

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno**

Alkoholismus, jeho příčiny, průběh a léčba

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Alena Plšková**

**Vypracoval:
Bc. Jaromír Koch**

Brno 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Alkoholismus, jeho příčiny, průběh a léčba“ zpracoval samostatně a použil jen literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Brně dne 29.11.2011

.....
Jaromír Koch

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Aleně Plškové za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

Také bych chtěl poděkovat své manželce Gabriele Kochové za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé diplomové práce, a které si nesmírně vážím.

.....
Jaromír Koch

OBSAH

Úvod	4
1. Psychoaktivní látky, alkohol a závislost	7
1.1 Psychoaktivní látky	7
1.2 Alkohol	9
1.3 Závislost	11
1.4 Dílčí závěr	21
2. Teorie alkoholismu, vývoj závislosti na alkoholu a její důsledky	22
2.1 Teorie alkoholismu	22
2.2 Faktory vzniku závislosti na alkoholu a její vývoj	28
2.3 Diagnóza závislosti na alkoholu	32
2.4 Dopady závislosti na jedince a společnost	41
2.5 Dílčí závěr	51
3. Léčba alkoholismu a jeho prevence	52
3.1 Léčba osob postižených alkoholismem	52
3.2 Prevence vzniku alkoholismu	69
3.3 Právní aspekty alkoholismu	76
3.4 Dílčí závěr	77
4. Empirická část	78
4.1 Cíle, metody výzkumu a stanovení hypotéz	78
4.2 Výběr respondentů	80
4.3 Analýza a prezentace výzkumu	81
Závěr	100
Resumé	103
Anotace	104
Seznam použité literatury	105
Seznam příloh	107

ÚVOD

Motto:

„Smiřme se s tím, že drogy jsou všude kolem nás a těch ilegálních bude stále více a budou stále více vidět. Stát nás neochrání. Jedinou pomocí je si pomoci sami. Znat realitu a její rizika. Umět odmítnout. Umět zvolit menší zlo, pokud je to nutné. Přijmout zodpovědnost za vlastní chování. Zde vidím klíč k tomu, jak omezit působení výše zmíněného faktoru na minimum.“ (Presl, 1994, str. 59)

Pro diplomovou práci jsem si zvolil téma „Alkoholismus, jeho příčiny, průběh a léčba“. Je to pro mne téma velmi zajímavé, souvisí s mým studijním oborem – sociální pedagogikou, která se mimo jiné sociálně patologickými jevy zabývá a snaží se o minimalizaci výskytu negativních jevů ve společnosti. Jedním z cílů sociálních pedagogů je zdravě fungující společnost. Domnívám se, že alkoholismus je problém stále aktuálnější a dotýká se téměř každého z nás. Snad každý má v rodině nebo mezi blízkými přáteli člověka, který buď měl nebo má problém s alkoholem.

Dle různých průzkumů spotřeba alkoholu v České republice stále stoupá, stejně jako ve světě. Alkoholismus patří k nejrozšířenějším sociálně patologickým jevům u nás. Závislost na alkoholu je velmi vážným problémem, jelikož poškozuje nejen samotného jedince, ale i jeho rodinu, blízké okolí a v důsledku celou společnost. Nadměrná konzumace alkoholu se vážně podepisuje na fyzickém i psychickém zdraví člověka. V krajních případech může být následkem konzumace alkoholu i smrt. Také alkohol v krvi řidičů způsobuje ročně na silnicích velmi mnoho vážných nehod. Ani zvýšené tresty za jízdu pod vlivem alkoholu neodrazují řadu lidí usednout za volant. Kamenem úrazu je, že naše společnost alkoholovou intoxikaci toleruje, bere ji jako běžnou součást života. Drogami a alkoholem jsme ohroženi všichni. Jak je uvedeno v mottu, stát nás neochrání, musíme se spolehnout pouze sami na sebe. Každý člověk musí přijmout zodpovědnost za své chování. Se změnou k lepšímu musíme jednoznačně začít u sebe.

Pokud se nezmění náhled společnosti na konzumaci alkoholu, nelze reálně minimalizovat škody způsobené alkoholem. Všechno začíná u základní buňky společnosti, kterou je rodina. Pozitivní vzory získají děti ve funkčních rodinách. Děti z rodin, kde rodiče pouze zahálejí a nadměrně požívají alkoholické nápoje, určitě mnoho pozitivních podnětů nedostanou. Sociální učení začíná právě v rodině.

Cílem mé diplomové práce je přiblížit čtenářům alkoholovou závislost, její příčiny, průběh a léčbu, dále problémy s ní spojené. Téma alkoholu je velmi rozsáhlé, bylo o něm jistě napsáno už nepřeberné množství knih, prací a článků. Každá práce má na toto téma svůj specifický pohled. Na alkoholismus lze pohlížet z různých hledisek. Já se snažím o stručný popis alkoholové problematiky a okrajově pohlížím na problém jak ze zdravotnického, tak psychologického, sociálního i právního hlediska. Pokud bych se tomuto problému chtěl věnovat podrobněji, zřejmě by se jednalo o velmi obsáhlou knihu. Diplomovou práci jsem rozdělil na čtyři části. Část první až třetí je teoretická, čtvrtá část je praktická.

V první části diplomové práce se věnuji pojmům psychotropní látky, alkohol a závislost. Alkohol je jedna z mnoha psychotropních látek. Stejně jako u jiných návykových látek může požívání alkoholu vést k závislosti. Závislost rozlišujeme tělesnou a psychickou. Z tělesné závislosti lze relativně rychle vyléčit, u psychické to však nelze. Lze ji pouze dostat pod kontrolu.

Druhá část mé práce popisuje teorie alkoholismu, faktory vzniku závislosti na alkoholu a její vývoj, diagnózu závislosti na alkoholu, dopady závislosti na jedince a společnost. Teorii vzniku alkoholismu existuje mnoho. Základní členění rozlišuje teorie biologické, sociální a psychologické. Faktorů vzniku závislosti je mnoho, důležitá je struktura osobnosti a prostředí. Závislost na alkoholu se vyvíjí ve čtyřech stádiích. Dopady alkoholové závislosti jsou hroživé. Poškozený není jen samotný jedinec, ale i celá společnost.

Ve třetí kapitole diplomové práce přibližuji čtenářům léčbu alkoholové závislosti, možnosti prevence, právní aspekty alkoholismu. Léčba probíhá ambulantně nebo ústavně. Pro volbu léčby je velmi důležitý stav postiženého. Pokud se jedinec nachází v terminální fázi alkoholové závislosti, nelze ho léčit ambulantně. Léčba je založena zpravidla na socioterapii a

bývá kombinována s farmaky. Podstatná je motivace poškozeného pro léčbu. Nežli odstraňovat následky abúzu alkoholu, je lepší abúzu předcházet. Je tedy důležité více se věnovat prevenci. Z podkapitol vyvozují dílčí závěr.

Praktická část diplomové práce zahrnuje výzkum v příspěvkové organizaci Emin Zámek v Hrušovanech nad Jevišovkou. Cílem výzkumu je zjištění příčin a průběhu alkoholismu u respondentů žijících v ústavu na Emině zámku. Tato část zahrnuje cíle, metody výzkumu a stanovení hypotéz, výběr respondentů, analýzu a prezentaci výzkumu. Stanovil jsem šest hypotéz a jejich platnost výzkumem ověřuji.

Informace jsem čerpal z odborné literatury, právních předpisů a internetu. Zdroje jsou uvedeny v seznamu.

1. Psychoaktivní látky, alkohol a závislost

1.1 Psychoaktivní látky

Krátká historie psychoaktivních látek

Psychoaktivní látky jsou staré jako lidstvo samo. Jsou známá egyptská vyobrazení makovic a Herodotova zpráva o používání zrněk konopí k navození opojných stavů formou rituálního inhalování hašiše u Skythů. Je nám také známa tradice Delfské věštiny s Pýthií a Odysseovy zážitky s kouzelnicí Kirké, ze kterých se dá usuzovat na užívání drog. Jsou tu také příběhy Tisíce a jedné noci a zprávy Marka Póla plné popisů psychotropních zážitků, tedy stavů způsobených narkotiky. Po tisíciletí se stále setkáváme s lidskou potřebou po překročení mezí, po nových zážitcích, po extázi. Můžeme vycházet z toho, že člověk má odjakživa zájem na tom, aby si své bytí ulehčil a zkrášlil, respektive z nevlídné reality uprchl alespoň občas do světa snů a fantazie. K tomu využíval vlastností určitých rostlin právě tak, jako uměle získaných substancí, které se naučil v průběhu dějin vyrábět. Opium, kokain a alkohol byly prokazatelně konzumovány již v kulturách mladší doby kamenné. Nápoje podobné vínu z datlí, fiků a medu se vyrábějí už minimálně 10000 let. Víno z hroznů alespoň 5000 let. Přibližně ze stejné doby pochází egyptský papyrus s popisem pivovaru. Kaktus peyotl obsahující halucinogenní látky, forma žvýkacího tabáku, hrál již u Aztéků úlohu v náboženství. (Goehlert, Kuehn, 2001)

Společenské a náboženské názory příslušné kultury určovaly použitelnost těchto prostředků. Některé substance, například konopí nebo víno, se používaly rovněž během náboženských obřadů, všechny se užívaly v léčitelství, některé se konzumovaly jako dovolené pochutiny. V dějinách lze opakovaně pozorovat, že ve skupinách obyvatel respektive národů v určitých dobách nadměrně stouplo používání psychotropních látek. Užívání narkotik je podstatně ovlivněno módními proudy. V 16. století se příchodem tabáku do Evropy stalo moderním nejprve šňupání a potom kouření, v Číně 19. století patřilo k dobrému tónu užívat opium. V Evropě na počátku 20. století bylo obzvláště módní v určitých kruzích intelektuálů užívání kokainu. (Goehlert, Kuehn, 2001)

Pojem droga

Pojem droga pochází z francouzského slova „drogue“ vyskytujícího se ve 14. století a obecně označuje sušené suroviny, živočišného nebo rostlinného původu. U tohoto pojmu došlo ke změně významu. Jednak se jím označují léčivé rostliny, jednak také ve speciálním významu psychoaktivní přirozené, polosyntetické a syntetické substance s potenciálem závislosti. Je otázkou konvence, zda se alkohol a další legální narkotika počítají k drogám. (Goehlert, Kuhn, 2001)

Psychoaktivní látky a sociokulturní prostředí

V některých sociokulturních prostředích existuje vyšší tolerance k určitým látkám. Existují zde tři kategorie používání psychoaktivních látek z hlediska legality:

- 1) Mnoho psychoaktivních látek se používá jako medikamenty nebo jejich součást. Dlouho jsou známy a využívány účinky psychoaktivních látek v oblasti tlumení bolestí, zejména dlouhotrvajících a intenzivních, navozování spánku či bdělosti a povzbuzení, ovlivňování poruch nálady.
- 2) Další kategorii představuje nezákonné zneužívání psychoaktivních látek. Většina zemí postavila mimo zákon užívání k jiným než lékařským účelům opiátů, halucinogenů, kokainu a jeho derivátů, různých stimulancií, hypnotik a sedativ a obchodování s nimi. Některé země považují za nelegální i požívání alkoholu, inhalačních látek, některých léčiv atd. Zákaz užívání některých látek zvyšuje jejich atraktivitu a posiluje identifikaci jejich uživatelů s určitou subkulturou.
- 3) Poslední kategorií je legální používání psychoaktivních látek v běžně dostupných výrobcích, např. v poživatinách. Účel těchto výrobků je rozmanitý a nemusí být spojen s účinkem té které psychotropní látky, kterou výrobek obsahuje. Např. alkoholické nápoje mohou být použity „pro zahřátí“, pro uhašení žízně nebo mohou mít symbolický význam. Ačkoliv jsou výrobky s obsahem psychoaktivních látek používány k jiným účelům, nelze se vyhnout účinku dané látky na psychiku člověka. Nejčastěji používanými látkami jsou kofein, thein, theobromin, theofylin užívaný ve formě kávy, čaje či energydrinků, dále nikotin a jeho

užívání v širokém sortimentu tabákových výrobků a alkoholické nápoje všech možných forem. (Fischer, Škoda, 2009)

Pojetí legálnosti používání některých typů psychoaktivních látek vychází spíše z historických a sociokulturních souvislostí než ze současných lékařských poznatků. Alkohol představuje stejné nebezpečí jako tzv. tvrdé drogy. Závislost na alkoholu a tabáku přináší větší množství úmrtí než zneužívání všech ostatních psychoaktivních látek dohromady. (Fischer, Škoda, 2009)

Vzhledem k toleranci společnosti s naší kulturní tradicí jsou sociální důsledky související se závislostí na alkoholu a závislostí na nealkoholových látkách odlišné. Společnost toleruje užívání alkoholu, někdy odmítnutí alkoholu může vyvolat problémy v sociální interakci.

1.2 Alkohol

Alkohol je v našem prostředí nejrozšířenější a nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. Je také dobře přístupný ve většině zemí světa. Označení alkohol pochází z arabštiny (dá se přeložit jako nejjemnější z jemného), objev se přičítá alchymistům z Itálie 12. století.

Více než devadesát procent dospělých v České republice pije v určitém množství alkohol. Mladí lidé v období dospívání často pijí víc, než je průměr. Třetina mladých lidí ve věku od 13ti do 16ti let pije jednou za týden, zpravidla doma. (Ganeri, 2001)

Ve většině zemí pijí muži výrazně více než ženy. Nadměrná konzumace alkoholu ničí zdraví jednotlivců a velmi zasahuje rodiny i celou společnost. Přestože má negativní účinky, bývá používán při různých neformálních, formálních i náboženských příležitostech.

Etanol je hlavní psychoaktivní složkou alkoholických nápojů. Vyrábí se alkoholovým kvašením produktů s obsahem sacharidů a případně následnou destilací.

Alkohol v dějinách

Alkohol je u nás i ve světě nejrozšířenější droga. Ve svých účincích na organismus je nejvíce prozkoumán, přitom je však stále podceňován. Substance je známa z prehistorické doby. Když se začala obdělávat půda, pěstovaly se i druhy rostlin cíleně k výrobě alkoholu.

Dějiny jsou bohaté na případy nadměrného užívání alkoholu. Ve střední Evropě 16. století bylo pití ve všech společenských vrstvách takovým problémem, že byly opakovaně vydávány císařské výnosy, které bohužel pomáhaly tak málo, jako varování básníka Sebastiana Branta a reformátora Martina Luthera. Užívání alkoholu bylo i v minulosti spojováno s těžkým společenským, psychicko-sociálním a tělesným poškozením. Zničující účinek měl dovoz alkoholu u severoamerických indiánů či původních obyvatelů Austrálie, kteří dodnes trpí fatálními následky, jež může mít pití na jedince a společnost. Sociální struktury těchto národů byly alkoholem zničeny. V USA se v době dobývání Západu v polovině 19. století pilo nadměrně mnoho lihovin, především whisky, protože muži tak údajně lépe snášeli tvrdé podmínky tamního života. Reakcí na tuto vlnu nadužívání alkoholu byly nejprve spolky, které měly pití zmírnit, potom ve 20. a 30. letech dvacátého století došlo k úplnému zákazu alkoholu – prohibici. V Evropě konce 19. století docházelo v rámci industrializace tak často k výstřelkům s alkoholem, že bylo například ve Švédsku v roce 1892 z iniciativy Říšského sněmu nařízeno vyučovat ve školách a učitelských seminářích o alkoholu, jeho nebezpečích a účincích. Podobná nařízení byla vydána například v roce 1905 v Německu. (Goehlert, Kuehn, 2001)

„Od 19. století se v teoretickém myšlení vytvořily tři základní přístupy k alkoholismu:

- 1) Z morálního pohledu se alkoholismus hodnotí jako hřích, projev slabé vůle apod. Terapií je převýchova nebo trestání jedinců, kteří propadli alkoholu, potírání alkoholu jako zla, např. v podobě prohibice.
- 2) Chápání alkoholismu jako nemoci, což představovalo pomocnou ruku pro postižené. Postiženým byla nabídnuta léčba, prevence byla v pozadí zájmu.

3) Pro veřejné zdravotnické hledisko je charakteristický posun od převážně medicínského pojetí k pojetí sociálně preventivnímu a k systémové orientaci. Světová zdravotnická organizace prosazuje od 70. Let 20. Století koncepci „problémy související s alkoholem“. Dle tohoto přístupu alkoholismus není pouze problémem alkoholiků, ale je značně širší (např. opilý řidič, který srazí chodce, nemusí být alkoholik, ale způsobil „problém související s alkoholem“).“ (Urban, Dubský, 2008, s. 101)

Funkce alkoholu

Konzumace alkoholu plní několik funkcí. Lze vymezit 6 základních funkcí alkoholu:

- fyziologickou (potrava, dodání energie),
- psychologickou (zbavování úzkosti, napětí, povzbuzení, zlepšení nálady),
- rituální (náboženské obřady, oslavy),
- sociální (hodování, symbol prestiže),
- ekonomickou (příjmy do státního rozpočtu, zisk pro jedince a skupiny),
- politickou (zbraň v politických a vojenských zápasech). (Urban, Dubský, 2008)

1.3 Závislost

Definice závislosti

Je to stav, při kterém absence látky nebo jiného podnětu vyvolává v organismu fyzické nebo duševní obtíže. Vzniká po opakovaném nebo chronickém užívání látky, ale i při určité činnosti, která přináší nadměrné uspokojení. Návyk na léky, drogy nebo alkohol je dle definice WHO (Světové zdravotnické organizace) stav periodické nebo chronické intoxikace (otravy) psychotropními substancemi, jenž je vyvoláván opakovaným užíváním přirozené nebo syntetické drogy a je škodlivý pro jednotlivce a společnost. Závislost se může vztahovat na jednu substanci, na skupinu či široké spektrum skupiny látek. Závislost vede k narušení osobnosti, ke snížení výkonnosti a obvykle i inteligence. Pokud dojde v důsledku chronického nebo akutního působení psychotropní látky k poškození CNS a tak ke změně osobnosti, je třeba otravy drogami jako choroby zasahující mozek řadit v systému klinické psychiatrie k

psychózám se somatickými příčinami. Dle mezinárodní klasifikace chorob (ICD 10) se pokládá za závislost, když byla během posledního roku splněna tato kritéria silné přání požívat psychotropní substance:

- snížená schopnost kontroly pokud jde o začátek, ukončení a množství požívané substance
- užívání substance ke zmírnění abstinenčních syndromů
- rozvoj tolerance
- omezený úsudek o chování při zacházení se substancí
- pokračující zanedbávání ostatních, dříve výše hodnocených zájmů pokračující užívání substance přes dokázané škodlivé psychické, tělesné či sociální následky. (Goehlert, Kuehn, 2001)

Definice závislosti dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

„Syndrom závislosti: Je to 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. Hlavní popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.“ (Nešpor, 2007, s. 9-10)

„Kódy jednotlivých druhů závislostí:

- F10.2 Závislost na alkoholu
- F11.2 Závislost na opioidech
- F12.2 Závislost na kanabinoidech
- F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnoticích
- F14.2 Závislost na kokainu
- F15.2 Závislost na jiných stimulanciích včetně kofeinu a pervitinu
- F16.2 Závislost na halucinogenech
- F17.2 Závislost na tabáku
- F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech
- F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách“ (Nešpor, 2007, s. 10)

Typy závislosti

Světová zdravotnická organizace (WHO) stanovila kromě definice závislosti také rozdělení typů závislostí, jelikož u lidí vznikly typické znaky užívání různých chemických substancí, které mohou být všechny shrnuty do různých typů závislosti. Závislosti dělí na tzv. „excitační“ – aktivující, někdy nazývané také stimulancia. Druhou skupinou jsou uklidňující typy, nazývané sedativa.

Stimulancia:

- konopný typ,
- amfetaminový typ,
- halucinogenní typ,
- kokainový typ.

Sedativa:

- opiátový typ,
- benzodiazepinový typ,
- barbiturátový/alkoholový typ,
- nikotinový typ. (Goehlert, Kuehn, 2001)

Polymorfní toxikomanie

Velká část toxikomanů používá více psychotropních látek zároveň, ať už jde o alkohol a nikotin v oblasti legální, či heroin a kokain v oblasti ilegální. U tohoto druhu užívání drog není tento pojem zvolený správně. Často se jedná o vzorky průvodního chování při konzumu nebo, jako u heroinu a rohypnolu, substituční chování v důsledku chybějících finančních prostředků aj. Pravá polymorfní toxikomanie nastává, jestliže uživatel substance po delší dobu užívá základní skupinu jako hlavní drogu a později, v jiném kontextu, tuto skupinu změní. (Goehlert, Kuehn, 2001)

Psychická a tělesná závislost

Psychická závislost vzniká určitým druhem „návykové paměti“, která se vícenásobným použitím vytváří v mozku a funguje právě tak, jako kdybychom se učili nazpaměť báseň. Chemické látky, které předávají informaci v mozku dále, vytvářejí „cestu“. Z malé silničky k transportu informací se tak stává dálnice a každým užitím je lépe vybavena. Přání prožít znovu a znovu opojení vede k častějšímu užívání a ve finále vede k psychické závislosti. Uživatel látky si při tom může být zcela vědom, že svým chováním hazarduje se životem, zdravím či alespoň svým sociálním postavením. Tlak k pravidelnému užívání se označuje také jako psychická žádostivost – „craving“ česky „bažení“. (Goehlert, Kuehn, 2001)

U tělesné závislosti při absolutní nebo relativní abstinenci, tedy když úplně chybí substance nebo se redukuje dávka, dochází k mučivým abstinenčním jevům. Základem je skutečnost, že se biochemické hospodářství konzumenta nastaví na substanci a po určité době může fungovat jen s drogou. „Dálnice“ nyní potřebuje substanci, protože se v mozku na ni vše nastavilo. Projevuje se tzv. fenomén tolerance. Chybí-li substance, zhroutlí se biochemické hospodářství, dochází k abstinenčním příznakům. Tolerance se zvyšuje a uživatel drogy musí dodávat stále více substance, aby dosáhl stejného účinku. Zvyšování snášenlivosti je přitěžujícím faktorem závislosti. Tělesné abstinenční příznaky mohou mít mnoho klinických znaků. Každopádně vyžadují lékařský zásah. Při odnětí uklidňujících drog, například opiátů, alkoholu, barbiturátů atd. se projeví znaky „tělesné aktivace“. Znaky „tělesné aktivace“ se mohou projevit i u otrav aktivujícími drogami a antidepresivy. „Tlumivé“ znaky se vyskytují při otravách opiáty, alkoholem, benzodiazepiny, barbituráty, rozpouštědly a beta-blokátory. (Goehlert, Kuehn, 2001)

Tělesnou závislost lze lékařskou péčí překonat v poměrně krátké době, přibližně během dvou až čtyř týdnů. Oproti tomu psychická závislost v pojetí klinické psychiatrie přetrvává po celý život. To znamená, že člověk, u něhož se už vyvinulo závislostní onemocnění, se ho nezbaví po celý život. Člověk však nemusí ztrácet naději, neboť terapií může své naučené zkušenosti změnit a žít normální život. (Goehlert, Kuehn, 2001)

Vznik závislosti – základní faktory

U výrazných průběhů vedoucích k závislosti je to s velkou pravděpodobností genetická transmise. Důležitým faktorem se ukazují být i biochemické zvláštnosti organismu. Dalšími podstatnými faktory jsou:

- osobnostní struktury postiženého,
- prostředí a tolerantní postoje společnosti,
- droga a její dostupnost,
- podnět.

Za přítomnosti těchto faktorů již působí mechanismy průběhové:

- vznik a opakování situací, v nichž se dosáhlo účinku a uspokojení pomocí návykové látky
- nepřítomnost jiných dostupných alternativ k řešení situací s dostačujícím výsledkem.

(Heller, Pecinová a kol., 1996)

Rozhodujícími prvky v dynamice vývoje závislosti jsou dva mechanismy, které se typicky mění v jednotlivých stádiích vývoje. Těmito mechanismy jsou tolerance a kontrola.

- Tolerance – lidský organismus reaguje typicky na jistou hladinu alkoholu (psychotropní látky) v krvi. Při častém příjmu alkoholu (drogy) je k dosažení určité typické reakce potřeba stále větší množství.
- Kontrola – schopnost kriticky a reálně vyhodnocovat situaci z hlediska potřeb a povinností osobních a společenských. Při vyšších hodnotách alkoholu (drogy) v krvi dochází ke změnám v psychických procesech a ke změně v kontrole. Tato změna se prohlubuje a stává se méně spolehlivou i při nižší hladině alkoholu (drogy) v krvi.

Interakce mezi změněnou kontrolou a zvýšenou tolerancí vede k nutnosti trvalého zřeknutí se alkoholu (drogy). Změna v kontrole tvoří podstatu poruchy organismu a chorobného stavu bez možnosti vyléčení, lze dosáhnout pouze údravy bez odstranění základní poruchy. Pojem psychické žádostivosti – „craving“, označuje v této souvislosti předjímaní odnětí drogy v tělesném smyslu. Závislostní chování je v tomto stadiu vyhýbání se odnětí, je tedy třeba na něj nahlížet, ve smyslu teorie učení, jako na podmíněnou reakci.

Konzumace návykových látek představuje odchylný životní způsob některých jedinců v životních podmínkách pro ně náročných. Při zneužívání návykových látek je cílem této aktivity ovládnutí meziosobní komunikace, adaptace na nové situace, omezení stresů a

psychické bolesti, ovlivnění změn nálad, zvýšení prahu frustrační tolerance. U mladistvých jde zejména o ovlivnění nudy, bezradnosti, nízkého sebevědomí a celkového sebehodnocení, minimalizaci negativních a maximalizaci pozitivních zkušeností. (Heller, Pecinová a kol., 1996)

Přehled základních poruch v důsledku užívání psychoaktivních látek:

SYNDROM	OZNAČENÍ	Poznámka
akutní intoxikace	F1x.0.	X= 0-9 dle užitých psychoaktivních látek či jejich skupin . = 0 – bez postižení 1= minimální postižení (20% odklon od normy ve funkci v období) 2= zřetelné postižení (40%) 3= podstatné postižení (60%) 4= závažné postižení (80%) 5= těžké postižení (100%, krizový stupeň trvalé těžké poškození)
škodlivé užívání	F1x.1.	
syndrom závislosti	F1x.2.	
odvykací stav	F1x.3.	
odvykací stav s deliriem	F1x.4.	
psychotická porucha	F1x.5.	
amnestický syndrom	F1x.6.	

