

ČLOVĚK S POSTIŽENÍM A ZÁVISLOST



- ▶ Všeobecně můžeme konstatovat, že každá kultura kdysi jednu drogu akceptovala a ty další zakázala. A k problémům došlo vždy, když jiné, cizí kultury do země přišly, přinesli si s sebou svoji (novou) drogu. Pak nastaly potíže.
- ▶ Závislost v užším slova smyslu se projevuje v **konzumaci** a toto (závislé, návykové) chování se odehrává aktivně ve společnosti nebo je to určitá reakce na negativní jednání společnosti
- ▶ Člověk má problém, často neřešitelnou osobní situaci a jako únik hledá něco jiného, co mu (alespoň na čas) pomůže. Po konzumaci je mu dobře, cítí se uvolněn, odpočat a vlastně se těší na pokračování. Toto všichni někdy prožíváme.

- ▶ **Závislost – návykové chování se vyskytuje u lidí, kteří nejsou schopni řídit touhu konzumace určité nebo více substancí (alkohol, cigarety, tzv. ilegální drogy aj.) nebo nejsou schopni kontrolovat touhu po excesivním jednání (tzv. návykové chování nezávislé na substancích: hráčství, poruchy příjmu potravy, internet, nakupování, sex aj.).**
- ▶ I lidé s mentálním postižením mohou se stát závislími – situace je brizantní o to více, že dnešní tendence v souvislosti s principy normality, integrace, inkluze a právem na sebeurčení umožňují lidem s postižením alkohol, nikotin, event. drogy atd. konzumovat. Toto potvrzují tudie o nárůstu závislých z USA a Austrálie – tedy v zemích, ve kterých integrační procesy nastaly dříve než v evropských zemích.
- ▶ Přesné statistiky však neexistují, neboť lidé s postižením jsou v důsledku duálních nemocí často zařazováni do jiných psychiatrických diagnóz.

ZÁVISLOST BÝVÁ ZPRAVIDLA DIAGNOSTIKOVÁNA TEHDY, JESTLIŽE BĚHEM POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCŮ LZE ZAZNAMENAT NEJMÉNĚ TŘI FAKTORY Z ŠESTI UVEDENÝCH SYMPTOMŮ

- ▶ Existuje dlouhodobě silný, neudržitelný tlak, touha nebo přání konzumace
- ▶ Existuje snížená schopnost sebeovládání a kontroly konzumace (začátek nebo konec) v souvislosti s konzumovaným množstvím
- ▶ Pokud pacient nekonzumuje, vyskytnou se u něj tělesné dezoxitační projevy (např. třes rukou, deprese, neklid, nespavost, epileptický záchvat atd.)
- ▶ Hranice tolerance se zvyšuje, tzn. je zapotřebí větší dávky, aby bylo dosaženo stavu uspokojení, který byl dříve dosažen s nižší dávkou
- ▶ Ostatní zájmy, kontakty, potěšení a činnosti jsou v důsledku konzumace zanedbávány, více času se věnuje konzumaci, obstarání substance atd.
- ▶ Pokračování v konzumaci i přes známé a viditelné negativní tělesné, psychické a sociální důsledky (např. nedostatek peněz, ztráta nezaměstnanosti, přátel aj.)

BAŽENÍ

Sociální
vztahy



Potenciál
závislosti

KONZUMACE → ZNEUŽITÍ → ZÁVISLOST

- ▶ Za závislost je tedy považován stav, kdy musím konzumovat a nemohu přestat. Tento moment je rozhodující – konzument bere drogu už jen proto, aby byl pro něj v normálním stavu
 - ▶ Pro všechny formy závislosti platí: stane-li se centrálním bodem celý den pouze otázka touhy po konzumaci (po bažení) – kdy, jak, kde, co – pak se jedná jasně o závislost.
 - ▶ Dá se říct, že vlastně každá lidská činnost může se stát závislostí.
 - ▶ Jedná se ale vždy souhru mnoha faktorů, tím nejdůležitějším je samozřejmě člověk jako individuum
 - ▶ Ten, kdo jednou zkusil a naučil se nálady a pocity pomocí (pozdějších) drog řídit a koordinovat, upadne lehce do pokušení toto dělat stále častěji:
- ▶ Pro všechny drogy, návykové látky platí jedno – **čím déle konzumuji, tím více se zvyšuje dávka, abych dosáhl** požadovaného původního pocitu. To znamená, já musím zvedat dávky, když vynechám, dostávám syndrom odvykání.
 - ▶ Dávky se zvyšují až do osudného okamžiku, kdy přestanou působit a nastane hluboký (psychický, sociální, fyzický, finanční ...) pád.

