

Life curve as a possible means of finding responses in therapy. A dysfunctional family as a potentiating factor for the development of addictive behaviour

Charles University, First Faculty of Medicine, Department of Addictology, Prague, Czech Republic

Citation | Musílková, E. (2019). Životní křivka jako možný prostředek k nalézání odpovědí v terapii. Dysfunkční rodina jako potencující faktor k rozvoji závislostního chování. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 2(2), 118–123.

Summary | A child's disrupted relationship with its parents is a serious pathogenic factor in its mental maturation which is most prevalent during puberty and adolescence. This case study of a patient in an after-care programme following residential alcohol treatment documents the effect of a dysfunctional family marked by a tragic loss. This may be particularly reflected in his constantly seeking answers to fundamental questions, such as those concerning his

place in society, what to do with his life, and how to deal with (among others) interpersonal relationships. The case study was written on the basis of a six-month follow-up of a patient in an after-care programme of a psychotherapeutic centre. The case study includes systematic work with the life curve. Authentic records (the patient's direct speech or paraphrases of his direct speech) are used in the text to provide an accurate description of the patient's feelings and state

Keywords | Alcohol abuse – Dysfunctional family – After-care programme – Life curve

Submitted | 15 March 2019

Accepted | 20 May 2019

Grant affiliation | This article was supported by an institutional support programme Progres No. Q06/LF1.

Correspondence address | Eva Musílková, Charles University and General University Hospital in Prague, First Faculty of Medicine, Department of Addictology, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2, Czech Republic

emusilkova@gmail.com

Životní křivka jako možný prostředek k nalézání odpovědí v terapii. Dysfunkční rodina jako potencující faktor k rozvoji závislostního chování

Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika adiktologie

Citace | Musílková, E. (2019). Životní křivka jako možný prostředek k nalézání odpovědí v terapii. Dysfunkční rodina jako potencující faktor k rozvoji závislostního chování. Adiktol. prevent. léčeb. praxi, 2(2), 118–123.

Souhrn | Narušené vztahy s rodiči jsou v psychickém dozrávání dítěte závažným patogenním činitelem, jenž se uplatňuje ponejvíce v období puberty a adolescence. Kazuistika pacienta v doléčovacím programu po ústavní léčbě, absolvované z důvodů závislosti na alkoholu, dokumentuje nikoli neznámý fenomén vlivu dysfunkční, potažmo tragickou ztrátou poznamenané rodiny, především v kontextu neustálého hledání odpovědí na elementární otázky,

kde je ve společnosti mé místo, kam se mám/chci v životě ubírat, jak se vypořádávat (nejen) s mezilidskými vztahy. Kazuistika byla sepsána na základě půlročního sledování pacienta v doléčovacím programu psychoterapeutického stacionáře. Součástí kazuistiky je systematická práce se životní křivkou. V textu jsou použity autentické záznamy (přímá řeč pacienta, parafráze přímé řeči), aby byl co možná nepřiléhavěji vystižen pacientův stav rozpoložení.

Klíčová slova | Abúzus alkoholu – Dysfunkční rodina – Doléčovací program – Životní křivka

Došlo do redakce | 15. března 2019

Přijato k tisku | 20. května 2019

Grantová podpora | Tento článek byl podpořen institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF.

Korespondenční adresa | PhDr. Ing. Eva Musílková, Klinika adiktologie 1 LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

emusilkova@gmail.com

1 ÚVOD

36letý pacient (dg. F10.2, F32.1; VŠ vzdělání; 1. léčba) se dostavil do psychoterapeutického stacionáře k zahájení ročního doléčovacího programu po střednědobé rezidenční léčbě, do níž nastoupil zcela z vlastního rozhodnutí bez jakéhokoli nátlaku okolí (členů rodiny, pracovního prostředí, přátel). Pacient od prvního okamžiku zaujal svým chováním, vystupováním a také vyjadřováním. Značně osciloval v náladách, během krátké chvíle stavy od relativně povrchních euforických vizí a neskutečného životního „drajvu“ vystřídaly velmi melancholické rozpoložení a hlubokomyslné úvahy. Vyjadřoval se často velmi vzletně a pateticky.