Zdroj: Fischer, Škoda, 2009, s. 91

Základní škodlivé účinky užívání psychoaktivních látek lze rozdělit do 4 kategorií:

1) Akutní či krátkodobé stavy. Jedná se o intoxikace následující po užití látky, které můžeme charakterizovat jako přechodné změny ve fyziologických, psychických a behaviorálních funkcích. Tyto změny jsou individuálně podmíněné, jelikož tolerance vůči látce, okolnosti jejího požití a specifčnost následků mohou být různé. K akutní intoxikaci může dojít již při prvním kontaktu s látkou. Tyto stavy se projevují poruchami fyzické koordinace, poruchami soustředění a racionálního uvažování. Mohou se vyskytovat stavy zmatenosti, agresivita, suicidální jednání. Nejzávažnějším důsledkem intoxikace může být i smrt.

2) Chronická zdravotní poškození. Vznikají dlouhodobějším užíváním látek. Jde např. o cirhózu jater, karcinom plic či rozedmu plic, AIDS i hepatitidu typu C atd. Dochází k poškozením v oblasti somatické nebo psychické, jímž může být např. depresivní epizoda po předchozí opilosti.

3) Akutní sociální důsledky. Jsou bezprostřední reakcí společnosti na zneužívání psychoaktivních látek jedincem. Patří mezi ně např. ukončení či přerušování vztahu s jinou osobou či osobami, uvěznění, zatčení.

4) Chronické sociální důsledky. Jsou spojovány s chronickými sociálními problémy, které se váží na rodinný a profesní život daného jedince. Důsledkem může být rozpad rodiny, nezaměstnanost apod. (Fischer, Škoda, 2009)

Ochranné a rizikové činitele

Výbava po předcích, se kterou člověk přichází na svět, může v dobrém i méně dobrém životě ovlivňovat. Uplatňují se však i další vlivy. V následující tabulce jsou uvedeny vlivy, které zvyšují odolnost vůči problémům s návykovými látkami, nebo které tuto odolnost snižují:

Faktory zvyšující riziko problémů s návykovými látkami	Faktory snižující riziko problémů s návykovými látkami
Problémy s návykovými látkami u předků.	Nepřítomnost návykových látek u předků.
Duševní nemoc u předků.	Nepřítomnost duševních nemocí u předků.
Komplikovaný porod, poškození mozku při porodu. Těžký úraz hlavy i v pozdějších letech.	Porod bez větších komplikací a nepřítomnost těžkého úrazu hlavy.
Návykové látky vyvolávají spíše příjemné pocity, slabá nebo žádná „kocovina“.	Návykové látky vyvolávají spíše nepříjemné pocity, silná a dlouho trvající „kocovina“.
Chronická traumatizace (dítě dlouhodoběji týráno, pohlavně zneužíváno nebo šikanováno).	Nepřítomnost chronické traumatizace.
Sklon k násilí, špatné sebeovládání, impulsivnost.	Dobré sebeovládání a tendence řešit problémy nenásilně.
Poruchy pozornosti s nadměrnou aktivitou.	Normálně živé nebo klidné dítě s přiměřenou schopností se soustředit.
Nižší inteligence.	Dobrá inteligence.
Setkání s návykovou látkou v mladém věku.	S návykovou látkou se nesetkal nebo se s ní setkal v pozdějším věku.
Chronické onemocnění (zejména pokud je bolestivé).	Dobré tělesné zdraví.

Neumí zvládat stresové situace.	Umí zvládat stresové situace zdravými a dobrými způsoby.
Nemá sociální dovednosti (neumí např. navázat kontakt, spolupracovat a vyjednávat). Neumí odmítat nevhodné nabídky ze strany okolí (neumí čelit sociálními tlaku).	Má dostatek sociálních dovedností a umí čelit sociálnímu tlaku. Umí plánovat a řešit problémy.
Má nízké sebevědomí.	Má zdravé sebevědomí.
Nedošlo k osvojení dobrých hodnot.	Vnitřní přijetí hodnot, které usnadňují vyhýbání se návykovým látkám.
Neumí si vyvolat příjemné stavy zdravými způsoby.	Umí si vyvolat příjemné stavy zdravými způsoby.
Malá odolnost vůči neúspěchu a zklamání (nízká frustrační tolerance).	Odolnost vůči neúspěchu, vytrvalost a pilnost.
Neovládá dobré způsoby, jak mírnit nepříjemné duševní stavy, jako jsou úzkost, smutek nebo hněv.	Ovládá dobré způsoby, jak mírnit nepříjemné duševní stavy (např. se umí svěřit, umí vhodnou relaxační techniku).
Sklon k sebelítosti, depresím a malá pružnost v myšlení.	Veselost a schopnost se dobře přizpůsobit nové situaci.

Zdroj: Nešpor, 2001, s. 44-45

Rizikové skupiny ohrožené závislostí

Rodina a abúzus drog u dětí a mládeže

Nespornou a prvořadou úlohu při formování životního stylu a celkové prosperity dítěte hraje rodina. Rodina je ve svých přístupech k dítěti charakterizována přístupem pólovým. Na jedné straně nadměrná protektivnost, pečlivost a dominantnost rodičů, na druhé straně malá důslednost, nedostatečný kontakt a kontrola se sníženým zájmem o dítě. Vztah k rodičům u dítěte zneužívajícího návykové látky prochází přes odmítavý postoj, konfliktní situaci až k hostilitě. Rodina je často dysfunkční svojí omezenou soudržností, nekvalitními a poruchovými interpersonálními vztahy a chudým a plochým způsobem života. Rodina absolvuje méně společných aktivit, více rodinných konfliktů, ztrácí stabilitu svých struktur, je častější traumatizace a deprivace jednotlivých členů rodiny. Dle koncentrace uvedených

nepříznivých faktorů v rodině se také vyvíjí rozsah a kvalita problémů provázejících rozvoj návyku a závislosti. (Heller, Pecinová a kol., 1996)

Skupiny mládeže, kamarádi, vrstevníci, se kterými se biologicky, psychologicky a sociálně oslabený a často nevyzrálý jedinec stýká, mají nesporný vliv na to, že adolescent sahá po návykových látkách a experimentuje. Často se potvrzuje fakt, že jedinec vyrůstající v dobrém, intaktním rodinném prostředí se také nutně setkává s narušenými jedinci, se špatnou partou a s nepříznivě působícími vrstevníky. Nepodléhá jim však, jeho vývoj není závažně narušen a dokáže se vyhnout negativním návykům a zlovykům. Podlehne-li přesto negativnímu tlaku okolí, jedná se o krátkodobé změny s následnou autosanací, případně se změnou při pomoci jiných. Manipulace s drogou se obvykle omezí na experimentování a délka experimentování je dána opět rozsahem negativních změn struktur osobnosti způsobených ať biologicky, či sociálně. (Heller, Pecinová a kol., 1996)

Specifika působení návykových látek na děti a dospívající

- Závislost na návykových látkách se vytváří podstatně rychleji.
- Existuje zde vyšší riziko těžké otravy s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenosti a sklon k riskování. K častým příčinám smrti u dětí a dospívajících patří úrazy, otravy a další násilné příčiny smrti. Úzce s tím souvisí zneužívání návykových látek, zejména alkoholu.
- Z podobných důvodů je zde i vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykových látek.
- U dětí a dospívajících závislých na návykových látkách nebo je zneužívajících bývá patrné zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji.
- Větší problémy v různých oblastech života (rodina, škola, trestná činnost atd.) jsou spojeny i s pouhým experimentováním s návykovými látkami u dětí a dospívajících.
- Častější je tendence zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné ke druhé nebo více látek současně. Zvyšuje se riziko otrav a jiných komplikací.
- Alkohol a patrně i jiné drogy narušují vytváření sítí mozkových buněk, které probíhá v dospívání. To vede k znevýhodnění těchto dospívajících.

- Recidivy závislosti jsou u dětí a dospívajících časté, dlouhodobá prognóza však může být podstatně příznivější, než jak by naznačoval často bouřlivý průběh. Důvodem je přirozený proces zrání, který zvyšuje účinek léčebných snah. (Nešpor, 2007)

Návykové problémy u žen

- Ženy bývají zpravidla ve vztahu k návykovým látkám zdrženlivější a opatrnější. Tím lze vysvětlit jejich relativně menší počet v porovnání s muži.
- Ženy s návykovými problémy přibývá podstatně rychleji než muži.
- Ženy mají menší játra, navíc jejich játra metabolizují více hormonů. To vede spolu s nižší hmotností, vyšším obsahem tuku v těle, nižší aktivitou příslušných enzymů a dalšími faktory k tomu, že návykové látky působí u žen silněji než u mužů.
- Zdravotní škody způsobené návykovými látkami nastávají zpravidla dříve.
- Žena se mnohem častěji dostane do návykových problémů kvůli partnerovi, který pije nebo bere drogy, než muž kvůli takto orientované partnerce.
- Návykové látky včetně alkoholu u žen odsuzuje okolí více než u mužů.
- V souvislosti s návykovými problémy se ženy dopouštějí méně často trestné činnosti.
- Závislé ženy trpí častěji depresemi a úzkostmi, ale méně často se u nich vyskytují poruchy osobnosti.
- Ženy mívají silnější pud sebezáchovy než muži.
- Ženám více záleží na tom, jak vypadají a jak působí na své okolí. Tím lze vysvětlit mnohem častější samotářské pití.
- Byla prokázána souvislost mezi konzumací alkoholu a menstruačním cyklem. Období menstruace je v tomto směru rizikovější.
- K specificky ženským problémům patří riziko poškození plodu v těhotenství v důsledku požívání alkoholu, kouření tabáku nebo působení jiných návykových látek. Kromě fetálního alkoholového syndromu dochází asi čtyřikrát častěji k méně nápadným postižením, která se projevují např. nižším intelektem a častějšími poruchami chování, později i poruchami osobnosti. Vede to také k vyšší kriminalitě a sexuálním poruchám.
- Závislé ženy bývají také častěji týrány, fyzicky napadány a sexuálně zneužívány.
- Ženy se většinou dokáží relativně snáze odpoutat od nevhodné společnosti lidí, kteří jsou závislí na alkoholu a jiných návykových látkách.

- Děti a rodiny závislých žen trpí jejich problémem často ještě více, než je tomu u mužů.
- Ženy snadněji přecházejí na zdravý životní styl. (Nešpor, 2007)

Sexuální menšiny

Homosexuální ženy a muži jsou problémy s alkoholem ohroženi více a měli by proto být vůči alkoholu opatrnější. K sexuálním menšinám patří i lidé, kteří se ukájejí způsobem pro společnost naprosto nepřijatelným, např. Zneužívají děti nebo si počínají brutálně. Jejich odlišnost se často projeví v plné míře až pod vlivem alkoholu. To může vést k nepříjemným komplikacím pro ně samé i pro ostatní. Zde je těmto lidem doporučováno vyhýbání se alkoholu a poradit se se sexuologem. Ten může takovému člověku pomoci a naučit ho s tím lépe žít. (Nešpor, 1992)

1.4 Dílčí závěr

Psychoaktivní látky, alkohol a závislost jsou tři pojmy, které jsou spolu velmi úzce spjaty. Alkohol je jedna z psychoaktivních látek a může způsobovat závislost jako ostatní psychoaktivní látky. Psychoaktivní látky jsou staré jako lidstvo samo. Lidé mají potřebu prožít něco nového, utéct do světa snů atd. Lidstvo a psychoaktivní látky nelze nikdy úplně oddělit, to potvrzuje historie. Je však možné omezit spotřebu těchto látek. Samotná represe žádný přínos v boji s alkoholem a dalšími látkami neměla. Před užíváním návykových látek a následnou závislostí se můžeme chránit především tím, že budeme dětem již od útlého věku (v rodině i ve škole) tento problém vysvětlovat a povedeme je ke zdravému životnímu stylu.

2. Teorie alkoholismu, vývoj závislosti na alkoholu a její důsledky

2.1 Teorie alkoholismu

Pojem alkoholismus

Pojem alkoholismus je připisován švédskému lékaři Magnussu Hussovi, který jej poprvé použil v roce 1849 v díle *Alkoholismus chronicus* (Chronické alkoholové onemocnění). Ve vědecké terminologii se názvy s koncovkou -ismus často používaly k označení nemocí, především intoxikačních, např. ergotismus (potíže způsobené parazitem žita námelem) nebo saturnismus (otrava olovem). Huss označuje alkoholismus jako intoxikaci a řadí jej mezi tento druh nemocí. Alkoholová závislost je obvykle chápána jako nadměrné či pravidelné pití alkoholu, spojené s nebezpečím získání návykového chování. Rodí se na pozadí normálního, tj. sociálně akulturně akceptovaného pití alkoholu. S růstem spotřeby alkoholu roste i objem problémů a stupeň poškození populace. Přes poměrnou závažnost je společnost k tomuto jevu velmi tolerantní. Alkohol je považován za legální návykovou látku a spolu s tabákem je veřejností velmi podceňován. (Urban, Dubský, 2008)

Teorie alkoholismu

Existuje řada konceptů, které se snaží vysvětlit souvislosti, či příčiny, vzniku a rozvoje abúzu a závislosti na alkoholu. Některé jsou obecného charakteru, jiné se vztahují pouze k parciálním otázkám. Základní dělení rozlišuje biologické, sociologické a psychologické teorie. Stručný přehled uvádí nejfrekventovanější přístupy.

Biologické teorie

Východisko spočívá v hledání biologicky podmíněných znaků, které determinují dispozici, pro vznik a rozvoj závislosti. Biologické teorie se dále dělí dle preference nositele (např. genetika, CNS, játra apod.), dispozice či ohrožení.

Genetická teorie

Vychází z obecného předpokladu, že přímá dispozice spočívá přímo v dědičné informaci. Dá se konstatovat, že patrně nelze popřít zvýšené riziko genetického ovlivnění u dětí alkoholiků. Toto ovlivnění však patrně bude mít charakter spíše obecnějšího ovlivnění funkcí CNS, případně jiných, ne však na úrovni „genu“ alkoholismu, který by nepochybně předurčoval dítě k závislosti na alkoholu.

Enzymové teorie

Spojují vznik a rozvoj závislosti na alkoholu se změnami v působení základních enzymů odbourávajících alkohol (dle jedné hypotézy je izoenzym alkoholdehydrogenáza v příčinném vztahu při rozvoji závislosti na alkoholu).

Dopamin endorfinová teorie

Zformulována na základě průkazu opiátových receptorů, endogenních opiátů a tvorby izochinolinových alkaloidů při abúzu alkoholu. Teorie má zřejmě platnost nejen pro alkoholovou závislost, ale i závislost na jiných drogách. Předpokládá se, že při požívání alkoholu vznikají izochinolinové alkaloidy, jež obsazují opiátové receptory. Tím nahradí endogenní opiáty (endorfiny), které chybí buď primárně, nebo následkem postupného narušení. Vzniká báze „chemického“ nutkání k pokračování v pití, tedy abúzu a poté i prohlubující se závislosti. Závislost na alkoholu by se tak, byť plíživěji, vyvíjela obdobně, jako morfinová závislost. (Řehan, 1994)

Sociologické teorie

Vycházejí z makrosociologických vztahů a zákonitostí. Zájem se přesouvá z jedince na společnost jako celek. Problémy navazující na konzumaci alkoholu mají povahu sociálních jevů.

Klasické studie

Představitelé Bacon a Bales se zaměřili na obecné vývojové charakteristiky měnící se společnosti, v níž narůstá komplexita. Migrace lidí do stále větších měst, rozvoj masové komunikace a kultury, vzrůstající tlaky na bazální sociální konformnost zvyšují míru napětí. Stále platná je Baconovi teze, že komplexita vede k nárůstu potřeby integrativní funkce, která by mírnila tuto tenzi, nejistotu a pocity ohrožení, což může zajistit alkohol. Bales vymezil z analýzy názorů na požívání alkoholu ve společnosti 4 základní kategorie. Abstinenci (alkohol je ohrožením základních sociálních norem a hodnot), rituální (požívání alkoholu je spojeno s rituálními či náboženskými obřady), konviviální (pití odráží solidaritu, představuje vzájemnou dobrou vůli), utilitární (konzumace alkoholu slouží k uvolnění jedince, napomáhá osobnímu uspokojení). První a druhá varianta nevede k závislosti, varianty třetí a obzvláště čtvrtá jsou velmi rizikové v iniciaci rozvoje závislosti.

Teorie distribuce spotřeby alkoholu

Základní tezí je předpoklad vztahu mezi celkovým objemem konzumace a procentem alkoholických problémů. Postupně byly formulovány obecnější teze. Např. země s vysokou spotřebou mají největší prevalenci chorobnosti související s alkoholem, čím více je ve společnosti konzumentů, tím více v ní bude i alkoholiků, výskyt a rozšíření alkoholismu jsou determinované celkovou úrovní spotřeby v dané populaci atd.

Teorie anómie

Vychází z předpokladu závažného vlivu rozpadu dosud platných sociálních norem v důsledku revolucí, válek, dramatických sociálních změn. Roste obecná konzumace alkoholu a následně i výskyt alkoholismu. Pojem anómie byl ještě modifikován o stav, kdy značná část členů dané society nemá dostatek prostředků k zajištění cílů societou uznávaných.

Mezi sociologické teorie patří také model integrace alkoholu ve společnosti, model systémové dynamiky alkoholismu a další. (Řehan, 1994)

Psychologické teorie

Příčiny rozvoje závislosti se snaží hledat také psychologický přístup. Jedna z tradičních teorií je redukce tenze. Je založena na skutečnosti, že drogové účinky alkoholu redukují tenzi. Vyvozuje se z toho, že alkohol budou konzumovat především jedinci ve stavu tenze, např. stavy strachu, stresu, frustrace apod. Teorie je však několika experimenty zpochybněna. Bylo zjištěno, že alkohol je uvolňující a euforizující více v situacích, kdy tenze chybí.

Hlubinná psychologie

Z Freudovy psychoanalýzy vyšli někteří autoři. Konstitovala se hypotéza specifické neurotické struktury osobnosti alkoholika. Taková struktura osobnosti se utváří fixací libida v orální fázi v důsledku neadekvátního, citově plochého přístupu matky v raném dětství. Tato struktura byla označována jako orálně pasivní nebo depresivní charakterová struktura. Prvotní názory byly rozšířeny v tom smyslu, že fixace libida v orální fázi vyplývá z prudkého, bezprostředního střídání dvou krajních poloh v daném období. Jedním pólem je nepřiměřené hýčkáni, mazlení a podobné projevy, ve druhé poloze jde o nepřiměřenou opatrnost, starostlivost, až po odtažitost a sterilitu projevu. Fixační příčina může být i v prosté orální frustraci. Mnozí autoři odmítali zúžení problému na fixaci v orální fázi, objevují se teze o sebedestruktivních tendencích, alkoholismus je prostředkem ochrany před těžšími následky autodestrukce ve smyslu sebevraždy nebo psychózy. Původní koncept poruchy v orální fázi byl rozšířen na možnost vzniku poruchy v každé fázi. Výsledná struktura osobnosti se bude lišit podle fáze, ve které k poruše došlo. Prognosticky nejnadějnější ve vztahu k protialkoholní léčbě jsou osoby, u nichž specifická porucha vznikla v pozdějších fázích vývoje.

Vedle klasické psychoanalýzy se prosazovaly rovněž koncepce neopsychoanalýzy, zdůrazňující psychodynamické funkce – funkce změny vědomí, následně chování, respektive symbolické „vybití“, uvolnění emoční tenze a rovněž uvolnění celé řady dalších tendencí. Egopsychologie se soustředila na ego- obranné funkce. Chápe je především jako mechanismy umožňující adaptaci v prostředí. Alkoholismus přestal být chápán jako produkt specifické

struktury osobnosti. Egopsychologie jeho příčiny hledala v neadekvátní formě zvládnání subjektivně intenzivně prožívaných ohrožení stability či integrity Já.

Obecně lze konstatovat, že psychoanalýza nevytvořila specifickou teorii závislostí, neboť ty jsou v intencích základní teorií chápány jako jedna varianta neadekvátního, příp. autoterapeutického pokusu při obecně závažnější psychopatologii. Řada poznatků hlubinné psychologie má v klinice alkoholismu své opodstatnění. Tyto přístupy však nepostihují celé spektrum, především okruh primárně stabilních a „normálních“ osob, které se přesto staly závislými.

Behaviorální psychologie a teorie učení

Modely vzniku a rozvoje závislosti na alkoholu uvažují o různých posilujících funkcích alkoholu pro obnovení, případně udržení rovnováhy. Novější poznatky však tuto verzi revidovaly ve prospěch růstu, rozvoje, sebeprosazení a seberošíření. Přes shodnou chemickou strukturu je alkohol jednotlivými lidmi vnímán v jiných polohách, což se promítá i do jejich individuálního prožitku a následného chování. Ani stejný člověk nemusí vnímat alkohol stejně v různém kontextu, což se projeví odlišným pijáckým chováním. Tzv. discentní přístup, zabývající se alkoholismem, upozorňuje na nemožnost absolutizace využití teorie učení jako jediné explikace patogeneze závislostí. Pracuje se specificky lidským učením, kde vedle fixace a upevněnosti naučených poruch chování má svou úlohu imitace i jiné druhy podmiňování. Posilující anxiolytický efekt alkoholu není mechanicky zúžen, neboť se vztahuje k širším kognitivním strukturám, postojům – individua k sobě a jiným a postojů k alkoholu.

Koncepce behaviorální psychologie a teorie učení byly ve své době nejčastěji využívány ke zpochybnění pojetí alkoholismu jako choroby. Pokud je totiž chování alkoholika naučený vzorec, je možné ho přeučit a padá teze medicíny o ireverzibilitě ztráty kontroly pití. Dnes jde o oprávněnou interpretaci některých vývojových souvislostí, současně se však uplatňují a prokazují jiné než behaviorální koncepty a to včetně konceptu závislosti na alkoholu jako onemocnění.

Další psychologické přístupy

Problematikou abúzu alkoholu či závislosti na alkoholu se zabývají především klinické a praktické obory psychologie. Psychologické školy však většinou nevytvářely specifické teorie patogeneze alkoholismu, ale zahrnuly tento problém do své obecné teorie jako jednu variantu maladaptivního, nežádoucího či neautentického vývoje jedince.

Humanistická psychologie spatřuje v alkoholických excesech příznak narušení přirozených seberealizačních tendencí vlivem zpochybnění sebe sama a ohrožení autentických vztahů k lidem. Alkohol zdánlivě pomáhá prožitku sebeuchopení, eliminuje pochybnosti a umožňuje (v představách) obnovit pocity seberealizace. Jeho sociální dopady i farmakokinetické souvislosti však po vystřízlivění původní prožitkovou krizi ještě zvýrazňují, což je jedním z motivů recidivy.

Koncepce nazývaná jako model sebeuvědomění, tvrdí, že obecná inhibitivní funkce alkoholu je využívána ke snížení ohrožujících momentů sebeuvědomění. To by znamenalo, že jedinci s orientací na vlastní hodnoty a vnitřní kritéria tlumí pomocí alkoholu prožitek ohrožující tyto jejich vlastní kvality. (Řehan, 1994)

Integrativní modely

Integrativní modely si kladou za cíl sloučit a seřadit různé intervenující proměnné do systému, který by postihoval pokud možno všechny vztažné vlivy. Asi nejnámějším je interakční model drogových závislostí. Model tří intervenujících proměnných byl rozšířen o čtvrtou proměnnou. Těmi 4 proměnnými jsou farmakologická (droga), environmentální (prostředí), provokující (podnět) a somatická a psychická (organismus).

Prostředí je základní rámec našeho začlenění ve světě. Socializace je svázána s prostředím, konkrétní individuum internalizuje vlastní obraz tohoto prostředí. To znamená, že ve vztahu k alkoholu bude jiný základní rámec v naší kultuře proti oblasti islámu.

Farmakologická proměnná je vymezena svými chemickými strukturami, jejichž psychoaktivní účinek má bazálně biochemické, ale i psychické komponenty (posílení, uvolnění atd.).

Provokující proměnná může být chápána jako okamžité sloučení aktuálního stavu individua v daném aktuálním kontextu s aktuálním efektem požití alkoholu. Může se zde

podílet zvědavost, tlak skupiny, pobídka druhého v krizové situaci a obrovská varieta jiných souvislostí.

Uvedené proměnné mají svůj průsečík v poslední proměnné – organismu. Při respektování všech somatických souvislostí je pro psychologa vlastní doménou psychika, na niž se sice organismus nedá redukovat, ale která je přesto v rámci autoregulace odpovědná za chování. Při psychologické práci se musí hledat a sledovat individuální podoba interakce intervenujících proměnných. Každá nevšímavost k systému, redukce je zavádějící. (Řehan, 1994)

2.2 Faktory vzniku závislosti na alkoholu a její vývoj

Teorie vzniku závislosti

Příčin zneužívání alkoholu a závislosti na něm je mnoho. Mohou to být příčiny genetické, biologické, psychické a sociální.

Člověk pije, aby dosáhl příjemných účinků z požití alkoholu. Ve smyslu teorie učení je pití zpevňováno např. redukcí úzkosti. Alkohol má však i jiné účinky. Příjemné emoce vyvolává např. jen u osob, které nejsou v tenzi a pokud konzumují malé dávky. Navíc je pak u člověka účinek alkoholu značně ovlivněn i okolností, že očekává jeho určité specifické účinky.