ZDRAVÝ – NEBO „NORMÁLNÍ“ KONZUM (TZV. MODERÁTNÍ KONZUM)

- ▶ **Abstinence** – 7-12% obyvatelstva nepije žádný alkohol, z čehož ženy častěji. 1-3% abstinuje během posledních 12 měsíců
- ▶ **Nerizikový konzum** – u 75% osob starších 18 let resp. 80% mládeže od 14 let se pohybuje konzum alkoholu v hranici „slabého“ rizika, tzn. jedná se o dávku, kterou organismus během dne sám odbourá.
- ▶ O **škodlivém užívání** mluvíme tehdy, pokud konzum nahrazuje určitou zátěžovou činnost nebo situaci – obvykle nepříjemnou, náročnou, stresovou ap. – které se chceme vyhnout. Pokud toto chování úniku do konzumace trvá déle, stane se problémem a automatismem ve smyslu řešitele krize.



ÚDAJE O KONZUMACI ALKOHOLU BĚŽNÉ POPULACE

- ▶ jedno deci vína (0,1 l) 10 g alkoholu
- ▶ dvě deci vína (0,2 l) 20 g alkoholu
- ▶ malá štamprle (0,06 l) 6,5 g alkoholu
- ▶ velké pivo (0,5 l) 20 g alkoholu
- ▶ malé pivo (0,3 l) 13 g alkoholu
- ▶ láhev vína (0,75 l) 75 g alkoholu
- ▶ láhev lihoviny (0,7 l) 220 g alkoholu
- ▶ malý šnaps (0,2 l) 60 g alkoholu



„NERIZIKOVÝ“ KONZUM U ZDRAVÉHO ČLOVĚKA DLE WHO:

TZN. DENNÍ DÁVKA PRO ŽENY ZA PŘEDPOKLADU, ŽE DVA DNY V TÝDNU JSOU BEZ ALKOHOLU. U MUŽŮ MŮŽE BÝT DÁVKA DVOJNÁSOBNÁ – DVĚ PIVA ATD.

U NEMOCNÝCH ZEJM. CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ SAMOZŘEJMĚ TABULKA NEPLATÍ (DIABETES, MRTVICE, VYSOKÝ TLAK, PSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ ATD.)



Tabulka dává přehled o množství Alkoholu v přepočtu na promile.

0,2 ‰ se v organismu odbourá ca. za 1 ½ až 2 hodiny. Záleží na hmotnosti dotyčného, u žen trvá odourání pomaleji.

Hodnoty se prodlužují, pokud člověk bere určité léky, např. psychofarmaka

NEJČASTĚJŠÍ FAKTORY VEDOUcí K KE KONZUMACI RESP. K ZÁVISLÉMU CHOVÁNÍ U LIDÍ S POSTIŽENÍM

- ▶ potřeba klidu, odpočinku, nespavost
- ▶ zlepšit si náladu = zbavit se starostí
- ▶ překonání melancholie, nuda, nečinnost
- ▶ zvýšení sebevědomí
- ▶ hledání pocitu jistoty a bezpečí
- ▶ žárlivost
- ▶ zvědavost – snad jediná pozitivní výjimka u závislosti
- ▶ vyvolávání sporů
- ▶ problém v rodině, na pracovišti
- ▶ hádka s kolegou na pokoji
- ▶ snaha vyrovnat se jiným
- ▶ neumět říci NE, snížená rezistence odporu, napodobování

ZASTARALÉ POSTOJE

- ▶ Spojení závislosti (na alkoholu) s mentálním postižením bylo v minulosti negováno, zastíráno, závislosti byla přisuzována podřadná role
- ▶ V důsledku zákazů v zařízeních nebyla závislost znatelná nebo byla tabuizována nebo konzum byl striktně trestán
- ▶ Lidé nejsou schopni/nechtějí v důsledku postižení alkohol konzumovat (berou medikamenty, nemají přístup, peníze, nesnášejí)
- ▶ schází zkušenosti s konzumem (např. puberta)
- ▶ Jiné formy závislosti – kouření je částečně tolerováno
- ▶ Kliše: ...“Člověk s (mentálním) postižením nepije alkohol a nemá žádný problém závislosti... na drogy nemá peníze...”
- ▶ právo na sebeurčení není plně akceptováno ze strany rodiny, pracovníků, odpovědnost pracovníků je nejasná – jsou rozdílné postoje
- ▶ nerealistická očekávání pracovníků – zákaz a omezení vše vyřeší
- ▶ převažuje snaha o omezení a je zdůrazněn emocionální negativní postoj okolí, pracovníků
- ▶ neexistují speciální terapeutické koncepty, programy stejně jako odborníci

