem alkoholu spojený a obnovování úspěšných sociálních interakcí. Forma takovéto pomoci je ovšem ze strany společnosti často nevhodně aplikována, nebo pro stigmatizaci takto disponovaných jedinců nenabídnutá.

Myslím si, že často vyslovované, negativní zkušenosti pacientů závislých na alkoholu v interakci s laickou veřejností plynou z nedostatečné či zkreslené informovanosti veřejnosti o chorobě, kterou alkoholismus bez pochyby je. Tato domněnka mě přiměla k tomu, abych se v rámci možností pokusila nabídnout ucelený pohled na problematiku alkoholové závislosti a zároveň přiblížila možné povědomí veřejnosti o alkoholové závislosti.

## **Cíl diplomové práce**

Cílem teoretické části diplomové práce je deskripce alkoholové závislosti, zmapování možných příčin vzniku a rodinných faktorů, které se mohou na vzniku alkoholové závislosti podílet. Popsat možné důsledky a somatické komplikace syndromu alkoholové závislosti a nastínit terapii takto disponovaných jedinců. V praktické části diplomové práce je cílem pomocí dotazníkového šetření zjistit a analyzovat povědomí a informovanost veřejnosti o alkoholové závislosti.

## **Metody a techniky použité při zpracování diplomové práce**

Při zpracování diplomové práce byla v teoretické části použita metoda obsahové analýzy dostupných materiálů, zejména odborné literatury. Data pro případovou studii byla získána analýzou spisového materiálu (chorobopisů) a nestandardizovanými rozhovory. V praktické části diplomové práce byla zvolena metoda explorativní, kdy technikou nestandardizovaného dotazníku byla získána data pro analýzu sledovaného jevu.



# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Alkohol

Blahodárné účinky kvašených nápojů lidé objevili již před mnoha tisíci lety. O tom, jak k tomu došlo si lze udělat představu podle v podstatě dodnes požívaných technik a praktik. Opojný nápoj může vzniknout působením vzduchu třeba z kukuřičné kaše. Od chvíle, kdy byl učiněn tento náhodný objev, byly využity ke zkvašení zřejmě všechny existující ovocné plody.<sup>1</sup>

Kvašením lze však vyrobit pouze roztok, kde je obsah alkoholu maximálně 10% - 13%. Čistý alkohol byl poprvé získán v desátém století, kdy v arabských zemích vynalezli proces destilace. Byl nazván „al kuhol“, což v překladu znamená „něco nejlepšího, něco zázračného“. Od této doby máme k dispozici silnější vína a tvrdý alkohol.

Četné archeologické nálezy svědčí o tom, že alkohol byl látkou zvláštního významu při náboženských obřadech, později stále častěji jako nápoj. Velmi staré jsou též zprávy o léčebném používání alkoholu. I v současné době se používá alkohol poměrně široce jak v oficiální (farmakologický průmysl), tak i lidové medicíně.<sup>2</sup>

Patrně stejně dlouho jak je alkohol znám, však lidstvo provází i negativní následky nemírného požívání alkoholu a rozporuplnost ve vnímání této látky. Světová zdravotnická organizace prohlásila alkohol za příčinu rakoviny, pro katolickou církev se stal prostřednictvím mešního vína krví Kristovou a pro západní civilizaci je oblíbenou rekreační drogou. Alkohol je prostě jakousi životní skutečností, ovšem skutečností přinejmenším zvláštní – je příjemný i destruktivní, zatracovaný a zároveň velebený, je vnímám z různých úhlů pohledu, ale rozhodně ne jednoznačně.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup>SOURIA, J. *Dějiny pijáctví*. 1. vyd. Praha: Garamond s. r. o., 1999, 8 s.

<sup>2</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 151 s.

<sup>3</sup>EDWARDS, G. *Záhadná molekula*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 2004, 8 s.

## 1.1 Alkohol a opilství očima historie

V eposu o Gilgamešovi, který pochází z 3. – 4. tisíciletí př. n. l. je již o alkoholu zmínka. Starověké národy Středního a Blízkého východu vyráběly kvašené nápoje z nejrůznějších surovin obsahující cukr. Patrně jednou z prvních surovin používanou k výrobě etanolu byl med.<sup>4</sup> Medovina byla známá většině národů evropského kontinentu. Národy východní části Středozemního moře uměly využít datle i obiloviny. Na hliněné tabulce pocházející z roku 2200 př. n. l. je uveden předpis lékaře na přípravu medicínálního vína.<sup>5</sup>

Alkohol vstoupil lehkým krokem do života lidí. Protože v prvopočátcích lidem pomáhal a zpříjemňoval život. Lidem vyhovovaly především ty vlastnosti alkoholu, kterých bylo možno využít v lékařství. O blahodárných účincích alkoholu, hovoří svědectví antického lékaře Hippokrata. Využíval se při úrazech, některých chorobách, poraněních v boji a při práci to byly vínové obklady, které přinášely pacientovi úlevu. Také po samotném požití alkoholického nápoje se pacientovi ulevilo od bolesti, která byla snesitelnější. Důležitou úlohu v rozvoji používání alkoholických nápojů pro léčebné účely sehráli bylinkáři, felčari i čarodějové, kteří se předháněli v přípravě nejrůznějších odvarů a lektvarů v jejich léčebné praxi.<sup>6</sup>

Stejně jako samotné pití alkoholu je lidem znám i stav opilosti. V 6. století př. n. l. vysvětluje Platón, jak se má správně pít. Do osmnácti let pití alkoholu zcela zakázal. Do třiceti let, bylo povoleno pouze velmi mírné pití alkoholu. Zajímavé je, že po čtyřicátém roku věku se mohlo pít v podstatě neomezeně. Platón byl zastáncem názoru, že by si muž a žena měli odepřít alkohol během noci, kdy mají v úmyslu počít potomka. Neomezená konzumace však měla svá úskalí, na chod hostinců v Athénách dohlíželi strážé a opilství na veřejných místech bylo trestáno.<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup>SHAPIRO, H. *Drogy*. 1. vyd. Praha: Svojtka a Co., s. r. o., 2005, 57 s.

<sup>5</sup>SOURIA, J. *Dějiny pijáctví*. 1. vyd. Praha: Garamond s. r. o., 1999, 17 s.

<sup>6</sup>VÁLKOVÁ, H., ŠEDIVÝ, V. *Lidé, alkohol, drogy*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1988, 22 s.

<sup>7</sup>tamtéž

Čínský císař Vu Vong roku 1220 př. n. l. vydal nařízení, podle něhož se trestaly smrtí všechny osoby přistižené při pitce. Konfucius kategoricky pít alkoholických nápojů zakázal a v přední Indii se povinně zdržovali alkoholu nejen kasty brahmanů, ale i kasty ostatní. Brahmani, kteří byli přistiženi v opilém stavu nutili pít z rozžhavené nádoby horké víno, vařící vodu, kraví moč, nebo vřelé mléko až k smrti. Žena přistižená v opilosti byla vyhnána z domu a na čelo ji byla vypálena rozžhaveným železem podoba nádoby, z níž alkohol pila. Také Mohamed zakázal pít alkohol a každý Říman měl právo zabít svou ženu, jestliže ji přistihl opilý. Opilý otrok byl trestán osmdesáti ranami holí a jedinec svobodný ranami čtyřiceti. Ve staré Spartě vládci otroky opíjeli úmyslně a pak je ukazovali mládeži, aby ji zastrašili a vzbudili v ní odpor k alkoholu. V Aténách za vlády Drakona opilé prostě zabíjeli. Solón opilství nejprve pokutoval, ale při opakované opilosti se takové osoby trestali popravou. Během jeho vlády se opilost pokládala za stav hodný pohrdání. I za vlády Karla Velikého opilce tělesně trestali, nejdříve v uzavřené místnosti, pak veřejně.<sup>8</sup>

Na druhou stranu se již od starověku připisovaly alkoholu mnohé zázračné schopnosti a vlastnosti. Například myšlenka, že víno je dárce zdraví, tak zevšednila, že lidé vyžívali vzácné stromy tak, že zalévali jejich kořeny vínem. V Indii bylo víno uznáváno jako prostředek uzdravení při různých nemocech slonů. Také se věřilo, že víno činí ženy plodnější a zneškodňuje účinky hadího uštknutí. Stejně tak, jak byly „zázračné účinky“ alkoholu využívány, byly též zneužívány. Například k ovládnutí protestujících indiánů s následky rychlé degenerace indiánských kmenů. Dá se říci, že podobné záměry měl i Hitler s Poláky – vydával poukázky na alkohol jako část platby za povinné odvody.<sup>9</sup>

Už od starověku se však také hledaly prostředky proti opilosti. Za jeden z nich byly považovány mandle. Jistý lékař v Římě požíval tyto plody, než šel na pitku, proto byl údajně schopen vypít víc než ostatní. Zajímavým ochranným prostředkem bylo zelí a jeho semeno, které užívali Egypťané. Je zachován záznam o tom, jak několik básníků lačných vína prosí číšníka, aby jim donesl zelí k úlevě od bolesti hlavy. Všeobecně

---

<sup>8</sup>SKÁLA, J. *Až na dno!?*. 4. vyd. Praha: Avicenum, 1988, 99 s.

<sup>9</sup>VÁLKOVÁ, H., ŠEDIVÝ, V. *Lidé, alkohol, drogy*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1988, 24 s.

se věřilo, že z révy, mezi níž rostlo zelí, je víno mírnější.<sup>10</sup> Ve snaze odstranit opilost, aniž by se však muselo přestat pít, omotávala se hlava věncem.

Velmi rozmanitý byl i vývoj medicínských názorů na alkohol a alkoholismus. Americký psychiatr Benjamin Rushov v roce 1784 hovoří o nadměrném požívání alkoholických nápojů jako o rozboření vůle vedoucí k chudobě, bídě a zločinu. To však již znamenalo jakýsi pokrok oproti původním názorům, že opilost je zlozvyk, který lze odnaučit pouze trestem. Jeho léčebnou metodou byla ledová sprcha. Až v roce 1804 definoval opilost jako duševní poruchu anglický lékař Thomas Trotter, do této doby se neovládaný vztah k alkoholu nazýval termínem „alkoholománia“<sup>11</sup>

Narůstající volání po medicinalizaci pohledu na nestřídmé pití alkoholu, mělo pravděpodobně kořeny v rychle se rozrůstajícím poznání o fyzických důsledcích excesivní konzumace alkoholu. Švédský lékař Magnus Huss se zabýval studiem dopadů alkoholové závislosti na jedince, jeho výzkumy podporovaly vznikající koncept závislosti jako nemoci. Jemuž je též připisováno, že studovanému jevu dal v roce 1849 dodnes používaný název „alkoholismus“.<sup>12</sup>

## 1.2 Alkohol – mýty a rituály

Společnost přisuzuje alkoholu nejrůznější smysl a význam. Jeden z takovýchto procesů přisoudil alkoholu až mystické postavení v náboženství, nebo určitý nápoj téměř ztotožnil s duší národa. Například gaelské označení pro whisky - usquebaugh, což v překladu znamená voda života.<sup>13</sup>

Křesťanství zapojilo alkohol do svých rituálů prvním Ježíšovým zázrakem. Kdy na svatební hostině v Káni Galilejské proměnil šest kamenných nádob na vodu ve víno. Touto proměnou Ježíš zjevil svou slávu a jeho učedníci v něho uvěřili. Proměna vody

---

<sup>10</sup>SKÁLA, J. *Až na dno!?*. 4. vyd. Praha: Avicenum, 1988, 100 s.

<sup>11</sup>KUNDERA, S. a kol. *Klinika alkoholizmu*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1988, 10 s.

<sup>12</sup>RADIMECKÝ, J. Jeden krok vpřed a dva vzad ...? Aneb kritika konceptu závislosti jako nemoci. *Adiktologie supplementum*, Tišnov: Sdružení SCAN, 2007/7/2, 234 s.

<sup>13</sup>EDWARDS, G. *Záhadná molekula*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 2004, 22 s.

ve víno a poté vína v krev je jakýmsi mystériem křesťanské církve. Alkohol se stal součástí náboženské magie zčásti proto, že je sám o sobě magický díky své schopnosti měnit stav mysli, ale také proto, že náboženství může kontrolovat, ovlivňovat a interpretovat prožitky, které se dostávají po jejich užití.

Pro ortodoxní židy je pití alkoholu nedílnou součástí mnoha příležitostí a náboženských svátků. Při obřizce kmotr pije víno z poháru, nad nímž bylo proneseno požehnání. Dítě staré osm dní může ochutnat prvních pár kapek vína. Skutečnost, že náboženství používá alkohol jako nástroj k rituálním účelům, usnadňuje jeho akceptování ve společnostech, kde se vyznává.<sup>14</sup>

Zajímavý je starý ruský zvyk, který by nám ale dnes připadal přinejmenším poněkud zvláštní. Věřilo se, že když se tělo muže, který se v podstatě upil k smrti, vykope a poté hodí do močálu, přivolá se tak déšť. S příchodem vodky do Ruska tak zřejmě přestala být nouze o vhodná těla a dešťová kouzla. Mnoho zvyků a tradic spojených s konzumací alkoholu můžeme pozorovat i v naší společnosti. Mezi nejznámější patří například tradice dávat dělníkům za dokončení stavby sud piva. Pro utužení vzájemnosti skupiny pijáků dávat jednu alkoholovou rundu za druhou. Neméně používaným zvykem chlapců je kupovat dívkám drink, což do jisté míry symbolizuje jejich nadvládu, ženy si naproti tomu kupují alkohol samy, aby daly najevo svou emancipovanost.<sup>15</sup>

Samotný přípitek „Na zdraví!“ je jakýmsi praktikovaným rituálem s nádechem magie. Když pozvedáme sklenky naplněné alkoholem a pronášíme „Tak na nás!“, „Ať žijem!“ a další různé přípitky, vlastně se snažíme magickým postupem přivolat štěstí.

---

<sup>14</sup>EDWARDS, G. *Záhadná molekula*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 2004, 27 s.

<sup>15</sup>tamtéž

## 1.3 Alkohol jako prvek

Chemický vzorec alkoholu neboli etanolu je poměrně jednoduché struktury. K řetězci dvou atomů uhlíku se váže pět atomů vodíku a hydroxylová skupina (kyslík – vodík). Tato struktura je mnohem menší a nesoucí relativně málo informací, než struktury ostatních psychoaktivních látek, jakými jsou například heroin, nebo nikotin.

Při pokojové teplotě je alkohol bezbarvá tekutina, která má ve své čisté formě stahující účinek a v ústech chutná velmi nepříjemně. Naředěním se nepříjemná chuť značně zmírní. Alkohol se snadno míchá s vodou. Lihoviny obsahují asi 40 procent čistého alkoholu, vína pak obsahují mezi 15 – 20 procenty. Běžné pivo obsahuje asi 4 objemová procenta alkoholu. Atraktivní typickou chuť zmíněným nápojům nedodává alkohol, ale chemické látky, které jsou příměsí v průběhu výrobního procesu. Alkoholické nápoje se získávají pomocí výrobního postupu, při němž se působením enzymů mění přirozeně se vyskytující škrob, nebo glukóza na ethylalkohol, vodu a oxid uhličitý.<sup>16</sup>

## 1.4 Dílčí závěr

Chemicky etanol vzniká kvašením cukrů. Látka je lidstvu známa od starověku a v podstatě stejně tak problémy s jejím nadužíváním. Společně s nikotinem patří alkohol mezi legální drogy. Psychotropní účinek je zprostředkován ovlivněním tří neurotransmiterových systémů. Jedná se o látku se značnou orgánovou toxicitou.

Křesťanské a židovské náboženství shodně vymezují alkoholu jedno z ústředních míst ve svých obřadech. Domnívám, že žádná reklamní agentura by nedokázala propagovat účinněji nějaký produkt, než ho spojit se dvěma světovými náboženstvími.

---

<sup>16</sup>EDWARDS, G. *Záhadná molekula*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 2004, 9 s.

Alkohol je rozšířen po celém světě. Spotřeba alkoholu v České republice se dlouhodobě pohybuje kolem 10 litrů čistého alkoholu na obyvatele. Ve spotřebě piva zaujímáme jedno z předních míst ve světě. Způsob aplikace alkoholu je požitím per os (ústí). Jiné způsoby aplikace jsou možné, ale spíše neobvyklé. Alkohol dobře prochází biologickými membránami a poměrně rychle se vstřebává z trávicího traktu. Účinek alkoholu závisí na množství zkonsumovaného alkoholu a dalších faktorech, jako je například vliv prostředí. Stav po požití alkoholu se nejčastěji projeví jako ebrieta (prostá opilost). Alkohol v malých dávkách působí stimulačně, ve vyšších tlumivě. Na počátku se dostavuje pocit zlepšení nálady, pocit energie a sebevědomí, později dochází ke ztrátě zábran a především snížení sebekritičnosti. Poté se postupně dostavuje únava, útlum a spánek.

## 2. Alkoholová závislost

Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se u nás týká přibližně 25 % mužské dospělé populace a 5 % žen. Při pravidelné konzumaci vyšších dávek, (20 – 60g) může docházet k vážným somatickým a psychickým potížím. Přitom pravidelná denní konzumace alkoholu již v dávkách (přepočteno na 100%ní alkohol) vyšších než 18 g u žen a 20 g u mužů sebou nese závažné riziko. Riziko ve formě návyku a poté závislosti na alkoholu. Lidé závislí na alkoholu představují 30 – 40 % celkového počtu klientů lůžkových psychiatrických zařízení.<sup>17</sup>

### 2.1 Modely vzniku závislosti

Vznik závislosti na návykových látkách ovlivňuje v zásadě fakt, že jako živé bytosti se v podstatě s tématem závislosti konfrontujeme od prvních chvil života. Vytváříme se v absolutní závislosti na organismu matky. Bez jejího lůna bychom se nebyli schopni rozvinout v moudré, lidské bytosti v bytosti „homo sapiens“, kdyby ihned po narození člověka nebyla k dispozici dost citlivá péče nějaké blízké, dospělé osoby. V podstatě stejně tak, je člověk závislý na spoustě dalších, nejrůznějších okolností a faktorů. Některé z nich ovlivňovat neumíme, jako je vzduch, sluneční energie, voda, zemská přitažlivost, nebo se o to nějakým způsobem pokoušíme, jako je to například u závislosti na podpoře či mínění druhých lidí.<sup>18</sup>

Návykové zneužívání alkoholu vede k vytváření psychofyzilogických stavů, které jsou ve své podstatě stavy nevědomé, nedobrovolné a mají sebesilující charakter vytvářejícího se bludného kruhu. Jellinek hovořil o neznámém fyziologickém faktoru X, který bude jednou objeven a podá vysvětlení příčiny vzniku závislosti. Dnes se zdá být pravděpodobnější, že faktorů může být více, protože každý orgán v těle

---

<sup>17</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1.* 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 151 s.

<sup>18</sup>tamtéž



je nějak postižen nadužíváním alkoholu a reaguje, vstupuje do tělesných činností a interakcí při jejich odbourávání.<sup>19</sup>

Dosud nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokázalo predispozice pro vznik alkoholové závislosti. Predisponovanou alkoholickou osobnost neznáme. Dá se ale říci, že u někoho se rozvíjí závislost na základě excesivního pití alkoholu pro psychologické problémy. U jiného jedince mohou převažovat genetické, vrozené dispozice, či sociokulturní vazby na alkohol a rituály spojené s požíváním alkoholu. Nejčastěji se jedná kombinaci těchto faktorů. Například určité fyziologické faktory, buď dědičné, nebo získané, se kombinují s psychologickými nebo sociokulturními při vzniku a vývoji závislosti.<sup>20</sup>

## **Biologická úroveň**

Od chvíle, kdy se diagnóza alkoholismu objevila v mezinárodních klasifikacích nemoci, což bylo v šedesátých letech dvacátého století, se hledají biologické příčiny a možné souvislosti. Takové, které by co nejlépe, nejpřesněji a nejpřesvědčivěji postihly etiopatogenezi závislosti.

Za biologické faktory lze považovat některé problematické okolnosti během těhotenství matky dítěte. Zda matka byla sama závislá na alkoholu a zda se plod takto setkal s účinkem návykové látky ještě před narozením. Dalšími závažnými biologickými faktory jsou okolnosti samotného porodu. Jedná se především o otázky, zda byly použity psychotropní, tlumivé látky v době poporodního stresu, které ovlivňují neurobiologii jedince. A v podstatě celý psychomotorický vývoj jedince v poporodním období.<sup>21</sup>

Jediné ověřené genetické souvislosti se týkají vrozené vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků rodičů závislých na alkoholu. Tato dispozice se projevuje tolerancí většího množství alkoholu od počátečních zkušeností s alkoholem. Často bývá tato dispozice mylně interpretována ve smyslu jakéhosi pozitivního faktoru, protože dotyčný tzv. víc snese, není mu špatně v intoxikaci a zpravidla nemívá vážnější problémy po jejím

---

<sup>19</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 92 s.

<sup>20</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 17 s.

<sup>21</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 92 s.

odeznění (tedy nemívá problematickou kocovinu). Velmi rizikový je fakt, že dotyčný musí konzumovat více alkoholu než ostatní, aby dosáhl kýženého ovlivnění. Obvykle se takto disponovaný jedinec druží spíše s těmi, kteří konzumují také větší množství alkoholu a po delší dobu. V podstatě tedy s těmi, kteří vyšší toleranci vytvořili tréninkem (s pijáky). Biologický faktor v interakci s individuální potřebou a v sociální interakci se stává komplexním rizikovým faktorem pro vznik alkoholové závislosti.<sup>22</sup>

Každý jedinec má individuální „ustrojení“ mozkového neurochemismu, kde do interakce s tímto systémem vstupuje psychotropní látka a navozuje změny. Charakteristickými změnami jsou především změny nálad, emocí a kognitivních funkcí. I přes výše zmíněnou individualitu, se zdá, že u lidí závislých na alkoholu jsou od počátku určité odlišnosti, které se vážou na vrozené predispozice. Jednou z odlišností je menší schopnost jaterní buňky ukládat cukr a plynule jej využít, což způsobuje extrémní změny hodnot krevního cukru. Proto se předpokládá, že u alkoholiků některé nervové tkáně preferují alkohol před cukrem v metabolickém procesu. Mnoho však zůstává nevyjasněno.<sup>23</sup>

## Psychologická úroveň

Psychogenní faktory lze najít již v období nitroděložního vývoje a období po porodu. Nejedná se o biologické faktory perinatálního poškození, ale o souvislosti psychických zážitků. Tedy prožívání toho, co eventuálně způsobilo nějaké biologické poškození. Tyto poznatky analyzují moderní výzkumy vědomí, zejména s terapeutickým využitím změněných stavů vědomí, kde člověk závislý znovu prožívá sekvence zážitků souvisejících s perinatálními traumaty. Jedná se o psychologickou práci, která se zaměřuje na jejich přijetí a integraci.<sup>24</sup>

Pokud žena prožívá těhotenství jako stresovou situaci, ať je důvodem cokoliv, přenáší se informace o tomto stresu i na plod. V případě, že matka začne užívat na tlumení a potlačení stresu tlumivé látky, přeneše se i tato informace na plod. Vytváří se jakýsi vtisk, dráha, kód o efektu tlumivě působících látek ve vztahu k prožívanému

---

<sup>22</sup>tamtéž

<sup>23</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 92 s.

<sup>24</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2008, 19 s.

stresu. Takovýto kód, vtisk bude čekat na své oživení v následných obdobích života člověka. Po aplikaci stejně působící látky v pozdějším období zažije potomek sice nový, ale v podstatě zároveň již dávno poznáný efekt. Vysokým rizikem je pozitivní zpětná vazba, která může rychle posilovat vznik návyku.<sup>25</sup>

Mezi další významné faktory patří úroveň postnatální péče, tedy péče o harmonický vývoj dítěte a v neposlední řadě vývoj diferenciací jeho potřeb a jejich přiměřenému uspokojování. Podpora v době dospívání a v krizi hledání vlastní identity. Protože na počátku abúzu návykové látky je prožitek nudy, zvědavost na mimořádné zážitky a prožitky, absence vlastního programu, narušené hranice a nízké sebehodnocení. Jedincům závislým na alkoholu často chybí zaujetí pro pěstování diferencovaných potřeb a zájmů. Jedinec není veden k samostatnosti v rodinném kruhu, a tak si samostatnost prosazuje v oblastech, kam za ním rodič nemůže – ve změněných stavech vědomí.<sup>26</sup>

## **Sociální úroveň**

Zjednodušeně se jedná o kontext, ve kterém se vše děje. Sociální úroveň si všímá vlivu vztahů s okolím, které formují zrání jedince, případně toto zrání brzdí či deformují. Tyto vlivy obsahují širokou škálu od nejobecnějších okolností jako je například rasová příslušnost, sociální status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém jedinec žije. Zajisté jinak formuje zrání člověka život na poklidné vesnici a jinak na sídlišti velkoměsta. K těm konkrétněji působícím vlivům pak patří především kvalita rodinných vztahů, případně absence rodiny vůbec. Vždyť dospívání se děje v procesu sociálního učení, na kterém se podílí zejména rodina se svými mýty a pravidly.<sup>27</sup>

Dnešní společnost stále více hovoří o rozpadu rodin, o nedostatku času dospělých pro mladé a především o absenci pozitivně formujících rituálů pro možnost zrání mladého člověka. V případě takovéto absence mladý člověk hledá identifikační vzory mimo rodinu. Ve své přirozeně závislé pozici vyhledává silné jedince, nebo

---

<sup>25</sup>tamtéž

<sup>26</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 20 s.

<sup>27</sup>tamtéž

skupiny. Nedospělý jedinec hledá pocit přijetí, sounáležitosti a směřování k nezávislosti. Nebo dokonce hledá přijetí vůbec.

Ještě specifičtější situací je, pokud jedinec v rodině vyrůstá v těsné blízkosti závislých osob. Je konfrontován s pitím alkoholu jako s normou. V případě, že je abuzus jednoho z rodičů tajen, je jakýmsi tabuizovaným tématem rodiny. Místo opilosti se hovoří o únavě a přepracování. Život s člověkem závislým na alkoholu znamená, žít v dysfunkčním vztahu. Neustále být vystaven prudkým změnám nálad a postojů. Podle toho, zda je toho času závislý jedinec intoxikován, nebo se „odčiňuje“ v době střízlivosti. Často je tak jedinec žijící v tělesné blízkosti s člověkem závislým vystaven slibům, které nemají naplnění a nepředvídatelností příštích hodin. Obvykle však způsob adaptace na soužití s jedincem závislým na alkoholu vykazuje také patologii. A nezdá se, že v dalším svém vývoji sám dostává k abuzu, jako ke způsobu pseudoadaptace a zároveň možnosti, jak alespoň dočasně mírnit své utrpení.<sup>28</sup>

## **Spirituální úroveň**

Spiritualita je vztah k tomu, co člověka přesahuje, k čemu se vztahuje jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jedná se o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím. Co dává takovému úsilí smysl, co dává smysl životu vůbec. V terapeutickém slova smyslu se jedná o vztah k Vyšší moci, která má napomoci obnovit zdraví a navrátit smysl života. Pojem spirituální je však odlišný od pojmu náboženský v tradičním pojetí. Akcentován je přímý prožitek Božství, nikoliv účast v nějaké konkrétní církvi a sdílení její věrouky.<sup>29</sup>

Rizikovým faktorem abuzu alkoholu v této oblasti je právě absence smyslu života, duchovních hodnot a duchovní autority. Nevyvážené zaměření k materiálním ziskům, ale i jakési rozčarování, nad pomíjivým uspokojením, které přináší. Touha po maximálním požitku, způsob žití orientovaný převážně na konzumní uspokojení, pak vytváří pocit iluzivního štěstí. Dalším rizikovým a závažným faktorem je nerozvíjení pokory, smyslu pro zážitek, mytické poznání světa. Absence duchovních autorit

---

<sup>28</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 92 s.

<sup>29</sup>tamtéž

a nenaplnění spirituálních potřeb se mohou stát příčinou vzniku závislosti, kdy jedinec v alkoholu hledá náplň těchto potřeb.<sup>30</sup>

## **Úroveň behaviorální, kognitivně behaviorální a sociálního učení**

Hesselbrock v roce 1999 konstatoval, že dle behavioristických představ je užívání návykové látky naučené a udržované skrze klasické, nebo operativní podmiňování nebo skrze kognitivně behaviorální mechanismy či sociální učení. Dle teorie klasického podmiňování se podmíněným stimulem touhy, chutě na alkohol může stát například místo a lidé společně užívající návykovou látku. Wikler zjistil, že samotný pohled na příslušenství používané k aplikaci návykové látky u závislých vyvolává příznaky syndromu odnětí. Což pojmenoval jako podmíněný syndrom odnětí. Pro praxi pak dle něj platí zásada, že k zajištění bezalkoholové čistoty oddělení v rámci léčby alkoholové závislosti je nezbytná nejen absolutní eliminace návykové látky z prostředí, ale proti pravidlům jsou i řeči o nich, o způsobech jejich přípravy či aplikace.<sup>31</sup>

Musím říci, že v rámci protialkoholní léčby v Psychiatrické léčebně Jihlava, jsou jakékoli hovory na téma návykové látky mimo hovorů terapeutických sankcionovány systémem trestných bodů. Více o systému udělování trestných bodů a sankcionování v této problematice je popsáno v kapitolách o léčbě alkoholové závislosti v rámci Psychiatrické léčebny Jihlava.

Dle teorie operativního podmiňování se chování spojené s užíváním návykových látek posiluje vlivem žádoucích účinků návykových látek. Jinými slovy se jedná o sebemedikační teorii, kdy jedinec si vyvolává euforii či redukuje tenzi, nebo anxieta (chronický stav úzkosti). Kognitivně-behaviorální modely zdůrazňují význam poznávacích schopností a pocitů jako determinant chování. Teorie sociálního učení se soustředí na konstrukty očekávání, připisování a sebeúčinnosti. Uvažuje o nich, jako o významných činitelích při patogenezi závislostních poruch. Očekávání pozitivního účinku návykových látek je spojeno s klasickým, nebo operativním podmiňováním. Současně může být však očekávání spojeno s podmíněným poznáním, které vychází

---

<sup>30</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 20 s.

<sup>31</sup>PRAŠKO, J. a kol. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2011, 165 s.

z pozitivní zkušenosti s návykovými látkami. Pozitivní očekávání, kterým může být například úleva od symptomů odnětí, nebo relaxace, může podporovat častější užívání a vést k rozvoji závislosti. Vědomí sebeúčinnosti odpovídá individuálnímu očekávání a sebejistotě ohledně vlastní schopnosti zvládnout konkrétní situaci, nebo dokonce v možnost tyto schopnosti dále posilovat. V případě rozvoje užívání návykových látek sebeúčinnost klesá a pozitivní očekávání k látkám naopak roste. Specifickou teorií sociálního učení je kognitivně afektivní pojetí Petraitise a jeho kolegů, kteří v roce 1995, objasňovali experimenty adolescentů s návykovými látkami. Podle jejich teorie ovlivňuje rozhodnutí experimentovat, užít návykovou látku adolescentovo přesvědčení týkající se indexu cena versus prospěch z užití látky. Proces, který formuluje takovéto přesvědčení, probíhá ve čtyřech následujících stupních:<sup>32</sup>

1. Vyhodnocení, že cena je nižší než prospěch z užití návykové látky.
2. Formování pozitivního očekávání z užití návykové látky.
3. Dojem, že užívání návykové látky má podporu kamarádů.
4. Nedostatek sebeúčinnosti ohledně schopnosti odmítnout užití návykové látky.<sup>33</sup>

## Neurobiologická úroveň

Závislost jako takovou je nutno pojímat jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují, ovlivňují a integrují. K pokroku v poznacích biologických mechanismů vzniku závislosti přispívají stále zdokonalované experimentální modely drogových závislostí na zvířatech. Dále pak také moderní zobrazovací techniky využitelné i u lidí.<sup>34</sup>

S rozvojem stavu závislosti je pozorována na různých úrovních lidského i zvířecího organismu řada změn v reaktivitě při opakované aplikaci látky. V centrální nervové soustavě dochází ke změnám na všech úrovních od neuronálních systémů až po submolekulární jednotky. Rozvíjí se tzv. adaptační změny. Při opakovaném podávání psychotropní látky se organismus přizpůsobuje rozvojem adaptačních mechanismů. Tak

---

<sup>32</sup>tamtéž

<sup>33</sup>PRAŠKO, J. a kol. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, 166 s.