Osoby predisponované k závislosti budou jedinci, u nichž alkohol vyvolává zvláště silný pocit euforie. Dále jde i o jedince, kteří trpí takovým druhem fyziologické nerovnováhy, na niž má alkohol specificky normalizující vliv. Bylo zjištěno, že sérová alkoholdehydrogenáza obsahuje u některých jedinců frakci, která není inhibována pyrazolem. Uvažuje se, že tento izoenzym ADH (P 15) by mohl být spoluzodpovědný za rozvoj alkoholové závislosti. Uznává se, že existuje vysoká korelace mezi průměrnou spotřebou alkoholu na hlavu ročně a procentem silných pijáků, resp. alkoholiků v populaci. Je zde významný vliv „pijáckých part“, které užívají značného sociálního nátlaku na své členy, zejména nové, aby je přiměli k abúzu. Pijácké party, stále častěji vznikající i na pracovištích, jsou pak spouštěcím i upevňujícím mechanismem u těch lidí, kteří patří mezi tzv. rizikové jedince. Takové riziko možné závislosti na alkoholu závisí i na začátku jeho konzumace

Rozsáhlý výzkum inbredních kmenů myši a potkanů inklinujících k alkoholu slouží jako model pro studie biochemických příčin vzniku závislosti na alkoholu u člověka. Podařilo se vypěstovat takové kmeny, které při svobodné volbě dávaly přednost buď alkoholu, nebo nealkoholickým nápojům. „Chut“ na alkohol může být geneticky determinována. Myši s vysokou preferencí alkoholu jsou vůči jeho toxickým efektům citlivější. Starší zvířata ve srovnání s mladými vykazovala vzrůstající preferenci alkoholu. U mužů se vyskytují dva typy závislosti na alkohol. Oba navazují na hereditární predispozici. První, častěji se vyskytující typ však musí být vyprovokován nepříznivým rodinným prostředím, zatímco druhý, vzácnější, je determinován převážně biologickou dědičností. (Skála, 1986)

Motivace k abúzu

Důležitou součástí a podmínkou pro vývoj závislosti je motivace. Motivů existuje mnohem více, zde jsou uvedeny nejfrekventovanější:

- motivace fyzická – přání fyzického uspokojení, fyzického uvolnění, odstranění fyzických obtíží, přání udržet si fyzickou kondici apod.,
- motivace senzorická – přání stimulovat zrak, sluch, hmat, chuť, potřeba smyslově-sexuální stimulace, případně touha po celkovém posílení vnímání čidly,
- motivace emocionální – uvolnění od psychické bolesti, pokus řešit osobní komplikace, uvolnění od špatné nálady, snížení úzkosti, emocionální relaxace,
- motivace interpersonální – přání proniknout interpersonálními bariérami, získat uznání od vrstevníků, komunikovat s nimi, především neverbálně, vzdorovat autoritě, posílit vazbu s druhou osobou, uvolnit interpersonální blokády apod.,
- motivace sociální – potřeba prosadit si sociální změny, identifikovat se s určitou subkulturou, unikat z obtížných až nesnesitelných podmínek prostředí, měnit společenské vědomí vrstevníků,
- motivace politická – identifikovat se se skupinami protestujícími proti establishmentu, měnit drogovou legislativu, nedodržovat pravidla daného státu apod.,
- motivace intelektuální – uniknout nudě, dosáhnout intelektuální kurióznosti, řešit umělé problémy, produkovat originální světové ideje, zkoumat vlastní podvědomí apod.,
- motivace kreativně estetická – vylepšit uměleckou tvorbu, navýšit požitek z umění, znásobit kreativitu apod.,

- motivace filozofická – objevovat významné hodnoty, hledat smysl života, nalézat osobní identifikaci, objevovat nové pohledy na svět atp.,
- motivace spirituálně mystická – vyznávat ortodoxní víru, prosazovat a vázat se na spirituální náhled, získávat boží víze, komunikovat s bohem, získávat spirituální moc atd.,
- motivace specifická – osobní potřeba prožít dobrodružství, jinak nevyjádřitelné prožitky, získat ocenění u jistých osob atd. (Heller, Pecinovská a kol., 1996)

Některé důvody ke konzumaci alkoholu, které uvedla skupina patnáctiletých:

- Protože to dělá každý.
- Piji na párty, abych byl společenský.
- Moji rodiče pijí, tak proč já bych neměl?
- Naši by se zbláznili, kdybych bral drogy, ale pití alkoholu jim nevadí. Aspoň pokud to nepřeháním.
- Je to fajn.
- Smím si s rodiči vždycky na Vánoce nebo při narozeninových oslavách přit'uknout.
- Chtěla jsem si jen párkrát usrknout, abych věděla, jaký to je. (Ganeri, 2001)

Alkohol má pro většinu jedinců anxiolytický účinek, uvolňuje psychické napětí, zlepšuje náladu, zvyšuje pocit sebejistoty. Byla prokázána souvislost mezi účinkem alkoholu a tvorbou endorfinů.

Stádia alkoholismu

Proces rozvoje závislosti na alkoholu je nejčastěji popisován dle E. M. Jellineka ve čtyřech fázích:

1. stádium (počáteční, prealkoholické), ve kterém si jedinec uvědomuje, že pije odlišně než druzí, že mu alkohol přináší úlevu od problémů. Zvyšuje množství i četnost pití.
2. stádium (prodromální, varovné), které je charakteristické zvyšující se tolerancí k alkoholu, stoupající spotřebou, narušenou kontrolou nad množstvím a pitím. Za pití se počíná stydět,

objevují se okénka, dochází k výčtkám či racionalizacím. Toto stadium zhruba odpovídá škodlivému užívání.

3. stádium (kruciální, rozhodné), kdy tolerance stále stoupá, v důsledku časté konzumace narůstají konflikty, okénka jsou spojena téměř s každou konzumací, nad pitím již chybí jakákoliv kontrola. Jedinec bývá často přesvědčen, že může s pitím přestat. Dává přednost lidem, kteří také pijí a poskytují mu sociální oporu. Dochází ke změně osobnostních vlastností, ke změnám v preferenci hodnot, k oploštění zájmů, k rozpadu vztahů.

4. stádium (terminální, konečné) odpovídá nejvíce syndromu závislosti, tolerance se začíná snižovat, alkoholik se rychle opije, zároveň ale není schopen bez alkoholu vydržet. Konzumace je nepřetržitá, objevují se somatické a psychické poruchy, sociální interakce s okolím je vážně narušena. Postižený má potíže, když pije, i když nepije. Postupně dochází k fyzickému i psychickému chátrání. (Fischer, Škoda, 2009)

Uvedená čtyři stadia lze charakterizovat i několika desítkami příznaků. Zde je zkrácený přehled:

I. stádium

1. zvyšuje se frekvence pití,
2. stoupají dávky alkoholických nápojů,

II. stádium

3. jednotlivec pije často tajně, protože se bojí, aby nebyl rozpoznán jeho abúzus spojený již s návykem,
4. myslí trvale na alkohol,
5. shromažďuje zásoby alkoholických nápojů,
6. pije dychtivě svou první dávku,
7. má pocity viny,
8. je citlivý na zmínku o alkoholu,
9. začíná mít okénka,

III. stádium

10. jednotlivec ztrácí spolehlivou kontrolu,
11. vyhýbá se ovlivnění ze strany svého okolí co se týče abúzu,

12. dělá si výčitky,
 13. vykazuje nápadné výkyvy nálady,
 14. činí opakované a marné pokusy pít zdrženlivě,
 15. dochází u něho k zúžení zájmů a
 16. k oploštění meziosobních vztahů,
 17. ke konfliktům na pracovišti a společenskému sestupu,
 18. dostavují se tělesné příznaky související s abúzem,
 19. často i sexuální problémy,
 20. provázené popřípadě žárlivostí a jejími projevy,
 21. tolerance dále stoupá,
 22. dostavuje se kratší či delší období „vynucené“ abstinence,
- IV. stádium
23. je charakterizováno výrazným oslavením tělesného i duševního zdraví,
 24. dostavuje se snížená tolerance na alkohol,
 25. dochází k několikadenním „tahům“,
 26. k ranním douškům,
 27. dotyčný vyhledává druhé osoby, které jsou pod jeho sociální úrovní, k příležitosti abúzu,
 28. dochází k požívání technických prostředků obsahujících alkohol (Alpa, Okena, Iron, ředění lihu čistou vodou apod.),
 29. a k bezmocnosti: „bez alkoholu to nejde a s alkoholem také ne (debakl)“. (Skála, 1986)

2.3 Diagnóza závislosti na alkoholu

Definice alkoholika

„Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje chronického alkoholika „jako jedince s chronickým onemocněním, které se manifestuje jako narušené chování“. Je charakterizováno opakovanou konzumací alkoholických nápojů, která překračuje obvyklou dávku požívání nebo vyhovění společenským zvykům společnosti a projevuje se jako narušování zdraví pijáků nebo jejich ekonomické a sociální funkce.“ (Urban, Dubský, 2008, s. 100)

Definice alkoholismu americké Státní rady pro alkohol a drogové závislosti (NCADD – National Council on Alcoholism and Drug Dependence) zní: „Alkoholismus je primární, chronické onemocnění, jehož vývoj a projevy ovlivňují vlivy genetické, psychosociální i vlivy zevního prostředí. Choroba je často progresivní a fatální. Alkoholismus charakterizuje buď trvale, nebo periodicky: 1. porucha kontroly pití, 2. skutečnost, že se jedinec trvale alkoholem zabývá, 3. požívá jej bez ohledu na nepříznivé důsledky, 4. zkrácené myšlení, zejména zapírání stavu.“ (Koukolík, 1998, s. 148)

Alkoholismus je tedy chápán nejen jako individuální, ale i jako celospolečenský problém.

Typologie abúzu

Typ alfa

Abúzus pro ulehčení v souvislosti s vnitřními konflikty. Piják znalý účinku alkoholu jako drogy jej čas od času zneužívá jako anxiolytika k odstranění úzkosti, jindy k potlačení tenze, k získání euforie nebo alespoň k odstranění dysforie, či jako prostředku sbližujícího s druhými lidmi (se skupinou nebo s jednotlivým partnerem – sex). Kontrola je víceméně spolehlivá, psychická ani somatická závislost dosud není. Možnými riziky jsou rostoucí tolerance i frekvence, úrazy, trestné činy.

Typ beta

Příležitostný abúzus (pijácké zvyklosti, víkendová droga). Motivací je neodlišovat se od ostatních a nezůstat v izolaci. Možnými riziky jsou zvyšující se tolerance, porušování dopravních předpisů.

Typ gama (anglosaský typ)

Jde již o závislost na alkoholu. Charakteristickým znakem je nespolehlivá, změněná, poruchová kontrola. Jednotlivec si nemůže nikdy být jist, překročí-li určitou hranici alkoholu v krvi (0,5 – 0,6‰), že nebude v pití pokračovat až do intoxikace. Po intoxikaci je schopen kratší či delší dobu abstinovat (vynucená abstinence); tolerance dále stoupá. Je vyjádřena

především psychická závislost. Syndrom odnětí (tj. odvykací příznaky) při detoxikaci je zpravidla nevýrazný.

Typ delta (románský typ)

Jde o protražovanou konzumaci alkoholických nápojů (trvalá hladina alkoholu v krvi) spíše ve formě subintoxikace než intoxikace. Rizikem jsou hrozící větší poškození tělesného zdraví (např. cirhóza) i psychického zdraví (delirium tremens) než u typu gama.

Typ epsilon

Je blízký typu gama. Představuje epizodický abúzus, často s dramatickým a protražovaným průběhem. Kontrola je prakticky „ztracena“. Tento typ závislosti někdy provází larvovanou afektivní psychózu.

Jednotlivé typy závislosti na alkoholu (gama a delta) se nevyskytují zdaleka jako čisté. U nás se léčí častěji jednotlivci s převahou typu gama, méně často s převahou typu delta. (Skála, 1986)

Další typologie

Výzkum sice potvrdil, že alkoholismus je kontinuum různých změn chování, nicméně je v něm možné vyhmátnout dvě krajní podoby. Byly označeny jako alkoholismus prvního a druhého typu. Jsou opravdu krajní. Mnozí alkoholici se chovají způsobem, který má znaky obou typů:

První typ

Alkoholici začínají pít po dvacátém pátém roce věku. Jsou schopni někdy velmi dlouho abstinovat. V průběhu pití nebývají útoční a nepřicházejí do střetu se zákonem. Velmi často ztrácejí nad pitím kontrolu a pijí do němoty. Požívání alkoholu u nich probouzí pocit viny a mívají strach z následků.

Druhý typ

Alkoholici druhého typu představují do značné míry opak. Začínají pít před pětadvacátým rokem věku. Pítí vyhledávají, udržují si hladinu, ale kontrolu neztrácejí. Zato v průběhu pití vyvolávají srážky a přicházejí do střetu se zákony. Nemívají pocity viny a strach z důsledků. (Koukolík, 1998)

Rozlišení abúzu alkoholu:

- symptomatický,
- systematický,
- juvenilní.

Symptomatický abúzus je ve svém vývoji a průběhu určován strukturou osobnosti, případně i psychickou odchylkou či chorobou. Vede k závislosti s psychogenním podkladem, někdy je používán termín alkoholická toxikomanie. V popředí je „vnitřní potřeba“ drogy, má doplnit schopnosti a možnosti. Je zde typické samotářské pití a dávkování alkoholu dle potřeby odstranit, získat určitý fenomén v oblasti psychiky. Lze například získat schopnost promluvit s určitou osobou, potlačit obavy, zlepšit náladu atp. Doba vývoje závislosti trvá řádově pět let. Je typický pro ženy.

Systematický abúzus je založen na stereotypu pití alkoholu s rozvíjejícím se pijáckým chováním a s významným fenoménem časovým (delirantní stav při okolnostmi vynucené abstinenci). V terminálním obraze má závislost na sociogenním podkladě, používá se také termínu habituální závislost – etylismus. Návyk a závislost vznikají nejčastěji za přispění společensko-sociálních faktorů. Tento typ abúzu je typický pro muže.

V praktickém životě se v čisté formě nevyskytuje ani symptomatická, ani systematická forma. Vyskytují se ve vzájemné kombinaci. V diagnostice se používá formulace vzniku závislosti převážně na psychogenním nebo sociogenním podkladě.

Juvenilní etylismus je typický brzkým začátkem, často v dětství, rychlým rozvojem fenoménů abúzu a závislosti, velmi často však spontánně ustává. Okolo třicátého roku věku se často aktivuje do závislosti. Do značné míry souvisí s etnickými, genetickými a konstitučními faktory. Faktory sociogenní na úrovni ovlivnění mikrosocietou zde sehrávají zanedbatelnou roli. Podstatným problémem je opakovaná intoxikace v nízkém věku, často v dětství a raném mladistvém věku. Typická je častá intoxikace a vysoká tolerance. Pokud nedojde k omezení,

dochází celkem brzy k výskytu psychoorganických příznaků. Vždy nastává zablokování osobnostního rozvoje. Rozsah poruchy je velmi individuální, od neurotických projevů, přes intelektovou retardaci, až k psychotickým projevům. Příznaky chronického poškození se objevují i před třicátým rokem věku. V současné populaci je juvenilní abúzus celkem ojedinělý. Tento typ je vázán na etnické faktory, proto je jeho výskyt spíše regionální. (Heller, Pecinová a kol., 1996)

Výskyt opilosti u dětí (2x nebo častěji)

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

Zdroj: Nešpor, 2001, s. 11

Markery svědčící o závislosti na alkoholu

Pro závislost na alkoholu svědčí:

Subjektivní stesky pacienta a jeho rodiny:

- stavy motorického neklidu, pocení zvláště v noci, k ránu, třes rukou odečitatelný při zapalování cigarety, šálek drží zejména při snídani oběma rukama, vyhýbá se polévce,
- poruchy stability, nejistá chůze zvláště v šeru, pády a klopýtání i ve střízlivém stavu, bolesti lýtek, časté křeče v dolních končetinách,
- nespavost, zvláště k ránu, úzkost, depresivní rozlady i suicidální tendence,
- poruchy paměti a pozornosti, neschopnost koncentrace, netrpělivost při manuální práci, která ji vyžaduje, snížení obvyklé výkonnosti, odkládání úkolů, neplnění termínů apod.
- náladovost, podrážděnost až výbušnost, ukřivděnost, emoční labilita, lítostivost,
- neschopnost dodržet bezalkoholní dietu i při jednoznačné zdravotní indikaci,
- poruchová kontrola pití, opilost v nevhodných situacích, často se manifestující nečekaně, bez viditelného pití.

Při objektivním vyšetření se nachází:

- z dechu je opakovaně cítit alkohol, často zakrývaný žvýkáním, ústní vodou apod.
- chronické záněty spojivek, uslzené „plovoucí“ zarudlé oči,
- charakteristický obličej, nejen zanedbanost, ale i otoky, podlitiny, jizvy, barva nosu,
- zanedbaný chrup, nevyhledávají zubního lékaře jak z obav před zvýšeným dávivým reflexem a před prozrazením se alkoholickým fetorem, tak v rámci celkové lhostejnosti ke svému stavu, časté jsou parodontopatie pro malhygienu a hypovitaminózu,
- vegetativní labilita, zvýšená potivost zvláště rukou, třes rukou, zprvu jen po excesech, motorický neklid, špatná stabilita, i na pohmat bolestivé dlouhé nervové pleteně,
- kolísavý krevní tlak, směřující k fixované hypertenzi, v počátcích s velmi rychlou úpravou,
- v moči bílkovina, bilirubin, ketolátky,
- příznaky cirhózy – zvýrazněná žilní kresba na břicho, u pivařů typická obezita a velmi mnoho dalších nálezů.

Sociální indikátory možného výskytu alkoholismu:

- rodinné a partnerské konflikty, stížnosti sousedů, zásahy policie, rozvodové řízení,
- hrubé nedostatky v péči o děti, jejich selhávání ve škole, známky násilí, i sexuální zneužívání,
- ztráta zaměstnání, často zbrklé výpovědi samotných závislých ve snaze uniknout tlaku zaměstnavatele na léčbu, propady do nekvalifikované práce i u kvalifikovaných,
- absence v zaměstnání překrývané jednotlivými dny dovolené, útěky do nemoci apod.
- tendence k řízení v intoxikaci, ztráty řidičského průkazu,
- pobyty na záchytné stanici, přestupková i soudní řízení. (Heller, Pecinovská a kol., 1996)

Metabolismus alkoholu

Za fyziologické účinky, které vyvolává konzumace alkoholických nápojů, není zodpovědný etanol, ale acetaldehyd, který v organismu vzniká při oxidaci etanolu. „Zvýšené množství acetaldehydu může vést k následujícím symptomům:

- rozšíření cév, zvýšení teploty kůže, pocit horka, zčervenání v obličeji,
- zrychlení srdeční činnosti a dýchání,
- pokles krevního tlaku v důsledku vazodilatace,
- zúžení průdušek,
- zvracení, bolesti hlavy,
- euforie nebo averzivní reakce.“ (Fischer, Škoda, 2009, s. 100)

Při metabolismu etanolu na acetaldehyd jsou v lidském organismu k dispozici dvě možnosti:

- 1) oxidace prostřednictvím alkoholdehydrogenázy (ADH),
- 2) oxidace prostřednictvím mikrosomálního etanol-oxidujícího systému (MEOS).

Ad 1) Z kvantitativního hlediska oxidace prostřednictvím ADH vysoko převažuje. Existuje také více izoenzymů ADH: jejich výskyt je u různých ras odlišný. ADH dosahuje své plné aktivity (v relaci s dospělým člověkem) teprve u pětiletého dítěte.

Ad 2) Aktivita MEOS je alkoholem „provokována“. Tento systém se zapojuje do metabolismu etanolu při jeho stoupající konzumaci a umožňuje metabolizovat takové jeho množství, na které by sama ADH dlouhodobě nestačila. Touto okolností se vysvětluje i stoupající (často jen dočasná) tolerance na alkohol. (Skála, 1986)

Oxidace acetaldehydu na acetát se uskutečňuje prostřednictvím aldehyddehydrogenázy. Existují nejméně dva odlišné izoenzymy ALDH. Např. U Japonců byl shledán deficit mitochondriálního typu ALDH. Tento vrozený deficit subjektivně velmi nepříjemně prožívaný (zrudnutí – flush, obdoba antabusového fenoménu) chrání příslušníky některých ras před abúzem alkoholu: u Japonců byl uvedený deficit zjištěn u 42 % zdravých jedinců, ale jen u 2% alkoholiků. Snadná rozpustnost etanolu ve vodě a jednoduchá chemická struktura jeho molekuly umožňují snadný a rychlý průnik do tkání. Částečná rozpustnost etanolu v tucích

ovlivňuje fluiditu buněčných membrán prostřednictvím lipidů: akutním působením etanolu se zvětšuje, chronickým působením naopak snižuje. Dochází tak ke snížené schopnosti membrán vázat nejenom etanol, ale i jiné narkotické látky: v praxi se s tímto jevem setkávají anesteziologové. Etanol ovlivní postupně prostupnost membrány, a to především pro sodík, jehož koncentrace uvnitř buňky stoupne, zatímco draslík je z buněk vyplavován. Současně je blokován stabilizační účinek iontů vápníku, tímto jsou tlumeny klidové potenciály a schopnost vedení vzruchu nervstvem je snížena. Etanol může zahltit přes tři čtvrtiny všech oxidačních schopností organismu, a tím oslabit ostatní oxidační procesy. (Skála, 1986)

Po skončeném vstřebání a přechodem alkoholu cestou jaterního oběhu do krve je poměr mezi koncentrací alkoholu v krvi a ostatním alkoholem v těle víceméně stálý, takže je možno na základě koncentrace alkoholu v krvi a tělesné hmotnosti člověka konzumujícího alkohol vypočítat i množství alkoholu, které požil. Alkohol v krvi se u nás nejčastěji stanovuje jodometrickou metodou podle Widmarka nebo plynovou chromatografií. K orientačnímu zjištění etanolu ve vydechovaném vzduchu se užívá Altest. Převážná část alkoholu – okolo 90% - se v organismu metabolizuje a jen malá část se vylučuje v nezměněné formě močí (až 2%), potem a dechem (až 10%). V játrech se etanol metabolizuje v 80%, 10% se metabolizuje na jiných místech. (Skála, 1998)

Alkohol je na rozdíl od jiných psychotropních látek mohutným energetickým zdrojem. Jeden gram obnáší 7,1 kilokalorií (29,7 kJ). Pro alkoholiky tvoří tyto „prázdné“ kalorie přibližně polovinu denního energetického příjmu. Prázdné se jim říká proto, že s sebou nenesou nic dalšího, a přitom nahrazují normální složky potravy. Proto bývají i baculatí alkoholici často velmi špatně živení. Chybí jim řada vitaminů. Např. vitamin A, alkohol ho pomáhá odbourávat ve zvýšené míře. Přitom vitamin A se u alkoholiků nedá jen tak nahradit. Jeho zvýšený příjem, stejně jako zvýšený příjem etanolu, poškozují játra. Dlouhodobý nedostatek vitamínu A zvyšuje pravděpodobnost vzniku karcinomů, epitelových zhoubných nádorů. Nakreslit v metabolické mapě, kde všude odbourávání alkoholu mate a ruší rovnováhy nastavené desítkami milionů let vývoje, by znamenalo pokreslit velmi velkou tabuli. Výsledkem je přímé, toxické poškození nejrůznějších buněk, tkání i orgánů, úměrné dávce a době, po kterou se látka užívá. (Koukolík, 1998)

Akutní otrava alkoholem

Alkohol, stejně jako jiné psychotropní látky, má dvoufázový efekt. Při nízkých dávkách požitého alkoholu jsou neuronové systémy labilizovány (stadium excitace), při vyšších dávkách tlumeny (stadium inhibice). Motorické poruchy jsou více centrálního než periferního původu. Nejcitlivěji reaguje na alkohol mozková kůra, retikulární soustava mozkového kmene a míšní motorické neurony. Etanol se asi z 20 procent vstřebává již v žaludku, koncentrovaný alkohol i sliznicí v ústech a hltanu. Hlavní část však v tenkém střevě. Přijímání zažívacím traktem závisí od stavu naplnění. Začíná prakticky pitím, po požití se se alkohol rovnoměrně rozděluje ve všech tělesných tekutinách. V lidském organismu se etylalkohol hydrogenací alkoholu přemění na acetát a ta se konečně rozloží na oxid uhličitý a vodu. Účinnou látkou působící na mozek je acetaldehyd. S požitím začíná i vylučování, a to v nezměněném tvaru nepatrná část ledvinami, dechem a kůží. Hlavní podíl je zpracován v játrech. Odbourávání alkoholu v čase probíhá lineárně, znamená to, že se za časovou jednotku eliminuje konstantní množství alkoholu. Koncentrace alkoholu v krvi klesá s koncem resorpce konstantní měrou za časovou jednotku. (Goehlert, Kuehn, 2001)

Klinický obraz

Čtyři stadia akutní alkoholové intoxikace:

- | | |
|-------------------------|---|
| I. Stádium excitační | 1. lehká opilost (rozjařenost, lehké poruchy chůze) |
| | 2. únava (útlum, výrazné poruchy chůze) |
| II. Stádium hypnotické | 3. bezvědomí, zachované reakce na bolestivé podněty a obranné reflexy |
| III. Stádium narkotické | 4. bezvědomí, areflexie |
| IV. Stádium asfyktické | 5. bezvědomí, areflexie anebo oběhová insuficience |

Zdroj: Skála, 1986, s. 9

Dle klinických znaků lze vymežit následující stupně alkoholové intoxikace:

- a) lehký stupeň otravy alkoholem (hladina alkoholu 0,5 – 1,5‰): snížení psychomotorické výkonnosti celkové snížení zábran, zvýšené nutkání k mnohomluvnosti a činorodosti, ovlivnění sebekritiky a sebekontroly, zvýšená pohotovost sociálního kontaktu, subjektivní pocit zvýšené výkonnosti apod.,
- b) střední stupeň otravy alkoholem (hladina alkoholu 1,5 – 2,5‰): euforická nálada, jindy agresivní podrážděnost, orientace ještě zachována, konstelace okolí a jeho společenský význam jsou ještě správně rozpoznávány, snížená sebekritika, odbrzdění zábran společenských pravidel i trestního zákona, somnolence, psychomotorická nejistota,
- c) těžký stupeň otravy alkoholem (hladina alkoholu přes 2,5‰): poruchy vědomí, ztráta vztahu k reálné situaci, dezorientace, nemotivovaná úzkost, podráždění, neurologické poruchy rovnováhy až ataxie, poruchy řeči, závratě. (Skála, 1986)

2.4 Dopady závislosti na jedince a společnost

Alkohol je v České republice nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. V roční spotřebě alkoholu na jednotlivce (včetně kojenců) patříme k zemím s nejvyšší konzumací. Problémy spojené se závislostí na alkoholu jsou obecně hodnoceny především jako problémy zdravotní, stranou však nezůstávají ani neméně důležitá hlediska sociální a ekonomická. Sociální rizika konzumace alkoholu se vztahují např. k dlouhodobé nezaměstnanosti, bezdomovectví, problémům v rodině. Jsou to také finanční problémy nebo kriminalita. Konzumace alkoholu představuje také zvýšené náklady na zdravotní péči a sociální služby.

Následky alkoholismu mohou být následující:

Somatické. Nejčastěji je to jaterní cirhóza, záněty a zvětšení jater, také akutní a chronické pankreatitidy. V nervovém systému se objevují záněty nervů, atrofie mozku. U mužů se objevuje snížení až ztráta potence, která vede ke vzniku žárliveckých bludů. U těhotných dochází k poškození plodu, protože alkohol prochází placentární bariérou.

Psychické. Poruchy vnímání, paměti, zvyšuje se únavnost a emocionální labilita, dochází ke snížení a pak i ztrátě zájmů a znalostí, ubývá pohotovosti a duševní svěžesti. Chybí takt a schopnost chápat problémy druhých, dochází k celkovému zhrubnutí jednání s agresivními prvky. (Urban, Dubský, 2008)

Akutní otrava alkoholem po zdravotní stránce zpravidla probíhá bez větších důsledků. Likvidace alkoholu v organismu, zejména po požití větších dávek, znamená však vždy citelný zásah do metabolismu v játrech, který se po vysoké konzumaci upravuje až za několik dní.