2 ANAMNÉZA

Rodinná: Pacient se narodil a celý život žije ve velkém městě. Narodil se do úplné rodiny, má dva starší bratry (39 let, 41 let), starší z nich má rovněž problémy se závislostí (na alkoholu), ale nikdy se neléčil.

Matka (+38, karcinom jater), pracovala jako sekretářka, otec (+39, sebevražda) elektroinženýr – dle slov pacienta velmi úspěšný, časť cesty do zahraničí.

Osobní: Těhotenství a porod přirozenou cestou, v plánovaném termínu. Prodělal běžné dětské nemoci (plané neštovice, příušnice, zarděnky, spalničky, spála). 11 let – tonsilektomie, bez komplikací.

Současné zdravotní komplikace – jen psychické, související s předchozím abúzem návykových látek.

Rizikové chování – nejuje.

Psychiatrická: Dle vlastních slov byl aktivní činnorodé dítě, často a hodně se pohybuje v kolektivu. Sám sebe v čase svého dětství označil jako sebevědomého extroverta. Otec byl často pracovně mimo republiku, matka byla s třemi syny sama v České republice. Matka v 9 letech věku klienta onemocněla rakovinou jater, po stanovení diagnózy ihned podstoupila komplikovanou a velmi náročnou chemoterapeutickou léčbu, velkým dílem ji absolvovala v nepřítomnosti otce.

Otec vždy, když se vracel ze zahraničí, udělal doma „neskutečný kravál“, během kterého vždy obviňoval matku, že mu v čase jeho nepřítomnosti, kdy on těžce vydělává peníze, zahýbá se svými kolegy. Po jednom z návratů ze služebních cest se beze slova sebral a odstěhoval se ke svým rodičům. Jeho verbální ataky vůči matce se stupňovaly, po čase se vrátil domů, několikrát matku ostře napadl a následně byl hospitalizován v psychiatrické léčebně. Po dvou měsících po návratu spáchal sebevraždu. Dva měsíce po smrti otce zemřela i matka. Po smrti rodičů se pacient stáhl do sebe a téměř přestal komunikovat s okolím. V té době neproběhla žádná psychologická/psychiatrická intervence.

Od smrti rodičů žili hoši v domě po rodičích a střídavě u nich bydlela babička nebo děda (cca 3 roky). Po dosažení plnoletosti nejstaršího ze synů se o sebe bratři starali už jen sami. V tomto období pacient ve vyprávění hodně tápe a tvrdí, že si z tohoto období nic moc nepamatuje.

Sociální a pracovní: VŠ, pracuje jako fyzioterapeut v soukromém zdravotnickém zařízení. Záliby sport, cestování, hudba, tvůrčí psaní, amatérské divadlo. Finanční situace uspokojivá, bydlí v pronájmu, sám. Bezdětný.

Abúzus: Alkohol: Ve 14 letech přichází první opilecká epizoda (pacient ji popisuje jako „chlastání do zmrztnění“), pil hlavně likéry a destiláty. Během střední školy pivo se spolužáky, konzumaci popisuje jako uměřenou. Na VŠ období semestrů, kdy pil pravidelně, hodně střídala zkoušková období, kdy dle svých slov téměř abstinovat. Pravidelné pití cca druhý rok po nástupu do zaměstnání, večery trávil o samotě, a tak začal chodit do hospody za kamarády na pivo. Denně jich vypil 6–7, často pivo proložil i destilátem. Několik pokusů o abstinenci (nejdelší abstinenci období více jak rok), když se k pití vrátil, vždy se rozpil zpátky ke své obvyklé dávce.

