

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Porovnání odborného přístupu užívaného při léčbě
závislostí v psychiatrických léčebnách s laickým přístupem
užívaným organizací Anonymní Alkoholici**

The comparison of professional approach used in the treatment of
addiction in psychiatric hospitals and non-professional approach used
in organisation Alcoholics Anonymous



Bakalářská diplomová práce

Autor: Richard Pavelka

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka Ph. D.

Olomouc

2014

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou/magisterskou diplomovou prací na téma: „Porovnání odborného přístupu užívaného při léčení závislostí v psychiatrických léčebnách s laickým přístupem užívaným organizací Anonymní Alkoholici“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis:.....

Děkuji především PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské diplomové práce, cenné rady a připomínky. Rovněž děkuji členům organizace Anonymní Alkoholici za jejich obětavou a nezištnou spolupráci. Bez obojího by tato práce nevznikla.

Obsah

Úvod.....	5
Teoretická část	
1. Alkoholismus.....	7
1. 1. Definice alkoholismu.....	7
1. 2. Typy abúzu	8
1.3. Osobnostní charakteristiky závislých a problematika matchingu	10
1. 3. 1. Osobnost závislého.....	10
1. 4. 2. Párování potřeb neboli matching.....	12
2. Léčba alkoholismu	13
2. 1. Ústavní a komunitní léčba	13
2. 1. 1. Historie léčby závislosti v českých zemích.....	14
2. 1. 2. Léčba v léčebnách	14
2. 1. 3. Léčba v komunitách	17
2. 2. Léčba svépomocí v organizaci AA.....	20
2. 2. 1. Vznik AA.....	20
2. 2. 2. Skupinová setkání a patronství	20
2. 2. 3. 12 kroků.....	21
2. 2. 4. Narativní psychoterapie.....	28
Praktická část	
2. 3. Porovnání obou přístupů.....	29
3. Plán výzkumu	33
3. 1. Výzkumný problém	34
3. 2. Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	34
4. Popis zvoleného metodologického rámce.....	35
4. 1. Typ výzkumu	36
4. 2. Metody získávání dat.....	36
4. 2. 1. Čára života.....	36
4. 2. 2. Narativní rozhovor	37
4. 2. 3. Otázky	37

4. 3. Průběh šetření	38
4. 3. 1. Předvýzkum.....	38
4. 3. 2. Výzkum.....	38
4. 4. Metoda zpracování a analýzy dat	39
4. 4. Etické problémy a jejich řešení	40
5. Soubor.....	40
6. Výsledky.....	41
6. 1. Antonín	41
6. 1. 1. Analýza čáry života.....	41
6. 1. 2. Narativní rekonstrukce.....	42
6. 1. 3. Odpovědi na otázky.....	44
6. 1. 4. Shrnutí.....	45
6. 2. Šárka	45
6. 2. 1. Analýza čáry života.....	45
6. 2. 2. Narativní rekonstrukce.....	46
6. 2. 3. Odpovědi na otázky.....	50
6. 2. 4. Shrnutí.....	50
6. 3. Jiří	51
6. 3. 1. Analýza čáry života.....	51
6. 3. 2. Narativní rekonstrukce.....	51
6. 3. 3. Odpovědi na otázky.....	54
6. 3. 4. Shrnutí.....	55
6. 4. Kristýna	55
6. 4. 1. Analýza čáry života.....	55
6. 4. 2. Narativní rekonstrukce.....	56
6. 4. 3. Odpovědi na otázky.....	62
6. 4. 4. Shrnutí.....	63
7. Diskuse	63
8. Závěr	66

9. Souhrn.....	67
10. Seznam literatury	71

Přílohy

Příloha 1: Zadání diplomové práce

Příloha 2: Abstrakt

Příloha 3: Informovaný souhlas pana Antonína

Příloha 4: Informovaný souhlas slečny Šárky

Příloha 5: Informovaný souhlas pana Jiřího

Příloha 6: Informovaný souhlas paní Kristýny

Příloha 7: Antonín

Příloha 8: Šárka

Příloha 9: Jiří

Příloha 10: Kristýna

Úvod

Ačkoli užívání návykových látek a negativní dopady tohoto užívání doprovázejí lidstvo odnepaměti, léčení těchto dopadů má relativně krátkou minulost. Pokud byla problematika závislostí věnována pozornost, vždy byla tendence posuzovat ji primárně jako sociální problém, první ucelené názorové proudy hodnotící tento fenomén vnímali tuto problematiku prismaticem etiky či morálky. Hledání příčin v osobnosti závislých a respektování individuálních odlišností přichází až s rozvojem psychologie, řešení závislostí jako lékařského problému a zachycení tohoto fenoménu v medicínských termínech je pak až záležitostí novodobou.

Přitom existuje málo podobných fenoménů, kterými se psychologie zabývá, které by byly jednak tolik celospolečensky rozšířené a měly takový dopad na společnost, a které by zároveň prolínaly tolika sférami společenského života. Neboť problematika závislostí má nejen své sociální a zdravotní aspekty, nezanedbatelné jsou rovněž její dopady ekonomické, trestná činnost a zneužívání návykových látek potom fungují vyloženě na principu spojených nádob. A vztah společnosti k návykovým látkám včetně otázek týkajících se jejich tolerance či restrikce pak posouvá celou diskusi zpět do roviny morální a etické.

Ve světě i u nás vzniklo v průběhu času několik přístupů k tomuto problému zahrnujících poměrně ucelený systém vysvětlení jeho příčin, odhalení jeho podstaty stejně jako návodů a postupů, jak mu čelit. Jedním z nich je přístup vycházející z psychiatrických a psychologických poznatků aplikovaný v léčebnách, jehož základními prvky jsou režimová léčba a skupinová terapie, dalším je přístup založený na osobní zkušenosti využívaný svépomocnými organizacemi a vycházející z konceptu postupného zrání a individuálně řízené duševní obrody.

Posouzení obou těchto přístupů, konkrétně při léčbě závislosti na alkoholu, jejich kladů i záporů a především schopnosti obou z nich vyjít vstříc individuálním potřebám závislých jedinců je cílem této práce.

Teoretická část

1. Alkoholismus

1. 1. Definice alkoholismu

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí lze diagnostikovat závislost na návykové látce, pokud se u jedince v průběhu posledního roku vyskytnou tři a více z následujících příznaků- silná touha nebo puzení užívat látku (tedy bažení neboli craving), potíže v sebeovládání při užívání látky a to pokud jde o začátek a ukončení užívání látky nebo o její množství, tělesný odvykací stav, průkaz tolerance k účinku látky, postupné zanedbávání jiných potěšení či zájmů ve prospěch užívání psychoaktivní látky a pokračování v užívání návykové látky i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků tohoto užívání (Nešpor, 2000).

Dle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace se závislost na návykové látce stanovuje, pokud jedinec v období 12 měsíců vykazuje alespoň tři ze sedmi následujících příznaků-růst tolerance, odvykací příznaky po vysazení látky, přijímání látky ve větším množství nebo po delší dobu, než měl člověk původně v úmyslu, dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky, trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků, zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení a pokračující užívání návykové látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky (Nešpor, 2000). V zásadě se jedná o velmi podobná diagnostická kritéria pouze s tím rozdílem, že u amerického manuálu chybí bažení (Nešpor, 2000).

V této souvislosti nelze nezmínit probíhající diskusi na téma, zda se v případě závislostí jedná o chronické nebo akutní onemocnění. Okruhlica (2009) s odkazem na výzkumy ve Spojených státech navrhuje nahradit původní koncept alkoholové závislosti jako celoživotního chronického onemocnění označením alkoholismu jako nemoci s akutním průběhem, neboť i v případě závislostí dochází po čase (a především dlouhodobé abstinenci) k oslabování či dílčímu vymizení některých typických příznaků¹. Samotná

¹ Jedná se v první řadě o příznaky somatické (pocení, odvykací stav), případně psychické bezprostředně doprovázející vysazení látky, jakými jsou poruchy spánku, halucinace, emoční labilita (Okruhlica, 2009), oslabování průvodních znaků psychické závislosti (např. bažení) je výrazně dlouhodobější a komplikovanější. Ani Okruhlica (2009) ve svém článku neuvádí jako jeden z mizících příznaků symptom, který je pro závislost zásadní, a tím je reaktivita organismu na návykovou látku projevující se neschopností

definiční kritéria, která považují za relevantní období pro stanovení diagnózy závislosti maximálně jeden rok nazpátek, potom teorie o závislosti jako akutním, nikoliv chronickým onemocněním, nepřímo potvrzují.

1. 2. Typy abúzu

Alkohol je všeobecně považován za jednu z nejrozšířenějších společensky tolerovaných drog. První definice alkoholismu jako nemoci pochází od amerického psychiatra Benjamina Rusche z roku 1784 (Řehan, 2007), samotný termín alkoholismus pro označení nadměrné konzumace alkoholu jako první použil švédský lékař Magnus Huss roku 1849, dle WHO je alkoholismus medicínským problémem od roku 1951 (Popov, 2003).

Další americký psychiatr E. M. Jelinek (1960, in Řehan, 2007) na základě několika stovek klinických kazuistik rozdělil typy abúzu do pěti základních kategorií.

Typem Alfa bývá označován psychogenně podmíněný typ závislosti, kdy si pijící abúzem řeší psychické problémy, po jejichž odeznění obvykle odeznívá i abúzus, nicméně s novými problémy se vrací i pití. Jedná se o problémové pijáky, nicméně abúzus bývá obvykle bez progresu a vzniku závislosti.

Typ Beta se objevuje u lidí sociálně konformnějších, podmíněnost je tedy sociogenní. Dotyčný pije, protože pije jeho okolí (např. na oslavách). Ačkoli i zde hrozí riziko navození podnětu, obvykle bývá bez vzniku progresu a vzniku závislosti.

Jako **typ Gama** se označuje abúzus, který se postupně rozvíjí v závislost. Primárně je podmíněn rovněž sociálně, ke společenským příčinám pití se však přidává i vnitřní bažení, které má nejdříve charakter psychické závislosti a posléze přerůstá v závislost psychickou. U tohoto typu dochází k progresi a vzniku závislosti na alkoholu. Je charakterističtější spíše pro muže a pro nárazovost pití v úvodních fázích bývá rovněž označován jako anglosaský typ pití.

Původní název **typu Delta** byl alkoholická toxikomanie. Jde samotářské pití s nezprostředkovaným vztahem mezi jedincem a návykovou látkou. Oproti předchozímu typu pije jedinec kontinuálně, jako synonymum pro tento typ abúzu se proto užívá termín

kontrolovat její užívání, byť se v jím užívaných statistikách objevuje i položka s procenty vyléčených alkoholiků schopných po léčbě kontrolovaně pít. Zde by bylo žádoucí uvést i dobu, po kterou toho byli schopni kvůli odlišení těch, kteří toho jsou skutečně schopni od těch, kteří jen nepřiznali či racionalizovali recidivu.

románské pití. Původní motivací takto pijícího jedince je snaha o navození žádoucího stavu pomocí alkoholu, postupně dochází v důsledku rostoucí tolerance ke zvyšování potřebných dávek, ztrátě kontroly nad pitím a jedinec se postupně dostává do stavu průběžné intoxikace. Pití tohoto typu bývá často utajené a je typičtější pro ženy.

Pro abúzus **typu Epsilon** se vžil spíše lidovější název kvartální pití, odborně rovněž dipsomanie. Jedná se o pití ve vleklých tazích trvajících dny i týdny, které je prokládáno relativně dlouhými etapami abstinence či kontrolovaného pití. Během alkoholických tahů ztrácí jedinec nad pitím kontrolu, přestává plnit své základní povinnosti, je schopen činit iracionální rozhodnutí. Dle Řehana (2007) je dáván do souvislosti s primární larvanou afektivní poruchou, kdy počátky abúzu korespondují s nástupem hypomanického, občasné také subdepresivního stavu. Tento typ abúzu však není příliš frekventovaný.

E. M. Jellinek (1960, in Řehan 2007) dále u typu Gama rozdělil vznik závislosti na alkoholu do pěti vývojových fází.

Počáteční (prealkoholová) fáze je charakteristická příležitostným pitím přinášejícím euforii, uvolnění a zlepšení sociálních vazeb. Alkohol zatím odměňuje, tolerance stoupá. Pijící jedinec má potřebu si příjemné zážitky opakovat, abúzus je čím dál tím častější. Jellinek (in Řehan, 2007) dělí tuto fázi na stádium příležitostného a pravidelného pití.

Varovné (prodromální) začíná dle Jellineka (1960, in Řehan, 2007) výskytem prvních palimpsestů (alkoholických výpadků paměti), dle Řehana (2007) výskytem různorodých problémů v rodinné, sociální a pracovní sféře života. Tato fáze je provázena neochotou pijáka odloučit se od alkoholu navzdory nepříznivým dopadům pití na jeho život, byť kontrola pití zůstává do značné míry ještě zachována.

Pro **rozhodné** (krucální) stádium pití je charakteristická ztráta kontroly nad pitím doprovázená četnými racionalizacemi. Klesá, respektive stoupá (Řehan, 2007) tolerance k alkoholu, objevují se ranní doušky. Alkoholické excesy jsou střídány marnými pokusy dostat pití pod kontrolu.

Konečné (terminální) stádium se projevuje nástupem fyzické závislosti na alkoholu. Původní kocovina je nahrazena abstinenčními příznaky, jedinec již pije kvůli odvrácení nepříznivých somatických stavů, tolerance zprvu razantně narůstá, později klesá, dochází k rozvoji vážných psychických a fyzických poruch a k celkové devastaci organismu a degradaci jedince.

1.3. Osobnostní charakteristiky závislých a problematika matchingu

1.3.1. Osobnost závislého

Převažujícím vysvětlením pro vznik závislosti na individuální úrovni je teorie genově environmentální interakce (Jeřábek, 2006). Podle té je závislost interakcí vrozené vulnerability geneticky predisponovaného jedince a rizikových faktorů prostředí. Osobnost závislého lze obtížně kategorizovat především proto, že koncepty osobnostních poruch vyskytujících se u závislých vycházejí z různých teoretických rámců (Jeřábek, 2006).

Svoboda s Habánovou (1981, in Jeřábek, 2006) u osob s diagnózou závislosti odhalili výrazné diference v hodnotovém systému, zvláště v interpersonálním chování, nízkou sebedůvěru, nízké sebehodnocení, sníženou odolnost vůči stresu a menší zodpovědnost.

Stempelová (1982, in Jeřábek, 2006) poukazuje na zjištěné poruchy v afektivní složce, narušené prožívání reality, konfliktní sociální komunikaci, nedostatečné sebeocení a subjektivně prožívanou nespokojenost.

Vojtík s Břicháčkovou (1987, in Jeřábek, 2006) zjistili u závislých v 95% výskyt psychických poruch a disharmonického vývoje osobnosti, především polymorfni psychopatie (35%), sociálně maladaptivních poruch (28%) a poruch astenických (17%).

Kooyman (1993, in Jeřábek, 2006) pak přidává nízké sebevědomí, poruchy identity, nevědomý vztah z odmítnutí a neschopnost setrvat v dlouhodobém vztahu. Intrapsychické konflikty jsou externalizovány a odehrávány vůči jiným objektům než těm, které je vyvolaly. Obranné mechanismy skládající se převážně z projekce jsou pak důsledkem neschopnosti unést doprovodný emoční stres. Kooyman (1993, in Jeřábek, 2006) se pokusil určit základní znaky, které se projevují v osobnostních charakteristikách závislých

- nízkou integraci sebepojetí a sebeúčinnosti
- nízkou úroveň defenzivní organizace projevující se popřením, projekcí a projektivní identifikací, štěpením, disociací, odehráváním, omnipotencí, idealizací a devaluací, únikem, auto a heterodestruktivitou a agresí

- nízkou integraci superega způsobující problémy s prožíváním viny a studu, paranoidní tendence a narcistické zápasy o obdiv a zbožňování

- distorzi percepčně kognitivního zpracování reality vedoucí k vytváření vlastních konstrukcí reality způsobenou interferencí primárního procesu myšlení s kognitivními funkcemi

- interpersonální senzitivitu vyvolávající pocit ohrožení a nejistotu ve vztazích

-nízkou integraci emocí včetně schopnosti jejich vědomého prožívání projevující se emoční labilitou a nepřiměřeností.

Kooyman (1993, in Jeřábek, 2006) pokládá za hlavní příčinu rozvoje abúzu poruchy blízké vazby (bondingu) v Casrielově konceptu a obsažení (containmentu) v konceptu Bionově. V prvním případě daný jedinec nepoznal, že blízká vazba je zadarmo, a její případný vznik je doprovázený odmítáním ze strachu z vysoké ceny či přijetím za cenu bolesti a strachu, co bude tato blízkost stát. Ve druhém pak u daných osob selhávala integrace dítětem projikovaných negativních zkušeností matkou, což se projevuje nedostatečnou integrací jejich ega. Vznik abúzu za důsledek poruchy vztahové vazby považuje i Vondráčková (2013).

Procházka (2011) pak poukazuje na vztah mezi závislostí na alkoholu a alexithymií, disociací, resp. somatoformní disociací a self-konceptem a souvislost mezi těmito veličinami a strategiemi zvládání stresu. Disociace a alexithymie mohou být mechanismy reakce na stres, podobně jako abúzus alkoholu, a studie skutečně prokázala zvýšený výskyt alexithymie, disociace a somatoformní disociace u osob závislých na alkoholu stejně jako korelaci mezi těmito faktory a negativními strategiemi zvládání stresu (Procházka, 2011).

Dolejš, Miovský a Řehan (2012) označují za osobnostní rysy charakteristické u abúzu návykových látek negativní myšlení, přecitlivělost, impulzivitu a vyhledávání vzrušení.

Kuklová (2012) se zabývala i rodinným zázemím závislých osob. Porovnáním s kontrolní skupinou osob bez adiktologické anamnézy potvrdila několik předpokládaných závěrů-že závislí pocházejí často z neúplných rodin, v rodinách existovaly nejasné mezigenerační hranice s častými zásahy prarodičů, špatná kvalita citových vztahů a větší výskyt fyzických trestů. Překvapivě se ale jednalo o rodiny dobře materiálně zabezpečené², které kladly malý důraz na školní prospěch a projevovaly velký zájem o trávení volného času svých dětí, většina těchto dětí pak pravidelně sportovala. Dle očekávání se v rodinách těchto osob častěji vyskytovala závislost.

Kalina a Vácha (2013) pak upozorňují na narůstající výskyt osob s duálními diagnózami mezi závislými. Dle nich je pak nutno rozhodnout, zda bude léčba sukcesivní, paralelní či integrovaná, tedy zda se budou závislost a onemocnění léčit zvlášť, souběžně či společně.

² Zde je třeba podotknout, že závěry byly zobecnovány na základě zkoumání konkrétního výběrového souboru tvořeného osobami, které byly objektem adiktologické intervence. Možnost jejich zobecnění na celou populaci je diskutabilní, neboť není jasné, do jaké míry byly do výzkumu zahrnuty osoby ze sociálně problémových skupin či lokalit nebo jakým způsobem byl zohledněn fakt, že velká část závislých odbornou pomoc nepřijímá a do odborných statistik tudíž ani být zahrnuta nemůže.

1. 4. 2. Párování potřeb neboli matching

Vzhledem k variabilitě osobnostních charakteristik závislých je poměrně důležitou otázkou, která forma léčby či terapeutického přístupu by byla nejvhodnější. Dokládá to i fakt, že o této problematice byla zpracována vůbec největší a statisticky nejsilnější studie v oblasti psychoterapie (Nešpor, 2003). Jednalo se o výzkum amerického Národního institutu pro zneužívání alkoholu a alkoholismus (NIAAA), který srovnával výsledky tří forem léčby, konkrétně techniku posilování motivace, kognitivně behaviorální terapii a program založený na 12 krocích zavedený do praxe organizací Anonymní alkoholici. Všechny postupy vedly ke zlepšení, statisticky signifikantně lepší byly výsledky pouze u programu založeného na dvanácti krocích u osob nevykazujících známky psychopatie.

Babor a spol. (1991, in Nešpor a Csémy, 1996) navrhuje edukaci u počátečních, ambulantní léčbu u středně pokročilých a ústavní či komunitní léčbu u nejpokročilejších fází vývoje závislosti. Kadden a spol. (1989, in Nešpor a Csémy, 1996) popisují větší efektivitu kognitivně behaviorální terapie u osob s poruchami osobnosti a neuropsychologickým postižením, zatímco u závislých bez těchto symptomů efektivitu stejnou jako u interakční skupinové psychoterapie. Litt a spol. (1992, in Nešpor a Csémy, 1996) pak uvádějí, že interakční skupinová terapie je vhodnější pro závislosti typu A (lehčí formy s pozdním začátkem), zatímco u závislosti typu B (časnější začátek, více rizikových faktorů z dětství) se jevila vhodnější terapie kognitivně behaviorální.

Na důležitosti matchingu při léčení osob, u kterých existuje souvislost mezi vznikem abúzu a disfunkcemi v primární rodině, a při práci s jejich motivací upozorňuje například Pavlovská (2012).

Kooyman (1993, in Jeřábek, 2006) pak na základě jím zobecněných charakteristik závislých a příčin vzniku závislosti navrhuje postup založený na motivačním tréninku. Měl by probíhat v následujících fázích-kontakt (včetně případné konfrontace), pozornost, pochopení, změna postoje, změna záměru a změna chování, udržení změny. Jeho základem by měla být podpora, kontrakt, nácvik dovedností, vzdělávání, poskytnutí alternativy. Změny by měly být drobné a postupné. Jeřábek (2006) pak upozorňuje na to, že doporučený postup je přesně opačný než ten, který se při léčbě závislosti aplikuje. V jeho případě stojí na prvním místě změna chování formou sociální korekce, prožití doprovodných emocí a teprve následně pochopení, co se vlastně stalo. Změny mají být okamžité a radikální, vstřícný přístup je zamítán jako ten, který v závislém vzhledem k jeho osobnostní struktuře pouze vyvolá zmatek.

2. Léčba alkoholismu

Převažujícími modely léčby závislostí v zahraničí jsou dva, tzv. Minnessotský model založený na pravidelné účasti na skupinové psychoterapii kombinované s řadou doprovodných terapeutických programů (edukace, individuální nebo rodinná terapie, peer-programy), a léčba ve svépomocných skupinách, převážně vycházejících z konceptu hnutí AA (Unger, 2006). Oba přístupy vyžadují vysokou motivaci a aktivní podíl léčených, přičemž poskytují bezpochyby větší prostor pro individuální přístup.

V českých podmínkách vychází léčba závislostí z modelu vytvořeného docentem Jaroslavem Skálou, mezi jehož základní pilíře patří režimová léčba a skupinová psychoterapie (Řehan, 2007). Pro potřeby této práce budou blíže rozebrány přístupy dva-Skálův model aplikovaný v léčebnách a komunitách a model vytvořený hnutím AA v podobě, ve které ho převzaly české pobočky tohoto hnutí.

2. 1. Ústavní a komunitní léčba

Léčba závislostí v českých zemích probíhá v několika formách. Ambulantní péče je poskytována nízkoprahovými kontaktními centry, lékařskými ambulantními ordinacemi, denními stacionáři nebo formou terénních programů. Základním znakem je terénní nabídka služeb, která sice umožňuje klientům zůstat ve svém přirozeném prostředí, což poskytuje řadu výhod, ale obnáší rovněž mnohá omezení (Řehan, 2007). Z pohledu adiktologie je asi nejvýznamnějším z omezení nemožnost zajistit či kontrolovat dodržování abstinence.

Lůžková léčba je buď střednědobá (trvajících cca 3-6 měsíců, ve výjimečných případech déle) probíhající v psychiatrických léčebnách, některých komunitách či specializovaných odděleních nemocnic (Dvořáček, 2003) nebo dlouhodobá probíhající v komunitách.

Doléčování pak probíhá v různých programech následné péče, jejichž součástí bývá i chráněné bydlení či práce v chráněných dílnách, s doléčováním alkoholiků je pak neodmyslitelně spojena činnost socioterapeutických klubů pomáhajících svým členům udržovat střízlivost (Řehan, 2007).

Následující podkapitoly se pokusí nejprve stručně popsat vznik a vývoj léčby závislostí v českých zemích, následně pak shrnout základní prvky této léčby probíhající v psychiatrických léčebnách a terapeutických komunitách. Skupinové psychoterapii pak bude jako ústřednímu prvku věnována podkapitola samostatná.

2. 1. 1. Historie léčby závislosti v českých zemích

Koncept léčby závislostí prostřednictvím léčebného společenství vznikl v českých zemích krátce po druhé světové válce. První přišel s tímto typem léčby do styku pravděpodobně Ferdinand Knobloch roku 1947 během svého pobytu ve Velké Británii, kde již byla komunitní terapie běžně využívána k léčbě válečných traumat (Kalina, 2013), každopádně první léčebna tohoto typu, pražský Apolinář, byla založena o rok později Jaroslavem Skálou a vycházela z teorie sociálního učení A. S. Makarenka, který ji úspěšně aplikoval při nápravě mladistvých delinkventů ve třicátých letech 20. století v SSSR (Kalina, 2008b).

Léčba v Apolináři v sobě zahrnovala zásady terapeutické komunity s behaviorálními přístupy spočívající především v náročném režimu. Podle apolinářského modelu vznikla během následujících let řada dalších pracovišť specializujících se na léčbu závislostí, např. léčebny Červený Dvůr, Jeseník, Nechanice nebo oddělení pro návykové nemoci v léčebnách v Praze-Bohnicích, Brně-Černovicích, Jihlavě, atd. (Kalina, 2008b).

V souvislosti s českou komunitní léčbou nelze nezmínit rok 1967 a zahájení vlastního způsobu psychoterapeutického výcviku probíhajícího rovněž formou komunitní terapie, který dostal dle iniciál svých zakladatelů Skály, Urbana a Rubeše název SUR. Ten se stal později samostatným psychoterapeutickým směrem (Kalina, 2011).

České terapeutické komunity vznikaly v českých zemích od roku 1954 a původně byly určeny pro léčbu neuróz (Kalina, 2008b). První terapeutické komunity pro drogově závislé začaly vznikat až v devadesátých letech, konkrétně jako první terapeutická komunita v Němčicích v jižních Čechách. Později se zaměření terapeutických komunit jednak rozšířilo i na uživatele legálních drog, např. alkoholu, jednak specializovalo na určitý typ jejich uživatelů, např. matky s dětmi, uživatele s kriminální minulostí či s dalšími psychickými onemocněními (Kalina, 2008b).

V roce 2006 pak byla v ČR založena komunita Kaleidoskop, která jako první nevychází ze Skálova modelu, ale navazuje na tradici položenou původními zakladateli tohoto léčebného systému v USA (Kalina, 2013b).

2. 1. 2. Léčba v léčebnách

2. 1. 2. 1 Cíle léčby

Prvotním cílem léčby závislosti je dle Skály (1987, 1988) přimět pacienta k přijetí své závislosti jako doživotní, nevyléčitelné choroby, k jejímuž zvládnutí mu pomůže pouze bezvýhradná a trvalá abstinence³. Pacient by měl získat náhled, tedy uvědomit si, že alkohol byl jen výmluvou a únikem před problémy, kterými se nechtěl zabývat. Pacient by měl poznat a pochopit pravé příčiny své závislosti, léčba by jej měla přivést ke snaze vyhybat se situacím, které byly příčinou jeho konfliktů (Skála, nedat., in Unger, 2006).