Opakovaný dlouhodobý abúzus alkoholu, tj. chronická intoxikace alkoholem, vede dříve nebo později k poškození řady orgánů. Nejčastějšími následky jsou:

- Alkoholická myokardiopatie. Jde především o následky přímého toxického účinku alkoholu (cca. 100g alkoholu denně). Svůj význam mají i konstituční faktory, eventuálně virové infekce. Příznaky jsou poruchy srdečního rytmu, známky hypertrofie na rtg., srdeční insuficience.
- Sekundární hypertenze. Vyskytuje se v rámci odvykacího syndromu, upravuje se po několika týdnech abstinence. Kombinovaný vliv hypertenze a alkoholu na myokard může vést k selhání srdce.
- Ischemická choroba. Pacienti, u nichž bylo zjištěno, že pijí pravidelně větší dávku alkoholu, mají menší výskyt infarktu myokardu. Piják je jakoby chráněn před ischemickou chorobou, ale současně i ohrožen nebezpečím zvýšeného krvácení při úrazech. Protektivní dávka alkoholu je udávána na 60g denně, pak již jde o množství, které pacienta může ohrozit různými somatickými komplikacemi. Protektivní účinek alkoholu nebyl zjištěn u silných pijáků.
- Akutní gastritida. Příčinou je přímý toxický účinek velkých dávek alkoholu někdy při současném podávání určitých léků (např. Antirevmatika).
- Vředová nemoc. Alkohol zhoršuje a prodlužuje její průběh.
- Hepatopatie: steatóza (ztukovatění) jater, hepatitida, cirhóza. Příčinou je toxický účinek alkoholu vystupňovaný karencí a chybou výživou. Dřívější předpoklad, že k poškození jater alkoholem může dojít jen v souvislosti s podvýživou, byl definitivně vyvrácen v roce

1974 experimentem (Lieber). K chronickým onemocněním jater může dojít výhradně toxickým působením alkoholu na jaterní buňky i při adekvátní výživě.

- Alkoholická akutní hepatitida. Život ohrožující stav. Příčinou je excesivní abúzus po dlouhodobém chronickém abúzu alkoholu.

- Rakovina jater. Byl zjištěn i zvýšený výskyt rakoviny pankreatu a jaterní cirhózy. Jediným faktorem, který se zdá být v korelaci se zvýšený výskytem primární rakoviny jater, je zvyšující se konzumace alkoholu a jaterní cirhózy. 40% nemocných s jaterní cirhózou umírá na primární rakovinu jater.

- Akutní pankreatitida; recidivující akutní pankreatitida. Ze čtyř postižení jsou tři způsobeny intoxikací alkoholem. Svou úlohu mají i chyby ve výživě a konstituční faktory.

- Chronická pankreatitida. V 70% postižení jde o následky toxického účinku alkoholu.

- Sexuální poruchy. Podle poznatků z literatury je u 60% mužů s jaterní cirhózou nutno počítat se sexuálními poruchami. Rozsah hepatopatie se zdá přímo úměrný se závažností sexuální poruchy.

- Alkoholická polyneuropatie. Pacienti si stěžují na spontánní bolesti v lýtkovém svalstvu, svalové křeče v bérkách. Často dochází ke svalové slabosti, nejistá chůze je následkem poruchy hluboké citlivosti.

- Alkoholická atrofie mozku. Mozková atrofie začíná již v raných stádiích závislosti na alkoholu. Základními ovlivňujícími faktory jsou však věk a délka abúzu.

- Epileptické záchvaty. Každý první epileptický záchvat u dospělého člověka musí vzbudit podezření na možný spouštěcí účín alkoholu. O esenciální alkoholické epilepsii se však v dnešní době pochybuje.

- Alkoholický odvykací syndrom. Příznaky jsou vnitřní neklid, úzkostná, dysforická, depresivní rozlada, nechutenství, nevolnost, poruchy spánku, vegetativní poruchy (zvýšené pocení, labilita tepu), drobný tremor.

- Delirium tremens. Tato charakteristická alkoholická psychóza je provokována různými exogenními příčinami. Mezi příznaky patří např. Tachykardie, profúzní pocení, teplota, hrubý třes prstů a rukou, psychomotorický neklid, úzkost, převážně optické halucinace, sugestibilita, změny vědomí, dezorientace, amnestický syndrom.

- Jiné alkoholické psychózy. Často se vyskytuje alkoholická halucinóza (převážně sluchové halucinace) a alkoholická paranoia (častá impotence).

- Choroby krve a krvetvorných orgánů. Mohou se vyskytnout tři druhy anémií. Sideropenická při poruchách vstřebávání železa nebo po krvácení. Karenční z nedostatku vitamínu B₁₂ nebo kyseliny listové. Hemolytická z rozpadu erytrocytů (např. U Zieveho syndromu).
- Infekční choroby. Kombinovaný nedostatek humorální a buněčné imunity je příčinou jejich těžšího a komplikovanějšího průběhu. Častěji se objevují abscedující bronchopneumonie. TBC plic. (Skála 1986)

Lze konstatovat, že biologický přístup ke studiu problematiky závislosti na alkoholu se rozvíjí teprve v posledních několika desetiletích. Přesto jsou poznatky o orgánových i funkčních poškozeních organismu rozsáhlé. Velkou chybou je, když lékaři zanedbávají fyzikální a laboratorní vyšetření svých pacientů. Zejména nepsychoiatri často nemyslí na to, že nalezená somatická poškození mohou souviset s abúzem alkoholu. Znalost i příčina somatických škod umožňují správnou diagnózu i nastavení optimální léčby. Mnozí pacienti jsou pak motivováni obavami o své zdraví k protialkoholní léčbě. Alkohol dokáže doslova rozpustit kosterní svaly. Jedna z prvních vědeckých prací, které se týkají této dovednosti alkoholu, vznikla před sto šedesáti lety. Týkala se poškození lýtkových svalů u těžkých pijáků portského vína. (Koukolík, 1998)

Účinky alkoholu a pracovní výkon

Ethylalkohol (CHOH) se svým účinkem nejvíce blíží skupině látek navozujících spánek. Zásah alkoholu do přeměny látek v organismu je nepříznivý kromě jiného už proto, že je přednostně odbouráván jako toxická látka. Alkohol narušuje především nervovou činnost a zhoršuje rozumové funkce. Více než rychlost je ovlivněna přesnost výkonu, chyby přibývají. Asi 20 miliard neuronů lidského mozku je neustále zásobováno informacemi z prostředí, a to prostřednictvím smyslů, jako je zrak, sluch, dále vnímáním tepla apod. Informace musí mozek rychle zpracovávat a vybírat tak, aby člověk došel ke správnému rozhodnutí a jednání. Jde o chápání, pozornost na jednu věc, bdělost při současné pozornosti vůči novým dojmům, obratnost. Uvedené vlastnosti jsou jednotlivě i v souhrnu ovlivněny nepříznivě, spolehlivý a kvalitní pracovní výkon „odchází“. Alkoholem ovlivněný jedinec subjektivně cítí pravý opak, cítí, že se mu pracuje lépe, i když výkon se objektivně zhoršuje. (Skála, 1986)

Důsledky závislosti pro rodinu

Obětí závislosti na alkoholu v rodině jsou především děti. Menší následky jsou připisovány závislosti otce, větší závislosti matky. Závislost v podstatě likviduje celý rodinný systém i jeho jednotlivé členy. Od destrukce rodiny se odvíjí i destrukce společenských struktur. Člen rodiny závislý na alkoholu výrazně ovlivňuje i ostatní členy. Postupně je narušena celá rodina. Závislost na alkoholu vnáší do rodiny mnoho negativních jevů. Jednání pod vlivem alkoholu neumožňuje normální, přirozenou komunikaci v domácnosti. Negativně je ovlivněno i rozhodování v rodině v době, kdy jsou všichni střízliví. Postupně se v rodině ztrácí kontrola negativních osobnostních rysů jejích členů. Při vzniku a rozvoji závislosti na alkoholu se v rodině uplatňují dva nejvýznamnější prvky – utajení pití a jeho zdůvodnění. Utajení devastuje v rodině komunikaci, vzájemnou důvěru atd. Zdůvodňování pití rozvrací vzájemné vztahy, pozitivní emoční projevy, sexuální aktivitu apod. Závislý partner je neslučitelný se základními rodinnými funkcemi – reprodukční, ekonomickou, výchovnou, ochrannou a mnoha dalšími. (Heller, Pecinovská a kol., 1996)

Na alkoholem narušené klima v rodině reagují odlišně muži a ženy co do ochoty a schopnosti setrvat po boku závislého partnera. Závislost ženy představuje podstatně větší ohrožení rodiny a jejích funkcí. První a korektivní osobou je manžel nebo rodič. Tito členové rodiny jsou v očích ženy často nositeli důvodů pro konzumaci alkoholu. Pití ženy je často tolerováno do doby, kdy se pití dostane na veřejnost. Tato situace často končí rozvodem. Ženy zůstávají po boku závislého manžela desetkrát častěji než muži po boku závislé ženy. Při rozvodech závislé ženy získávají do své péče děti desetkrát častěji v porovnání s muži. Rozvod často nevyřeší problémy v soužití se závislým jedincem, jelikož bytová otázka nedovolí dosáhnout úplného odloučení. Neshody často narostou do těžkých konfliktů. Největším nebezpečím je agresivita závislého partnera v intoxikaci. Mnoho mužů řeší problémy pobytem na ubytovnách, případně si najdou tolerantnější partnerky. (Heller, Pecinovská a kol., 1996)

Děti z rodin se závislým rodičem

Dlouhá léta se traduje, že děti rodičů závislých na alkoholu se stávají ve svém pozdějším životě závislými na alkoholu častěji. Otázkou je, zda je to podmíněno genetickým zatížením, dědičností, nebo vlivy sociálními. Starší výzkumy vyzdvihovaly vlivy prostředí, jeho sociální a psychologické faktory. Závěry vycházely z toho, že děti z rodin s rodičem závislým na alkoholu, nebo dokonce v rodinách abstinentů, měly v dospělosti podobný vztah k alkoholu, jako mělo jejich okolí, jejich náhradní rodina, závislými se nestaly. Další výzkumy však ukázaly, že ani genetika není bez vlivu. Např. u matek závislých na alkoholu byl zjištěn asi trojnásobně vyšší výskyt dcer závislých na alkoholu. Závislost alkoholu u adoptivních rodičů nezvýšila zřetelně pozdější výskyt závislosti na alkoholu u adoptovaných dívek. Mateřská dědičnost se ukazuje jako důležitá. (Heller, Pecinová a kol., 1996)

Co-alkoholismus

Často dlouholetá laskavá péče životního partnera o alkoholika, velice často i děti nebo jiné rodinné příslušníky, představuje někdy i nejdůležitější důvod k udržování nemoci. Tento rozpor, přijímaný velice bolestně, je založen na typickém vzorku chování rodinných příslušníků alkoholika, kteří právě tak jako nemocný sám jsou lapeni v uzavřeném systému. Uvolnění je těžké i pro partnera, který nepije, pokud to pro něj není vůbec ještě těžší, než pro samotného nemocného. (Goehlert, Kuehn, 2001)

Fáze chování při fenoménu co-alkoholismus:

1. fáze utajování
2. fáze kontrola
3. fáze odmítání

První fáze

Rodinný příslušník udělá vše pro to, aby toxikomanie partnera nepronikla na veřejnost. Diskrétně odstraňuje láhve, případně obstarává nový alkohol. Při návštěvách jsou časté výmluvy, které omlouvají nevolnost partnera. Děti jsou pod nátlakem. Nesmějí si vodit domů kamarády – ze strachu, že by mohli vidět opilého rodinného příslušníka a povídat o tom ve

škole nebo školce. Přátelé obou lidí se pomalu ztrácejí, zanikají kontakty celé rodiny. Této krize si je partner, který nepije, velmi dobře vědom.

Druhá fáze

Ve druhé fázi se partner snaží dostat pití druhého pod kontrolu. Poté, co fáze utajování nepřinesla změnu v chování partnera, bude nyní všechno v životě partnera prozkoumávat a hlídat. Tato fáze je nejobtížnější. Všechny denní aktivity druhého jsou přesně kontrolovány a pak se také napravují chyby, které postižený ve své závislosti učiní. Po domě se hledají a nalézají láhve. Alkohol se ničí. Jsou zasvěceni příbuzní a přátelé, kteří dávno všechno vědí, aby také pomáhali. Člověk může mít pocit, že by se měl v těchto životních podmínkách s partnerem rozejít. To však není možné. Ve společném soužití nemůže většina životních partnerů za daných okolností nechat padnout vše, co po léta budovala. Vše může dojít tak daleko, že partner spolu s postiženým pije a stane se také sám závislým.

Třetí fáze

Po letech soužení už není rodinný příslušník schopen udržovat všechny mechanismy utajování nebo kontroly. Teprve nyní následuje úsek odmítání. Tato fáze přijde pak tak náhle a bezprostředně, že se postižený piják a všichni přátelé a příbuzní s touto novou situací hned nemohou vyrovnat. Proto se rodinný příslušník setkává s nepochopením. Přesto je fáze odmítání právě pak, i když velice pozdě, pro postiženého nejpříznivější. Jistá míra nátlaku na léčení je rozhodující v terapii drogové závislosti. Proto je nátlak na počátku nástupu léčení i dnes, i z hlediska moderních přístupů k závislosti a terapii, ještě nutný. Důležité se však zdá využívat ho produktivně a bez konfrontací v terapii k vytvoření motivace. Fáze odmítání je tedy ten úsek, ve kterém se postižený musí poněkud změnit, protože jinak mu rodinný příslušník ukáže dveře. Tlak může pohnout postiženým i v jiných meziosobních kontaktech. Tak začíná první klinický kontakt s toxikomanem případně pod pohružkou zaměstnavatele, že jediné odvykací léčba zamezí ukončení pracovního poměru. Fáze odmítání začíná tedy často až mnoho let po výskytu návykového onemocnění. (Goehlert, Kuehn, 2001)

Nejčastější chyby, kterých se ve vztahu s alkoholikem dopouštíme:

- popírání a skrývání problému,
- obviňování partnera a vyvolávání konfliktů v nevhodnou dobu,
- hledání viníka v okolí či v minulosti partnera,
- zanedbávání svých dětí,
- zanedbávání sebe sama,
- zachraňování partnera před krachem a podlehnutí vydírání,
- ustupování,
- stud a sociální izolace. (Matějková, 2009)

Problematika abúzu alkoholu u žen

Alkoholismus u žen existoval vždy, byl dříve silně dramtizován a zdůrazňována jeho větší psychopatologie ve srovnání s muži. Zmenšující se společenská cenzura týkající se pití žen vedla po druhé světové válce k masívnímu vzrůstu počtu žen, které alkohol zneužívají a jsou na alkoholu závislé. Tento jev není způsoben pouze zlepšující se životní úrovní, ale souvisí především se sociálními a psychokulturními změnami. (Skála, 1986)

První léčebna pro ženy byla otevřena v roce 1869 ve Washingtonu (pro muže v roce 1857 v Bostonu). U nás bylo otevřeno první samostatné specializované oddělení pro ústavní léčbu závislých žen (součást protialkoholního oddělení psychiatrické kliniky v Praze) v roce 1971 v Lojovicích. (Skála, 1986)

Fetální alkoholový syndrom (FAS) – prenatální postižení dítěte

Prudký vzestup abúzu alkoholu u žen v mladších věkových skupinách přispěl v posledních desetiletích k výzkumu, který sledoval nepříznivý účinek alkoholu na vývoj plodu. Jedná se o problematiku, která se dotýká kvality nové populace. Alkohol prochází volně placentární bariérou a může dosahovat v krvi plodu i vyšší hladinu než u matky, neboť aktivita jeho alkoholdehydrogenázy je nízká a schopnost eliminovat alkohol nepatrná. Nadměrný přívod alkoholu je škodlivý po celé gestační období. Během prvního

trimestru může alterovat buněčnou membránu a embryologickou organizaci tkání. Během gestace přímo ovlivňuje metabolismus sacharidů, lipidů a proteinů, a tím i retarduje růst buněk a jejich dělení. Třetí trimestr je obdobím nejrychlejšího růstu mozku. Vysoká koncentrace alkoholu v této době může zhoršit růst CNS, vývoj intelektových funkcí a zavinit poruchy chování dětí v budoucnu. Klinický obraz FAS:

- prenatalní a postnatalní růstové postižení,
- dysfunkce CNS a jeho možné projevy: psychomotorická retardace až mentální deficit, poruchy chování, hypotonie, mikrocefalie,
- zvláštní vzhled obličeje, tzv. kraniofaciální dysmorfie způsobená drobnými faciálními anomáliemi,
- soubor nespecifických, převážně málo závažných anomálií kardiálních, urogenitálních, skeletálních atd. (Skála, 1986)

Postižené děti jsou si navzájem podobné, což usnadňuje diagnózu. Způsobuje to zvláštní vzhled obličeje, charakterizovaný širokým nízkým nosním sedlem, úzkou červení horního rtu a jeho vymizelým nebo plochým filtrem. Obraz dokresluje epikantus, krátké nebo úzké palpebrální štěrbinu, strabismus, ptóza víčka a nízko položené dysplastické uši. Mnoho těchto znaků se může vyskytovat i u normálních dětí. Jejich nahromadění však v obličeji je pro FAS charakteristické. Mentální retardace dítěte je nejzávažnějším důsledkem působení alkoholu. Mnohdy může být jediným zjevným důsledkem. (Skála, 1986)

Vliv závislosti na alkoholu alespoň jednoho z rodičů na děti

Vliv závislosti na alkoholu alespoň jednoho z rodičů způsobuje u dětí tyto následky v porovnání s dětmi vyrůstajícími v prostředí bez významného vlivu alkoholu na rodinné struktury:

- Děti žijící s otcem závislým na alkoholu jsou častěji pacienti dětské psychiatrie a pedagogicko-psychologických poraden, častěji jsou umísťovány do kojeneckých ústavů a dětských domovů. Jsou častěji nemocné, hospitalizovány a umístěny v ozdravovnách a podobných zařízeních.
- Nejsou schopny plně využít své inteligence a ostatních schopností ve vzdělávacím procesu ve srovnání s dětmi ze zdravě fungujících rodin.

- U těchto dětí se výrazně více objevují riziková chování a vlastnosti stěžující jejich společenské uplatnění ve škole i dětském kolektivu.
- Narušením rodinných vztahů a posunutím rodičovské role v rodině s alkoholem se narušuje identifikace s rodičovskými modely a tím je následně porušen psychosexuální vývoj dětí. Ohrožení se vztahuje do budoucnosti a je tu nebezpečí tzv. patologie třetí generace a přenosu deprivčních činitelů z generace na generaci.
- Otcova závislost na alkoholu nepříznivě ovlivňuje děti „nevýběrově“ co do pohlaví dětí. Chlapci jsou spíše postiženi v pracovním a společenském uplatnění, dívky spíše ve společenských postojích a v psychosexuálním vývoji.
- Do manželství se závislým mužem si vnášejí ženy ve značné míře rizikové faktory ve své rodinné historii i ve své osobnosti.
- Stupeň rozvoje závislosti otce je významným prvkem ve vytváření podmínek pro rodinné soužití a výchovnou atmosféru v rodině. Pokročilá závislost otce výrazně poškozuje vztahy mezi manželi, vzniká poškození manželky, ale i školního a sociálního postavení dětí. Děti se např. izolují od dětí ostatních. (Heller, Pecinová a kol., 1996)

2.5 Dílčí závěr

Pod pojmem alkoholismus si obvykle představujeme nadměrné či pravidelné pití alkoholu, které spojujeme s nebezpečím návyku. Existuje řada teorií, které se snaží vysvětlit příčiny vzniku alkoholismu. Žádná z teorií však nepřišla s nevyvratitelnou tezí. Objevuje se velmi mnoho faktorů, které mají na vznik alkoholové závislosti vliv. Na problém se musí nahlížet komplexně.

Spotřeba alkoholu roste a s ní i objem problémů a stupeň poškození populace. Přes vysokou nebezpečnost je společnost k alkoholismu tolerantní. Alkohol je v naší společnosti považován za legální návykovou látku a spolu s tabákem je veřejností velmi podceňován. Svou roli zde jistě hraje i přístup státu, který má ze spotřebních daní slušný příjem do rozpočtu.

Při nepřetržité a nadměrné konzumaci alkoholu dochází postupně k fyzickému i psychickému chátrání. Oběťmi závislosti na alkoholu v rodině jsou především děti. Závislost likviduje celý rodinný systém i jeho jednotlivé členy. To má později vliv na celou společenskou strukturu.

3. Léčba alkoholismu a jeho prevence

3.1 Léčba osob postižených alkoholismem

Léčení alkoholismu

Je založeno na psychoterapii, jejímž cílem je pacienta seznámit s problematikou alkoholismu a dovést ho k abstinenci. Probíhá zpravidla jako skupinová. Mohou se na ní podílet rodinní příslušníci a vyléčení alkoholici. Terapie se realizuje v protialkoholních léčebnách, psychiatrických klinikách a v poradnách. Léčba probíhá ambulantně nebo při hospitalizaci. Délka léčení je asi 3 měsíce. Při ústavní léčbě hraje velkou roli také terapie režimová a tělesná výchova. Důležitá je také detoxifikace. Jejím smyslem je zbavit organismus návykové látky a pomoci pacientovi překonat možné odvykací příznaky a připravit pacienta na další léčbu. Cílem léčby je trvalá a důsledná abstinence a pomoc při urovnání socioekonomické situace pacienta. (Urban, Dubský, 2008)

Krátká historie léčby závislosti na alkoholu v ČR:

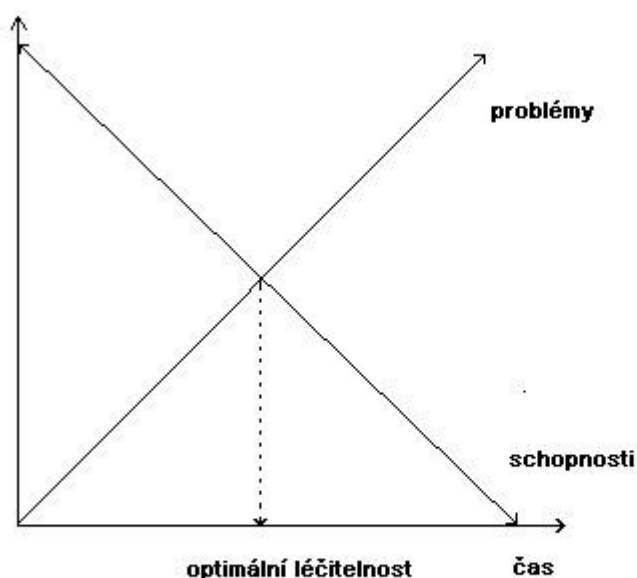
- 1) Rok 1909 – zřízena protialkoholní léčebna ve Velkých Kunčicích na Moravě (zanikla roku 1914).
- 2) Rok 1910 – zřízena protialkoholní poradna v Brně (zanikla v roce 1915, obnovena 1931).
- 3) Rok 1923 – přijat protialkoholní zákon týkající se licence na prodej alkoholických nápojů a zákazu jejich podávání mladistvým a podnapilým.
- 4) Rok 1924 – protialkoholní léčebna v Tuchlově zřízena Československým abstinenčním svazem.
- 5) Rok 1925 – použita averzivní léčba (navozuje odpor k požití alkoholu na základě vytvoření podmíněného reflexu).
- 6) Rok 1928 – zřízena protialkoholní poradna v Praze Vršovicích.
- 7) Rok 1947 – zavedena averzivní léčba emetinem.
- 8) Rok 1948 – v únoru založen v Praze socioterapeutický klub KLUS.
- 9) Rok 1948 – přijat zákon o potírání alkoholismu s možností povinného léčení nařízeného okresními národními výbory.