Tabák: Poprvé zkušenost s cigaretou ve třetí třídě na základní škole. Pravidelným kuřákem od 15 let. Již dva a půl roku nekouří. Vyzkoušel i marihuanu, ale jen ze zvědavosti, jak sám uvádí. Jiné drogy nejuje.

3 SITUACE VÝCHOZÍHO BODU

Pacient (dg. F10.2, F32.1) orientovaný, upravený, bezproblémově spolupracující, verbální produkce bohatá, na otázky odpovídá přehledně a adekvátně. Náhled dobrý, přístup vykazující motivaci. Předcházející ústavní léčbu zvládl velmi dobře. V čase, kdy přišel do ústavní léčby, sice již téměř dva měsíce abstinovat, po několika předchozích zkušenostech s pokusy o abstinenci si byl vědom, že abstinování jakožto „životní program“ není schopen udržet (i když v minulosti již jednou více jak rok abstinovat). Trestnou činnost pod vlivem alkoholu nejuje. Pacient uvádí, že měl silný craving před nástupem do léčby, nyní jen velmi ojediněle.

Předcházející léčba: hospitalizační: 1x střednědobá (14 týdnů), ambulantní: v péči psychiatra od r. 2012, psychologa též od r. 2012.

Drogová anamnéza: Alkohol od 14 let, marihuana – 2–3x v životě. Benzodiazepiny v období před nástupem do léčby, nadužívání cca 2 měsíce. Tabák: kouřil od 15 let (před nástupem do rezidenční léčby ze dne na den přestal). Nyní nekuřák.

4 HODNOCENÍ A DIAGNOSTIKA

Pacient byl na počátku našeho prvního společného setkání v rámci doléčovacího programu zdrženlivější, kázeňsky fungoval naprosto bez problémů, bez jakýchkoli konfliktů, ať s ostatními klienty, tak s terapeutem. S postupující léčbou se otevíral, začal více mluvit a být aktivní, ke konci patřil spíše k tahounům skupiny. Pacient si v čase doléčovací skupiny započal vztah s o 12 let mladší dívkou, studentkou psychologie. V průběhu skupinových sezení mluvil o jejím nebývalém pochopení jeho životního osudu, intenzivním sdílení společných zájmů a zálib a působil hodně euforicky a nadšeně.

Při líčení zážitků často utíkal od jedné epizody ke druhé a spojoval několik dějových linek dohromady. Popisoval, že má spoustu aktivit: sport, divadlo, tvůrčí psaní – říkal, že nic nestíhá, přestože by moc chtěl. Zjevným problémem pacienta v průběhu povídání

je jakkoli definovat dlouhodobější (nebo spíš životní) cíle, neboť žije daným okamžikem – tady a teď. Na otázku, jaké jsou jeho cíle v životě, složitě hledá odpověď. Má nejisté představy o své budoucnosti, ambivalenci ve vztahu k ženám (jednou řekl, že by se konečně chtěl usadit a mít trvalejší vztah, připouští, že by chtěl vychovávat i potomka, aby vzápětí tento názor přehodnotil a prokazoval svou rozhodnost, že ho vztahy vlastně omezují a není rád, když je na něho upřena citová pozornost).

5 ŽIVOTNÍ KŘIVKA

Pro účely klinické kazuistiky pacient vytvořil svou životní křivku (obrázek 1). Důvodem volby této metody byla snaha o specifické neverbální ztvárnění prožitého života pacienta a jeho chápání a pojetí v kontextu proběhnutých událostí. Při její tvorbě pacient sám určuje klíčové momenty, komentuje je a hodnotí, což umožňuje konfrontaci pacienta se sebou samým. Při práci s životní křivkou pacient připustil, že některé události mu přicházejí na mysl až s jejich grafickým ztvárněním. Životní křivka byla nakreslena v průběhu prvního sezení, přesto jsme se v průběhu našich individuálních rozhovorů (mimo rámec aktivit doléčovacího programu) s pacientem ke křivce opakovaně vraceli, některé momenty byly upřesňovány a dodatečně komentovány, objevila se dokonce i „slepá místa“ ve smyslu nejistoty výpovědi o daném časovém období. S ohledem na uvedené se tato metoda jeví jako vhodná doplňková technika do doléčovacích programů.