Dle Dvořáčka (2003) má léčba směřovat k abstinenci jako prostředku dosažení vyšší subjektivní kvality života a k co nejkompletnějšímu převzetí původních životních rolí. Její součástí má být nejen stabilizace sekundárních projevů souvisejících se závislostí, vybudování náhledu, přebudování motivace (z původní motivace formované vnějším tlakem na motivaci vnitřní, pozitivně formulovanou), zvnitřnění abstinčních norem, struktury dne a týdne, případně řešení dalších, se závislostí přímo nesouvisejících potíží (např. souběžných psychických poruch), ale také zahájení řešení důsledků drogové kariéry, vedení ke změně původního prostředí, identifikace rizik relapsu a nalezení strategií pro minimalizaci těchto rizik a v neposlední řadě i přiměřené zlepšení sebehodnocení a prožívání (Dvořáček, 2003).

2. 1. 2. 2. Fáze léčby

Ústavní léčba se dělí do několika fází. První je detoxifikace, po které následuje vlastní léčba (Řehan, 2007). Ta se skládá z úvodního období adaptace na terapeutický program a zařízení, které trvá zhruba jeden měsíc. Po něm následuje fáze aktivní léčby v rozsahu dvou až tří měsíců, kdy se pacient podílí na chodu komunity a aktivně spolupracuje v psychoterapii. V této fázi rovněž pacienti jezdí v rámci propustek mimo léčebnu nebo se v léčebně účastní rodinné terapie. V závěrečné fázi léčby trvající asi měsíc se pacienti připravují na ukončení léčby a návrat do normálního života, případně na přechod do jiné formy léčby (např. do komunity) nebo doléčování (např. do chráněného bydlení). Pacienti si vytváří reálné plány do života po léčbě, zajišťují si práci a bydlení, vše s cílem minimalizovat riziko relapsu (Dvořáček, 2003).

³ V tom je jeden ze zásadních rozdílů mezi Skálovým přístupem a přístupem hnutí AA, kteří kladou důraz na aktuální (doslova dnešní, heslem je „Abstinuj právě dnes“) střízlivost s tím, že dál se uvidí.

Toto dělení víceméně koresponduje s prekontemplační fází popírání a racionalizace, kontemplační fází získávání náhledu, fází aktivní změny a fází udržení změny v Prochaska- Di Clementovým čtyřfázovém modelu procesu změny (Millerová, 2011), byť například Havlová (2009) upozorňuje na to, že časové ohraničení jednotlivých fází může být výrazně variabilní v závislosti na individuálních odlišnostech léčených jedinců.

2. 1. 2. 3. Režim léčby

Základem vlastní režimové léčby je několik prvků. V původním Skálově modelu jimi byla biologická léčba obsahující nácvik podmíněných averzivních reakcí na alkohol prostřednictvím disulfiran etylenových reakcí, chemických averzivních postupů či elektroaverzivní léčba⁴, skupinová terapie a manželská či rodinná terapie (Skála, 1987). Již ve své době rozpracoval docent Skála systém následné péče, jehož součástí bylo doléčování svépomocí v socioterapeutických klubech či tzv. Intenzivní léčebné pobyty v přírodě (Skála, 1987). Naopak individuální terapie ve Skálově přístupu téměř chyběla, neboť dle jeho názoru neexistuje problém, který by se nemohl rozebírat před komunitou (Skála, 1988). Naopak Řehan (2007) individuální terapii nejen nevyklučuje, ale naopak doporučuje, neboť ani intenzivní skupinová terapie neodhalí všechna skrytá témata, která tak zůstávají nezpracovaná, naopak propojení individuální a skupinové psychoterapie umožňuje diferencovanější práci s klienty.

Pro Nešpora a Csémyho (1996) je základním kamenem režimové léčby kromě rodinné či manželské terapie a nácviku relaxačních technik (především jógy) a psychoterapie složená z posilování motivace, skupinové psychoterapie, psychodramatu a nácviku obtížných situací (především nácviku odmítání), strategické terapie, gestalt terapie a kognitivně-behaviorálních postupů-schopnosti předcházet či pracovat s recidivou, nácviku vícestupňové obrany, intrapersonálních a interpersonálních dovedností, zvládání bažení, psaní elaborátů, asertivního tréninku, sebeodměňování a posilování pozitivního chování, změny životního stylu a zavedení tělesného cvičení do něj, nebo nácviku techniky vyhasínání. U manželských a individuálních terapií je součástí léčby i uzavření terapeutického kontraktu. Za důležitou součást léčby považují Nešpor a Csémy (1996) rovněž muzikoterapii, arteterapii a poetoterapii.

⁴ Většina těchto averzivních technik se postupem času ukázala jednak jako poměrně neúčinná (Řehan, 2007), jednak jako potenciálně zdraví ohrožující. Do současnosti zůstaly v běžné praxi zachovány v omezené míře pouze disulfiran etylenové reakce.

Samotný režim pak spočívá ve stanovení přísných pravidel a v jejich důsledném dodržování, které se hodnotí pomocí kladných a záporných bodů. K postupu do další fáze léčby nebo k získání určitých výhod, jakými jsou například vycházky či sledování televize, je nezbytné získat stanovený počet bodů, porušování pravidel či neplnění povinností je naopak pomocí bodů sankcionováno (Skála, 1987, 1988; Řehan, 2007). Součástí režimu je přesně strukturovaný denní (a týdenní) rozvrh včetně přesných časů budičky, pracovních a skupinových terapií, ranních komunit, sezení terapeutických, tematických či biografických skupin, přednášek, volných tribun (intenzivních kolektivních psychoterapií), relaxací, osobního volna nebo večerky. Pacienti jsou hodnoceni za výkony při práci, plnění úkolů, ale i za úklid nebo chování. Hodnoceni jsou nejen pacienti jako jednotlivci, ale také jako celé skupiny či osazenstva pokoje (Skála, 1987, 1988). Důležitým prvkem, díky kterému získávají terapeuti o pacientech podstatné množství informací, je psaní deníků, elaborátů a životopisů (Řehan, 2007).

2. 1. 3. Léčba v komunitách

2. 1. 3. 1. Vznik, charakter a principy terapeutických komunit

Průkopníkem komunitní terapie jako léčby duševních poruch byl W. R. Bion, který-sám veterán 1. světové války-založil roku 1941 v nemocnici v britském Northfieldu první zařízení tohoto typu pro vojáky traumatizované válečnými zážitky (Nešpor a Csémy, 1996). Tento koncept se později rozšířil a terapeutické komunity začaly být využívány nejprve pro léčbu neuróz (tzv. demokratické komunity), později v modifikované verzi pro léčbu závislostí (tzv. hierarchické komunity).

Rozvoj demokratických komunit je nejvíce spojován s osobou Maxwella Jonese, který popsal základní principy fungování komunit, kterými jsou obousměrná komunikace na všech úrovních, proces rozhodování na všech úrovních, společné vedení, konsensus v přijímání rozhodnutí a sociální učení v interakci tady a teď (Kalina, 2008a). Kratochvíl (1979, in Nešpor a Csémy, 1996) zdůrazňuje jako samostatný princip aktivní podíl pacientů na léčení.

Hierarchické terapeutické komunity sloužící k léčbě závislých se od komunit demokratických se odlišují především vnitřní diferenciací spočívající v rozdílném postavení členů, které závisí na délce léčby, zásluhách, atd., a souborem jasných a

prosazovaných pravidel (Nešpor a Csémy, 1996), což jsou prvky nezbytné vzhledem ke specifickým nárokům a rezistenci drogové klientely.

Mezi doposud platné principy hierarchických komunit dle Kaliny (2008 a, b) patří schopnost komunity fungovat jako náhradní rodina, existence systému odměňování jako základu změny, konfrontace a frustrace jako neoddělitelná součást procesu rehabilitace, oddanost hodnotám komunity a specifické nástroje změny chování, kterými jsou například synanonská hra nebo učení nápodobou a sebeřízením.⁵ Za společné prvky současných komunit považuje Kalina (2007c, in Kalina, 2008a, b) kromě výše zmíněných znaků ještě například izolaci komunity od vnějšího prostředí, tým složený z profesionálů i bývalých uživatelů drog, pojetí závislosti jako projevu komplexní osobnostní poruchy a z toho plynoucí celostní přístup k léčbě nebo význam práce, výchovy a vzdělávání v programu.

Specifikem českých terapeutických komunit je pak vliv, jaký měl na utváření jejich koncepce psychoterapeutický směr SUR (Kalina, 2011).

2. 1. 3. 2. Fáze léčby

Podobně jako v léčebně je i v komunitě pobyt rozdělen do jednotlivých fází.

V nulté fázi (většinou v délce dvou týdnů) již klient pobývá v komunitě, není ale ještě jejím členem. Tím se stává až podpisem smlouvy a složením přijímacího rituálu (Kalina, 2008a, b).

V první fázi trvající asi tři měsíce se klient zbavuje destruktivního a negativního chování, získává náhled na závislost, dochází k poznání nezbytnosti změny v dosavadním životě a zvyká si na život a pravidla v komunitě. O jeho přestupu do další fáze rozhoduje komunita, samotný přestup je doprovázen rituálem (Kalina, 2008a, b).

Ve druhé fázi tvořící zpravidla polovinu celého léčebného pobytu klient přijímá a uplatňuje nové hodnoty komunity. Přijímá role v samosprávě a přebírá zodpovědnost za chod komunity. Ve skupině konfrontuje své vztahy k ostatním s emocemi a zážitky, které jsou u něj spojené s lidmi z jeho minulosti. Nachází sebe sama, vytváří si místo v komunitě a vztah k ostatním. Přibývá kontaktů s vnějším světem, především s rodinou. Přestup do další fáze opět schvaluje komunita a je opět doprovázen rituálem (Kalina, 2008a, b).

V průběhu závěrečné třetí fáze klient opouští komunitu, shání si zaměstnání, případně již pracuje, řeší sociální záležitosti, zajišťuje si bydlení a doléčování. Klienti se oddělují od společenství a připravují se na nový život.

⁵ Mezi původní principy patřil ještě terapeutický potenciál charismatického vůdce a náboženský charakter komunitních hodnot (Kalina, 2008 a, b).

Tyto fáze opět přibližně korespondují se čtyřmi fázemi působení komunity G. DeLeona (1995, in Nešpor a Csémy, 1996)-stadiem podrobení se, stadiem konformity, stadiem zaujetí, kdy klient přijímá a aktivně prosazuje komunitní normy, a stadiem internalizace norem a postojů.

2. 1. 3. 3. Režim léčby

Základními prvky komunitní léčby jsou komunitní setkávání, skupinové a individuální terapie, práce s rodinou, pracovní terapie (například péče o zvířata nebo práce v lese), volnočasové, sportovní, zátěžové a rehabilitační aktivity a sociální práce, tedy pomoc při řešení sociálních problémů vzniklých v důsledku závislosti (Kalina, 2008a, b).

Pilířem řádu komunity jsou tzv. metaprávidla, tedy obecná pravidla, od kterých se odvíjejí principy komunitního fungování. Prvním z nich je pravidlo bezpečí, tedy zákaz jakékoli manipulace s drogou či akt fyzického či psychického násilí. Dalšími pak zákaz sexuálních vztahů, povinnost zapojit se (vztahuje se i na povinnost hovořit o sobě otevřeně, pracovat na sto procent, pomáhat ostatním a převzít odpovědnost za sebe i komunitu) nebo pravidla o moci a odpovědnosti definující pravomoci jednotlivých členů a terapeutů (Kalina, 2011).

Charakteristickým rysem komunitní léčby je provádění rituálů a užívání komunitních symbolů. Nejčastějšími symboly jsou komunitní kruh, komunitní oheň a komunitní stůl vyjadřující jednotu společenství. Při příchodu nováčků, přestupu klientů z jedné fáze do další nebo při ukončení léčby se provádějí přijímací, etapové a ukončovací rituály spočívající většinou v symbolickém zapalování ohňů nebo v plnění různých úkolů. Samostatnou kapitolou jsou potom rituály očištění a smíření prováděné v případě narušení bezdrogového prostředí nebo velké komunity a jiné svátky mající podporovat sounáležitost společenství (Kalina, 2008a).

Terapeutická komunita je dle Camplingové a Haigha (nedat., in Kalina, 2011) prostředím sekundárního emočního vývoje. Komunita poskytuje přimknutí (attachment) lidem s negativní ranou zkušeností se vztahy, která se projevuje selháním bazální důvěry v mezilidských vztazích a neschopností vyjádřit vnitřní pocity. Na přimknutí navazuje obsazení (containment) klientových projevů a poskytnutí zároveň bezpečí, ale i pevného vztahového rámce. Posledním z účinných faktorů působících na sekundární emoční vývoj je komunikace. Ta je jednak elementárním prostředkem terapie, jednak v komunitě získává jedinec pocit sounáležitosti, díky kterému se profiluje ve vztahu k okolnímu světu, což mu umožňuje tento svět akceptovat a komunikovat s ním.

Cílem komunitní terapie je působit na osobnost závislého v následujících oblastech- vývoj osobnosti a emocí, chování, duchovní rozměr osobnosti a etiku a na dovednost přežít a být profesně zajištěn (Deitch, 1997, in Kalina, 2008b), v léčbě se uplatňuje jak psychoterapie, tak výchova (Kalina, 2008b).

Z výše uvedeného je zřejmé, že zatímco léčba v léčebnách je primárně zaměřena na práci se závislostí léčeného jedince, funkcí komunity je rovněž jeho celková resocializace a společenská rehabilitace, převýchova vedoucí k odstranění nepřijatelného způsobu chování a umožnění emočního a osobnostního vyspění. Komunity jsou tedy zaměřeny na osoby, u kterých se kromě potíží ryze adiktologických objevují i problémy se sociální adaptací, maladaptivní vzorce chování nebo doprovodné psychické poruchy.⁶

2. 2. Léčba svépomocí v organizaci AA

2. 2. 1. Vznik AA

Organizace AA byla založena v USA roku 1935, princip programu dvanácti kroků vychází z duchovních zásad Oxfordského hnutí (Nešpor a Csémy, 1996), o závislosti jako o kompenzaci duchovních potřeb a tudíž nutnosti léčit ji především s ohledem na spirituální složku osobnosti hovořil již C. G. Jung (Nešpor, Csémy, 2006).

2. 2. 2. Skupinová setkání a patronství

Základem skupinových setkání je anonymita, přítomní se představují a oslovují pouze křestními jmény. Setkání zahajuje a ukončuje volený předseda, pravidlem je i modlitba o klid. V průběhu setkání si účastníci sdělují své příběhy, mluvící se nepřerušuje. Zúčastnit se může každý, kdo však není alkoholik či kdo toho dne pil, nemluví. Každý hovoří pouze o svých zkušenostech, nekritizuje se a neradí. Až nápadná je vřelost, tolerance, pochopení a emoční podpora, kterou si účastníci poskytují (Nešpor, Csémy, 1996).

Další formou vzájemné pomoci je patronství. Dle Nešpora a Csémyho (1996) je buď skupinové (tzv. vítací, jde o péči o nováčky), krátkodobé (většinou po dobu prvního měsíce docházení, patron nováčkovi telefonuje, rozebírá s ním dojmy, motivuje jej) nebo

⁶ Klivas (2012) uvádí, že minimálně v oblasti reprioritizace interpersonálních vztahů dosahují terapeutické komunity pozitivních výsledků.

dlouhodobé sloužící k řešení krizí nebo ke spolupráci na procesu uzdravení, jehož základem je terapie dvanácti kroků

2. 2. 3. 12 kroků

Základním průvodcem v individuálním procesu duševního uzdravení je metoda dvanácti kroků, způsob získávání náhledu na svou závislost, své osobní problémy a vzorce maladaptivního chování a jejich postupné změny.

I) První krok

Připustili jsme si svou bezmocnost vůči alkoholu-naše životy se staly neovladatelnými.

Prvním krokem je absolutní rezignace na jakékoli obranné mechanismy a bezvýhradné si připuštění absolutní porážky. Jedině pád na absolutní dno donutí člověka být sám k sobě upřímný (12 kroků a 12 tradic, 2000) a začít naslouchat svým vnitřním potřebám (Kathleen S., 1997). To pomůže k opětovné integraci osobnosti (Kathleen S., 1997) a ukončí lpění na egocentrickém přístupu ke světu, který je příčinou většiny konfliktů (Anonymní Alkoholici, 1996).

První krok obsahuje dvě výzvy. Jednak pojmenování konkrétního problému, jednak připuštění si své porážky a přiznání, v čem se tato bezmoc projevila. S prvním bodem souvisí pojmenování a zařazení celé řady osobních traumat, které k závislosti vedly, vyplavení smutných vzpomínek a oživení dávno pohřbených, často velmi nepříjemných pocitů (Kathleen S., 1997). Opětovné zpracování těchto konfliktů nejenže prověří schopnost být k sobě upřímný, neboť kýžený výsledek se bez toho nedostaví, ale především vrátí člověku schopnost autentického prožívání vlastních citů (Kathleen S., 1997).

Tento bod také znamená přijetí zodpovědnosti za vlastní život, bez ohledu na to, zda si problémy způsobil člověk sám či byly dány vnějšími faktory. Nejedná se o očerňování sebe sama ani o zlehčování zármutků či osobních tragédií, ani o jakékoli jiné hodnocení minulých událostí, pouze o uvědomění si skutečnosti, že navzdory všemu bezpráví nebo utrpení je každý zodpovědný za svůj život (Kathleen S., 1997). Jde o snahu připustit si křivdy v minulosti a tím zabránit tomu, aby člověk toto břímě s sebou vláčel celý život (Kathleen S., 1997).

Člověk by měl umět pojmenovat i skryté příčiny chorobných vzorců chování. Dle Kathleen S. (1997) je například zneužívání návykových látek útekem od zodpovědnosti, agresivita projevem pocitu fyzického ohrožení, touha po moci projevem nedostatku vlastní

identity, sklon k závislosti projevující se snahou ovládat, zachraňovat či manipulovat pak zkomolením zodpovědnosti k sobě samému.

Druhý bod pak znamená přiznat si konkrétní projevy osobního selhávání, kterými mohou být potíže s autoritou, neschopnost postarat se o sebe či o rodinu, a uvědomit si ztráty. Stejně tak je důležité odhalit, proč se takto člověk choval, zda to byl důsledek strachu z okolí, neschopnosti přiznat si problém či naučeného chování například z dětství (Kathleen S., 1997).

II) Druhý krok

Dospěli jsme k víře, že jen Síla větší než naše vlastní nám může navrátit duševní zdraví.

Tento krok je v první řadě reakcí na pocit bezmoci, který nastal přijetím prvního kroku, snahou obnovit ztracenou víru a důvěru. Co si kdo představí pod pojmem Síla, je záležitostí ryze individuální (Kathleen S., 1997). Snahou je nejprve buď nahradit vakuum vzniklé zavržením původní víry, která zklamala, nebo nahradit tu, která se projevila jako nefunkční. Později pak dojít k poznání, že zklamání či nefunkčnost nebyly problémem víry, ale pouze a jedine nerealných požadavků na ni a snahy využívat ji k plnění svých přání (12 kroků a 12 tradic, 2000). Součástí druhého kroku je i předpoklad, že dobrovolné přijetí víry ji oprostuje od případného vzdoru, který je u alkoholiků tak častý, a že teprve její nezištné přijetí může začít dotyčnému přinášet zisky (12 kroků a 12 tradic, 2000).

III) Třetí krok

Rozhodli jsme se předat svůj život a svou vůli do péče Boha, tak jak Ho my sami chápeme.

Přijetím subjektivně akceptovatelné víry a vymezením svého vlastního vztahu vůči ní nazrál čas pro novou formu duchovního vedení a podpory (Kathleen S., 1997). Neboť víra nemůže existovat bez Boha (12 kroků a 12 tradic, 2000), a to bez ohledu na způsob, jakým ho kdo chápe. Třetí krok neznamena vzdání se samostatnosti, ale rezignaci na snahu ovládat a řídit chod světa, respektive podřizovat ho svým potřebám, znamená vzdání se iluze, že samostatnost a soběstačnost se projevuje absolutní kontrolou vlastního života (Kathleen S., 1997). Znamená nesnažit se silou vůle drtit své problémy, ale sílu vůle uvést do souladu s Božími záměry (12 kroků a 12 tradic, 2000). Asi nejvýstižněji popisuje takový přístup k životu modlitba hnutí- Bože, dej mi klid, přijmout to, co změnit nemohu, odvahu změnit to, co změnit mohu, a moudrost jedno od druhého rozpoznat (12 kroků a 12 tradic, 2000).

IV) Čtvrtý krok

Provedli jsme důkladnou a nebojácnou inventuru sebe samých.

Dle knihy Anonymní alkoholici (1996) je závislost nemocí ega. Chybně nastavené potřeby způsobené chorobným egem a jeho zkresleným vnímáním reality vytvořily řadu překážek mezi závislým a jeho okolím. Dle 12 kroků a 12 tradic (2000) neuspokojení potřeb vyvolává disharmonii, u přirozených potřeb odstranitelnou, u nepřirozených vyvolávající vnitřní konflikty a traumata. Instinkty zajišťující přežití se tak stávají přítěží.

A právě zjištěním těchto citových deformací lze dojít k jejich nápravě. Koncept AA vychází z teorie, že závislost je důsledek, nikoli příčina nemoci duše (12 kroků a 12 tradic, 2000). Na prvním místě charakterových vad stojí pýcha, která vede k omlouvání vlastních chyb a způsobuje zabředávání do morálního bahna, zvýšeným požadavkům a strachu z jejich neuspokojení. Ten nutí k ovládnutí druhých a okolí. Na dalším místě stojí zbývající šest ze sedmi smrtelných hříchů, které jsou všechny důsledkem nadměrných požadavků nemocného ega (12 kroků a 12 tradic, 2000).

A právě pýcha a strach jsou největšími překážkami čtvrtého kroku, neboť pýcha nutí závislé zlehčovat své chyby a strach vyvolává obavy z jejich přiznání (12 kroků a 12 tradic, 2000). Proto samotné odhodlání k jeho důkladnému a nebojácnému provedení je také prvním krokem k morální očištění duše.

Jedná se každopádně o krok, jehož realizace probíhá celý život, proto se doporučuje začít s citovými deformacemi, které se aktuálně jeví jako nejzávažnější (12 kroků a 12 tradic, 2000).

V) Pátý krok

Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých nedostatků.

Podobně jako druhý krok je i tento bezprostřední reakcí na předchozí. Stejně jako je důležité si po přiznání vlastní bezmoci a z toho plynoucí prázdnoty vytvořit místo pro přijetí síly dávající naději, je i po odhalení svých chyb třeba tyto zpracovat a odložit tím, že je sdělíme jinému. Pokud je bude člověk dusit v sobě, hrozí, že jej budou šírat, z hlediska dlouhodobé střízlivosti a vyrovnanosti myslí tak jde pravděpodobně o krok nejdůležitější (12 kroků a 12 tradic, 2000).

Přínosem pátého kroku je pak ztráta pocitu odloučení a osamělosti, jehož jsou zasuté pocity viny příčinou. Je také prvním krokem k získání rozhřešení, dává pocit, že bez ohledu na míru provinění lze dosáhnout odpuštění, což zpětně dává potřebu odpouštět

druhým. Pokud morální inventura dávala přesvědčení, že odpuštění je potřebné, pátý krok dává jistotu, že poskytovat a dávat odpuštění je možné (12 kroků a 12 tradic, 2000).

V neposlední řadě pak umožňuje pátý krok získání pokory. Teprve ryzí integrace se svou bytostnou podstatou, poznání svých skutečných kladů a záporů a zbavení se všech grandiózních představ o sobě samých se může stát základem pro uskutečnění svých vysněných cílů, teprve přijetí toho, čím jsme, nám dává možnost poznat, čím bychom být mohli. Zatímco čtvrtý krok umožnil chyby vidět, teprve jejich sdělení v kroku pátém znamená jejich fyzické odstraňování, neboť začlenění názorů jiného člověka eliminuje možnost racionalizací a snah zkruslovat realitu tak, aby byla subjektivně přijatelná (12 kroků a 12 tradic, 2000).

Nešpor a Csémy (1996) píší, že kroky 4 a 5 do jisté míry popisují klasický terapeutický proces.

VI) Krok šestý

Připravili jsme se plně na to, aby Bůh tyto naše charakterové vady odstranil.

Nestačí se jen zbavit konkrétních chyb, ale také chování a postojů, které je umožnily a především člověka udržují v jejich zajetí (Kathleen S., 1997). Obtížné je to především proto, že i myšlení a jednání, které člověka s jeho vadami svazuje, mělo pravděpodobně svého času pro jeho psychiku nějaký význam, současná charakterová vada mohla být kdysi součástí obranného chování jedince, nedílnou součástí jeho záchranné výzbroje, a žádný organismus se dobrovolně nevzdá funkční strategie jednání, která přináší zisky, ať už jsou z racionálního pohledu jakkoli diskutabilní (Kathleen S., 1997).

Výskyt obranných mechanismů znehodnocujících snažení závislého je zde proto více než pravděpodobný. Spolupráce s jiným člověkem stejně jako občasná rekapitulace dvou předchozích kroků se zde jeví jako žádoucí (Kathleen S., 1997). Změna zažitých způsobů jednání taktéž není možná bez uvědomování si sebe sama, svých myšlenkových postupů a svého jednání v přítomném čase, stejně tak bez pravidelného sebehodnocení. Podobně jako předchozí, i tento krok je krokem na celý život (Kathleen S., 1997).

VII) Krok sedmý

Pokorně jsme požádali Boha, aby naše charakterové vady odstranil.

Ústředním tématem sedmého kroku je pokora, bez které nelze dát životu užitečný cíl a v nepřízni osudu sebrat dostatek víry umožňující čelit jakémukoli nebezpečí. Pokora je

základním kamenem všech dvanácti kroků, ale krok šestý má přímo za cíl vytvořit její co nejširší základ (12 kroků a 12 tradic, 2000).

Že závislý poté, co dospěl v procesu uzdravení až sem, přenechá konečný akt morální očisty na moci vyšší než je jeho a přizná tak vědomí omezenosti vlastních sil (Kathleen S., 1997), není rezignací na vlastní snahu ovlivňovat svůj život či se zbavit zodpovědnosti za něj, je jen vnějším projevem širšího úsilí o zformování zdravého charakteru.

Neboť to bylo doposud motivováno většinou snahou o dosažení pocitu uspokojení z vlastní dokonalosti a scházelo mu zakotvení ve stálých a trvalých hodnotách, nyní má však hodnotu samo o sobě, bez ohledu na to, jestli vede k uspokojení vlastních instinktů a potřeb (12 kroků a 12 tradic, 2000).

Skutečná víra ve vyšší moc je nedosažitelná, pokud je člověk přesvědčený o možnosti žít výhradně z vlastní individuální síly a vlastního rozumu, pokud má být víra v Boha úrodná, nemůže se člověk snažit hrát úlohu Boha sám (12 kroků a 12 tradic, 2000).

VIII) Krok osmý

Sepsali jsme seznam všech lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.

Jde o úkol, který, ač plněný sebedovědněji, nemůže být nikdy splněn, přesto má takové počínání svůj hluboký význam. Neboť s každým odstraňováním překážek v mezilidských vztazích se bude zmenšovat i vlastní bolest způsobená konflikty s ostatními. Osmý krok částečně navazuje na kroky čtyři a pět, kdy si během morální inventury člověk uvědomil své nedostatky a během jejich sdílení možnost dosažení odpuštění (12 kroků a 12 tradic, 2000).