- 10) Rok 1948 – založeno první specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu při psychiatrické klinice lékařské fakulty UK – Apolinář.
- 11) Rok 1949 – disulfiram (preparát Antabus) na psychiatrické klinice v Plzni.
- 12) Rok 1950 – státní antabusová akce.
- 13) Rok 1950 – zavedena ochranná protialkoholní léčba.
- 14) Rok 1951 – v květnu zahájila činnost v rámci Apolináře záchytná stanice jako zdravotnické zařízení.
- 15) Rok 1956 – začlenění protialkoholních poraden do psychiatrických poliklinik.
- 16) Rok 1956 – zřízení sekce pro studium alkoholismu při Psychiatrické společnosti ČLS J. E. Purkyně.
- 17) Rok 1957 – první schůze Ústředního protialkoholního sboru při Ministerstvu zdravotnictví.
- 18) Rok 1962 – přijat zákon o boji proti alkoholismu.
- 19) Rok 1966 – desetidenní evropský seminář pro prevenci a terapii alkoholismu v Praze.
- 20) Rok 1966 – rozšíření působnosti sekce pro alkoholismus při Psychiatrické společnosti ČLS J. E. Purkyně o jiné (nealkoholové) toxikománie.
- 21) Rok 1967 – zřízení střediska pro děti, mládež a rodinu při protialkoholním oddělení psychiatrické kliniky v Praze („Jungmaník“).
- 22) Rok 1969 – výzkum efektivity apolinářské ústavní léčby.
- 23) Rok 1970 – zavedena ochranná ambulantní protialkoholní léčba.
- 24) Rok 1971 – v říjnu zahájilo činnost Středisko drogových závislostí při protialkoholním oddělení psychiatrické kliniky v Praze.
- 25) Rok 1973 – zahájila činnost Střediska protialkoholní ochranné léčby (SPOL) v rámci nápravných zařízení ministerstva spravedlnosti (po roce 1989 zrušena).
- 26) Rok 1974 – hudební soubor Linha Singers systematicky spolupracuje s J. Skálou v preventivně zaměřeném programu. Jde o komponovaný pořad hudby a slova pro mládež.
- 27) Rok 1980 – vyhláška Ministerstva zdravotnictví o nástavbových specializacích v psychiatrii včetně specializace v léčení alkoholismu a jiných toxikomanií. (Kalina a kol., 2003)

Rubešovo schéma kurability

Jedná se o grafické znázornění oblasti optimální léčitelnosti v poli pod průsečíkem dvou přímek. Vzestupná přímka vyjadřuje přibývání obtíží vyvolaných závislostí, sestupná úbytek schopností pacienta při postupné somatopsychické devastaci, obojí je vyjádřeno v závislosti na čase, tedy době trvání závislosti. První přímka vytváří motivaci a zvyšuje náhled pacienta, druhá zmenšuje jeho schopnost využít korektivních informací. Zmíněný průsečík nelze předem odhadnout, je to individuální. Je to dáno individualitou jedince a jeho mikro- i makrosvětlem, to znamená celospolečenským klimatem, kvalitami partnera, rodiny, pracovního kolektivu, jejich tolerancí k pití, jejich životní filozofií. Určuje ho především sám postižený, svou narůstající nespokojeností plynoucí z jeho selhávání. (Heller, Pecinovská a kol., 1996)

Rubešovo schéma kurability



Zdroj: Heller, Pecinovská a kol., 1996, s. 94

Farmakoterapie

Farmakoterapie jako samostatná dlouhodobá léčebná intervence u závislých na psychotropních látkách selhává a není považována za efektivní terapii. Naopak v případě kombinace psychoterapie a farmakoterapie lze očekávat účinek aditivní, nebo v horším případě reciproční. Nebyly potvrzeny účinky inhibiční jedné složky na druhou. V klinické praxi, pokud je to možné, je vhodné využít kombinaci psychoterapie a farmakoterapie. U klientely závislé na alkoholu je vždy vhodná konzultace psychiatra s danou erudicí a případně i lékaře-internisty. Akutní intoxikace většinou nevyžaduje žádnou specifickou léčbu, pouze u těžkých stavů (obecně hladina alkoholu nad 3,5 promile) je často nutná hospitalizace a trvalá kontrola životních funkcí. V oblasti medikace obvykle stačí infuzní terapie izotonickým fyziologickým roztokem či 5 % glukózy. Nebezpečná je kombinace alkoholu a psychofarmak či alkohol a antiepileptika. U závislosti na alkoholu nelze výrazněji spoléhat na farmaka. Ale i zde dnes existují preparáty, které mohou užitečně podpořit psychoterapeutický proces. Jedná se především o anticravingový preparát acamprosát (CAMPRAL). Jsou i klinické studie, které hovoří poměrně přesvědčivě o roli serotoninergního vlivu, respektive o efektivním podávání antidepresiv. Zvláštní kapitolou u závislých na alkoholu je senzitivizující přípravek disulfiram (ANTABUS). Jedná se o lék uvedený do běžné praxe koncem čtyřicátých let minulého století, který si prošel etapami výsluní a zavrhování. Kontrolované podávání disulfiramu v kombinaci s psychoterapeutickým působením je dnes považováno za efektivní terapeutickou intervenci. (Kalina a kol., 2003)

Závažnější abstinenci stav si vyžaduje medikamentózní zásah. Jako jeden z mála může klienta přímo ohrozit na životě. Pro mírnění lze podat hned několik preparátů – klometiazol, diazepam či tiaprid, které se zmírňováním symptomaticky během několika dní vysazujeme. Komplikací bývá rozvoj deliria tremens, které je charakteristické mimo vlastních odvykacích příznaků navíc i zastřeným vědomím. Asi v 3% je abstinenci stav doprovázen epileptickými záchvaty. Ty však na rozdíl od vlastní epilepsie nevyžadují dlouhodobou lékovou terapii. Delirium tremens je stav závažný, doprovázený poměrně velkou letalitou a vždy vyžaduje hospitalizaci ve specializovaném zařízení. (Kalina a kol., 2003)

Klinické znaky tělesných abstinenčních příznaků

Znaky aktivace

Stupeň 1	vyražení potu, zvýšená dráždivost, třes, rozšíření zornic, zvýšené reflexy, zvracení, nevolnost, průjmy
Stupeň 2	zmatenost, horečka, vysoký tlak, bušení srdce
Stupeň 3	psychotické znaky, poruchy vědomí, poruchy srdečního rytmu
Stupeň 4	záchvaty křečí, šok, ztráta vědomí až kóma, ohrožení života

Zdroj: Goehlert, Kuehn, 2001, s. 23

Tlumivé znaky

Stupeň 1	zákal vědomí: zmámenost, somnolence (spavost)
Stupeň 2	zákal vědomí: kóma, pokles krevního tlaku
Stupeň 3	kóma s ochrnutím dýchání
Stupeň 4	poškození mozku, postupně bez reflexů, schází obrana proti bolesti, pokles dechové frekvence, krevního tlaku, tepu, ohrožení života

Zdroj: Goehlert, Kuehn, 2001, s. 23

Psychologická diagnostika

Psychologickou diagnostikou rozumíme diagnostickou práci psychologa. Může zahrnovat psychologickou diagnostiku v užším slova smyslu, dále diagnostické zpracování klinického obrazu, zhodnocení informací obsažených v dalších zdrojích (životopis, deník apod.). Rozumíme tím tedy všechny postupy, kroky a metody, které použije psycholog při ujasnění a upřesňování současného stavu, dále pracovní hypotézy možné prognózy a postupů pro její zajištění. (Řehan, 1994)

První kontakt

Může proběhnout v různém kontextu, např. zdravotnické zařízení, poradna apod. Základním cílem je stanovení vstupní pracovní diagnózy. Ta slouží jako východisko pro formulaci dalšího postupu, včetně terapeutického konceptu.

1) Stanovení klasifikačního rámce – setkání s klientem zpravidla v důsledku akutní krize. Pro problémy s abúzem či závislostí na alkoholu je typické, že bývají bagatelizovány a racionalizovány, takže sdělené informace se vztahují spíše k sekundárním následkům, než k drogové příčině. Doporučuje se nejen tyto údaje nezlehčovat, ale naopak empaticky vyjádřit pochopení pro obtížnost zvládnání životních obtíží. Přitom můžeme několika cílenými dotazy vymezit základní diagnostický rámec. Klasifikační rámec slouží jako prostředek určení prioritní etáže, s níž je třeba pracovat. Je evidentní, že jiná priorita vyvstane při klasifikaci počátku pijáctví a jiná při klasifikaci predelirantního stavu.

2) Stanovení intenzity a generalizace obranných mechanismů – je umožněno empatickým nasloucháním spontánním interpretacím klienta a podává nám základní a významné informace o stavu ohrožení integrity jeho sebesystému a krizových oblastech začlenění ve světě.

3) Stanovení sociálních obtíží – doplňuje třetí osu mapování vztažného prostoru intervenujících proměnných v aktuálním stavu či problému klienta. Tím se pro psychologa při vstupním kontaktu s klientem vyjevují a reformulují získané údaje do systému prvního poznání klientova světa. Rozhodně je to nutný předpoklad pro stanovení konceptu práce.

4) Vytvoření konceptu práce – předpokladem účelné práce je kompetence psychologa. Kompetence by se dala rozdělit na objektivní schopnost (soubor znalostí a dovedností) pro práci s klientem a na subjektivní pocit („mám na to“). Stanovení postupu práce obsahuje:

- určení aktuálních priorit, kterými je třeba se zabývat (např. predelirantní příznaky, nutný převoz do léčebného zařízení),
- vymezení potřeby dalšího diagnostického upřesnění, úvodní klinický obraz naznačuje aspekty, které bude třeba podrobit cílené diagnostice,
- stanovení postupu a kroků terapie,
- formulace časového odhadu spolupráce, jedná se o stanovení intenzity a frekvence konzultací a odhad celkového trvání,

- uzavření terapeutického kontraktu s klientem – poté, co klienta seznámíme s naším pochopením podstaty a souvislostí problému, postupem dalších kroků a časovým odhadem, nabídneme mu tento koncept spolupráce. Pokud klient souhlasí, uzavřeme ústně nebo písemně dohodu. Součástí je ujednání, že klient bude pro sebe považovat za závazné vše, co vždy v závěru konzultací sám přijme za své. Další součástí jednání je jasné vymezení odpovědnosti konzultanta, který ji nepřijímá za nic, co klient učiní, ale jen za to, že bude s klientem dohodnutým způsobem pracovat. (Řehan, 1994)

Diagnostika psychologickými prostředky

Psychologickými prostředky rozumíme běžné diagnostické metody a využití dalších formalizovaných postupů pro zpřesnění potřebného obrazu. Metody diagnostiky rozlišujeme:

a) Dotazníkové metody – orientační zjištění závažnosti abúzu alkoholu a jeho následků se nejčastěji používají dotazníky MAST a MALT. V klinické praxi se patrně nejvíce využívají Eysenckovy dotazníky EOD, které mohou pomoci stanovit úroveň neuroticismu a extravertze u klienta.

b) Výkonové metody – v běžné klinické praxi se nemusí standardně používat testy inteligence či paměti, neboť pro vlastní práci s klientem není rozhodující několikabodová odlišnost zjištěná testem od našeho klinického posouzení. Výkonové metody mají důležité uplatnění v přesném zjištění úrovně u osob po proběhlé alkoholické psychóze, u zjevněji intelektově insuficientních jedinců, nebo v komplexním vyšetření u diferenciatně diagnostických problémů.

c) Projektivní metody – patrně nejpoužívanější projektivní metodou je ROR. Lze z něj získat některé typičtější znaky alkoholiků. Jako nástroj upřesňující klientovu motivaci, případně doplňující obsah prožívaných konfliktů se užívá metoda TAT. Velké možnosti jsou například v kresbě, ať jde o FDT nebo volnou kresbu.

d) Interpersonální diagnostika – užívá se ICL, který zjišťuje a pomáhá dokumentovat rozpory mezi ideálním a skutečným zaměřením osoby a také odlišnosti mezi sebenáhledem a náhledem druhých.

e) Využití dalších postupů – např. klient se spontánně vyjádří v psaném životopise (deníku) osobitým způsobem. Podané informace nehodnotíme co do pravdivosti, ale díváme se na celek jako na subjektivně pravdivé vyjádření pohledu na dosavadní životní průběh, neboť

velmi cenná je právě míra posunu subjektivního prožívání, hodnocení a chápání oproti skutečnosti. Analýzou textu dle zvolených témat, jejich frekvence a emoční valence získáme kvantifikovaný přehled výrazných událostí, obran, krizí, vztahů k druhým i sobě a mnoho dalších údajů. Dalším postupem je např. analýza atribučních tendencí a převažujících atribučních zkreslení, lze použít také sociometrickou metodu.

f) Diagnostika sebesystému – Fenigstein, Scheier a Buss vytvořili Škálu sebeuvědomění, obsahující subškály soukromého sebeuvědomění, veřejného sebeuvědomění a sociální anxiety. Vysoké či nízké soukromé sebeuvědomění má význam pro potřebu eliminovat alkoholem ohrožující sebeprožitek. Zdroj posílení může spočívat ve vlastních hodnotách, postojích a normách nebo ve štěstí, náhodě, kontextu. Je pravděpodobné, že internalita poskytne klientovi pevnější oporu, pokud ovšem nebude zablokovan seberealizační postup. (Řehan, 1994)

Konstrukce kauzality

Kauzalitu můžeme chápat jako vnitřně logický sled projevů chování jedince podmíněných jeho autoregulací. Autoregulace je mnohvrstevný proces (od biologických automatismů po dlouhodobé cílové programování), přičemž v každém aktuálním momentu přítomnosti je ryzí subjektivitou, která aktuálně sjednocuje parametry individua s parametry prostředí. Z výsledného jednání lze usuzovat na kauzalitu pomocí kritéria adekvátnosti či neadekvátnosti průběhu adjustační-adaptačního procesu. Adekvátnost vyjadřuje uspokojivé sjednocení obou parametrů, neadekvátnost upozorňuje na neuspokojivé sjednocení. Při práci s klientem se hledá tato kauzalita prostřednictvím empatického pochopení a porozumění jeho subjektivitě. Zjistitelné obrany a štěpení adekvátnosti funkce na základní ose jsou srozumitelné jen z pozice této subjektivity. Na otázku proč se toto stalo, proč se vývoj ubíral tímto směrem, musíme hledat odpověď v subjektivních pocitech ohrožení. Pokud se podaří poznat kauzalitu klientova chování a vývoje, získáme základní prvek terapeutického plánu. (Řehan, 1994)

Možnosti a formy terapie

Terapie osob závislých na návykových látkách je interdisciplinární záležitost, účelná je proto týmová práce. Psychologové mají za úkol komplexní diagnostiku (poznání a pochopení jevů a jejich kauzality) a pomoci klientovi v adekvátním ustavení adjustační-adaptační funkce. Terapie přesahuje úzký rámec zbavení alkoholických problémů ve smyslu obecného uvolnění seberealizačních potřeb. Jedná se o dlouhodobý proces, který lze rozdělit na několik etap. Hlubinné psychologii se nepodařilo prokázat tzv. prealkoholickou osobnost. Terapie osob závislých na alkoholu vychází ze základní doktríny o fixaci libida v orální fázi a soustřeďuje se na neurotický bludný kruh. Hlubinná psychologie nevytvořila speciální metodiku pro léčbu závislých osob, neboť využívá postupy uplatněné u neuróz. Pracuje s nevědomými dětskými konflikty, jejichž uvedením do vědomí a zpracováním se dosahuje efektu. Behaviorální přístup v léčbě alkoholismu využívá princip přeučení. Uplatňují se většinou averzivní způsoby odučení konzumace alkoholu. V 70. letech vykrytalizoval léčebný model Apolináře, který vychází z medicínského pojetí. Alkoholik je nemocný a musí se proto léčit. Léčí se vždy jen sám kvůli sobě. Nemoc se rozvíjela léta, proto je také léčba dlouhodobá. Základem léčby je pevný režim spojený s bodovacím systémem, který kladným či záporným hodnocením reflektuje přístup pacienta k léčbě. Léčba je tvrdá, musí pacienta trénovat pro tvrdé podmínky, jež čekají abstinenta v běžném životě. Každý může na léčbu nastoupit, ale ne každý ji také dokončí. Kdo chce uspět, musí umět zatnout zuby. Propuštěním z léčby se postihovaly i zdánlivě malé prohřešky. Psaly se deníky, elaboráty z přednášek, absolvovaly se bličky i Antabus-alkoholové sezení. Systémem odučování a přeučování byly dosaženy zjevné úspěchy, vyjádřené procentem abstinujících pacientů rok po léčbě. Nutno říci, že počet abstinujících postupně klesal, a 10 let po léčbě abstinoval již jen zlomek původních abstinentů. (Řehan, 1994)

Integrativní přístup

Každý poctivě prováděný způsob terapie závislostí má naději na jistou míru úspěšnosti, měřenou počtem abstinujících nebo sociálně stabilizovaných osob. Je to dáno jednak známým faktem vlivu autentického přístupu zralé osobnosti terapeuta, jednak tím, že každý teoretický model obsahuje určitý díl specifického poznání podstaty a souvislostí problému. V naší zemi

se v podstatě nevytvářely čisté psychologické školy. Většina psychologů pracuje eklektickým způsobem. Integrativní přístup se snaží využít a aplikovat vše podnětné z různých škol s tím, že se nejedná o náhodnou eklektičnost, ale samostatný koncept cíleně a funkčně propojující různé prvky. (Řehan, 1994)

Ambulantní péče. Jedná se o poradny různého typu, soukromé praxe, ambulantní složky státního, obecního i soukromého zřizovatele. Spojovacím prvkem je stav, kdy klient navštěvuje odborníka a po konzultaci se opět vrací do běžného života. Ambulantní terapie bývá realizována u osob, u nichž závislost na alkoholu není rozvinuta do terminálního stadia. Je doporučováno již v úvodní konzultaci stručně a přehledně klientovi vysvětlit základní zákonitosti a vývojová stadia abúzu a závislosti na alkoholu. Důležité je zdůraznit zásadní význam spolehlivé kontroly pití, které se dá pomoci stanovením horního limitu (nepřekročení půl promile alkoholu v krvi). Zcela zásadní je to, aby se nejednalo o pokyn terapeuta, ale aby k dané formulaci dospěl klient sám. Klient očekává nějaký pracovní závěr a doporučení. Počet konzultací lze odhadnout na 8-10 s prodlužujícími se latencemi mezi nimi, takže např. 1x týdně (3 týdny), pak po 14 dnech, měsíci, 2 měsících a 3 měsících. Celkové trvání terapie je doporučováno rok, přitom mezi předposlední a poslední konzultací může být latence až půl roku. Platí zásada, že pokud klient potřebuje, dostaví se kdykoliv. Rámcové ohraničení terapie na rok je považováno za dostatečně dlouhé. Prodlužování latencí je současně zkouškou, zda dosahované posuny ve vztahu k sobě a světu jsou reálné a trvalejší. Rozlišujeme tři fáze terapie:

První fáze terapie je zaměřena zásadně na klienta, pracuje se s jeho vnímáním a prožíváním světa a sebe, poskytuje se mu empatické porozumění a pocit bezpečí při rekognoskaci ustavených deformací.

Ve druhé fázi se zaměříme na klientovo přijetí nových kognitivních schémat a návazně i nových interpersonálních scénářů. V této etapě se musíme vyvarovat netrpělivosti a zůstat otevření i dalším možnostem, než jen těm, které vzešly z první etapy terapie.

Třetí fáze terapie je ověřování funkčnosti dosažených posunů. Pokud terapie probíhala efektivně, pak si klient více věří, lépe se mu se sebou žije a je otevřenější a vnímavější ke

světu. Obrany začínají ustupovat a můžeme sledovat adekvátnější adjustačně-adaptační funkci. Pokud však postup terapie v prvních dvou etapách byl jen zdánlivý, objeví se ve třetí fázi kolaps. Často je způsoben předchozím křečovitým snažením klienta absorbovat nové formy bez důsledného sebepoznání. Stává se, že klient konfrontován se svou nedůsledností, přerušuje terapii a setkáváme se s ním v situaci, kdy má mnohem závažnější alkoholické problémy. V ambulantní péči se psycholog setká s klienty, kteří čekají pomoc, ale nejsou připraveni spolupracovat, takže v situaci, kdy poznají, že psycholog může jen pomáhat jejich vlastnímu snažení, zklamaně odchází. Psycholog nabízí službu a klient ji může, ale nemusí přijmout. (Řehan, 1994)

Lůžková péče

Rozumíme tím práci psychologa na lůžkovém oddělení se zaměřením na léčbu drogových závislostí. Lůžková péče poskytuje podstatně větší časový prostor pro práci. Je zde možnost sledovat jednání nemocného i v jiných situacích než jsou konzultace. Psycholog má k dispozici informace od dalších odborníků, lékařů, sester, rehabilitačních pracovníků apod. To pomáhá při získávání komplexnějšího obrazu klienta. Pacient je však vytržen ze svého přirozeného prostředí. Na lůžkovém oddělení přicházejí častěji pacienti s rozvinutějšími příznaky závislosti na alkoholu, včetně řady sekundárních somatických komplikací a také často sociálně vážně selhávající. Je zřejmé, že ambulantní a lůžková péče se musí doplňovat a navazovat na sebe. (Řehan, 1994)

Psycholog v terapeutické komunitě

V systému terapeutické komunity je prostor pro týmovou spolupráci, kdy psycholog nabízí vlastní přístup, pohled, hodnocení i metodiku práce. Důležitá je vlastní skupinová zkušenost. Psycholog musí trpělivě nabízet a prokazovat oprávněnost svých názorů, přitom však se stálým pochopením, že v týmové práci je cennější souhra, než okamžité prosazení vlastní pravdy. To vyžaduje vnímavost a empatickou otevřenost vůči všem členům týmu. Práci psychologa nelze rozdělovat na práci s klienty a chování ke spolupracovníkům.

Profesionalita a autentická lidskost je nedělitelná. Pokud psychologové chtějí být respektováni, musí psychology být. Psychologové musí umět zvládat interpersonální obtíže, které se v každé dlouhodoběji ustavené skupině lidí objevují. V práci s klienty se psycholog nejčastěji uplatňuje při formulaci zásad a jejich revizi, v základním metodologickém vymezení způsobů, forem a cílů práce, v zajištění individuální, skupinové a kolektivní psychoterapie a souhrnně v roli průvodce nemocného po dobu jeho pobytu na oddělení a doléčování. (Řehan, 1994)

Terapie

Komplexní léčba osob závislých na drogách má základní a variabilní součásti, uplatněné v různých formách. Základní součásti jsou:

1) Fáze detoxifikace. Detoxifikační fáze začíná příjmem klienta, jeho komplexním vyšetřením, tzn. psychiatrické, psychologické, biochemické, neurologické, interní a další. Na základě stanovených závěrů a zjištěných poškození organismu je neprodleně upravována somatická léčba s cílem v nejkratší možné době dosáhnout detoxifikace a postupně zvládnout a vyléčit tělesné následky. Současně probíhá psychologická práce s nemocným, zaměřená na úroveň bazálního náhledu a motivace k úplné léčbě.

2) Fáze léčebná. Léčba somatických následků abúzu často přesahuje do fáze vlastní léčby drogové závislosti, někdy až do doléčování. Komplexní léčbu neabsolvují všichni, kteří byli detoxifikováni, což je způsobeno nedostatečnou ochotou ke spolupráci. Variabilní součástí této léčebné fáze jsou:

- psaní životopisů a deníků
- podíl psychoterapie v týdenním počtu hodin
- aplikace averzivních postupů
- forma režimu oddělení
- forma průběžného hodnocení léčby
- existence pravomoci spolusprávy nemocných
- koedukace oddělení
- podíl a formy pracovní terapie a další. (Řehan, 1994)

Pojem psychoterapie bývá chápán v širším či užším smyslu. Širší chápání zahrnuje do psychoterapie vše, co není spojeno s medikamentózní formou léčby. To znamená všechny terapeutické formy od denního režimu až po ergoterapii. Užší chápání psychoterapie znamená působení psychoterapeuta na jedince nebo více osob. V systému oddělení pro léčbu drogových závislostí může být různý podíl této psychoterapie. Z padesáti hodin různých aktivit můžeme považovat dvacet hodin psychoterapie za velmi dobrý poměr. Nemělo by se zapomínat ani na opačné hledisko, to znamená reálný odhad zatížení nemocných. V průběhu dne je vhodné zařazovat různé psychotherapeutické aktivity. Ranní komunita a následná přednáška (kolektivní, edukativní, kognitivní forma), individuální pohovory, sezení terapeutické skupiny, sezení tématické nebo biografické skupiny, volná tribuna. Dobré zkušenosti jsou s relaxací, autogenním tréninkem, neverbálními postupy. Pro klienty s déle trvajících poruchami kognitivních schopností je vhodné koncipovat programy psychologické rehabilitace. Je normální, že psycholog nemá kapacitu vše zabezpečit sám. (Řehan, 1994)

Aplikace averzivních postupů patří mezi medicínské úkony, ale i zde je prostor pro psychologickou práci. Uplatnění hypnózy při „blinkáčkách“ pomáhá redukovat nepřírozenost navození pijáckého kontextu. V současné době se od masivní aplikace averzivních postupů upouští. Tradiční behaviorálně koncipované režimy používají bodovací formu hodnocení přístupu klienta k léčbě. Má to své výhody, názornost, možnost kvantifikace, rychlého ohodnocení a další. Současně jsou však bodovací systémy velmi mechanické, zjednodušující lidské chování na vzorce. Nemocný v zájmu získání výhod začne získávat dobré body a nemotivuje se ke skutečné analýze svého chování. Princip hodnocení léčby by měl vycházet z odhadu či posouzení postupu směrem k terapeutickému cíli. Tím cílem není pouze dosažení abstinence, ale také iniciování změn v sebesystému. Princip spolusprávy je součástí pojetí terapeutické komunity. Důležitým impulsem jsou změny v systému zdravotní péče, kdy se z nemocných stávají klienti. To by mělo napomoci utváření rovnocenných vztahů mezi klienty a terapeuty. Existuje mnoho dalších prvků léčby drogových závislostí na lůžkovém oddělení. Psycholog může v terapii závislých osob využívat všech forem, které povedou ke zlepšení prognózy klienta. (Řehan, 1994)

Socioterapeutické postupy

Socioterapii zpravidla chápeme dlouhodobou, závěrečnou součástí komplexní léčby, prováděnou kolektivní formou za použití speciálních technik a postupů. Tato léčebná fáze bývá označována jako doléčování. Základní premisou je fakt, že změny ovlivněné, či přímo vyvolané dlouhodobě se rozvíjejícím abúzem vyžadují dlouhodobě terapeutické působení, pokud chceme dosáhnout trvalosti změn. Protože některé socioterapeutické postupy se uplatňují již v průběhu ambulantní či ústavní léčby, nelze je ztotožnit jen s doléčováním. Za socioterapii budeme tedy považovat to, co použitím adekvátních postupů sleduje cíl úpravy adjustačně-adaptačních vztahů k sociálnímu prostředí. Z těch důvodů přiřazujeme k socioterapii také manželskou či rodinnou terapii, působení socioterapeutických klubů, svépomocné skupiny atd. (Řehan, 1994)

Manželská terapie

Matrinologie je specializovaný obor, který se zabývá oblastí manželského soužití od výběru a volby partnera, problému osamělých lidí, přes manželské a rodinné soužití a jeho případné poruchy, až po oblast rozvodového a porozvodového chování a vztažné divorciální terapie. Manželská terapie spojená s léčbou drogové závislosti je jednou ze specializovaných aplikací základních postupů. Problémy s abúzem alkoholu či jiných drog tvoří jednu z velmi častých příčin rozvodů. Souvislosti lze rozdělit do dvou obecných skupin. První skupinu charakterizuje vstupní rizikovost jednoho z partnerů, kdy se alkohol vyskytuje již před uzavřením sňatku. Druhá skupina je charakterizována abúzem alkoholu, kauzálně vztažného k patologické symbióze, či symptomaticky vztažnému k problémům jednoho z partnerů při zvládnutí výzev a požadavků zrání. (Řehan, 1994)

Postup manželské terapie vychází z kompletní diagnostiky rodinného systému a stanovení prognostických možností. V případech, kdy bylo manželství uzavřeno přes zjevné signály rizikovosti jednoho z partnerů, bývá problémem vedle vlastní léčby drogové závislosti i druhý partner, který by zasluhoval individuální přístup. Obtíže s vlastní identifikací, závislost na partnerovi a pasivní očekávání, že se vztahy budou samy od sebe utvářet v očekávaném směru nedávají spolehlivý základ pro uspokojivou seberealizaci. Manželská

terapie tedy musí v první fázi paradoxně pracovat s každým partnerem zvlášť a směřovat k dosažení stadia vlastní identity a soběstačnosti. Teprve ve druhé fázi je možné tuto křehkou svébytnost opět reformulovat pro stadium partnerství. Rizika jsou zřejmá, nealkoholický partner může v této fázi přerušit spolupráci a využít získané soběstačnosti a identity ve směru odtržení od problematického druha. V běžné ambulanci praxi většinou nelze první a druhou fázi striktně oddělovat. Znamená to, že manželská terapie je rozfázována tak, že při jednom sezení proběhnou obě individuální konzultace, v nichž se sledují kroky první fáze a následně i společná konzultace, v níž se pracuje s komunikací, vzájemným jednáním a řadou vztahových aspektů, jež odpovídají druhé fázi. Lze zde použít vše, co manželská terapie nabízí, vzájemné kontrakty, krátkodobou řízenou separaci, inventáře očekávaného chování, nácviky a podmiňování komunikace a jiné. Podmínkou je přiměřený postup zvládnutí abúzu. Třetí fáze terapie se zakládá na upevnění dosažených změn a vedení klientů ve směru nalezení adekvátních seberealizačních možností. (Řehan, 1994)