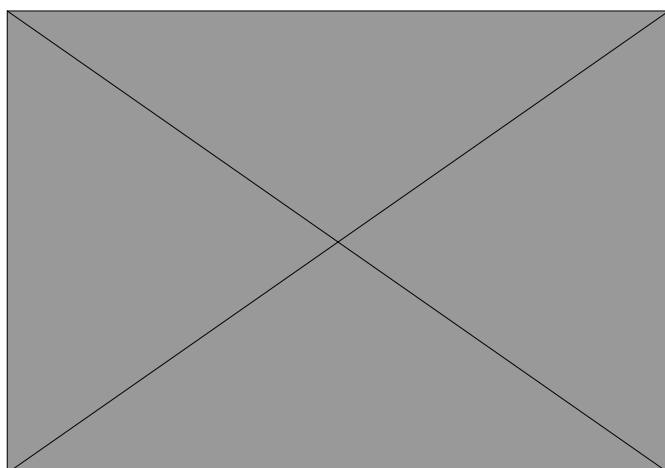
Následuje přepis rozhovoru, jehož náplní bylo životní křivku okomentovat.

EM: „Pojměte to, jak se Vám to bude zdát nejlepší. Dobré by bylo tam zaznamenat nějaké body, které považujete v životě za důležité nebo významné...“

P: „...asi do toho nebudu komentáře vpisovat, sám bych se v tom pak nevyznal. Já to okomentuju a Vy si nějak pořešíte v textu...“

EM: „...osa t a m...? T bych asi pochopila, ale m – to mi musíte vysvětlit...“

P: „...time and mood... Dvě důležitá slova v mém životě...“



Obrázek 1 | Životní křivka pacienta

P: „...tak do toho osmého roku mi to přišlo normální, táta sice byl pořád někde na služebkách, ale já jsem byl pořád v pohybu, tak jsem to možná neže nezaznamenal, ale nepoznamenalo mě to. Vlastně možná, teď si uvědomuju, že máma tátu pořád hájila, že se o nás postará, že máme všechno, co chceme, a přitom my kluci jsme vlastně žádný ospravedlňování táty nepotřebovali. Jako by ho hájila především sama před sebou...“

P: „K otci jsem měl hodně zvláštní vztah. Na jednu stranu jsem se ho fakt bál, na druhou stranu jsem ho obdivoval. V čase totáče, kdy se ostatní dostali leda k Balatonu, jsme díky němu byli v Holandsku, ve Španělsku, byli jsme tak trochu smetánka... Spousta pěkných fotek z cest, pak taky velký Lego jsem měl, když tady se ostatní prali o Merkur. Máma chodila pěkně oblíbená. Ovšem za jakou cenu, že??? (Ve slovech je cítit velký sarkasmus.) A když pak nebyl s mámou, když jí bylo hodně zle a my kluci moc nevěděli co s tím, to jsem na něj začal dost ve své hlavě nasazovat.“

P: „...9. rok, to onemocněla matka. Moc jsem nechápal, o co běží, pamatuju si, že jí bylo pořád strašně zle. Odcházela před očima, ty chemoterapie ji dorazily s definitivou.“

P: „...10. rok, odchod otce, smrt otce, dva měsíce na to smrt matky, to bylo dost hrozný. Jako desetiletý fracek jsem to samozřejmě vnímal a bylo mi z toho mizerně, ale kdyby mi bylo v té době patnáct, tak spolknu tři plata prothazinu a byl by klid...“

EM: „...14./15. rok se začínáte zvedat...“ Co se dělo?