Neboť aby se člověk ubránil pocitům viny za křivdy, které spáchal na ostatních, hledá či zveličuje provinění, která oni spáchali na něm. Skutečně není na místě, aby ten, kdo sám potřebuje nápravu a žádá odpuštění, poukazoval na chyby druhých a odpouštět odmítal (12 kroků a 12 tradic, 2000), stejně jako má právo léčit svou duši alkoholik, mají ho i ostatní (Kathleen S., 1997).

IX) Krok devátý

Nápravu jsme provedli u všech lidí, u nichž to bylo možné, s výjimkou těch, kde bychom ublížili jim samým anebo jiným lidem.

Správný úsudek, cit pro zvolení správného okamžiku, odvaha a rozvážnost jsou při realizaci devátého kroku nezbytné. Vhodné je rovněž rozdělit osoby na seznamu učiněném během předchozího kroku do několika skupin, konkrétně na skupinu lidí, u nichž lze

provést nápravu bez komplikací, na skupinu, u nichž to lze pouze částečně, a na osoby, u kterých je lepší pokus o nápravu odložit na později (12 kroků a 12 tradic, 2000).

Při napravování svých chyb by měl člověk dodržovat několik zásad-napравování by mělo odrážet nejvnitřnější hodnoty, se kterými se identifikoval, nemělo by překročit zdravé hranice, které si pro sebe stanovil, a v přístupu k ostatním by měl ctít a respektovat jejich hranice a hodnoty (Kathleen S., 1997).

Záměrem napravování chyb není zkoumání a hodnocení ostatních, ale ani ospravedlňování bezpráví, kterého se ostatní dopustili na dotyčném. Stejně tak není cílem popírání problémů, které existovaly a existují. Cílem je zabránit minulým konfliktům, aby zatěžovaly přítomnost. A pokud mají tyraní z minulosti nad dotyčným stále moc, pak by měl vědomí své hodnoty čerpat přímo od Boha (Kathleen S., 1997).

Osvobození od nahromaděných chyb zlehčuje i míru provinění ostatních na nás a pomáhá v prosazování vlastních požadavků. Uzdravování je nutné aplikovat v praxi, aby se přijaté ideály staly podstatou vlastních životů, devátý krok ukazuje cestu, jak sjednotit to, čím člověk je, s tím, v co věří, neboť „víra bez dobrých skutků je mrtvá“ (Kathleen S., 1997, 111).

X) Krok desátý

Pokračovali jsme v osobní inventuře, a když jsme se zmýlili, hned jsme si to přiznali.

Zatímco prvních devět kroků bylo přípravou na nový život, desátý je prvním krokem tohoto nového života. Je prověrkou v praxi, zkouškou ohněm, do jaké míry byla dosavadní duševní obroda činěna upřímně, svědomitě a důkladně. Člověk v běžném životě průběžně sleduje vlastní přednosti a nedostatky, poznává změny, které nový přístup k životu přináší. Je nezbytné, aby se sebezpytování stalo nedílnou součástí každodenní reality (12 kroků a 12 tradic, 2000).

Podobně jako piják, když vystřízliví, prožívá kocovinu, prožívá nyní abstinující alkoholik kocovinu morální, neboť teprve teď si díky očistě myslí uvědomuje skutečné dopady předchozích skutků. Tento krok je náročný na trpělivost, prověřuje hloubku získané pokory a schopnosti odevzdávat svůj osud do rukou vyšší moci. Závislému je připomínáno pravidlo, že základem je nepít dnes a že zítra se uvidí (12 kroků a 12 tradic, 2000). „Desátý krok je krokem právě zde a právě teď.“ (Kathleen S., 1997, 127).

XI) Krok jedenáctý

Pomocí modliteb a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý vztah k Bohu, tak jak Ho my sami chápeme, a modlili jsme se jen za to, abychom poznali Jeho vůli a našli sílu ji uskutečnit.

Nezbytnou součástí prevence relapsu a vytváření protistresových strategií je duševní relaxace. Modlitby (vzhledem k absenci konkrétního Boha a rituálů jde spíše o předávání svých problémů vyšší moci a utvrzování se v pokoře), respektive meditace jsou jejich nedílnou součástí.

A pokud se podaří propojit modlitby s meditacemi a sebezpytováním, které se člověk naučil v předchozích krocích, lze vybudovat neotřesitelné základy, na nichž lze vystavět celý život (12 kroků a 12 tradic, 2000).⁷

XII) Krok dvanáctý

Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili, snažili se předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto zásady ve všech svých záležitostech.

Uskutečnění všech kroků by mělo přinést duchovní probuzení. Člověk by měl být vyrovnán se sebou i okolím, schopen přijímat lásku stejně jako ji nezištně dávat. Chápe, že skutečně nejvzácnější dary jsou skutečně zadarmo, a on jeden z nich právě dostal. Je poctivý, snášenlivý a nesobecký, dosáhl stavu tzv. „vnitřní střízlivosti“ (12 kroků a 12 tradic, 2000, 97).

A dar, který dostal, může ještě rozmnožit tím, že bude pomáhat ostatním bez očekávání protihodnoty, neboť samo dávání mu bude přinášet odměnu největší (12 kroků a 12 tradic, 2000).

A poznání efektivity takového životního přístupu povede k uplatňování jeho zásad ve všech sférách jednání jedince. Je to cesta velmi zdlouhavá, plná nástrah a případných zklamání, zvláště pokud si člověk po prvních úspěších nasadil růžové brýle, je však nezbytnou součástí pokračujícího duchovního růstu (12 kroků a 12 tradic, 2000).

Čablová (2012) oceňuje svépomocné skupiny především kvůli schopnosti oslabit pocity izolace, vzájemné emocionální podpoře a dodávání pocitu vlastní hodnoty skrze pomoc druhým, Pešek, Kotrbová, Masár, Vurm (2006) přidávají ještě získávání sociálních a

⁷ V knize 12 kroků a 12 tradic (2000) je rovněž podrobný návod, jak medитovat, stejně jako doporučení, jak si vybrat modlitbu, která by byla pro člověka nejvhodnější.

psychologických dovedností, změnu a posílení sítě kladných sociálních vztahů, soustavné posilování motivace, urychlení procesu přijetí problému a oslabení pocitu stigmatizace. Nešpor a Csémy (1996, 110) oceňují především důraz na 24 hodinový program abstinence (heslo „Abstinuj právě dnes“), řešení problémů v závislosti na jejich důležitosti („Nejdůležitější nejdříve“), optimismus a vyhýbání se stresu („Jde to snadno“), poskytování vzorového chování vedoucího k abstinenci („Napodobuj, až uspěješ“) a schopnost předávat své starosti vyšší moci („Předej to dál“), Pešek, Kotrbová, Masár, Vurm (2006) pak ještě důraz na emoční podporu, pozitivní myšlení a především pravidlo Sedm vhodné pro začátečníky, tedy doporučení navštívit v sedmi dnech sedm setkání. Kognitivní analýza meetingů AA jako formy skupinové terapie pak odhalila tyto pozitivní aspekty- členství ve skupině (vědomí sounáležitosti), emoční podporu, pomoc druhým, sebereflexi, sebeprojevení a odreagování, zpětnou vazbu, náhled na nemoc, získání nových dovedností a práce s recidivou, která je vnímána z pohledu hnutí jako forma získání zkušenosti nejen pro recidivujícího jedince, ale pro celou skupinu (Pešek, Kotrbová, Masár, Vurm, 2006).

Wallace (1999) popisuje ústřední body 12krokové metody přenositelné i na léčby jiných onemocnění- přijetí bezmocnosti, snížení pocitů viny a studu díky identifikaci lidí s obdobnými problémy, pochopení nutnosti abstinence, spiritualita jako kompenzace přiznané bezmoci, uvědomění, sebepoznání a sebekritika a přijetí zodpovědnosti za vlastní život navzdory přiznané bezmoci vůči nemoci. Nowinski (1999) uvažuje o programu 12 kroků jako o doprovodném terapeutickém programu v časných fázích léčby závislosti, kdy je terapeut pouze facilitátorem.

2. 2. 4. Narativní psychoterapie

V souvislosti s praxí skupinových sezení a sdílení zkušeností v organizaci AA nelze nezmínit několik principů, ze kterých vychází jeden z psychoterapeutických směrů, konkrétně narativní psychoterapie.

Základem narativní psychoterapie je sociálně konstruktivistické paradigma, dle kterého je realita sociálně konstruována pomocí jazyka, strukturována a udržována pomocí vyprávění a že neexistují žádné neměnné pravdy (Freedman, Combs, 2009).

Freedman a Combs (2009) odkazují na Foucaulta a Brunera a jejich tvrzení, že vládnoucí síla si udržuje moc pomocí vyprávěných metapříběhů či dominantních příběhů, které si

jedinci zvnitřňují⁸. Potíž pak dle Whitea (1991, in Freedman a Combs, 2009) nastává, pokud je tento dominantní příběh v kolizi s jejich preferovanými. A jelikož se o abúzu návykových látek dá hovořit jako o určité formě sociální deviace a tudíž nonkonformity s většinovým příběhem, lze předpokládat, že by tato forma psychoterapie mohla být pro závislé nejvíce přijatelná.

Základními pilíři narativní psychoterapie jsou pak dekonstrukce příběhu, jeho externalizace a následné rozvíjení, které má klienta dovést k vytvoření alternativního náhledu a přístupu k životu (Freedman, Combs, 2009), tedy prvky obsažené i ve skupinových sezeních AA. Dotyčný si může v prostředí osob se stejnou zkušeností dekonstruovat vlastní příběh, vidět jej nikoli prizmatem sociálního konformismu, ale prizmatem lidí se stejným problémem, ztotožňováním svého příběhu s příběhy jiných jej externalizovat a následně v rámci společenství za pomoci dvanáctikrokové terapie, opět formou vyprávění a rozebírání životních příběhů, vytvářet náhled a rozvíjet alternativní příběh.

2. 3. Porovnání obou přístupů

Porovnání obou výše zmíněných přístupů k léčbě závislostí má četná omezení. V českých podmínkách především není léčba ve svépomocných skupinách stále odbornou veřejností reflektována jako plnohodnotná samostatná metoda léčby závislostí, a to navzdory tomu, že Nešpor a Csémy (1996) i Řehan (2007) přiznávají AA překvapivě velké úspěchy. Nešpor a Csémy (1996, 106) dokonce označují vznik AA za „revoluci v medicíně, která není dosud plně doceněna“.

Kvalitativní výzkumy srovnávající přínosy obou typů léčby se tak objevují spíše v závěrečných diplomových pracích, na výrazný deficit kvalitativních studií v adiktologii upozorňuje opakovaně i Miovský (2001, 2003).

Kvantitativní výzkumy se v české perspektivě zaměřují především na průběh ústavní léčby. Vymětal (1999, in Unger, 2006) zkoumal osobnostní změny závislých v průběhu léčby z pohledu rogersovských charakteristik a zjistil pozitivní změny v podobě příznivějšího sebepojetí včetně nárůstu tolerance a schopnosti zvládat vnitřní rozpory, větší sebedůvěry, zvýšení sebekongruentních zkušeností a úbytku pocitů insuficience. Kubička a

⁸ Tento pohled není spojen výhradně s jedním psychologickým směrem, narativní pojetí přejala například i současná psychoanalýza (Kernberg, 1995).

Csémy (2003, in Unger, 2006) provedli v léčebně v Praze-Bohnicích dotazníkové šetření léčených žen a následně faktorovou analýzou odhalili šest komponent. Ocenění léčby se u pacientek v jejím průběhu téměř neměnilo, pouze mladší pacientky ve věku 16-25 let oceňovaly léčbu méně. V průběhu léčby došlo k nárůstu náhledu na nemoc, integraci ega (cílevědomosti), sebedůvěry a komunikativnosti pacientek. Zároveň došlo k poklesu dysforických stavů úzkosti a depresivní nálady.

V zahraničí je tomu přesně naopak. Zkoumání efektivity různých přístupů včetně léčby svépomocí je věnováno nemalé úsilí⁹, avšak především v literatuře pocházející z USA, která v materiálech týkajících se výzkumů na toto téma jednoznačně převažuje, se lze setkat s jinými úskalími. Předně jde o to, že v USA jsou základem ústavní léčby participace AA a profesionální programy vycházející z metody 12 kroků tohoto hnutí, které jsou zároveň dominantními a převažujícími přístupy této léčby (Research Refines Alcoholism Treatment Options, 2000), porovnávat jejich principiální odlišnosti tak ztrácí význam. Koncept původně vypracovaný hnutím AA navíc převzalo mnoho dalších organizací fungujících na podobném principu, např. Women for Sobriety, 16 Steps, Rational Recovery, Secular Organization for Sobriety, Self-Management and Recovery Training (SMART Recovery), které se některých principů (např. spirituality) otevřeně zřekly, nebo se proti nim vyloženě vymezují, nebo které výrazně modifikovaly dokonce samotný původní základ metody hnutí AA, kterým je dvanáctikrokový program (Millerová, 2011). Při hodnocení zahraničních zkušeností s tímto typem léčby tak lze hovořit maximálně o organizacích fungujících na principu dvanácti kroků, nikoliv o hnutí AA, které je předmětem této práce.

I tak se ale následující řádky pokusí popsat alespoň některé z výzkumů hodnotící metodu hnutí AA nebo zkoumající efektivitu různých přístupů při léčbě závislosti.

O studii realizované americkou NIAAA, která se zaměřila na hledání typu léčby nejvíce reflektujícího potřeby klientů, již byla řeč výše.

Klientům (studie se zúčastnilo na 1720 léčených osob) byl nejdříve náhodně vybrán jeden ze tří typů léčby-kognitivně-behaviorální terapie, technika posilování motivace a program založený na 12 krocích. Pak byli rozděleni do dvou skupin, z nichž jedné byla poskytnuta ambulantní léčba a druhé intenzivnější ústavní léčba s následnou ambulantní formou doléčování. Výsledky byly získány po jednom roce od obou skupin a po třech letech od skupiny ambulantních pacientů. Výsledky vykazovaly minimální odlišnosti u

⁹ Jen v databázi Google. scholar je možné nalézt přes 32 800 odkazů na výzkumy týkající se léčby v AA.

jednotlivých typů léčby, pouze ve 4 z 21 zkoumaných charakteristik byly zjištěny rozdíly, a to u míry závislosti u první skupiny, psychopatologie a míry hněvu u druhé a u sociální sítě podporující abstinenci u obou (Research Refines Alcoholism Treatment Options, 2000). Efektivita typů léčby byla přibližně stejná, pouze pacienti nevykazující známky psychopatie, kteří absolvovali 12 krokový program, dosahovali o něco lepších výsledků (Nešpor, 2003).

Research Refines Alcoholism Treatment Options (2000, in Unger, 2006) uvádí, že profesionální programy s participací AA jsou obecně spojovány s lepšími výsledky léčby, že by však samotný program AA bez odborné léčby automaticky vedl ke zlepšení, ale nepotvrdilo.

Quimett a kol. (1997, in Unger, 2006) hodnotil 15 léčebných programů, kterými prošli veteráni vietnamské války, a dospěl k závěru, že ti, kteří prošli programem 12 kroků, se častěji stávali abstinenty než absolventi kognitivně-behaviorálních nebo smíšených programů. Zde je však třeba mít na paměti, že např. dle Vaillanta (1996) jsou vietnamští veteráni stejně jako třeba členové motorkářských gangů specifickou skupinou osob, u nichž je abúzus (dle klinických hledisek často patologický) vázán na situační kontext, po jehož změně dochází k vymizení abúzu.

Morgenstern a kol. (1997, in Research Refines Alcoholism Treatment Options, 2000) odhalil 5 faktorů souvisejících s větší úspěšností léčby, které se objevují výrazněji u osob docházejících na AA-soběstačnost, závazek k abstinenci, kognitivní a behaviorální coping a primární vyhodnocení škody v průběhu pití.

Marques a Formigoni (2001, in Unger, 2006) po zkoumání 155 pacientů zjistili, že skupinová a individuální forma ambulantní kognitivně-behaviorální terapie se ve výsledcích neliší.

Doyle a kol. (2003, in Unger, 2006) porovnávali irské pacienty prodávající ústavní a komunitní léčbu zaměřenou na rodinnou terapii. Zjistili, že ústavně léčení pacienti v konečném součtu abstinují více, ale že komunitně léčení po jejím skončení pijí méně.

Cloud, Ziegler a Blondell (2004) prokázali na studii osob, které prodělaly léčbu závislostí, že podíl AA na procesu doléčování pomáhá zvyšovat počet střízlivých dní minimálně v prvním roce po ukončení léčby.

Zemore (2007) na základě ročního výzkumu mezi závislými v Kalifornii prokázal pozitivní korelaci mezi vyšší mírou spirituality a větším počtem dní abstinence u osob participujících na 12 krokových programech, z čehož vyvozuje, že spiritualita a duchovní obrození přispívají k uzdravení z alkoholismu.

Kelly a kol. (2009) porovnává účinnost metody dvanácti kroků s ostatními přístupy (především s kognitivně-behaviorálním přístupem a technikou posilování motivace) a dokládá, že s odstupem jednoho, resp. tří let jsou 12 krokové metody nejen účinnější, ale také výrazně levnější.

A konečně Dennis, Scott a Laudet (2014) porovnávali několik forem následné péče, přičemž doléčování po telefonu vykazovalo v prvních třech měsících nejen větší počet střízlivých dní, ale také menší výskyt symptomů souvisejících se závislostí, než ambulantní terapie a léčba ve svépomocných skupinách, nicméně po 4, resp. 6 měsících po ukončení léčby byly výsledky všech tří forem následné péče již stejné. Prezентují rovněž výsledky longitudiálních studií trvajících 9 let i déle, dle kterých účast ve svépomocných programech redukuje užívání návykových látek u všech dospělých, dospívajících i časně dospělých. Důvod vidí ve třech faktorech-změně sociálního prostředí, spiritualitě a institutu sponzorství.

Praktická část

3. Plán výzkumu

3. 1. Výzkumný problém

Z výše uvedených poznatků vyplývá několik závěrů, či spíše zobecnitelných charakteristik. Osoba závislá na návykových látkách pochází z neúplné rodiny s oslabenými mezigeneračními hranicemi, s abúzem návykových látek v rodinné anamnéze a výraznou predispozicí k osobnostním poruchám, což zpětně vypovídá o nefunkčnosti či konfliktech v primární rodině stejně jako předpokládaná příčina abúzu, tedy snaha kompenzovat si poruchy blízké vazby (bondingu) a obsažení (containmentu).

Emoční vývoj je nezralý či narušený, prožívání či vyjadřování emocí ztíženo, s častými sklony k projekci, což vede k interpersonálním konfliktům, neschopnosti navázat plnohodnotný vztah a celkově pak přiměřeně fungovat v běžných sociálních mantinelech. Vnímání sebe sama je narušené, výrazné jsou sklony k disociaci. To vše vytváří konflikt, který je ještě umocněný tendencí k negativním strategiím zvládnání stresu.

Tyto problémy jsou řešitelné buď podrobením se ústavní léčbě, jejímž cílem je stabilizace stavu jedince, získání náhledu na nemoc a motivace ke změně způsobu života a nápravě doposud způsobených škod. U případů s výskytem vážnějších poruch sociálních vztahů, maladaptivních vzorců chování či osobnostních či emočních poruch je vhodnější pobyt v komunitě, který zprostředkovává nácvik sociálních dovedností, odžití si emočních traumat způsobených narušeným vývojem a poskytuje kompenzaci pevné vazby a obsažení v podobě komunitního společenství.

Léčba svépomocí má potom význam jako doplněk doléčovacího programu, který může zvýšit počet dní abstinence a který je vhodnější spíše pro osoby, u nichž se nevyskytují projevy psychopatie.

Zjistit, zda jsou tyto závěry učiněné na základě shrnutí teoretických poznatků o problému relevantní, bude cílem tohoto výzkumu.

3. 2. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Primárními cíli střednědobé ústavní léčby závislosti je tedy (kromě stabilizace aktuálního stavu) dovést závislého k získání náhledu na nemoc, dlouhodobé změna maladaptivních vzorců chování, sociální rehabilitace a celková změna osobnosti závislého jedince. Přitom

léčba svépomocí zahrnuje bezpodmínečné přijetí závislosti nejen v rámci prvního kroku, ale de facto v rámci každého setkání, kdy se dotyčný představuje nejen křestním jménem, ale i druhem své závislosti. Program dvanácti kroků pak má sloužit jako průvodce na cestě k postupnému duševnímu uzdravení. První výzkumná otázka zní: *Jaké jsou klady a zápory obou typů léčby?*

V teoretické části se rovněž objevily informace o narůstajícím počtu osob s duální diagnózou. Tento trend vyvolává v odborné veřejnosti rozporuplné reakce. Millerová (2011) upozorňuje právě s ohledem na výskyt duálních diagnóz na jeho omezení či dokonce rizika. Příkladem lze uvést možný důraz na absolutní abstinenci, která může být v rozporu s užíváním léků u duálních poruch, nebo přístup zaměřený výhradně na závislost na alkoholu, díky kterému se osoby mající více základních problémů mohou cítit diskriminované. Jak se na to dívají samotní závislí? Druhá výzkumná otázka tedy zní: *Je léčba v AA vhodná i pro osoby s duální diagnózou?*

Dále se v teoretické části píše o výzkumech potvrzujících význam svépomocných programů jako formy doléčování umožňující zvýšit počet dní abstinence s tím, že prospěšnost těchto programů bez profesionální léčby se nepotvrdila, nebo jako formy facilitace v průběhu profesionální léčby. Stejně tak se uvažuje o profesionálním terapeutovi jako o facilitátorovi léčby probíhající v AA (Nowinski, 1999; Řehan, 2007). Třetí otázka tedy zní: *Je léčba svépomocí, tak jak ji nabízí hnutí AA, použitelná i jako alternativa léčby ústavní či dokonce jako forma krizové intervence první volby?*

Výzkumné otázky: 1. Jaké jsou klady a zápory obou typů léčby?
2. Je léčba v AA vhodná i pro osoby s duální diagnózou?
3. Je léčba svépomocí, tak jak ji nabízí hnutí AA, použitelná i jako alternativa léčby ústavní či dokonce jako forma krizové intervence první volby?

4. Popis zvoleného metodologického rámce

Pro výzkum, který je součástí této práce, byl zvolen kvalitativní přístup. Výhodami tohoto přístupu je jeho schopnost postihnout jedinečnost a neopakovatelnost fenoménů (Miovský, 2006), které se v psychologii vyskytují častěji než v jiných oborech (Cole, 1997, in Miovský, 2006). Dalším přínosem kvalitativního přístupu je pak jeho kontextuálnost, díky které lze zdůraznit skutečnost, že jen málo pravidel a zákonitostí lze v psychologii

zobecnovat. Kvalitativně zaměřený výzkum rovněž umožňuje postihnout procesualnost a dynamiku jevů a především dokáže reflektovat nejen vzájemnou interakci výzkumníka a zkoumaného děje a jejich vzájemné ovlivňování (Mioviský, 2006), ale i odhalit a popsat fenomény, které by strohá řeč čísel zachytila jen stěží nebo nezachytila vůbec.

Pokud je výše uvedené přínosem v psychologii či adiktologii obecně, pak pro zkoumání takového jevu, jakým je kvalita léčby závislostí z pohledu léčených osob, to platí dvojnásob. Neboť vnímání přínosu konkrétní léčby pro konkrétního člověka je zkušenost ryze subjektivní, jedinečná a neopakovatelná, neodmyslitelně spjatá se situačním kontextem, ve výzkumu závislosti a jejího průběhu nelze opomíjet její procesualnost a dynamiku a osobní reflexe těchto dějů zúčastněnými je pak prvotním cílem samotné práce.

4. 1. Typ výzkumu

Jako nejvhodnější typ kvalitativního výzkumu, který by dokázal zhodnotit prospěšnost jednotlivých typů léčby, byla zvolena případová studie. V centru pozornosti tohoto typu výzkumu je případ (Mioviský, 2006), resp. fenomén, který se pohybuje v určité vymezené hranici a v daném kontextu (Miles a Huerman, 1994, in Mioviský, 2006).

A právě takový případ či fenomén, tedy osoba závislá na alkoholu, hledající nejužitečnější formu pomoci, je předmětem tohoto výzkumu. Výzkum sám se pokusí prozkoumat jednotlivé případy a odhalit případné společné prvky, kterými mohou být situační kontext, aktuální subjektivní potřeby nebo typické postoje, na základě kterých lze formulovat požadavky na nejvhodnější typ léčby a postihnout klady a zápory poskytované pomoci.

4. 2. Metody získávání dat

Ve výzkumu byly použity tři metody získávání dat. Nejprve účastníci nakreslili čáru života, posléze pomocí ní popsali svůj život v průběhu narativního rozhovoru a nakonec odpověděli na pět otázek.

4. 2. 1. Čára života

Jako doplňková technika byla použita čára života. Tato původně projektivní technika s diagnostickým potenciálem (Blatný, Vlčková, 2005) zde byla využita jako podklad

narativního rozhovoru umožňující dotazovanému lepší orientaci v životním příběhu a snazší vyznačení důležitých událostí.

Blatný a Vlčková (2005) rozlišují 5 prototypů čáry života na základě hodnocení jejího tvaru, 2 prototypy na základě hodnocení jejího celkového grafického pojetí a 2 druhy na základě hodnocení její členitosti. Samostatnou kapitolou v jejich kategorizaci je potom umístění první významné životní události. Chrz a Čermák (2005) vytvořili dle typů čar života následující základní kategorie- plánovaný zisk s očekávaným rizikem, pozvolný vzestup, moratorium, životní krize- malé ztráty a rychlé zotavení, životní krize- pády a vzlety, trvalý sestup a metanoia (proměna).

Práce se pokusí porovnat získané čáry života s výše zmíněnými kategoriemi a posoudit shodu charakteristik vázaných na jednotlivé typy s poznatky získanými o účastnících výzkumu.

4. 2. 2. Narativní rozhovor

Asi největším dilematem celé práce vzhledem k jejímu zaměření, kterým je komparace dvou léčebných přístupů, bylo, zda se nesoustředit výhradně na zkušenosti účastníků s těmito přístupy a například formou strukturovaného či polostrukturovaného interview- nezpracovat pouze tyto úseky jejich životů a jejich názory na prodělané léčby. Problematika závislosti je však natolik komplexní záležitostí, že ji nelze vytrhnout z životního či situačního kontextu, ani pominout její příčinu a vývoj. Jakkoli tematicky zúžená práce by nebyla schopna zachytit příčinu a pozadí osobních postojů a prezentace souhrnu osobních názorů bez bližšího porozumění osobním příběhům by snižovala výpovědní hodnotu získaných dat.

Dalším důvodem, proč byl zvolen narativní rozhovor, byla snaha o co nejautentičtější zachycení postojů a názorů účastníků výzkumu, tedy snaha nechat jen na nich, o čem chtějí mluvit, a která fakta a události považují osobně za důležité. Apriorní zaměření na některou oblast by zachycení této subjektivně přiřazované důležitosti mohlo komplikovat.

4. 2. 3. Otázky

Jelikož nebylo zřejmé, zda se metodou narativní rekonstrukce podaří shromáždit dostatek relevantních informací potřebných k zodpovězení výzkumných otázek, bylo účastníkům výzkumu v závěru šetření položeno ještě pět konkrétních otázek majících

zjistit přímo jejich názor na zkoumaný problém. Znění otázek bylo vytvořeno na základě informací získaných během předvýzkumu v organizaci AA.