Druhá skupina se vyznačuje většinou uspokojivým úvodním obdobím soužití. Problémy začínají později a mají často plíživou podobu pozvolného nárůstu vzájemných neshod a stoupajícího abúzu alkoholu. Příčin a souvislostí může být mnoho. Typickým příkladem je manželství uzavřené mezi bazálně stabilizovanými jedinci, kteří přiměřeně kooperovali v období zvýšených nároků, často při oboustranném odložení svých původních zájmů a zálib. S postupným uvolňováním počátečního náporu se pokusili ke svým zálibám vrátit, někdy neúspěšně, nebo jim tyto bývalé záliby již nic neříkaly. Při neschopnosti účelně využít čas se postupně utvářely nové návyky, zastavit se cestou z práce s kamarády na pivo, častěji se setkávat se známými u alkoholu, trávit víkendové volno s alkoholem. Když už byly tyto nové návyky upevněny a začaly se projevovat související negativní dopady k alkoholu směřující změny životního stylu, nebyli partneři již schopni problémy sami vyřešit. Často se také stává, že po opadnutí náporu společného pracovního nasazení partneři zjišťují, že jim chybí další spojovací prvky a začínají se odcizovat, přičemž alkohol je prostředkem k utlumení těchto pocitů. Další příklad se týká manipulativního využívání alkoholu pro udržení hierarchie v manželství. Častěji se týká žen, které zprvu tolerují občasný manželův abúzus, aby jej posléze začaly používat jako nátlakový či vydírací prostředek. Manžel, který je běžně zapojen v rodinných povinnostech, je mnohem submisivnější pod morálním tlakem svého občasného uklouznutí a opilosti. Tato taktika někdy vychází celoživotně, často však vývoj závislosti na

alkoholu přivede pijícího partnera za hranice sociální únosnosti. Manipulující partnerka se pak obrací na odborníky se žádostí o řešení. Ne vždy má však zájem na dodržení úplné abstinence, neboť ta spolu s navazujícími změnami životní orientace léčeného rozruší původní rodinnou hierarchii a nutí partnerku ke hledání adekvátnějších forem uspořádání vztahu. Terapie se skládá ze tří fází. První fáze terapie je zaměřena na zjištění přetrvávajících svorníků vztahu a práci s nimi. Jedním z prvních kroků je práce s manželskou a rodinnou komunikací, která většinou obsahuje řadu artefaktů až patologických fenoménů. Ty nabývají autonomní životnosti a brání dorozumění. Pokud se tato etapa daří, klienti zažívají poměrně rychle pocity uvolnění a zlepšení rodinné atmosféry. Druhá fáze je zaměřena souběžně na individuálnější práci s každým z klientů s cílem eliminovat mýty a nefunkční stereotypy. Souběžně pokračuje společná práce k vytvoření adekvátní symbiózy. Ve třetí fázi se hledá smysl a vyrovnaní v dané životní etapě. (Řehan, 1994)

Formami manželské terapie mohou být párová konzultace, práce s jednou rodinou, skupinová práce s více manželskými páry, či dokonce s více rodinami. Skupinová práce svou dynamikou přináší akcelerovanější postup. Mezi nejefektivnější patří týdenní manželské tábory, umožňující vytvořit intenzivní programovou skladbu. Relativní uzavřenost několika manželských párů s terapeuty po dobu jednoho či dvou týdnů přináší mnoho podnětů přímo využitelných v terapii. Efekt je v trvalé abstinenci původně pijícího partnera i úpravě manželských vztahů. (Řehan, 1994)

Doléčovací kluby

Socioterapeutické kluby u nás mají dlouhou historii. V Brně vznikl první klub již před druhou světovou válkou. V osmdesátých letech bylo v Československu přibližně 60 socioterapeutických klubů, asi polovina byla na Slovensku. Kluby vznikaly převážně při odděleních pro léčbu drogových závislostí. Příklad základní koncepce – klub je koncipován jako samořídící, organizační zabezpečení zajišťují terapeuti ve spolupráci s výborem klubu. Klubové schůze se konají 2x měsíčně. Roční program má ustálenou skladbu, která zahrnuje 2x ročně plesy, 2x ročně sportovní akce, 2x ročně kulturnězájmový program. Tyto programy mají posilující význam. Běžné schůze klubu se zaměřují na socioterapeutickou práci s využitím kolektivních a skupinových postupů, biblioterapie. Podstatný socioterapeutický

princip spočívá v účasti širokého spektra osob, od právě léčených až po dlouhodobě abstinující a sociálně kompenzované. Při setkáních klubu se tříbí, konfrontují a dotvářejí názory a postoje k různým oblastem života. Moderující terapeut nebo představitel výboru klubu, může akcelarovat vývoj vhodně usměrňujícími otázkami, shrnutím, či komentářem. (Řehan, 1994)

Svépomocné skupiny

Po celém světě se vedle institucionálních socioterapeutických aktivit rozvíjí také alternativní formy. Má to mnoho důvodů, např. menší dostupnost klubů při léčebných zařízeních, charitativní a nadační možnosti, nechuť k institucionalizované, či zdravotnický orientované práci atd. Svépomocné skupiny se vytvářejí spontánně sdružením několika osob, které se snaží vymanit se z vlastní drogové či alkoholové závislosti. Pro příklad uvedu svépomocnou skupinu Anonymní alkoholici, která patří mezi nejrozšířenější svépomocné organizace pro závislé na alkoholu. Anonymní alkoholici je sdružení lidí, kteří se navzájem dělí o svoji zkušenost, sílu a naději, aby mohli řešit svůj společný problém a napomáhat ostatním k vyléčení závislosti na alkoholu. Jedinou podmínkou členství je touha přestat pít. Nejsou spřízněni s žádnou vírou, sektou, zřízením či politickou organizací. Vyhýbají se také veřejným sporům. Název je odvozen z pravidla, že sdružující se alkoholiky nezajímá nic ze soukromého života, pracovní postavení, finanční situace, příjmení, pouze křestní jméno a problémy s alkoholem. O existenci skupiny A A v nějakém místě informují málo nápadnou inzercí, uvádějící místo schůzek a čas. Nově příchozí zájemci o sobě nemusí zprvu nic říkat, mohou pouze naslouchat ostatním. Ve chvíli, kdy v sobě najdou odvahu svěřit se, uvedou své křestní jméno a pohovoří o svých problémech. Nehierarchičnost, autentičnost stejných osudů jejich členů v době závislosti na alkoholu je předností různých svépomocných skupin. Pokrývají široké spektrum programů, které odpovídá různým zájmovým skupinám. Odborníci jsou zváni jen jako hosté na přednášky a besedy. (Řehan, 1994)

3.2 Prevence

Prevence obecně

Prevencí rozumíme soubor nejrůznějších aktivit orientovaných na odstranění, oslabení, či neutralizaci různých faktorů s cílem korigovat nežádoucí jevy. Podle obsahového zaměření se může jednat o:

- prevenci sociální - nejširěji zaměřenou a orientovanou na takové jevy jako jsou prostituce, alkoholismus, nezaměstnanost apod.;
 - prevenci situační - zaměřenou na omezování příležitostí k trestným činům;
 - prevenci viktimologickou – orientovanou na potenciální či skutečné oběti trestných činů.
- (Urbanová, 2006)

Primární prevence

K užívání drogy dochází v určitém systému. Bio-psycho-sociální model znázorňuje vztah mezi drogou, jejím uživatelem (možná i potenciálním) a prostředím, ve kterém k interakci dochází:

- 1) Droga. Sledujeme její charakter, potenciál pro závislost, účinky, způsoby aplikace atd.
- 2) Člověk. Závislost lze navodit u každého jedince, neexistuje struktura osobnosti, která by stoprocentně před závislostí chránila nebo ji předurčovala. Rizikovými a projektivními faktory jsou zejména osobnostní charakteristiky. Nízké sebevědomí a sebehodnocení, nízká výkonnost, nedostatek asertivity a schopnosti čelit tlaku vrstevníků, poruchy chování, nevhodné sociální vazby, úzkostnost, stres a jeho špatné zvládnutí, nezdrženlivost, sklon k depresím, zdravotní handicap, to vše riziko závislosti zvyšuje. Lze uvažovat o dvou typech struktury osobnosti inklinující k problémům. Za první osoby zvýšeně citlivé, zranitelné a úzkostné. Druhou skupinu tvoří osoby extrovertované, se zvýšenou dráždivostí až agresivní.
- 3) Prostředí – působení všeho, co nás obklopuje. Můžeme rozlišovat několik úrovní:
 - a) společnost – vztah společnosti k drogám, postoje a normy, dostupnost drog, ale i míra dezorganizace společnosti, výkonová a konzumní orientace, oslabení rodin, rozvodovost atd. Zahrnujeme sem i koncepcí drogové politiky, investice a informovanost.

b) rodinné prostředí – atmosféra rodiny, míra lásky a péče, výchovný styl, rodinný systém norem a hodnot, užívání a dostupnost drog v rodině, přítomnost rodičů. Důležitou osobou je matka. Matky závislých bývají často hyperprotektivní nebo naopak hostinní, typický je také slabý, chybějící nebo naopak tvrdě výkonově orientovaný otec.

c) vrstevnické prostředí – kamarádi, parta, škola. Záleží na hodnotách dané skupiny, převládající módě a životním stylu. Orientace na skupinové normy je často významnějším faktorem než droga sama. Důležité jsou také provokující faktory, které mohou být podnětem pro experiment s drogou. Nejčastěji se uvádějí zvědavost a nuda, zlepšení výkonnosti, zlepšení nálady, řešení (spíše odsunutí) problémů, únik z bezvýchodné situace, snaha upozornit na sebe, obstát v partě. (Kalina a kol., 2003)

Vlastní smysl v primární prevenci spatřujeme v tom, že užívání drog by nemělo být společensky akceptovanou formou chování mladých lidí. V současnosti se u některých skupin mladých lidí setkáváme s postojem, že užívání drog je „normální“ spíše než život bez drog. Tento postoj je často potvrzován působením médií. Je nezbytné, aby si děti a mladí lidé byli vědomi nebezpečí drog, aby věděli, že převážná část naší společnosti drogy neužívá, že užívání drog není „normální“. Zdravý životní styl, život bez drog by se měl stát atraktivním. Vedle informací o rizicích a nebezpečí drog, je nezbytné nabídnout mladým lidem i poselství pozitivní, poselství o tom, že mohou žít zdravě, smysluplně a produktivně. Toho však nelze dosáhnout formálními prohlášeními. Toto poselství musí šířit lidé aktivní v politickém a veřejném životě, zejména pak představitelé kultury a sportu, kteří svým působením mohou ovlivnit myšlení mladých. (Kalina a kol., 2003)

Prevence alkoholismu

Sociální prevence ve vztahu k návykovým látkám je většinou odborné veřejnosti považována za mnohem důležitější než samotná represe. Sociální prevenci můžeme rozdělit do tří oblastí preventivních opatření:

1) Primární prevence si klade za cíl předcházet problémům s návykovými látkami u osob, které je ještě nezačaly užívat.

2) Sekundární prevence je nazývána také časná intervence. Jejím cílem je intervenovat u těch, kdo začali návykové látky zneužívat, kde ale stav příliš nepokročil. Cílem je zneužívání návykových látek a s ním spojené problémy zastavit nebo co nejvíce omezit.

3) Terciální prevence se zaměřuje na jedince a skupiny, u nichž problém s návykovými látkami již existuje. Fakticky se jedná o léčbu závislosti na návykových látkách. (Urban, Dubský, 2008)

Cílem prevence je snížit škody způsobené návykovými látkami. K těmto škodám náleží nejen vznik závislosti, ale také intoxikace, úrazy, zdravotní komplikace atd. Cílem prevence není předat maximum informací bez ohledu na to, jak budou použity. Účinná prevence má ovlivnit chování ve smyslu ochrany zdraví. V souvislosti s tímto se hovoří o strategiích zaměřených na snižování nabídky, první se soustřeďuje na menší dostupnost návykových látek, druhá se zaměřuje na snižování poptávky. Tato preventivní strategie se snaží snížit zájem o návykové látky. Účinnost prevence je podmíněna systematičností a dlouhodobostí. (Urban, Dubský, 2008)

Základní chyby v prevenci

Prevence se musí vyhnout dvěma základním chybám. Těmito chybami jsou:

- odstrašování formou jednostranného zdůrazňování negativních a varovných informací,
- odsuzování ohrožených a postižených osob zdůrazňováním jejich slabostí. (Heller, Pecinová, 1996)

Je důležité, aby se problematika návykových látek stala součástí vzdělávání a výchovy na školách. Prevence ve škole by měla být:

- prováděna jako kontinuální proces,
- přiměřená a přizpůsobená různým věkovým skupinám,
- koncipována jako možnost získání informací o problémech s drogami,
- orientována na vytvoření postojů a dovedností, které žákům umožní řešit životní situace bez návykových látek,
- opřena o oblíbené a směřodatné osoby s přirozenou autoritou a schopností vytvořit vztah s dětmi,

- spojená s primární prevencí jiných sociálních a zdravotních rizik a zároveň s orientací na zdravý způsob života,
 - schopná zapojit rodinu žáka a zlepšit schopnost mluvit o problémech a vyrovnávat se s nimi.
- (Heller, Pecinovská, 1996)

Prevence má prosazovat zdravý způsob života, proto je důležité vědět, co zdravý způsob života může přinášet:

- Svobodu a nezávislost. Pohled jedince je postupně zužován na problematiku spojenou s drogou, všechny schopnosti jsou využívány jen ve prospěch drogy.
- Více peněz. Návykové látky vyžadují finance. S užíváním rostou náklady, postupně se omezuje schopnost pracovní aktivity.
- Lepší kondici, sílu, vytrvalost. Návykové látky vyčerpají rezervy organismu, později ničí samotný organismus a ochromují jeho síly.
- Lepší postřeh. Povzbudivý účinek drog na psychiku člověka je mýtus a drogy i v malých dávkách negativně ovlivňují organismus.
- Hezčí pleť. Pokožku a její kvalitu v negativním směru ovlivňuje jak tabák, tak alkohol, ale i ostatní drogy.
- Lepší paměť. Paměť je jednou z prvních obětí užívání drog.
- Méně úrazů. Snížená psychická kondice spolu se somatickou vždy omezuje možnosti organismu reagovat na náhle vzniklé situace.
- Lepší šance další generace. Žena, která nedokáže ani v těhotenství přerušit konzumaci své drogy, přímo poškozuje své budoucí dítě.
- Kvalitní vztahy. Drogy destruuji vztahy mezi lidmi.
- Lepší pracovní výsledky. Drogy se odůvodňují často potřebou zvýšení pracovního výkonu, kvalitu výkonu však vždy snižují. (Heller, Pecinovská, 1996)

Služby prvního kontaktu

Umožňují dosažení pomoci v krizových situacích, které řeší:

- Poradny. Obvykle již odborně specializované a orientované, poskytují kvalifikovanou pomoc a terapii. Jejich programy využívají především různých forem psychoterapie (individuální, skupinovou, rodinnou) a podpůrné farmakoterapie.

- Krizová centra. Vznikají především ve větších městech s možností poskytnout širokou paletu ambulantní, případně i lůžkové psychoterapie, farmakoterapie, často i socioterapie.
- Linky telefonické pomoci. Znamé jsou také jako linky důvěry a mohou pomoci především anonymním kontaktem a radou s orientací na středisko pomoci.
- Detoxikační centra. Umožňují speciální krátkodobou medicínskou a psychologickou pomoc při vysazení návykové látky. Na detoxikační centra by měla navazovat nabídka dalších možností terapie a sociální pomoci. (Heller, Pecinovská, 1996)

Sociologie alkoholismu

S prevencí souvisí i sociologie alkoholismu. V současné době se zaměřuje na tři vzájemně se prolínající okruhy:

- 1) Zkoumání sociálních podmínek a faktorů podílejících se na vzniku, vývoji a udržení alkoholismu. Patří sem např. kulturně antropologické studie o zkoumání sociokulturních determinací pití, analýza typů spotřeby alkoholu a alkoholických subkultur, zkoumání vlivu velkých sociálních přeměn (industrializace, migrace, urbanizace atd.), ekonomických faktorů, jakož i pracovních podmínek na vývoj alkoholismu, analýza sociálně ekologických a environmentálních, stejně jako rodinných a výchovných vlivů na vznik, vývoj a udržení alkoholismu atd.
- 2) Druhý okruh je zaměřen na rozšířenost alkoholismu a na zkoumání dopadu alkoholu na společnost. Prvořadým záměrem je získat souhrnný obraz o pití alkoholu v zemi, obraz o pití v jednotlivých věkových či profesních skupinách, o rizikových populacích, o účincích alkoholu na zdraví obyvatel, o pití v práci a následcích v pracovním procesu, o ekonomických bilancích příjmů a škod vyplývajících z konzumace alkoholu, o dopadu alkoholismu na rodinu, o podílu alkoholu na kriminalitě atd.
- 3) Poslední okruh se zabývá prevencí a terapií alkoholismu. V popředí zájmu jsou faktory v diagnostikování alkoholismu, laické koncepty alkoholismu a postoje veřejnosti k alkoholikům i léčbě, fungování léčebných institucí jako sociálních systémů a proces léčby jako akulturace, socioterapie a sociální rehabilitace v klubech a svépomocných skupinách, efektivnost léčebných a preventivních programů a zdravotní výchovy, souvislosti mezi způsobem života a alkoholismem, mezi alkoholismem a etikou atd. (Urban, Dubský, 2008)

Prevence a rodina

„Rodinu současnosti je možno považovat za institucionalizovaný sociální útvar nejméně tří osob, mezi nimiž existují rodičovské, příbuzenské nebo manželské vazby. Základem rodiny ve všech dosud známých společnostech je dyadický pár - muž a žena, tj. nějaká forma manželství nebo partnerství. Rodina je tedy postavena na partnerství osob opačného pohlaví, které má trvalejší ráz, a na příbuzenství. Výchozím znakem každé rodiny je existence nejméně jednoho dítěte bez zřetele na jeho věk.“ (Kraus, 2001, s. 78)

„Rodina je považována za nejdůležitější sociální skupinu. V rodině dochází k uspokojování fyzických, psychických a sociálních potřeb člověka. Rodina poskytuje zázemí potřebné ke společenské seberealizaci, je zdrojem zkušeností a vzorců chování, které nemůžeme získat v jiném prostředí. Každá rodina je zdrojem specifického systému hodnot. Preference hodnot ovlivňuje chování členů rodiny v interakci se společenským okolím. Rodina formuje jedince v průběhu jeho vývoje, je významným nositelem jeho budoucích společenských rolí a identity obecně.“ (Fischer, Škoda, 2009, s. 140)

Funkce rodiny může být často narušována vnitřními konflikty. Může se jednat např. o rozvody, neshody mezi partnery nebo mezi rodiči a dětmi, alkoholovou závislostí člena rodiny apod.

Obecně platí, že prevence začíná v nejujtějším věku, netýká se to pouze problému drog, ale zdravého vztahu k sobě samému, k okolí a životu vůbec. Pokud dítě vyrůstá v láskyplném prostředí, kde je milováno a akceptováno, kde se může svobodně projevit za předpokladu, že má stanoveny jasné mantinely a že ani jeho svoboda není bezbřehá, kde se členové rodiny respektují a kde dokážou o problémech komunikovat, pak lze předpokládat, že takové dítě bude mít v životě méně problémů a bude je úspěšněji řešit. Zde je několik doporučení jak vychovávat dítě v jakémkoli věku:

- své děti milujte a nebojte se jim to dávat najevo. Mějte je obzvláště rádi, pokud se jim nedaří,
- své děti respektujte takové, jaké jsou, nesnažte se jejich prostřednictvím naplňovat vlastní ambice,

- pozorně svým dětem naslouchejte, važte si důvěry, kterou k vám chovají, tuto důvěru nezneužívejte,
- zajímejte se o to, co vám říkají, o jejich názory a mluďte s nimi o nich,
- snažte se s dětmi trávit volný čas, ale nechte je, ať o tom, jak ho strávíte, mohou spolurozhodovat,
- děti chvalte i za maličkosti, dejte najevo, že z jejich úspěchu máte opravdu radost,
- ponechejte dětem co nejvíce svobody k rozhodování, ale učte je, že za svá rozhodnutí také musí nést zodpovědnost,
- vyhněte se direktivní výchově, která je založena pouze na příkazech, zákazech a trestech,
- nezahlcujte zbytečně děti svou péčí a starostlivostí, ponechejte jim vlastní životní prostor, respektujte jejich právo na soukromí,
- vyvarujte se přístupu přespříliš benevolentnímu, dítě ho může vnímat jako lhostejnost a nezájem,
- snažte se být dobrým příkladem, ne však nedostižným. (SANANIM, 2007)

Rodina hraje důležitou roli v oblasti primárního preventivního působení v prevenci zaměřené na dítě. Jsou to rodiče, od kterých děti přejímají určité vzory a napodobují je. Významný vliv na děti mají i jejich vrstevníci. Na děti působí také škola, její možnosti ovlivňování jsou však menší než u rodičů a vrstevníků. Preventivní programy dosahují jistého efektu. Svou roli hrají i další organizace, např. zájmové. Dle mého názoru by měl stát více podporovat rodiny s dětmi. Pokud budou rodiny funkční, materiálně zajištěné, přispěje to v budoucnu k omezování sociálně patologických jevů ve společnosti.

3.3 Právní aspekty alkoholismu

Trestněprávní aspekty alkoholismu

Alkoholismus je jako sociálně patologický jev regulován trestním právem v několika rovinách:

- a) postihuje jednání opilého pachatele,
- b) upravuje spáchání trestného činu pachatelem ve stavu nepřičetnosti, který byl vyvolán požitím alkoholu,
- c) chrání osoby mladší 18 let před požíváním alkoholických nápojů.

Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník obsahuje tyto paragrafy spojené s alkoholismem:

§ 130 Návyková látka. Návykovou látkou se rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování

§ 204 Podání alkoholu dítěti. Kdo ve větší míře nebo opakovaně prodá, podá nebo poskytne dítěti alkohol, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.

§ 274 Ohrožení pod vlivem návykové látky.

1) Kdo vykonává ve stavu vylučujícím způsobilost, který si přivodil vlivem návykové látky, zaměstnání nebo jinou činnost, při kterých by mohl ohrozit život nebo zdraví lidí nebo způsobit značnou škodu na majetku, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, peněžitým trestem nebo zákazem činnosti.

2) Odnětím svobody na šest měsíců až tři léta, peněžitým trestem nebo zákazem činnosti bude pachatel potrestán,

a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 havárii, dopravní nebo jinou nehodu, jinému ublížení na zdraví nebo větší škodu na cizím majetku nebo jiný závažný následek,

b) spáchá-li takový čin při výkonu zaměstnání nebo jiné činnosti, při kterých je vliv návykové látky zvlášť nebezpečný, zejména řídí-li hromadný dopravní prostředek, nebo

c) byl-li za takový čin v posledních dvou letech odsouzen nebo z výkonu trestu odnětí svobody uloženého za takový čin propuštěn.

§ 360 Opilství.

1) Kdo se požitím nebo aplikací návykové látky přivede, byť i z nedbalosti, do stavu nepřičetnosti, v němž se dopustí činu jinak trestného, bude potrestán odnětím svobody na tři léta až deset let; dopustí-li se však činu jinak trestného, na který zákon stanoví trest mírnější, bude potrestán tímto trestem mírnějším.

2) přivedl-li se pachatel do stavu nepřičetnosti v úmyslu spáchat trestný čin, nebo spáchal trestný čin z nedbalosti, která spočívá v tom, že se přivedl do stavu nepřičetnosti.

3.4 Dílčí závěr

Léčení osob postižených alkoholismem probíhá zpravidla v protialkoholních léčebnách, psychiatrických klinikách a v poradnách. Je založeno na psychoterapii, jejímž cílem je postiženého dovést k abstinenci. Zpravidla probíhá jako skupinová a má formu ambulantní nebo hospitalizace. Obvyklá doba léčení je asi 3 měsíce. Léčba pouze farmakoterapií selhává. Psychoterapeutické působení kombinované s podáváním farmak je dnes považováno za efektivní. Velmi důležitá při léčbě je motivace. Klient bez motivace nemůže být vyléčen. Napravování škod vzniklých alkoholismem je podstatně dražší a náročnější než prevence. Užívání drog by nemělo být společensky akceptovanou formou chování mladých lidí, v tom je smysl prevence. Vedle informací o rizicích a nebezpečí drog, je nezbytné dávat mladým lidem i pozitivní podněty, např. že mohou žít zdravě, smysluplně a produktivně. Tyto pozitivní podněty musí šířit lidé aktivní v politickém a veřejném životě, především představitelé sportu a kultury, kteří mohou pozitivně ovlivnit myšlení mladých lidí. Důležitý je také právní aspekt alkoholismu. Trestní právo nemůže spolehlivě ochránit společnost před alkoholismem. Je důležité, aby prevence byla vedena z více stran. Musí spolupracovat všechny složky společnosti - rodiče, škola, úřady, média atd. Jednotlivci i společnost by měli být vedeni ke zdravému životnímu stylu. Prevence je jednoznačně v boji s alkoholismem a dalšími sociálně-patologickými jevy řešením nejvýhodnějším.

4. Praktická část

4.1 Cíle, metody výzkumu a stanovení hypotéz

Cíle

Cílem výzkumu je zjištění příčin a průběhu alkoholismu u klientů příspěvkové organizace Emin Zámek v Hrušovanech nad Jevišovkou. Klienty této organizace jsou pouze muži.

Metody

Jako metodu výzkumu jsem si zvolil řízený rozhovor. Čerpáním informací z různých zdrojů jsem získal představu, jak by mohl rozhovor probíhat. Dle toho jsem také volil další postup. Průběh výzkumného rozhovoru:

Příprava rozhovoru

Volba druhu rozhovoru

- V. Rozpracování konkrétních otázek.
- VI. Příprava dotazníku pro rozhovor.
- VII. Volba prostředí, času a zajištění organizačních záležitostí.

Zahájení rozhovoru

- VIII. Vysvětlení smyslu a cíle výzkumu, současně také to, proč byl pro rozhovor vybrán právě dotazovaný.
- IX. Představení se a sdělení několika charakteristik o své osobě.

Průběh rozhovoru

- X. Udržování si určitého odstupu od dotazovaného.
- XI. Neodbočování od systému připravených otázek.
- XII. Pečlivé zaznamenávání výpovědí dotazovaného.