<sup>34</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 25 s.

dochází ke změnám stavu a počtu receptorů i ke změnám neuromediátorových poměrů. Aplikace látky způsobí vychýlení přirozené rovnováhy složitých systémů v centrální nervové soustavě – vyplavení neuromediátoru v některých oblastech centrální nervové soustavy. V případě, že se látka aplikuje opakovaně, což je jednou z podmínek vzniku závislosti, rovnováha centrální nervové soustavy se vychyluje dlouhodobě. Zachování homeostázy (rovnováhy) je důležitým principem organismu udržujícím integritu. Proto se v centrální nervové soustavě začnou během chronického, opakovaného podávání psychotropní látky rozvíjet pochody, směřující k znovunastolení ztracené rovnováhy v organismu cestou výše zmíněných adaptačních mechanismů. Při opakovaném užívání látky se tedy organismus přizpůsobuje kontinuálnímu přísunu cizorodé látky v mozku a postupně nastoluje novou patologickou homeostázu, pro jejíž udržení je nutno cizorodou látku (alkohol) stále dodávat. Jakmile psychotropní látky chybí, homeostáza se opět poruší, vychýlí se ve směru vyvolaných adaptačních změn, které po dobu abstinence nejsou vyvažovány psychotropní látkou. Tyto nevyvážené adaptační změny se pak projeví odvykacím či abstinenčním syndromem.<sup>35</sup>

Koncept závislosti jako nemoci byl nejprve postaven spíše na klinických zkušenostech než na objektivnějším teoretickém modelu. V době kdy se medicínská podstata závislosti začala více zpochybňovat, byl v souvislosti s rozvojem neurověd, vytvořen model závislosti, který se prosadil jako hlavní medicínský model závislosti, model neurobiologický. Tento model vychází v současnosti z dopaminové hypotézy, podle které je odměňující efekt psychotropní látky závislý na činnosti mezolimbického dopaminergního systému, tedy na neuronálních sítích. V českém jazyce nazývaných jako systém odměn.<sup>36</sup> Systém odměn byl objeven v padesátých letech dvacátého století. Kdy užívání psychotropních látek začalo být spojováno se vzestupem dopaminu v mozkové oblasti zvané striatum. Předmětem zájmu neurobiologického modelu závislosti je, jak působením biologického agens (psychotropní látky) na biologický substrát (mozek) dochází k behaviorálním změnám v podobě závislostního chování. Tento koncepční model nahlíží na závislost jako na chronické recidivující onemocnění mozku (respektive systému odměny). S některými zásadními behaviorálními projevy:

---

<sup>35</sup>KALINA K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 96 s.

<sup>36</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 97 s.

- užívání psychotropní látky získává kompulsivní charakter
- závislý uživatel jednoznačně preferuje užívání látky před přirozeným zdrojem odměny
- existence vysoké tolerance k relapsu.<sup>37</sup>

Systém odměn je evolučně relativně starý a vývojově stabilní a je jedním z vnitřních autoregulačních mechanismů pro kontinuální zajištění potřeb nutných k přežití a pocitu tělesné pohody. Tyto podněty z prostředí jsou pak biologicky přirozenými zdroji odměny – jde zejména o potravu, sex, ale i komplikovanější zdroje odměny, jako jsou u člověka různé formy a úrovně sociálních vztahů. Systém odměny se podílí na rozpoznání biologicky významných podnětů, pro přidělení odměňující hodnoty a zajišťuje motivování akce organismu směrem k získání přirozené odměny (potravu, sexu). S jakousi nadsázkou lze říci, že cílem organismů je učit se chovat tak, aby se maximalizovala budoucí odměna.<sup>38</sup>

Návyková látka představuje chemicky velmi pestrou skupinu látek s různými účinky na lidský organismus. Některé látky jsou tlumivé, jiné budivé, ovšem jednu zásadní vlastnost mají společnou – jejich užití zvyšuje výdej dopaminu z té oblasti mozku, která je původně rezervována pro spojování libosti s biologicky významnými podněty. **Čili co zvyšuje hladinu dopaminu v systému odměny, může být předmětem závislosti.** Psychotropní látka je pak v podstatě umělý zdroj odměny. Zvýšený výdej dopaminu je akutním efektem všech návykových látek a je jedním z kroků na cestě k vytvoření závislosti. Opakované vpravování psychotropní látky do organismu člověka, tedy opakovaný, zvýšený výdej dopaminu, vyvolá sérii komplikovaných adaptací, na jejichž konci jsou změněné vlastnosti i funkce systému odměny s behaviorálními projevy známými jako závislost.<sup>39</sup>

Nověji se uvažuje o možnosti vzniku závislosti na alkoholu na buněčné úrovni. Změny v homeostáze vápníku, související pravděpodobně s přímým vlivem alkoholu

---

<sup>37</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 26 s.

<sup>38</sup>tamtéž

<sup>39</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 29 s.



na iontové kanály. Mohou tak hrát klíčovou roli v procesech vedoucích k přizpůsobování buněk alkoholu i jeho odnětí.<sup>40</sup>

## 2.2 Vývojové teorie vzniku závislosti

Teorie o fixaci v orálním stádiu vývoje chápe závislost jako fixaci (uvíznutí) ve velmi rané vývojové fázi dítěte. Chování závislého člověka je totiž skutečně v mnoho ohledech podobné chování a prožívání kojence. Kojenec je odkázán na krmení a na péči zvnějšku – sám se na tom podílí výrazně menší měrou. Citlivě vnímá i drobné nuance v nedostatečné, či špatně načasované péči. Malé dítě nedokáže čelit vnějšímu ohrožení, ani vnitřním konfliktům. Možná ochrana závisí na matce či pečující osobě. V podstatě stejně tak je závislý člověk odkázán v mnohém na zvnějšku dodávaném pocitu uklidnění. Teorie předpokládá, že stejně jako kojeneček má člověk závislý velmi zúžený horizont vnímání. Prožívá svět tzv. „tunelovým viděním“. Je zaměřen na svou potřebu a cestu k ní. Jinak je pasivním, bezmocným. Pozorování dospělých závislých přestože přinášelo podobné, nápadné paralely, tak současné pojetí již nepovažuje za nutný předpoklad pro vznik závislosti fixaci v orálním období života člověka. Významný výzkum potvrdil, že mezi závislými lze najít mnoho prvků orality, ale nepotvrdil, že děti s větší tendencí k orálnímu chování a závislosti na matce měly tendenci stávat se v dospělosti jedinci závislými na psychotropních látkách. Orální rysy tedy spíše představují rysy, které jsou posíleny v průběhu procesu rozvinuté závislosti, nepředstavují však přímý, příčinný faktor vzniku závislosti.<sup>41</sup>

Do oblasti hledání původu závislosti, přispěla psychoanalýza v prvních desetiletích devatenáctého století a to prostřednictvím zobecněných zkušeností z léčby pacientů. Mezi jedny z prvních teorií patřily teorie narcistického uspokojení. Freud považoval za primární závislé chování masturbaci. Pomocí níž, lze dosáhnout slasti a uspokojení soběstačně a lehce. Užívání psychoaktivních látek je pak v rámci zmíněného pojetí jen

---

<sup>40</sup>NAGY, J. Alcohol dependence at the cellular level: effects of ethanol on calcium homeostasis of IM-9 human lymphoblast cells. *J Stud Alcohol*, 2000, 61, No 2, 225-31.

<sup>41</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 47 s.

další formou relativně snadného uspokojení, které v podstatě nevyžaduje žádné angažování ve vztazích. Nevyžaduje ani dlouhodobé usilování o ně. Významní psychoanalytici Fenichel a Rado viděli soběstačnost a narcistickou nezávislost jako hlavní rys v motivaci vzniku závislého chování.<sup>42</sup>

Dalším významným směrem hledající motivaci k závislosti se zaměřuje na to, proč se pro některé jedince stává tak významný samotný účinek psychotropní látky, který spočívá v tom, že mění prožívání. Autorem zmíněné myšlenky je Khantzian a Winnicott, tito pánové vycházeli z toho, že se jedná o následek toho, že vlastní schopnost jedinců závislých ovládat své city a nálady byla v době, kdy se měla přirozeně utvářet, nějakým způsobem narušena. Formulují tezi, že se jedná o jakýsi deficit určitých psychických funkcí a celkovou slabost „Já“. Tento deficit dle nich vychází z disharmonického období raného dětství, kdy si dítě v interakci s matkou zvnitřňuje prvky této péče a učí se „základní důvěře.“<sup>43</sup>

Wurmser v roce 1977 popsal tzv. Bludný kruh účinku psychoaktivních látek, které lze shrnout do čtyř kroků:<sup>44</sup>

1. U člověka dojde k nějakému selhání. Ať už se jedná o skutečný neúspěch, nebo zklamání vnitřní. Tento neúspěch vede k pocitu debaklu, který se u disponovaného jedince může rozšířit na zaplavující pocit neúspěchu, chaotickou směs pocitů prázdnoty, zklamání, smutku, zlosti a to jak směrem k sobě samému, tak i na druhé.
2. Tento stav a nálada se nadále prohlubuje a rozvíjí. Dochází k emoční regresi, kdy se zhroutlý zralý způsob vyrovnání. Zralým způsobem vyrovnání se rozumí například snaha člověka přenést myšlenky na něco jiného, podělit se o své pocity, uvědomit si světlejší stránky svého života. Výsledkem je prožitek, který lze popsat slovy jako je úzkost, zaplavení, napětí, psychický a fyzický neklid.
3. Mezním bodem je snaha najít něco, co pomůže, jakýsi zdroj zklidnění či úlevy od nejasného stavu napětí. V rámci tohoto hledání, toužení dochází

---

<sup>42</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 135 s.

<sup>43</sup>KALINA K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 49 s.

<sup>44</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 50 s.

k odosobnění (depersonalizace). To je umožněno tím, že jedinec jako by „se rozdělil na dva“ (rozštěpení se). Najednou jako by byl zároveň tím, který užívá (aplikuje drogu, jde pít alkohol), i tím, který to celé s odstupem vnímá – „pozorovatelem“.

4. Poté přichází pocit naplnění, uvolnění, klid, štěstí a pocit celistvosti. Napětí a nepříjemné myšlenky jsou pryč. Dochází k naleznutí dočasného řešení prostřednictvím externalizace (přenesení do vnějšku). Vzhledem k tomu, že tento stav je dočasný, účinek netrvá dlouho a skutečné zdroje existují dál. K nim přicházejí ještě pocity viny, studu, vědomí, že to člověk „doopravdy nezvládl“. Celý kruh se opakuje a po delší době přináší sekundární obtíže. Postupně dochází k vymizení zbytku sebezáchovných vnitřních zdrojů.<sup>45</sup>

## 2.3 Rodina a její možné funkce při vzniku závislosti

Na vznik a rozvoj závislosti lze nahlížet z mnoha úhlu pohledu a mnoha různými teoriemi. Zda má rodina a vztahy v ní vliv na to, že jejich člen, ať už dítě, nebo někdo jiný, začne užívat návykovou látku a stane se na ni závislý je otázkou do jisté míry značně složitou. Během mého působení na protialkoholním oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava, jsem si několikrát položila otázku, zda existuje nějaký určitý faktor, nebo dokonce typická struktura rodiny závislého. Postupně jsem prošla fází, kdy jsem se domnívala, že některé rysy rodinného fungování, především benevolence ve výchově hraje hlavní roli při vzniku závislosti. Poté jsem však dospěla k názoru, že rodinné prostředí závislého jedince nelze jednoznačně charakterizovat, spíše pouze sledovat některé, opakující se znaky.

Teorie zabývající se systémem rodinných vztahů, chápou závislost jako jev, který není izolovaný.<sup>46</sup> Existuje v systému vztahů dotyčného jedince. Stává se tak, jakýmsi dočasně nutným prvkem, který umožňuje určité fungování a udržuje rovnováhu. Takovýto proces je mnohem zřetelnější v rodině, kde je například závislý

---

<sup>45</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 49 s.

<sup>46</sup>DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 144 s.

jeden z rodičů, než v rodinách, kde dospívající jedinec pije alkohol či bere drogy. V rodinách sociálně stabilizovaných alkoholiků se lze setkat s tím, že pití alkoholu se stane součástí kultury a zajišťujícím prvkem, bez kterého „to nejde“. Při hledání těchto souvislostí je ovšem nutné vyhnout se hledání jednoznačného „viníka“ a tedy v podstatě i jednoznačné příčiny. Jedná se spíše o proces interakcí, které se navzájem posilují. Příkladem může být situace, kdy například popíjení manžela, které je spojeno s nějakým koníčkem, nebo společenskými aktivitami postupně způsobí, že starost o domácnost, děti převezme žena.<sup>47</sup> V počátcích taková situace, přináší ženě uspokojení z toho, že zcela sama zvládá a ovlivňuje chod domácnosti. Pozvolna však na ni dopadá zátěž, chybí ocenění, schází pocit vzájemnosti. Nespokojenost a podrážděnost vedou k vzájemným výčitkám, obhajování a prosazování vlastních potřeb. Taková atmosféra, vede k dalšímu „odpojování“ manžela a k jeho tendencím hořkost z toho všeho „spláchnout“. A kompenzovat tou rolí, kde se cítí dobře. Tím se v podstatě uzavírá celý kruh. Nepřítomnost otce a negativní postoj matky k němu umožní například synovi „obsadit“ roli jakéhosi náhradního partnera. Tímto způsobem, se mohou role v rodině měnit a během doby „usazovat“ do vzorců. Vzorec není ideální nicméně stabilní. Celá rodina se pak nechtěně může podílet na tom, že tento vzorec vlastně spíš podporuje a drží se stereotypu, který je neruší. Tento přístup chápání závislosti v rodině popsal Rotgers a nazývá se „**model nemoci rodiny**“.<sup>48</sup>

## Kodependence

Kodependence (spoluzávislost), je termín, který pochází ze třicátých let minulého století a vznikl v rámci hnutí Anonymních alkoholiků ve Spojených státech amerických. Kdy aktivisté Anonymních alkoholů začali zjišťovat, jak významnou roli mohou ve snaze abstinovat zaujímat rodinní příslušníci.<sup>49</sup>

Spoluzávislost označuje souhrn motivů, komunikace a chování, kterým rodina nebo partner či partnerka závislost spíše podporují, nebo naopak sabotují či zlehčují snahu o léčení. Spoluzávislý člověk, či systém rodinných vztahů jako by neuměl unést „nezávislost“ a závislého partnera vlastně „potřeboval“. Model spoluzávislosti

<sup>47</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 41 s.

<sup>48</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 42 s.

<sup>49</sup>PRAŠKO, J. a kol. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2011, 165 s.

předpokládá, že partner, rodina, manžel **závislé chování umožňují**. Podstatou je pak popírání zjevných problémů spojených s užíváním návykové látky „slepota“. Slepota vůči zjevným souvislostem, neschopnost udržet pravidla, obviňování místo hledání řešení, odkládání řešení, bagatelizace problému, tendence věřit iluzím.<sup>50</sup>

Motivem k takovémuto zdánlivě absurdnímu postoji blízkých osob může být určitý „zisk“. Kdy například manželka získává dodatečný pocit sebevědomí z toho, že ona je ta, co „to všechno vydrží“. Chvilí jsou blízcí v roli oběti – závislý rodinný příslušník je trýzní svým chováním, lhaním, kocovinami. Jindy se stávají soudci a pronásledovateli – kontrolují provinilce a často cítí morální nadřazenost.<sup>51</sup>

## **Falešné osamostatnění – separace**

Zajímavý, možný motiv pro vznik závislosti popsal Hajný. Hovoří o dospívajícím dítěti, které se v souvislosti se svým „vývojovým úkolem“ snaží odejít z rodiny. Odpoutat se od dosavadních rodinných a vazeb, odmítnout některé její hodnoty a budovat si svoji vlastní identitu, svoji roli. K tomu, aby byla přirozená separace fyziologická, je zapotřebí naplnění mnoha podmínek, kterými například jsou:<sup>52</sup>

- Dospívající, by měl vědět a cítit, že se odpoutat může, že jeho odchod nebude vnímán jako zranění, zrada či odmítnutí.
- Samotný odchod se děje často skrze konflikty, rozdíly v postojích k hodnotám. Proto je důležité, aby mezi dospívajícím a zbytkem rodiny, byla možnost otevřeného konfliktu, který však obě strany zvládnou bez nadměrných pocitů zavržení či zklamání.
- Adolescent musí kromě nesouhlasu, nebo odporu vůči některým rodičovským principům, zvyklostem a zásadám vnímat i určitou chuť a odhodlání zkoušet žít „po svém“ (žít mimo domov, ale také již více žít své vztahy). Nemělo by jít pouze o útěk, pomstu, nebo snahu se násilně odtrhnout za každou cenu.

---

<sup>50</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 42 s.

<sup>51</sup>tamtéž

<sup>52</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 43 s.

Pokud však nejsou splněny tyto předpoklady pro přirozenou separaci, je možné, že se dospívající dostane do vnitřního konfliktu. Bude cítit potřebu nepodílet se na starých rolích a soužití, na úzkých rodinných vztazích, ale zároveň bude cítit pocity viny, že chce odejít. Pro takový vnitřní konflikt může nabízet kompromisní řešení právě užívání drog, nebo nadměrná konzumace alkoholu. Toto řešení poskytuje řadu dočasných, náhradních kroků jako jsou: úleva od pocitů bezmocné zlosti a marnosti. A naopak toto řešení umožňuje zažít pocit osvobození a odpoutání se, které si dospívající jedinec nemohl zajistit přirozenou cestou.<sup>53</sup>

V roce 1937 Knight napsal, že otcové alkoholiků jsou obvykle uzavření a mají tendence v rodině tvrdě dominovat a nevhodně prosazují své výchovné postoje. Takový typ otce pak pro dítě představuje nebezpečný vztah, do kterého se nesnaží zapojit. Zůstává tak příliš dlouhou dobu v silném vztahu s matkou. Otec pak představuje jakéhosi zprostředkovatele mezi matkou (bezpečím rodiny) a okolním světem. V případě, že dochází k identifikaci dítěte s rysy otce, bývá to právě určitá tvrdost. Kterou lze najít v tom, jak bezohledné a velké nároky na sebe závislé dítě klade. Dítě na ně, ale reaguje tím, že se pod jejich tíhou hroučí, dominují pocity viny a selhání, které se snaží zmírnit, odstranit účinkem alkoholu.<sup>54</sup>

Vaillanta v roce 1983 zmíněné tvrzení potvrdil výzkumem rodinných vztahů. Zajímavým zjištěním bylo, že se nepotvrdilo, že by nadměrně vřelý a pečující vztah matky k dítěti předcházel vzniku závislosti. Místo toho, se významným ukazatelem jeví vztah dítěte s otcem. Problematický vztah dítěte s otcem byl zjištěn v rodinách, kde se později u dítěte projevila závislost – především alkoholová.<sup>55</sup>

Zajímavou klasifikaci závislosti ve vztahu k rodinnému prostředí popsal v roce 1985 Cancrini. Uvádí do souvislosti typ závislosti a rodinnou strukturu. Rozlišuje čtyři typy závislosti.<sup>56</sup>

---

<sup>53</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 44 s.

<sup>54</sup>tamtéž

<sup>55</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 46 s.

<sup>56</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 143 s.

1. **Závislost traumatického typu** je náhlou reakcí na ztrátu, konflikt, pocit úzkosti. Rodinnými faktory v tomto případě jsou: zneužití, úmrtí, nezvládnutý odchod jednoho z rodičů, psychická porucha v rodině.
2. Druhým typem závislosti je **neurotická závislost**. Vyvíjí se v rodině s nahromaděným napětím, neřešenými vztahovými problémy, zdůrazňováním rozdílů mezi „dobrým“ a „špatným“ dítětem a partnerskými obtížemi. Druhý typ, je typem nejčastěji se vyskytujícím.
3. **Přechodová závislost**. Odpovídá osobnostním rysům závislých jedinců, které jsou popisovány jako hraniční. Řadíme mezi ně nestálost v osobních vztazích, epizodické úniky jedince do fantazijního až psychotického prožívání myšlení. V rodinách se může také vyskytovat psychiatrická zátěž, či trauma, které nebylo dostatečně emočně zvládnuto. Jak závislé dítě, tak jeho rodiče mohou tíhnout k zvláštním, podivným zájmům či aktivitám (například sekty, esoterické vědy, holotropní dýchání).
4. **Sociopatická závislost** je charakterizována tím, je závislé dítě prošlo rodinou, kde fungovala lhostejnost, fyzické násilí, kriminalita, nebo dítě vyrůstalo v institucích. Závislý jedinec vykazuje vysokou míru asociálního jednání.<sup>57</sup>

## 2.4 Trauma, jako možná příčina závislosti

Proto, aby bylo možné nějakým způsobem objasnit vztah mezi závislostí a traumatizací, je třeba nejprve hovořit o dopadu traumatizace. Rozlišuje se jednorázové, též nazývané trauma I. typu a chronické trauma, trauma II. typu. Důležitý je také fakt, kdy ve věku dítěte k traumatu došlo. Čím je jedinec mladšího věku, tím těžší dopad má na vývoj a psychiku oběti. Velmi rizikové je, pokud je dítě tak malé, že ještě není schopno verbalizovat, bývá dopad traumatu dramatický. Trauma I. typu vyúsťuje v posttraumatickou stresovou poruchu více či méně závažnou. Trauma II. typu, které vzniká téměř vždy v dětství, však přerušuje vývoj. Posttraumatické symptomy zahrnují destruktivní jednání vůči sobě i druhým, poruchy učení,

---

<sup>57</sup>tamtéž

dissociativní problémy a somatizaci. Deformace v pojetí sebe i druhých lidí vyústí v poruchu osobnosti, především hraniční a narcistický typ.<sup>58</sup>

Trauma je ochromující, ničí vazby a tím i důvěrné vztahy s jinými lidmi. Ničí i milující vztah k tělu, k vlastnímu i k tělu druhých a mění jej na nenávist. Trauma ničí integritu a základní důvěru, přerušuje kontinuitu a stává se tak věčným. Nenávist k sobě samému, pak způsobí neschopnost ocenit druhé, vyvolá pocit izolace v nitru člověka. Bezmocnost, izolace a ochromující strach jsou zásadními prožitky psychického traumatu. Způsobem kompenzace se pak mohou stát drogy, alkohol, gambling protože umrtvují, potlačují emoce, nebo naopak emoce mění a uvolňují ty, které by jinak zůstaly skryté (agrese). Ustupuje bezmoc a začíná převládat falešný pocit kontroly. Závislý život je naplněn stresovými událostmi a vzrušením. Kontinuálně vysoká úroveň stresu znecitlivuje emoce. **Závislý způsob života, pak přispívá k nezbytnému potlačování posttraumatického syndromu.**<sup>59</sup>

## 2.5 Vývoj a vývojová stádia alkoholové závislosti

Prakticky každý člověk se ve svém životě setká s alkoholem. Přibližně každý pátý člověk alkohol odmítne a dále jej konzumuje jen výjimečně. Ostatní lidé přibližně 4/5 populace více či méně konzumují alkoholické nápoje, přičemž množství vypitého alkoholu závisí na společenském klimatu.<sup>60</sup>

Přibližně každému desátému člověku působí pití alkoholu občas nějaké potíže, ale problémy spojené s konzumací se nestupňují. **U některých jedinců se problémy v rámci pití alkoholických nápojů začínou stupňovat a měnit jejich životní hodnoty, pak hovoříme o závislosti na alkoholu.** Do této situace dospěje přibližně 3% populace. Příčiny toho, proč u některých lidí vzniká závislost na alkoholu, a jiní lidé pijí alkohol celý život bez problémů, jsou jednak vnitřní a jednak vnější. Možné příčiny vzniku byly popsány v předchozích kapitolách. Obecně a zjednodušeně se tedy biologické příčiny

---

<sup>58</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 130 s.

<sup>59</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 131 s.

<sup>60</sup>HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996, 15 s.



obvykle uplatňují prostřednictvím psychologických mechanismů, přičemž usměňují neuropsychotropní účinky alkoholu tak, že zvyšují pravděpodobnost opakovaného pití. Sociogenní příčiny se uplatňují v prostředí, kde je pití alkoholu běžné, nebo vynucované.<sup>61</sup>

Dlouhotrvající nadměrné pití alkoholu, ať už je příčina jakákoliv, způsobuje adaptaci buněk organismu na kontinuální přívod alkoholu. Jejím důsledkem je snížená odpověď na původně účinnou dávku, ten vede k stupňování dávek a později k rozvoji abstinenčního syndromu při přerušení pití alkoholu.<sup>62</sup> Rychlost s jakou si jedinec alkoholovou závislost“vypěstuje“ je závislá na dispozicích jedince, věku při začátku pití alkoholu a způsobu nadužívání alkoholu. Čím větší dispozice člověk má, čím mladší začne pravidelně pít a čím dříve začne alkohol užívat s cílem ovlivnit svou psychiku, tím rychleji závislost vzniká.<sup>63</sup>

Kalina popisuje fenomén závislosti a rozlišuje základní terminologii. Úzus psychoaktivní látky (prosté užití, nebo opakované užívání), které nevede k žádnému významnému poškození uživatele. Abúzus neboli, škodlivé užívání (rizikové, problémové užívání), kde již dochází k tělesnému, psychickému nebo interpersonálnímu poškození jedince. Fenomén závislosti bývá vyústěním abúzu, a to na základě pozitivní zpětné vazby, která spočívá v subjektivně ceněné změně prožívání po požití psychoaktivní látky. Závislý člověk, poté zamění změnu prožívání reality za změnu reality samotné, čímž celou situaci zafixuje. Výsledkem je izolace od autentického prožívání a masivní posílení osobnostních obran. Sklon člověka k abúzu Kalina vysvětluje třemi okruhy hypotéz:<sup>64</sup>

1. **Civilizační karikatura** původně adaptivního šamanství. Návyková látka, měnící prožívání člověka, byla fylogeneticky užívána při šamanských rituálech, které sloužily psychologickému zakotvení jedince ve světě. S nástupem civilizace se staré šamanské kultury rozpadly a současná

---

<sup>61</sup>tamtéž

<sup>62</sup>NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý*. 1. vyd. Brno: Host, 2006, 154 s.

<sup>63</sup>tamtéž

<sup>64</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 53 s.

společnost užívá psychotropní látky při zvrácených rituálech, bezhlavě a bez psychologické integrace.

2. **Hédonistický neboli psychostimulační model**, hovoří o tom, že se člověk necítí zle, špatně, ale chce, aby mu bylo lépe, nebo aby byl výkonnější ve světě. Svět kolem sebe chápe jako závodíště a psychotropní látky jako prostředek k výhře. Posléze vzniká závislost a situace se tzv. vymyká z rukou.
3. **Quasi-homeostatický, nebo též autosanační model**. Jedná se o předpoklad nějakého základního biologického, nebo psychologického například osobnostního deficitu. Tento deficit se jedinec snaží sanovat z vnějších zdrojů, pomocí psychotropních látek.<sup>65</sup>

Mezi nejznámější, nejvíce používaná a v literatuře rozšířená jsou vývojová stádia závislosti dle Jellineka. Popsal je následujícími čtyřmi stádii.<sup>66</sup>

1. **Stádium iniciativní, neboli počáteční**. Během prvního stadia, se budoucí klient protialkoholní léčby závislosti navenek neliší svým pitím od svého okolí a společenských norem. Jen on sám by mohl tušit, že pije kvůli psychotropním účinkům alkoholu, protože se pod jeho vlivem cítí mnohem lépe, než střízlivý. V intoxikaci dokáže člověk překonat situace, které pro něj byly dosud neřešitelné, bolestivé. Pije stále častěji, jeho tolerance vůči alkoholu roste a sní dávka nutná k „vyřešení problému“.
2. **Stádium prodromální také též varovné**, se vyznačuje rostoucí tolerancí, což znamená, že k vyvolání příjemného pocitu je nutná stále vyšší hladina alkoholu v krvi. Hladina alkoholu v krvi se pomalu blíží hladině, která se již projevuje zřetelnou opilostí. S „hladinkou“ se člověk cítí „ve formě“, proto právě vyhledává příležitosti k pití. K dosažení žádoucí hladiny musí pít rychleji než jeho okolí, proto si v podstatě připravuje náskok v pití alkoholu tím, že začíná pít potajmu. Člověk si začíná v této fázi uvědomovat, že jeho pití může být pro

---

<sup>65</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 54 s.

<sup>66</sup>HELLER, J., PECINOVSÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996, 16 s.

okolí nápadné a začíná se za své počínání stydět. Proto je citlivý a reaguje vztahovačně na jakoukoliv zmínku o alkoholu. Snaží se v době intoxikace maximálně kontrolovat. Toho času ještě okolí nic nepozoruje, ale jedinec se díky psychickému vypětí může i po menší dávce alkoholu dostat do palimpsestu („okénka“ - amnézie na průběh intoxikace). Což poté prohlubuje pocit viny a vyvolává v postiženém odhodlání se s alkoholem vypořádat. Snaha ovládnout jeho účinek se pro něj jeví jako prestižní záležitost. Zmíněné snažení uvede do pohybu „kolotoč“ vedoucí k závislosti. Toto stádium je hraniční možností řešit situaci kontrolovaným pitím alkoholu a vyřešením původních problémů. O prvním a druhém stádiu, lze hovořit, jako o stádiu předchorobním.<sup>67</sup>

3. **Stádium krucální, nebo také rozhodné** je charakterizováno tím, že hladinu alkoholu, kterou člověk vnímá jako příjemnou, už prakticky splývá s hladinou, kdy je zřetelně opilý. Výše zmíněné se pak projevuje tak, že postižený dlouho působí střízlivým dojmem a náhle se během jedné sklenky opije. Budoucí klient protialkoholního léčení se byt' nerad, opijí v marné snaze napít se a přitom se neopít, přestat včas.<sup>68</sup> To je však již nemožné, neboť došlo k jevu, který se nazývá změna kontroly v pití. Na prakticky zanedbatelnou dávku alkoholu, již organismus reaguje změnou psychických procesů a v podstatě se „rozjíždí“ nezadržitelná kaskáda dalšího pití končící opilostí. V některých případech nedochází k tomu, že každé napití končí opilostí. Jedná se proto pouze o změnu, nikoliv o ztrátu kontroly v pití alkoholu. Je však přítomna zvláštní paradoxní reakce, když každé napití nekončí opilostí, tak je pro postiženého falešným důkazem toho, že situaci zvládá. Tento jev je však i jakýmsi povzbuzením k dalším snahám pít s kontrolou. Rostoucí frekvence zjevných opilostí vede k narůstání konfliktů s okolím, postižený na takto vzniklé konflikty reaguje budováním racionalizačního systému (zdůvodňování, kterým vysvětluje a omlouvá svému okolí pití). Získávání alkoholu, jeho ukrývání a systém výmluv postupně vyžaduje stále více času a zdůvodňování. Alkohol se pro člověka stává „středem vesmíru“. Jedná se o alkoholocentrické chování. Dosud spolehlivý člověk lže, neplní sliby, podvádí. Roste vztahovačnost a zoufalá

---

<sup>67</sup>tamtéž

<sup>68</sup>HOSEK, J. Sám proti alkoholu. 1. vyd. Praha: Grada, 1998, 21 s.

snaha nenechat na sobě poznat, že něco není v pořádku. Alkohol je již tak důležitou součástí života postiženého, že přestává být vybíravý ve značce, pije co je dostupné. V tuto dobu již většina budoucích klientů psychiatrických léčeben zcela nebo částečně zanedbává správnou výživu, což přispívá ke zhoršení jejich somatického stavu. Pití alkoholu je již projevem choroby a každé otálení s vyhledáním protialkoholního léčení je jen zbytečným prodlužováním utrpení jedince i jeho okolí.