Otázky položené v závěru šetření účastníkům výzkumu jsou následující:

1. Co mi alkohol dal a vzal?
2. Co jsem pochopil v léčbě?
3. Co jsem pochopil v AA?
4. Co bylo zlomem v mé závislostní kariéře?
5. Jak jsem viděl své problémy v době, kdy jsem pil, a jak je vidím nyní?

4. 3. Průběh šetření

Šetření samotné probíhalo v olomoucké a brněnské organizaci AA. Jeho součástí byl předvýzkum, jehož účelem bylo sladění ideového plánu výzkumu s reálnou situací.

4. 3. 1. Předvýzkum

Předvýzkum samotný probíhal formou účasti na skupinových setkáních hnutí AA a rozhovory s jejich účastníky. Dle Miovského (2001) by měla být cílem předvýzkumu mimo jiné identifikace relevantních oblastí výzkumu a korekce chybně nastavených otázek pro interview. Tento účel splnil předvýzkum dokonale, díky němu se podařilo například odstranit otázky týkající se případné překážky, kterou může tvořit deklarovaná spiritualita a odkaz na Boha, neboť bylo evidentní, že tento aspekt nehraje ve vnímání členů organizace žádnou roli.

Stejně tak vedl předvýzkum k upuštění od zkoumání možnosti kombinace docházky na AA s některou z forem odborné léčby, ze slov a reakcí účastníků setkání bylo zřejmé, že docházení na meetingy považují za plnohodnotnou formu doléčování (a někdy i za něco více, například za formu realizace osobního růstu či duchovní obrody, atd.), z jejich až dichotomického dělení „střízlivosti“, které dosahují díky AA, a „abstinence“, která je direktivně vnučována v léčebnách, bylo cítit, že profesionální léčbu a docházení do AA vnímají jako dva odlišné protipóly.

4. 3. 2. Výzkum

Samotný výzkum probíhal v prostorách olomouckého P-centra, konkrétně v místnosti pro pořádání setkání, nebo v domácích prostorách. Účastníci výzkumu projeví až neuvěřitelnou vstřícnost a byli ochotni dojíždět kvůli výzkumu do Olomouce, ačkoli byla jejich bydliště například v Letovicích nebo v Jeseníku.

Účastníci nejprve nakreslili svou čáru života, na základě které popsali svůj dosavadní život. Otázky v této fázi byly pouze doplňující. Po skončení vyprávění životního příběhu a jeho následném převyprávění ze strany autora výzkumu za účelem zajištění dostatečné míry autenticity byli respondenti požádáni o písemné zodpovězení otázek s tím, že jim bylo poskytnuto libovolné množství času. Písemná forma byla zvolena proto, aby se účastníci necítili pod tlakem a mohli si odpovědi dostatečně rozmýšlet.

4. 4. Metoda zpracování a analýzy dat

Rozhovor s účastníky výzkumu byl v průběhu interview zapisován a následně přepsán do podoby narativní rekonstrukce a dán probandům k posouzení autenticity. Během tohoto prepisu došlo k redukci prvního řádu, v důsledku níž byly z textu odstraněny všechny části textu nesdělující informaci související s výzkumem. Samotná narativní rekonstrukce byla provedena v ich formě s využitím vlastních slov probandů.

Při následné práci s textem byla užitá interpretativní obsahová analýza, tedy „analýza zkoumající implicitní obsahy skryté v textu či jeho formě“ (Plichtová, 1996, in Miovský, 2006, 240). Využit byl teoretický přístup, základní kategorie životního příběhu, kterými jsou dětství, dospívání a dospělost, vznik a vývoj závislosti a nakonec snahy o léčbu, byly vytvořené předem a přiřazování do kategorií probíhalo až na základě vytvoření tohoto systému (Miovský, 2006). Do těchto základních kategorií byly přiřazeny jednotlivé části textů, ze kterých byly později vybrány jako subkategorie nejdůležitější události. Při tomto přiřazování byl text zestručněn a převyprávěn se zaměřením na podstatné okamžiky, vlastní slova probandů byla vkládána za účelem co nejdůležitějšího zachycení daných momentů (v textu jsou vyznačena kurzívou).

K takto seřazeným informacím byly přidány odpovědi na otázky položené v závěru výzkumu a celý text byl analyzován metodou zachycení vzorců. Následně bylo provedeno celkové shrnutí informací relevantních k tématu práce, tedy souvisejících se vznikem a vývojem závislosti a především s konkrétními přínosy jednotlivých typů léčby a jejich subjektivním vnímáním ze strany probandů. Text byl následně doplněn prostým výčtem kladů a záporů jednotlivých typů léčby, tyto výčty pak byly u jednotlivých probandů srovnávány. Celkový souhrn informací byl ještě doplněn analýzou čáry života.

4. 4. Etické problémy a jejich řešení

Všichni účastníci výzkumu byli seznámeni se svými právy. Ochrana osobních dat a citlivých údajů byla vzhledem k pravidlům organizace AA, dle kterých je anonymita duchovním základem všech tradic, provedena už během výzkumu samotného, když všichni probandi uváděli pouze svá křestní jména. Nicméně i tak byla vzhledem k citlivosti osobních dat tato uchovávána a zpracována pod pseudonymy. Poněkud oříškem se potom stal podpis informovaného souhlasu, který byl v rozporu s obojí snahou o ochranu dat, nicméně po konzultaci s probandy bylo dohodnuto, že souhlas podepíší svými pseudonymy.

Daleko větším problémem se však jevilo dodržení etické zásady především nepoškodit. Rozebírání často mimořádně traumatických zážitků z minulosti nemusí být příjemné, nicméně dlužno dodat, že vše probandi zvládli statečně, bylo zřejmé, že jsou zvyklí z léčeben i ze setkání AA otevřeně hovořit i o svých intimních problémech. Jedna z účastnic dokonce uvedla, že jí převyprávění vlastního života pomohlo odhalit doposud neuvědomované souvislosti týkající se její závislosti.

5. Soubor

Výzkumný soubor byl vybrán metodou záměrného (účelového) výběru. Požadovaným kritériem byla závislost na alkoholu a její léčba jak ústavní formou, tak docházením do AA. Soubor tvoří dvě ženy a dva muži, dvě osoby závislé pouze na alkoholu a dvě s kombinovanou závislostí (na benzodiazepinech a pervitinu). Dvě osoby jsou bez psychiatrické anamnézy, dvě s duální poruchou (jedná se o schizofrenii a bipolární afektivní poruchu). Vytvoření souboru s padesátiprocentním podílem osob s duální diagnózou bylo navzdory potenciálnímu snížení reprezentativnosti výzkumného souboru vedeno snahou jednak reflektovat soudobý trend nárůstu těchto poruch mezi závislými, jednak získat dostatečný materiál pro zodpovězení třetí výzkumné otázky, které by mohlo být- pokud by byly informace získávány pouze od jednoho člověka- ohroženo zkreslením. Tři osoby abstínují relativně krátce, v řádu měsíců či let, jedna se pyšní osmiletým životem bez drog a alkoholu. Kombinovaná závislost a duální porucha se projevuje vždy u jedné

ženy a jednoho muže, druhá žena a druhý muž jsou bez těchto symptomů, práce je tedy potenciálně schopna (byť na velmi omezeném souboru osob) porovnat, jak osoby prožívají stejné symptomy v závislosti na pohlaví nebo naopak, jak se stejná diagnóza projevuje u osob stejného pohlaví v závislosti na výskytu dalšího abúzu či přidružené psychické poruchy.

6. Výsledky

V této kapitole jsou shrnuta výsledná data vytvořená na základě proběhlého šetření. Nejdříve je u každého probanda provedena analýza čáry života, následně narativní rekonstrukce jeho životního příběhu, poté je soubor doplněn přepisem odpovědí dotazovaných na položené otázky. Shrnutí představované taxativním výčtem kladů a záporů obou léčebných přístupů z pohledu probandů pak kapitoly věnované jednotlivým účastníkům výzkumu uzavírá.

6. 1. Antonín

Věk 30 let, závislost na alkoholu a pervitinu, diagnostikována schizofrenie.

6. 1. 1. Analýza čáry života

Křivka pana Antonína je zakreslena v rovině, modrou barvou, s několika výkyvy. Chronologicky první a svou velikostí třetí se vztahuje k úmrtí otce v sedmi letech, další, tentokrát menší, k začátku alkoholového abúzu v patnácti letech. Ten je následován v pořadí druhým největším výkyvem, kterým je propad na dno v důsledku alkoholové závislosti, a největším výkyvem vůbec symbolizujícím začátek pervitinového abúzu. Pomyslným vrcholem tohoto výkyvu je propuknutí schizofrenie, následuje návrat k původnímu stavu značící hospitalizaci a stabilizaci stavu. Druhá část životní křivky popisující abstinentský život po propuknutí onemocnění je poměrně rovnoměrná se sérií malých a velikostí podobných výkyvů.

V pojetí Chrze a Čermáka (2005) lze první část křivky zařadit do žánru životní krize-pády a vzlety, druhou část do žánru životní krize-malé ztráty a rychlá zotavení. První žánr

je typický pro osoby, jejichž „.. negativní emoce vzniklé následkem životních krizí dosahují výraznější hloubky a intenzity, což s sebou nese větší zranitelnost včetně možnosti depresivního prožívání. Důležitým prvkem tohoto žánru je však také schopnost nevzdávat se, bojovat a začínat znovu“ (Chrz, Čermák, 2005,5). Druhý žánr je typický pro osoby, u kterých „nedosahují negativní emoce výraznější hloubky a v důsledku efektivních strategií zvládnání snadno mizí a prožívání se rychle navrácí k předcházejícímu emocionálnímu ladění. Negativní emoce jsou zde ztvárněny jako něco, z čeho se člověk takřikajíc snadno otřepe (Chrz, Čermák, 2005, 5).

Dle tvaru životní křivky v pojetí Vlčkové a Blatného (2005) odpovídá křivka pana Antonína asi nejvíce poslednímu typu, tedy členité, v rovině umístěné křivky. Dle grafického pojetí se jedná spíše o typ s dodatečným dokreslováním, dle členitosti jde o členitou čáru s členitostí rovnoměrně rozloženou v linii životní křivky. První významná událost je umístěna do období školního dětství. Všechny tyto znaky jsou v kategorizaci Blatného a Vlčkové (2005) typické pro mladší ročníky, což v tomto případě odpovídá.

6. 1. 2. Narativní rekonstrukce

I. Dětství

Smrt otce

Ačkoli pan Antonín připouští, že se v rodině objevovaly problémy- *jednalo se hlavně o hádky rodičů, chlast a domácí násilí*- a že si dopad jím zmiňované události uvědomil až v pubertě, sám označuje za nejvýznamnější událost svého dětství smrt svého otce, který se zastřelil v opilosti, když bylo panu Antonínovi sedm let. Popisuje ji jako událost traumatickou, která jej poznamenala v dalších etapách jeho života: *Dost mě to zasáhlo, měl jsem pocit, jakoby mi ukradli dětství. Ostatní vrstevníci řešili fotbal, já smysl života, proč žít, když lidé okolo mě umírají. Byla to pro mě emoční a citová ztráta, předčasná dospělost. Ztratil jsem milovanou osobu, prázdnota zůstala, té se nedá zbavit.*

II. Dospívání a dospělost

Revolta, pocit vydědění, hledání dalších vyděděnců

K pocitu prázdnoty se v období dospívání přidal ještě hněv zaměřený proti společenskému pokrytectví a povrchnosti. Pana Antonína vedly ke hledání osob, se kterými by si rozuměl. *Hledal jsem stejně zraněné duše, stejně vyděděnce, jako jsem byl já.*

Hledal jsem rebely, co by se bouřili proti zažitým společenským konvencím, .. kteří byli stejně naštvaní jako já, nevěřili v systém, společnost.

Vyděděnost, samota, bezmoc, to jsou ty hlavní pocity, které mne tehdy doprovázely. A z toho plynoucí naštvanost. Hořel jsem a chtěl jsem, aby hořel svět okolo mě.

III. Vznik a rozvoj abúzu

Drogy jako forma úniku z reality

Prvotní příčinou užívání alkoholu a drog byla v případě pana Antonína potřeba spolu se stejně smýšlejícími uniknout z reality. *Alkohol, tráva, halucinogeny, to všechno nám mělo pomoci při hledání nějakého smyslu. Toužili jsme po okultním poznání, měli nakročeno k hledání nějakého smyslu ve světě, který jsem nechápal. Byl to nihilismus, absolutní nihilismus.*

Kýžený výsledek se ale nedostavoval, naopak, nespokojenost, původně zaměřenou proti společnosti, nyní začali členové party obracet proti sobě navzájem. *Střídal jsem party, vždy to skončilo tak, že jsme si navzájem nějak ublížili. Zranění spolu nedokážou vydržet, zranění způsobují další zranění. Dalším únikem se stalo násilí, začaly se objevovat myšlenky na sebevraždu. Začal jsem se realizovat v politice, v politických organizacích, šlo spíše o politická pseudohnutí. Bavilo mne na tom to násilí, mlácení lidí, oponentů. Spalovala mne citová vyprahlost, chtěl jsem něco cítit, alespoň tu bolest, cítil jsem obrovskou samotu, a to i v partě. Hodně jsem se zabýval myšlenkami na sebevraždu, tři nebo čtyři mí kamarádi v partě sebevraždu doopravdy spáchali.*

Rozvoj abúzu a pervitin jako prostředek stabilizace alkoholové závislosti

Konflikty se později přenesly i do osobního života, zde již svou roli sehrál nekontrolovaný rozvoj alkoholické závislosti. Pomocí v této situaci, v první chvíli účinnou, se stalo braní pervitinu. *Začal jsem brát pervitin, hlavně proto, že pít už absolutně nebylo pod kontrolou. Pervitin mi pomohl dostat pod kontrolu pití, dával mi pocit svobody. Díky němu jsem přestal pít a začal chodit do práce, dokončil jsem totiž učiliště a nastoupil do ocelárny jako odlévač oceli. Uklidnil jsem se. Problémy jsem nevyřešil, ale přestaly mi vadit. Přestal jsem být agresivní, lidé mě nepoznávali.*

IV. Pokusy o léčbu

Propuknutí schizofrenie, léčba v komunitě

Antonínovu toxickou kariéru ukončila týden po jeho dvaadvacátých narozeninách schizofrenie. Skončil nejprve v psychiatrické léčebně, potom v komunitě zaměřené na osoby se stejnou diagnózou. Nastala změna k lepšímu. *Poprvé jsem pocítil první zájem o svou osobu, zajímali se o mne lékaři, psychiatři a psychologové.* Po ukončení léčby se nastěhoval do Olomouce, kde začal vést normální život. *Mám rád normální život, běžnou, všední, každodenní realitu.*

AA jako prostředek prevence relapsu a forma pomoci ostatním

Z člověka bouřícího se proti společnosti se stal nakonec zakládající člen svépomocné organizace a člověk, který má potřebu pomáhat ostatním. *Jsem čistý již osm let, od alkoholu i od fetu, celých osm let bez relapsu. Díky AA jsem nezapomněl, jsem stále ve styku se závislými, takže jako připomínání závislosti to funguje, je to velká prevence relapsu i recidivy. I když to je až druhotný efekt, prvotním cílem založení AA byla má snaha pomoci ostatním.*

6. 1. 3. Odpovědi na otázky

1. Co mi alkohol dal a vzal?

Dal: Pocit svobody, nezávislosti a euforie, odboural stud a zábrany, sebevědomí, odvahu seznamovat se s novými lidmi, možnost někam patřit, vědomí sounáležitosti.

Vzal: Rodinu, přítelkyni, práci a hlavně čas. Osobnost- *Vzal mi sám sebe, udělal ze mě agresivní, naprosto šílenou loutku. Nevěděl sem, kde se probudím v jakém stavu, co jsem dělal, kde jsem byl, nic.*

2. Co jsem pochopil v léčebně?

Pan Antonín pochopil, že je závislý, nicméně nepřijal léčebný režim, spíše kvůli formě než obsahu. Vadilo mu, že jej nutí říkat jen to, co chtějí slyšet. A tak se místo aktivního zapojení do léčby jen přizpůsoboval, což ale nestačí, neboť slovy pana Antonína: *přestat pít prostě nestačilo, když myšlení zůstalo stejné.*

3. Co jsem pochopil v AA?

Pan Antonín pochopil, že závislost je důsledek, příčina je v jeho myšlení a jednání, které musí změnit. Pomohl mu důraz na 24 hodinový program a učení nápodobou: *V AA mi řekli, snaž se nepít 24 hodin, dneska nepiju a zítra se uvidí, viděl jsem lidi, co nepili roky a příklady táhnou.* Pochopil rozdíl mezi abstinencí a střízlivostí: *Rozdíl mezi abstinencí a střízlivostí, abstinovat je takové nucené, hlavně se nenapít, ale střízlivost je volba, kdy kolem mě můžou lidé pít a mně to nevadí, ani se mě to nijak netýká, a hlavně se v tom*

netrápit, být spokojeny a šťastně střízlivý, protože pokud by mě to nebavilo, kašlu na to a chlastám. Přiznal si svou porážku v boji s alkoholem a rozhodl se přestat s ním bojovat.

4. Co bylo zlomovým okamžikem v mé závislostní kariéře?

Pan Antonín uvádí jako nejdůležitější tři-propuknutí schizofrenie, léčbu v komunitě, kde mu pomohli lidé (často i mezi terapeuty) se stejnou diagnózou a nakonec chození do AA.

5. Jak jsem viděl své problémy v době, kdy jsem pil, a jak je vidím teď?

V době, kdy pil, činil za své problémy zodpovědný okolní svět. Nyní si připouští, že podíl na nich měl jeho alkoholismus. Není naštvaný, řeší problémy v mezích svých sil a nebojí se říct o pomoc. Má zdravé sebevědomí, nadhled a pokoru před událostmi, které nemůže ovlivnit.

6. 1. 4. Shrnutí

Klady ústavní léčby: Společné léčení s osobami se stejným problémem, které tvořily i součást terapeutického týmu, v komunitě.

Zápory ústavní léčby: Tlak na myšlenkový konformismus v léčebně, kdy byli pacienti nuceni říkat jen to, co terapeuti chtějí slyšet, nevhodnost takového přístupu k osobám se závislostí, u kterých je podstatné změnit především myšlení.

Klady AA: Udržování abstinence, možnost pomáhat druhým, získání náhledu na závislost (je to důsledek, příčina je v myšlení a jednání člověka), 24 hodinový program, pochopení rozdílu mezi střízlivostí a abstinencí, přiznání si své závislosti.

Zápory AA: Nesděleny.

6. 2. Šárka

Věk 31 let, závislá na alkoholu, bez přidružené poruchy.

6. 2. 1. Analýza čáry života

Slečna Šárka nakreslila svou čáru života jako rovnou přímkou, významné události dodatečně dokreslovala pomocí barevných vlnovek. Pestré je i barevné rozlišování událostí, významné okamžiky jsou zaznamenány červeně, špatné černě, pozitivní události zeleně. Studium v cizím městě je zakresleno modře a samotná křivka života je hnědá.

V kategorizaci Chrze a Čermáka (2005,4) odpovídá tato křivka žánru moratoria „zmrazení“, kdy je „život akceptován jako něco, na co člověk nemá vliv a v čem je možné zdravě přežít bez velkých emocí, často však za cenu rezignace, pocitů absurdity, konformního přežívání a nereagování na životní výzvy“.

V kategorizaci Vlčkové a Blatného (2005) odpovídá tato křivka svým tvarem první prototyp, tedy rovnou přímkou, grafickým znázorněním druhý typ, který je typický pro mladší ročníky, členitostí spíše první typ, tedy výrazně členitou přímkou rovnoměrně rozloženou v linii životní křivky, rovněž charakteristickou pro mladší ročníky. První výrazná událost je umístěna v období předškolního dětství, což je rovněž typické pro osoby mladší.

6. 2. 2. Narativní rekonstrukce

I. Dětství

Časté stěhování, rozvod rodičů, vliv prarodičů (babičky) na výchovu

Rodiče slečny Šárky se rozvedli, když jí byly tři roky, a s matkou a sestrou se nastěhovala k prarodičům, kde měla vliv na jejich výchovu babička.

Nemoc, matčini přátelé, dobré vztahy s vrstevníky

U slečny Šárky se v dětství objevilo astma. Matka si stále hledala nové známosti, z některých měla Šárka strach, byť připouští, že byl bezdůvodný. O tom, za koho se nakonec matka provdá, rozhodla babička. Šárka jej přijala bez většího nadšení, že musela přijmout jeho jméno, aniž by se k tomu mohla vyjádřit, se jí dokonce dotklo.

II. Dospívání a dospělost

Stěhování, dům, pochopení formálnosti vztahu rodičů, vlastní život, první láska

Okolo dvanáctého roku začala Šárka chodit se svou pozdější dlouholetou známostí Matesem.

Jelikož se v domě Šárčiných rodičů vše odehrávalo v režii babičky a její rodiče se nemohli věnovat jeden druhému, rozhodli se pořídit si dům vlastní. Ani zde však na sebe neměli čas, tentokrát se museli starat o dům. Šárka hodnotí jejich vztah jako záležitost *spíše dohody než plamenné lásky. Ta chyběla z obou stran.* Podobně hodnotí i svůj vztah

k rodičům. *Vztah s otčímem byl chladný, nicméně pohodový, já od něho ani nějaké projevy lásky nevyžadovala, ty jsem nedostávala ani od matky.*

Šárka se začala realizovat v partě kamarádů, o kterých dodnes hovoří v superlativech a i dle všech objektivních kritérií se o žádnou závadovou partu nejednalo. *Po základní škole jsem přešla na gymnázium, jezdila s kamarády na vandry, tedy do přírody, vandry jsem striktně oddělovala od čundrů, které začínaly a zpravidla i končily v první hospodě. Chodila jsem do Junáku, byli jsme dobrá parta.*

III. Vznik a rozvoj abúzu

Prvních zkušeností s alkoholem

Poprvé se Šárka opila po maturitě, podruhé na Silvestra. Alkohol jí tehdy nic nepřinášel, jediné nevolnost.

Pravidelné pití, alkohol přináší zisky

Po maturitě začala Šárka studovat v Brně vysokou školu, s čímž souvisel i studentský život včetně alkoholových dýchánek. Alkohol jí začal přinášet zisky. *V prváku to bylo ještě v pohodě,.. Alkohol mě posiloval, uvolňoval. Ve druhé půlce druháku jsem již pila před začátkem parby, abych se rychleji dostala do nálady a zbytečně se nezdržovala opíjením se v jejím průběhu.*

První samotářské pití, první problémy

Ve třetím ročníku odjela Šárka jako au-pair do Anglie, plánovala rovněž udělat diplomový výzkum. Zde se u ní začalo objevovat samotářské pití, zpočátku nárazové. *Tam jsem začala pít hodně sama. Alkohol jí pomáhal v relaxaci. Byl to určitý druh relaxace, doma nebylo možné kvůli babičce si na chvíli sednout s knížkou, podívat se na film, kdykoliv přišla do pokoje, musel člověk něco dělat, neexistovalo, aby nedělal nic. Kdykoliv jsem pak chtěla odpočívat, měla jsem výčitky. A ty alkohol tlumil a zároveň mi poskytoval relaxaci a uvolnění. Objevily se první problémy v sociálním životě způsobené alkoholem. Jednou mi Mates poslal na ochutnání domácí slivku, a já ochutnávala tak dlouho, až jsem se vzbudila pozdě odpoledne a zjistila jsem, že obě děti mé hostitelské rodiny ještě nejsou vyzvednuté ze školky.*

Nedokončení školy, problémy ve vztahu, první fyzické příznaky závislosti

Po návratu do ČR se problémy v osobním životě stupňovaly. Šárka nedokončila školu, živila se příležitostnými pracemi, bydlela v podnájmech. Zkrachovalo společné bydlení s dlouholetým přítelem. *Matesovi jsem našla v Brně práci i bydlení,.. Jenže on se tam jen tak objevil od pondělí do pátku a pak utíkal zpátky k mamince, mě po něm vždy zůstala akorát nějaká přinesená láhev, ke které jsem si vždy něco přikoupila a zůstala s pitím sama.* Objevily se první fyzické příznaky závislosti. *Přišla první okénka, třesy, nevolnosti..měla jsem potíže se spánkem.* Přidaly se halucinace. Nakonec se vrátila domů a pila potají, což se jí ale nepodařilo, takže musela své problémy rodině přiznat. Rozhodla se nastoupit na léčení.

IV. Pokusy o léčbu

Léčba v Bílé Vodě a následná recidiva

Šárka přiznává, že od své první protialkoholní léčby očekávala spíše existenční zajištění. Po absolvování léčby kompletně změnila prostředí, našla si novou práci a několik měsíců abstinovala. Před Vánocemi v roce 2007 neodolala a vypila lahvové pivo, čímž odstartovala svou recidivu. Jako hlavní příčinu relapsu uvádí, že ještě nebyla vnitřně smířená s tím, že je alkoholička.

Protrahovaná recidiva, autonehoda

Neustálé snahy přestat pít a následná selhání provázely Šárku další dva roky. Přestat pít se jí dařilo vždy jen na několik dní, a to ještě díky situačním okolnostem, jakými byly například zavřené obchody. Na podzim 2009 přežila autohavárii. *10. 10. 2009- to datum se pro mne později stalo symbolem-jsem přežila autohavárii.. samozřejmě že mě napadlo využít tohoto vynuceného detoxu k přerušení pití, jenže sotva jsem odešla z nemocnice, začala jsem s tím znova.*

Pokračující recidiva a předsevzetí

Kolotoč pití, následných nevolností a marných snah pití přerušit trval další tři roky. Pak, s blížícím se výročím autonehody, si dala Šárka předsevzetí. *Stále více se blížilo magické datum 10. 10., tentokrát 2012, a já si dala předsevzetí, že pokud do tohoto dne pít nepřestanu, požádám o pomoc. Brala jsem to tak, že jsem tím, že jsem přežila tu nehodu,*

dostala druhou šanci, chtěla jsem ji ještě využít. Devátého přišla poslední opilost, desátého jsem se probudila ještě s opicí a rozhodla se splnit předsevzetí.

Návštěva AA, přerušování recidivy, abstinence trvající doposud

Členové AA pozvali Šárku na setkání. Dojalo mne jejich přijetí, objetí, ta atmosféra. Nic mi nenařizovali, neradili. V práci mne čekal večírek, já na něj z pracovních důvodů musela, a oni mi jen řekli, ať klidně jdu, jen jestli si uvědomuji rizika. Uvědomovala jsem si je, a přesto jsem tam šla- a dokázala se nenapít, stejně jako nikdy potom, a to až doteď, tedy více než rok a čtvrt.

V abstinenci Šárce pomáhá jednak společenství samo, jednak jejich pomoc. Myslela jsem tehdy na lidi z AA, chtěla mezi ně. Hodně mi pomohli, například formou pomoci po telefonu. Kdysi jsem jim hodně volala, třeba když jsem šla kolem obchodu s alkoholem a nezvládala chutě, po telefonu mi radili, co mám dělat. Neříkali mi nikdy, že se nesmím napít, jen, abych si uvědomovala, jaké to může mít důsledky. Ty znám, mám strach z alkoholu, vím, co dokáže.

Situace Šárky je od té doby stabilizovaná, její životní spokojenost stále stoupá, po dvanácti letech dokončila vysokou školu. Cítím, že je mi každý den líp a líp a říkám si, že pokud to s takovou vzestupnou tendencí bude pokračovat, jak dobře mi bude třeba za měsíc.