Závěr rozhovoru

- XIII. poděkování dotazovaným. (Kochová, 2010)

Dotazník pro rozhovor

Obsahuje 18 dotazů. Na každou otázku je předvolena varianta odpovědi ano a ne. Dotazník je zaměřen na zjištění příčiny a průběhu alkoholismu u respondentů žijících v příspěvkové organizaci Emin Zámek v Hrušovanech nad Jevišovkou. Vzor dotazníku se nachází v příloze č. 1.

Stanovení hypotéz

Pro svůj výzkum jsem stanovil následujících 6 hypotéz:

- H1: Předpokládám, že více jak 60% respondentů mělo problematické dětství.
- H2: Předpokládám, že více jak 60% respondentů má nízké dosažené vzdělání.
- H3: Předpokládám, že více jak 60% respondentů začalo pít kvůli osobním důvodům.
- H4: Předpokládám, že u více jak 60% respondentů byl alkohol součástí denního života a způsobil zhoršení zdravotního stavu
- H5: Předpokládám, že více jak 60% respondentů začalo pít ve velmi nízkém věku
- H6: Předpokládám, že u více jak 60% respondentů zavinil alkoholismus zhoršení rodinných, partnerských a přátelských vztahů.

4.2 Výběr respondentů

Výzkum byl uskutečněn v příspěvkové organizaci Emin Zámek, která se nachází v krásném prostředí listnatého lesa asi 3 km od železniční křižovatky Hrušovany nad Jevišovkou - Šanov na okrese Znojmo. Je to půvabný koutek jihomoravské přírody jejíž krásu zvyšuje řeka Jevišovka. Tento zámek byl postaven roku 1882 v novobarokním slohu velkostatkářem Edvardem Khuenem Belasim.

Cílovou skupinou v ústavu jsou psychotici a alkoholici, kteří vykazují prokázanou duševní poruchu s poruchou chování způsobenou dlouhodobým požíváním alkoholu ve věkovém rozpětí - dospělí (26 - 64), mladší senioři (65 – 80 let).

Ústav disponuje patnácti pokoji s celkovou kapacitou 60 lůžek: 6 dvoulůžkových, 4 čtyřlůžkové, 4 šestilůžkové, 1 osmilůžkový. Společenská místnost pojme dle potřeby všechny uživatele, sociální zařízení je prostorově dostatečné, úroveň soukromí na WC a koupelnách je dána jejich uzamykatelností a intimitou. Řešení prostorových podmínek pokojů má ústav v plánu rozvoje zařízení v rámci střednědobého plánu. Uživatelé mají prostor pro přípravu vlastních pokrmů, přijímání návštěv a pro důvěrná sdělení. (<http://www.eminzamek.cz/>)

Respondenti byli vybíráni dle jejich schopnosti podílet se na tomto výzkumu. Schopnost klientů jsem předem posuzoval dle informací od sociální pracovnice a dalších zaměstnanců z úseku aktivizačního. Následně jsem vybral 36 klientů, kteří byli schopni a ochotni odpovídat na dotazy. Věrohodnost odpovědí jsem si ověřoval u sociální pracovnice z osobní dokumentace klienta. Všechny osoby byly v úvodu seznámeny s účelem výzkumu a ujištěny o zachování anonymity.

4.3 Analýza a prezentace výzkumu

Analýza výzkumu uskutečněného v příspěvkové organizaci Emin Zámek v Hrušovanech nad Jevišovkou dne 4.11.2011.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že více jak 60% respondentů mělo problematické dětství.

Hypotéza č. 1: Problematické dětství

	Disharmonické dětství	Alkoholismus v rodině	Neúplná rodina	Fyzické tresty	Celkem
četnost	abs. - %	abs. - %	abs. - %	abs. - %	abs. - %
ano	24 - 67%	28 - 78%	20 - 55%	22 - 61%	94 - 65%
ne	12 - 33%	8 - 22%	16 - 45%	14 - 39%	50 - 35%
celkem	36 - 100%	36 - 100%	36 - 100%	36 - 100%	144 - 100%

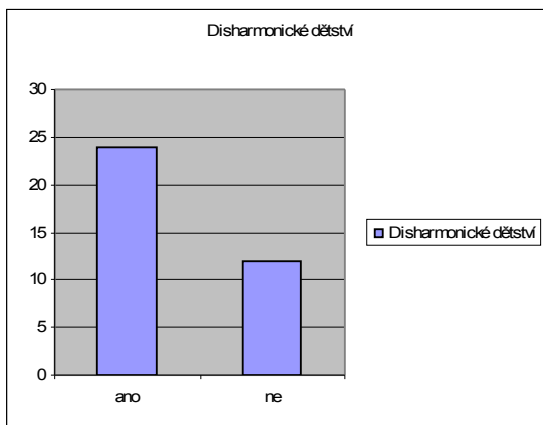
Na otázku, zda respondenti prožili disharmonické dětství, odpovědělo 24 (tj. 67%) respondentů ano a 12 (tj. 33%) respondentů ne.

Na otázku, zda se u respondentů vyskytoval alkoholismus v rodině, odpovědělo 28 (tj. 78%) respondentů ano a 8 (tj. 22%) respondentů ne.

Na otázku, zda respondenti pochází z neúplné rodiny, odpovědělo 20 (tj. 55%) respondentů ano a 16 (tj. 45%) respondentů ne.

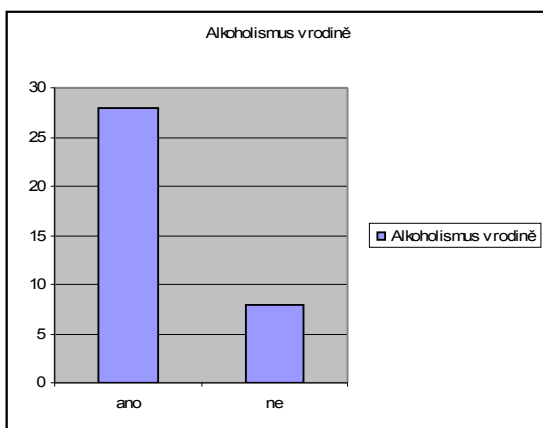
Na otázku, zda byli respondenti fyzicky trestáni, odpovědělo 22 (tj. 61%) respondentů ano a 14 (tj. 39%) respondentů ne.

Disharmonické dětství



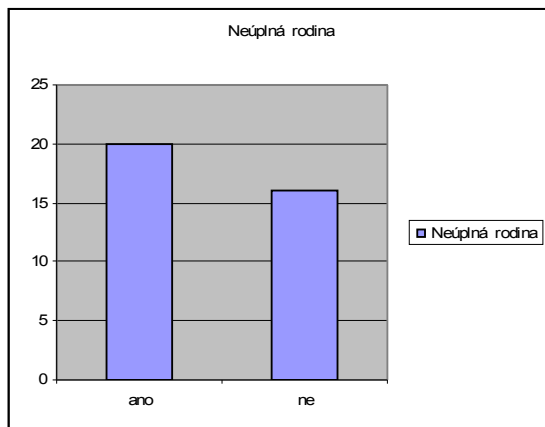
Na otázku, zda měli disharmonické dětství, odpovědělo 24 ano 12 ne.

Alkoholismus v rodině



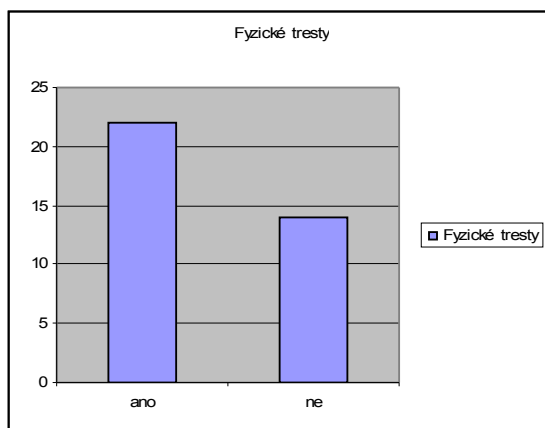
Na otázku, zda se vyskytoval alkoholismus v rodině, odpovědělo 28 ano 8 ne.

Neúplná rodina



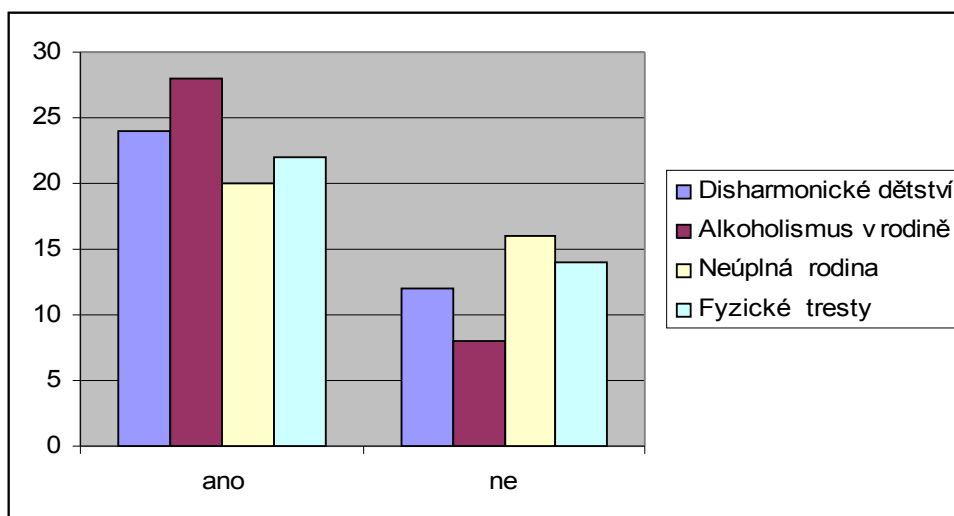
Na otázku, zda pochází z neúplné rodiny, odpovědělo 20 ano 16 ne.

Fyzické tresty



Na otázku, zda dostávali fyzické tresty, odpovědělo 22 ano 14 ne.

Problematické dětství



Na otázku, zda mělo problematické dětství, odpovědělo 94 ano 50 ne.

Na otázky, které se týkají problémů v dětství uvedených výše odpovědělo celkem 94 (tj. 65%) respondentů ano a celkem 50 (tj. 35%) respondentů odpovědělo ne. Problematické dětství mělo více jak 60% respondentů.

Na základě otázek se hypotéza č. 1 potvrdila.

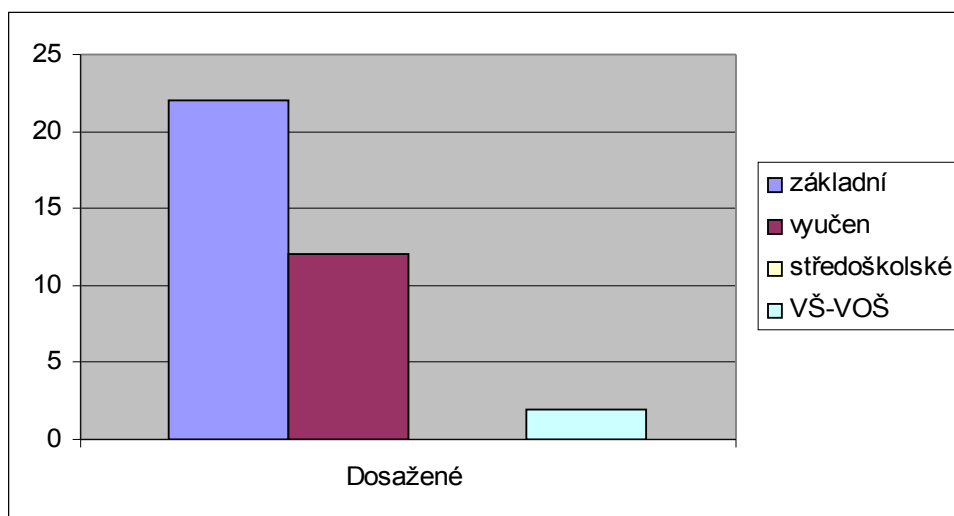
Hypotéza č. 2: Předpokládám, že více jak 60% respondentů má nízké dosažené vzdělání.

Hypotéza č. 2: Nízké dosažené vzdělání

	Dosažené vzdělání	Celkem
četnost	abs. - %	abs. - %
základní	22 - 61%	22 - 61%
vyučen	12 - 33%	12 - 33%
středoškolské	0 - 0%	0 - 0%
VŠ-VOŠ	2 - 6%	2 - 6%
celkem	36 - 100%	36 - 100%

Na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání odpovědělo 22 (tj. 61%) respondentů základní, 12 (tj. 33%) respondentů vyučen, 2 (tj. 6%) respondentů vysokoškolské.

Nízké dosažené vzdělání



Na otázku, jakého nejvyššího vzdělání dosáhli, odpovědělo 22 (tj. 61%) respondentů základní, 12 (tj. 33%) respondentů vyučen, 2 (tj. 6%) respondentů vysokoškolské. Nízké dosažené vzdělání má více jak 60% respondentů.

Na základě otázek se hypotéza č. 2 potvrdila.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že více jak 60% respondentů začalo pít kvůli osobním důvodům.

Hypotéza č. 3: Osobní důvody

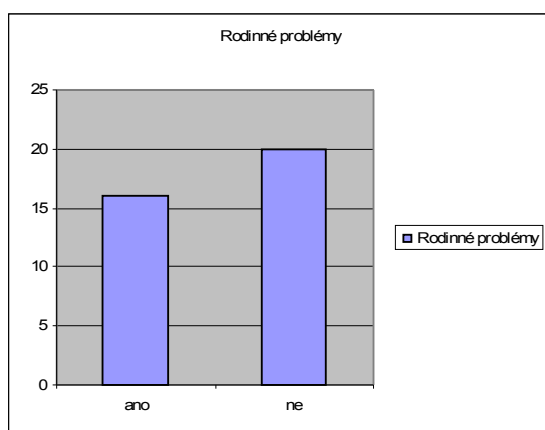
	Problémy rodinné- partnerské	Problémy finanční- v zaměstnání	Problémy psychické- stres	Celkem
četnost	abs. - %	abs. - %	abs. - %	abs. - %
ano	16 - 45%	24 - 67%	27 - 75%	67 - 62%
ne	20 - 55%	12 - 33%	9 - 25%	41 - 38%
celkem	36 - 100%	36 - 100%	36 - 100%	108 - 100%

Na otázku, zda respondenti začali pít kvůli rodinným – partnerským problémům, odpovědělo 16 (tj. 45%) respondentů ano a 20 (tj. 55%) respondentů ne.

Na otázku, zda respondenti začali pít kvůli problémům finančním – v zaměstnání, odpovědělo 24 (tj. 67%) respondentů ano a 12 (tj. 33%) respondentů ne.

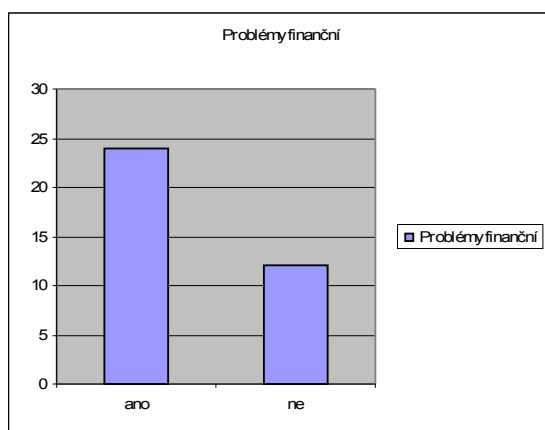
Na otázku, zda respondenti začali pít kvůli problémům psychickým – stresu, odpovědělo 27 (tj. 75%) respondentů ano a 41 (tj. 38%) respondentů ne.

Problémy rodinné – partnerské



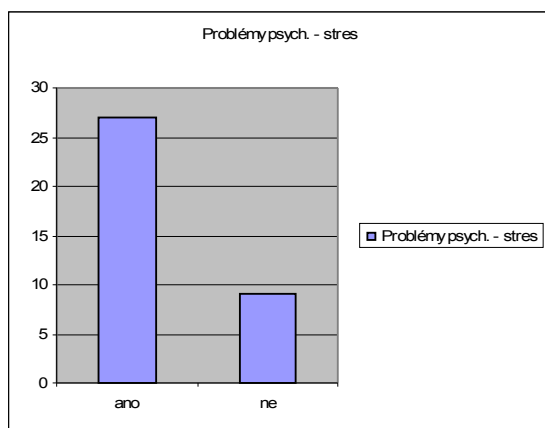
Na otázku, zda začali pít kvůli rodinným či partnerským problémům, odpovědělo 16 ano 20 ne.

Problémy finanční



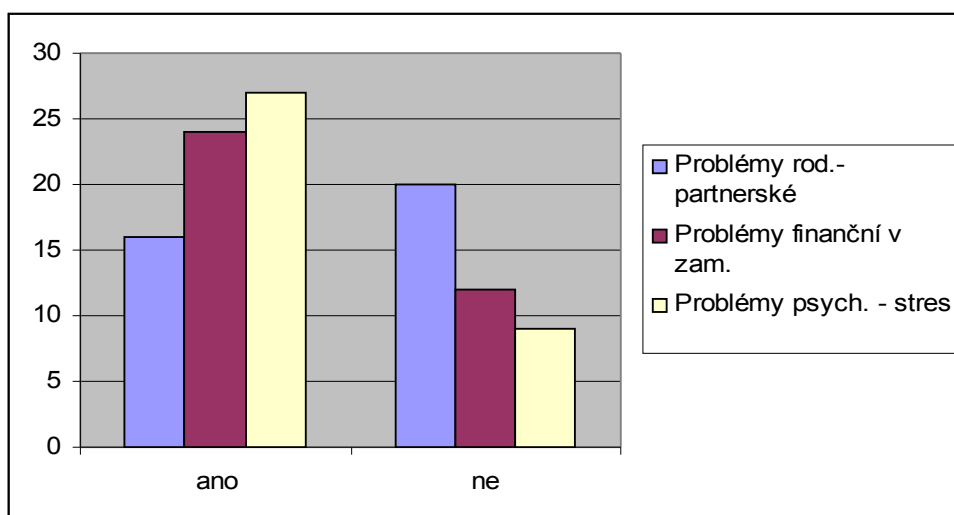
Na otázku, zda začali pít kvůli finančním problémům nebo problémům v zaměstnání odpovědělo 24 ano 12 ne.

Problémy psychické – stres



Na otázku, zda začali pít kvůli psychickým problémům nebo stresu, odpovědělo 27 ano a 9 ne.

Osobní důvody



Na otázky, zda začali pít z osobních důvodů, odpovědělo celkem 67 ano a 41 ne.

Na otázky, které se týkají problémů s pitím kvůli osobním důvodům odpovědělo celkem 67 (tj. 62%) respondentů ano a celkem 41 (tj. 38%) respondentů odpovědělo ne. Kvůli osobním důvodům začalo pít více jak 60% respondentů.

Na základě otázek se hypotéza č. 3 potvrdila.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že u více jak 60% respondentů byl alkohol součástí denního života a ovlivnil jejich zdravotní stav.

Hypotéza č. 4: Alkohol součást života-ovlivnění zdravotního stavu

	Alkohol více jak 4 skl.denně	Jakýkoliv druh alkoholu	Časté pití doma/sám	Vliv na zdravotní stav	Celkem
četnost	abs. - %	abs. - %	abs. - %	abs. - %	abs. - %
ano	33 - 92%	26 - 72%	19 - 53%	36 - 100%	114 - 79%
ne	3 - 8%	10 - 28%	17 - 47%	0 - 0%	30 - 21%
celkem	36 - 100%	36 - 100%	36 - 100%	36 - 100%	144 - 100%

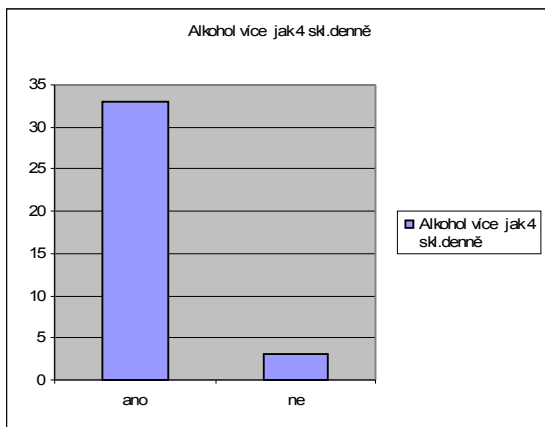
Na otázku, zda respondenti pili více jak 4 skleničky denně, odpovědělo 33 (tj. 92%) respondentů ano a 3 (tj. 8%) respondentů ne.

Na otázku, zda respondenti při pití nerozlišovali druh alkoholu, odpovědělo 26 (tj. 72%) respondentů ano a 10 (tj. 28%) respondentů ne.

Na otázku, zda respondenti pili často doma a sami, odpovědělo 19 (tj.53%) respondentů ano a 17 (tj. 47%) respondentů ne.

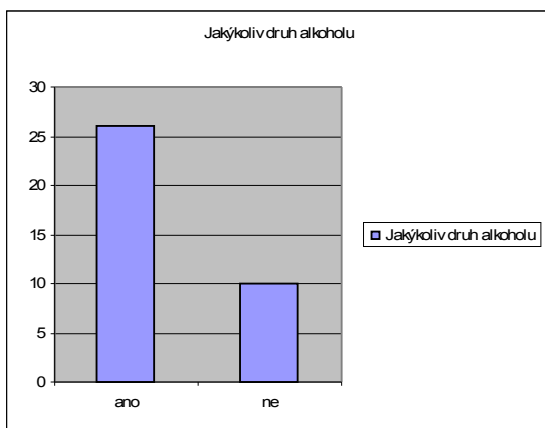
Na otázku, zda pití alkoholu ovlivnilo zdravotní stav respondentů, odpovědělo 36 (tj. 100%) respondentů ano a 0 respondentů ne.

Alkohol více jak 4 skleničky denně



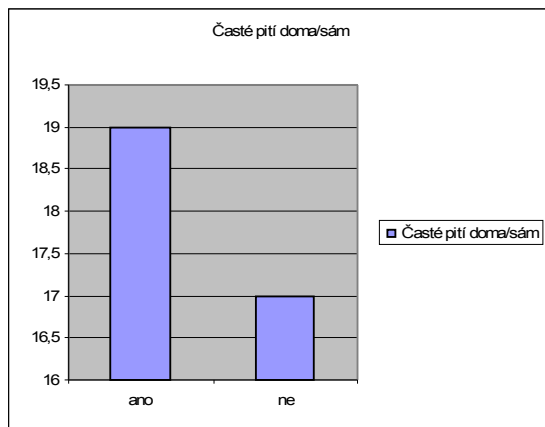
Na otázku, zda vypili více jak 4 skleničky (1 sklenička = 0,5 l piva, 0,2dcl vína, 0,05dcl tvrdého alkoholu) alkoholu denně, odpovědělo 33 ano 3 ne.

Jakýkoliv druh alkoholu



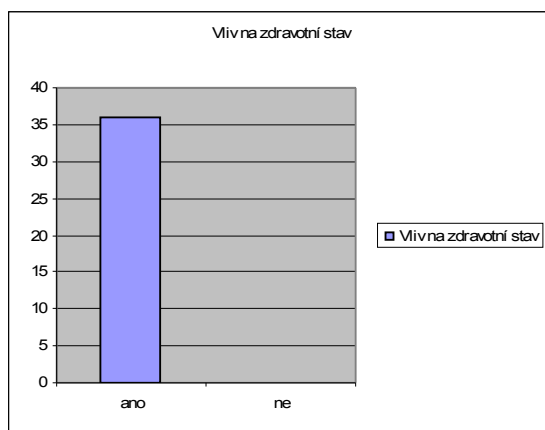
Na otázku, zda pili jakýkoliv druh alkoholu (pivo, víno, tvrdý alkohol aj.), odpovědělo 26 ano 10 ne.

Časté pití doma/sám



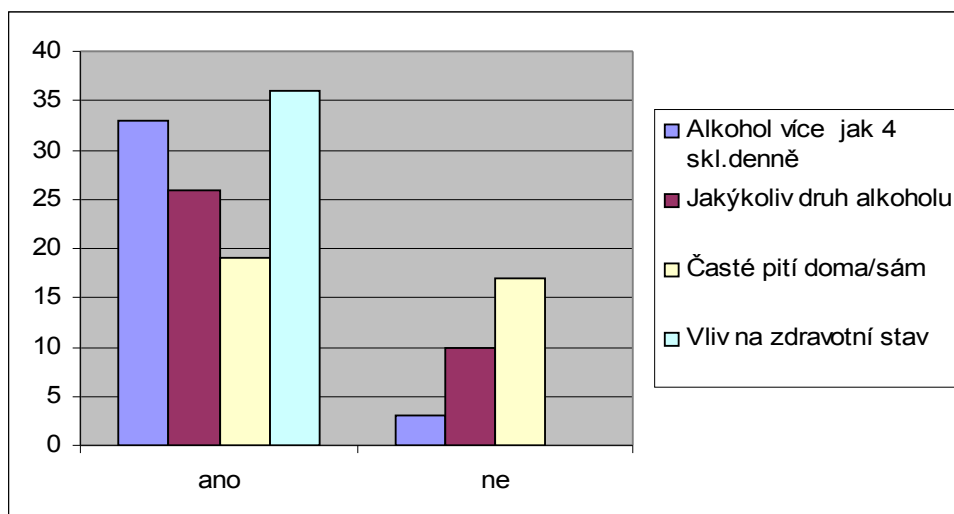
Na otázku, zda pili doma či sami, odpovědělo 19 ano 17 ne.

Vliv na zdravotní stav



Na otázku, zda mělo pití vliv na zdravotní stav, odpovědělo 36 ano 0 ne.

Alkohol součást života - ovlivnění zdravotního stavu



Na otázku, zda byl alkohol denní součástí života respondentů a ovlivnil jejich zdravotní stav odpovědělo celkem 114 respondentů ano a 30 ne.

Na otázku, zda byl alkohol denní součástí života respondentů a ovlivnil jejich zdravotní stav, odpovědělo celkem 114 (tj. 79%) respondentů ano a celkem 30 (tj. 21%) respondentů odpovědělo ne. Alkohol byl součástí denního života a ovlivnil zdravotní stav více jak 60% respondentů.

Na základě otázek se hypotéza č. 4 potvrdila.

Hypotéza č. 5: Předpokládám, že více jak 60% respondentů začalo pít ve velmi nízkém věku.