NÁSLEDKY OPOMÍJENÍ

- ▶ Lidé s postižením prožívají více svobody (právo na sebeurčení, inkluze...)
- ▶ zvýšený tlak konzumace všeobecně – nabídka, reklama, alkohol je kdekoliv k dostání, je levný
- ▶ snížená sociální kontrola
- ▶ příklad okolí
- ▶ redukováná komunikace s okolím, s pracovníky

SPECIFIKA ZÁVISLOSTI U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

- ▶ Alkohol (zřídka ilegální drogy) lidé s mentálním postižením konzumují, to je dnes fakt a tato nová skutečnost se odráží v přístupu okolí klientů – chybí strategie a koncepty, jak závislost nebo škodlivé užívání u postižených redukovat. I žádost o pomoc profesionálních poradců, terapeutů a lékařů mnohdy nepomáhá, neboť tato situace je většinou i pro adiktology novum.

Pracovníci pečující o klienty s mentálním postižením si nejčastěji kladou otázky typu

- ▶ Co je to vlastně závislost?
- ▶ Je u mentálně postižených při konzumu něco zvláštního oproti nepostiženým?
- ▶ Co může závislost ovlivnit?
- ▶ Kde jsou hranice mezi vyzkoušením a závislým chováním?
- ▶ Co mohu nebo musím já udělat, kdy zasáhnout?
- ▶ Existují určité strategie a co pro ně potřebuji?

MOŽNÁ MOTIVAČNÍ SPECIFIKA KONZUMU U MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH

- ▶ Motivy ke konzumu jsou stejné jako u nepostižených: zklidnění, hledání sociálních kontaktů, stress, bezvýchodnost, smutek, bolest, antidepresivní účinky, uvolnění, prostředek proti strachu, „vyrovnat“ se ostatním...
- ▶ **Negativní momenty:**
 - ▶ Prestiž
 - ▶ Patřit k ostatním
 - ▶ Cena a dostupnost
 - ▶ Nuda
 - ▶ Schází sebekontrola
 - ▶ Vyšší nebezpečí v důsledku kombinace s medikamenty

TERAPEUTICKÉ FORMY

- ▶ tradiční pomoc a zabezpečení lidí s postižením se mění – jiný přístup i v pomoci lidem s postižením, tzn. předání více kompetencí člověku s postižením, ale i
- ▶ intenzivnější sociální kontrola, konzumenti s postižením jsou nápadnější
- ▶ Terapie koncentrována na klienta, klient je v centru a ne alkohol (klientzentriert-Rogers)
- ▶ Problém je posuzován z pohledu klienta s MP tak, aby se sám pokusil najít východisko

▶ **Cíle terapie**

- ▶ dosáhnout duševního klidu
- ▶ zvýšení sebevědomí
- ▶ snížená diskrepance mezi reálným cílem a představou klienta
- ▶ realizace změny chování podle přání klienta

SPECIFIKA (MODERNÍ) TERAPIE

- ▶ Klasické terapeutické koncepty jsou kognitivně (komunikativně) někdy náročné a minou se cílem.
- ▶ zaměřit se na momentální situaci než na reflexi
- ▶ více trénink (aktivování) než „terapie“
- ▶ zaměřit se více na spouštěče konzumu než na moralizování
- ▶ kooperace instituce se speciálním zařízením
- ▶ Lidé s mentálním postižením **se mohou naučit** konzum alkoholu redukovat nebo se zcela zřeknout (abstinence),
- ▶ potřebují ale **více času a více podpory**

PREVENCE ZE STRANY OKOLÍ, SOCIÁLNÍ PRÁCE

- ▶ naučit se řešit problémy – trénink, modely různých rolí
- ▶ kognitivní pozitivní schéma, změnit dosavadní modely (např. jen když piji je mně dobře)
- ▶ cvičení na oddych, uvolnění
- ▶ sport, pohyb – aktivizace zdrojů
- ▶ zapojení do rozhodnutí o běžných životních situacích (pokoje, peníze, volný čas)
- ▶ konference – plánování budoucnosti – rodiče, pracovníci
- ▶ reakce při relapsu, přerušování terapie – motivace