Na AA oceňuje několik věcí. Především neustálé varování před riziky, které přináší pití, ale také možnost sdílet cizí příběhy a nechávat se jimi inspirovat, nebo naopak svými příběhy pomáhat ostatním. AA mi dávají možnost připomenout si, kdo jsem. Že je zde stále riziko, že si začnu věřit, přestanu si dávat pozor a alkohol nade mnou zvítězí. Dávají mi možnost poslouchat příběhy, díky kterým dostávám odpovědi na své otázky. Absorbují příběhy od lidí, ty mi různě posedají v hlavě, a třeba po roce, při nějaké těžší situaci, kdy mi stojí v cestě nějaká překážka, vyskočí mi v hlavě příběh, třeba o tom, jak podobnou situaci řešil někdo jiný. Pomáhá mi to v životě.

Díky AA mohu ze sebe dostat, co mě trápí, ulevit sobě a zároveň pomoci jiným. Předat svou zkušenost dál a zároveň si vytvořit místo na nové příběhy, jsem jak houba, tentokrát to myslím v tom pozitivním slova smyslu.

6. 2. 3. Odpovědi na otázky

1. Co mi alkohol dal a vzal?

Dal: Uvolnění, pocit že „jsem hvězda“. Způsobil, že se Šárka chovala tak, jak chtěla. Bavila se a ostatní, tancovala, hrála na kytaru, hovořila v cizím jazyce. *Šlo i studovat-po návštěvě hospod jít a napsat seminárku.*

Vzal: To, co prve dával. Kamarády, koníčky, školu. Později i svobodu, celý život.

2. Co jsem pochopila v léčbě?

V léčbě Šárka pochopila, že i bez alkoholu jí může být dobře, že může získat svou svobodu zpět. A že život chce řád, ač se bránila představě, že by se do konce života neměla napít a ačkoli pro jí řád zaváněl stereotypem.

3. Co jsem pochopila v AA?

V AA Šárka přijala svou závislost, smířila se s ní. Pochopila, že může být svobodná, ale že s tím souvisí i zodpovědnost. Pochopila, že nemá cenu s alkoholem bojovat a přijala svou porážku.

4. Co bylo zásadním zlomem v mé závislostní kariéře?

Prožitá bezmoc nad alkoholem.

5. Jak jsem viděla své problémy v době, kdy jsem pila a jak je vidím teď?

V době pití viděla Šárka své problémy temně, nyní je vnímá *jako měsícem ozářené krize, ze kterých sílí a roste.*

6. 2. 4. Shrnutí

Klady ústavní léčby: Existenční zajištění, poznání, že i bez alkoholu může být člověku dobře, že v životě je potřebný řád.

Zápory ústavní léčby: Důraz na doživotní abstinenci, řád subjektivně vnímaný jako stereotyp.

Klady AA: Přijetí, atmosféra, nedirektivní přístup omezující se na upozorňování na rizika, pomoc po telefonu, připomínání závislosti, vyprávění příběhů a čerpání zkušeností z nich, možnost svěřit se s příběhy vlastními a sobě tak ulevit a zároveň pomoci jiným.

Zápory AA: Nesděleno.

6. 3. Jiří

Věk 48 let, závislost na alkoholu, bez přidružené poruchy.

6. 3. 1. Analýza čáry života

Čára života pana Jiřího je nakreslena jako vlnovka s vyznačeným věkem v době jednotlivých událostí. Události samotné jsou vypsány na dvou liniích nahoře a dole od životní křivky. Celá kresba je provedena zelenou barvou.

Dle kategorizace Chrze a Čermáka (2005) patří čára života pana Jiřího do žánru životní krize-malé ztráty a rychlá zotavení (podrobnější rozbor viz výše).

Dle kategorizace Vlčkové a Blatného (2005) patří Jiřího životní čára dle tvaru do poslední podskupiny mezi členité v rovině umístěné křivky, dle grafického pojetí jednoznačně do první skupiny mezi znázornění typu grafu (zde je graf dokonce dvojité), dle členitosti pak do první skupiny mezi křivky výrazně členité, rovnoměrně rozložené v linii životní křivky. První významná událost je sice situována do období školního dětství, nicméně do věku deseti let, tedy do doby pozdější než je tomu u ostatních, věkově mladších probandů.

6. 3. 2. Narativní rekonstrukce

I. Dětství

Smutek, samota, únik do přírody

Při vzpomínce na prvních deset let svého života si vybavuje pan Jiří především smutek a samotu, které řešil únikem do přírody. Později tyto stavy přisoudil averzi vůči matce, která dle něj nebyla rozhodně rodinným typem, a z toho plynoucí neschopnosti přijímat lásku. Pana Jiřího vychovávala převážně babička. *Celkově si myslím, že jsem byl spíš takový přecitlivělý, přecitlivělé děcko*, hodnotí sám sebe.

Skrytý konflikt v rodině, nemoc

Pan Jiří vnímal mezi rodiči jakýsi neuvědomovaný konflikt. *Rodiče měli na první pohled harmonický vztah, ale něco mezi nimi nehrálo. Já to vnímal, a navíc jsem to prožíval sám, neboť má sestra byla o sedm let mladší.* Nemoc, kterou v dětství prodělal, jen umocnila Jiřího přecitlivělost, pocit méněcennosti a babiččino rozmazlování. *...díky tomu jsem si*

připadal vadný, měl jsem pocit, že nejsem v pořádku, což mi vydrželo do puberty, vztahoval jsem to na sebe, to, že jsem divný, byl to takový plíživý pocit. Byl jsem i hodně fyzicky zaostalý, ostatním klukům již rostly vousy a chodily za děvčaty, a já furt nic.

II. Dospívání a dospělost

Dobré vztahy s vrstevníky

Po nástupu na střední školu pan Jiří fyzicky dospěl a přišla změna. *..spolužáci mě najednou přijali mezi sebe, sebevědomí mi vzrostlo, organizoval jsem výlety na běžky, do hor, necítil jsem se již tolik blbě, pocit nedokonalosti vymizel.*

Útěk před zodpovědností

Po vojně měl pan Jiří nastoupit do profese odpovídající jeho kvalifikaci, ale netroufal si na ni a celou záležitost vyřešil tak, že se přijetí tohoto místa vyhnul. *Oficiálně jsem se jím nestal, protože jsem nevstoupil do strany, ale to byla jen výmluva pro sebe samého, ve skutečnosti jsem se bál jím být.*

Místo toho šel pracovat jako řidič nákladních aut na stavbu.

III. Vznik a rozvoj abúzu

Pravidelné popíjení jako útěk z jednotvárnosti

S prací na stavbách souvisel i život na ubytovnách a pravidelné návštěvy pohostinských zařízení. Jejich návštěva se pro pana Jiřího stala únikem z jednotvárnosti. *Dělali jsme dvanáctihodinové směny, po šichtě před ulehnutím se šlo vždy na čtyři piva. To bylo základem mého pravidelného popíjení. Uvědomil jsem si, že nuda není až tak nudná, začal jsem dobře usínat, zjistil jsem, že su veselejší. Byl to pro mne zlom, já poznal, že chlast je příjemnej. Byl to útěk z jednotvárnosti, stejně jako to, že jsem nakonec obratem změnil zaměstnání a stal se zahradníkem na zámku v Červené Lhotě v jižních Čechách.*

Tam v popíjení pokračoval, stále se jednalo o společenské pití. *V sezóně probíhaly bujaré večírky s partou průvodkyň a jejich partnerů a známých, kde alkohol tekł proudem.*

Osamělost, každodenní pití, první ranní doušky

Po sezóně však zůstal pan Jiří na zámku sám s kastelánem. *Vrátil se pocit osamění, který jsem zažíval v dětství, začal jsem se opět cítit jako osamělé dítě. Vrátila se nenaplněná*

touha po lásce, toužil jsem po lásce se ženou. Začal jsem se toulat po okolí na kole, našel si známé v okolních vesnicích a hospodách, denně jsem někam zajížděl na pivo.

Každodenní pití přerostlo v pití celodenní. Objevily se první ranní doušky, potřeboval jsem napravit kocovinu, .. Ranní doušky plynule přešly v celodenní popíjení,.. všechny problémy byly nicotné.

První problémy kvůli alkoholu, manželství a jeho krach

*Kvůli alkoholu nakonec pan Jiří o práci zámeckého zahradníka přišel, navíc se přidružily i potíže s financemi. Půl roku od vyhazovu se vrátil do Červené Lhoty navštívit kastelána a potkal zde svou první ženu, tehdy ještě studentku. Následovala svatba, jenže z *mladé bezstarostné studentky se stala žena s odlišným názorem, začaly neshody, nepochopení, hádky. ..v reakci na domácí hádky jsem začal pít v práci...na odpoledních směnách jsme popíjeli s kolegy, začal jsem zvyšovat dávky. Manželská krize vyvrcholila rozchodem.**

Pod vlivem alkoholu pan Jiří také poprvé havaroval v autě, což mu vyneslo jeden a půlletý zákaz řízení a dvacetitřicetipokutou.

Návrat k rodičům, neúspěšné snahy o abstinenci

Problémy s alkoholem nakonec přiměly pana Jiřího, aby požádal o pomoc své rodiče. Odešel jsem ke svým rodičům na dobrovolný detox, který jsem ale nezvládal, asi jednou jsem vydržel 14 nebo 21 dní nepít, pak ale následovalo opití se až do naprostého selhání organismu. Po roce marných pokusů se rozhodl nastoupit na léčení.

IV. Pokusy o léčbu

Léčba v Bílé Vodě, 11 let abstinence

Po absolvování 3,5 měsíce trvající léčby dokázal pan Jiří 11 let abstinovat. Pracoval jako řidič kamionu, procestoval Evropu, Rusko, Sibiř.

Druhé manželství, recidiva

Pak poznal svou druhou ženu, s níž se mu narodily dvě děti. Má druhá žena se narodila přesně ve stejný den jako ta první, měla naprosto identický horoskop. Byl to svým způsobem ortel, že se v mém druhém manželství opakovalo vše v podstatných rysech jako v mém prvním vztahu, všechno to, co v tom prvním vztahu zůstalo nevyřešeno.

Rodinné konflikty vedly nakonec k porušení abstinence. *V roce 2008 jsem usoudil na základě sebeklamu, že jsem již abstinovat dostatečně dlouho. Bylo mi asi 42 let, když začala má recidiva. Ačkoli jsem se jí snažil opakovaně přerušit, a asi čtyřikrát se mi to na zhruba tři měsíce podařilo, vždy jsem začal pít zase znovu.*

Druhá léčba, bezdomovectví, druhá autonehoda pod vlivem alkoholu

Ve svých 45 letech jsem skončil ve Šternberku na stabilizačním pobytu, dokázal jsem abstinovat asi měsíc a půl. Nadále trvajícím nesouladem ve vztahu s partnerkou, hádky a rostoucí agresivita partnerky vedly k tomu, že jsem vše řešil útekem do restaurací.

Konflikty s partnerkou skončily pro pana Jiřího ztrátou domova. *Ve 46 letech jsem se rozhodl odejít od partnerky. Odešel jsem bydlet do jedné zahrádkářské kolonie do UNIMO buňky, kterou jsme měli na pronajatém pozemku. Bydlel jsem tam asi tři čtvrtě roku, živil se s partou kamarádů příležitostnými pracemi.*

V téže době měl pan Jiří další autonehodu pod vlivem alkoholu, kvůli níž dostal, podmíněný test spolu s trestem veřejně prospěšných prací.

Pan Jiří nakonec požádal o azyl své rodiče, ovšem příslib abstinence dodržovat nedokázal, maximální doba, po kterou dokázal nepít, byla 3 měsíce.

Úraz, vyhledání pomoci v AA a doposud trvající abstinence

Ve 47 letech jsem měl nehodu na jízdním kole, po které jsem skončil s otřesem mozku, což mě definitivně přesvědčilo o nutnosti definitivní abstinence.

Počátkem roku 2014 jsem vyhledal AA s přesvědčením, že přestanu definitivně pít. Původně jsem myslel, že tam mohou chodit jen lidé, kteří s pitím definitivně přestali, nyní už vím, že je i pro lidi, kteří aktuálně pijí.

Pan Jiří abstinuje od letošního 12. ledna.

6. 3. 3. Odpovědi na otázky

1. Co mi alkohol dal a vzal?

Dal: *Poznání ďábla v sobě, poznání života „zespod“-bezdomovectví, život s lidmi na okraji společnosti, poznání charakterů bližních a přátel a toho, že svět se zbláznil.*

Vzal: Devět let života a cca 2 miliony korun.

2. Co jsem pochopil v léčbě?

Že si mohu život řídit sám, převzít za něj plnou zodpovědnost. Že vždy existuje cesta ze závislosti.

3. Co jsem pochopil v AA?

Že je normální být abstinujícím alkoholikem. Že je příjemné mít podporu ostatních druhů a družek v AA a současně jim být podporovatelem. Že s pomocí AA lze průběžně zvládat krize.

4. Co bylo zlomem v mé závislostní kariéře?

Pud sebezáchovy, nezletilé děti. Vždy mi před rozhodnutím abstinovat šlo o život- kvůli úrazům, pádům, nehodám.

5. Jak jsem viděl své problémy v době, kdy jsem pil a jak je vidím teď?

Když pan Jiří pil, obviňoval společnost, rodiče a partnerky za jednání, které odstartovalo jeho závislost. Problémy se mu jevily jako těžko řešitelné, často pociťoval bezvýchodnost ze situace.

Nyní odpouští všem, kteří neúmyslně jeho závislost odstartovali a postupně se dobírá odpuštění sobě i jim.

6. 3. 4. Shrnutí

Klady ústavní léčby: Převzetí zodpovědnosti za vlastní život a pochopení, že existuje cesta ze závislosti.

Zápory ústavní léčby: Nesděleny.

Klady AA: Přijetí závislosti, vzájemná podpora, pomoc při zvládání krizí, možnost docházky navzdory přetrvávajícímu abúzu.

Zápory AA: Nesděleny.

6. 4. Kristýna

Věk 33 let, závislost na alkoholu a benzodiazepinech, bipolární afektivní a emočně nestabilní porucha.

6. 4. 1. Analýza čáry života

Paní Kristýna nakreslila svou čáru života jako vlnovku s řadou prohlubní, které se pravidelně střídají s vrcholy. Jediným místem, které se tomuto pojetí kresby poněkud

vymyká, je období popisující osamostatnění v životě, počátky alkoholického abúzu, svatbu a narození první dcery. Zde má křivka setrvalejší vzestupnou tendenci.

Dle kategorizace Chrze a Čermáka (2005) patří čára života paní Kristýny do žánru životní krize-pády a vzlety (podrobněji viz výše). Úsek v první části křivky, který se odlišuje od ostatních, pak nejvíce odpovídá žánru plánovaný zisk s očekávaným rizikem. Život je v tomto žánru pojat jako „stálé rozhodování, kde jsou plánovány zisky a kde je počítáno i s rizikem a ztrátami. Život je zde ztvárněn z hlediska účelnosti a instrumentálního zaměření na sledované cíle. Podstatným aspektem tohoto žánru je tedy určitý způsob aktérství spočívající ve stálé režii životních zisků a ztrát“ (Chrz a Čermák, 2005, 3).

V dělení životních čar podle Blatného a Vlčkové (2005) patří křivka paní Kristýny dle tvaru do posledního subtypu, členité v rovině umístěné křivky. V hodnocení dle grafického pojetí patří její čára do první kategorie, křivka byla nakreslena v podobě grafu. Dle členitosti se křivka řadí do prvního subtypu, tedy mezi čáry s výraznou členitostí, která je rovnoměrně rozložená v linii životní křivky. Svou první životní událost situuje paní Kristýna do období předškolního dětství, konkrétně do věku čtyř let. Poslední dvě kategorie ji řadí mezi věkově mladší, což odpovídá realitě.

6. 4. 2. Narativní rekonstrukce

I. Dětství

Osud nechtěného dítěte, výchova prarodičů, smrt dědy

Paní Kristýna se narodila jako neplánované dítě svobodné matky. Kvůli žádosti o potrat byla dokonce před interrupční komisí, na poslední chvíli však zasáhl její otec, který se později narozeného dítěte ujal. Na svého dědečka vzpomíná paní Kristýna dodnes s láskou. *Byl bohém, ale mě se věnoval s velkou láskou a trpělivostí. Pamatuji si to přesně. Ještě když však byla dítě, dědeček zemřel. Jednou odjel za kamarádem a už se nevrátil. Umřel. Nikdo mi to tenkrát neřekl. Viděla jsem babičku plakat a později i ostatní z rodiny. Tenkrát jsem si svým dětským rozumem myslela, že jsou prostě smutní. A tak jsem na něj čekala. A čekala jsem dlouho.....*

Život s matkou, násilí a alkohol v rodině

Po smrti dědečka začala paní Kristýna bydlet s matkou. *Jeho smrtí se začala psát jedna z nejhorších kapitol knihy mého života. Začala jsem bydlet s mou matkou. Vdala se..Otec matku často bil a ona to vyčítala mě. Prý by beze mě byli šťastná rodina a nic takového by se nedělo. Když se udobřili, bil otec mě a matka se mi smála.*

Přitom paní Kristýna byla poměrně nadaným dítětem, základní školu absolvovala s jedničkami.

II. Dospívání a dospělost

Střední škola, výborný prospěch, únik ke zvířatům, první láska

Střední zemědělskou školu si paní Kristýna vybrala a začala studovat navzdory rodičům. Únikem z reality se pro ni stala práce se zvířaty. *Milovala jsem zvířata, ta mi rozuměla. Tajně jsem jezdila na koni, měla jsem to zakázané. Do toho jsem cvičila problémové psy.*

A také poznala svou první osudovou lásku, Rost'u. *Dva roky to mezi námi bylo čistě platonické. Ale o to krásnější. Byl mi velkou oporou při mých problémech s otcem.*

Stupňující se násilí doma, první pokusy o sebevraždu

Bylo to právě násilí ze strany otce, které tehdy dosáhlo vrcholu. *Otec pořád docela dost pil, matka taky a bil mě. Co k tomu ale přidal, bylo nabízení mě svým kamarádům. Nepamatuji si co přesně se v té době dělo. Mám to tak nějak v mlze. Kromě mé lásky si tam ale nepamatuji nic hezkého.*

Paní Kristýna svou situaci tehdy řešila sebevražednými pokusy a jednáním, které by se dalo označit za sebepoškození. *Proběhly moje první pokusy o sebevraždu, tenkrát ještě zřejmě demonstrativní, a k dokonalosti jsem to doháněla úrazy a zraněními, které jsem si k těm, co jsem měla od otce, způsobovala sama. Ovšem vztah jsem k sobě nikdy žádný neměla, někdy jsem se přímo nesnášela. Byla jsem blbá a hnusná a věřila jsem tomu. Pocity u nás byly zakázány a jakýkoliv jejich projev z mé strany tvrdě trestán.*

III. Vznik a rozvoj závislosti

Samostatný život, oslava nabyté svobody, alkohol jako tlumící prostředek úzkostí

Po maturitě mohla paní Kristýna konečně odejít z domova a začít vlastní život. *První podnájem, první zaměstnání.. S rodiči kontakt minimální, s babičkou a sestrou docela dobré. Před mým odchodem jsme si se sestrou docela rozuměly, byla jsem pro ni jako*

starší sestra pořád oporou a vzorem. Mimořádně, maturita z ekonomiky, účetnictví a odborných předmětů na vyznamenání.

Užívala si dosud nepoznané svobody. Po mém odchodu z domu začala show. Mejdany a nespoutaný život. Byla jsem jak puštěná ze řetězu. Začaly však také první psychické problémy.

Paradoxně se mi v té době rapidně zhoršily mé úzkosti, panika a strachy. A tak jsem to úspěšně zapíjela. Z počátku to pomáhalo.

První problémy s alkoholem, návrat k babičce, zhoršování psychického stavu

Abúzus alkoholu si však začal vybírat svou daň. Začala jsem kvůli tomu mít problémy v práci i v osobním životě. Pronájem jsme se spolubydlicím přestali platit a museli odejít. Chvilku jsem bydlela po kamarádech a v práci samozřejmě skončila. Byli to jen mejdany, sex a chlást. I v tom sexu jsem v té době byla poněkud divočejší. A neřešila nic.

Vrátila se zpátky ke své babičce, avšak nezřízený život pokračoval se všemi důsledky. Vrátila jsem se bydlet k babičce a nastoupila jako pomocná síla v kuchyni v jedné horecké hospodě. To byl kariérní vzestup jako blázen. Byla jsem na tom tak, že jsem nemohla jet autobusem, jít do obchodu, bylo mi hůř a hůř.

První svatba a narození dítěte

Při práci v hospodě se seznámila se svým pozdějším manželem. Ačkoli se paní Kristýna dle čáry života dostala do období, ve kterém jako jediném převládají vzestupné tendence, zpětně tuto životní etapu posuzuje kriticky. Byla to taková ta moje fojfr láska na první pohled. Za rok jsem si brala Josefa Z. .. Bože, to byla blbost.

Narození dítěte bylo víceméně nedopatření. V jednadvaceti jsem měla bouračku na kole. Bezvědomí, otok na mozku a trojitá zlomenina lebky. Nesměla jsem brát naprosto žádné léky, takže ani antikoncepci. A tak jsem otěhotněla.

Zhoršení psychického stavu, rozpad manželství, denní stacionář a opětovný návrat k babičce

S těhotenstvím se však vrátily psychické potíže. V té době jsem se střídavě těšila na miminko anebo propadala těžkým depresím. Prázdnota manželského svazku, který byl již v době uzavření sňatku položen na chatrných základech, se projevila v plné síle. Manžel se choval jako blbec a moc to neřešil. Víkendy trávil na pařbách a vracel se ve „skvělých“ stavech. Po porodu se k depresím přidaly i panické stavy a úzkosti, které vyvrcholily

dalšími pokusy o sebevraždu. *Narodila se nám dcera Sára. První dny, možná týdny to šlo. Potom jsem začala mít deprese a panický stavy. Po pohřbu dědy z otcovy strany jsem se opět rozpila a zase mi to chvílku pomáhalo, potom pád do propasti. Opět, zřejmě demonstrativní pokusy o sebevraždu.*

To přimělo paní Kristýnu vyhledat odbornou pomoc, která přinesla krátkodobé zlepšení. *Nastoupila jsem denní stacionář u jedné paní psychologičky. Na nějakou dobu se mi ulevilo. Manželství krachovalo a já se s dcerou vrátila k babičce.*

Návrat k nezřízenému životu, další vztah, domácí násilí, další dítě, vysvobození ze vztahu

Krach vztahu vyvolal v paní Kristýně potřebu užít si znovu nabyté svobody, svou roli ale hrála i snaha utlumit psychické problémy. *Moje stavy se pořád projevovaly a prohlubovaly. Opět jsem byla utržená ze řetězu. Ve chvílích, kdy babička po večerech a nocích hlídala malou, jsem opět žila mejdany, chlastem a sexem.*

Situace se vystupňovala, když potkala další, doopravdy osudovou známou. *V rozpoložení, kdy mě dusila samota, jsem potkala svého spolužáka ze základní školy. Z počátku bylo všechno v pořádku. Jenže já zapoměla, že už ve škole byl pěkný dacan. Časem se u něj agresivní sklony projevily. A samozřejmě jsem to odnášela já. Naštěstí toho moje dcera nebyla svědkem. Moje rodina to věděla, i babi, ale nepomohli mi. Bil mě. Dvakrát jsem na něj zavolala policajty, pokaždé ho po 24 hodinách pustili domů. A samozřejmě jsem dostala dvakrát tolik. Neměli jsme žádné peníze, jen mou mateřskou a tak nás úspěšně živila babička, všechny tři. A k dovršení všeho, uprostřed vrcholícího násilí ve vztahu, přišla paní Kristýna do jiného stavu. Při jednom z těch „krásných milování“ s ním jsem opět otěhotněla. V den, kdy jsem to zjistila, se radoval natolik, že se rozhodl mě zabít...zůstal se mnou doma. Nesměla jsem se s nikým stýkat, nesměla jsem sama ani do obchodu. Několikrát to opravdu vypadalo, že mě zabije, ale vždycky mu to na něčem krachlo. Rozbil mnou a o mě co šlo. Byl to horor. Přesto jsem nepotratila, i když to tak chvílkama vypadalo.*

Partnerovo uvěznění bylo pro paní Kristýnu vysvobozením. *Zavřeli ho dříve, než se mu povedlo mě zničit fyzicky. Psychicky jsem byla zničená dávno.*

Vztah pro peníze, další problémy s alkoholem a pokusy o sebevraždu, léčba, ukončení vztahu

Následovalo však krátké období postupného zlepšování psychického stavu i rodinných vztahů. *Šest měsíců po jeho „odchodu“ se mi narodila díky Bohu zdravá dcera Bára. Z bývalého blbečka jsem se dostávala dlouho. Nějakou dobu jsem byla naprosto frigidní, při představě sexu se mi zvedal žaludek. Přešlo to při prvním draku na chalupě na Vysočině. Nezvládala jsem finančně dvě děti a jednu mateřskou. Babi pomáhala z důchodu, ale bylo to pořád méně, než jsme potřebovaly.*

Paní Kristýna otevřeně přiznává, že v pozadí jejího dalšího vztahu byly pouze peníze. *Potkala jsem bohatého člověka a stala se oficiální zlatokopkou. To však mělo své dopady na její psychiku. Bylo mi ze mě na zvracení, ale děti měly všechno, co potřebovaly, a ještě něco navíc. Hnusila jsem se sama sobě. Po nějaké době jsem se přestala řešit a byla jen tělem, co chodí po světě. To ale taky nevydrželo věčně. Moje maskování hnusu sama nad sebou jsem opět řešila alkoholem.*

Alkohol sloužící k utišení výčitek však opět přerostl paní Kristýně přes hlavu. *Opět pád do propasti a další pokus o sebevraždu, tentokrát myšlený zcela vážně. Jak já byla nešťastná, když jsem se po dvou dnech vzbudila na JIP. Odtamtud rovnou na šest týdnů na detox.*

Opět nastalo zlepšení stavu i životní situace, snad pomohla vyzkoušená úniková reakce z dospívání v podobě úniku ke zvířatům. *Vrátila jsem se domů čistá. „Přítel“ mě chvíli nechal v pohodě abstinovat. Dal mi auto a koupil koně. Skvěle si mě k sobě uvázal. Dny jsme s dětmi trávili u koní. Pořádala jsem dětské tábory u koní a hippoterapii. Když mi umřela jedna z kobytek a druhá byla březí, vše skončilo.*

Následoval další propad. *A potom ten kolotoč začal znovu. Chytli mě při řízení pod vlivem, takže zákaz. Další sebevražda, rok po té první. A zase se nepovedla. A tříměsíční protialkoholní léčba ve Šternberku. Babi se o děti starala, já se léčila a naši se za mě styděli. Po návratu domů jsem vrátila auto, kobytku s hříbětem prodala, protože jsem to neutáhla finančně, a život šel dál.*

Další osudový vztah a jeho konec, bolest utápěná v alkoholu, opět léčebna

Život šel skutečně dál, ovšem ve starých kolejích, které, jako již tolikrát předtím, dovedly paní Kristýnu až na samé dno. Vše opět začalo vztahem, a opět osudovým. *Našla jsem si skvělého přítele. Měl doma přítelkyni, ale já ho milovala a jen si tiše žárlila.*

Se skutečností, že se o milovaného muže musí dělit, řešila paní Kristýna po svém. Kompulzivním jednáním, které tentokrát spočívalo nikoli v sebedestruktivním abúzu, ale v přehnané promiskuitě. *Opět jsem začala, jak jsem byla rok a půl věrná, teď střídát chlapy jak na běžícím pásu. Trestala jsem se tím. Přestože jsem v té době měla vše. Skvělý vztah se sestrou a švagrem, naše jsem neřešila, koupila jsem si auto, pracovala jsem jako realitní makléřka a dařilo se mi.*

Zhoršily se psychické potíže, nenaplněný vztah nakonec skončil rozchodem. *Nestačilo to, moje deprese, úzkosti a jiný stavy mě trápily i v té době. Skončila jsem s Pepou. Milovala jsem ho tak, že to, že má přítelkyni, jsem už nezvládala. Na návštěvě u rodičů, něco slavili, se do mě sestra s matkou obuly. Vyčítaly mi, jaký žiju život, a proč nemůžu být konečně normální.*

Pro paní Kristýnu to byla poslední kapka. *Opila jsem se. A po čase znovu. A zase zákaz řízení a odešla jsem z práce.. Pomáhala jsem si proti rozjezdu mých stavů benzodiazepiny.*

Těsně před dalším pokusem nebýt jsem zavolala psychiatrovi a přes záchytku opět detox. Zastavili mi tak tak delirium. Údajně skvělá to věc.