4. **Stádium terminální čili konečné** je charakterizováno nepříjemným stavem po vystřízlivění. Tento stav je postižený „nucen léčit“ dalším napitím (ranními doušky). Pokračuje-li pití dál, vzniká tah (několika denní období, během něhož jedinec nevystřízliví). Nezůstává u konzumace alkoholických nápojů, z nouze postižený pije i technické, chemické prostředky například alpu, nebo kolínskou vodu, jen když obsahují alkohol. Dochází k závažným psychickým a somatickým komplikacím - poškození jater, nervového a cévního systému. Nastupuje stav, kdy postižený prokazatelně ztratil nad alkoholem kontrolu, „už to nejde bez něj, ale ani s ním.“<sup>69</sup>

Němečtí autoři Göhlert a Kühn uvádějí také čtyři fáze vzniku závislosti, jejich průběh se výrazně neliší od klasifikace stádií alkoholové závislosti dle Jellineka.

1. Euforické počáteční stadium.
2. Kritické stadium navykání.
3. Stadium návyku, respektive závislosti.
4. Chronické stadium rozkladu.<sup>70</sup>

Heller v roce 1996 klasifikuje nadužívání alkoholu následovně:

1. **Symptomatický abúzus je v samotném vývoji** a průběhu určován strukturou osobnosti, odchylkou a chorobou. Vede k závislosti na základě psychogenního podkladu, pro které je charakteristické samotářské pití. Alkohol je v podstatě jakýmsi prostředkem k navázání komunikace, či změny nálady. Doba trvání

---

<sup>69</sup>HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996, 17 s.

<sup>70</sup>GÖHLERT, F. CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1.vyd. München: Alinea, 2001, 45 s.

vývoje závislosti trvá řádově několik let, odvíjí se od individuálních zdravotních podmínek. Tento typ je více typický pro ženy.

2. **Systematický abúzus je odvozen od stereotypu** pití alkoholu s rozvíjejícím se pijáckým chováním a s významným fenoménem časovým. Závislost na alkoholu vzniká na rovině společensko-sociální. Tento typ reprezentuje mužskou populaci.
3. **Juvenilní stylismus je charakterizován brzkým začátkem** konzumace alkoholu, často již v dětském období. Poté spontánně ustává. Z této „zakuklené“ formy se často aktivuje okolo třicátého roku věku do závislosti. Tento typ, je však typem vzácným a vázaným na etnické faktory.

Heller dodává, že v praxi se čisté formy symptomatického a systematického abúzu nevyskytují, vyskytují se vesměs ve vzájemné kombinaci.<sup>71</sup>

## 2.6 Syndrom alkoholové závislosti a akutní intoxikace

Kritéria syndromu závislosti se vyvíjela cestou klinického popisu za použití psychometrických metod a statistickým rozbohem příznaků a jevů. Koncept syndromu závislosti se vyvíjel v souvislosti s problematikou alkoholismu. Klinická koncepce cravingu (touha, chuť, bažení po psychotropní látce) je přičítána Benjaminu Rushovi. Isbel v roce 1955 rozlišuje tělesné a psychické bažení. Konstrukt závislosti na alkoholu v současném pojetí zavedl v roce 1960 Jellinek tím, že zřetelně odlišil proces rozvoje závislosti ve čtyřech klasifikačních fázích.<sup>72</sup>

Národní institut duševního zdraví popisuje syndrom závislosti v roce 1968 takto: Alkoholismus je chronická choroba, porucha chování charakterizovaná opakovaným pitím alkoholických nápojů, které přesahuje tradiční střídme užívání, nebo běžné

---

<sup>71</sup>MÜHLPACHR, P. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 84 s.

<sup>72</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 54 s.

dodržování zvyků sociálního pití ve společnosti a které záporně působí na zdraví, interpersonální vztahy, nebo ekonomické fungování.<sup>73</sup>

V roce 1976 vytvořili Edwards a Gross koncept syndromu závislosti na alkoholu. Ten zahrnoval sedm příznaků ve vztahu k pití alkoholu: zúžení repertoáru, nápadné vyhledávání příležitostí, zvýšená tolerance, opakované abstinenční symptomy, vyhýbání se jim dalším konzumem, subjektivní povědomí nutkavosti a rychlý návrat po periodě abstinence.

Dle současné definice Mezinárodní klasifikace nemocí se syndromem závislosti rozumí: „Skupina 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.“<sup>74</sup> Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, bažení, dychtění) brát psychoaktivní látky. Diagnóza závislosti se stanovuje, jestliže se během posledního roku objevily alespoň tři z následujících šesti jevů.

1. **Silná touha, pocit puzení užít látku.**
2. **Potíže v kontrole užívání látky** a to pokud se jedná o začátek a ukončení, nebo množství látky.
3. **Přítomnost somatického, odvykacího stavu**, jestliže je látka užívána s úmyslem zmírnit jeho příznaky.
4. **Průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek**, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami. Jedinec závislý na alkoholu může pít denně takové množství alkoholu, které by v podstatě zneschopnilo, nebo dokonce usmrtilo uživatele bez tolerance.
5. **Postupné zanedbávání jiných potěšení, zájmů, koníčků** ve prospěch užívané psychoaktivní látky. Zvýšené množství času k obstarání, užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku.

---

<sup>73</sup>JANOŠÍKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J. L. *Psychiatrická ošetrovatelská starostlivosť Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1999, 143 s.

<sup>74</sup>HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002, 559 s.

**6. Pokračování v užívání alkoholu přes zjevný, jasný důkaz škodlivých následků.** Kterými zejména jsou: depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání alkoholu, nebo toxické poškození myšlení, poškození jaterní buňky.<sup>75</sup>

Pro porozumění závažnosti akutní alkoholové intoxikace, je třeba vysvětlit tzv. prostou opilost, kterou lze popsat příznaky v závislosti na množství alkoholu v krvi. 1 – 1,5 ‰ alkoholu v krvi se u jedince vesměs projevuje těmito znaky: spokojenost, veselý výraz, gestikulace, živá mimika, přátelství, mnohmluvnost, sebevědomí, snadno překonaný ostych, žertování, nepřesné vnímání, špatný odhad vzdálenosti. 1,5 – 2 ‰ alkoholu v krvi člověka je příčinou následujících charakteristik: nekritičnost, netaktnost, jednání je nepromyšlené, impulzivní, objevuje se zarudnutí v obličejové části hlavy, tepová frekvence je nad sto pulsů za minutu (za fyziologickou hodnotu je obecně považováno 60 – 80 pulsů za minutu), nepřesné pohyby potácení se, tendence k pádu. V případě 2 – 3 ‰ v krvi jedince se dostaví únava, ospalost, časté je zvracení či nauzea (pocit na zvracení), někdy nastává bezvědomí, nebo naopak neklid, zmatenost, agresivita.<sup>76</sup>

**Akutní alkoholová intoxikace je přechodný stav po aplikaci alkoholu, vedoucí k poruchám vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování,** nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Intoxikaci lze dále rozlišovat podle původních příznaků na nekomplikovanou, s traumatem nebo jiným tělesným poškozením (například vdechnutí zvratků), s deliriem, s poruchou vnímání, s křečemi a patologickou intoxikací. Patologická intoxikace je charakterizovaná náhlým počátkem, agresí, časté je násilné chování. Stav začíná velmi brzy po vypití relativně malého množství alkoholu, které by u většiny lidí intoxikaci nevyvolalo. Patologická intoxikace byla dříve nazývána patickou opilostí. Specifické antidotum není k dispozici. Snaha mírnit agresivní projevy pod vlivem alkoholu například tlumivými léky, nebo antipsychotiky je značně riskantní vzhledem k těžko předvídatelným interakcím alkoholu s těmito látkami. Těžká intoxikace alkoholem nezřídka překrývá příznaky dalších poruch, jako jsou například úrazy hlavy, nitrolební krvácení. Proto jsou jedinci ve zmíněném stavu zpočátku léčeni na anesteziologicko-resuscitačních odděleních

---

<sup>75</sup>HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002, 560 s.

<sup>76</sup>tamtéž

v rámci nemocničních zařízení. Po odeznění akutní intoxikace a zmírnění somatických komplikací jsou jedinci hospitalizováni v psychiatrických léčebnách na protialkoholním oddělení.<sup>77</sup>

## **2.7 Somatické, psychické a sociální důsledky alkoholové závislosti**

Je všeobecně známo, že nadměrné pití alkoholických nápojů vede k poškození tělesného (somatického) i duševního zdraví. Každý zdravotník a domnívám se, že i každý člověk ve zdravotnictví nepracující by jistě dokázal vyjmenovat několik poruch, které abúzus alkoholu vyvolává. Přesto se znovu a znovu v rámci své profese setkávám s tím, že řada „našich“ pacientů byla před nástupem na protialkoholní oddělení opakovaně hospitalizována a léčena pro somatické komplikace alkoholové závislosti, aniž by byla odhalena jejich prvotní příčina.

Možná je to dáno i tím, že i mezi lékaři je zakotvena jakási představa alkoholika jako nenapravitelného, „ošumtělého vagabunda“ a povaleče na cestě mezi obydlím a prvním hostincem. Domnívám se, že málokdo ví, že závislostí na alkoholu může trpět i vzdělaný člověk, navenek solidně působící a dobře vypadající. Takového jedince jeho závislost nutí své pití úzkostlivě tajit a za každou cenu dobře vypadat. Pravdou ale je, že právě u těchto jedinců může být včasná intervence a vhodně podaná informace o příčině a možném vývoji alkoholové závislosti motivací k rozhodnutí abstinovat.

Poruchy způsobené alkoholem mají oproti podobným poruchám, vyvolaným jinými příčinami, některé své zvláštnosti. Pokud například pacient pokračuje v pití alkoholu během léčby závislosti, v léčbě obvykle selhává, stejně jako dojde k recidivě obtíží po recidivě abúzu. Na druhou stranu jsou známy zkušenosti, že i velmi závažné somatické nálezy se mohou během vysazení alkoholu upravit. V některých případech i bez podpůrné medikamentózní léčby. I nález, který může signalizovat pro nezvratné změny orgánového poškození, u člověka závislého na alkoholu může po určité době

---

<sup>77</sup>HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002, 561 s.



abstinance vykázat návrat k normě. S těmito „zázraky“ jsem se v rámci dvanáctiletého působení na protialkoholním oddělení nezřídka setkala.

## **Somatické komplikace alkoholové závislosti**

Míra poškození organismu závisí jednak na **celkovém množství zkonsumovaného alkoholu** – denní dávka, frekvence pití alkoholu a době trvání abúzu. Jednak na **individuální vnímavosti** – dané rodové dispozice, prodělanými chorobami. Byl prokázán přímý vztah mezi spotřebou alkoholu v dané populaci a výskytem například cirhózy jater v ní. Vzhledem, k rozdílu individuální odolnosti je velmi obtížné stanovit jakousi „bezpečnou“ dávku alkoholu pro organismus. Je velmi pravděpodobné, že již denní dávka 20 g čistého alkoholu, což je pro příklad 0,5 litru 12° piva, 2dl vína, nebo 5 cl destilátu, může při dlouhodobé, pravidelné konzumaci poškodit některé orgány. Škodlivé účinky alkoholu na lidský organismus jsou potencovány poruchami výživy, které jsou u závislých jedinců téměř pravidlem.<sup>78</sup>

Orgánem, který bývá nadměrným pitím alkoholu zpravidla nejdříve poškozen, jsou játra. V játrech probíhá za účasti alkoholdehydrogenázy oxidace alkoholu na acetaldehyd, který v nadměrných koncentracích poškozuje membránu hepatocytů (jaterní buňka). Při nadměrném přísunu alkoholu se do jeho odbourání zapojuje mikrosomální etanoloxidační systém, jehož kapacita se díky indukci jaterních enzymů dokáže přizpůsobit stoupající dodávce alkoholu. Alkohol dále stimuluje fibrogenezi a působí imunologickou hyperreaktivitu vedoucí k destrukci jaterních buněk. Je-li jaterní buňka neustále zatěžována odbouráváním alkoholu, dochází ke změnám metabolismu tuků, to vede k hromadění tuků v jaterních buňkách. Jedná se o **jaterní steatózu**, veřejnosti známá pod názvem ztukovatění jater.<sup>79</sup>Tento stav je zpravidla provázen i zvětšením jater. Pokud pití pokračuje, dochází k zániku jaterní buňky a v okolí zničených buněk nastává mezenchymální vazivově zánětlivá reakce, známá pod označením – jaterní fibróza. V této fázi může být jedinec stále ještě bez výraznějších potíží. Avšak po alkoholickém excesu se může rozvinout akutní alkoholová hepatitida, která probíhá pod obrazem těžkého onemocnění s horečkami, žloutenkou, zvracením, nauzeou, bolestmi břicha někdy se objeví otoky a ascites. Onemocnění má vysokou

---

<sup>78</sup>HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996, 58 s.

<sup>79</sup>tamtéž

mortalitu. V případě, že konzumace alkoholických nápojů pokračuje, dochází k uzlovitému bujení jaterního vaziva, které v podstatě zcela utlačí zbývající jaterní tkáň – hovoříme o onemocněním zvaném **jaterní cirhóza**, neboli svráštění jater. Takto postižená játra ztrácejí svoji funkčnost a tento stav může postupně vyústit až v jaterní selhání a smrt.<sup>80</sup>

Jedním z dalších orgánů, který trpí chronickou expozicí alkoholu je (pankreas) slinivka břišní. Alkohol zpočátku stimuluje pankreatickou sekreci a zároveň umocňuje spazmus vývodů, což vede k poškození pankreatu a útlumu sekrece. Uvádí se, že polovina onemocnění slinivky břišní souvisí s abúzem alkoholu. Jedná se o onemocnění **akutní i chronickou pankreatitidou**. Typický pro jedince závislého na alkoholu je chronický zánět slinivky břišní s akutní atakou po alkoholovém excessu. Akutní pankreatitida probíhá s velmi podobnými příznaky jako náhlá příhoda břišní.<sup>81</sup>

Celé trávicí ústrojí je alkoholem poškozeno především přímým kontaktem s citlivou sliznicí. V podstatě od dutiny ústní až po sliznici konečníku. Alkohol způsobuje v první fázi reaktivní překrvení sliznic, které umožňují snazší prostup infekce a následné záněty. Problém nastává v případě kontinuální konzumace nadměrného množství alkoholu, protože opakující se záněty vyústí ve ztenčení sliznice a vymizení příslušných žláz. V žaludku vzniká **atrofická gastritida**, která může být předcházet karcinomu (rakovině) žaludku. Na sliznici, která je alkoholem poškozena, snáze vznikne žaludeční vřed. Alkohol má též přímý toxický účinek na sliznici střev a tím způsobuje zhoršené vstřebávání živin a vitaminů.<sup>82</sup>

Srdce a krevní oběh jsou jednak přímo poškozovány alkoholem a jeho metabolity, jednak jsou ohroženy nadměrným ukládáním tuků do cévní stěny, které je způsobeno poruchou právě jejich přeměny v játrech. U konzumentů většího množství piva vzniká v důsledku nadměrného příjmu tekutin rozšíření srdce. Dýchací systém trpí především častými záněty, které mají zpravidla těžší průběh a vyšší mortalitu. Alkohol také narušuje **hormonální regulace** organismu. Dochází ke zvýšení plazmatické

---

<sup>80</sup>ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996, 50 s.

<sup>81</sup>HELLER, J., PECINOVSÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996, 61 s.

<sup>82</sup>DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 148 s.

hladiny prolaktinu, růstového hormonu, což způsobuje tzv. cushingoidní vzhled alkoholika. Jedná se o měsícovitý obličej, obezita v trupu a tenké končetiny.<sup>83</sup>

## Neurologické komplikace alkoholové závislosti

Příčinou poruch nervového systému způsobených abúzem alkoholu jsou degenerativní a destruktivní změny nervové tkáně. Alkohol porušuje vedení nervového vzruchu, zvyšuje práh bolesti. Často se u takto disponovaných jedinců setkáváme s poruchami jak krátkodobé, tak dlouhodobé paměti. Zejména se jedná o poruchy vstřípivosti, hybnosti a koordinaci. Snad nejčastějším projevem alkoholismu v rámci neurologických komplikací je **alkoholický tremor** (třes). Souvisí s poškozením podkorových jader a mozečku s poškozením vláken, které mají tlumivý vliv na svalový tonus. Postižený trpí třesem prstů, rukou, rtů později hlavy a celého těla. Třes je zvýrazněn v emočním napětí a při činnostech. Ranní třes ustupuje po první dávce alkoholu a je jedním z příznaků alkoholové závislosti. Při abstinenci tremor vymizí ovšem dlouhodobý a těžký abúzus může vést k trvalému a nezvratnému třesu.<sup>84</sup>

**Alkoholická polyneuropatie**, jinými slovy zánět nervů postihuje 20% závislých jedinců. V akutní fázi onemocnění jsou v popředí bolesti a motorická slabost. **Alkoholová myopatie** je komplikací méně známou, byla popsána ve Švédsku. Jedná se o poškození svalů, které je vyprovokováno velkou dávkou koncentrovaného alkoholu. Onemocnění začíná bouřlivě, objeví se slabost a bolesti, především v dolních končetinách. Postižené svaly jsou oteklé a značně bolestivé na pohmat. V případě, že dotyčný nevyhledá odbornou pomoc, může stav vyústit ve svalovou nekrózu (odúmrť svalstva). **Alkoholická encefalopatie** je důsledkem působení alkoholu na mozkovou tkáň., přičemž nejznámější je encefalopatie Gyet – Wernickeho. Jedná se o poruchu okohybného nervu s poruchou vědomí a organickým psychosyndromem. Jde o krvácení do mozkového kmene, které je nejčastější formou cévních příhod u chronických etyliků.<sup>85</sup>

---

<sup>83</sup>HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996, 62 s.

<sup>84</sup>tamtéž

<sup>85</sup>DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 148 s.

**Alkoholická epilepsie** z pohledu nozologie (nauka o třídění nemocí) jako jednotka není zcela vyjasněna. Klinicky se jedná obvykle o jednorázové, nebo sporadicky se vyskytující paroxysmy typu grand mal. „Čistá“, jen alkoholem podmíněná epilepsie se vyskytuje asi u 10% takto postižených jedinců. Tato forma při abstinenci zcela mizí. U části z nich se záchvaty vyskytují výhradně po požití alkoholu byť by se jednalo o malé množství. Delirium tremens (psychická komplikace alkoholové závislosti, více v následující kapitole), je v 30% případů uvedeno právě epileptickým záchvatem.<sup>86</sup>

## **Psychické komplikace alkoholové závislosti**

Psychóza je duševní choroba s poruchami myšlení, chování i osobnosti. Alkoholické psychózy svým adjektivem vyjadřují souvislost s alkoholem. K alkoholickým psychozám jsou řazeny tyto choroby alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza, Korsakovova psychóza, alkoholová demence a delirium tremens.<sup>87</sup>

**Alkoholická halucinóza** je psychóza, pro kterou jsou typické sluchové halucinace provázené pocitem pronásledování. Obvykle začíná náhle, jen někdy předchází několik dní trvající stav úzkosti s nespavostí. Nemocný může halucinovat například pronásledující kroky, jindy hádající se hlasy, z nichž některé nemocného hájí, jiné ho obviňují. Jedince takto nemocného probouzejí děsivé stavy. Vzpomínám si na klienta, který v rámci mé noční služby uváděl, že vidí strašidelné postavy, které se k němu blíží, ohrožují ho kladivy a kosami. Na druhé straně uváděl, že vidí víly běžící v trávě a jdoucí mu napomoci. Nemocní své auditivní halucinace a iluze nepřijímají pasivně, snaží se je vysvětlit, samozřejmě bludnou interpretací. Právě pro intenzivní prožívání takovýchto halucinací je zde velké nebezpečí útoků vůči okolí. Přestane-li dotčený s pitím alkoholu, obvykle se stav během několika dnů upraví. Někdy však na tento stav může navázat delirium tremens. V případě, že stav trvá několik měsíců, je značně pravděpodobný přechod do alkoholové demence.<sup>88</sup>

---

<sup>86</sup>HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996, 65 s.

<sup>87</sup>*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize*. 1. vyd. Praha: Bomton, 2008, 192-194 s.

<sup>88</sup>ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996, 55 s.

**Alkoholická paranoidní psychóza** se též vyskytuje poměrně často, zvláště tam, kde jsou v osobnosti tendence ke vztahovačnosti, podezřivosti, které se abúzem alkoholu zvyrazňují. Nejprve je zde přítomná obecná vztahovačnost. Nemocný ve všem vidí narážky na svoji osobu, každou poznámku ve svém okolí bere na sebe. Poměrně často se dále vyvíjí žárlivecký blud, zaměřený vůči manželce, družce či přítelkyni. Zcela nelogicky a ze zcela nevýznamných jevů dochází k závěru, že je mu nevěrná. Stačí pozdrav suseda, aby dotyčný dospěl k závěru, že je susedovou milenkou. Postupně nelogičnost závěrů narůstá, začne například tvrdit, že jeho žena je milenkou každého muže v domě, ulici. O svých závěrech je nevyvratně přesvědčen, vyvolává hádky, nepříjemnosti a napadá tyto z jeho úhlu pohledu „milence“ své ženy. Postupně se jedinec dostává do takové situace, že je nezbytné izolovat ho v psychiatrické léčebně. Nelze však pominout tu skutečnost, že s dlouho trvajícím abúzem alkoholu ubývá potence, tím snáze dospívá nemocný jedinec k závěru, že není-li on schopen svoji partnerku uspokojit, hledá ona uspokojení jinde. Toto onemocnění je vždy dlouhodobé, velmi obtížně léčitelné a zvláště tehdy, trvá-li dále abúzus alkoholu.<sup>89</sup>

**Korsakovova psychóza** nastupuje obvykle plíživě v průběhu alkoholismu, někdy začíná akutní formou a to v návaznosti na proběhlé delirium tremens. Hlavním příznakem je hluboká porucha všípivosti paměti v důsledku dlouhodobého abúzu alkoholu. Poruchami paměti dochází ke ztrátě orientace především časové a místní. Tento defekt si jedinec nahrazuje konfabulací (smyšlenkou), kterou obvykle budí pozornost svého okolí. Smyšlený obsah myšlení je často zcela nehorázný, nelogický, mnohdy budí dojem úplné zmatenosti. Zmíněné onemocnění je obvykle děletrvajícím a často přechází v alkoholovou demenci.<sup>90</sup>

**Alkoholová demence.** Jedná se o úbytek intelektových schopností a narušení celé osobnosti v důsledku dlouhodobého abúzu alkoholu. Tento v podstatě výsledný stav je trvalého rázu, neléčitelný a vede obvykle k trvalé izolaci jedince v ústavní péči. O zmíněném onemocnění publikoval zajímavé výsledky jugoslávský psychiatr Hudolin, který zjistil, že k patrnému narušení mozku (výskyt mozkové atrofie) dochází mnohdy již po 5 – 10 letech abúzu alkoholu. U těchto „terminálních stavů“ dochází k úplnému

---

<sup>89</sup>HELLER, J., PECINOVSÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996, 68 s.

<sup>90</sup>tamtéž

rozpadu osobnosti, narušení sociability a výrazné degradaci (úpadku) osobnosti. V případě, že takto nemocní jedinci nejsou v ústavní péči, pak jsou obvykle bez sociálního zázemí, nepracují (nejsou schopni), neudržují čistotu, potulují se.<sup>91</sup>

**Delirium tremens** je akutní psychóza, vzniká u jedinců, jejichž organismus je poškozen dlouholetým požíváním alkoholu. Delirium tremens se rozvíjí při vynucené abstinenci, bezprostředním vyvolávajícím činitelem je oslabující faktor jako je například běžné horečnaté onemocnění, úrazy hlavy, infekční onemocnění, nebo déle trvající nadměrná námaha. K příznakům této choroby patří úzkostné stavy, nespavost, neklid, děsivé sny. Dále se objevuje třes, noční poty, nechutenství, nauzea, celkové vyčerpání organismu.<sup>92</sup>

Mezi veřejností je tato psychóza známá, běžně se o ni hovoří v souvislosti se zrakovými halucinacemi tzv. „vidění bílých myšek“. Je pravdou, že nejčastěji se právě u tohoto onemocnění vyskytují zrakové halucinace, které pacienta děsí. Vidí například houfně různá zvířata a je těmito vidinami zaplavován, cítí se například přímo zavalen množstvím hmyzu. Proto dochází k projevům úzkosti, strachu, nemocný v podstatě utíká před zdánlivým nebezpečím, někdy se aktivně brání – odhání hmyz, mlátí, kope, rozhazuje rukama kolem sebe.

Delirantní stav začíná obvykle večer, zcela náhle, častým úvodem je epileptický záchvat. Jen někdy tomuto stavu předchází několik dní či týdnů trvající úzkostný stav a poruchy spánku. V průběhu delirantního stavu je nápadný třes celého těla, jazyka a končetin. Vědomí kolísá, pacient není vesměs orientován časem ani místem. Celkově trvá delirantní stav týden, někdy končí zcela náhlým spánkem, nebo postupně za pomoci medikamentů ubývá potíží až do úplné úpravy stavu. U některých jedinců zůstává zachována částečná vzpomínka (ostrůvkovitá amnézie) na obsah deliria, někdy vzpomínka zcela chybí (úplná amnézie)<sup>93</sup>.

Dříve bylo považováno delirium tremens za stav život ohrožující, ještě před dvaceti roky umíralo při deliriu až 30 % nemocných. Dnes je úmrtnost podstatně nižší,

---

<sup>91</sup>HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996, 68 s.

<sup>92</sup>RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001, 184 s

<sup>93</sup>MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, 213 s.

pohybuje se mezi 1 - 10%.<sup>94</sup> To ovšem platí pro první prodělané delirium, s každým následným delirantním stavem se riziko úmrtnosti zvyšuje. Výše popsany stav vyžaduje vždy ústavní hospitalizaci a soustavný dohled (pro nebezpečí suicidia) a poté dle možností s návazností odvykací léčby.

## Sociální důsledky alkoholové závislosti

Závislost na alkoholu jako taková má trochu jiné sociální důsledky než závislost na jiných psychoaktivních látkách. Je tomu tak, především odlišným postojem společnosti k těmto problémům i rozdílnou charakteristikou. Jedním z důvodů je věk takto postižených lidí a s ním související jiné sociální role. Jedinci s diagnózou závislost na alkoholu jsou častěji lidé starší, kteří založili vlastní rodinu, mají (měli) partnera a děti, i nějakou profesi. V tomto případě trpí více „nová“ rodina. Na rozdíl od jedinců drogově závislých, což bývají převážně mladí lidé, jejich sociální zázemí tvoří původní rodina.

V české společnosti je tolerance k alkoholu poměrně velká, drobnější výkyvy nejsou považovány za závažné, a proto v podstatě nejsou ani sankcionovány. Alkohol má určitou sociální funkci, konzumuje se při nejrůznějších společenských příležitostech, kdy je žádoucí, aby se člověk uvolnil, odreagoval. Společnost ovšem zároveň očekává, že lidé vědí, kde leží hranice přijatelného chování. V případě, že jedinec vlivem alkoholu nerespektuje běžné normy, očekávání a vyvolává konflikty, není svým okolím akceptován.<sup>95</sup>

Užívání alkoholu je často příčinou selhání v profesní roli. Důvodem je zhoršení pracovní výkonnosti jedince a nedodržování základních požadavků. Často se postupně narušuje rituál pravidelné docházky do zaměstnání. Pod vlivem opilosti dochází k absenci v zaměstnání, fluktuaci a poté ke ztrátě zaměstnání. Jedinec, který je závislý na alkoholu vesměs již **nemá dostatek motivace a energie k hledání jiného zaměstnání**. Kromě toho bývá velmi často odmítnut. V rámci kontinuálního úpadku zůstává nezaměstnaným, ztrácí profesní roli.<sup>96</sup> Závislost na alkoholu je ekonomicky

<sup>94</sup>HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996, 68 s.

<sup>95</sup>VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, 571 s.

<sup>96</sup>FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 117 s.

zatěžující, proto rodina může ekonomicky strádat. Riziko materiální nouze se zvyšuje právě skutečností, že alkoholik ztratí práci, ale on není často ani schopen zajistit finančně své potřeby.

Závislost na alkoholu představuje především značnou zátěž pro rodinu alkoholika. **Člověk závislý na alkoholu devastuje rodinu materiálně, sociálně, ale i psychicky.** Dochází k závažnému narušení rodinných vztahů a ke změně rolí. Lze říci, že alkoholik se nechová tak, jak požaduje jeho role, neplní své povinnosti, je bezohledný, lže, nedodrží sliby. Postupně v rodině ztrácí své původní postavení a zároveň i úctu. Stává se nenáviděným, je považován za toho, kdo kazí, narušuje pohodu. To je důvodem proč o něj nikdo nestojí. Partnerské soužití nepříznivě ovlivňuje sexuální apetence alkoholiků. Manželský partner alkoholika může často trpět víc, než sám pacient v případě, že si nevytvořil cestu a žádný způsob úniku. K pocitu neřešitelnosti situace přispívá ambivalentní interpretace jednání alkoholika, která obsahuje odmítání jeho pití, zároveň omlouvání jeho nepřijatelného a netolerovaného chování v opilosti. Například: „Kdyby nebyl Jarda opilý, nikdy by to neudělal.“ **Pod vlivem dlouhodobého stresu dochází ke změně osobnosti i u manželského partnera.** V krajním případě se partner může stát pasivní obětí dané situace, kterou není schopen řešit.<sup>97</sup>

Alkoholik v rodičovské roli není schopen uspokojivě plnit rodičovskou roli a může nepříznivě ovlivňovat zdravotní stav svého dítěte. V rodinách alkoholiků můžou děti strádat nedostatečnou výživou, mohou být zanedbány v oblasti hygieny. Již samotný alkohol v těhotenství často působí jako teratogen (chemický, nebo fyzikální faktor prostředí vyvolávající vznik vrozených vad). Dítě matky závislé na alkoholu a během těhotenství nadužívající alkohol může trpět **fetálním alkoholovým syndromem** celkově poškozujícím vývoj plodu. Příčinou poškození plodu je toxické působení alkoholu na nervové tkáně zárodku. Mezi zásadní příznaky patří: horší tělesné prospívání, rysy obličeje, které vypadají jako nehotové, nižší inteligence, různé poruchy učení a chování.<sup>98</sup>

---

<sup>97</sup>VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, 572 s.