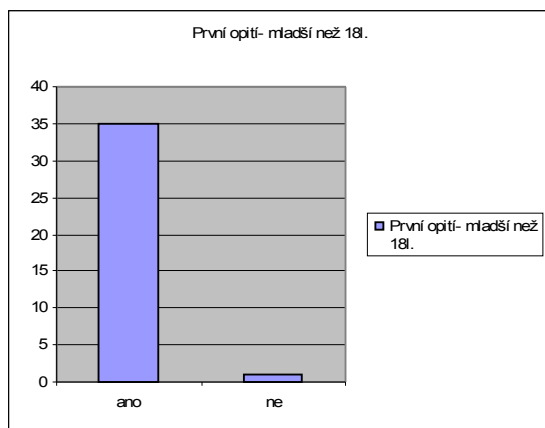
Hypotéza č. 5: Začátek pití alkoholu ve velmi nízkém věku

	První opití- mladší než 18l.	Alkohol do 20l. min. 2x týdně	Celkem
četnost	abs. - %	abs. - %	abs. - %
ano	35 - 97%	31 - 86%	66 - 92%
ne	1 - 3%	5 - 14%	6 - 8%
celkem	36 - 100%	36 - 100%	72 - 100%

Na otázku, zda se respondenti poprvé opili dříve než v 18 letech, odpovědělo 35 (tj. 97%) respondentů ano a 1 (tj. 3%) respondentů ne.

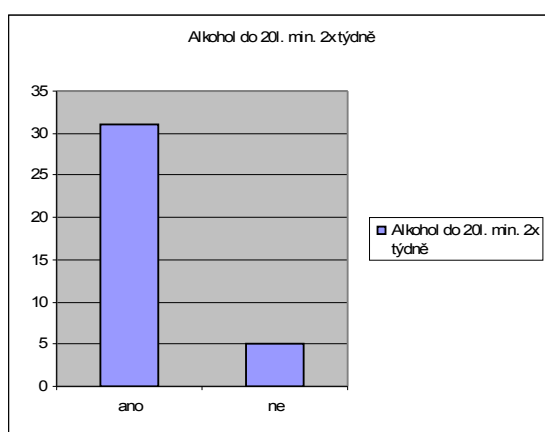
Na otázku, zda respondenti do svých 20 let pili alkohol min. 2x týdně, odpovědělo 31 (tj. 86%) respondentů ano a 5 (tj. 14%) respondentů ne.

První opilost dříve než v 18 letech



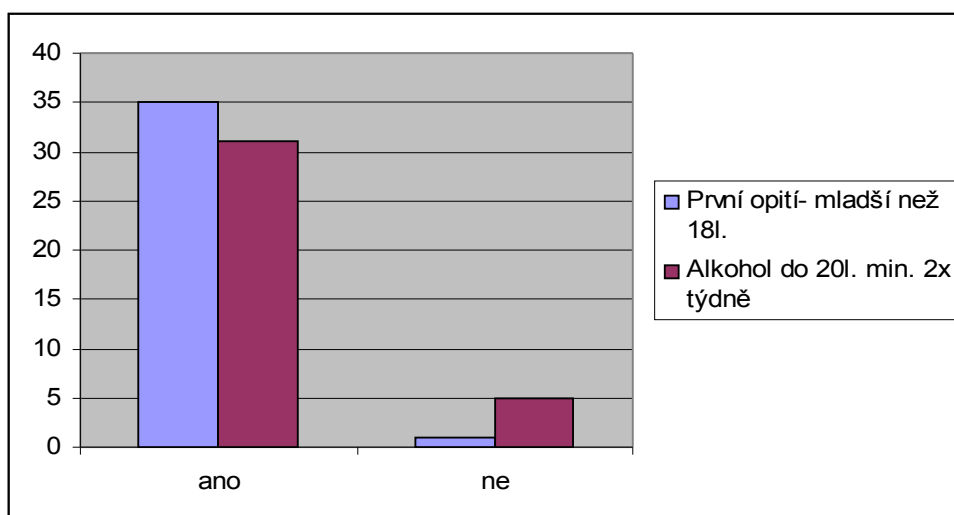
Na otázku, zda se opili dříve než v 18 letech, odpovědělo 35 ano a 1 ne.

Pití alkoholu do 20 let min. 2x týdně



Na otázku, zda začali pít alkohol do věku 20 let min. 2x týdně, odpovědělo 31 ano a 5 ne.

Začátek pití alkoholu ve velmi nízkém věku



Na otázky týkající se začátku pití alkoholu ve velmi nízkém věku odpovědělo celkem 66 respondentů ano a 6 ne.

Na otázky týkající se začátku pití alkoholu ve velmi nízkém věku odpovědělo celkem 66 (tj. 92%) respondentů ano a celkem 6 (tj. 8%) respondentů odpovědělo ne. Více jak 60% respondentů začalo pít ve velmi nízkém věku.

Na základě otázek se hypotéza č. 5 potvrdila.

Hypotéza č. 6: Předpokládám, že u více jak 60% respondentů zavinil alkoholismus zhoršení rodinných, partnerských a přátelských vztahů.

Hypotéza č. 6: Zhoršení rodinných, partnerských a přátelských vztahů kvůli alkoholismu

	Současně žiji bez partnera	Návštěvy méně než 1x za měs.	Děti nemám-nenavštěvují mě	Rodina se mnou neudrž. kontakt	Celkem
četnost	abs. - %	abs. - %	abs. - %	abs. - %	abs. - %
ano	32 - 89%	22 - 61%	24 - 67%	19 - 53%	97 - 67%
ne	4 - 11%	14 - 39%	12 - 33%	17 - 47%	47 - 33%
celkem	36 - 100%	36 - 100%	36 - 100%	36 - 100%	144 - 100%

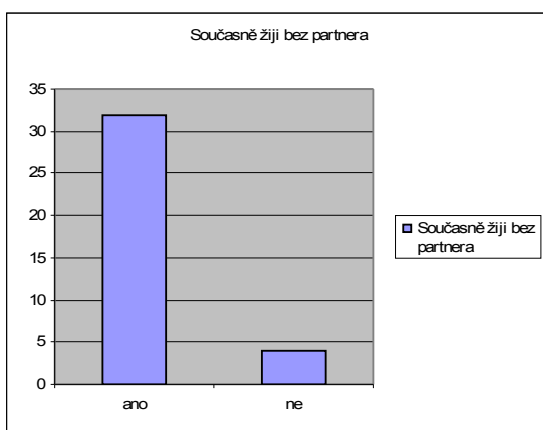
Na otázku, zda respondenti žijí v současné době bez partnera, odpovědělo 32 (tj. 89%) respondentů ano a 4 (tj. 11%) respondentů ne.

Na otázku, zda mají respondenti návštěvy méně než 1x za měsíc, odpovědělo 22 (tj. 61%) respondentů ano a 14 (tj. 39%) respondentů ne.

Na otázku, zda respondenti nemají děti, nebo je děti nenavštěvují, odpovědělo 24 (tj. 67%) respondentů ano a 12 (tj. 33%) respondentů ne.

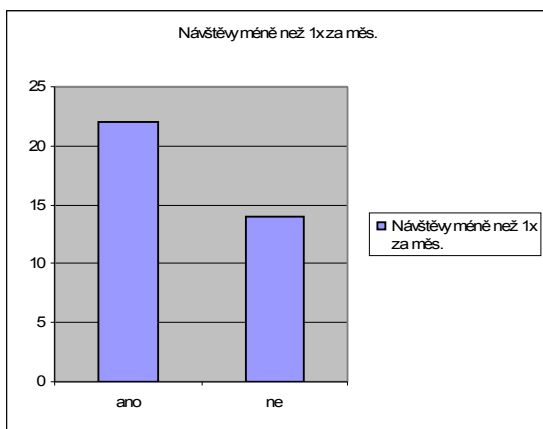
Na otázku, zda s respondenty neudržuje rodina kontakt, odpovědělo 19 (tj. 53%) respondentů ano a 17 (tj. 47%) respondentů ne.

Současně žijí bez partnerky



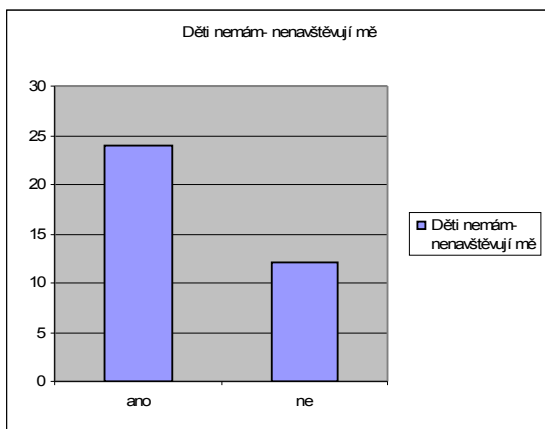
Na otázku, zda v současné době žijí bez partnerky, odpovědělo 32 ano a 4 ne.

Návštěvy méně než 1x za měsíc



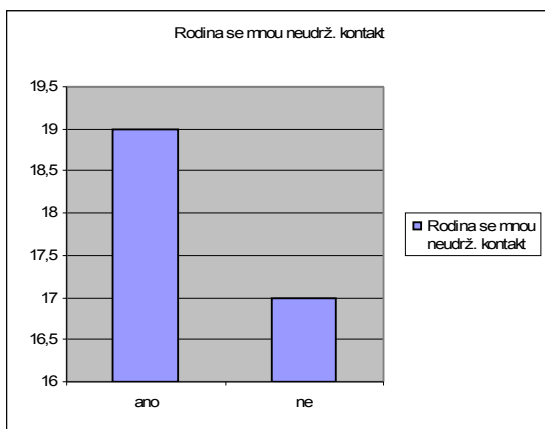
Na otázku, zda mají návštěvu méně než 1x za měsíc, odpovědělo 22 ano a 14 ne.

Děti nemám – nenavštěvují mě



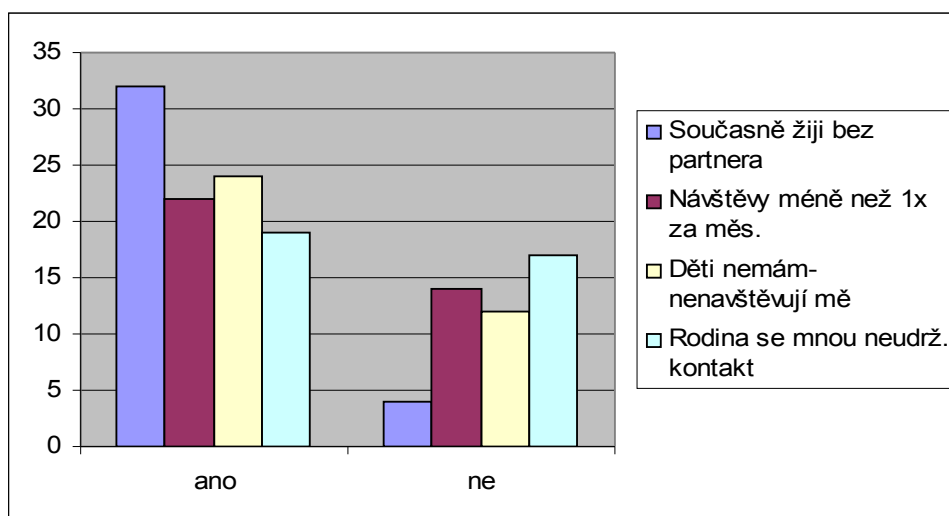
Na otázku, zda mají děti – nenavštěvují mě, odpovědělo 24 ano 12 ne.

Rodina se mnou neudržuje kontakt



Na otázku, zda rodina s nimi neudržuje kontakt, odpovědělo 19 ano 17 ne.

Zhoršení rodinných, partnerských a přátelských vztahů kvůli alkoholismu



Na otázky týkající se zhoršení rodinných, partnerských a přátelských vztahů kvůli alkoholismu odpovědělo celkem 97 respondentů ano a celkem 47 odpovědělo ne.

Na otázky týkající se zhoršení rodinných, partnerských a přátelských vztahů kvůli alkoholismu odpovědělo celkem 97 (tj. 67%) respondentů ano a celkem 47 (tj. 33%) respondentů odpovědělo ne. Alkoholismus zavinil zhoršení rodinných, partnerských a přátelských vztahů u více jak 60% respondentů.

Na základě otázek se hypotéza č. 6 potvrdila.

Doplňující otázky

Otázka č. 1: Věk respondentů

	Četnost	%
18-29 let	0	0%
30-39 let	0	0%
40-49 let	12	33%
50-59 let	8	22%
60 a více let	16	45%
celkem	36	100%

Celkový počet respondentů je 36 (tj. 100%). 12 (tj. 33%) spadá do věkového rozmezí 40-49 let, 8 (tj. 22%) spadá do věkového rozmezí 50 – 59 let, 16 (tj. 45%) spadá do věkového rozmezí 60 a více let.

Otázka č. 2: Dřívější bydliště respondentů

	Četnost	%
město	20	55%
vesnice	16	45%
celkem	36	100%

Celkový počet respondentů je 36 (tj. 100%). 20 (55%) respondentů žilo ve městě, 16 (45%) žilo na vesnici. Více respondentů tedy žilo ve městě.

Pro doplnění informací o respondentech jsem zařadil do dotazníku ještě dvě výše uvedené otázky.

Závěr

Cílem mé diplomové práce bylo přiblížit čtenářům problematiku alkoholové závislosti, její příčiny, průběh a léčbu. Alkoholismus je sociálně patologický jev, kterým je současná společnost postihována stále ve větší míře. Závislost na alkoholu ohrožuje velké procento obyvatel České republiky. Naše země zaujímá jednu z předních příček v této nelichotivé disciplíně.

Jsem velmi rád, že jsem mohl při vypracování diplomové práce využít poznatky, které jsem získal při studiu. Sociální pedagogika je multidisciplinární obor. Z toho důvodu student získá při studiu všeobecný přehled. Znalosti z předmětů jako jsou psychologie, právo, sociální pedagogika, sociální patologie a další mi velmi ulehčily psaní této práce. Člověk vidí problémy současné společnosti komplexněji.

Práce se skládá z části teoretické a praktické. Teoretická část vychází z odborné literatury, právních předpisů a dalších zdrojů o dané problematice.

Teoretickou část začínám pojednáním o návykových látkách. Do této skupiny látek patří i alkohol. Návykové látky mohou způsobovat u konzumentů závislost. Vzniklo mnoho teorií, které se snaží vysvětlit příčiny vzniku alkoholismu. Žádná však není nevyvratitelná. Faktorů vzniku je velké množství, na problém se musí hledět komplexně. Nadměrné požívání alkoholu poškozují tělesné i duševní zdraví. Jeho následkem je v mnoha případech rozpad rodiny, vztahů s blízkými a přáteli, ztráta zaměstnání atd. V některých případech může nastat u konzumenta i smrt. Mnoho postižených se rozhodne pro léčbu. Léčení probíhá různě. Může se jednat o ambulantní nebo ústavní léčbu, za pomoci farmak či pouze psychoterapií. Nejdůležitější pro úspěšnou léčbu je motivace pacienta. Pokud postižený nechce, nemůže být zdárně vyléčen. „Vyléčený“ jedinec musí po celý život abstinovat, jinak mu hrozí, že se do problémů s alkoholem opět dostane. Než léčit následky alkoholismu, je lepší jim předcházet.

Základem pro snížení výskytu alkoholismu a jiných sociálně patologických jevů ve společnosti je funkční rodina. Rodina je považována za nejdůležitější sociální skupinu.

V rodině dochází k uspokojování fyzických, psychických a sociálních potřeb člověka. Socializace člověka začíná a probíhá právě zde. Jedině ze zdravě fungující rodiny může vyrůst dobře socializovaný člověk, který bude zdárně odolávat sociálně patologickým jevům. Stát by měl více podporovat rodiny s dětmi, případně také zkvalitnit a zintenzivnit dohled nad problémovými rodinami.

Zdravě fungující rodina je pouze část prevence. Prevenci obvykle rozdělujeme na primární, sekundární a terciální. Nejvýznamnější je primární prevence, která si klade za cíl předcházet problémům s návykovými látkami u osob, které je ještě nezačaly užívat. Je adresována celé společnosti. Sociálně patologické jevy mají velkou řadu příčin. Proto prevence musí zahrnovat více rovin. Je důležité, aby byla vedena z více stran. Musí spolupracovat všichni - rodiče, škola, úřady, média atd. Děti by měly být vedeny ke zdravému životnímu stylu.

V části praktické se zabývám příčinami a průběhem alkoholismu u respondentů žijících na Emině Zámku, příspěvkové organizaci. Pro praktickou část jsem jako výzkumnou techniku použil řízený rozhovor na základě mnou sestaveného dotazníku. Pro výzkum jsem si zvolil šest hypotéz a ty jsem následně ověřoval. První tři hypotézy jsou zaměřeny na zjišťování příčiny alkoholismu, další tři hypotézy jsou zaměřeny na zjišťování průběhu alkoholismu. Všechny hypotézy se potvrdily. O mou práci projevíli zájem také někteří zaměstnanci příspěvkové organizace Emin Zámek, kteří by rádi získali zpětnou vazbu a eventuálně získali i nové informace z problematiky alkoholismu.

Velká část respondentů podílejících se na výzkumu pochází z problematické rodiny. Jelikož rodina je první sociální skupina, kde se dítě učí a přebírá vzory, její špatné fungování se velmi negativně promítá do mysli dítěte. Vlivem nefunkčních rodinných vztahů je blízko k tomu, že dítě má problémy ve škole. Většina respondentů má jen základní vzdělání. Tyto negativní jevy fungují často jako spouštěč toho, že člověk začne řešit náročné životní události alkoholem. Stačí problém v práci či v partnerství a jedinec, který nedostal do života dostatek fungujících, kladných vlivů a vzorů od své rodiny, začne pít. Výzkumem se také potvrdilo, že většina respondentů začala pít ve velmi nízkém věku a ve vznikající závislosti už byli schopni pít několik skleniček denně. Většina závislých respondentů před nástupem do ústavu už

nepotřebovala ani příležitost se napít. Začali pít doma sami, prostě jen tak. Díky mému výzkumu a návštěvě na Emině Zámku jsem mohl vidět následky alkoholismu. Alkohol se negativně podepsal jak na zdravotním, tak i mentálním stavu a způsobil samotu u velké části respondentů. Řada respondentů přišla kvůli své závislosti o své blízké.

V praktické části se mi potvrdily poznatky, které jsem získal při vypracování teoretické části diplomové práce. Mrzí mne, že alkohol způsobuje lidem především problémy, ať už se jedná o zdraví, vztahy a další stránky života. Snad se vše k dobrému obrátí a společnost začne být méně tolerantní k alkoholismu. Věřím, že velkou zásluhu na snížení výskytu alkoholismu budou mít i sociální pedagogové. Také bych byl potěšen, kdyby moje diplomová práce alespoň několika lidem pomohla v překonání problému s alkoholem.

Resumé

První část práce je věnována základním pojmům. Těmito pojmy jsou psychoaktivní látky, alkohol a závislost. Alkohol je jednou z mnoha návykových látek, které způsobují závislost.

Druhá část přibližuje v pěti podkapitolách teorie alkoholismu, faktory vzniku závislosti na alkoholu, vývoj alkoholové závislosti, diagnózu závislosti a dopady alkoholové závislosti na jedince a celou společnost.

Třetí část obsahuje čtyři podkapitoly. Popisuje možnosti léčby osob postižených alkoholismem, věnuje se prevenci a právnímu aspektu. Léčba závislosti na alkoholu probíhá ambulantně či ústavně. Prevence vzniku alkoholismu začíná v rodině. Právní aspekt alkoholismu je až to poslední řešení. Ve čtvrté podkapitole vyvozují dílčí závěr.

Čtvrtá část obsahuje tři podkapitoly, ve kterých je publikován výzkum v příspěvkové organizaci Emin Zámek zaměřený na zjišťování příčin a průběhu alkoholismu. Obsahuje cíle, metody výzkumu a stanovení hypotéz, výběr respondentů a analýzu a prezentaci výzkumu.

Anotace

Diplomová práce je zaměřena na problematiku alkoholismu, hledá jeho příčiny, popisuje průběh alkoholové závislosti a její léčbu. Text je rozdělen do čtyř základních částí. První část obsahuje popis pojmů, kterými jsou psychoaktivní látky, alkohol a závislost. Druhá část se věnuje teoriím alkoholismu, faktorům vzniku závislosti na alkoholu, diagnóze závislosti na alkoholu a dopadům závislosti na jedince a společnost. Třetí část práce se zabývá léčbou osob postižených alkoholismem, prevencí vzniku alkoholismu, právními aspekty alkoholismu. Ve čtvrté části je zpracován výzkum zaměřený na zjišťování příčin a průběhu alkoholismu u respondentů žijících v ústavu umístěném na Emině zámku v Hrušovanech nad Jevišovkou.

Klíčová slova

Alkoholismus, drogy, závislost, teorie alkoholismu, psychoaktivní látky, prevence, léčba alkoholismu.

Abstract

My thesis is focused on alcoholism, it looks for its causes, it describes the development of alcohol dependence and its treatment. It is divided into four parts. The first part contains the explanation of terms - psychoactive substances, alcohol and dependence. The second part deals with theories of alcoholism, with factors that influence the development of alcohol dependence, with diagnosis of alcohol dependence and with its effects on individuals and society. The third section focuses on the treatment of people affected by alcoholism, on the prevention of alcoholism and on legal aspects of alcoholism. In the fourth is described my own survey - it aims at identifying the causes and development of alcoholism among respondents living in an institution located in Emin castle in Hrušovany nad Jevišovkou.

Keywords

Alcoholism, drugs, dependence, theory of alcoholism, psychoactive substances, prevention, treatment of alcoholism.

Seznam použité literatury

1. **ZÁKON č. 40/2009 Sb.**, Trestní zákoník
2. **FISCHER, S., ŠKODA, J.** Sociální patologie Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů, 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2009, 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3
3. **GANERI, A.** Drogy Od extáze k agonii, 1. vyd., Praha: AMULET, 2001, ISBN 80-86299-70-8
4. **GOEHLERT, CH., KUEHN, F.** Od návyku k závislosti, 1.vyd., Praha: Euromedia Group, 2001, 144 s., ISBN 80-7202-950-9
5. **HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. A KOL.** Závislost známá neznámá, Praha: Grada Publishing, 1996, ISBN 80-7169-277-8
6. **KOUKOLÍK, F.** O nemocech a lidech, 1. vyd., Praha: Makropulos, 1998, ISBN 80-86003-14-0
7. **KALINA, K.** Drogy a drogové závislosti 2, 1. vyd., Praha: Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05-6
8. **KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V.** et al., Člověk, prostředí, výchova K otázkám sociální pedagogiky, Brno: Paido, 2001, ISBN 80-7315-004-2
9. **MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K.** Alkoholici, feťáci a gambleři. 1. vyd., Praha: Empatie, 1995
10. **MATĚJKOVÁ, E.** Řešíme partnerské problémy, 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 2009, 144 s., ISBN 978-80-247-2338-9
11. **NEŠPOR, K.** Návykové chování a závislost. 3. vyd., Praha: Portál, 2007, 176 s., ISBN 978-80-7367-267-6
12. **NEŠPOR, K.** Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech. 1. vyd. Praha: Portál, 1995, ISBN: 80-7178-086-3
13. **NEŠPOR, K.** Týká se to i mne? Jak překonat problémy s alkoholem, Praha: Sportpropag, 1992,
14. **NEŠPOR, K.** Vaše děti a návykové látky, 1. vyd., Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-515-6
15. **PRESL, J.** Drogová závislost, Praha: MAXDORF, 1994, ISBN 80-85800-18-7

16. **ŘEHAN, V.** Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup, 1. vyd., Olomouc: Vydavatelství UP, 1994, ISBN 80-7067-359-1
17. **SANANIM**, Kolektiv autorů, Drogy: otázky a odpovědi, Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-223-2
18. **SKÁLA, J.**, Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abuzus a závislost, Praha: AVICENUM, 1986, 92s.
19. **SKÁLA, J.**, Lékařův maraton, 1. vyd., Praha: Český spisovatel, 1998, ISBN 80-202-0663-9
20. **ŠEDIVÝ, V., VÁLKOVÁ, H.** Lidé, alkohol, drogy. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1988, 160 s.
21. **URBAN, L., DUBSKÝ, J.** Sociální deviace. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008, 167 s., ISBN 978-80-7380-133-5

Jiné zdroje:

22. **KOCHOVÁ, G.**, Kvalita života seniorů a jejich spokojenost v pobytových zařízeních pro seniory, 2011, 80 s.

Internet:

23. **NEŠPOR, K.** Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag, 2006,
<http://www.plbohnice.cz/nespor/addictcz.html>
24. <http://www.eminzamek.cz/>

Seznam příloh

1. **Příloha č. 1** Dotazník k výzkumu v p. organizaci Emin Zámek Hrušovany n. J. 1

Příloha č. 1

Výzkum ze dne 4.11.2011 uskutečněný v příspěvkové organizaci Emin Zámek v Hrušovanech nad Jevišovkou

Pořadové číslo.....

Vážený pane,
cílem tohoto dotazníku je zjištění příčiny a průběhu alkoholismu.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, v žádném případě nebudou získaná data použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Děkuji Vám za spolupráci na mé výzkumné práci.

.....

podpis

DOTAZNÍK

1) Bylo Vaše dětství disharmonické?

a) ano

b) ne

2) Měl někdo z Vaší rodiny problémy s alkoholem?

a) ano

b) ne

3) Pocházíte z neúplné rodiny?

a) ano

b) ne

4) Byl jste v dětství fyzicky trestán?

a) ano

b) ne

5) Vaše dosažené vzdělání?

a) základní

b) vyučen bez maturity

c) středoškolské s maturitou

d) VŠ, VOŠ

6) Začal jste pít kvůli rodinným-partnerským problémům?

a) ano

b) ne

7) Začal jste pít kvůli problémům finančním, nebo problémům v zaměstnání?

a) ano

b) ne

8) Začal jste pít kvůli problémům psychickým, nebo stresu?

a) ano

b) ne

9) Vypil jste za den více jak 4 skleničky alkoholu?

(1 sklenička = 0,5 l piva, 0,2dcl vína, 0,05dcl tvrdého alkoholu)

a) ano

b) ne

10) Pil jste jakýkoliv druh alkoholu (pivo, víno, tvrdý alkohol)?

a) ano

b) ne

11) Pil jste často doma a sám?

a) ano

b) ne

12) Mělo pití alkoholu vliv na Váš zdravotní stav?

a) ano

b) ne

13) Opil jste se poprvé dříve než v osmnácti letech?

a) ano

b) ne

14) Pil jste alkohol min. 2x týdně do Vašich 20 let?

a) ano

b) ne

15) Žijete v této době bez partnerky?

- a) ano
- b) ne

16) Máte návštěvy méně než 1x měsíčně?

- a) ano
- b) ne

17) Děti Vás nenavštěvují, nebo žádné nemáte?

- a) ano
- b) ne

18) Rodina s Vámi neudrzuje žádný kontakt?

- a) ano
- b) ne

Doplňující údaje

1) Vaše věková skupina

- a) 18-29 let
- b) 30-39 let
- c) 40-49 let
- d) 50-59 let
- e) 60 a více let

2) Vaše dřívější bydliště

a) město

b) vesnice

3) Stav: ženatý svobodný rozvedený vdovec