Další vztah, návrat do léčebny, toxická psychóza

Po opuštění léčebny se opět opakovalo ve stejné podobě to, co už tolikrát předtím. Patologický vztah, krach, alkohol a léky, návrat do léčebny, jen jednotlivé etapy tohoto cyklu doznaly výrazného zkrácení, teď už se jednalo o dny. *Po detoxu zklamání v člověku, který mi sliboval lepší budoucnost, a já mu věřila. Takže první opití tři dny po propuštění, když mě jeho sestra ráno vyhodila z domu, který měl být jeho, ale nebyl. Nezbylo mi, než spoře oděná v této zimě strávit hodinu a půl na zastávce, čekáním na autobus z toho konce světa. Společníka mi dělal půlčik rumu. Sama doma, moje děti má v péči matka, bez práce, bez peněz, naháněná policajty.. a se spoustou kamarádů, kteří mi rohlík nekoupí, ale s flaškou přijedou hned.*

Vše skončilo po třech dnech a předávkování léky v kombinaci s alkoholem. Následoval pobyt na uzavřeném oddělení a toxická psychóza. *Běhali mi po zdi stínový lidi, permanentně mě někdo sledoval a podobně.* Paní Kristýna se definitivně rozhodla začít něco dělat a objednala se na léčení do kroměřížské PL. Ani to se však neobešlo bez komplikací. Nastoupila na oddělení 8b, což dodnes považuje za další „blbost“ svého života. *Byla jsem na tom psychicky po pár dnech tak, že jsem nejedla, zvracela a zachránily mě každý den jen prášky na spaní. Bojovala jsem o okamžité přeřazení na 18b.*

Na vytoužené oddělení 18b se nakonec dostala, ovšem ani absolvovaná léčba ještě neznamenala konec peripetií.

Návrat do starých kolejí, relaps, stabilizační léčba, AA

Po propuštění z léčebny se sice paní Kristýna vyhýbala rizikovým vztahům, rizikovému prostředí však ani náhodou. Nastoupila jako barmanka v brněnském night clubu. *Zpočátku pohoda, ale pak mě šéf nutil pít se zákazníky, abych mu zvyšovala tržbu.*

Stejně rizikovými jako prostředí se však ukázaly i vánoční svátky. *Prosinec mě ale sejmul. Vánoce nedávám.* 20. ledna skončila zpátky v léčebně.

Nyní je paní Kristýna krátce po propuštění. Dochází do AA, a jak říká, sílu změnit svůj život v sobě ještě má. *Jsem doma teprve týden, ale věřím, že to zvládnou déle, nemám chutě a cítím se v pohodě. Překonala jsem svoje úzkosti a panický strach. Jezdím autobusem, hledám si práci, starám se o děti a to vše jen proto, že nepiju. Vyrovnávám se nejen s traumaty, ale především sama se sebou. Díky Bohu, že snad konečně jdu tím správným směrem. Aspoň mám ten pocit. Bude to běh na dlouhou trať, ale já to nevzdám.*

6. 4. 3. Odpovědi na otázky

1. Co mi alkohol dal a vzal?

Dal: *Pocit uvolnění, zvyšoval sebevědomí, odbourával úzkosti, spojoval s lidmi, zlepšoval seznamování a komunikaci.*

Vzal: *Duševní zdraví, svobodu (každý alkoholik se během pití stává loutkou a za drátky tahá právě alkohol), přátele, rodinu a ve finále i děti, které jsou momentálně v pěstounské péči prarodičů.*

2. Co jsem pochopila v léčebně?

Léčebna dala paní Kristýně *spoustu teoretických znalostí a pár přátel.* Dále detoxifikaci od alkoholu, náhled na nemoc však nikoli.

3. Co jsem pochopila v AA?

Právě až v AA jsem opravdu přiznala svou nemoc. Pochopila jsem rozdíl mezi abstinencí a střízlivostí. A dále- V AA Vám nikdo nic nerozkazuje ani nenutí.

4. Co bylo zlomem v mé závislostní kariéře?

Neshody doma, porody mých dětí, různá prožitá traumata, rozvod a rozchody až po toxickou psychózu a delirium, které paní Kristýna označuje za poslední kapku.

5. Jak jsem viděla své problémy v době, kdy jsem pila, a jak je vidím teď?

Paní Kristýna dokázala díky abstinenci v první řadě zvládnout své panické stavy.

6. 4. 4. Shrnutí

Klady ústavní léčby: Nalezení přátel, detoxifikace od alkoholu, teoretické informace a poučení.

Zápory léčby: Důraz na doživotní abstinenci, teoretická povaha získaných informací, neschopnost připravit pacienta na nástrahy reálného života a na zvládání recidivy, neschopnost pomoci v získání náhledu na závislost.

Klady AA: Přiznání své nemoci sobě i ostatním, pochopení rozdílu mezi abstinencí a střízlivostí, vzájemná pomoc, pochopení ze strany lidí se stejnou zkušeností, nedirektivní přístup.

Zápory AA: Nesděleno.

7. Diskuse

Data vytvořená v průběhu šetření a prezentovaná výše potvrdila mnoho teoretických studií i praktických výzkumů na téma klady svépomocných skupin či osobnost závislého. Jde především o práci Nešpora a Csémyho (1996), kteří oceňují AA za jejich 24 hodinový program a učení nápodobou, což jsou stěžejní přínosy AA při zvládání krizí i z pohledu samotných závislých zúčastněných v tomto výzkumu. Dále o studii Čablové (2012), která u svépomocných organizací vysoce hodnotí snižování pocitů izolace, emocionální podporu a posilování pocitu vlastní hodnoty skrze pomoc druhým, nebo dílo Peška, Kotrbové, Masára a Vurma (2006), kteří přiznávají AA zásluhu na posilování motivace, urychlení procesu přijetí problému a oslabení pocitu stigmatizace. I to v různých obměnách zaznívá z tvrzení probandů. Slečně Šárce pak neocenitelnou pomoc v nejtěžších chvílích poskytly konzultace po telefonu se zkušenějšími členy organizace, což se shoduje se závěry výzkumu Dennise, Scotta a Laudeta (2014), kteří pomoci po telefonu v prvních měsících abstinence přisuzují velké úspěchy a na svépomocných organizacích vyzdvihují jako jeden z faktorů podílejících se na úspěšnosti institut sponzorství.

Naopak se nepotvrdily teze Millerové (2011) spiritualitě hnutí jako překážce nebo riziku některých jeho principů pro osoby s duální diagnózou. Nikdo ze členů brněnské nebo olomoucké organizace neviděl v odkazech na Boha problém, s duchovním programem se naopak všichni ztotožňovali. Osoby s duální diagnózou tvořily polovinu výzkumného souboru, přesto nejen že pro ně návštěvy AA nepředstavovaly překážku či riziko, ale v jednom případě proband uváděl AA jako hlavní pilíř své osmileté abstinence a ve druhém případě oceňovala účastnice výzkumu pomoc ze strany AA více než pomoc odbornou. Na druhou výzkumnou otázku této práce, tedy *zda je léčba v AA vhodná i pro osoby s duální diagnózou*, lze odpovědět, že se v průběhu šetření nevyskytla jediná informace, která by indikovala nevhodnost takové léčby, ale že se naopak vyskytlo informací několik svědčících o její prospěšnosti.

S výše uvedeným pak souvisí jiné závěry prezentované v teoretické části, které se nepotvrdily. Jedná se především o praxi, kterou popisuje Nowinski (1999) a o které se zmiňuje i Millerová (2011), tedy souběžné ambulantní léčení a léčba v AA, kdy psycholog funguje jako facilitátor. Nejen předvýzkum, ale i odpovědi probandů prokázaly až dichotomické vnímání odborné léčby a léčby v AA zaměřené na přijetí závislosti a změnu životní filosofie. Abstinence a střízlivost jako dva stejné stavy dosažené odlišným způsobem (jeden přeucením v léčebně, druhý změnou životního stylu a náhledu) nabývají v podání probandů až symbolických významů.

S tím pak přímo souvisí odpověď na jednu z výzkumných otázek stanovených v úvodní části práce- *Je léčba svépomocí, tak jak ji nabízí hnutí AA, použitelná i jako alternativa léčby ústavní či dokonce jako forma krizové intervence první volby?* Tváří v tvář faktům zjištěným v průběhu šetření lze odpovědět, že vzhledem k výrazně dichotomickému vnímání profesionálního přístupu (jehož cílem je doživotní abstinence) a přístupu v AA (jehož cílem je aktuální střízlivost), léčba svépomocí, tak jak ji nabízí hnutí AA, již jako alternativní léčba funguje. Navíc pro dva ze čtyř probandů, tedy pro padesát procent souboru, fungovalo hnutí AA jako prostředek krizové intervence

Při hodnocení odlišného postoje k ústavní a svépomocné formě léčby závislosti nelze nezmínit možná natolik explicitně nedeklarovaný, z práce přesto zřetelný rozdíl v hodnocení střednědobé léčby v léčebnách a dlouhodobé v komunitách. Zatímco k léčbě v léčebnách mají probandi výrazně více výhrad a tato léčba také sama o sobě jim nepřinášela dlouhodobou abstinenci, pobyt v komunitách hodnotí výrazně lépe a také po absolvování tohoto typu léčby se jim dařilo abstinovat déle. Například pan Antonín přiznává, že v léčebně se jen přizpůsoboval, aby neměl problémy, pobyt v komunitě

s lidmi se stejnou diagnózou pro něj znamenal vyléčení. Pan Jiří dokázal po střednědobé léčbě v Bílé Vodě abstinovat jedenáct let, po léčbě v psychiatrické léčebně měsíc a půl. A paní Kristýna nejen že nezískala v léčbě náhled na nemoc a své patologické vztahy, ale přímo v léčbě minimálně jeden takový vztah navázala. Větší nerozlišování komunitní a nemocniční léčby je jedním z velkých deficitů této práce, nicméně jejím cílem bylo porovnat dva základní přístupy k léčbě, nikoli jejich jednotlivé typy. Každopádně i přiznání většího přínosu komunitní léčbě, kde je kladen důraz na léčbu společenstvím, zatímco v léčbě na dodržování režimu, dává částečnou odpověď na základní otázku této práce.

Z poznatků týkajících se osobností závislých, resp. jejich rodin, se pak téměř do detailu potvrdila zjištění učiněná Kuklovou (2012). Všichni probandi pocházeli buď z neúplných rodin, nebo z rodin, kde existoval skrytý konflikt, v rodinách existovaly nejasné mezigenerační hranice s častými zásahy prarodičů, celkově špatná byla kvalita citových vztahů, stejně tak se nejednalo o rodiny nějakým způsobem sociálně vyloučené.

V průběhu práce se v plné míře projevil diagnostický přínos původně pomocné metody, kterou bylo kreslení čar života. Jednak všichni respondenti spadali do kategorií, do kterých je autoři interpretací čar života zařadili, jednak čáry života dokázaly dokonale zachytit změny proběhnuvší v průběhu dosavadní životní pouti. Jednalo se v první řadě o pana Antonína, kde je žánr kresby před hospitalizací a stabilizací psychických problémů jiný než po ní, a kde se změna tohoto žánru přesně shoduje s okamžikem hospitalizace, a o paní Kristýnu, v jejíž životní linii je jedno krátké období spadajícího do jiného žánru, které přesně kopíruje stejně krátké období v jejím životě, období, ve kterém se osvobodila z područí jedné násilnické rodiny a další násilí v rodině (tentokrát její vlastní) ještě nenastalo, do období, kdy si užívala svobody, alkoholu a těšila se na dítě.

Svůj potenciál odhalila i narativní metoda. Životní příběhy všech závislých vykazovaly mnohé podobnosti, a nejednalo se jen o rodinné zázemí, způsoby řešení problémů či shodné osobnostní rysy. Z hlediska životního příběhu je zde několik shodných motivů-úniky z nesnesitelné reality života v dětství (do přírody, do party, ke zvířatům), rozvoj závislosti v důsledku útěku před zodpovědností za vlastní život, opakované návraty do domovského přístavu, byť k němu měli probandi značně ambivalentní vztah, patologické vztahy (k partnerům, manželkám, vrstevníkům), z jejichž kolotoče nedokázali uniknout.

Samotné klady a zápory léčby jako odpověď na poslední výzkumnou otázku budou shrnuty v následující, závěrečné kapitole. Dlužno dodat, že ač se informací o pozitivěch obou přístupů sešlo poměrně dost, o jejich záporech již tolik materiálu není, což je další

deficit práce způsobený jednak pokládáním otevřených otázek a jednak snahou netlačit doplňujícími otázkami probandy k zaujímání konkrétních postojů. Již výše však bylo zmíněno, že prioritní snahou je zachytit okamžiky dle důležitosti, kterou jim přiřkládají samotní probandi. Další nevýhodou může být zkreslení v hodnocení AA dané tím, že všem zúčastněným tato organizace aktuálně pomáhá, výzkum složený z abstinujících v AA a například v ambulantní léčbě by byl bezpochyby objektivnější.

8. Závěr

Samotné shrnutí cíle této práce, kterým bylo porovnání přístupu užívaného při léčbě závislosti ústavní formou v léčebnách a komunitách a přístupu užívaného ve svépomocných skupinách, konkrétně v organizaci AA, a posouzení kladů a záporů obou těchto přístupů, by mohlo být následující.

Za největší přínosy ústavní léčby považují probandi existenční zajištění, poznání, že i bez alkoholu může být člověku dobře, že v životě je potřebný řád, nalezení přátel, detoxifikace od alkoholu, teoretické informace a poučení, převzetí zodpovědnosti za vlastní život a pochopení, že existuje cesta ze závislosti. U komunitní léčby pak jeden z probandů ocenil společné léčení s osobami se stejným problémem a to, že byly tyto osoby součástí terapeutického týmu.

Nevýhody ústavního léčení pak spatřují v tlaku na myšlenkový konformismus v léčebně, kdy byli pacienti nuceni říkat jen to, co terapeuti chtějí slyšet, a v nevhodnosti takového přístupu k osobám se závislostí, u kterých je podstatné změnit především myšlení. Dále pak v důrazu na doživotní abstinenci (tato výhrada se u probandů vyskytuje opakovaně) nebo neschopnost připravit pacienta na nástrahy reálného života a práci s recidivou stejně jako dopomoci k získání náhledu na nemoc.

Za přínos AA považují probandi udržování abstinence, možnost pomáhat druhým, získání náhledu na závislost (dle jednoho z probandů je to důsledek, příčina je v myšlení a jednání člověka), 24 hodinový program, pochopení rozdílu mezi střízlivostí a abstinencí, nedirektivní přístup omezující se na upozorňování na rizika, pomoc po telefonu, připomínání závislosti, vyprávění příběhů a čerpání zkušeností z nich, možnost svěřit se

s příběhy vlastními, vzájemná podpora, pomoc při zvládnání krizí a možnost docházet na AA, i když člověk ještě pije, a pochopení ze strany lidí se stejnou zkušeností. K záporům této formy léčby se probandi nevyjadřovali.

Výsledky šetření korespondují s celou řadou předpokladů učiněných na základě teoretických poznatků a dosavadních průzkumů, přinejmenším o pozitivním vlivu některých konceptů hnutí AA, jakými jsou například učení nápodobou nebo důraz na aktuální abstinenci, nebo o osobnostních charakteristikách závislých či typických znacích jejich rodinného zázemí. V zahraničí podporovaný model, kdy je psycholog či psychiatr určitým facilitátorem léčby závislého, který dochází do AA, je z pohledu účastníků irelevantní jednak kvůli jejich nesouhlasu s některými principy profesionálního přístupu léčby závislosti (především důrazem na doživotní abstinenci, tlakem na názorovou konformitu a příliš teoretickou povahou poznatků, které se v léčebnách získávají), který vnímají jako protiklad přístupu v AA, jednak kvůli skutečnosti, že své docházení do AA a provádění programu 12 kroků vnímají jako plnohodnotnou alternativu profesionální léčby. Rovněž bylo učiněno zjištění, že polovina účastníků výzkumu využila léčbu v AA jako léčbu první volby a jako formu krizové intervence, ač se v obou případech jednalo o osoby prodávající dlouhodobou recidivu (u jedné trvající dokonce pět let).

Práce se pokusila rovněž na základě získaných poznatků a z nich utvořených dat zodpovědět i otázku, zda je léčba ve svépomocných skupinách typu AA vhodná i pro osoby s duální diagnózou. V závěru dospěla ke zjištění, že samotná rizikovost či nevhodnost tohoto typu léčby se nepotvrdila ani ve skupině, která byla primárně zaměřena na léčení jiného problému, než byla přidružená psychická porucha, naopak, že osobní zkušenosti osob s duální diagnózou léčených v AA jsou většinou pozitivní.

V průběhu práce se rovněž potvrdil diagnostický potenciál metody kreslení čáry života stejně jako interpretační potenciál narativního přístupu.

9. Souhrn

Tato práci si určila za cíl porovnat přístup užívaný při léčbě závislosti ústavní formou v léčebnách a komunitách a přístup užívaný ve svépomocných skupinách, konkrétně v organizaci AA, a posouzení kladů a záporů obou těchto přístupů.

Práce je rozdělena do dvou celků-teoretické a praktické části. V prvním oddíle teoretické části se pokusila vymezit pojem alkoholismus na základě definičních kritérií uváděných v Mezinárodní klasifikaci nemocí i v Manuálu DSM-IV americké Psychologické Asociace. Následuje popis typů abúzu a shrnutí několika nejvýznamnějších výzkumů zabývajících se odhalením a popsáním základních osobnostních charakteristik závislých, jejich chování a rodinného zázemí. Posledním oddílem první části je kapitola věnovaná problematice matchingu, tedy přiřazování nejvhodnějšího typu léčby závislým právě podle jejich osobnostních charakteristik.

Druhá část se zabývá léčbou závislosti na alkoholu. Nejprve stručně popisuje hlavní základy léčebných přístupů užívaných v zahraničí a v českých zemích, potom se věnuje vymezení dvou modelů, které jsou předmětem práce-Skálava modelu užívaného při léčbě v léčebnách a komunitách, a modelu užívaného organizací Anonymní Alkoholici.

Tato kapitola je rozdělena do tří částí. První se věnuje ústavní léčbě závislostí, konkrétně historii léčby v českých zemích, léčbě v léčebnách a léčbě v komunitách, poslední oddíl je věnovaný skupinové terapii jako stěžejní metodě léčby závislostí. Druhá se věnuje léčbě závislostí v organizaci AA (resp. v organizacích fungujících na tomto principu), rozebírá se v ní historie hnutí v ČR a dva pilíře léčby v tomto hnutí, kterými jsou skupinová setkání a program dvanácti kroků, jehož hlavní myšlenky jsou v práci stručně přiblíženy. Posledním oddílem této kapitoly je krátký popis základních myšlenek a principů narativní psychoterapie a krátké porovnání těchto principů s praxí organizace AA. Poslední částí druhé kapitoly je pak souhrn několika výzkumů zabývajících se srovnáváním efektivity přístupů užívaných při léčbě závislostí se zaměřením na přístupy probírané v této práci.

Praktická část začíná popisem výzkumného cíle a stanovením výzkumných otázek. Ty jsou následující- 1. Jaké jsou klady a zápory obou typů léčby? 2. Je léčba v AA vhodná i pro osoby s duální diagnózou? 3. Je léčba svépomocí, tak jak ji nabízí hnutí AA, použitelná i jako alternativa léčby ústavní či dokonce jako forma krizové intervence první volby?

Následuje popis metodologického rámce a výzkumného souboru.

Pro potřeby práce byl vybrán kvalitativní výzkum pro jeho schopnost zaměřit se více na podstatu fenoménu. Data byla shromažďována pomocí tří metod-kreslení čáry života, narativní rekonstrukce životních příběhů probandů a odpovídáním na pět otázek. Čára života byla původně zvolena jako pomocná metoda, která měla umožnit probandům lepší orientaci v jejich životním příběhu v průběhu jeho vyprávění, nakonec však poskytla i cenné údaje jako samostatná metoda sběru dat. Narativní rekonstrukce pak byla zvolena především kvůli snaze zachytit abúzus a přístup k léčbám v pokud možno co nejširším

kontextu. A závěrečné otázky jako pojistka pro případ, že se nepodaří získat dostatečný počet informací.

Kapitola se věnuje i průběhu šetření, konkrétně popisu realizace předvýzkumu a samotného výzkumu, a metodě získávání a zpracování dat. Ta byla nejprve rozdělena do předem daných kategorií, následně kódována pomocí zachycování vzorců a zpracována pomocí interpretativní obsahové analýzy. Získané výsledky pak byly prezentovány v další samostatné kapitole výzkumné části.

Za největší přínosy ústavní léčby považují probandi existenční zajištění, poznání, že i bez alkoholu může být člověku dobře, že v životě je potřebný řád, nalezení přátel, detoxifikace od alkoholu, teoretické informace a poučení, převzetí zodpovědnosti za vlastní život a pochopení, že existuje cesta ze závislosti. U komunitní léčby pak jeden z probandů ocenil společné léčení s osobami se stejným problémem a to, že byly tyto osoby součástí terapeutického týmu.

Nevýhody ústavního léčení pak spatřují v tlaku na myšlenkový konformismus v léčebně, kdy byli pacienti nuceni říkat jen to, co terapeuti chtějí slyšet, a v nevhodnosti takového přístupu k osobám se závislostí, u kterých je podstatné změnit především myšlení. Dále pak v důrazu na doživotní abstinenci (tato výhrada se u probandů vyskytuje opakovaně), důraz na řád vnímaný účastnicí výzkumu jako stereotyp a neschopnost připravit pacienta na nástrahy reálného života a práci s recidivou stejně jako dopomoci k získání náhledu na nemoc.

Za přínos AA považují probandi udržování abstinence, možnost pomáhat druhým, získání náhledu na závislost (dle jednoho z probandů je to důsledek, příčina je v myšlení a jednání člověka), 24 hodinový program, pochopení rozdílu mezi střízlivostí a abstinencí, přiznání si své závislosti, přijetí, atmosféra, nedirektivní přístup omezující se na upozorňování na rizika, pomoc po telefonu, připomínání závislosti, vyprávění příběhů a čerpání zkušeností z nich, možnost svěřit se s příběhy vlastními, vzájemná podpora, pomoc při zvládnutí krizí, možnost docházet na AA, i když člověk ještě pije, a pochopení ze strany lidí se stejnou zkušeností. K záporům této formy léčby se probandi nevyjadřovali.

Výsledky šetření korespondují s celou řadou předpokladů učiněných na základě teoretických poznatků a dosavadních průzkumů, přinejmenším o pozitivním vlivu některých konceptů hnutí AA, jakými jsou například učení nápodobou nebo důraz na aktuální abstinenci, nebo o osobnostních charakteristikách závislých či typických znacích jejich rodinného zázemí.

Naopak v zahraničí podporovaný model, kdy je psycholog či psychiatr určitým facilitátorem léčby závislého, který dochází do AA, je z pohledu účastníků irelevantní jednak kvůli jejich nesouhlasu s některými principy profesionálního přístupu léčby závislosti (především důrazem na doživotní abstinenci, tlakem na názorovou konformitu a příliš teoretickou povahou poznatků, které se v léčebnách získávají), který vnímají jako protiklad přístupu v AA, jednak kvůli skutečnosti, že své docházení do AA a provádění programu 12 kroků vnímají jako plnohodnotnou alternativu profesionální léčby.

Rovněž bylo učiněno zjištění, že polovina účastníků výzkumu využila léčbu v AA jako léčbu první volby a jako formu krizové intervence, ač se v obou případech jednalo o osoby prodávající dlouhodobou recidivu (u jedné trvající dokonce pět let).

Práce se pokusila rovněž na základě získaných poznatků a z nich utvořených dat zodpovědět i otázku, zda je léčba ve svépomocných skupinách typu AA vhodná i pro osoby s duální diagnózou. V závěru dospěla ke zjištění, že samotná rizikovost či nevhodnost tohoto typu léčby se nepotvrdila ani ve skupině, která byla primárně zaměřena na léčení jiného problému, než byla přidružená psychická porucha, naopak, že osobní zkušenosti osob s duální diagnózou léčených v AA jsou většinou pozitivní.

V průběhu práce se rovněž potvrdil diagnostický potenciál metody kreslení čáry života stejně jako interpretační potenciál narativního přístupu.

10. Seznam literatury

1. Alcoholics Anonymous (2000): *12 kroků a 12 tradic*. New York: Alcoholics Anonymous World Services.
2. Alcoholics Anonymous (1996): *Modrá kniha*. New York: Alcoholics Anonymous World Services.
3. Chrz, V., Čermák, I. (2005). Žánry příběhů, které žijeme. *Československá psychologie*, 49,6, 481-495.
http://www.search.ask.com/web?l=dis&q=%E2%80%A2%09%C4%8Cerm%C3%A1k%2C+Ivo+%282004%29%3A+Genres+of+Life-Stories.+In%3A+D.+Robinson%2C+Ch.+Horrocks%2C+N.+Kelly%2C+and+B.+Roberts+%28Eds.%29%2C+Narrative%2C+Memory+and+Identity.+Theoretical+and+methodological+issues.+Huddersfield%2C+University+of+Huddersfield+Press%2C+211-221.&o=APN10645&apn_dtid=^BND406^YY^CZ&shad=s_0042&apn_uid=2547425845754131&gct=ds&apn_ptnrs=^AG6&d=406-514&lang=en&atb=sysid%3D406%3Aappid%3D514%3Auid%3D28f25a18823cf97e%3Auc2%3D191%3Atypekbn%3Dn10569%3Asrc%3Dffb%3Ao%3DAPN10645&p2=^AG6^BND406^YY^CZ
4. Cloud, R. N., Ziegler, C. H., & Blondell, R. D. (2004). What is alcoholics anonymous affiliation?. *Substance use & misuse*, 39(7), 1117-1136. Převzato dne 15. 3. 2014 z <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=24636a6f-a12a-4266-8052-4de0d97b2a67%40sessionmgr111&vid=1&hid=112>
5. Čablová, L. (2012): Svépomocné skupiny. *Adiktologie*, (12), 2, 161-163.
6. Dennis, M. L., Scott, C. K., & Laudet, A. (2014). Beyond Bricks and Mortar: Recent Research on Substance Use Disorder Recovery Management. *Current psychiatry Reports*, 16(4), 1-7. Převzato 15. 3. 2014 z <http://link.springer.com/article/10.1007/s11920-014-0442-3#page-1>
7. Dolejš, M., Miovský, M., Řehan, V. (2012): *Testová příručka ke škále osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek*. Praha: Togga.
8. Dvořáček, J. (2003): Střednědobá ústavní léčba. In Kalina a kol. (eds.), *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup (195-199)*. Praha: Úřad vlády ČR.
9. Freedman, J., Combs, J. (2009): *Narativní psychoterapie*. Praha: Portál.
10. Havlová, K. (2009): Mýty o doléčovacím procesu. *Adiktologie*, (9), Suppl., 46-51.
11. Jeřábek, P. (2006): Osobnostní dispozice k drogové závislosti. *Klinický pohled. Adiktologie*, (6), 4, 493-502.