<sup>98</sup>tamtéž



Rodič alkoholik může nepříznivě ovlivňovat psychický vývoj svého dítěte a především pak jeho aktuální psychický stav. Je známo zvýšené riziko, že děti v rodinách alkoholiků budou trpět nějakou formou deprivace. A to především proto, že rodina za těchto okolností není zdrojem jistoty a bezpečí. Problémy, které dítě v takové rodině má, jsou pro něj často osobně závažnější než například potřeba uspět ve škole. Zmíněné je pak důvodem, proč **děti z rodin alkoholiků nedovedou plně využít své intelligence** a jejich prospěch bývá horší, než by odpovídalo jejich schopnostem. Rodič, který je závislý na alkoholu a nadměrně konzumuje alkohol, není pro dítě přijatelným vzorem a modelem a v případě, že s ním dítě identifikuje, může být jeho chování značně problematické. Mnohdy je tomu i naopak, dítě rodiče přestává respektovat, protože ho jeho chování děsí (agresivitou), nebo vyvolává odpor (rodič alkoholik, který se znečišťuje). V případě rozpadu rodiny je závislý člověk z rodinných vazeb vyloučen a zůstává sám. Obvykle za takovéto situace ještě víc pije a dále celkově chátrá.<sup>99</sup>

Problémy dětí alkoholiků mohou přetrvávat i v jejich dospělosti. Zkušenost z dětství může ovlivnit jejich vzat jednak k sobě, ale i k okolnímu světu. Tito děti mívají problémy s navazováním a vytvářením hlubších vztahů. Mnohdy je v tomto směru blokuje nízké sebehodnocení a přesvědčení, že je nikdo nemůže a nebude respektovat a akceptovat takové, jaké jsou. Mají pocit, že přízeň jiné osoby si musí nějakým způsobem, něčím zasloužit. K již takto problémovým vztahům nepřispívá ani zafixovaná tendence vysvětlovat si všechny potíže jako důsledek vlastní neschopnosti, vlastního selhání. Přinejmenším ztěžuje i naučené neprojevení svých pocitů a omezení spontánnosti. I jejich samotný postoj k alkoholu bývá častěji vyhraněný, buď sami začnou pít, nebo k němu mají značný odpor. Mohou se identifikovat s rodičem alkoholikem, stát se stejně neodpovědnými. Jindy mohou přijmout komplementární roli zvýšeně odpovědného a loajálního partnera, který se nechá využívat a nedovede se proti tomu bránit. Přijetí této role souvisí právě s nižším sebehodnocením, s potřebou udržet si něco, co je jisté, i když to není zcela uspokojivé.<sup>100</sup>

---

<sup>99</sup>VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, 572 s.

<sup>100</sup>VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, 573 s.

Obecně lze říci, že alkohol odstraňuje zábrany a narušuje schopnost sebeovládání. U závislého jedince je narušená schopnost adekvátně reagovat na podněty vnějšího prostředí. Proto se pod jeho vlivem zvyšuje riziko nehod, úrazů, ale i materiálních škod. Intoxikace alkoholem je příčinou i mnoha násilných trestných činů, je tomu tak, protože alkohol snižuje schopnost sebekontroly a posiluje sklon reagovat agresivně. Neléčený alkoholik vesměs končí jako bezdomovec v podstatě neschopný se o sebe přijatelným způsobem postarat. Ztrácí soběstačnost, zdrojem obživy se stává „somrování“ a žebrání. Zachránit sociální status, eventuálně rodinu lze jen tehdy, když je alkoholik ochoten se léčit.<sup>101</sup>

## 2.8 Dílčí závěr

Dle mezinárodní klasifikace nemocí je závislost na alkoholu duševní nemoc. Podobně jako je tomu například u schizofrenie, nebo jiných duševních nemocí. Většina psychiatrů a psychologů se dnes shoduje na tom, že závislým je člověk proto, že: se závislým rodí (dědičnost) a závislým stává (výchova, vliv rodiny). Může se jednat o kombinaci obojího. Závislým je tedy člověk jednak v důsledku dědičnosti, jednak v důsledku výchovy.

Závislým se člověk rodí. Jde zřejmě o vrozenou poruchu nějaké tělesné a psychické funkce. Proto, je zřejmě v pořádku, hovořit o jedincích závislých, jako o lidech s postižením. Není ale známo, jak moc se člověk závislým rodí. Nelze říci, jak významnou roli dědičnost hraje. Je však jisté, že není pravdivý zastaralý názor, že člověk je závislý jen proto, že mu v podstatě chybí dostatek silné vůle.

Závislým se člověk stává během svého života. Výchova, prostředí jej ovlivní, že se stane závislým. Výchova závislého člověka se liší od výchovy člověka zdravého. Lze říci, že v podstatě každé dítě je zpočátku silně závislé na rodičích. Je totiž na jejich lásce, pomoci přirozeně závislé. Postupně, jak dítě stárne, stává se nezávislejším a nezávislejším. Výchova později závislého jedince, probíhá zřejmě „jinak“. Již

---

<sup>101</sup>tamtéž

od raného věku se dítěti nedostává lásky a péče, které by mu přirozeně náležely. Rodiny závislých bývají často neúplné, nebo na zmíněný zdravě závislý vztah se svým dítětem zřejmě „nestačí“. Takové dítě pak není vychováváno k nezávislosti a samostatnosti, nemá důvěru k sobě samému a nezávislosti se zřejmě bojí.

To však zřejmě neplatí u všech lidí. Ne každý závislý asi vyrůstal v problematické a disfunkční rodině. A jistě ne všechny děti z nefunkčních rodin musí být závislé. Reakce některých jedinců, jejichž jeden z rodičů je například alkoholik, může být taková, že je jim alkohol odporný. Je ale zřejmé, že u dětí alkoholiků více než u ostatních hrozí, že se stanou také alkoholiky. Díky dědičnosti, ale také díky tomu, že děti napodobují způsob chování svých rodičů.

Důvěra závislého v okolní svět a v sama sebe je porušena. Závislý člověk v podstatě žije ve světě, kterému již předem nedůvěřuje. Ocítá se mezi ostatními, kterým již dopředu nevěří, má totiž se vztahy negativní zkušenost. Člověk závislý na alkoholu se zřejmě mnohem hůře vypořádá s problémy, které v průběhu života běžně potkávají každého z nás. Neřešené problémy se hromadí, člověk závislý si je kompenzuje, usnadňuje pitím alkoholu.

Lze říci, že v počátcích alkohol slouží jedinci jako jakási „pomocná ruka“, která pomáhá překonávat překážky života. Časem však člověk již bez alkoholu nedokáže „přežít“. Vzniká začarovaný kruh. Závislý pije, aby ho „neboleli“ všechny obtíže, které si pitím způsobil. Problémy neřeší, ty se však hromadí a on, o to víc pije. Nevidí v podstatě jinou možnost, než se napít, aby na problémy zapomněl. Život bez alkoholu již pro něj není možný. Dá se říci, že je v podstatě se svými silami v koncích a jediným zdrojem sil mu zůstal alkohol. Takto nemocný člověk potřebuje pomoc, na svou nemoc svými silami již prostě nestačí. Potřebuje protialkoholní léčbu.

### 3. Léčba alkoholové závislosti

Protialkoholní léčba je v České republice spjata se jménem prof. Jaroslava Skály. Po druhé světové válce se v rámci tehdejšího Československa začala budovat síť protialkoholních zařízení, poraden, záchytných stanic. První specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu vzniklo v září v roce 1948 na půdě Apolináře jako součást psychiatrické kliniky. Po vzoru tohoto samostatného protialkoholního oddělení vznikaly další na psychiatrické klinice v Olomouci. Dále pak v rámci psychiatrických léčeben ve Štemberku, Dobřenech, Bohnicích, Havlíčkově Brodě, Opavě, Brně, Beřkovicích, Jihlavě, Kroměříži. Ne všechna zařízení vydržela ve své činnosti a s takovým nadšením jaké měla při svém vzniku. Podstatným důvodem byla především naprostá nejednotnost v metodice léčby a nedostatek odborně vzdělaného personálu. Poté usnadnily protialkoholní léčbu dvě léčebné metody, na kterých se tehdejší odborníci „relativně“ shodovali. Léčba emetinem, respektive apomorfinem na vyvolání odporu-averze vůči alkoholickým nápojům. Druhým přístupem byla léčba dusulfiramem (Antabusem) a jeho zásah při odbourávání etylalkoholu v játrech. Dle prof. Skály, který hovoří o tom, že v rámci takto nastavené léčby si sestřičky a ostatní ošetřovatelský personál užil „své“, ale na hlavní metodu léčby se jaksí pozapomnělo.<sup>102</sup>

„Skálovský“ přístup k léčbě alkoholové závislosti zdůrazňoval především jako **hlavní léčebnou metodu psychoterapii** a trvalou abstinenci jako základní předpoklad léčby. Jeho přístupy byly aplikovány především v rámci ústavního léčení, protože je zaručena abstinence během léčby. Klient je v podstatě v „chráněném prostředí“ ústavního zařízení na rozdíl od protialkoholní poradny.<sup>103</sup>

V současné době je psychoterapie nejvýznamnější metodou léčby závislosti. Výraz psychoterapie pochází z řečtiny a je složen ze dvou slov „psýché“ a „therapón“. „Psýché“ původně znamenala duši ve významu životní síly mající zdroj v sobě samé, u člověka vyjadřuje i vztah k životu vůbec. „Therapón“ byl služebník, opatrovník bohů. Slovo jako takové znamená sloužit, pečovat o někoho v přeneseném významu pak léčit.

---

<sup>102</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti* 2. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 91 s.

<sup>103</sup>tamtéž

Psychoterapie jako obor má nejbliže k lékařským a psychologickým vědám.<sup>104</sup> Psychoterapie je především léčbou, ale i profylaxí a rehabilitací poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie v podstatě představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život,<sup>105</sup> chování člověka, jeho meziosobní vztahy tím způsobem, že usnadňuje navození žádoucích změn, či tyto změny přímo vyvolává. A tak podporuje uzdravení a snaží se znesnadnit vznik a rozvoj určité poruchy zdraví.

Vlastní psychoterapie probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená intervence a to mezi terapeutem a pacientem. Obecné účinné faktory psychoterapie lze dělit na čtyři následující:<sup>106</sup>

1. **Terapeut a pacient mají společný pohled na příčinu choroby.**
2. **Terapeut je v očích klienta autoritou mající vyšší moc, očekává od něho pomoc a věří, že mu skutečně pomůže.**
3. **Léčba se uskutečňuje zřetelným postupem a technikou.**
4. **První efekt léčby se dostavuje záhy, pacient vidí, že léčba skutečně „zabrala“.**

Předmětem psychoterapie je lidské zdraví a jeho poruchy, prevence, léčba a rehabilitace těchto poruch z hlediska jejich ovlivňování vztahovou a komunikační cestou. Využívá poznatků zejména z psychologie a přístupů psychosomatické medicíny. Psychoterapeutický pohled na zdraví a jeho poruchy má výhodu v tom, že se opírá o psychologické vědění (psychologie osobnosti, vývojová psychologie) a psychodynamické postupy (umožňují zjišťování psychických vlastností, struktur, procesů).<sup>107</sup>

---

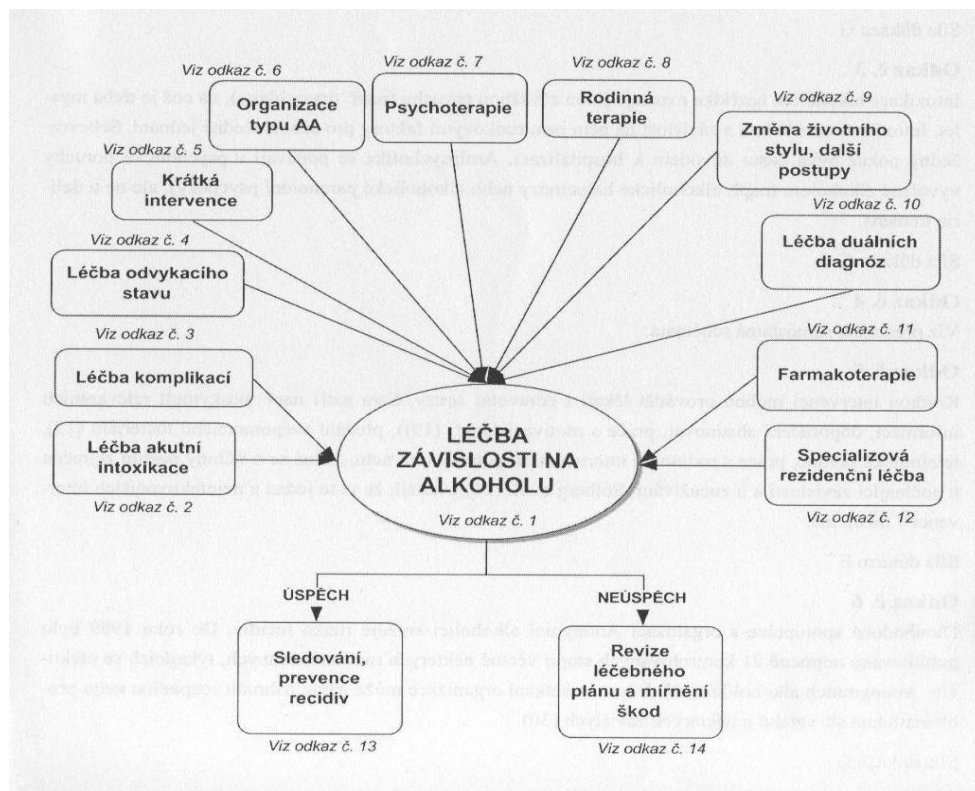
<sup>104</sup>viz. příloha č. 1

<sup>105</sup>SATIR, V. *Společná terapie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 96 s.

<sup>106</sup>VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004, 21 s.

<sup>107</sup>tamtéž

Obecně lze léčbu alkoholové závislosti demonstrovat na následujících čtrnácti odkazech uvedených na obrázku č. 1.<sup>108</sup>



Obrázek č. 1

Odkaz č. 1. Používá se princip optimální intervence dle individuálních potřeb. Je vhodné používat princip stupňové péče (nabídka efektivní a nejméně zatěžující intervencí). Zvýší se pravděpodobnost, klient nabízenou intervencí akceptuje.

Odkaz č. 2. Riziko intoxikace roste v případě kombinace alkoholu s jinou drogou (sedativa, marihuana, pervitin). Antidotum při intoxikaci alkoholem neexistuje. Léčba je v podstatě symptomatická a hlavní prioritou je zajištění vitálních funkcí. Podstatné je též mírnit projevy agresivního chování a zajistit bezpečnost jak pacienta, tak jeho okolí.

<sup>108</sup>RABOUC, J. a kol. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III*. 2. vyd. Brno: Tribun EU, 2010, 59 s.

Odkaz č. 3. Intoxikace alkoholem nezřídka maskuje jinou závažnou poruchu například úraz hlavy. Intoxikace alkoholem a samotná závislost na něm jsou značně rizikovým faktorem pro sebevražedné jednání. Sebevražedný pokus bývá pak často důvodem k hospitalizaci. Psychotické poruchy, o kterých bylo pojednáno v kapitole psychické komplikace alkoholové závislosti se léčí především antipsychotiky, kromě deliria tremens.

Odkaz č. 4. Léčba odvykacího stavu, nebo odvykacího stavu s deliriem je zaměřena na léčbu somatických komplikací. Nutné je doplňovat minerály, tekutiny, vitamíny mírnit neklid a předcházet epileptickým záchvatům cestou farmakologickou (benzodiazepiny, clomethiazol). Nezbytná je kvalitní ošetrovatelská péče a dohled.

Odkaz č. 5. Krátkou intervenci poskytuje lékař či zdravotní sestra. Patří sem například poskytnutí relevantních informací, doporučení abstinovat, práce s motivací. Jedná se zejména o účinný postup u počínající závislosti.

Odkaz č. 6. Dlouhodobá spolupráce s organizacemi typu anonymních alkoholiků snižuje riziko recidiv. Pravidelná účast na setkání organizace může navíc nahradit rozpadlou, nebo nefunkční síť vztahů u některých závislých na alkoholu.

Odkaz č. 7. Používá se práce s motivací, kognitivně behaviorální terapie, prevence relapsu. Psychoterapie interpersonální a dynamická.

Odkaz č. 8. Většinou se používá jako doplněk některých forem terapií. Kalina v této souvislosti hovoří o tzv. „malých rodinných intervencích“. V jejich rámci lze například využít vliv rodiny k posílení motivace, napomáhat ozdravení životního stylu rodiny a k zlepšování spolupráce při léčbě.

Odkaz č. 9. Používají relaxační a meditační techniky, které zlepšují sebeuvědomování, dále pak nejrůznější formy tělesné aktivity (běh, chůze, rehabilitační cvičení. Doklady o jejich efektivitě při léčbě závislostí nemají zřejmě přímý vliv. Lze ovšem říci, že tělesná aktivita a relaxační techniky mírní úzkost, depresi, stres.<sup>109</sup>

Odkaz č. 10. U osob závislých na alkoholu se lze poměrně často setkat s duálními diagnózami. Kdy závislosti je přidružená jiná, druhá diagnóza vesměs se jedná

---

<sup>109</sup>RABOUC, J. a kol. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III*. 2. vyd. Brno: Tribun EU, 2010, 60 s.

o poruchy osobnosti, depresivní a úzkostné, porucha a poruchy příjmu potravy. Za ideální se jeví integrovaná, či souběžná léčba. Pokud není možná, je třeba léčit přednostně závislost na alkoholu. Přechodné vymizení příznaků nemoci (remise) alkoholové závislosti bývá často podmínkou efektivní léčby jiné poruchy.

Odkaz č. 11. Podávání disulfiramu (Antabusu<sup>110</sup> - preparát, který po požití alkoholu vyvolá somatické potíže) z rukou zdravotníka je považováno za „účinnější“, než z rukou rodinných příslušníků. Farmakoterapie se užívá i v rámci mírnění bažení a to především u pacientů, kteří vyhledávají alkohol pro euforizující efekt.

Odkaz č. 12. Používají se v podstatě stejné, nebo podobné postupy, jaké jsou uvedeny výše, ale v kombinaci a ve větší intenzitě (několik hodin denně v rámci ústavní hospitalizace, oproti například ambulantní léčbě). Ústavní protialkoholní léčba, je indikována tak, kde ambulantní léčba nepostačuje.(jedinec opakovaně selhává, porušuje abstinenci). Samozřejmě pak v případech nebezpečnosti sobě nebo okolí v důsledku duševní poruchy a psychotických stavů vyvolané nadužíváním alkoholu.

Odkaz č. 13. Někdy po první léčbě jindy po opakovaných léčbách nebo při kombinaci více postupů nastane zlepšení (doba abstinování). Jako vhodné se jeví kombinace profesionální léčby a anonymních alkoholiků. Intenzita léčby by měla být vyšší v prvním roce abstinence, zejména na počátku, při přechodu z ústavní léčby, po recidivě. Zejména při léčbě závislosti na alkoholu jsou velmi užitečné techniky prevence recidivy.

Odkaz č. 14. Pomáhající profesionál či terapeutický tým by se měl snažit přizpůsobit motivačnímu stádiu pacienta. Například pokud se pacient nachází ve stádiu prekontemplace (v podstatě „nestojí o změnu“) je vhodné empatickou formou otázek upozorňovat na možná rizika. Lze také do jisté míry mírnit škody, které závislost přináší postiženému, rodině i když závislý terapii odmítá. V takovém případě pak hovoříme o unilaterální terapii). Ve chvíli kdy se jedinec závislý na alkoholu „propracuje“ k alkoholové demenci je často nutné omezení, nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům a v podstatě doživotní pobyt v chráněném prostředí.<sup>111</sup>

---

<sup>110</sup>viz. příloha č. 2

<sup>111</sup>RABOUCHE, J. a kol. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III*. 2. vyd. Brno: Tribun EU, 2010, 60 s.



### 3.1 Psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti

Psychoterapie závislostí má specifické rysy a klíčové prvky, obvykle zdůrazňující strukturu a její zvnitřnění, sociální učení prostřednictvím nápodoby a konfrontace, sebepoznávání a osobnostní růst. Sborník PF UK (1995) tyto klíčové prvky charakterizuje jako:

1. Změny nebo modifikace takového chování, které není slučitelné s abstinencí.
2. Učení se pozitivním sociálním hodnotám a dovednostem, které jsou podporou v práci a rodinném životě.
3. Podněcování a podporování činností, které napomáhají průběžnému poznávání sebe sama, osobnímu růstu a rozvoji mezilidských vztahů.
4. Podporování aktivního zvědavého postoje prostřednictvím modelování rolí a příležitostí k učení.<sup>112</sup>

Podle Magdaleny Frouzové existují v léčbě závislosti čtyři vůdčí teoretické a praktické přístupy a to:

1. Spirituální přístup anonymních alkoholiků.
2. Psychodynamický přístup.
3. Přístup rodinné terapie.
4. Přístup behaviorální.

Tyto přístupy se navzájem liší pojetím poruchy ve vztahu k droze a k abstinenci, a tudíž i druhem léčby. Vznikaly v úzké souvislosti s praxí.<sup>113</sup>

Autoři Prochaska a Norcross popisují společné jádro psychoterapeutických přístupů v léčbě závislostí do následujících faktorů: Pozitivní očekávání. Terapeutický vztah. Hawthornský efekt (spočívá ve zjištěné skutečnosti, že změnám může u pacienta docházet již v důsledku toho, že mu terapeut věnuje pozornost, tedy v podstatě,

---

<sup>112</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 26 s.

<sup>113</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 126 s.

že si ho „někdo všímá“). Emoční uvolnění, objasnění a interpretace. Desenzibilizace, rituály, konfrontace s problémem a nácvik sociálních dovedností.<sup>114</sup>

Něšpor a Csémy uvádějí jako hlavní psychoterapeutické postupy v léčbě závislostí tyto metody:

1. Posilování motivace.
2. Skupinovou terapii.
3. Psychodrama a nácvik zvládnání obtížných situací.
4. Kognitivně- behaviorální postupy.
5. Intrapersonální a interpersonální dovedností.
6. Muzikoterapii.
7. Arteterapii.
8. Poetoterapii.
9. Gestalt terapii.
10. Strategickou terapii.<sup>115</sup>

**V léčbě závislosti na alkoholu se různé techniky a postupy uplatňují v různých stadiích léčby,** proto v následujícím textu nastíním psychoterapeutické přístupy hlavní, v léčbě nejčastěji aplikované. V zásadě se rozeznávají dvě různá zaměření terapeutické práce. První je **psychoterapie zaměřená na symptom**, jejímž hlavním cílem je ovlivňování symptomů. Druhým přístupem je **psychoterapie zaměřená na osobní růst**. Ta ovšem vychází z předpokladu, že symptom je pouze projevem určité nerovnováhy osobnosti a proto je třeba se zaměřit na osobnost a pracovat na jejím růstu. Předpokládá se, že v rámci procesu růstu dojde zároveň k řešení symptomatiky.<sup>116</sup>

---

<sup>114</sup>PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 19-26 s.

<sup>115</sup>NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996, 75 – 91 s.

<sup>116</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 36 s.

## Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie je zaměřena na práci s jednotlivcem, probíhá tedy ve dvou (klient a terapeut) a jejím hlavním prostředkem je rozhovor. Individuální terapie se vesměs odehrává v rámci série sezení, nebo v hospitalizaci na žádost klienta. Různé terapeutické směry a terapeuti pak definují jako optimální různou délku sezení. Většina z nich, se shoduje a za optimální považuje rozmezí od 50 – 90 minut. V praxi je rozšířeným modelem 1 – 2 sezení za týden. Dle celkového počtu sezení pak Vymětal<sup>117</sup> například rozlišuje krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou individuální psychoterapii. Stále se však vedou polemiky nad tím, v jakém stavu k efektivitě práce je celková délka a počet sezení. Na tuto otázku však není možné uspokojivě odpovědět. Hlavním důvodem jsou odlišné cíle a předpokládané změny.

Individuální psychoterapie představuje jeden z možných přístupů v léčbě závislosti. V případě ústavní lůžkové léčby vyžaduje jasně ohraničený rámec práce, který je včleněn do kontextu dalších probíhajících léčebných programů. V rámci ústavní léčby alkoholové závislosti je tento typ psychoterapie velmi náročný především pro týmovou práci. Klient, který je ve standardním, komunitním programu a současně v individuální psychoterapii, se ocitá ve vztahu k ostatním spolupacientům ve zvláštní pozici. Má „něco“ navíc jen sám pro sebe. To může někdy působit problémy mezi klienty navzájem.

Zjednodušeně lze říci, že individuální psychoterapie je pro tuto diagnostickou skupinu indikována ve dvou případech. Ve formě **podpůrné psychoterapie**, která je zaměřená na bezprostřední zvládnání zátěže. Cílem je adekvátně pacientovi pomoci zvládnout vysoce zatěžující situaci. Druhou formou je **motivační psychoterapie**, jejímž cílem je vhodně motivovat klienta pro další léčbu či pokrok v léčbě.<sup>118</sup>

## Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky ve skupině osob, které využívá skupinovou dynamiku. Ta je souhrnem dění ve skupině a skupinových interakcí, které se vytvářejí interpersonálními vztahy a interakcemi členů skupiny. Skupina dle velikosti pracuje s jedním či více terapeutů současně.

---

<sup>117</sup>VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: J. Kocourek, 1997, 51-52 s.

<sup>118</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 37 s.

Kratochvíl rozlišuje deset základních účinných faktorů skupinové psychoterapie. Vedle samostatného členství ve skupině je to emoční podpora, moment pomoci druhým, sebeexplorace (hledání nových informací o sobě samém) a sebeprojevování, odreagovávání, zpětná vazba a konfrontace, náhled, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností.<sup>119</sup> Při léčbě alkoholové závislosti je skupinová psychoterapie poměrně hojně využívanou metodou práce. Způsob jakým skupiny pracují se liší, dle zaměření terapeuta, nebo dle cílů, které si skupina stanovila. Využívají se kognitivně-behaviorální techniky, dynamický způsob práce, systematické přístupy a další.<sup>120</sup>

I přesto, že se v **léčbě alkoholové závislosti využívá různých postupů podle okolností, cílů a teoretické orientace jednotlivých pracovišť**, lze popsat některé společné rysy skupinové terapie u závislých. Nešpor a Csémy uvádějí, že jimi jsou:<sup>121</sup>

1. Často bývá větší strukturovanost skupin. Terapeut musí být vesměs aktivnější, přinášet podněty a práci skupiny často podněcovat. Například když se terapeut ptá jednotlivých členů na jejich názor, volí určitá témata a přináší náměty. Někdy terapeut pracuje po určitou dobu individuálně ve skupině s jejími jednotlivými členy. Teprve ve chvíli, když skupina začne dobře pracovat, se terapeut stahuje do pozadí.
2. Skupina by měla být bezpečným místem, kde je možné se svěřit, aniž by člověk riskoval posměch, narážky, nepochopení.
3. Konfrontace, pokud je nutná, by měla být vyvážená emoční podporou a empatií.
4. Terapeut by měl podporovat kohezi a vzájemnou emoční podporu ve skupině. Neměl by však posilovat identifikaci členů skupiny s alkoholovou subkulturou, ale naopak jim usnadňovat cestu k jiným lidem.

---

<sup>119</sup>KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2002, 245-249 s.

<sup>120</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 37 s.

<sup>121</sup>NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996, 77 s.

5. Často bývá užitečný humor, pozitivní zpětná vazba, posilování sebevědomí a změna vztahového rámce. Například recidivu lze „přeznačkovat“ jako tvrdou. Ve svých důsledcích však jako cennou životní zkušenost.
6. Terapeut by se zřejmě neměl příliš obávat, že ze strany pacienta vůči němu vznikne příliš velká a silná citová vazba. Takovýto vztah není dobré předčasně ukončovat. Daleko vhodnější je vztah převést na vyšší rovinu, například z déle abstijnujících pacientu se časem stávají velmi cenní a prospěšní laičtí terapeuté.
7. Psychoterapie závislostí je velmi náročná a značně psychicky vyčerpávající. Terapeut by měl mít možnost a prostor své případné problémy v práci s někým zkušeným konzultovat.<sup>122</sup>

## **Behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie**

Pod pojem behaviorální terapie lze řadit široké spektrum psychoterapeutických postupů (metody sebekontroly, konfrontace s podnětem)<sup>123</sup> zaměřených na změnu chování pacienta. Všechny tyto přístupy vycházejí z předpokladu, že naše chování je naučené v procesu interakce s prostředím. Předpokládá, že konzumace alkoholu, nebo aplikace drog je v těsném vztahu s problémy každodenního života. V psychoterapeutickém procesu, se tedy v podstatě jedná o odhalování těchto naučených vzorů chování. Dále pak hledání mechanismů jakým jsou tyto naučené vzorce udržovány, aby následně bylo možné nalézt možnosti a způsoby jak je změnit, zmírnit, odstranit.

Obecně lze říci, že cílem těchto postupů je změna konkrétního chování, které brání nezávislému fungování člověka. Cílem intervencí vesměs je:<sup>124</sup> Konkrétní cíle léčby stanovuje terapeut spolu s pacientem.

1. Zmírnění intenzity, frekvence, nebo trvání takového chování, které působí klientovi problémy nebo jiným lidem.

---

<sup>122</sup>NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996, 78 s.

<sup>123</sup>SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 74s.

<sup>124</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 39 s.

2. Vytvoření nových dovedností (sociálních) pacienta.
3. Zvýšení intenzity, frekvence anebo trvání chování, které sice v repertoáru klienta je, ale tím, že není dostatečně a správně využíváno, působí problémy.

K základním metodám behaviorální terapie patří například operační podmiňování.<sup>125</sup> Je účinné tam, kde je problémové chování časté, intenzivní a ještě se objevuje v nevhodnou dobu. Využívá se metody zpevňování žádoucího a nezpevňování nežádoucího chování. Například averzivní terapie (antabus-alkoholová reakce) - budící odpor, nechutný, bolestivý zážitek, směřující k vyhnutí se nepříjemným podnětům v budoucnosti. Další metodou je například expoziční terapie, kdy je pacient postupně vystavován situacím, které jsou pro něj obtížné (odmítání alkoholu, nejprve v představách, později v přímé expozici „živě“).

K obohacení přístupu, pak přispělo spojení behaviorální terapie s kognitivní terapií. Kognitivně behaviorální terapie tak v sobě integruje ovlivňování myšlení s ovlivňováním chování. Kognitivní metody modifikují vnímání, pozornost, paměť a hodnocení a v léčbě alkoholové závislosti přicházejí v úvahu u těch komplikací, které tyto funkce narušují. Jedná se především o alkoholovou demenci<sup>126</sup> a Korsakovovu psychózu kdy cílovou proměnnou je paměť a koncentrace.