P: „...to bylo asi tou střední školou, změna prostředí, kamarádů. První chlast, první cigareta, pařičky, začal jsem koukat po holkách. V sedmnácti to dostalo drajv, první sex – moc euforie jsem z toho neměl, ale moc jsem chtěl. Byl jsem nervózní, měl jsem samozřejmě něco připito.“

EM: „...kreslíte dvě samostatné křivky, jednu životní a druhou tedy vztahovou? Proč to nenakreslíte do jedné...?“

P: „...protože můj životní up&down se neshoduje s tím vztahovým. V životě (v práci, s kamarádama) se třeba dařilo a ve vztazích to stálo za prd. Nejde to dát do jedné čáry, prostě se tam ty nálady takhle jednoduše nescházely... Měl jsem první vztah v 18, myslel jsem si, že je to fakt láska na celý život. Ale holka mě přesvědčila, že první volba není vždy nejlepší volba. Ten druhý vztah v 21 byl fajn, ale neměl šanci na přežití. Jel jsem do Států, Alena sice přijela na půl roku za mnou, ke konci už jsem se skoro těšil, že zas odjede. Na dálku nám možná bylo i líp, víc jsme si rozuměli...“

EM: „...V Americe byly nějaké nevěry...?“

P: „...ale tak nějaká líbačka a letmý doteky proběhly, ale nespál jsem tam s nikým... Těšil jsem se na Alenu, když přijela, po dvou měsících jsem se těšil, že zas odjede...“

„...pak jsem se vrátil, chvíli jsme to zas zkoušeli, já jsem se prostě cejtil, jako by mi stříhli křídla. A to ne proto, že bych chtěl jiný ženský, ale mě ta její pozornost prostě obtěžovala...“

...v 25 jsem potkal Terezu, chodili jsme spolu do školy, chvíli to vypadalo, že jsem fakt narazil na to, co potřebuju, neoprašovala mě,

nekomandovala, i když jsme vlastně byli skoro pořád spolu. No to jsem netušil, co přijde, když se ke mně nastěhuje. Když nebyla doma, žárlil jsem jak blázen, kde a co s kým dělá, když byla doma, tak mi vadilo, že vaří a dělá kravál v kuchyni, nebo v zásadě začíná uklízet, když já chci koukat na televizi, nebo v klidu něco číst. Upřímně, mě ta holka prostě přestala po pěti letech úplně bavit. Tak jsem jí řekl, ať se sbalí a šuje zpátky k mamince...“

EM: „...chcete ještě něco dodat k té vztahové křivce...?“

P: „...už moc není co. Pak jsem potkal pár holek, vyspal jsem se s nima, šel s nima párkrát na drink, ale vždycky jsem jim řekl, ať si od toho nic neslibují...“

EM: „...vrátíme se ještě k té životní křivce...?“

P: „...no, po Státech jsem nastoupil do školy, nejdřív na lékařskou fakultu, pak na tělovýchovu, to byly fajn roky. Pařilo se, ale uměl jsem si třeba o zkouškovém říct dost, teď prostě chlastat nebudu. A šlo to. Zato pak jsem se po zkouškách zlejal, jak zákon káže...“

„...po škole jsem nastoupil do špitálu, to byla taky škola života. Měl jsem velké plány, jak budu pacienty vracet zpátky do života (rozuměj v pohybu a sebezpečí), místo toho mi řekli, tady na toho pána máš 50 minut dvakrát tejdne, naučíš ho to a pak se na něj přijdeš za 14 dní podívat, jestli to dělá dobře. No to jsem fakt nepobíral. Po roce a kus jsem se zvedl a řekl jsem, že pro tuhle frašku jsem pět let fakt nestudoval. Otevřel jsem si vlastní ordinaci, trochu jsem se zadlužil, ale nic, co by nebylo řešitelného. Pak jsem šel do prvního nestátního zařízení, tam jsem vydržel skoro pět let, teď měním místo. Stojím o něj moc, vlastně jsem se tam hlásil už před dvěma rokama, i když je tam dost velká fluktuace, mají si pořád asi z čeho vybírat, tak jsem holt sbíral další roky praxe...“

EM: „...no a co alkohol? Kam ten patří na křivku...?“

P: „...tak od 14 let dál vlastně pořád. Sice jsem asi rok abstinoval, to bylo ve Státech, prostě jsem tam nechtěl utrácet za chlast nehorázný prachy a taky jsem se bál, abych nepřišel o práci. Tady v Čechách už jsem tak obezřetnej a uvědomělej nebyl.