12. Kalina, K. (2003): Modely závislostí a přístupy v pomoci uživatelů drog. In Kalina a kol.(eds.), *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup (78-82)*. Praha: Úřad vlády ČR.
13. Kalina, K. (2008a): *Terapeutická komunita*. Praha: Grada Publishing.
14. Kalina, K. (2008b): *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada: Publishing.
15. Kalina, K. (2009): Drogy, mýty , politika (o sexu nemluvě). *Adiktologie*, (9), Suppl., 10-15.
16. Kalina, K. (2013): Terapeutické komunity v České republice. *Adiktologie*, (13), 2, 83-88.
17. Kalina, K., Vácha, P. (2013): Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé-možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie*, (13), 2, 144-146.
18. Kathleen, S. (1997): *12 kroků: metoda odvykání závislosti*. Praha: Pragma.
19. Kelly, J. F., Magill, M., & Stout, R. L. (2009). How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research & Theory*, 17(3), 236-259.
<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/16066350902770458>
20. Kernberg, O. F (1997): Convergences and Divergences in Contemporary Psychoanalytic Technique and Psychoanalytic Psychotherapy. In Zeig, J. K. (ed.), *The Evolution in Psychotherapy (3-18)*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
21. Klivas, J. (2012): Interpersonálne vzťahy v priebehu užívania a liečby závislosti z pohľadu klientov/iek v terapeutickej komunitě. *Adiktologie*, (12), 1, 36-46.
22. Kuklová, M. (2012): Srovnání základních charakteristik původních rodin pacientů závislých na návykových látkách s kontrolní skupinou. *Adiktologie*, (12), 4, 312-322.
23. Millerová, G. (2011): *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
24. Miovský, M. (2001): Kvalitativní přístup ve výzkumu závislostí. *Adiktologie*, (1), 1, 70-83.
25. Miovský, M. (2003): Kvalitativní přístup v adiktologickém výzkumu v České republice. *Adiktologie*,(3), 1, 53-59.
26. Miovský, M. (2006): *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
27. Nešpor, K. (2000): *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
28. Nešpor, K. (2003): Úvod do problému diagnostiky a „matchingu“. In Kalina a kol. (eds.), *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup 1(213-215)*. Praha: Úřad vlády ČR.

29. Nešpor, K., Csémy, L. (1996): *Léčba a prevence závislosti*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
30. Nowinski, J. (1999): Facilitace programu 12 kroků pro léčbu závislosti. In Rotgers a kol. (eds.), *Léčba drogových závislosti (35-58)*. Praha: Grada.
31. Okrouhlica, L. (2009): Mýtus o tom, že závislost je vždy chronickým onemocněním. *Adiktologie*, (9), Suppl., 10-15.
32. Pavlovská, A. (2012): Vliv nefunkční rodiny na vznik závislosti a důležitost matchingu a práce s motivací u závislého klienta. *Adiktologie*, (12), 1, 54-61.
33. Popov, P. (2003): Alkohol. In Kalina a kol. (eds.), *Drogy adrogové závislosti I. Mezioborový přístup (151-158)*. Úřad vlády ČR: Praha.
34. Procházka, R. (2011): *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. Olomouc: UP.
35. Řehan, V. (2007): *Adiktologie*. Olomouc: UP.
36. Skála, J. (1987): *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum.
37. Skála, J. (1988): *...až na dno!? Fakta o alkoholu a pijáctví*. 4. vydání. Praha: Avicenum.
38. Unger, D. (2006): *Zkušenost psychoterapeutického vztahu u pacientů v dobrovolné protialkoholní léčbě* (magisterská diplomová práce). FSS: MU.
39. Vaillant, G. E. (1996): Addictions over the life course: therapeutic implications. In Edwards, G., Dare, Ch. (eds.): *Psychotherapy, Psychological Treatments and the Addictions (3-18)*. Cambridge: Cambridge University Press.
40. Vlčková, I., Blatný, M. (2005): K narativnímu pojetí autobiografické paměti: výzkumné možnosti metody čáry života. In Miovský, M., Čermák, I., Chrz, V. (eds.), *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku (183-199)*. Olomouc: UP.
41. Vondráčková, P. (2013): Vztahová vazba a poruchy vyvolané užíváním alkoholu. *Adiktologie*, (13), 1, 62-70.
42. Wallace, J. (1999): Teorie léčby založené na 12 krocích. In Rotgers a kol. (eds.), *Léčba drogových závislosti (17-34)*. Praha: Grada.
43. Zemore, S. E. (2007). A role for spiritual change in the benefits of 12-step involvement. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(s3), 76-79s. Převzato z <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1530-0277.2007.00499.x/full>

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2012/2013

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
PAVELKA Richard	Holandská 2437, Kladno - Kročehlavy	F11287

TÉMA ČESKY:

Porovnání odborného přístupu užívaného při léčbě závislosti v psychiatrických léčebnách s laickým přístupem užívaným organizací Anonymní Alkoholici

NÁZEV ANGLICKY:

The comparison of professional approach used in addictive therapy in psychiatric hospitals and non-profession approach used in practise of organisation Alcoholic Anonymous.

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Snahou práce bude porovnat při léčbě závislosti v psychiatrických léčebnách či ambulancích nejčastěji užívané přístupy vycházející z odborně praktických zkušeností, psychiatrické a psychologické literatury a výzkumů a laický přístup vycházející z osobní zkušenosti, a to jak po teoretické, tak po praktické stránce.

Součástí práce bude kvalitativně-quantitativní výzkum provedený mezi pacienty, kteří absolvovali ústavní či ambulantní léčbu a mezi pacienty, kteří se zúčastnili nebo se účastní programu AA, který bude zaměřený na jejich subjektivní hodnocení přínosů daného typu léčby. Cílem výzkumu bude vyhodnotit pozitivní a negativní prvky obou typů léčby a na základě předchozích teoretických poznatků posoudit, v jakých aspektech je který způsob efektivnější, případně zda se nějak doplňují.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Kalina, K. (2008): Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing.
Kubička, L. (1975): Ústavní léčba alkoholismu: dynamika, výsledky, predikační faktory. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický.
Heller, J., Pecinová, O. (2011): Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnost efektivní léčby. Praha: Toga.
Nešpor, K. (2003): Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 2. vydání. Praha: Portál.
Nešpor, K., Csémy, L. (1996): Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi. Praha: Psychiatrické centrum.
<http://aamo.info/dl/czechbb.pdf>

Podpis studenta: *Richard Pavelka*

Datum: 29.4.2013

Podpis vedoucího práce: *Roman Procházka*

Datum: 29.4.2013

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Porovnání odborného přístupu užívaného při léčení závislostí v psychiatrických léčebnách s laickým přístupem užívaným organizací AA.

Autor práce: Richard Pavelka

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka Ph. D.

Počet stran a znaků: 73 stran, 154 081 znaků

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 43

Abstrakt (800–1200 zn.): Cílem této práce je porovnat odborný přístup k léčbě závislostí užívaný v psychiatrických léčebnách s přístupem užívaným ve svépomocných skupinách. Práce se skládá ze dvou částí- teoretické a praktické. V teoretické části jsou popsány definice závislosti na alkoholu a jednotlivé typy abúzu. Následně jsou vyjmenovány základní principy obou typů závislostí. Na konci první části se nachází malé porovnání obou přístupů.

Praktická část diplomové práce sestává z kvalitativního výzkumu zaměřeného na pozitiva a negativa obou typů léčby závislostí. Zkoumaný soubor představují čtyři členové hnutí Anonymní Alkoholici, kteří prodělali jak léčbu v léčebně, tak léčbu ve svépomocných skupinách. Metodami sběru dat byly kresba čáry života, narativní rekonstrukce a odpovědi na pět otázek. Výsledky výzkumu jsou následující: léčba ve svépomocných skupinách je využitelná pro osoby s duální diagnózou a lze ji považovat za alternativu léčby v léčebně.

Klíčová slova: Léčba závislostí, léčba v psychiatrických léčebnách, léčba ve svépomocných skupinách, duální diagnózy, porovnání přístupů.

ABSTRACT OF THESIS

Title: The comparison of professional approach used in the treatment of addiction in psychiatric hospital and the approach used in organisation Alcoholics Anonymous.

Author: Pavelka Richard

Supervisor: PhDr. Mgr. Roman Procházka Ph.D.

Numberofpages and characters: 73 pages, 154 081 characters

Numberofappendices: 10

Numberofreferences: 43

Abstract (800–1200 characters): The aim of this work is to compare the professional approach used in the treatment of addiction in psychiatric hospitals and the approach used in organisation Alcoholics Anonymous. The dissertation has the theoretical and the practical part. In the theoretical part are described definitions of alcohol addiction and types of alcohol abuse. Then are named the substantial principals of both types of addiction treatment. At the end of the first part there is a little theoretical comparison of both types.

The practical part of this dissertation consists of qualitative research focused on positives and negatives of both types of addiction treatment. The research group is represented by four members of organisation Alcoholics Anonymous, who were treated in psychiatric hospitals and also in self-help groups. The methods of data collection was the picture of life line, the narrative reconstruction of participants lives and the answers on five questions. The results of this research are these: the self-help group treatment can be used in the treatment of addictive people with dual diagnosis and can be considered as alternative to the treatment in hospital.

Key words: The treatment of addiction, the treatment in psychiatric hospitals, the treatment in self-help groups, dual diagnosis, the comaprison of approaches.

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Porovnání odborného přístupu užívaného při léčení závislosti v psychiatrických léčebnách s laickým přístupem užívaným organizací AA.

Autor práce: Richard Pavelka

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka Ph.D.

Termín realizace: únor 2014

Místo realizace: Olomouc, Brno.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Porovnání odborného přístupu užívaného při léčení závislosti v psychiatrických léčebnách s laickým přístupem užívaným organizací AA“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce.

J

méno a příjmení.....

Podpis.....

Rovněž beru na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne.....

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Porovnání odborného přístupu užívaného při léčení závislostí v psychiatrických léčebnách s laickým přístupem užívaným organizací AA.

Autor práce: Richard Pavelka

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka Ph. D.

Termín realizace: únor 2014

Místo realizace: Olomouc, Brno.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Porovnání odborného přístupu užívaného při léčení závislostí v psychiatrických léčebnách s laickým přístupem užívaným organizací AA“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce.

Rovněž беру na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Porovnání odborného přístupu užívaného při léčení závislostí v psychiatrických léčebnách s laickým přístupem užívaným organizací AA.

Autor práce: Richard Pavelka

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka Ph. D.

Termín realizace: únor 2014

Místo realizace: Olomouc, Brno

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Porovnání odborného přístupu užívaného při léčení závislostí v psychiatrických léčebnách s laickým přístupem užívaným organizací AA“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce.

Rovněž беру na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Porovnání odborného přístupu užívaného při léčení závislostí v psychiatrických léčebnách s laickým přístupem užívaným organizací AA.

Autor práce: Richard Pavelka

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka

Termín realizace: únor 2014

Místo realizace: Olomouc, Brno.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Porovnání odborného přístupu užívaného při léčení závislostí v psychiatrických léčebnách s laickým přístupem užívaným organizací AA“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce.

Rovněž беру na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Antonín

Narativní rekonstrukce

Narodil jsem se v Bohumíně v docela normální, možná trochu chudší rodině. Otec byl řidič kamionu, matka nejdříve na mateřské, později si udělala rekvalifikaci a začala pracovat jako zdravotní sestřička. Mám o tři roky mladšího bratra. Zezačátku jsem problémy nevnímal, to až ke konci otcova života, jednalo se hlavně o hádky rodičů, chlast a domácí násilí. Když mi bylo sedm let, otec spáchal sebevraždu, v opilosti se zastřelil. Matka po jeho smrti pila půl litru vodky denně, ale po roce s tím ze dne na den přestala, naštěstí dokázala přestat sama.

Dost mě to zasáhlo, měl jsem pocit, jakoby mi ukradli dětství, jo, ukradené dětství, to je ono. Ostatní vrstevníci řešili fotbal, já smysl života, proč žít, když lidé okolo mě umírají. Byla to pro mě emoční a citová ztráta, propad, předčasná dospělost. Roli otce mi suploval děda, taky nový druh mé matky se mi pokoušel nahradit otce, ale já jsem ho nepřijal. Ztratil jsem milovanou osobu, prázdnota zůstala, té se nedá zbavit.

Je pravda, že tyhle pocity jsem si uvědomil až v pubertě, ty pocity ztráty a ukradeného dětství. Hledal jsem stejně zraněné duše, stejně vydědence, jako jsem byl já. Většina z nich má alespoň normální sociální citění, na rozdíl od té pokrytecké, měšťácké společnosti, kterou jsem nenáviděl. Nenáviděl jsem hlavně to pokrytectví, kdy se ti lidé od pondělí do pátku chovali strašně konformně a pak se urvali ze řetězu jen proto, že byla sobota nebo neděle, štváli mě takové ty strašně spořádané děti. Hledal jsem rebely, co by se bouřili proti zažitým společenským konvencím, co by se bouřili proti všemu, proti režimu, společnosti, práci v továrně, kteří byli stejně naštvaní jako já, nevěřili v systém, společnost. Vydědění, samota, bezmoc, to jsou ty hlavní pocity, které mne tehdy doprovázely. A z toho plynoucí naštvanost. Hořel jsem a chtěl jsem, aby hořel svět okolo mě.

Pil jsem od patnácti let. Alkohol, tráva, halucinogeny, to všechno nám mělo pomoci při hledání nějakého smyslu. Toužili jsme po okultním poznání, měli nakročeno k hledání nějakého smyslu ve světě, který jsem nechápal. Byl to nihilismus, absolutní nihilismus. Pohrdání morálkou, měšťáckou morálkou, pokrytectvím. Střídal jsem party, vždy to skončilo tak, že jsme si navzájem nějak ublížili. Zranění spolu nedokážou vydržet, zranění způsobují další zranění.

Dalším únikem se stalo násilí. Začal jsem se realizovat v politice, v politických organizacích, šlo spíše o politická pseudohnutí. Bavilo mne na tom to násilí, mlácení lidí, oponentů. Několikrát na mne bylo podáno trestní oznámení pro výtržnictví a ublížení na zdraví. Spalovala mne citová vyprahlost, chtěl jsem něco cítit, alespoň tu bolest, cítil jsem obrovskou samotu, a to i v partě. Hodně jsem se zabýval myšlenkami na sebevraždu, tři nebo čtyři mí kamarádi v partě sebevraždu doopravdy spáchali.

Z party jsem nakonec odešel, rozešel jsem se i s přítelkyní. Začal jsem brát pervitin, hlavně proto, že pití už absolutně nebylo pod kontrolou. Opíjel jsem se, měl jsem okna, když jsem se opil, probouzel jsem se a nevěděl kde. Pervitin mi pomohl dostat pod kontrolu pití, dával mi pocit svobody. Díky němu jsem přestal pít a začal chodit do práce, dokončil jsem totiž učiliště a nastoupil do ocelárny jako odlévač oceli. Uklidnil jsem se. Problémy jsem nevyřešil, ale přestaly mi vadit. V pátek jsem si prostě dal s tím, že mi to pak bude jedno, a když zůstaly problémy nedořešené, dal jsem si znova. Líbilo se mi to. Přestal jsem být agresivní, lidé mě nepoznávali.

Pak přišla týden po mých dvaadvacátých narozeninách první psychóza. Poprvé jsem pocítil první zájem o svou osobu, zajímali se o mne lékaři, psychiatři a psychologové. Nejprve jsem nastoupil na uzavřené oddělení v Opavě. Prožil jsem si peklo schizofrenie, léčba trvala rok, po ní jsem nastoupil do Olomouce s úmyslem začít znovu. Mám rád normální život, chození do posilovny, věnování se koníčkům, chození na besedy s dětmi, běžnou, všední, každodenní realitu. Hledání sebe sama. Pomáhal jsem při zakládání olomoucké organizace Anonymní alkoholici, pracuji jako asistent vozíčkářů a pečovatel, funguji v sociálních službách. Mám přítelkyni, zažil jsem i pár rozchodů, samozřejmě jsem občas naštvaný, na systém, politiku a tak.

Jsem čistý již osm let, od alkoholu i od fetu, celých osm let bez relapsu. Díky AA jsem nezapomněl, jsem stále ve styku se závislými, takže jako připomínání závislosti to funguje, je to velká prevence relapsu i recidivy. I když to je až druhotný efekt, prvotním cílem založení AA byla má snaha pomoci ostatním.

Odpovědi na otázky

1. Co mi alkohol dal a vzal?

Alkohol mi ze začátku dal pocit svobody a nezávislosti euforie, odboural stud a zábrany díky jemu sem se snadněji seznamoval s novými lidmi, větší sebevědomí i pocit že patřím do party lidí, bavili mě mejdany a společné chvíli při pařbě, které nás spojovali, kdo tam nebyl jako by nežil a byl mimo hru.

O pár let později mi vzal vše, má vlastní rodina mě nechtěla znát, přítelkyně ode mě odešla, v práci jsem to měl hodně nahnuté, a hlavně mi vzal spoustu času, který jsem promarnil sháněním peněz a pak následným propíjením do bezvědomí s lidmi, kteří pili jako já, přátele už jsem v té době neměl. Vzal mi sám sebe, udělal ze mě agresivní naprosto šílenou loutku. Nevěděl jsem, kde se probudím v jakém stavu, co jsem dělal, kde jsem byl, nic.

2. Co jsem pochopil v léčebně?

V léčebně mi řekli, že už nemůžu pít. Porozuměl jsem, že jsem závislý, ale nevěřil jsem tomu. Opakování pár naučených frází. Nemůžu říct, že by mi nechtěli pomoci, ale štválo mě, že mi kázali vodu a sami pili víno, a velikou křivdu jsem cítil, když jsem poznal, že to, co chci říct, je v úplném rozporu s tím, co chtějí, abych říkal, tak jsem se naučil říkat, co chtěli slyšet, ať mám klid, ze začátku jsem měl chuť přestat pít, ale to nestačilo, přestat pít prostě nestačilo, když myšlení zůstalo stejné.

3. Co jsem pochopil v AA?

Zásadní bylo, že alkoholismus je důsledkem a příčinou je mé staré myšlení a moje jednání v situacích, a ty že musím měnit. Děsila mě představa, že už se nikdy nenapiju. V AA mi řekli, snaž se nepít 24 hodin, dneska nepiju a zítra se uvidí, viděl jsem lidi, co nepili roky a příklady táhnou. Rozdíl mezi abstinencí a střízlivostí, abstinovat je takové nucené (hlavně se nenapít) ale střízlivost je volba, kdy kolem mě můžou lidé pít a mě to nevadí, ani se mě to nijak netýká, a hlavně se v tom netrápit, být spokojeny a šťastný střízlivý, protože pokud by mě to nebavilo, kašlu na to a chlastám. Umět si odpustit a nebojovat s alkoholem, uznat porážku, prostě alkohol je silnější a já to vím, nemám potřebu s ním bojovat.

4. Co bylo zlomovým okamžikem v mé závislostní kariéře?

Varovných okamžiků byla celá řada, ale poslední moment byl, když mi začala psychóza a já byl odvezen sanitkou na uzavřené oddělení do PL. Pak po zaléčení schizofrenie, proběhla léčba závislosti. Byli celkem tři. Ale pomoc pro mě největší byla terapeutická komunita a její pracovníci, mnozí ze stejnou diagnózou, jakou mám já. Pak můj příchod dva roky po léčbě do AA.

5. Jak jsem viděl své problémy v době, kdy se mi nedařilo abstinovat, a jak je vidím dnes.

Když sem pil, viděl jsem za svůj problém svět, který nechápe, že musím pít, že mi ukradli šance a ostatní můžou za to, že jsem neuspěl jen proto, že nemám známosti, za všechno můžou oni. A hajzlové mě nenechají ani v klidu se opíjet, pořád mi do toho musí někdo kecat. Dneska vím, že za to můžou ONI, ale i já se svým chlastáním, nejsem naštvaný, problémy se snažím řešit tak, jak mohu, a když nemohu, nebojím se říct si o pomoc, vím, že na všechno nemusím stačit, jsem strážlivý a díky tomu mám nadhled, zdravé sebevědomí a pokoru před událostmi, které nemohu nijak ovlivnit.

Šárka

Narativní rekonstrukce

Narodila jsem se roku 1982 na Přerovsku v rodině dopravní inženýrky a vojáka z povolání. Mám o dva roky mladší sestru a z prvních tří let svého života si pamatuji především časté stěhování k prarodičům, konkrétně rodičům mého otce, do Haviřova, neboť má matka tou dobou ještě studovala v Žilině, kam přes týden dojížděla a nás nechávala u babičky s dědou. Okolo třetího roku mého života vyvrcholily konflikty rodičů, které skončily rozvodem, s matkou a sestrou jsme se pak přestěhovaly do domu její matky v matčině rodné vesnici. Pamatuji si, jak si nás jednou otec odvážel na víkend, já se těšila, ale moje matka stála a plakala, asi měla strach, že nás již otec nevrátí, a děda ji musel utěšovat. Vidiš, na dědu jsem zapoměla, sice nás vychovával, ale byl vedle babičky takový nevýrazný, navíc byl neustále pryč.

Měla jsem hodně kamarádů, s některými se přátelím dodnes, naše vztahy nezměnila ani více než desetiletá odluka. Matka si stále hledala přítele, vzpomínám si na jednoho, umělce a léčitelle, ke kterému jsem dojížděla kvůli astmatu, které se u mě objevilo. Měla jsem z něho strach, i když nebyl důvod, nedotkl se mě, a to ani během přenášení své energie na mě. Nakonec si našla jednoho přes inzerát, bylo mi tehdy asi osm let, a ukázala nám ho se sestrou na fotce, já se smála, že má velké uši, a babička prohlásila, že pro matku je to ten pravý, neboť v průvodním dopise psal, že je nekuřák a abstinent. Nakonec se za něho matka provdala a já dostala jeho jméno, ačkoliv se mně nikdo nezeptal, zda s tím souhlasím.

Asi okolo mého dvanáctého roku přišlo několik vážnějších událostí. Jednak komplikace dané mým astmatem, pak první láska a pusinky s mou pozdější dlouholetou známostí Matesem, a nakonec stěhování do vlastního domu. Rodiče totiž neustále řešili jenom a pouze babičku, nikoli své problémy, jenže přestěhováním se situace příliš nezlepšila, neboť místo babičky začali řešit pro změnu náš dům, pět let se všechno točilo okolo domu, oprav atd. Vztah s otčímem byl chladný, nicméně pohodový, já od něho ani nějaké projevy lásky nevyžadovala, ty jsem nedostávala ani od matky. Vztah otčíma s matkou byl podobný, seznámili se přes inzerát a jejich svazek byl záležitostí spíše dohody než plamenné lásky. Ta chyběla z obou stran.

Po základní škole jsem přešla na gymnázium, jezdila s kamarády na vandry, tedy do přírody, vandry jsem striktně oddělovala od čundrů, které začínaly a zpravidla i končily v první hospodě. Chodila jsem do Junáku, byli jsme dobrá parta. Častokrát jsem si v pátek ráno vzala spacák a vrátila se až v neděli večer, rodiče se příliš nestarali, kde jsem. Alkoholu jsem si maximálně lízla při táboráku na ochutnání. Poprvé jsem se opila po maturitě, kdy jsem víno zazdila velkým rumem, ale udělalo se mi špatně a kamarád mi musel pomáhat se zvracením. Podruhé na Silvestra. Alkohol mi dával dobrý pocit, bylo to super.

Po gymplu jsem přešla na vysokou do Brna, konkrétně na Filosofickou fakultu, obor anglistika-pedagogika. V prváku to bylo ještě v pohodě, pařby bývaly tak dvakrát do týdne. Alkohol mě posiloval, uvolňoval. Ve druhé půlce druháku jsem již pila před začátkem pařby, abych se rychleji dostala do nálady a zbytečně se nezdržovala opíjením se v jejím průběhu. Ve třetáku jsem odjela na půl roku jako au-pair do Anglie, chtěla jsem tam udělat výzkum kvůli diplomce. Tam jsem začala pít hodně sama. Buď nárazově vždy ke konci týdne, nebo jsem si koupila nějaké to jejich vysokovoltážní a odporně sladké pivo, odebrala se k rybníku, kde jsem ho sama v klidu vypila. Byl to určitý druh relaxace, doma nebylo možné kvůli babičce si na chvíli sednout s knížkou, podívat se na film, kdykoliv přišla do pokoje, musel člověk něco dělat, neexistoval, aby nedělal nic. Kdykoliv jsem pak chtěla odpočívat, měla jsem výčitky. A ty alkohol tlumil a zároveň mi poskytoval relaxaci a uvolnění. Pila jsem tak, že jsem po pití usnula. Jednou mi Mates poslal na ochutnání domácí slivku, a já ochutnávala tak dlouho, až jsem se vzbudila pozdě odpoledne a zjistila jsem, že obě děti mé hostitelské rodiny ještě nejsou vyzvednuté ze školky.

Ted' si vzpomínám, že na můj vztah k alkoholu mohla mít vliv ještě jedna zkušenost. V Anglii, respektive v Severním Irsku jsem byla na půl roku již předtím, a má hostitelská rodina se každý večer věnovala takovému rodinnému, domácímu pohodovému pití, kdy si vždy večer manželé otevřeli každý láhev vína, červeného a bílého, užívali si pohody a každý večer každý z nich vždy jednu láhev vypil.

Pak jsem se vrátila do Brna. Nepodařilo se mi dokončit diplomku, vedoucí byl kokot, nechodil na schůzky. Studium jsem měla přerušené, živila jsem se většinou různými brigádami či vedlejšími pracovními poměry, pózovala jsem například jako model malířům při kreslení, dělala jsem překlady, učila angličtinu soukromě i na základních školách. Matesovi jsem našla v Brně práci i bydlení, dokončil nějaký učňák či průmyslovku, s výučním listem nebo snad i bez něho. Jenže on se tam jen tak objevil od pondělí do pátku a pak utíkal zpátky k mamince, mě po něm vždy zůstala akorát nějaká přinesená láhev, ke

keré jsem si vždy něco přikoupila a zůstala s pitím sama. Bydlela jsem po různých podnájmech. Přišla první okénka, třesy, nevolnosti. Asi okolo roku 2005 nebo 2006 jsem již usínala po dvou panácích, nebo jsem naopak musela pít, abych vůbec usnula, měla jsem potíže se spánkem. Nakonec jsem přes zeď slyšela, jak se na mne domlouvá má bytná, cikánka, s příbuznou, jejíž manžel byl ve vězení, že mne pořežou, atd. Zavolala jsem v záchvatu paniky svému otci, aby si mě odtamtud odvezl, když přijel, jen jsem vyběhla k němu a chtěla jsem utéct. Půl roku jsem pak byla u babičky a pila potají, byla jsem zoufalá. Pila sem víno i tvrdé, má matka měla zásoby. Když se na to tak zpětně dívám, mé pití bylo snahou oddálit převzetí zodpovědnosti za vlastní život, bála jsem se být dospělá. Nakonec mne našla opilou na balkóně a já si poprvé přiznala, že mám problémy s alkoholem. Nastoupila jsem do léčebny v Bílé Vodě, konkrétně v létě 2007. Šlo mi také o existenční zajištění, neměla jsem kam jít, byla jsem bez práce.