## Terapeutický vztah

Jedním z účinných faktorů psychoterapeutického působení je psychoterapeutický vztah, který se vytváří mezi pacientem a terapeutem. Jedná se o vztah zvláštní, který se od běžných mezilidských vztahů liší. V podstatě vzniká za stavu nouze a tím je specifický. Vychází ze setkání dvou lidí, z nichž jeden pomoc nabízí a druhý ji vyhledává. Očekává se vstřícnost na obou stranách. U terapeuta ve smyslu nabídky být pozorný a od klienta se očekává ochota ke změně prostřednictvím práce na sobě.<sup>127</sup>

---

<sup>125</sup>PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M. a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 864 s.

<sup>126</sup>SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 74s.

<sup>127</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 30 s

Carl Rogers popsal čtyři základní podmínky terapeutického vztahu: Terapeut by měl být v jednání s klientem kongruentní (ve vzájemném souladu), terapeut by měl být autentický, měl by klienta přijímat a oceňovat, terapeut musí být empatický.

Na psychoterapeutický vztah lze také nahlížet z hlediska jeho tří složek: Reálném vztahu dvou lidí, pracovní spojení a přenosu.<sup>128</sup> Přenosové jevy u závislých klientů bývají časté a silné a nebývají však snadno srozumitelné.

Vedle přenosu jako takového se u závislých pacientů popisují zvláštní formy přenosu, které nepochází z jejich minulosti, ale pocházejí z aktuálního psychického uspořádání, vnitřních konfliktů a obranných mechanismů. Jedním z nich je pseudozávislý, funkcionální vztah. Klient nepotřebuje terapeuta, ale specifické funkce, které má terapeut vykonávat pro něj či za něj. V případě, že ho terapeut frustruje, má na něj zlost. Jinou formou je pak například externalizace, kdy se klient před uvědomováním si vlastních rozporů a to tím, že jednu jejich část připisuje terapeutovi. Projevy funkcionálního vztahu a externalizace mají často vnější podobu interpersonálního konfliktu mezi klientem a terapeutem, jejich zdroj je však ve vnitřních konfliktech klienta. Ve chvíli když chce terapeut usnadnit pacientům přesun do terapeutického vztahu, musí se s ním napřed shodnout na jeho skutečných aktuálních prožitcích a teprve potom je může spojovat s hypotetickými minulými zkušenostmi.

Protipřenos v psychoterapii se závislým klientem může být odvozen ze zvláštního charakteru jejich přenosů. Terapeut například může cítit uspokojení z toho, že ho pacient potřebuje a připisuje mu velkou moc. Jindy se může jednat spíše o negativní reakce, kdy terapeut má pocit, že ho klient "vysává", manipuluje s ním.<sup>129</sup>

Při práci s klientem trpícím alkoholovou závislostí, bývá ve vztahu k němu obsaženo více složek. Kromě empatie a pozitivního náboje či naladění i prvky výchovy, prvky poradenství, řízení a vedení klienta. Hodně pozornosti se věnuje faktorům motivujícím závislého klienta k léčbě a během ní.<sup>130</sup> Stále častěji se zdůrazňuje nutnost

---

<sup>128</sup>MIKOTA, V. *O ovlivňování duševních chorob*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1995, 40 s.

<sup>129</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 31 s.

<sup>130</sup>PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M. a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 869 s.

empatie v rámci terapeutického vztahu. Ukazuje se, že větší úspěch zaznamenávají terapeuti, které lze označit za empatické. Být druhým přijímán bez výhrad a následně být sám sebou, je v podstatě základní lidská potřeba. Tu může právě po dobu hospitalizace klienta v léčbě naplňovat právě terapeutický vztah. V podstatě umožní pacientovi zažít novou zkušenost, která se může stát hybnou silou změny. Akceptace klienta a empatické porozumění světu závislého a nepředstíraný zájem, to jsou charakteristiky, které se lze asi těžko naučit, ale které závislý klient vnímá, cítí a reaguje na ně. Jde o proces na emoční úrovni, který se nedá předstírat. Například příliš velká direktivita klienta zneschopňuje a udržuje v závislosti. Proto dosahování dynamické rovnováhy vztahu je s takto disponovanými klienty velmi obtížným procesem stálého pojmenovávání jeho hranic.<sup>131</sup>

## 3.2 Rodinná terapie a práce s rodinou

Terapie rodinných systémů zaznamenala značný rozkvět v 70. a 80. létech minulého století. V rodině byly sledovány dvě hlavní síly: morfostatická síla, jejímž úkolem je „homeostáza“, tedy informační zpětnovazební regulace a morfogenetická síla. Ta je spojena s růstem, změnou, vývojem a tendencí organizovat. Jejich jednotlivé směry jsou východiskem pro rodinnou terapii závislostí a lze je zaznamenat do následujících pěti oblastí.<sup>132</sup>

1. **Strukturální rodinná terapie** se zaměřuje na téma struktur, hranic a hierarchie v rodině, které byly v závislostních rodinách nejasné jak mezi jednotlivými členy rodiny, tak mezi subsystémem rodičů a dětí. Rodinný terapeut se snaží udělat v rodinné struktuře jasno a „pořádek“, dosadit zpět na předpokládané pozice rodiče a dětí vyžadovat a udržovat od nich adekvátní chování.
2. **Vícegenerační a kontextuální terapie** zaměřila pozornost na vazby přesahující generace. Bowenova studie rodokmenu upozornila

---

<sup>131</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 165 s.

<sup>132</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 189 s.



na to, že v rodech existuje předávání symptomu závislosti a že dokonce v rodě je jakési předávání závislostního vzorce chování v podstatě bez ohledu na druh drogy. Například děda prohrál mlýn v kartách, syn je alkoholik a vnuk je workoholik. Tento vícegenerační model zdůrazňuje diferenciaci „já“ ve smyslu schopnosti oddělení se od své vlastní rodiny a přitom na ní zůstat adekvátně emocionálně napojen. Úsilí vynaložené na přijetí své samostatnosti s přiměřeným ovládním emocí může být pomocí rodinné terapie završeno úspěchem, který je pak předáván jako dovednost dalších generacím.

3. **Zážitkově orientovaná a komunikační rodinná terapie** se spojuje především s osobností a dílem. Satirová (je považována za „matku“ rodinné terapie u nás) poukázala na to, že sebehodnocení osoby je nepostradatelné pro kongruentní komunikaci. Z tohoto důvodu připisovala velký význam důvěryplnému terapeutickému vztahu, který je podstatou procesu změny. Její metoda rodinného sousoší je dnes standardně v léčbě závislostí aplikována. Jedná se o techniku rodinné simulace, která je zážitkově orientovanou rodinnou terapií. Rodina je vedena k větší autonomii svých členů a otevřenější komunikaci mezi členy.
4. **Strategická rodinná terapie** pojímala rodinu jako kybernetický okruh pravidel, která je potřeba strategickou intervencí terapeuta změnit. Předpokládá se, že pacientova změna chování vyvolá postupně změnu v celém systému rodiny. Proto „předpis“, který byl klientovi uložen, musí být hodně kreativní a často paradoxní ve vztahu k předloženému symptomu. Paradoxní přístup navíc umožňuje větší tlak na spoluzodpovědnost rodiny za terapeutický proces. Příklad terapeutické intervence v tomto směru například zní: „Samozřejmě asi uděláte následující a já vám v tom jistě nemohu zabránit, ale možná právě proto bych rád slyšel, co je na vašem přístupu tak nové, že čekáte úspěch.“ Tento přístup se „přiznává“ až k určité manipulaci, ale zároveň upozorňuje na zodpovědnost terapeutů za určité konstruktivní nastavení

celého kontextu terapie.<sup>133</sup>

5. **Systemicko–kybernetická rodinná terapie** chápe rodinu jako systém řízený pravidly v kybernetickém okruhu rodinných pravidel se odehrávají rodinné hry. I když rodina trpí alkoholovou závislostí jednoho ze svých členů, změna není v jejich zájmu, neboť hra musí pokračovat. K základním technikám patří neutralita terapeutů, paradox<sup>134</sup> a protiparadox a cirkulární dotazování. Především využívaná technika cirkulárního datazování slouží v závislostních rodinách k uvědomování si možnosti volby své reakce na chování závislého jinak než dosud.

**Rodinná terapie není však univerzální lék, její indikace jsou ovšem široké.**

Podle Friedmana se má účast rodičů na léčbě požadovat za podmínku přijetí adolescentního pacienta do léčby. Jinou velmi významnou indikací je selhání klienta v léčbě, v níž je sám sebou, jako jedinec, z důvodů jeho přílišného „zapletení“ do problémů rodiny. Jedná se o situace, kdy rodina vlastně svého závislého člena „neuvolní“, aby se léčil. Věk klienta, stupeň separace, současná situace rodiny, jsou hlavními faktory, které je třeba vždy při indikaci rodinné psychoterapie pečlivě zvažovat. V podstatě nemá význam a žádnou cenu provádět terapii, k níž rodina přichází z donucení. Když její členové nevěří, že v jejich rodině existuje nějaký problém, nebo když v rodině není nikdo, kdo by si přál změnu.<sup>135</sup>

## **Vybraná průniková témata a cíle rodinné psychoterapie**

### **Abstinence**

Z výše uvedených teorií vyplývá, že by při rodinné terapii měla změna vztahového kontextu vést ke změně symptomového chování u problémového člena rodiny. Dosažení a udržení abstinence je pokládáno za jedno z časově prioritních témat rodinné terapie.

---

<sup>133</sup>KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 190 s

<sup>134</sup>VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004, 310 s.

<sup>135</sup>KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 48 s.

## **„Výhody“ rodiny ze závislosti**

Rodina se závislým členem nezpochybnitelně trpí, přesto však alkoholismus může mít pro rodinu určitý pozitivní význam. Například oddaluje nevíтанé změny, chrání před zabýváním se jinými nepříjemnými problémy. Teorie kodependence (viz. kapitola 2.3 Rodina a její možné funkce při vzniku závislosti) právě upozorňuje, že vztah k závislému může splňovat osobnostní potřeby spoluzávislých členů rodiny, například potřebu ochrany, oběti. Systematický průzkum sekundárních zisků rodiny ze závislosti jejího člena se zjišťuje otázkami typu: „Jakou roli hraje alkohol v rodině? Co alkohol umožňuje?, Komu v rodině vyhovuje a koho chrání?, Co bude rodina dělat, až problémový člen rodiny přestane pít? Odpovědi na tyto otázky mohou pomoci definovat problémy a umožnit jejich řešení. Což dovolí a umožní problémovému členu rodiny, aby se abúzu alkoholu vzdal.<sup>136</sup>

## **Ztráty rodiny ze závislosti**

Výše uvedenou tezi lze obrátit a hovořit naopak o ztrátách a nevýhodách. Soustředění pozornosti na člena rodiny s alkoholovou závislostí vyčerpává a neumožní rodině zabývat se potřebami ostatních. Často v terapii jde o podporu „přežití“ rodiny, jindy normalizaci rodinného života a nastolení určitých pravidel. Takových, které umožní ostatním členům rodiny věnovat se sobě navzájem a neprožívat trvalou frustraci svých potřeb.

## **Zprostředkování „rodinné dohody“**

Soužití s členem, který zneužívá alkohol je často na hranici, nebo dokonce za hranicí únosnosti pro ostatní členy rodiny. Na adresu terapeuta pak ze strany rodiny často „padá“ otázka: „Co máme dělat?“. Terapeut však nemůže tento problém řešit za rodinu. Může však rodině pomoci dohodnout se na podmínkách, za nichž může problémový člen vůbec v rodině dál setrvat, na pravidlech, umožňujících ostatním členům pokud možno normální fungování. Takto nastavené dohody se například aplikují v případech, kdy pacient v léčbě závislosti odjíždí po měsíci hospitalizace

---

<sup>136</sup>tamtéž

na první dovolenku a rodina sděluje značné obavy z návratu klienta do rodinného prostředí.<sup>137</sup>

### **Získání spolupráce**

Je podstatné si v rámci rodinné psychoterapie uvědomit, že práce s rodinou není hledáním viníka ani oběti. Rodiče, partneři závislého jedince samozřejmě mohli v minulosti volit, nebo nyní volí některé způsoby chování a řešení problémů, které jim neprozpívají, ale vesměs to jistě nedělali ve zlém úmyslu. Označování viníka či hledání obětího beránka je v rodinné terapii neúčelné. Stejně neúčelné je přenášení odpovědnosti ze závislého člena rodiny na jiné členy. Vždy je důležité ozřejmit a pojmenovat, jak jednotliví členové rodiny problém vnímají a jak by mohli, každý svým způsobem, pomoci, přispět k jeho zvládnutí. Na tomto problému, by měla rodina spolupracovat navzájem a především s terapeuty, kterým důvěřují.<sup>138</sup>

### **Podpora v protialkoholním léčení**

Mezi adiktologickými a psychiatrickými odborníky panuje obecná shoda v tom, že využívání rodinné terapie kromě jiného zvyšuje schopnost pacienta dokončit léčbu a zlepšuje léčebné výsledky. To je ovšem přínos pouze pro klienta. Pro rodinu je přínosem „uzdravení“ (abstinence) pacienta. Často však může být rodinná terapie i na hranicích etiky, jestliže terapeut činí z rodiny pouze jakýsi pomocný nástroj terapie závislého jedince.<sup>139</sup>

---

<sup>137</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti* 2. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 49-50 s.

<sup>138</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti* 2. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 49-50 s.

<sup>139</sup> tamtéž

### **3.3 Protialkoholní léčba v rámci Psychiatrické léčebny Jihlava**

Motivací k léčbě alkoholové závislosti může být pro klienta prakticky cokoliv (častými jsou hrozba ztráty zaměstnání, hrozba rozvodu ze strany manžela či manželky, problémy v rodinném soužití jako důsledek abúzu alkoholu a mnohé jiné). Často se jedinec závislý na alkoholu hospitalizuje na protialkoholním oddělení z vitální indikace, pro somatické a psychické komplikace alkoholové závislosti.

Přijetí klienta na protialkoholní oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava se děje následujícími třemi způsoby:

#### **Přijetí se souhlasem nemocného**

Souhlas dává pacient, pokud je schopen jej dát, tím stvrzuje, že vstupuje dobrovolně na protialkoholní oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava. Případně dává souhlas s dalšími opatřeními, na prohlášení uvedenými. Jedná se například o souhlas podrobení se domácímu řádu oddělení. U jedinců zbavených způsobilosti k právním úkonům či omezených ve způsobilosti pro právo rozhodovat o přijetí do zdravotnického zařízení je souhlas nemocného nahrazen souhlasem opatrovníka. U nezletilých pacientů ve věku 15–18 let, je třeba souhlasu nemocného i souhlasu zákonného zástupce (obvykle některého z rodičů), samotný souhlas rodičů či nezletilce je nedostačující.

#### **Přijetí bez souhlasu nemocného**

Podmínky takového přijetí jsou stanoveny zákonem č. 20/ 1966 ve znění zákona č 86/1992 sbírky O péči a zdraví lidu, § 23 odstavec 4 písmeno b) - osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí a odmítá dát k přijetí a léčení souhlas. Písmeno c) - není možné vyžádat si vzhledem ke zdravotnímu stavu souhlas nemocného a jde o neodkladný výkon, nutný k záchraně života či zdraví. Důvodem přijetí a léčení jedince bez souhlasu nemocného není tedy jen jeho odmítání, ale i nezpůsobilost dát kvalifikovaný a svobodný souhlas (například když při duševní chorobě, jakou je delirium tremens jedinec není schopen pochopit význam a důsledky takového rozhodnutí). Dle § 24 zmíněného zákona vzniká tak zdravotnickému zařízení povinnost tuto skutečnost hlásit do 24 hodin od přijetí bez souhlasu nemocného

příslušnému okresnímu soudu, který rozhoduje o oprávněnosti přijetí nemocného do zdravotnického zařízení bez jeho souhlasu.

### **Ústavní ochranné protialkoholní léčení**

Nařizuje je soud v rámci trestního řízení osobám, které se dopustily trestného činu pod vlivem duševní poruchy. Soudem určenému zdravotnickému zařízení se na základě soudního usnesení nařizuje toto léčení provést. Zdravotnickému zařízení v našem případě protialkoholnímu oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava vzniká povinnost nemocného přijmout a o nástupu k jeho výkonu informovat soud, který léčení nařídil. Délka ochranného léčení není určena, trvá, pokud nesplní svůj účel, nebo pokud se zjistí jiné závažné důvody, pro které je třeba léčbu přerušit či zrušit.

### **Protialkoholní oddělení Psychiatrická léčebna Jihlava - filozofie léčby**

Protialkoholní oddělení pod označením 8A je koedukované, režimové oddělení zaměřené na léčbu závislostí s kapacitou 41 lůžek. Oddělení je otevřené s možností volných vycházek a víkendových dovolenek. Je určeno pro motivované pacienty závislé na alkoholu, drogách, návykových lécích, patologické hráče, workoholiky. Eventuelně i pro jiné méně časté závislosti. Léčba je určena závislým mužům i ženám starším 16-ti let. Metodou práce je individuální přístup k problematice jednotlivých pacientů v dobře zavedeném skupinovém, edukačním a psychoterapeutickém programu. Samotná léčba trvá dvanáct týdnů a skládá se ze čtyř fází. Navazující pátá fáze je doléčovací a probíhá formou ambulantních doléčovacích skupin na zmíněném oddělení. Abstinující klienti jsou po ukončení léčby zváni na srazy abstinujících závislých.

Celá léčba je smysluplně propojený celek<sup>140</sup> a doporučujeme pacientům ji absolvovat v plném rozsahu. Na oddělení 8A je také možné absolvovat čtrnáctidenní detox a při opakované hospitalizaci šestitýdenní stabilizační léčbu. O propuštění z léčby, předčasné i řádné, klient žádá na ranní komunitě. Důvody, které vedou klienta k předčasnému ukončení léčby, je vhodné probrat v psychoterapeutické skupině. Po přednesení žádosti o předčasné propuštění z léčby má terapeutický tým právo udělit

---

<sup>140</sup>viz. příloha č. 3

48 hodin oddálení propuštění, aby klient důkladně zvážil důsledky a rizika a důvody k propuštění.

### **Fáze léčby a nejdůležitější cíle jednotlivých fází**

**Fáze motivační** trvá obvykle čtyři týdny, dle rozhodnutí terapeutického týmu se přestup klienta do druhé fáze může uskutečnit nejdéle do šesti ukončených týdnů léčby. V počátcích první fáze léčby se pacient po překonání abstinenčních příznaků seznámí za pomoci svého patrona s filozofií a režimem léčby a základními informacemi - „pravidla léčby“.

Po uplynutí jednoho týdne léčby na ranní komunitě klient zhodnotí tento týden, který prožil bez přítomnosti psychoaktivní látky. Hovoří o tom, jak se dívá na svůj problém, jak přemýšlí o možnostech jeho řešení a o délce léčby. Zároveň hodnotí pomoc svého patrona, který mu byl v okamžiku přijetí k hospitalizaci přidělen. K hodnocení klienta se vyjadřuje i jeho patron, jak vnímá jeho přístup k léčbě a náhled na problém. Klient se aktivně účastní všech programů v rámci první fáze léčby. Po dvou týdnech léčby získává klient nárok na vycházku mimo areál psychiatrické léčebny a po čtyřech týdnech nárok na víkendovou dovolenku, pokud však naplní požadavky pro přestup do druhé fáze léčby.

#### **Cíle:**

Překonání abstinenčních příznaků a celková fyzická rekonvalescence, seznámení se s řádem a pravidly léčby a osvojení si povinností, seznámení se členy terapeutického týmu a členy komunity (spolupacienty), získání náhledu na svoji situaci a představy o možnostech jejího řešení, osvojení si zdravých způsobů komunikace (přijatelnou formou vyjadřovat svoje pozitivní i negativní pocity), sepsání a odevzdání životopisu s pomocí osnovy, přednesení žádosti o přestup do druhé fáze léčby.

**Fáze životopisná** trvá dva týdny. Pokud terapeutický tým přestup schválí, klient se stává členem životopisné skupiny. Klient, si během této fáze léčby poslechne nejméně dva životopisy členů skupiny a přednese životopis svůj. Během druhé fáze léčby klient písemně vytvoří resumé pro přestup do třetí léčebné fáze. Jehož obsahem bude to, co si v rámci životopisných skupin uvědomil a na čem chce dál v léčbě pracovat.

**Cíle:**

Osvojení zdravého způsobu prezentace sebe sama, ujasnění si klíčových momentů ve své „kariéře závislého“, klient si uvědomí souvislosti a podobnosti chování závislých lidí, zváží své rodinné zázemí, vztahy s blízkými a návrat do prostředí, kde se jeho závislost rozvíjela a případně začne vyřizovat dlouhodobější léčbu a doléčování v zařízeních tomu určených. Klient zvažuje možnost párové a rodinné psychoterapie. Od druhé fáze léčby pacient jezdí pravidelně na resocializační dovolenky a to vždy jednou za čtrnáct dní.

**Fáze psychoterapeutická** trvá čtyři až šest týdnů. Klient se účastní psychoterapeutických skupin a aktivně řeší své osobní, sociální a právní (dluhy, rozvod, soudní spory) problémy, které v podstatě souvisí s jeho závislostí a mohly by v budoucnu vést k porušení abstinence. V rámci psychoterapie probíhají i neverbální psychogymnastické techniky, které pomáhají pacientovi lépe se vyznat sám v sobě a vyjádřit své pocity. Ve třetí fázi léčby má klient možnost být volen do funkce starosty a povinnost docházet pravidelně na relaxační cvičení a arteterapii.

**Cíle:**

Klient se učí rozlišovat a přijatelně vyjadřovat své pozitivní i negativní pocity, osvojuje si techniky pro zdravý způsob reagování na své okolí, identifikuje situace, na které v minulosti reagoval konzumací alkoholu a hledá nové způsoby řešení, řeší partnerskou nebo rodinnou situaci, zaměřuje se na problémy ve vztazích, využívá možnosti rodinné a individuální psychoterapie.

**Fáze přípravná** je třítydenní fází před propuštěním. Klient se připravuje na propuštění z léčby. Vyřizuje vše potřebné ohledně svého ubytování, zaměstnání, kontaktuje „svého“ psychiatra, ke kterému bude po ukončení z léčby docházet a sjedná si termín první návštěvy. Při přestupu do této fáze klient sděluje celé komunitě, zda má zaměstnání, bydlení, jaká bude forma jeho doléčování. Pokud bude klient potřebovat během léčby ještě něco zařídit, má právo získat dva dny volna.

**Cíle:**

Připravit se na život po léčbě, aktivně řešit svou finanční a pracovní situaci (návštěva úřadu práce, vyřízení si případných sociálních dávek), aktivně řešit svou



bytovou situaci, mít jasně uspořádané rodinné, partnerské vztahy, aktivně vyhledávat možnosti doléčování v místě bydliště (kontaktování klubů abstinujících, zjištění možností v pokračování psychoterapie). Při ukončení léčby, na poslední ranní komunitě, dostává pacient termín první ambulantní skupiny a přestupuje tak do páté fáze léčby, léčby ambulantní.

**Fáze ambulantní** se odehrává po ukončení ústavní protialkoholní léčby. Terapeutický tým doporučuje již během léčby, pokud somatický stav klienta dovolí, absolvovat alkohol – antabusovou reakci<sup>141</sup>, nejpozději pak v této fázi léčby. Zmíněná reakce má platnost pět let a podstoupit tak podpůrnou léčbu antabusem s pravidelnými návštěvami „svého“ ambulantního psychiatra se jeví jako jeden z úspěšných kroků při cestě za abstinencí.

### **Cíle:**

Pravidelně navštěvovat alkohol-toxi ordinaci, snažit se, o úplnou a trvalou abstinenci od návykových látek a návykového chování, v případě krize (porušení abstinence) si svou situaci pohotově přiznat a okamžitě vyhledat pomoc, využít období podpůrné léčby antabusem k plnému osvojení si nezávislého stylu života (režim dne, koníčky sport, řešení problémů), sdílet své zkušenosti s ostatními abstinujícími závislými v klubech anonymních alkoholiků, na doléčovacích skupinách.

### **Hodnotící nástroje v léčbě**

Systém hodnocení klientů probíhá formou udělování žlutých a červených karet<sup>142</sup> členy terapeutického týmu a zdravotnického personálu oddělení. Žlutá karta, se po týdnu maže, červená karta však zůstává klientům do konce léčby. Žluté karty se udělují například za: porušení vnitřního řádu oddělení, nedostatky v hygieně, pozdní příchody na léčebné programy, vulgárnost, vedení zbytečných a chlubitvých řečí o alkoholu, neúčast na nahlášených programech, hraní hazardních her, neoznámení výsledků přestupního pohovoru. Červená karta se udělují za: dvě žluté karty získané během jednoho týdne, projevy verbálního, fyzického nebo psychického násilí, pozdní příchod z vycházky a dovolenky, uzavírání výlučných, sexuálních vztahů s členem

---

<sup>141</sup>viz. příloha č. 4

<sup>142</sup>viz. příloha č. 5

komunity, nepovolené opuštění areálu psychiatrické léčebny, jiná, závažná porušení vnitřního řádu oddělení a narušování léčby – posuzuje terapeutický tým.

Pacient, kterému byla udělena červená karta, přednese na následující komunitě, jaké sankce se na něj vztahují. Klient od toho okamžiku ztrácí veškeré výhody (nárok na dovolenku, vycházku), nemá možnost navštěvovat kulturní a sportovní programy. Udělit lze i dvě červené karty najednou (porušení abstinence během léčby). V případě, že klient obdržel druhou červenou kartu, či obě najednou, jedná se o nejvyšší možný počet červených karet, které lze v léčbě obdržet, protože znamenají propuštění z léčby.

### **3.4 Anonymní alkoholici a další možnosti doléčování**

Pravidelnost v doléčování je pro velkou část závislých jeden ze zásadních klíčů k úspěchu. Profesionální doléčování umožňuje navíc reagovat na změny stavu a napomáhá udržovat přiměřenou motivaci k abstinenci. Terapeutické kluby, centra i rituály Anonymních alkoholiků a podobných organizací poskytují pocit stability a jistoty. Kromě toho se tak určité zásady vštípí do paměti, takže se vybaví, i když jsou kognitivní funkce oslabeny vlivem chutě na alkohol nebo stresu.<sup>143</sup>

Anonymní alkoholici jsou celosvětovým hnutím. Sdružujícím přibližně 1,6 miliónu lidí po celém světě. V České republice skupiny Anonymních alkoholiků pracují od roku 1990. Ve své činnosti se řídí „12 kroky“,<sup>144</sup> které obsahují konkrétní návody na vyrovnání se s problematikou alkoholové závislosti. Jedná se o společenství mužů a žen, kteří spolu sdílejí zkušenost a naději, že mohou vyřešit svůj společný život a pomoci ostatním uzdravit se z alkoholu. Jedinou a základní podmínkou členství je touha zastavit pití alkoholu. Jejich prvotním zájmem je zůstat střízliví a pomáhat jiným alkoholikům dosahovat střízlivosti.<sup>145</sup>

---

<sup>143</sup>NEŠPOR, K., MATANELLI, O. Životní styl a návykové nemoci. *Bulletin Národní protidrogové centrály*, Praha: Národní protidrogová centrála, 2011/3, 48 s.

<sup>144</sup>viz. příloha č. 6

<sup>145</sup>HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996, 112-113 s.

Revoluce, kterou vznik hnutí Anonymních alkoholiků v léčbě alkoholové závislosti způsobil, není podle Nešpora a Csémyho ještě zcela doceněna. Tvrdí, že právě vznik této organizace vedl k tomu, že zdravotníci začali pacienty více považovat za spolupracovníky a partnery v léčbě.<sup>146</sup> Anonymní alkoholici vznikli dříve než první terapeutické komunity a jejich vznik předcházeli i dnes rozšířeným klubům diabetiků, kardiaků. Setkávání Anonymních alkoholiků mohou být uzavřená (pouze pro alkoholiky), nebo otevřená pro alkoholiky a ty, kdo se o problematiku zajímají (rodina, terapeuti, přátelé).<sup>147</sup> Sdružení anonymních alkoholiků má své předsedy a působí po celé České republice.<sup>148</sup>

Mezi další možnosti doléčování pro jedince závislého na alkoholových psychotropních látkách v rámci kraje Vysočina patří Následná péče Jihlava<sup>149</sup>. Následná péče Jihlava je ambulantní doléčovací program, který pomáhá osobám po ukončení léčby závislosti vytvářet takové podmínky, aby mohly i nadále úspěšně abstinovat a začlenit se zpět do běžného života.

V rámci České republiky pak především občanské sdružení Lotos Brno a A kluby. Občanské sdružení Lotos Brno<sup>150</sup> je nezávislá nezisková organizace, která poskytuje sociální služby ve městě Brně klientům se závislostí na alkoholu z celé České republiky. A kluby<sup>151</sup> jsou obecně prospěšnou společností poskytující pomoc a podporu osobám závislým na alkoholu, lécích a hazardním hráctví, včetně pomoci jejich rodinám. Služby jsou poskytovány v Brně a bezplatně.

---

<sup>146</sup>NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996, 203 s.

<sup>147</sup>HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996, 114 s.

<sup>148</sup>viz. příloha č. 7

<sup>149</sup>viz. příloha č. 8

<sup>150</sup>viz. příloha č. 9

<sup>151</sup>viz. příloha č. 10

## 3.5 Případová studie

Na dvou níže uvedených kazuistikách, demonstruji proces resocializace klientů, kteří „prošli“ léčbou alkoholové závislosti v Psychiatrické léčebně Jihlava. Zmíněné kazuistiky jsem vybrala zcela záměrně a to proto, že odrážejí jakési nepochopení a odmítání člověka, jehož snahou je v podstatě žít „normálně“, žít v abstinenci.

### Kazuistika A

Panu Romanovi je 52 let. Do svých sedmi vyrůstal na samotě v místě bydliště prarodičů s dalšími šesti dětmi, svými sourozenci, bratranci a sestřenicemi. Rodiče Romana žili ve městě v místě svého zaměstnání a na víkendy pravidelně přijížděli. Dětství strávené u prarodičů, hodnotí jako velmi šťastné období. Před nástupem do třetí třídy se Roman musel přestěhovat k rodičům, co bylo důvodem, neví, ovšem vzpomíná, že nechtěl venkovské prostředí opustit. Zpětně hodnotí tento přesun, jako traumatizující „vnímal jsem to od nich jako zradu, já jsem je za to nenáviděl“ zhoršil se prospěchově i ve škole. Za rok se vše dle slov Romana „urovnalo“.

Poprvé se opil ve 12 letech na svatbě bratra, ten pocit si pamatuje dodnes „dělalo mi to dobře a ani jsem nezvracel“. Na svatbě byl ze strany dospělých obdivován pro množství zkonsumovaného alkoholu. Období puberty hodnotí jako „normální“, sportoval, chodil do školy.

V 19 letech nastoupil na vojnu, po roce služby když byl „mazákem“ začal kouřit a pít alkohol. Pil v tazích při vycházkách a v podstatě do doby než propil žold. Po vojně se vrátil k rodičům, oženil se a založil rodinu. Po narození syna Jana opustil první zaměstnání (strojný zámečnick) a nastoupil jako montážní dělník do tehdy prosperujícího podniku. V této části rozhovoru Roman vyslovil větu: „A tam to asi všechno začalo.“ Popisuje, jak denně někdo ze spolupracovníků přinesl lahev rumu a jak si každý během pracovní doby dal několik panáků. Na otázku proč pil odpovídá: „ Tak aby nám to šlo líp od ruky, ale nemyslete si, neválel jsem se tam opilej“.