Párkrát mi to, teda hlavně už teď ke konci ulítlo tak, že jsem ráno musel zavolat do práce a omluvit se, že mám nějakou akutní problém a nemůžu dorazit, vždycky to nějak prošlo. I teď s tou nadcházející novou prací si to nechci lajsnout, už by to byl fakt velkej hazard a klientela je tam dost náročná a nekompromisní. Řeknou, že tenhle fyzioterapeut mi už podruhé odřekl hodinu, a jdeš...“

6 TERAPEUTICKÁ ROZVAHA

Neustálá touha po oceňování, těžce snášená kritika na nevyočitatelnost vlastního počínání, skryté, ale intenzivní pocity prázdnoty, kterých se zbavuje tím, že neustále něco podniká a mění, mnoho otazníků v životě – co chci dělat, kam se má můj soukromý život ubírat (chci vztah, nebo svobodu?) svědčí dle autorčina názoru pro značnou neuspořádanost pacientovy osobnosti. Má za to, že svým jednáním vykazuje jistou podobu psychoinfantility – emotivita projevu je až dětská s touhou získávání a udržování neustálé pozornosti ostatních. Žije v trvalém napětí a vnitřní tenzi, nezbyt-

ný únik z tohoto stavu řeší konfrontačním jednáním. Ve vztahové rovině je sice okázalý, ale mělký, než aby byl opuštěn, raději opouští sám. Možným vysvětlením je jeho nesnadný vztah s matkou, kde vlastně nebyl schopen identifikovat vzorec zdravého a funkčního vztahu. Pacient se sice snaží poznávat základy svého jednání, dává si též ale velmi záležet, aby tato snaha byla náležitě rozpoznatelná okolím. Snahu zaplňovat prázdná místa v sobě a zorientovat vlastní pozornost více na okolí než na sebe je v do- léčovacím programu snahou terapeutů i ostatních členů skupiny, pacient je schopen na tyto aktivity reagovat jen za předpokladu, že mu je nabízena prostřednictvím rady, nikoli konfrontace. Zvýšená senzitivita vůči vnějším podnětům vyvolává v pacientovi obranné reakce ve formě odsekávání a urážení se.

Z vnějšku sice působí sebevědomě, akčně, jako „velký“ muž, zatímco jeho vnitřní obraz o sobě a o světě se jeví jako chaotický, značně nejistý a křehký.

V úvodu práce byla zmíněna snaha poukázat na vliv dysfunkční, poté tragickou ztrátou poznamenané rodiny. Vymezení pojmu dysfunkční lze chápat ve dvou významech (Jandourek, 2001). Jde o 1) narušenou, sníženou funkci, vadu či postižení nebo 2) takový důsledek vědomého lidského jednání, který negativně zasahuje celek společnosti, její adaptační schopnost, integraci, uskutečňování cílů, zachování struktur. Dysfunkce je pak vše, co je škodlivé pro další existenci společnosti. Dochází k upevňování pouze přebíraných, většinou negativních vzorců chování. V dysfunkční rodině existují mezi partnery vyostřené vztahy, které narušují rodinné klima, resp. rodinnou soudržnost, bez níž je úspěšná výchova velmi problematická. Vlivem těchto napjatých vztahů může docházet (a dochází) k psychické traumatizaci (Matějček, 2003; Vágnerová, 2004). Otec, takřka absentující v chodu rodiny i ve výchově, pokud doma byl, velmi agresivně a často bezdůvodně se vymezoval vůči matce, takže doma vládlo značně nepokojné klima. Nadto jí nebyl takřka žádnou partnerskou oporou v těžkých časech při její komplikované léčbě, tudíž nemohl pacientovi poskytnout vzor partnerské sounáležitosti a otcovské autority. S odkazem na vše, co pacient vídal v dětství, se nelze ani příliš divit, že přejal vzorce patologického chování ke svým partnerkám, že se vztahů s lehkostí zbavoval, nechtěl se vázat a přejímat zodpovědnost ve vztahu. Pevný a zdravý rodičovský svazek vlastně nepoznal. Nejistota a znepokojení nad tím jak nakládat se zájmem opačného pohlaví, nabízenými city je jen vyústěním nejistoty pramenící z elementární nevědomosti. Učení nápodobou tady nemá své místo pro zcela absentující vzor.