V roce 1980 se Romanovi a jeho ženě Jitce narodil druhý syn Josef. Roman změnil zaměstnání a nastoupil k hasičskému záchrannému sboru. Popisuje jak mezi jednotlivými „šichtami“ musel mít 24 hodin volno. Zmíněné volno trávil s kolegy v hospodě. „Já se nechci na nic vymlouvat, ale bylo tam spousta havárek a viděl jsem moc mrtvých a zraněných lidí.“ V tomto období Roman studoval a pak se stal velitelem zásahu. Během tříletého studia pil alkohol již denně, udává jeden až dva litry vína. „Manželka začala vystrkovat růžky“, začíná Roman větu a dokončuje ji popisem svého chování. Občas něco zapomněl, byl na ženu hrubý, hovoří o nesouladu v rodině důsledkem abúzu alkoholu. Začal pociťovat, že alkohol potřebuje. Neshody v rodinném soužití byly příčinou častých hádek a jeho zvyšujícího se množstvím konzumovaného alkoholu (tři až čtyři litry vína a půl litru vodky denně). Několik nocí strávil Roman na protialkoholní záchytné stanici a pro neomluvené absence byl ze zaměstnání propuštěn. Sděluje, že si toto životní období příliš nepamatuje, vybavuje si vesměs halucinatorní prožitky (všude kolem něho běhaly zelené kočky a z odpadu ve dřezu na nádobí neustále vyrůstala mrkev) v rámci alkoholové psychózy.

Manželka pod hrozbou rozvodu Romana tehdy čtyřicetiletého přiměla vyhledat pomoc. Ústavní léčbu závislosti odmítl, na ambulantní nedocházel a odstěhoval se na ubytovnu. Na ubytovně prožil rok, nic si nepamatuje, jen značné množství povalujících se lahví v pokoji. Při poslední cestě za nákupem alkoholu upadl a zranil si dolní končetinu. Kolemjdoucí mu zavolali pomoc, záchrannou službou byl přivezen na chirurgické oddělení tamní nemocnice. Po operaci končetiny se u Romana začal rozvíjet delirantní stav, pro který byl převezen na protialkoholní oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava. Po odeznění abstinenčních příznaků, absolvovat protialkoholní léčbu v doporučeném tříměsíčním rozsahu. Během léčby se s ženou Jitkou rozvedl. V rámci léčby si Roman uvědomil, jak závažný má problém, popisuje, jak chtěl z léčby odejít pro mnoho vnitřních konfliktů.

Po léčbě vybaven Antabusem bydlel v jednopokojovém bytě, který mu připravil bratr. Bratr byl jediným členem rodiny, s nímž byl Roman ve styku, synové ho nenavštěvovali a bývala žena dle slov Romana byla ráda, že se rozvedla. Roman se díky jedinému kamarádovi mohl vrátit zpět do zaměstnání. Popisuje negativní reakce dalších kolegů, sděluje nejruznější narážky (s alkáčem já nikam nejdu) a poznámky (ty se na tobě v tý odmašťovně podepsali) ke své osobě.

Rok po léčbě Roman nejezdil hromadnou dopravou, měl obavy z reakce lidí, kteří by ho mohli znát. Vzpomíná, že nachodil mnoho kilometrů. Po oslavě narozenin velitele zásahu zaměstnání opustil. Byl nucen opakovaně odmítat alkohol a vzpomíná na slova velitele: „Snad jednoho panáka na moje zdraví si dáš, jestli ne, tak mě teda urazíš“. Roman odešel z oslavy narozenin bez rozloučení a druhý den do práce již nenastoupil. Nyní pracuje jako školník v základní škole, kolegové vědí, že se protialkoholně léčil, ale dle slov Romana se k němu „nepostavili zády“. V roce 2003 Roman ve spolupráci s bývalou spolupacientkou založil v Jihlavě pobočku Anonymních alkoholiků a toho času je jejím předsedou. Na skupinách, které probíhají každý týden, se seznámil s paní Dagmar, která je jeho partnerkou. Po celou dobu Roman plně abstínuje.

## **Kazuistika B**

Paní Kláře je 41 let. Vyrůstala s rodiči na maloměstě jako nejmladší ze tří sourozenců. Dětství hodnotí vesměs pozitivně, nesnášela však školu, byla hodně fixovaná na matku. Žárlila na otce, když dával matce pusu a nejraději byla u matky v náručí, tam se cítila šťastná a dle jejich slov v bezpečí. Se sourozenci o několik let staršími si nehrála, cítila se, být jimi odstrkována.

Když Klára chodila do druhé třídy, otec po dlouhé nemoci zemřel. Úmrtí otce ji nějak nezasáhlo, ranilo ji, že matka byla smutná a často plakala. Kláře v té době chyběla podpora a náruč matky. Na druhém stupni základní školy se Klára zamilovala do učitele dějepisu, byl jí vzorem. Popisuje sny, jak ji vyučující líbe a drží v náručí. Strýc Kláry vlastnil vinný sklípek už jako dítě, pila limonádu s vínem a vinný střík a burčák. Sděluje, jak popíjení považovala za běžnou normu a součást rodinného soužití: „U nás pil takhle každej, víno nebylo považováno za alkohol.“

Období puberty prožila v blízkosti známých a kamarádu na zábavách a v klubech, studovala gymnázium. Pila coca-colu s rumem a v sedmnácti letech začala chodit s budoucím manželem Jirkou. Jirka měl rád přírodu, často společně jezdili na vodu, trempské srazy, kde se Klára naučila pít vodu, udává, že v té době „míru alkoholu“ znala. Po střední škole studovala vyšší odbornou školu obor porodní asistentka, kterou už jako těhotná úspěšně dokončila. Když bylo Kláře 23 let, vdávala

se. Popisuje časté výlety manžela s kamarády na vodu, ryby a výlovy rybníků. Klára se na mateřské dovolené cítila osaměle, scházela se třikrát do týdne s kamarádkami a pila víno. V manželství nastaly první neshody, výčitky a obviňování. Klára v 25 letech otěhotněla a porodila druhou dceru. Víno si již kupovala pravidelně, pila vesměs po večer kdy manžel nebýval doma. O vztahu s manželem říká: „Praktické věci jsme zvládali, ale chyběla komunikace, soulad, porozumění a pochopení, připadala jsem si jako výkonný spotřebič.“

Po mateřská dovolené Klára nastoupila na gynekologicko – porodnické oddělení tamní nemocnice. Práci nezvládala, sděluje, že akutní medicína byla na ni „moc rychlá“ a nebyla schopna adekvátně se rozhodovat a organizovat práci ku prospěchu rodičky. Práci porodní asistentky opustila a poté působila na rehabilitačním oddělení. Práce ji bavila a zajímala. S kamarádkami a zároveň kolegyněmi z práce chodila do hospod, naučila se pít pivo.

Klára toužila po návratu harmonického vztahu s manželem, který zažívala v době, kdy ještě nebyli manželé. Kupovala víno, pro představu romantických večerů s manželem, nikdy však o svých touhách a přáních manželovi neřekla a tak víno vypila během večera sama. Když manžel nebyl doma pila Klára rum, který byl v lednici, aby to manžel nepoznal, neustále do lahve rum dolívala, aby byla pořád stejně plná. Jako důvod pití udává zapomnění na problémy, hovoří o menší bolesti „na srdci“ a odbourávání úzkostných stavů. „Když jsem se napila, bylo mi prostě líp.“

Ve 30 letech si uvědomovala, že pití alkoholu začíná být problém. Klára často volala do práce, že si bere dovolenou, zanedbávala domácnost i svůj zevnějšek. Denně vypila dva litry vína, nebo půl až litr vodky. Když manžel vylil veškerý alkohol, chodila do sklepa třeba jednou za hodinu, dala si panáka slivovice a lahev doplnila vodou. Klára popisuje „okénka“, děsilo ji, že si druhý den skoro nic nepamatuje, když pila mimo domov často si nevzpomněla, jak se domů dopravila.

Na internetu našla telefonní číslo na primářku Bartesovou a s manželem navštívila protialkoholní ambulanci, nabízenou ústavní léčbu odmítla. Půl roku ambulanci navštěvovala pravidelně jednou týdně v tentýž den, nikdy „nenadýchala“, ale cestou z ambulance si při první příležitosti koupila láhev vodky. Primářka Bartesová

Kláře nabídla antabus – alkoholovou reakci, na ni se dostavila se 2 ‰ alkoholu. Poté již ústavní hospitalizaci přijala.

Vybavuje si, že největší problémem v léčbě měla v případě, že byla tázána, aby hovořila o sobě. Terapeut jí řekl, že žije v omylu, že má život ve svých rukou, a že stačí vlastní názor pouze říct, že o něm nikoho přesvědčovat nemusí. Ve chvíli když Klára slyšela nepříjemné věci na svoji adresu, naštvála se. Byla vulgární směrem k terapeutům a zdravotnickému personálu oddělení.

Děti i manžel Kláru v léčbě podporovali a pravidelně ji navštěvovali. Během léčby absolvovala antabus – alkoholovou reakci. Resocializační dovolenky vždy hodnotila kladně a během nich abstinenci neporušila.

Po léčbě se Klára vrátila do stejného rodinného prostředí. Vztah s manželem se v podstatě nezměnil. Rodinnou psychoterapii manžel opakovaně odmítl. Po roce Klářiny abstinence manžel s dětmi odjel na dovolenou. V té době Klára pracovala krátce jako prodavačka kožených oděvů. Sama si vysadila Antabus a porušila abstinenci. Cestou z práce si koupila lahev vodky a doma ji vypila. Druhý den se dostavila do práce opilá a byla propuštěna. Konkrétní důvod porušení abstinence není schopna sdělit. „Já prostě nevím“.

Po dvou měsících nastoupila Klára na šestitýdenní stabilizační protialkoholní léčbu. Styděla se za svoji recidivu a v rámci psychoterapie připustila, že je ve vztahu s manželem nespokojená, že jí manžel dlouhodobě odmítá jako ženu. Hovoří o frustraci a narůstající agresi vůči manželovi, své city hodnotí jako nenávisť. Během stabilizační léčby žádá o rozvod. Děti jsou svěřeny do péče otce.

Klára po léčbě odmítla nastoupit do doléčovacího centra Lotos Brno s možností ubytování. Odešla bydlet na tamní ubytovnu. V té době byla bez práce. Rozhodla se „musí začít znovu a jinak“, bez lží. Opakovaně sděluje, že si uvědomila, že se chce vrátit a zapojit zpět do života, že již nechce být pouhým pozorovatelem.

Snaha vysvětlovat a informovat potenciální zaměstnavatele o své minulosti, se neseťkávala s ohlasy, které Klára předpokládala. Půl roku se snažila aktivně hledat zaměstnání, ale vždy bezúspěšně. Poté v roce 2007 nastoupila jako dělnice do dřevařského závodu, denně byla podrobena dechovým zkouškám na přítomnost alkoholu z dechu, před všemi svými kolegy. Hovoří o pocitech méněcennosti



o posměchu ze strany kolegů. Zaměstnání však nutně potřebovala, soudem měla vyměřené alimenty a bývalý manžel zpoždění byt' i o jeden den netoleroval.

Na srazu abstinujících alkoholiků pořádané „naším“ oddělením, Klára mluvila o tom, jak se v zaměstnání cítí a během celého večera plakala. Její náhled na problematiku alkoholové závislosti byl zcela správný a jevil se jako velmi upřímný.

V roce 2009 Klára vyhrála výběrové řízení a toho času je zaměstnána jako pracovní terapeutka týdenního centra pro děti a mládež s mentálním postižením. Od stabilizační léčby, což je sedm let Klára plně abstinuje. Se starší dcerou se pravidelně navštěvuje, s mladší dcerou je pouze v telefonním kontaktu, přítele nemá a s bývalým manželem se nestýká. Bydlí stále na ubytovně, ráda vyšívá a háčkuje. Nechodí do společnosti a nenavštěvuje akce, kde se pije alkohol. Když se Kláry na konci našeho rozhovoru ptám, zda je něco, co by mi chtěla ještě říct, sděluje: „Práce je nyní to, co mě drží nad vodou, když o vás všichni ví, že jste alkoholička, tak o vás nikdo nestojí.“

### **3.6 Dílčí závěr**

Při léčbě problémů působených alkoholem se využívá řada terapeutických postupů. Zvláště užitečná je psychoterapie, kognitivně behaviorální postupy a rodinná terapie. Rodinná terapie není univerzálním lékem, mezi terapeuty panuje obecná shoda v tom, využívání rodinné terapie kromě jiného zvyšuje schopnost pacienta v ústavní protialkoholní hospitalizaci léčbu dokončit a zlepšuje léčebné výsledky.

Léčba pacientů závislých na alkoholu je režimová, v délce trvání tří měsíců. Klade důraz na respektování domácího řádu léčebny a naplnění cílů jednotlivých fází léčby.

Léčba závislostí je dobrovolná, zpravidla však rozhodnutí pro léčbu není samotným projevem vůle klientek. Ale spíše tlakem okolí, rodiny, zaměstnavatele pod nějakou výhružkou či trestem za nesplnění. Musím říci, jedny z nejčastějších odpovědí na otázku: „Proč se chcete léčit?“ Zní: „Manžel/ka, mi řekl, že když nepůjdu na to

lčeni, tak se semnou rozvede. Šéf v práci mi dal nůž na krk, když nepůjdu tak mě vyhodí. Děti mi řekly, že se mnou už nikdy nepromluví, když se sebou nezačnu něco dělat“.

Domnívám se, že důležitým mezníkem pro klienty v léčbě závislosti je přiznat sám sobě, že jsem alkoholik, tzv. přijmout tuto roli za svou. Chtít změnu a být ochoten „na sobě pracovat“. Uvědomění a pochopení souvislosti závislostního chování není pro pacienty snadné, vyžaduje získání náhledu na problematiku a ochotu spolupracovat. Klíčovou roli v léčebném procesu shledávám v terapeutickém vztahu a v důvěře jednotného terapeutického týmu.

Porušení abstinence během léčby svědčí o nemotivovanosti pacienta k léčbě, však porušení abstinence krátce po léčbě bývá vnímáno jako jakési znamení neúspěchu, a to jak ze strany pacienta, tak terapeutického týmu. Klient, který v léčbě pracoval, získal náhled, se napil. Jak jinak takový jev vysvětlit, než jako nezdár.

Podat 100% vysvětlení toho, proč se někteří klienti nadále bez alkoholu obejdou, zatímco jiní se k němu vrací, asi není možné. Jako členka terapeutického týmu, jsem často na základě spolupráce s klientem, jeho rodinným zázemím a dalších faktorů měla snahu předvídat jeho možné selhání po léčbě. Moje předpovědi, byly vesměs mylné.

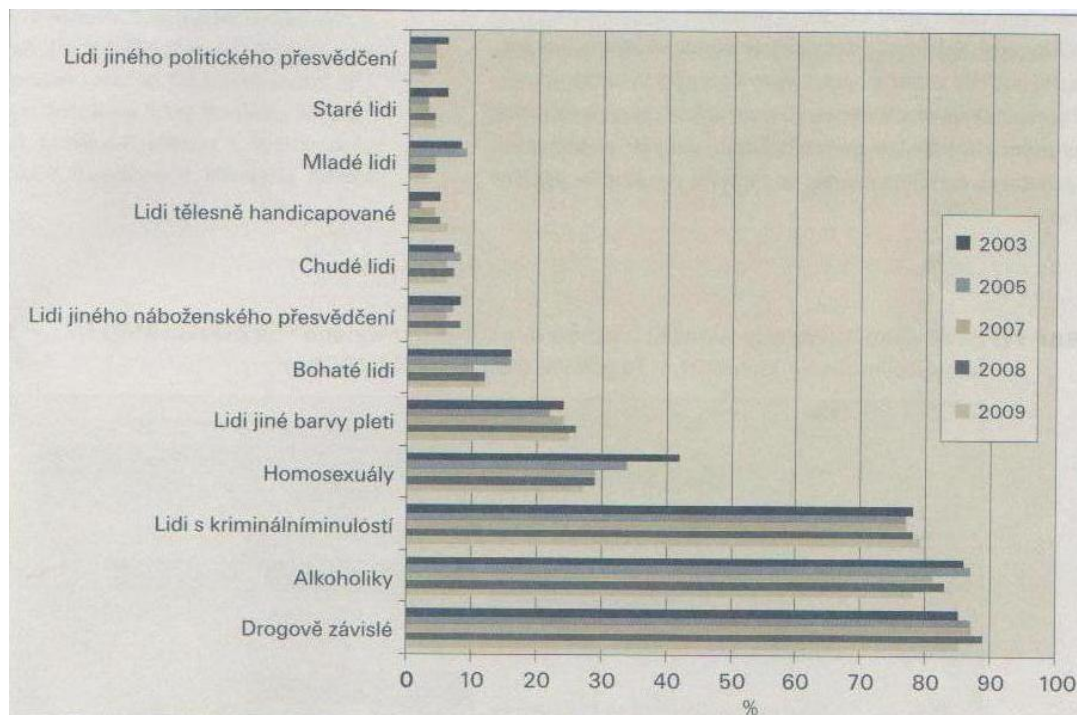
Tak jako vznik alkoholové závislosti je záležitost zcela individuální, tak zřejmě pacienti se srovnatelnými charakteristikami a podobnou životní historií reagují na tytéž terapeutické zásahy rozdílně. Pro některé je léčba prvním krokem ke svobodě, zatímco pro jiné je jen první kapitolou tragického osudu chronického etylika.

Z životních příběhů paní Kláry a pana Romana je patrné, že zvolili cestu první ze dvou výše uvedených. Během nelehké cesty za abstinencí se však setkávají s nepochopením, odmítnutím ale i zesměšňováním především z řad kolegů na pracovišti.

Postojem veřejnosti k lidem závislým na alkoholu se v rámci projektu Naše společnost, zabývalo Centrum pro výzkum veřejného mínění při Sociologickém ústavu Akademie věd České republiky.

V letech 2003 až 2009 v průzkumu Jak jsme na tom s tolerancí?, měli respondenti vybrat skupiny osob, které by nechtěli mít za sousedy. Nejméně tolerantní

byli občané k osobám drogově závislým, hned druhou příčku obsadili osoby závislé na alkoholu (viz. obrázek č. 2).<sup>152</sup>



Obrázek č. 2

<sup>152</sup>ŠKAŘUPOVÁ, K. Průzkumy zaměřené na užívání drog. *Zaostřeno na drogy 2*, Praha: Úřad vlády České republiky, 2010/2, 9 s.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 4. Projekt – dotazníkové šetření povědomí veřejnosti o alkoholové závislosti

#### 4.1 Cíl dotazníkového šetření

Cílem dotazníkového šetření<sup>153</sup> je zjistit povědomí veřejnosti o alkoholové závislosti. Stanovuji následující hypotézy a to na základě dlouholetých, negativních zkušeností klientů v léčbě závislostí v interakci s laickou veřejností.

Hypotéza č. 1. Nadpoloviční většina oslovených respondentů si myslí, že závislost na alkoholu není nemoc.

Hypotéza č. 2. Větší část oslovených respondentů se domnívá, že na rozvoji alkoholové závislosti má vliv množství konzumovaného alkoholu.

Hypotéza č. 3. Většina respondentů se domnívá, že jedinec, poté co absolvoval protialkoholní léčbu, je vyléčen.

Hypotéza č. 4. Více než polovina respondentů si pod termínem Delirium tremens představuje jedince ve stavu opilosti.

Hypotéza č. 5. Většina probandů je přesvědčena, že člověk závislý na alkoholu konzumuje alkoholické nápoje denně.

Hypotéza č. 6. Předpokládám, že předchozí protialkoholní léčba je varujícím prvkem a brání k zaměstnávání takto disponovaných jedinců.

---

<sup>153</sup>viz. příloha č. 11

## **4.2 Zkoumaný soubor a struktura vzorku**

Dotazníkové šetření bylo realizováno ve třech podnicích města Jihlavy. Výběr respondentů byl prováděn nahodile a z časových a kapacitních důvodů nemohl obsáhnout celý základní soubor občanů v jihlavském regionu. Zkoumaný soubor se skládal z celkového počtu 65 respondentů. Věkové složení, pohlaví a vzdělání probandů, bylo zjišťováno pro charakteristiku zkoumaného souboru nikoli jako kritériem sledovaného jevu.

## Struktura vzorku

<b>věk</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
18 – 35 let	<b>15</b>	<b>23,1%</b>
36 – 45 let	<b>26</b>	<b>40,0%</b>
46 – 55 let	<b>18</b>	<b>27,7%</b>
56 a více let	<b>6</b>	<b>9,2%</b>
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>
<b>pohlaví</b>		
muži	<b>35</b>	<b>53,8%</b>
ženy	<b>30</b>	<b>46,2%</b>
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>
<b>vzdělání</b>		
základní	<b>3</b>	<b>4,6%</b>
vyučen	<b>20</b>	<b>30,8%</b>
středoškolské	<b>29</b>	<b>44,6%</b>
vysokoškolské	<b>13</b>	<b>20,0%</b>
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Tabulka demografického rozložení zkoumaného vzorku

## 4.3 Metodika šetření a způsob zpracování dat

V praktické části diplomové práce jsem zvolila metodu explorativní, kdy jsem technikou nestandardizovaného dotazníku (viz. příloha č. 11) získala data pro analýzu sledovaného jevu. Dotazník obsahoval celkem 15 uzavřených otázek.

Dotazníkové šetření probíhalo za souhlasu vedoucích pracovníků tří jihlavských výrobních podniků (specializujících se na oblast strojího průmyslu) v pracovní době respondentů a to v období od 2. prosince 2011 do 20. ledna 2012. V přítomnosti vedoucích pracovníků jsem oslovila celkem 80 potencionálních respondentů z toho 15 oslovených probandů, odmítlo dotazník vyplnit. 65 respondentů vyplnilo dotazník dle pokynů uvedených v úvodu dotazníkového šetření. Pro zpracování a vyhodnocení dotazníků jsem zvolila počítačový program Excel, údaje jsou uváděny v procentech.

S ohledem na velikost vzorku a nahodilost při výběru respondentů nelze výsledky přeceňovat, přesto se domnívám, že určité směry o zkoumaném jevu naznačují. Jsem si vědoma, že na povědomí veřejnosti o alkoholové závislosti může mít vliv mnoho činitelů a také je možno stanovit jiné otázky než jsou v dotazníku prezentovány. Z uvedených důvodů nelze zcela zajistit objektivitu výsledků dotazníkového šetření.

## 4.4 Interpretace výsledků dotazníkového šetření - povědomí veřejnosti o alkoholové závislosti

Výsledky zjištěné dotazníkovým šetřením jsou pro přehlednost převedeny do tabulek.

**Tabulka č. 1. Znáte někoho ze svého okolí, kdo je závislý na alkoholu (alkoholika)?**

a) ano

b) ne

Vyjádření:	Počet respondentů	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a)	42	64,6%
b)	23	35,4%
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Komentář k tabulce č. 1.

Z tabulky vyplývá, že 64,6% respondentů zná ze svého okolí člověka, který je závislý na alkoholu. 35,4% oslovených respondentů uvedlo, že takto disponovaného člověka v rámci svého okolí nezná.



## Tabulka č. 2. Závislost na alkoholu je:

- a) nemoc virového původu
- b) nemoc, kterou získají jedinci, kteří konzumují alkoholické nápoje denně
- c) není nemocí, trpí jí pouze opilci
- d) je nemoc, jako každá jiná a dá se léčit
- e) není nemocí, pouze slabostí lidí, kteří neumí konzumovat alkoholické nápoje tzv. „s mírou“
- f) není nemocí, je projevem slabé vůle člověka

Vyjádření:	Počet respondentů	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a)	2	3,1%
b)	9	13,8%
c)	8	12,3%
d)	12	18,4%
e)	17	26,2%
f)	17	26,2%
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

### Komentář k tabulce č. 2.

Z výsledků vyplývá, že 3,1 % respondentů se domnívá, že závislost na alkoholu je nemoc virového původu. 13,8% dotázaných, sdělilo, že alkoholová závislost je nemoc jedinců, kteří konzumují alkohol denně. 12,3% probandů uvádí, že alkoholovou závislostí trpí pouze opilci. 18,4 % oslovených respondentů si myslí, že závislost na alkoholu je nemoc, kterou je možno léčit. 26,2% dotázaných uvedlo, že alkoholismus není nemocí, pouze slabostí jedinců, kteří neumí pít alkoholické nápoje tzv. „s mírou“. 26,2% respondentů připisuje alkoholovou závislost projevu slabé vůle člověka a zároveň ji nepovažuje za chorobu.

**Tabulka č. 3. Klíčovou roli při vzniku závislosti na alkoholu hraje:**

- a) touha, bažení, chuť na alkohol
- b) množství konzumovaného alkoholu
- c) časté opíjení se např. 1-2 x týdně
- d) nadměrná konzumace tvrdého alkoholu

Vyjádření:	Počet respondentů	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a)	23	35,4%
b)	25	38,5%
c)	3	4,6%
d)	14	21,5%
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Komentář k tabulce č. 3.

Z tabulky je patrné, že pro 38,5% všech respondentů hraje zásadní roli při vzniku alkoholové závislosti množství konzumovaného alkoholu. 35,4% oslovených uvedlo, že zmíněnou roli při vzniku alkoholové závislosti má touha, bažení a chuť na alkohol. 21,5% probandů tuto roli připisuje nadměrnému množství konzumovaného tvrdého alkoholu a pro 4,6% oslovených je touto rolí časté (1-2x týdně) opíjení se.

**Tabulka č. 4. Závislost na alkoholu (alkoholismus) je problémem především:**

- a) mužů
- b) žen
- c) mládeže
- d) pohlaví ani věk nehraje roli

Vyjádření:	Počet respondentů	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a)	8	12,3%
b)	5	7,7%
c)	2	3,1%
d)	50	76,9%
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Komentář k tabulce č. 4.

Z výsledku vyplývá, že 12,3 % respondentů se domnívá, že závislost na alkoholu je problémem především mužů, 7,7% oslovených uvedlo, že alkoholismus je problémem převážně žen a 3,1% dotázaných si myslí, že alkoholová závislost je problémem především mládeže. 76,9% respondentu se domnívá, že pohlaví a věk není určujícím faktorem alkoholové závislosti.

**Tabulka č. 5. Závislost na alkoholu je závažnější, než závislost na drogách:**

- a) ano, je závažnější
- b) ne, není závažnější
- c) je stejně závažná

Vyjádření:	Počet respondentů	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a)	3	4,6%
b)	11	16,9%
c)	51	78,5%
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Komentář k tabulce č. 5.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 4,6% oslovených se domnívá, že alkoholová závislost je závažnější než závislost na drogách, 16,9 % respondentů uvedlo opak a 78,5 % probandů si myslí, že alkoholová závislost, je stejně závažná, jako závislost na drogách.

**Tabulka č. 6. Jaká si myslíte, že je minimální doporučená doba dobrovolné, ústavní léčby člověka závislého na alkoholu:**

- a) 2 týdny
- b) 5 týdnů
- c) 3 měsíce
- d) 7 měsíců

Vyjádření:	Počet respondentů	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a)	1	1,5%
b)	16	24,6%
c)	25	38,5%
d)	23	35,4%
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Komentář k tabulce č. 6.

Z tabulky vyplývá, že 38,5% oslovených respondentů se domnívá, že minimální doporučená doba dobrovolné, ústavní léčby člověka závislého na alkoholu je tři měsíce. 35,4% dotázaných respondentů si myslí, že minimální, doporučená, ústavní protialkoholní léčby je v délce trvání sedmi měsíců. 24,6% respondentů uvádí pět týdnů a pro 1,5% oslovených je doba trvání zmíněné léčby dvou týdenní.

### Tabulka č. 7. Člověk, který absolvoval protialkoholní léčení:

a) může konzumovat alkohol v malém množství např. 1 pivo za týden

b) může konzumovat alkohol pouze příležitostně a v malém množství např. 2dcl vína na silvestra a v den narozenin

c) nemůže pít alkohol vůbec a měl by doživotně abstinovat

Vyjádření:	Počet respondentů	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a)	5	7,7%
b)	24	36,9%
c)	36	55,4%
<b>Celkem</b>	<b>65%</b>	<b>100%</b>

#### Komentář k tabulce č. 7.

Z tabulky vyplývá, že 7,7% probandů se domnívá, že jedinec, který se protialkoholně léčil, může poté konzumovat alkohol v malém množství (1 pivo za týden). 36,9% všech respondentů uvedlo, že člověk po léčbě alkoholové závislosti, může konzumovat alkoholické nápoje příležitostně (silvestr, den narozenin) a v malém množství (2dcl vína). 55,4% oslovených se domnívá, že jedinec protialkoholně léčený, nemůže pít alkohol vůbec a měl by doživotně abstinovat.

**Tabulka č. 8. Jak se díváte na člověka, který na oslavě narozenin kamaráda abstinguje od alkoholu, protože se protialkoholně léčil:**

- a) je to potvrzením, že je alkoholik
- b) musím si na něj dát pozor
- c) oceňuju ho, má snahu abstinovat
- d) pokládám to za slabost a přehnanou reakci

Vyjádření:	Počet respondentů	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a)	6	9,2%
b)	5	7,7%
c)	34	52,3%
d)	20	30,8%
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Komentář k tabulce č. 8.

Z výsledků šetření je patrné, že 7,7% respondentů uvedlo, že abstinujícího jedince, který, absolvoval protialkoholní léčbu, v rámci narozeninové oslavy vnímá, jako někoho, na koho je třeba si dát si pozor. Pro 9,2% oslovených je abstinující jedinec, který se protialkoholně léčil potvrzením toho, že je alkoholik. 30,8% probandů vnímá abstinenci člověka v rámci narozeninové oslavy za projev slabosti a přehnané reakce. 52,3% dotázaných by člověka abstinujícího od alkoholu na oslavě narozenin, který se protialkoholně léčil, ocenilo, pro snahu abstinovat.

**Tabulka č. 9. Člověkem závislým na alkoholu se může stát ten, kdo preferuje:**

- a) převážně tvrdý alkohol
- b) víno a pivo
- c) nezáleží na tom, jaký alkohol pije

Vyjádření:	Počet respondentů	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a)	24	36,9%
b)	5	7,7%
c)	36	55,4%
<b>Celkem</b>	<b>65%</b>	<b>100%</b>

Komentář k tabulce č 9.

Z tabulky vyplývá, že 7,7% respondentů se domnívá, že člověkem závislým na alkoholu se může stát ten, kdo v konzumaci alkoholu preferuje víno a pivo. 36,9% dotázaných si myslí, že, člověkem závislým na alkoholu se může stát ten, kdo z alkoholických nápojů preferuje převážně tvrdý alkohol a 55,4% probandů uvedlo, že není podstatné, jaký druh alkoholu jedinec pije.



**Tabulka č. 10. Myslíte si, že výrazné zdražení alkoholu, by snížilo počet závislých jedinců na alkoholu?**

a) ano

b) ne

Vyjádření:	Počet respondentů	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a)	2	3,1%
b)	63	96,9%
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Komentář k tabulce č. 10.

Z tabulky vyplývá, že pouze 3,1% respondentů si myslí, že výrazné zdražení alkoholu by snížilo počet jedinců závislých na alkoholu. 96,9% probandů se domnívá, že výrazné zdražení alkoholických nápojů by nebylo příčinou nižšího počtu jedinců závislých na alkoholu.

**Tabulka č. 11. Delirium tremens je:**

a) epileptický záchvat

b) opilost

c) odvykací stav

Vyjádření:	Počet respondentů	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a)	4	6,2%
b)	37	56,9%
c)	24	36,9%
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Komentář k tabulce č 11.

Z tabulky je zřejmé, že 6,2% oslovených respondentů si pod pojmem Delirium tremens představuje epileptický záchvat. 36,9% probandů sdělilo, že Delirium tremens je odvykací stav a 56,9% respondentů uvádí, že Delirium tremens je stav opilosti.

**Tabulka č. 12. Pokud člověk, který je závislý na alkoholu (alkoholik), absolvoval ústavní protialkoholní léčbu v plném rozsahu, poté:**

a) je vyléčen

b) není vyléčen

Vyjádření:	Počet respondentů	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a)	38	58,5%
b)	27	41,5%
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Komentář k tabulce č. 12.

Z výsledků vyplývá, že 41,5% respondentů se domnívá, že člověk závislý na alkoholu, poté co absolvoval ústavní protialkoholní léčbu v plném rozsahu, vyléčen není. 58,5% oslovených probandů uvedlo, že člověk závislý na alkoholu po absolvování protialkoholní léčby v plném rozsahu je vyléčen.

**Tabulka č. 13. Antabus je:**

- a) lék, který vyléčí závislost na alkoholu
- b) lék, který po požití alkoholu způsobí zdravotní potíže
- c) lék, který urychluje odbourávání alkoholu

Vyjádření:	Počet respondentů	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a)	15	23,1%
b)	34	52,3%
c)	16	24,6%
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Komentář k tabulce č. 13.

Z výsledku dotazníkového šetření vyplývá, že 23,1% respondentů se domnívá že, Antabus je lék, který vyléčí závislost na alkoholu. Pro 24,6% probandů Antabus představuje lék, který urychluje odbourání alkoholu. 52,3% oslovených respondentů uvádí, že Antabus je lék, který po požití alkoholického nápoje způsobí zdravotní potíže.

**Tabulka č. 14. Člověk, kterému lékař sdělí, že je závislý na alkoholu, konzumuje alkoholické nápoje:**

- a) denně
- b) 4x týdně
- c) 5x týdně
- d) je záležitostí zcela individuální

Vyjádření:	Počet respondentů	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a)	34	52,3%
b)	6	9,2%
c)	2	3,1%
d)	23	35,4%
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Komentář k tabulce č. 14.

Z tabulky vyplývá, že 3,1% oslovených respondentů se domnívá, že člověk závislý na alkoholu pije alkoholické nápoje 5 x týdně a 9,2% respondentů si myslí, že alkoholik pije alkohol 4x týdně. 35,4% probandů, vedlo, že frekvence konzumovaného alkoholu je v rámci alkoholové závislosti individuální záležitostí. 52,3% dotázaných uvádí, že jedinec závislý na alkoholu konzumuje alkoholické nápoje denně.

**Tabulka č. 15. V případě, že byste byl v roli zaměstnavatele, zaměstnal byste člověka, o kterém víte, že se protialkoholně léčil:**

- a) toto riziko bych nepodstoupil, tedy nezaměstnal
- b) zaměstnal, ale pravidelně bych prováděl dechové zkoušky
- c) zaměstnal jako kohokoli jiného

Vyjádření:	Počet respondentů	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a)	21	32,3%
b)	34	52,3%
c)	10	15,4%
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Komentář k tabulce č 15.

Z tabulky vyplývá, že 15,4% oslovených respondentů, by v roli zaměstnavatele, člověka závislého na alkoholu zaměstnali jako kohokoli jiného. 32,3% dotázaných v roli zaměstnavatele, by jedince, který se protialkoholně léčil, nezaměstnali. 52,3% probandů uvádí, že v roli zaměstnavatele, by jedince, který se protialkoholně léčil, zaměstnali, ale pravidelně by prováděli dechové zkoušky na přítomnost alkoholu.

## 4.5 Testování hypotéz

**Hypotéza č. 1. Nadpoloviční většina oslovených respondentů si myslí, že závislost na alkoholu není nemoc** - tato hypotéza byla verifikována. 64,7% všech respondentů nepovažuje alkoholovou závislost za nemoc. 12,3% probandů uvádí, že alkoholovou závislostí trpí pouze opilci a že není nemocí. 26,2% dotázaných uvedlo, že alkoholismus není nemocí, pouze slabostí jedinců, kteří neumí pít alkoholické nápoje tzv. „s mírou“. 26,2% respondentů připisuje alkoholovou závislost projevu slabé vůle člověka a zároveň ji nepovažuje za chorobu.

**Hypotéza č. 2. Větší část oslovených respondentů se domnívá, že na rozvoji alkoholové závislosti má vliv množství konzumovaného alkoholu** - tato hypotéza byla verifikována. Největší část respondentů 38,5% se domnívá, že zásadní roli při vzniku alkoholové závislosti hraje množství konzumovaného alkoholu.

**Hypotéza č. 3. Většina respondentů se domnívá, že jedinec, poté co absolvoval protialkoholní léčbu, je vyléčen** – tato hypotéza byla verifikována. 58,5% oslovených probandů uvedlo, že člověk závislý na alkoholu po absolvování protialkoholní léčby v plném rozsahu je vyléčen.

**Hypotéza č. 4. Více než polovina respondentů si pod termínem Delirium tremens představuje jedince ve stavu opilosti** – tato hypotéza byla verifikována. 56,9% všech respondentů uvedlo, že Delirium tremens je stav opilosti.

**Hypotéza č. 5. Většina probandů je přesvědčena, že člověk závislý na alkoholu konzumuje alkoholické nápoje denně** - tato hypotéza byla verifikována. 52,3% dotázaných probandů uvedlo, že jedinec závislý na alkoholu konzumuje alkoholické nápoje denně.

**Hypotéza č. 6. Předpokládám, že předchozí protialkoholní léčba je varujícím prvkem a brání k zaměstnávání takto disponovaných jedinců** - tato hypotéza byla verifikována. 32,3% dotázaných v roli zaměstnavatele, by jedince, který se protialkoholně léčil, nezaměstnali. 52,3% probandů uvádí, že v roli zaměstnavatele, by jedince, který se protialkoholně léčil, zaměstnali, ale pravidelně by prováděli dechové zkoušky na přítomnost alkoholu.

## 4.6 Dílčí závěr

V praktické části diplomové práce jsem při zpracování dotazníkového šetření došla k následujícím výsledkům a analýzám. Z šetření vyplývá, že 64,6% všech respondentů zná ze svého okolí jedince, který je závislý na alkoholu. Musím říci, že tento výsledek mě značně překvapil. Vzhledem k níže uvedenému, se však domnívám, že respondenti si jedince závislého na alkoholu představují jako někoho, kdo je z jejich úhlu pohledu často v ebrietě (stavu opilosti).

Pouze 18,4% všech oslovených respondentů uvedlo, že alkoholová závislost je nemoc jako každá jiná. Většina probandů alkoholovou závislost za nemoc nepovažuje, připisuje ji projevu slabosti člověka či jeho slabé vůle. Informovanost respondentů o této chorobě je poměrně zkreslená. 38,5% oslovených se domnívá, že na vzniku alkoholové závislosti má vliv množství konzumovaného alkoholu, 21,5% respondentů specifikovalo druh alkoholického nápoje a uvedlo, že na vznik alkoholové závislosti má vliv množství konzumovaného tvrdého alkoholu. 52,3% respondentů se domnívá, že jedinec závislý na alkoholu konzumuje alkoholické nápoje denně. Což naznačuje poměrně vysokou míru neznalosti příčin a průběhu alkoholové závislosti.

56,9% respondentů uvedlo, že Delirium tremens je stav opilosti. Myslím si, že většina respondentů má tento termín spojen pouze s jedním z projevů choroby, a to se zrakovými halucinacemi (vidění bílých myšek) nikoliv však jako, vynucenou abstinencí alkoholového odvykacího stavu.

Závislost na alkoholu je nemoc lze ji léčit nelze však vyléčit. Chorobu lze přirovnat k diabetu. Oba nositele zmíněných chorob by v rámci prevence dekompenzace zdravotního stavu měli dodržovat doživotně určitá omezení. Zjednodušeně lze říci, že „diabetik“ by měl korigovat příjem potravin a alkoholik doživotně abstinovat. 58,5% všech respondentů uvedlo, že jedinec, který absolvoval protialkoholní léčbu, je vyléčen. Usuzuji tedy, že většina oslovených nemá informace o tom, že jedinec závislý na alkoholu nad ním prokazatelně ztratil kontrolu, kterou nelze již nikdy získat zpět.

Celkově lze výsledky tohoto dotazníkového šetření shrnout do konstatování, že dosavadní informovanost laické veřejnosti o příčinách, projevech a důsledcích alkoholové závislosti je poměrně nedostatečná a zkreslená. Což může vést k přehlížení



časných vývojových stadií i k rezignaci nad stadii pokročilými a tím v podstatě ke zbytečným celospolečenským škodám.

Všichni oslovení respondenti byli lidé starší 18-ti let. Troufám si říci, že když ne všichni, tak téměř všichni probandí během svého života alkoholový nápoj již konzumovali. V roce 2011 byl proveden odhad prevalence rizikových vzorců užívání alkoholu zjištěných pomocí nástroje AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), ve dvou studiích v průzkumu obecné populace na vzorku 1326 osob a dále mezi 2589 pacienty praktických lékařů v pilotním projektu testování metod krátké intervence u rizikového nebo intenzivního užívání alkoholu. Po přepočtu na počet obyvatel České republiky ve věku 18 – 64 let lze počet osob užívajících alkohol rizikově či škodlivě odhadnout na 990 000 až 1,4 milionu. Z toho 800 000 až 1 milion mužů a 220 až 320 000 žen a počet osob ve značném riziku závislosti či závislých na alkoholu na 50 – 150 000 osob (z toho 40 – 135 000 mužů a 7 – 10 000 žen). Mravčík, vedoucí Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, výsledky komentoval: „Jde o obrovská čísla znamenající výrazný veřejnězdravotní problém.“<sup>154</sup>

---

<sup>154</sup> MRAVČÍK, V. Výroční zpráva upozorňuje na nebezpečí abúzu alkoholu a konopí. *Zdravotnické noviny*, ročník 60, číslo 49 – 50, prosinec 2011, 3 s.

## Závěr

Cílem teoretické části diplomové práce byla deskripce alkoholové závislosti zmapování možných příčin vzniku a rodinných faktorů, které se mohou na vzniku alkoholové závislosti podílet. Po přehledu modelů vzniku alkoholové závislosti a vývojových teorií vzniku závislosti, nelze jednoznačně říci, že jedna z uvedených teorií je tou pravou. Domnívám se, že zcela jasně vymežit a definovat příčinu vzniku alkoholové závislosti, je značně obtížné, ne-li nemožné. Důvodem je především existence nejrůznějších prvků a rodinných faktorů v životě člověka, které mohou mít na vznik alkoholové závislosti podíl a které nelze jednoznačně určit a vymežit. Poněkud bližší se jeví představa, která naznačuje, že obdobně jako u řeky, kde soutok mnoha dílčích přítoků vytváří hlavní proud, je tomu i u vzniku alkoholové závislosti.

Příčiny toho, proč u některých lidí vzniká závislost na alkoholu, a jiní konzumují alkohol byť v podobném množství bez problémů celý život, mohou být jednak vnitřní - psychologické či biologické, jednak vnější - sociální. Dlouhotrvající nadměrné pití, ať už jsou v podstatě jeho příčiny jakékoliv, způsobuje adaptaci buněk organismu na trvalý přívod alkoholu a postupný rozvoj alkoholové závislosti. Rychlost „vypěstování“ alkoholové závislosti je závislá kromě jiného především na způsobu zneužití alkoholu. Čím dříve začne člověk alkohol užívat s cílem ovlivnit svou psychiku, tím rychleji závislost vzniká. Touto „cestou“, kterou se lze dostat od „nevinného“ popíjení alkoholu k chronické závislosti na alkoholu jsem demonstrovala na Jellinekově klasifikaci alkoholové závislosti.

Zjednodušeně lze říci, že závislost na alkoholu znamená být alkoholem posedlý, ztročený, zbavený vnitřní svobody a nakonec třeba i osobní bezúhonnosti. Bez „zápasu“ o překonání této závislosti často čeká takového jedince zkáza a osobnostní degradace. Člověk závislý na alkoholu se v podstatě postupně „propije“ do fáze, kdy je se svými silami v koncích a jediným zdrojem sil mu zůstal alkohol. Takto nemocný člověk potřebuje pomoc, na svou nemoc svými silami již prostě nestačí. Potřebuje protialkoholní léčbu.

Léčba alkoholové závislosti je po překonání akutních somatických a psychických komplikací dobrovolná, režimová a vesměs v délce trvání tří měsíců. Celá léčba je smysluplně propojený celek a využívá řadu terapeutických postupů.

Zvláště užitečná je psychoterapie, kognitivně behaviorální postupy a rodinná terapie. Jednotlivé fáze a významné cíle během léčby alkoholové závislosti jsem demonstrovala na základě deskripce léčby závislostí na protialkoholním oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava.

Mnozí abstinující závislý považují za podstatný a pozitivní přínos v léčbě to, že si během ní osvojují pravidelnost a smysl pro pořádek. Negativním jevem v léčbě závislostí je obava, strach klientů ze sociální interakce s laickou veřejností. Jejich obavy vesměs vyplývají z vlastních zkušeností, které „nasbírali“ již během hospitalizace v rámci resocializačních víkendových dovolenek.

Pro výše uvedené bylo v praktické části diplomové práce cílem prostřednictvím metody dotazníkového šetření zjistit povědomí a informovanost veřejnosti o alkoholové závislosti.

Z výsledků dotazníkového šetření je zřejmé, což konstatuji s určitým znepokojením, že povědomí veřejnosti o problematice alkoholové závislosti je poměrně nedostatečné a zkreslené. Laická veřejnost nepovažuje závislost za chorobu, za příčinu vzniku alkoholové závislosti považuje množství konzumovaného alkoholu a jedince závislého si představuje, jako někoho kdo pije alkohol denně. Myslím si, že laická veřejnost člověka závislého posuzuje, jako by se dostal do problémů jen svým vlastním přičiněním, svou vlastní vinou a že kdyby postižený chtěl, tak si pomůže sám.

Domnívám se, že neznalost problematiky a nedostatečné či zkreslené informace o alkoholové závislosti mohou být jednou z příčin negativních postojů veřejnosti v interakci s jedincem závislým na alkoholu. Myslím si, že důvodem je zřejmě skutečnost, že vzdělávání o zneužívání alkoholu nebylo příliš zdařile integrováno do škol a bylo pouze součástí občanské nauky.

Dosažená zjištění uvedeného realizovaného dotazníkového šetření nelze přeceňovat a vyvozovat z nich jednoznačné závěry nebo zobecnění, přesto naznačují určité tendence o povědomí veřejnosti ve vztahu k alkoholové závislosti. Je zřejmé, že na informovanosti a povědomí lidí má vliv mnoho činitelů. V dotazníkovém šetření bylo možné položit jiné otázky, než ty, které jsou zde zvoleny. Šetření bylo též realizováno v časoprostorově omezené mikroúrovni. Z uvedených důvodů vyplývá,

že nelze zcela zajistit objektivitu výsledků dotazníkového šetření, což nebylo vytyčeno ani jako cíl práce.

Přesto se domnívám, že výsledky dotazníkového šetření by mohly přispět k tvorbě metodik spojených s tvorbou školních vzdělávacích programů. Domnívám se, že školní osnovy – od základních škol až po školy vysoké – by měli zahrnovat vhodné informace o alkoholu a měli by být předávány způsobem, který má co možná největší „dopad“ na žáka či studenta. Myslím si, že tradiční formy vzdělávání ovlivnit chování v pití alkoholu, postoj k člověku závislému a znalost problematiky jsou nedostačující. Edukaci je třeba především zaměřit na získávání společenských dovedností, soustřeďující se na vybavení lidí technikami, které jim umožní vyvinout repertoár strategií, jak si poradit s předvídatelnými situacemi v souvislosti s pitím alkoholu a vnímáním člověka závislého na alkoholu.

Další využití tohoto šetření spatřuji v přispění a zkvalitnění obsahu edukačních skupin v rámci protialkoholního oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava. Především v efektivnější přípravě a nácviku komunikačních strategií klientů závislých v interakci s laickou veřejností.

Využitelnost též spatřuji v možnostech předávání cílených informací o alkoholové závislosti z řad profesionálů v pomáhajících profesích či odborné veřejnosti těm, kteří mají s konzumací návykových látek problémy. Protože oni jsou často prvními „odborníky“, kteří mohou rozpoznat časné vývojové stadium závažné choroby a přispět tak k prevenci rozvoje závislosti.

## **Resumé**

Diplomová práce se věnuje problematice alkoholové závislosti a její léčbě. Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a praktickou.

Teoretická část obsahuje tři kapitoly. První kapitola je věnována charakteristice alkoholu. V druhé kapitole je popsána alkoholová závislost, její možné modely a vývojové teorie vzniku. V této kapitole je též popsán syndrom alkoholové závislosti a deskripce somatických, psychických a sociálních komplikací alkoholové závislosti. Třetí kapitola je věnována problematice léčby alkoholové závislosti v souvislosti s psychoterapeutickými přístupy a možnostmi působení rodinné terapie. V třetí kapitole je též popsána léčba alkoholové závislosti v rámci protialkoholního oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava a možnosti doléčování jedinců závislých na alkoholu.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na zjištění povědomí veřejnosti o alkoholové závislosti.

## **Anotace a klíčová slova**

### **Anotace**

Diplomová práce se zabývá problematikou alkoholové závislosti. Hlavní náplň práce tvoří deskripce alkoholové závislosti a její možné modely vzniku. Nemalá část je věnována léčbě alkoholové závislosti v obecných východiscích a v souvislosti s léčbou v rámci protialkoholního oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava. Součástí diplomové práce je dotazníkové šetření – povědomí veřejnosti o alkoholové závislosti.

### **Klíčová slova**

Alkohol, opilost, alkoholová závislost, modely vzniku závislosti, vývojové teorie, syndrom závislosti, komplikace, léčba, psychoterapie, rodinná terapie, psychiatrická léčebna, protialkoholní oddělení, dotazníkové šetření.

### **Annotation**

Thesis is dealing with alcohol addiction problems. The main content of the thesis is consisted of alcohol addiction description and its possible models of origin. Considerable part is dedicated to therapy of alcohol addiction in general solutions and in connection with treatment within anti-alcohol ward Mental hospital in Jihlava. Part of thesis is questionnaire survey – awareness the public about alcohol addiction.

### **Keywords**

Alcohol, drunkenness, alcohol addiction, models of origin addiction, development theory, addiction syndrome, complication, treatment, psychotherapy, family therapy, mental hospital, anti-alcohol ward, questionnaire survey.

## Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4
2. DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 356 s. ISBN 80-7169-628-5
3. EDWARDS, G. *Záhadná molekula*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 2004, 209 s. ISBN 80-7106-696-6
4. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 160 s. ISBN 978-80-247-2207-8
5. GÖHLERT, F. CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. München: Alinea, 2001, 144 s. ISBN 80-7202-950-9
6. HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996, 168 s. ISBN 80-7169-277-8
7. HOSEK, J. *Sám proti alkoholu*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998, 184 s. ISBN 80-7169-624-2
8. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002, 895 s. ISBN 80-900130-1-5
9. JANOŠÍKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J. L. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivosť Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1999, 551 s. ISBN 80-8063-017-8
10. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 225 s. ISBN 80-7013-390-2
11. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6
12. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6
13. KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0
14. KALINA, K. *Terapeutické komunity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 400 s. ISBN 978-80-247-2449-2

15. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2002, 392 s. ISBN 80-7178-657-8
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 280 s. ISBN 80-7178-551-2
17. KUNDERA, S. a kol. *Klinika alkoholizmu*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1988, 248 s. 70-020-88 KAL
18. MACHALOVÁ, M. *Dialógy o závislostech*. 1. vyd. Bratislava: Interlingua, 2010, 240 s. ISBN 978-80-970370-9-3
19. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6
20. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize*. 1. vyd. Praha: Bomton, 2008, ISBN 978-80-904259-0-3
21. MIKOTA, V. *O ovlivňování duševních chorob*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1995, 140 s. ISBN 80-901601-4-X
22. MÜHLPACHR, P. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 194 s. ISBN 978-80-210-450-7
23. NAGY, J. Alcohol dependence at the cellular level: effects of ethanol on calcium homeostasis of IM-9 human lymphoblast cells. *J Stud Alcohol*, 2000, 61, No 2, 225-31.
24. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996, 203 s. ISBN 80-85121-52-2
25. NEŠPOR, K. *Zůstat strážlivý*. 1. vyd. Brno: Host, 2006, 236 s. ISBN 80-7294-206-9
26. PRAŠKO, J. a kol. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7
27. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M. a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-80-7254-865-1
28. PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 479 s. ISBN 80-7169-766-4
29. RABOUCHE, J. a kol. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III*. 2. vyd. Brno: Tribun EU, 2010, 268 s. ISBN 978-80-7399-984-1



30. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001, 622 s. ISBN 80-7262-140-8
31. ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 264 s. ISBN 80-7169-836-9
32. SATIR, V. *Společná terapie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 214 s. ISBN 978-80-7367-303-1
33. SHAPIRO, H. *Drogy*. 1. vyd. Praha: Svojtka a Co., s. r. o., 2005, 360 s. ISBN 80-7352-295-0
34. SKÁLA, J. *Až na dno!?*. 4. vyd. Praha: Avicenum, 1988, 139 s. ISBN 08-045-88
35. SOURIA, J. *Dějiny pijáctví*. 1. vyd. Praha: Garamond s. r. o., 1999, 299 s. ISBN 80-86379-01-9
36. SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 316 s. ISBN 80-7367-154-9
37. VÁLKOVÁ, H., ŠEDIVÝ, V. *Lidé, alkohol, drogy*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1988, 158 s. ISBN 28-049-88
38. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3
39. VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: J. Kocourek, 1997, 295 s. ISBN 80-86123-02-2
40. VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004, 339 s. ISBN 80-247-0723-3
41. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996, 206 s. ISBN 80-7184-206-6

## **Seriálové publikace**

1. KUBIČKA, L. Postoje k funkcím alkoholického nápoje a jejich vztah ke konzumnímu chování dospělých mužů a žen: prospektivní studie. *Československá psychologie*, Praha: Psychologický ústav AV ČR v Akademii, 2006/L/1, 104 s. ISSN 0009-062X
2. MRAVČÍK, V. Výroční zpráva upozorňuje na nebezpečí abúzu alkoholu a konopí. *Zdravotnické noviny*, ročník 60, číslo 49 – 50, prosinec 2011, 8 s.

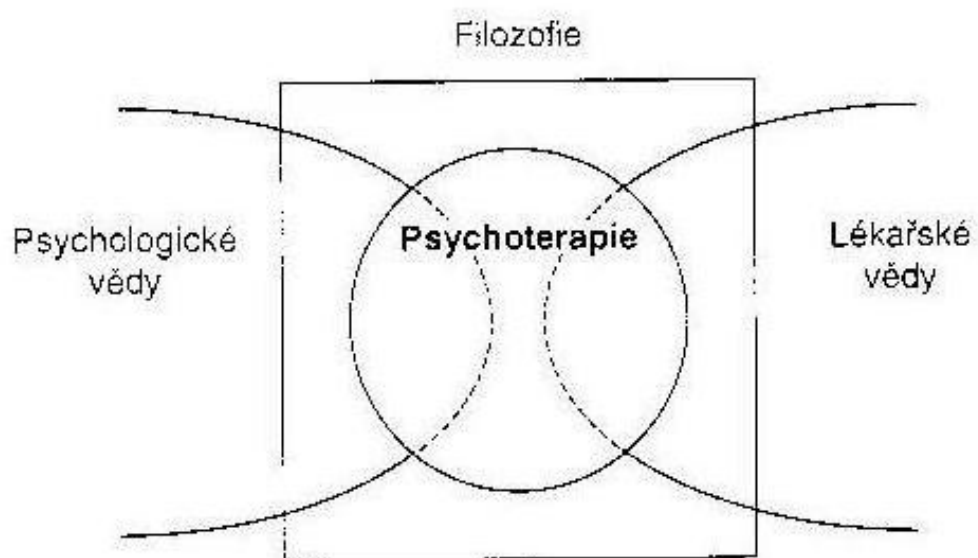
3. NEŠPOR, K., MATANELLI, O. Životní styl a návykové nemoci. *Bulletin Národní protidrogové centrály*, Praha: Národní protidrogová centrála, 2011/3, 72 s. ISSN 1211-8834
4. RADIMECKÝ, J. Jeden krok vpřed a dva vzad ...? Aneb kritika konceptu závislosti jako nemoci. *Adiktologie supplementum*, Tišnov: Sdružení SCAN, 2007/7/2, 120 s. ISSN 1213-3841
5. ŠKAŘUPOVÁ, K. Průzkumy zaměřené na užívání drog. *Zaostřeno na drogy 2*, Praha: Úřad vlády České republiky, 2010/2, 12 s. ISSN 1214-1089

## Seznam příloh

Příloha č. 1: Psychoterapie a ostatní vědy.	1
Příloha č. 2: Antabus.	2
Příloha č. 3: Týdenní terapeutický harmonogram protialkoholního oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava.	3
Příloha č. 4: Alkohol – antabusová reakce.	4
Příloha č. 5: Červené a žluté karty jako nástroj hodnocení klientů na protialkoholním oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava.	6
Příloha č. 6: Dvanáct kroků Anonymních alkoholiků.	7
Příloha č. 7: Sdružení Anonymních alkoholiků v České republice.	8
Příloha č. 8: Následná péče Jihlava.	9
Příloha č. 9: Občanské sdružení Lotos Brno.	11
Příloha č. 10: A kluby, terapeutické centrum Rokycanova Brno.	13
Příloha č. 11: Dotazník – Povědomí veřejnosti o alkoholové závislosti.	15
Příloha č. 12: Informační leták k problematice závislostí pro pacienty Psychiatrické léčebny Jihlava a veřejnost.	20

## Příloha č. 1

### Psychoterapie a ostatní vědy



## Příloha č. 2

### Antabus



Příloha č. 3

Týdenní terapeutický harmonogram protialkoholního oddělení  
Psychiatrické léčebny Jihlava.

PONĚDĚLÍ	ÚTERÝ	STŘEDA	ČTVRTEK	PÁTEK	SOBOTA	NEDĚLE
6:15 Budiček 6:30-6:45 Rozcvička (terapeutky) 7:00-7:15 Rajóny 7:15-7:30 Snídaně 7:40 Porada samospr.s TT 7:45-8:30 Ranní komunita	6:15 Budiček 6:30-6:45 Rozcvička (terapeutky) 7:00-7:15 Rajóny 7:15-7:30 Snídaně 7:40 Porada samospr.s TT 7:45- 8:30 Ranní komunita	6:15 Budiček 6:30-6:45 Společná rozcvička (terapeutky) 7:00-7:15 Rajóny 7:15-7:30 Snídaně 7:40 Porada samospr.s TT 7:45- 8:30 Ranní komunita	6:15 Budiček 6:30-6:45 Rozcvička (terapeutky) 7:00-7:15 Rajóny 7:15-7:30 Snídaně 7:40 Porada samospr.s TT 7:45-9:45Ranní komunita + volná tribuna	6:15 Budiček 6:30-6:45 Rozcvička (terapeutky) 7:00-7:15 Rajóny 7:15-7:30 Snídaně 7:40 Porada samospr.s TT 7:45-9:45Ranní komunita	7:00 Budiček 7:15 Snídaně	7:00 Budiček 7:15 Snídaně
9:00-10:30 Prac. terapie II.sk. (Podloucká) PT III.sk. (psycholog+terapeut) Individuální PT 9:30-10:45 Motivačně-edukační I.sk. (MUDr. Váchová, Trojan)	9:00-10:30 Edukační I.sk. (terapeutky) Keramika II.,III.sk. (Lupačová, Mrázková) Prac. terapie II.,III.sk. (Podloucká) Individuální PT	9:00-10:30 PT III.sk. (psycholog+terapeut.) Prac. terapie II.sk. (Podloucká) 9:45-10:45 I.sk. - Sk. sociálněprávních dovedností (soc. sestra Ochmanová)	9:30-10:50 Divadlo (1x za 14 dní) Tematická skupina (1x za 14 dní-dle aktuálních potřeb komunity) 10:00-11:15 Prac. terapie I, II, III.sk. (Podloucká) Individuální PT	9:30-10:50 Motivačně-edukační I.sk. (Trojan) Prac. terapie II.sk. (Podloucká) PT III.sk. (psycholog+terapeut)	7:45-8:00 Prádló 8:00-9:30 Prac. terapie+koně	
11:00-11:20 Relaxace 11:30-12:00 Oběd	10:50-11:20 Relaxace 11:30-12:00 Oběd	10:45-11:30 PoradaTT 11:30-12:00 Oběd	11:30-12:00 Oběd	11:00-11:20 Relaxace 11:30-12:00 Oběd	11:30 Oběd	11:30 Oběd
13:00-14:30 Prac. terapie I.sk. (Trojan) Životopisná II.sk. (Zvěďdílková) Arte sk.-III.sk. (Mgr. Štěpánek-stacionář)	12:45-13:00 Antabus+ščitání pacientů 13:00-14:30 Životopisná II.sk. (Haber mannová/psycholog) Posilovna a rehab. tělocvik	13:00-14:30 Životopisná II.sk. (Zvěďdílková/Mgr.Štěpánek) PT sk. s hlinou (Jiríšťová/Mrázková-keramická dílna) Prac. terapie I., III. sk. (Podloucká/Trojan)	13:00-13:50 Sk. sociálních dovedností pro ženy (Haber mannová) Prac. terapie I. II.,III.sk. (Podloucká/Trojan) 14:00-14:30 Relaxace 14:30-15:30 muzikoterapie	12:45-13:00 Antabus+ščitání pacientů 13:30 Úklid pracoven - 8pac. (Podloucká+terapeut) Úklid stacionáře - 2 pac.	13:00-17:0 Možnost sledovat TV, DVD	13:00-17:0 Možnost sledovat TV, DVD
15:00-16:00 Osobní volno 15:00-16:30 Posilovna nebo vycházka (Trojan) 16:00-17:00 Pac. progr.	15:00-16:00 Osobní volno 15:00-17:00 Keramika 16:00-17:00 Pac. progr.	15:00-17:00 Osobní volno, nebo díratkování 15:00-16:00 Možnost volejbalu 17:30-19:00 Možnost společné vycházky bez personálu II.,III.sk.	15:00-16:00 Osobní volno 15:00-16:30 Posilovna nebo vycházka (terapeut) 16:00-17:00 Pac. progr.	15:00-16:00 Osobní volno 16:00-17:00 Pac. progr.		
17:00-17:30 Večeře 17:30-18:00 Več. úklid 19:15 Pohovor se starostou 22:00 Večeřka	17:00-17:30 Večeře 17:30-18:00 Več. úklid 18:00-20:30 AA, min. 5 osob 19:15 Ščitání pacientů	17:00-17:30 Večeře 17:30-18:00 Več. úklid 19:15 Ščitání pacientů 22:00 Večeřka	17:00-17:30 Večeře 17:30-18:00 Več. úklid 18:00-20:30 AA, do 5ti osob 19:15 Ščitání pacientů 22:00 Večeřka	17:00-17:30 Večeře 17:30-18:00 Več. úklid 19:15 Ščitání pacientů 23:00 Večeřka	17:00 Večeře 22:00 Večeřka	17:00 Večeře 22:00 Večeřka

## Příloha č. 4

### Alkohol – antabusová reakce

#### ANTABUS-ALKOHOLOVÁ REAKCE A NÁSLEDNÁ DLOUHODOBÁ LÉČBA ANTABUSEM

Na základě diagnostikování závislosti na alkoholu či nadužívání alkoholu Vám byla lékařem doporučena senzibilizační léčba Antabusem (účinná látka disulfiram). Před zahájením takové léčby je žádoucí prodělání Antabus-alkoholové reakce.