7 ZÁVĚR

Celou kazuistikou rezonuje skutečnost, že vznik a průběh závislostního chování ovlivnily především rodinné faktory, zcela chybějící psychosociální intervence po úmrtí matky i otce a následná péče. Pacient sám popsal „hluchá místa“ v čase svého dospívání, kdy žil, dle svých slov, jak dříví v lese, chybějící podporu obou rodičů, velké neshody v rodině, trauma z matčiny nemoci, sebevraždu otce. V dětství trpěl velkým uzavřením se do sebe, možná i myšlenkou, že na světě nemá nikoho, kdo by mu v jeho svízelné situaci dokázal porozumět.

Cílem práce je poukázat na možnosti práce s jednoduchým terapeutickým nástrojem umožňujícím přímou konfrontaci pacienta se sebou samotným. Lze tak vizualizovat a pak nahlížet na sled klíčových životních událostí a nabídnout též perspektivu vyjádření jejich závažnosti prostřednictvím charakteru a podoby křivky. Mementem kazuistiky je prostý fakt, že i velmi komplikovaná anamnéza a prožité zkušenosti, ze kterých mohla podstata závislostního chování zcela objektivně rezultovat, nejsou rozhodně absolutní překážkou k odhodlání a především realizaci změny životního stylu a, jak se zdá úspěšně, podstupovat komplexní léčbu závislosti.

Optikou terapeuta, fundamentem formujícím pacientovu závislost na alkoholu je zcela jasně rodinná situace, kvůli které pacient strádal zdaleka nejvíce. Matka byla vážně nemocná, s nemocí bojovala víceméně sama, bez podpory manžela. Rodiče se neustále hádali, otec matku podezříval z nevěry, sám svou chorobnou žárlivost utápěl v alkoholu, jeho psychické stavy vyústily až v psychiatrickou hospitalizaci a suicidium. Výchovná role otce byla značně diskutabilní. Pacient by býval mohl s odbornou pomocí úspěšně zakotvit ve světě s jasným sebepojetím a naučit se vytvářet jednoznačné a smysluplné vztahy k vlastní osobě i k druhým.

Mladistvý věk je kritickým obdobím, kdy se formují názory a dotváří se osobnost. Mízi citová labilita předchozího období, navažují se skutečná přátelství. Přemíra energie (citové i jiné) vyvolává nutnost jejího vybití, což se děje buď v pozitivním směru prohloubením nějakého zájmu, nebo v negativním směru sklonem k patologickému chování (Erikson, 2002). Problém v ustavení vlastního já, zakotvení ve světě s vlastním sebepojetím, konfrontace s tím kdo jsem a kým chci být, se odrazily na pacientově chování do takové míry, že měl závažnou tendenci své zmatení v sebevymezování ventilovat právě nadužíváním alkoholu.

Konflikt zájmů: Bez konfliktu zájmů.

LITERATURA / REFERENCES

- Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo.
- Jandourek, J. (2001). *Sociologický slovník*. Praha: Portál.
- Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada.
- Matějček, Z. (2003). *Co děti nejvíce potřebují*. Praha: Portál.