**Antabus alkoholová reakce (dále jen AAR)** je úkon, při kterém požití na definované množství Antabusu definované množství alkoholu. V případě reakcí v PLJ budete připraveni obvykle 3 denním bráním Antabusu v dávce 2 tablet, na kterou vám bude podáno 1 10 st. pivo – o dávce rozhodne lékař na základě Vašeho zdravotního stavu. Ve Vašem těle bude Antabus blokovat obvyklou cestu odbourávání alkoholu a místo toho se v těle bude hromadit acetaldehyd. Acetaldehyd může způsobovat řadu tělesných a duševních příznaků – zčervenání, překrvení spojivek, bolest hlavy, nucení na zvracení až zvracení, dušnost, kolísání krevního tlaku (výjimečně až kolaps z jeho poklesu). Zcela výjimečně může dojít k poruchám srdečního rytmu, ke křečím či mozkovému krvácení – zejména při vysokých dávkách alkoholu při přepíjení Antabusu ambulantně! Při reakcích ve zdravotnickém zařízení budete neustále pod dohledem zdravotnického proškoleného personálu, budou Vám monitorovány životní funkce. Průběh AAR obvykle bývá provázen začervenaním, bolestmi hlavy, dušností a nevolnostmi a končí únavou až spánkem. Po reakcích proto budete uloženi do lůžka do plné stabilizace. Ambulanci můžete opustit až při negativním Altestu, obvykle 3-4 hodiny od začátku reakcí. Doporučujeme Vám po zbytek dne nenáročný režim. Cestovat z výkonu doporučujeme hromadnými prostředky nebo zajištěným odvozem – možné přetrvávání ospalosti, únavy, bolestí hlavy, zhoršeného soustředění.

**Speciální upozornění:** Při užívání Antabusu může konzumace většího množství alkoholu vést k nevratným poruchám, v krajním případě ke smrti!

#### **Příprava před samotnou AAR:**

Právě kvůli možným komplikacím přepití Antabusu ambulantně je možné léčit Antabusem pouze zdravého člověka. Hromadící se acetaldehyd zvyšuje riziko i velmi závažných komplikací u lidí s určitými nemocemi.

Požadujeme tedy provedení vyšetření krve s krevním obrazem, glykemií, jaterními testy, urea, kreatinin, ionty, a následné interní vyšetření s vyjádřením internisty k možným kontraindikacím provedení AAR. U pacientů nad 40 let požadujeme i provedení EKG.

Při schválení AAR pak v pondělí a úterý před reakcí dostanete u svého lékaře 2 tbl Antabusu, ve středu – den provedení samotné AAR - v 8.00 se dostavíte na ambulanci 8A PL Jihlava, kde bude podána poslední dávka Antabusu, změřen krevní tlak a puls, bude zhodnocen aktuální zdravotní stav lékařem provádějícím reakce.

Doporučujeme noc před reakcí řádný spánek, rozhodně ne noční směnu, od půlnoci pak nejíst, nepít kávu, nekouřit. Menší množství čisté vody povoleno.

Pravidelnou medikaci doporučujeme požit 2 hodiny před výkonem.

**Kontraindikace Antabusu :** Nekompenzovaná srdeční nedostatečnost, psychózy, těhotenství, kojení, přecitlivělost na léčivou látku nebo kteroukoli pomocnou látku a léková závislost.

Užívání Antabusu nedoporučujeme u závažnějších onemocnění ledvin, jater nebo dýchacího

systemu, těžší cukrovky, epilepsie (netýká se alkoholové epilepsie), periferní neuropatie, hypothyreózy, nevratného poškození mozku, alergické kontaktní dermatitidy, při ischemické chorobě srdeční a v případě cévní mozkové příhody v anamnéze.

**Nežádoucí účinky** Na počátku léčby Antabusem je běžný výskyt ospalosti a únavy. Většinou vymizí do 3 týdnů. Objevit se může také nevolnost, nauzea, zvracení, kovová pachuť v ústech a snížené libido. Jsou-li nežádoucí účinky výrazné, měla by se dávka snížit.

U pacientů léčených Antabusem byly vzácně pozorovány psychotické reakce, periferní neuropatie, stavy deprese, bolesti hlavy, neuritida optického nervu, encefalopatie, alergické reakce (kožní vyrážky) a poškození jaterních buněk. Tyto reakce jsou zcela ojedinělé.

#### **Interakce Antabusu s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce**

Antabus ovlivňuje hladiny u mnoha léčiv, včetně paraaldehydu, fenytoinu, barbiturátů, amfetaminů, morfinu, diazepamu, rifampicinu, chlordiasepoxidu a perorálních hypoglykemik, což vede ke zvýšení jejich hladin a toxicity.

Antabus zvyšuje aktivitu přípravků proti srážení krve kumarinového typu.

Současné užití Antabus s izoniazidem může vést ke zvýšení nežádoucích účinků v oblasti CNS (závratě, poruchy koordinace, podrážděnost, nespavost).

Současné užití Antabusu s metronidazolem může vést ke zmatenosti až psychotickým reakcím.

Z těchto důvodů každého lékaře vždy informujte o braní Antabusu

**Alternativy výkonu:** Jedná se o jediný typ averzivní léčby. Na trhu jsou ještě anticravingové látky acamprosat a naltrexon, které fungují ale na jiném principu – potlačení bažení.

**Podávání Antabusu:** Rozhodnete-li se po AAR pro pravidelné braní Antabusu, stačí díky jeho dlouhému poločasů vylučování brát Antabus 2x týdně. Dávku určí lékař, obvykle 1 tableta 2x týdně. Délka podávání – doporučujeme délku jednoho roku, o jeho vysazení se vždy domluvíte se svým lékařem. Antabus se nepodává při horečnatých onemocněních, je vhodné jej vysadit před plánovanými např. chirurgickými výkony – poradíte se se svým lékařem konkrétně. Díky dlouhému poločasů vylučování může AAR nastoupit ještě 2-4 týdny po vysazení. Při braní Antabusu doporučujeme se vyvarovat alkoholu obecně – tedy i v lékových formách: kapky na kašel, obličejové vody, dezinfekce na chirurgii...či ve formě kosmetických přípravků.



## Příloha č. 5

Červené a žluté karty jako nástroj hodnocení klientů na protialkoholním oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava.



## **Příloha č. 6**

### **Dvanáct kroků Anonymních alkoholiků.**

- 1) Přiznali jsme si svoji bezmocnost vůči alkoholu, naše životy začaly být neovladatelné.
- 2) Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše, může obnovit naše duševní zdraví.
- 3) Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho chápeme my sami.
- 4) Provedli jsme důkladnou a nebojácnou inventuru a revizi sami sebe.
- 5) Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiným lidským bytostem přesnou povahu a opravdovou skutečnost svých chyb.
- 6) Byli jsme zcela svolni a povolni k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
- 7) Pokorně jsme ho požádali, aby naše zmíněné nedostatky odstranil.
- 8) Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme vynahradit.
- 9) Rozhodli jsme se provádět tyto nápravy ve všech případech, kdy to situace dovolí, s výjimkou těch situací, kdy by takové počínání druhým lidem ublížilo.
- 10) Pokračovali jsme v provádění morální a osobní inventury, a když jsme pochybili, pohotově a včas jsme to přiznali.
- 11) Pomocí motlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostávalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.
- 12) Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se spirituálně probudili, snažili jsme se předávat a posílat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech.

## Příloha č. 7

# Sdružení Anonymních alkoholiků v České republice

### Jeseník – skupina

Dukelská 456 (vchod ze střešnice) Jeseník

**Pá 17:30**

Kontakt: Karel mob. 723 518 035

### Zlín – skupina

Modlitebna Adventistů 7. dne, Tyršova 1108, Zlín-Malenovice

**St 17:30**

Kontakt: Mírek 602 563 494

### Teplice – skupina

Kontaktní centrum WHITE LIGHT1, Doubravská 122/5,  
41501 Teplice - Trnovany

**Út 17:00**

Kontakt: Emil mob. 607 221 666

### Písek – skupina „Našli jsme se“

Fügnicrovo nám. 48, 397 01 Písek

**Po 18:00**

Kontakt: Míra 607 920 358, Vlasta 382 522 754

### České Budějovice – skupina „Lepší život“

Dům sv. Pavla, Riegrova 32, České Budějovice

**Čt 17:00**

Kontakt: Líba tel. 724 920 318

### Kancelář všeobecných služeb AA

Adresa: Na poříčí 16 – 110 00 Praha 1- Nové Město, tel.: 224 818 247

e-mail: [aacesko@seznam.cz](mailto:aacesko@seznam.cz) web: [www.sweb.cz/aacesko](http://www.sweb.cz/aacesko)

### Seznam setkání Anonymních alkoholiků v ČR:

#### Praha – Na poříčí 16, Praha 1 – Nové Město

Skupina den čas

„Jak to vidí Bill“ **Po 17:30**

„Serenity“ **Út 17:30**

„Modrá kniha AA“ **St 17:30**

„Ženy“ **St 19:00**

„Rotunda“ **Čt 17:30**

„12 kroků AA“ **Pá 17:30**

„Denní zamyšlení“ **So 17:30**

„12 tradic AA“ **Ne 19:00**

„Barrandov“, Kotevní 11, Praha 5 – Smíchov (nedaleko smíchovského nádraží – tramvajová zastávka „Plzeňka“)

**St 19:00**

**Čt 19:00**

Kontakt: Augustín mob. 777 581 581

#### Brno – skupina „Fénix“

Křenová 62A, 1.p., Brno

**Po 17:30**

**St 18:30**

Kontakty: Ladka mob. 731 588 017, Marcela 603 912 486

#### Tábor – skupina „Nová cesta“

Žižkovo nám. 6, Tábor 390 01

**St 17:30**

Kontakty: Jan tel.: 381 278 116, mob. 721 308 490; Jiří tel.: 381 292 196, 381 291 304, mob. 721 247 477

### Ostrava –

#### skupina „Antracit“

Domov sester, 3.p., ul. 17 listopadu 1790, Ostrava-Poruba 708 00

**Po 16:30**

Kontakt: Dana tel.: 596 913 614, mob. 737 985 774

#### skupina „Naděje“

Výstavní 10, Ostrava-Mariánské Hory 709 00

**St 16:00**

Kontakt: Štefan mob. 737 129 017, Blanka 776 295 236

#### skupina „Radost“

Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského

Pustkovecká 31/29, 708 00 Ostrava – Pustkovec

**Čt 18:30**

Kontakt: Martin 737 072 019, Martin T. 603 252 988

#### Skupina

Sokolská tř. 81, Ostrava 1

**Pa 18:00**

Kontakt: Štefan 737 129 017

#### Havířov – skupina „Správný směr“

Ubytovna Armády spásy, Pod svahem 1, Havířov – Šumbark

**Každý lichý týden Čt 16:00**

Kontakt: Standa 776 216 058

#### Orlová – skupina „Krok“

K-centrum, Energetiků 940, Orlová-Lutyně 735 14

**Út 16:00**

Kontakt: Dana mob. 604 974 212

#### Karlovy Vary – skupina „Hvězda“

Denní centrum Armády spásy, Jugoslávská 16, Karlovy Vary 360 01

**Út 18:30**

Kontakt: Jarka mob. 608 371 442, Miluška tel. 353 236 545, Pepík mobil 604 564 470

#### Mělník – skupina „Svit“

Nemocnice Podolí, ordin. AT, Bezručova 715, Mělník 276 01

**Út 17:30**

Kontakty: Jarmila mob. 603 807 488, Vláďa 735 249 249

#### Pelhřimov – skupina „Funguje to“

Českobratrská církev evangelická, Růžová 82, Pelhřimov 393 01

**Po 17:00**

Kontakty: Jana mob. 602 933 376, Marie mob. 724 090 059

#### Plzeň – skupina

Farní úřad Českobratrské církve, Němejcova 2, Plzeň-Jižní předměstí

320 00, tel. 377 673 908

**Čt 19:00**

Kontakty: Petra tel. 377 242 584, mob. 728 061 416

#### Pacov – skupina „Jak na to“

Charita, Nám. Svobody 2, 395 01 Pacov

**Čt 17:00**

Kontakt: Pavel mob. 731 114 534, Ivana mob. 737 746 826

#### Soběslav – skupina „Lužnice“

Kulturní dům Národ – klubovna

**Út 18:00**

Kontakty: Bohuslav tel. 606 852 148

#### Jihlava – skupina „Pouze dnes“

SOS sociální, Fibichova 67, Jihlava

**Čt 18:30**

Kontakty: Láďa tel. 567 333 517, mob. 605 345 697

#### Liberec – skupina „Suchou nohou“

Jazyková škola, Husova 1, Liberec

**St 18:15**

Kontakty: Rudka tel. 728 169 724, Blanka 776 013 63



#### Motto:

„Cesta zpět k plnohodnotnému životu bez drog“

**Následná péče** je ambulantní doléčovací program, který pomáhá osobám po ukončení léčby závislosti vytvářet takové podmínky, aby mohly úspěšně abstinovat a začlenit se zpět do běžného života. A dále všem osobám, jejichž blízcí se potýkají se závislostí.

#### Komu je tato služba určena:

- osobám s anamnézou závislosti na návykových látkách, které abstinnují
- doporučená doba abstinence je minimálně 3 měsíce
- osobám motivovaným k životu bez drog
- osoby blízké závislých na návykových látkách

#### Co vám můžeme nabídnout:

Poskytujeme program intenzivního ambulantního doléčování každému „šitý na míru“. Program je sestaven na 6 až 8 měsíců a obsahuje následující klíčové složky:

- prevence relapsu
- individuální poradenství/terapie
- sociální poradenství
- a to v kombinaci s dalšími formami práce:
  - skupinová terapie
  - rodinné poradenství
  - arteterapie
  - volnočasové aktivity aj.

#### Podporu Vám rádi poskytneme v těchto oblastech:

- zdravotní, psychická a sociální stabilizace
- osvojování dovedností a znalostí pro každodenní život
- řešení vztahových a rodinných problémů
- uplatněním, kvalifikací
- řešení otázek spojených s bydlením
- řešení aktuální finanční situace
- uspokojování duchovních potřeb a vytváření hodnotového systému
- samotné přijetí sociální normy

#### Cíl služby:

Cílem následné péče je dokončení a završení procesu terapie, tj. pomocí uživatelům služby stát se postupně nezávislími na poskytovaných službách (institucích) a kompetentně žít samostatný život.

#### Podmínky pro poskytnutí služby:

- jste osobou, které je tato služba určena
- bude doručena písemná žádost (ke stažení na našich webových stránkách) včetně životopisu, motivačního dopisu a vyjádření týmu z předchozí léčby
- uzavřete s námi smlouvu o poskytnutí služby
  - u mladších 18-ti let je nutný souhlas zákonného zástupce
  - u osob se změnou právní způsobilosti nutný souhlas opatrovníka
  - v zařízení je volná kapacita

#### Služby jsou poskytovány zdarma.

#### Principy poskytování služeb:

**Respekt** - služby jsou poskytovány s úctou k uživatelům, usilují o zachování všech jejich práv a důstojnosti.

**Směřování k soběstačnosti** - služby jsou poskytovány takovým způsobem, aby nevedly k vytváření závislosti na službě, je kladen důraz na podporu uživatelů, která zvýší míru jejich soběstačnosti v přirozeném prostředí.

**Dobrovolnost** - služba je poskytována na základě svobodného rozhodnutí uživatele.





**Individualita** - služby jsou poskytovány s ohledem na individuální přání a potřeby uživatele (čerpá služby podle svých aktuálních potřeb atd.).

**Princip komplexnosti** - zařízení ctí model bio-psycho-sociální dimenze každého jednotlivce a přistupuje k případu vždy vycházející z uvedeného modelu.

**Princip dostupnosti** - ať již vnější, kdy je zařízení dostupné pro každého jedince cílové skupiny, tak i vnitřní dostupnost - pracovníci a pracovní postupy jsou všem uživatelům služeb bez ohledu na jakoukoli diskriminační jednotku (věk, pohlaví, aj.) všem přístupné (např. pracovníci nechodí v nemocničním oděvu).

## Příloha č. 9

### Občanské sdružení Lotos Brno

<p><u>Z čeho vycházíme</u></p> <p>Věříme, že zájemci o naše služby dosud dělali to nejlepší, co uměli, a přesto se jim nezdařilo pít alkoholu zvládnout.</p> <p>Víme, že jde o nemoc, a ne o projev nějaké morální vady.</p> <p>Vycházíme z toho, že každý člověk je schopen osobního růstu, pokud bude vědět, jak na to.</p> <p>Věříme, že této změny je člověk schopen dosáhnout v prostředí, kde je respektována jeho lidská důstojnost a jeho individualita.</p> <p>Vycházíme ze skutečnosti, že společnost věnuje značný zájem doléčování lidem závislým na drogách, zatímco pro závislé na alkoholu je nabídka služeb podstatně omezenější.</p>	<p><b>KONTAKT</b></p> <p>O. s. Lotos Brno Výstavní 24 603 00 Brno</p> <p>Kancelář sdružení: O. s. Lotos Brno Dvořákova 13 602 00 Brno</p> <p>Tel: 543 255 383 739 087 588 E-mail: <a href="mailto:kancelar@lotos-brno.cz">kancelar@lotos-brno.cz</a> <a href="http://www.lotos-brno.cz">www.lotos-brno.cz</a></p> <p><u>Kontaktní osoby</u></p> <p><b>MUDr. Květoslava Vrbová</b> Tel: 548 123 321 (PL Černovice, odd. 21)</p> <p><b>Radka Kasanová</b> Tel: 739 429 469</p>	 <p><b>občanské sdružení</b></p> <p><b>Terapeutická komunita – Byty na půl cesty pro muže a ženy</b></p> <p>TENTO PROJEKT JE SPOLUFINANCOVÁN EVROPSKOU UNIÍ A STÁTNÍM ROZPOČTEM ČESKÉ REPUBLIKY</p>   
---	--	--

### Kdo jsme

Občanské sdružení Lotos Brno je nezávislá nezisková organizace, která poskytuje sociální služby ve městě Brně klientům se závislostí na alkoholu z celé ČR.

Poskytovanou sociální službou je terapeutická komunita Byty na půl cesty pro muže a ženy, která nabízí pomoc, terapii a poradenství osobám závislým na alkoholu, jež v důsledku svého onemocnění ztratily zájem, práci nebo bydlení a jsou motivovány tuto nepříznivou situaci změnit.

*Posláním občanského sdružení Lotos Brno služby TK Byty na půl cesty pro muže a ženy je pomáhat lidem se závislostí na alkoholu, kteří se vlivem svého onemocnění ocitli na okraji společnosti, vést samostatný střízlivý život.*

### Cíle sdružení:

Cílem občanského sdružení Lotos Brno je pomáhat lidem se závislostí na alkoholu:

- 1) Přijmout svou závislost a naučit se s ní zacházet
- 2) Naučit se předcházet recidivě a případnou recidivu zvládat
- 3) Dlouhodobě udržet abstinenci
- 4) Najít a udržet si práci
- 5) Uspořádat si život a osobní vztahy
- 6) Vyrovnat se se závazky z minulosti a řešit je
- 7) Zařadit se zpět do společnosti.

### Co nabízíme:

- byty na půl cesty pro muže a pro ženy (terapeutická komunita)
- specifický terapeutický program
- specifický vzdělávací a poradenský program
- pomoc v sociální oblasti
- poradenství pro osoby závislé na alkoholu a jejich rodiny
- pomoc při hledání a udržení si zaměstnání
- zprostředkování kontaktů na další instituce a jejich služby (lékaře, poradny, kontaktní centra aj.)
- vyhledávání dalších možností ke zvýšení či rozšíření kvalifikace, kariérové poradenství.

### Komu jsou naše služby určeny

Služba je určena abstinujícím dospělým lidem se závislostí na alkoholu, kteří si svou závislost uvědomují a chtějí ji řešit.

### Podmínky přijetí

- věk nad 18 let
- onemocnění závislosti na alkoholu
- absolvování protialkoholní léčby
- ve výjimečném případě absolvování třítydenní detoxikace v podmínkách ústavní léčby
- dobrovolné rozhodnutí k využití naší služby
- motivace: potřeba a zájem řešit svou závislost
- souhlas s pravidly a řádem TK Bytu na půl cesty – ochota ke společnému bydlení
- ochota k individuální a skupinové terapeutické práci
- vyřešená základní sociální problematika (registrace na UP, pravidelný příjem některé ze soc.dávky, pokud klient nemá zaměstnání)
- ochota pravdivě nás informovat o svém zdravotním stavu a užívaných lécích
- ochota akceptovat a dodržovat doporučenou léčbu v případě dalších onemocnění
- státní příslušnost ČR



## Příloha č. 10

### A kluby, terapeutické centrum Rokycanova Brno

# A Kluby ČR

## Terapeutické centrum Rokycanova

Jsme obecně prospěšná společnost poskytující pomoc a podporu osobám závislým na alkoholu, lécích a hazardním hrách, včetně pomoci jejich rodinám a blízkým. Naše služby jsou poskytovány bezplatně a jsou založeny na principu respektu vůči našim klientům. Služby poskytujeme v Brně.

**www.akluby.cz**  
rokycanova@akluby.cz  
Rokycanova 48, Brno 615 00  
☎ 548 211 860

Služby jsou realizovány v rámci projektu „Naléhavé péče pro závislé na alkoholu“ financovaného z ESF prostřednictvím OÚ a zřizovatelem společnosti CPC.  
OPERAČNÍ PROGRAM LIDSKÉ ZDROJE A ZAMĚSTNANOST  
www.esf.cz  
OPERAČNÍ PROGRAM LIDSKÉ ZDROJE A ZAMĚSTNANOST  
www.esf.cz

### sociální poradenství

Ke všem službám poskytujeme sociální poradenství, které nabízí pomoc a podporu při řešení konkrétních problémů, včetně zprostředkování dalších navazujících služeb.

### pracovní poradenství

podpora při hledání či návratu do zaměstnání, telefonické oslovení zaměstnavatele, vyhledávání nabídek zaměstnání, práce s internetem, pomoc při psaní životopisu, motivačních dopisů a jiných formálních dokumentů

### podpora při hledání ubytování

### dluhové a právní poradenství

### jednání s úřady a institucemi

### informace

o poskytování sociálních dávek, zdravotního pojištění, atd.

### tvořivé dílny volný čas

Lidem, kteří se léčí, nebo absolvovali léčbu závislosti na alkoholu či hazardních hrách nabízíme možnosti aktivního trávení volného času. Navázání nových sociálních kontaktů s lidmi, kteří také mají zkušenost se závislostí. Dílny mohou navštěvovat i rodiny s dětmi, nebo páry.

### výtvarné dílny

keramika, malování a kreslení, textilní tisk, malování triček, malování na sklo, tvorba náušnic a šperků, origami

### neformální setkávání

čítárna, filmové večery, setkávání u ohně či grilu, šipky, hudební večery (poslech, nebo jam session)

### polybové aktivity

relaxační cvičení, břišní tance



## ambulantní léčba

Ambulantní léčba nabízí lidem, kteří užívají alkohol či návykové léky a lidem závislým na hazardních hrách komplexní a specializované ambulantní služby směřující ke zvládnutí specifických obtíží spojených s konzumací legálních drog a hraním hazardních her.

**ambulantní systematická psychoterapie**

**psychodiagnostika**

**externí: ambulantní psychiatrická péče**

psychiatrické vyšetření, farmakoterapie

## následná péče

Podporujeme klienta, který absolvoval léčbu, v jeho schopnosti žít bez alkoholu, léků či hraní na výherních automatech.

**psychologické poradenství**

**individuální a skupinová terapie**

**podpůrná doléčovací skupina**

**poradenství pro rodinu a blízké**

**relaxační koutek s psychowalkmany**

## poradenství pro rodinu a blízké

Pravidelná setkávání pro rodiče, partnery, děti a ostatní rodinné příslušníky, jimž závislost někoho blízkého zasahuje do života.

**informace**

**individuální konzultace**

**rodinná a párová psychoterapie**

## kontaktní centrum

Kontaktní centrum je nízkoprahové zařízení určené uživatelům alkoholu, hazardním hrách, experimentátorům, nebo lidem již závislým, a jejich příbuzným, kteří (z jakéhokoliv důvodu) nevyužívají žádnou odbornou pomoc a mají v důsledku své závislosti zdravotní a sociální problémy.

**krizová intervence – pomoc v krizi**  
můžete nás navštívit osobně, bez objednání

**telefonická linka důvěry**  
**548 211 856**

**internetové poradenství**  
**poradna@akluby.cz**  
**linka.duvery@akluby.cz**

**chatové poradenství**  
**www.akluby.cz**

**kontaktní místnost**  
čítárna, využití internetu, nealkoholický bar

## provozní doba

Rokycanova 48, Brno 615 00

pondělí

8:00 - 16:00

úterý

8:00 - 16:00

středa

8:00 - 18:00

čtvrtek

8:00 - 17:00

pátek

8:00 - 14:30

Pro využívání všech uvedených služeb není potřeba žádné odborné lékařské doporučení. Klademe důraz na anonymitu osobních údajů, tzn. udaje bez klientova souhlasu neposkytujeme žádným osobám ani institucím. Služby jsou bezplatné.

## **Příloha č. 11**

### **Dotazník – Povědomí veřejnosti o alkoholové závislosti.**

Dobrý den.

Prosím o vyplnění předloženého dotazníku, který bude zpracován v diplomové práci, práce je zaměřené na problematiku alkoholové závislosti. Dotazník je anonymní, proto prosím nevypisujte své jméno a označte vždy pouze jednu z nabízených odpovědí.

Děkuji Vám za čas a ochotu při jeho vyplnění.

Bc. Ladislava Pavlíčková

#### **Věk:**

- a) 18 – 35 let
- b) 36 – 45 let
- c) 46 – 55 let
- d) 56 – více let

#### **Pohlaví:**

- a) muž
- b) žena

#### **Vzdělání:**

- a) základní
- b) vyučen
- c) středoškolské
- d) vysokoškolské

**1. Znáte někoho ze svého okolí, kdo je závislý na alkoholu (alkoholika)?**

- a) ano
- b) ne

**2. Závislost na alkoholu je:**

- a) nemoc virového původu
- b) nemoc, kterou získají jedinci, kteří konzumují alkoholické nápoje denně
- c) není nemocí, trpí jí pouze opilci
- d) je nemoc, jako každá jiná a dá se léčit
- e) není nemocí, pouze slabostí lidí, kteří neumí konzumovat alkoholické nápoje tzv. „s mírou“
- f) není nemocí, je projevem slabé vůle člověka

**3. Klíčovou roli při vzniku závislosti na alkoholu hraje:**

- a) touha, bažení, chuť na alkohol
- b) množství konzumovaného alkoholu
- c) časté opíjení se např. 1-2 x týdně
- d) nadměrná konzumace tvrdého alkoholu

**4. Závislost na alkoholu (alkoholismus) je problémem především:**

- a) mužů
- b) žen
- c) mládeže
- d) pohlaví ani věk nehraje roli

**5. Závislost na alkoholu je závažnější, než závislost na drogách:**

- a) ano, je závažnější
- b) ne, není závažnější
- c) je stejně závažná

**6. Jaká si myslíte, že je minimální doporučená doba dobrovolné, ústavní léčby člověka závislého na alkoholu:**

- a) 2 týdny
- b) 5 týdnů
- c) 3 měsíce
- d) 7 měsíců

**7. Člověk, který absolvoval protialkoholní léčení:**

- a) může konzumovat alkohol v malém množství např. 1 pivo za týden
- b) může konzumovat alkohol pouze příležitostně a v malém množství např. 2dcl vina na silvestra a v den narozenin
- c) nemůže pít alkohol vůbec a měl by doživotně abstinovat

**8. Jak se díváte na člověka, který na oslavě narozenin kamaráda abstinuje od alkoholu, protože se protialkoholně léčil:**

- a) je to potvrzením, že je alkoholik
- b) musím si na něj dát pozor
- c) oceňuju ho, má snahu abstinovat
- d) pokládám to za slabost a přehnanou reakci

**9. Člověkem závislým na alkoholu se může stát ten, kdo preferuje:**

- a) převážně tvrdý alkohol
- b) víno a pivo
- c) nezáleží na tom, jaký alkohol pije

**10. Myslíte si, že výrazné zdražení alkoholu, by snížilo počet závislých jedinců na alkoholu?**

- a) ano
- b) ne

**11. Delirium tremens je:**

- a) epileptický záchvat
- b) opilost
- c) odvykací stav

**12. Pokud člověk, který je závislý na alkoholu (alkoholik), absolvoval ústavní protialkoholní léčbu v plném rozsahu, poté:**

- a) je vyléčen
- b) není vyléčen

**13. Antabus je:**

- a) lék, který vyléčí závislost na alkoholu
- b) lék, který po požití alkoholu způsobí zdravotní potíže
- c) lék, který urychluje odbourávání alkoholu

**14. Člověk, kterému lékař sdělí, že je závislý na alkoholu, konzumuje alkoholické nápoje:**

- a) denně
- b) 4x týdně
- c) 5x týdně
- d) je záležitostí zcela individuální

**15. V případě, že byste byl v roli zaměstnavatele, zaměstnal byste člověka, o kterém víte, že se protialkoholně léčil:**

- a) toto riziko bych nepodstoupil, tedy nezaměstnal
- b) zaměstnal, ale pravidelně bych prováděl dechové zkoušky
- c) zaměstnal jako kohokoli jiného

## Příloha č. 12

### Informační leták k problematice závislostí pro pacienty Psychiatrické léčebny Jihlava a veřejnost.



**ZÁVISLOSTI**

## Závislost na návykových látkách

Závislost fyzická se vyznačuje tím, že po vysazení nebo snížení dávky dojde k rozvoji nepříjemných tělesných příznaků podle konkrétní látky, např.:

- bolesti hlavy, svalů
- křeče, třes
- pocení
- zrychlený puls
- nespavost nebo zvýšená spavost
- zvracení
- útlum nebo neklid

Závislost psychická se projevuje touhou znovu si navozovat návykovou látkou příjemné stavy, jako je např.:

- euforie
- pocit zvýšené výkonnosti
- zvýšené sebevědomí
- příjemné snění
- neobvyklé prožitky

K dalším příznakům závislosti patří:

- tolerance k účinku látky
- zhoršená schopnost sebeovládání ve vztahu k látce, neúspěšné pokusy redukovat užívání látky
- redukce jiných zájmů

*Potřebujete-li poradit, obraťte se na*  
PL Jihlava - Denní stacionář: 567 552 148  
Přijímací ambulance PL Jihlava: 567 552 251  
Psychologická ambulance PL Jihlava: 567 552 147  
AT ambulance PL Jihlava: 567 552 185  
O. s. pro podporu a péči o duševně nemocné VOR Jihlava:  
567 213 896 nebo 567 215 019  
případně na svého praktického lékaře