Na podzim jsem dokončila léčbu a nastoupila do Jazykového centra v Letovicích, kde jsem si později i našla bydlení, prostě absolutní změna prostředí. Bez alkoholu to byla velká pohoda. Abstinovat jsem vydržela do zimy, během tvoření zásob na vánoční večírek se nakupovaly i lahvová piva. Já jsem stále nebyla vnitřně smířená s tím, že jsem alkoholička, a jedno z nich jsem vypila. Týden jsem vydržela, pak si dala dvě, třetí týden jsem již pila pravidelně. Na Silvestra jsem chtěla za kamarády na akci za Prahou, ale skončila jsem v supermarketu opilá tak, že jsem kdesi v kanceláři dokázala akorát sedět na židli, nějaká prodavačka mne musela dokonce i krmit. Na akci jsem nakonec dojela, ale opila se pod obraz. Uvědomila jsem si, že mám problém a snažila se s tím něco dělat.

Tehdy-v roce 2008- jsem nastoupila na pozici asistentky ředitele v jedné firmě, celkem mi to pomáhalo, stálá pracovní doba mi neumožňovala pít od rána, já pila vždy až po práci, a to byly ještě kolikrát krámy zavřené, žili jsme na vesnici. I tak jsem vydržela nepít maximálně 3,4 dny v kuse.

10.10. 2009- to datum se pro mne později stalo symbolem-jsem přežila autohavárii. Jela jsem jako spolujezdec, ale byla jsem opilá, takže si nic nepamatuji, jestli kvůli opilosti či úrazu, nevím. Týden jsem ležela v nemocnici a šest týdnů jsem pak byla v domácím léčení, samozřejmě že mě napadlo využít tohoto vynuceného detoxu k přerušení pití, jenže sotva jsem odešla z nemocnice, začala jsem s tím znova.

Roku 2010 firma snižovala stavy a já dostala, sice jako poslední, ale přeci, vyhazov pro nadbytečnost, překvapivě nikoli kvůli pití. Půl roku jsem byla bez práce, přivydělávala jsem si překlady či jako hospodská-dokázala jsem si zajistit stálý přísun alkoholu, být přímo u zdroje. Ted' už jsem pila celodenně.

Ještě jednou jsem se pokusila něco se sebou udělat. V roce 2011 jsem nastoupila do nové práce, opět jsem pila jen večer, ale přestat jsem nedokázala, pila jsem každý den. Ráno mi bylo vždy zle, pocení a třesy doprovázela žaludeční nevolnost. Stále více se blížilo magické datum 10.10., tentokrát 2012, a já si dala předsevzetí, že pokud do tohoto dne pít nepřestanu, požádám o pomoc. Brala jsem to tak, že jsem tím, že jsem přežila tu nehodu, dostala druhou šanci, chtěla jsem ji ještě využít. Devátého přišla poslední opilost, desátého jsem se probudila ještě s opicí a rozhodla se splnit předsevzetí.

Zavolala jsem do nejbližší organizace AA a oni mne pozvali na meeting, který se konal dva dny na to, v pátek dvanáctého. Dojalo mne jejich přijetí, objetí, ta atmosféra. Nic mi nenařizovali, neradili. V práci mne čekal večírek, já na něj z pracovních důvodů musela, a oni mi jen řekli, ať klidně jdu, jen jestli si uvědomuji rizika. Uvědomovala jsem si je, a přesto jsem tam šla- a dokázala se nenapít, stejně jako nikdy potom, a to až doteď, tedy více než rok a čtvrt. Myslela jsem tehdy na lidi z AA, chtěla mezi ně. Hodně mi pomohli, například formou pomoci po telefonu. Kdysi jsem jim hodně volala, třeba když jsem šla kolem obchodu s alkoholem a nezvládala chutě, po telefonu mi radili, co mám dělat. Neřikali mi nikdy, že se nesmím napít, jen, abych si uvědomovala, jaké to může mít důsledky. Ty znám, mám strach z alkoholu, vím, co dokáže.

Cítím, že je mi každý den líp a líp a říkám si, že pokud to s takovou vzestupnou tendencí bude pokračovat, jak dobře mi bude třeba za měsíc. Víím, že se může stát cokoliv, ale dnes si opakuji větu, kterou jsem původně nenáviděla- že i sebehorší den v období, kdy nepiji je lepší, než sebelepší den v době, kdy jsem pila.

Na podzim roku 2013 jsem složila státní zkoušky a teď v lednu obhájila bakalářskou práci, takže jsem se konečně stala bakalářkou.

AA mi dávají možnost připomenout si, kdo jsem. Že je zde stále riziko, že si začnu věřit, přestanu si dávat pozor a alkohol nade mnou zvítězí. Dávají mi možnost poslouchat příběhy, díky kterým dostávám odpovědi na své otázky. Absorbují příběhy od lidí, ty mi různě posedají v hlavě, a třeba po roce, při nějaké těžší situaci, kdy mi stojí v cestě nějaká překážka, vyskočí mi v hlavě příběh, třeba o tom, jak podobnou situaci řešil někdo jiný. Pomáhá mi to v životě.

Díky AA mohu ze sebe dostat, co mě trápí, ulevit sobě a zároveň pomoci jiným. Předat svou zkušenost dál a zároveň si vytvořit místo na nové příběhy, jsem jak houba, tentokrát to myslím v tom pozitivním slova smyslu.

Odpovědi na otázky

1) Co mi alkohol dal a vzal?

Dal mi pocit, že jsem „hvězda“, dal mi uvolnění, to, že jsem se cítila a chovala tak, jak jsem chtěla-uvolněně, zábavně, spontánně, uměla jsem a nestyděla se bavit ostatní, povídat i v cizím jazyce, hrát na kytaru, tancovat. Šlo i studovat-po návštěvě hospod jít a napsat seminárku.

Pomalu mi začal brát to, co mi dával. Kamarády, koníčky, školu. Vzal mi i svobodu. Život.

2) Co jsem pochopila v léčebně?

To, že je mi bez alkoholu dobře. Že i bez alkoholu jde žít, že je možné získat svou svobodu zpět. Také jsem pochopila, že život chce řád-že já potřebuji řád. Stále jsem se ale bránila tomu, že bych neměla do konce života pít. Řád mi zaváněl „stereotypem“.

3) Co jsem pochopila v AA?

Že jsem alkoholička. Že alkoholismus je nemoc-až do konce života. Pochopila jsem, že můžu být svobodná, ale že zároveň musím být také zodpovědná. Že jsem marně bojovala s alkoholem-že je to příliš silný soupeř. Pochopila jsem, že nemusím bojovat a přijala to, že jsem alkoholička.

4) Co bylo zásadním zlomem v mé závislostní kariéře?

Prožitá bezmoc nad alkoholem. Více než rok jsem se pokoušela přestat. Jednoho data jsem se držela. Ještě ten den jsem si šla pro láhev, abych se „spravila“. U druhé sklenky jsem si uvědomila, že se opět rozjíždí další kolotoč a já jsem naprosto bezmocná.

5) Jak jsem viděla své problémy v době, kdy jsem pila, a jak je vidím teď?

Své problémy jsem v době, kdy jsem pila, viděla temně. Dnes své problémy vnímám jako měsícem ozářené krize, ve kterých a z kterých čerpám a rostu.

Jiří

Narativní rekonstrukce

Narodil jsem se před osmačtyřiceti roky na moravské vesnici. Když si vzpomenu na zhruba prvních deset let svého života, vybavuji si především smutek a samotu, které jsem řešil únikem do přírody. Později jeden psycholog metodou „one brain“, kdy se pomocí stimulace mozku odhalují zasuté vzpomínky, odhalil, že příčinou těchto pocitů mohla být neuvědomělá averze vůči matce, a z toho plynoucí neschopnost přijímat lásku, matka ta byla dost hrr, věčně byla někde pryč, často mi chyběla. Vychovávala mě babička, u které jsem být nechtěl, proto jsem utíkal do přírody, chytat brouky, pstruhy do rukou...

Celkově si myslím, že jsem byl spíš takový přecitlivělý, přecitlivělé děcko. Rodiče měli na první pohled harmonický vztah, ale něco mezi nimi nehrálo. Já to vnímal, a navíc jsem to prožíval sám, neboť má sestra byla o sedm let mladší. Otec byl lesák, věčně byl někde na lovu, navíc jsme měli hospodářství, takže neměl moc času. V dětství jsem dostal dvakrát zápal plic a jednou zánět mozkových blan, což vedlo k tomu, že ze mne babička dělala chudáka, slabé děcko, bála se o můj život. Byl jsem hodně rozmazlován babičkou, díky tomu jsem si připadal vadný, měl jsem pocit, že nejsem v pořádku, což mi vydrželo do puberty, vztahoval jsem to na sebe, to, že jsem divný, byl to takový plíživý pocit. Byl jsem i hodně fyzicky zaostalý, ostatním klukům již rostly vousy a chodily za děvčaty, a já furt nic.

Teprve v šestnácti či sedmnácti letech jsem fyzicky dospěl, začal se cítit rovnější v kolektivu, spolužáci mě najednou přijali mezi sebe, sebevědomí mi vzrostlo, organizoval jsem výlety na běžky, do hor, necítil jsem se již tolik blbě, pocit nedokonalosti vymizel.

Pak jsem nastoupil na vojnu, kde jsem zažíval těžkou šikanu, ale na rozdíl od mnoha jiných jsem fyzicky i duševně obstál, nesložil jsem se. Celkově mě to posílilo. Jako absolvent hnojárny (střední zemědělské školy) jsem se měl stát agronomem, ale měl jsem strach z vedení lidí, ze zodpovědnosti za výplaty a tak. Jelikož byla podmínkou kandidatura do KSČ, tak jsem ji odmítl, díky tomu jsem se agronomem nestal, což jsem přivítal. Oficiálně jsem se jím nestal, protože jsem nevstoupil do strany, ale to byla jen výmluva pro sebe samého, ve skutečnosti jsem se bál jím být.

Opustil jsem zemědělství a stal se řidičem nákladních vozidel na stavbách. Byla to hodně jednotvárná práce, žil jsem na ubytovnách. Dělalí jsme dvanáctihodinové směny, po šichtě

před ulehnutím se šlo vždy na čtyři piva. To bylo základem mého pravidelného popíjení. Uvědomil jsem si, že nuda není až tak nudná, začal jsem dobře usínat, zjistil jsem, že su veselejší. To mi bylo tak 21, 22. Byl to pro mne zlom, já poznal, že chlást je příjemnej. O víkendech jsem pravidelně navštěvoval vinárny, vše bylo v normě, včetně pití. Byl to útek z jednotvárnosti, stejně jako to, že jsem nakonec obratem změnil zaměstnání a stal se zahradníkem na zámku v Červené Lhotě v jižních Čechách.

V sezóně probíhaly bujaré večírky s partou průvodkyň a jejich partnerů a známých, kde alkohol tekł proudem. Po skončení sezóny zůstal zámek opuštěný, zbyl v něm pouze kastelán a já. Vrátil se pocit osamění, který jsem zažíval v dětství, začal jsem se opět cítit jako osamělé dítě. Vrátila se nenaplněná touha po lásce, toužil jsem po lásce se ženou. Začal jsem se toulat po okolí na kole, našel si známé v okolních vesnicích a hospodách, denně jsem někam zajížděl na pivo.

Objevily se první ranní doušky, potřeboval jsem napravit kocovinu, alkohol mi tehdy v práci nevadil. Ranní doušky plynule přešly v celodenní popíjení, trávil jsem den v takovém úsměvném limbu, všechny problémy byly nicotné. Po roce přišel vyhazov, kvůli častému popíjení, navíc vedoucí objevil naší skrýš alkoholu v litinových kamnech, kde jsme schovávali asi 120 lahví. V té době jsem začal mít kvůli pití i finanční problémy.

Asi po půl roce jsem se vrátil navštívit kastelána a poznal zde svou první ženu, to mi bylo asi 24, 25. Oženil jsem se s ní v Jihlavě, odkud pocházela, v době seznámení studovala v Brně vysokou školu. Jenže z mladé bezstarostné studentky se stala žena s odlišným názorem, začaly neshody, nepochopení, hádky. Narodilo se nám dítě. Doma jsem popíjel alkohol příležitostně s manželkou, v reakci na domácí hádky jsem začal pít v práci. Dělal jsem svářeče, na odpoledních směnách jsme popíjeli s kolegy, začal jsem zvyšovat dávky. Manželská krize vyvrcholila rozchodem, nikoli rozvodem, ten se táhl ještě dlouho. Tehdy jsem boural s osobním autem, naměřili mi 3,3 promile, dostal jsem na rok a půl zákaz řízení a 20 000 korun pokuty.

Odešel jsem ke svým rodičům na dobrovolný detox, který jsem ale nezvládal, asi jednou jsem vydržel 14 nebo 21 dní nepít, pak ale následovalo opití se až do naprostého selhání organismu. Jednalo se o turnusové pití, pil jsem nárazově, dle doktora Nešpora jsem byl alkoholik typu beta.

Po roce jsem sám zavolal do Bílé Vody, kde jsem se 3,5 měsíce léčil. Nejdříve byla čtrnáctidenní příprava a pak tři měsíce skupinová terapie, kde se rozebíraly příčiny vzniku alkoholismu. Po léčbě jsem vydržel abstinovat 11 let.

Pracoval jsem jako řidič z povolání, pracoval jsem v mezinárodní kamionové dopravě. Jezdil jsem hodně do Ruska, na Sibiř, do východní Evropy. Potkal jsem svou druhou ženu, se kterou jsem měl dvě děti. Kvůli rodině jsem omezil dálkové jízdy a začal jezdit víc v po Česku.

Má druhá žena se narodila přesně ve stejný den jako ta první, měla naprosto identický horoskop. Když jsem to řekl své známé psycholožce, odeslala mi SMS se slovy ty vole a pěti vykřičníky. Byl to svým způsobem ortel, že se v mém druhém manželství opakovalo vše v podstatných rysech jako v mém prvním vztahu, všechno to, co v tom prvním vztahu zůstalo nevyřešeno. Vztah se dle schémat podobných těm z prvního manželství rozpadl na základě rozdílů v povahách nás obou a neschopnosti se vzájemně přizpůsobit. Já jsem se tedy snažil přizpůsobit maximálně, ale pro partnerku to bylo málo. Partnerka běžně doma popíjela červené víno, ačkoli věděla, že jsem vyléčený alkoholik.

V roce 2008 jsem usoudil na základě sebeklamu, že jsem již abstinovat dostatečně dlouho. Bylo mi asi 42 let, když začala má recidiva. Ačkoli jsem se ji snažil opakovaně přerušit, a asi čtyřikrát se mi to na zhruba tři měsíce podařilo, vždy jsem začal pít zase znovu. Ve svých 45 letech jsem skončil ve Šternberku na stabilizačním pobytu, dokázal jsem abstinovat asi měsíc a půl. Nadále trvající nesoulad ve vztahu s partnerkou, hádky a rostoucí agresivita partnerky vedly k tomu, že jsem vše řešil útekem do restaurací.

Ve 46 letech jsem se rozhodl odejít od partnerky. Odešel jsem bydlet do jedné zahrádkářské kolonie do UNIMO buňky, kterou jsme měli na pronajatém pozemku. Bydlel jsem tam asi tři čtvrtě roku, živil se s partou kamarádů příležitostnými pracemi. Pak jsem požádal rodiče o azyl.

Když mi bylo čtyřicet šest a půl, měl jsem autonehodu, po které mi naměřili tři promile. Dostal jsem podmíněný trest ve výši dva a půl roku a 350 hodin veřejně prospěšných prací.

Příslib detoxu daný rodičům jsem ale nezvládal, déle než tři měsíce jsem abstinovat nevydržel. Ve 47 letech jsem měl nehodu na jízdním kole, po které jsem skončil s otřesem mozku, což mě definitivně přesvědčilo o nutnosti definitivní abstinence.

Počátkem roku 2014 jsem vyhledal AA s přesvědčením, že přestanu definitivně pít. Původně jsem myslel, že tam mohou chodit jen lidé, kteří s pitím definitivně přestali, nyní už vím, že je i pro lidi, kteří aktuálně pijí.

Naposledy jsem se alkoholu napil letos dvanáctého ledna. Jen bych chtěl ještě říct, že jsem byl především kvartální alkoholik, pil jsem nárazově, dokázal jsem mezi tahy dělat přestávky a pak na jeden záťah pít, dokud jsem nezačal zvracet krev. A dále, že zhruba od svých 43 let dosáhly mé výčitky svědomí a deprese neúnosné míry.

Odpovědi na otázky

1) Co mi alkohol dal a vzal?

Dal: Poznání d'ábla v sobě, poznání života „zespodu“-bezdomovectví, lidí na okraji společnosti. Poznání charakterů bližních a přátel. Poznání, že svět se zbláznil.

Vzal: Mnoho (9) let života, cca 2 miliony korun.

2) Co jsem pochopil v léčbě?

Že si mohu život řídit sám, převzít za něj plnou zodpovědnost. Že vždy existuje cesta ze závislosti.

3) Co jsem pochopil v AA?

Že je normální být abstinujícím alkoholikem-je příjemné mít podporu druhů (družek) v AA a současně jim být podporovatelem. S pomocí AA lze zvládat průběžně krize.

4) Co bylo zásadním zlomem v mé závislostní kariéře?

Vždy postupně zrající pud sebezáchovy, nezletilé děti. Vždy mně před rozhodnutím k abstinenci šlo o život (většina těžké úrazy, pády, nehody).

5) Jak jsem viděl své problémy v době, kdy jsem pil, a jak je vidím teď?

Když jsem pil, obviňoval jsem společnost, rodiče, partnerky za chování, které nastartovalo závislost. Problémy byly těžko řešitelné, častá byla bezvýchodnost ze situace.

Teď odpouštím tě, kteří neúmyslně svým chováním nastartovali mou závislost, dobírám se porozumění sobě i jim.

Kristýna

Narativní rekonstrukce

Narodila jsem se 31. 7. 1980 v Olomouci. Matka Iva N. mě čekala za svobodna a rozhodně mě nechtěla. Byla u komise kvůli interrupci. Ovšem vložil se do toho děda a zakázal to. Matka chodila na střední dřevařskou školu a bydlela na internátě. Vychovávali mě babička s dědou. Babička v té době pracovala jako pomocnice v mateřské škole, děda byl po úrazu elektrickým proudem v invalidním důchodu s onemocněním jménem schizofrenie. Byl bohém, ale mě se věnoval s velkou láskou a trpělivostí. Pamatuji si to přesně. Jednou odjel za kamarádem a už se nevrátil. Umřel. Nikdo mi to tenkrát neřekl. Viděla jsem babičku plakat a později i ostatní z rodiny. Tenkrát jsem si svým dětským rozumem myslela, že jsou prostě smutní. A tak jsem na něj čekala. A čekala jsem dlouho.....

Jeho smrtí se začala psát jedna z nejhorších kapitol knihy mého života. Začala jsem bydlet s mou matkou. Vdala se za Petra M a obě jsme se přejmenovaly na M. Byl mi zapsán do rodného listu. Dnes si myslím, že to byl jen tah na mou matku. Narodila se jim moje sestra Lucie. O tři roky mladší než já. Když děda zemřel, byly mi čtyři a kousek. Když jsem tedy začala žít s nimi, byl sestře rok. V mých sedmi letech se rodiče chtěli rozvést. Nevlastnímu otci jsem říkala tati. Chtěli to po mně a mě to tenkrát připadalo tak nějak přirozené. Jejich rozvod zkrachoval na tom, že ani jeden nechtěl mě. Hádali se o sestru, mně hrozili dětským domovem. Soudu se to ale moc nelíbilo a tak jim dal rok na rozmyšlenou a oni si to během té doby opravdu rozmysleli. Ten rok byl ovšem pro mě a pro sestru noční můrou. Rodiče nechodili domů a to často ani v noci. A vraceli se každý zvlášť. Občas, pokud se spolu zrovna bavili, si přivedli kamarády a já po nich potom uklízela poblitý koberec. Ráno se zase pohádali a vše bylo při starém. Když jsme volaly matce do práce a pochopily, že doma nebude, zůstávaly jsme u babičky. Když jsme to nečekaly, byly jsme v Olomouci, v bytě tři plus jedna samy. Nejdřív se nám zdál plný strašidel, později jsem snad začala mít lepší pocit, když jsme tam byly samy. Otec matku často bil a ona to vyčítala mě. Prý by beze mě byli šťastná rodina a nic takového by se nedělo. Když se udobrili, bil otec mě a matka se mi smála. Chodila jsem do Horky nad Moravou, kde

bydlela a bydlí dosud babička, na základní školu. Měla jsem samé jedničky celý první stupeň, na druhém stupni sem tam nějaká dvojka. Ovšem s chováním to bylo horší. Naštěstí to byly vždy „jen“ důtky. Otec tehdy pracoval v USP ve Šternberku a matka u vojáků. Nikdy jsem nechápala, jak otec mohl pracovat s lidmi.

Přišla moje puberta a střední škola. Puberta byla opravdu s malým p. Za školu jsem si i přes nevoli rodičů vybrala střední zemědělskou, obor ekonomika-účetnictví. Po dvou letech jsem přestoupila na obor provoz. Milovala jsem zvířata, ta mi rozuměla. Tajně jsem jezdila na koni, měla jsem to zakázané. Hned v prváku jsem nastoupila brigádu na školním statku na dojírnu. Práce mi nevadila. Bavila mě. U zvířat se mi líbilo. A všechno bylo lepší než být doma. Chodila jsem od čtyř od rána na ranní směnu, potom do školy nebo po škole na odpolední. Do toho jsem cvičila problémové psy. Na škole jsem potkala svou první lásku. Rosťu. Dva roky to mezi námi bylo čistě platonické. Ale o to krásnější. Byl mi velkou oporou při mých problémech s otcem. Otec pořád docela dost pil, matka taky a bil mě. Co k tomu ale přidal, bylo nabízení mě svým kamarádům. Nepamatuji si co přesně se v té době dělo. Mám to tak nějak v mlze. Kromě mé lásky si tam ale nepamatuji nic hezkého. Proběhly moje první pokusy o sebevraždu, tenkrát ještě zřejmě demonstrativní a k dokonalosti jsem to doháněla úrazy a zraněními, které jsem si k těm co jsem měla od otce, způsobovala sama. Ovšem vztah jsem k sobě nikdy žádný neměla, někdy jsem se přímo nesnášela. Byla jsem blbá a hnusná a věřila jsem tomu. Pocity u nás byly zakázány a jakýkoliv jejich projev z mé strany tvrdě trestán.

V osmnácti odchod z domu, nebo spíš útěk před otcem. První podnájem, první zaměstnání jako asistentka daňové poradkyně. S rodiči kontakt minimální, s babičkou a sestrou docela dobré. Před mým odchodem jsme si se sestrou docela rozuměly, byla jsem pro ni jako starší sestra pořád oporou a vzorem. Mimochodem, maturita z ekonomiky, účetnictví a odborných předmětů na vyznamenání. A k tomu ŘP. Po mém odchodu z domu začala show. Mejdany a nespoutaný život. Byla jsem jak puštěná ze řetězu. Do té doby jsem musela být do osmi doma, kromě dnů kdy jsem byla na odpolední. Paradoxně se mi v té době rapidně zhoršily mé úzkosti, panika a strachy. A tak jsem to úspěšně zapíjela. Z počátku to pomáhalo. Začala jsem kvůli tomu mít problémy v práci i v osobním životě. Pronájem jsme se spolubydlícím přestali platit a museli odejít. Chvilku jsem bydlela po kamarádech a v práci samozřejmě skončila. Byli to jen mejdany, sex a chlást. I v tom sexu jsem v té době byla poněkud divočejší. A neřešila nic. Zkoušela jsem i lehké drogy, ale moc mi to nesesedlo.

Vrátila jsem se bydlet k babičce a nastoupila jako pomocná síla v kuchyni v jedné horecké hospodě. To byl kariérní vzestup jako blázen. Byla jsem na tom tak, že jsem nemohla jet autobusem, jít do obchodu, bylo mi hůř a hůř. Do toho první oficiální pokus o znásilnění. Překvalifikovali ho na omezení osobní svobody a řekli mi, že si za to můžu sama. A matka řekla, že jsem kurva.

Na jedné party jsem potkala svého bývalého manžela. Byla to taková ta moje fojfr láska na první pohled. Za rok jsem si brala Josefa Z.. Před svatbou jsem se z lásky probrala, ale matka mi tvrdila, že to jsou předsvatební nervy a jsou zaplacené zálohy na šaty a cukroví, takže už je to prostě jasný, že se vdám. Bylo mi za měsíc dvacet, když jsem se stala paní Z.. Bože, to byla blbost. V jednadvaceti jsem měla bouračku na kole. Bezvědomí, otok na mozku a trojitá zlomenina lebky. Nesměla jsem brát naprosto žádné léky, takže ani antikoncepci. A tak jsem otěhotněla. V té době jsem se střídavě těšila na miminko anebo propadala těžkým depresím. Manžel se choval jako blbec a moc to neřešil. Víkendy trávil na pařbách a vracel se ve „skvělých“ stavech. Narodila se nám dcera Sára. První dny, možná týdny to šlo. Potom jsem začala mít deprese a panický stavy. Po pohřbu dědy z otcovy strany jsem se opět rozpila a zase mi to chvílku pomáhalo, potom pád do propasti. Opět, zřejmě demonstrativní pokusy o sebevraždu. Nastoupila jsem denní stacionář u jedné paní psycholožky. Na nějakou dobu se mi ulevilo. Manželství krachovalo a já se s dcerou vrátila k babičce.

Moje stavy se pořád projevovaly a prohlubovaly. Opět jsem byla utržená ze řetězu. Ve chvílích, kdy babička po večerech a nocích hlídala malou, jsem opět žila mejdany, chlastem a sexem. V rozpoložení, kdy mě dusila samota, jsem potkala svého spolužáka ze základní školy, Tonda A. Po týdnu se k nám stěhoval. Z počátku bylo všechno v pořádku. Měl z prvního manželství dceru Valerii, o rok mladší než byla moje Sára. Jezdili jsme na výlety, pomáhal mi v domácnosti. Jenže, já zapomněla, že už ve škole byl pěkný dacan. Časem se u něj agresivní sklony projeví. A samozřejmě jsem to odnášela já. Naštěstí toho moje dcera nebyla svědkem. Moje rodina to věděla, i babi, ale nepomohli mi. Jeho agrese se den ode dne stupňovala a já byla proti němu slabší a slabší. Bil mě. Dvakrát jsem na něj zavolala policajty, pokaždé ho po 24 hodinách pustili domů. A samozřejmě jsem dostala dvakrát tolik. Neměli jsme žádné peníze, jen mou mateřskou a tak nás úspěšně živila babička, všechny tři. Při jednom z těch „krásných milování“ s ním jsem opět otěhotněla. V den, kdy jsem to zjistila, se radoval natolik, že se rozhodl mě zabít. Přiznal se, že kecy o tom, že chodí do práce a šéf mu neplatí, jsou lež. Tak zůstal se mnou doma. Nesměla jsem se s nikým stýkat, nesměla jsem sama ani do obchodu. Několikrát to opravdu

vypadalo, že mě zabije, ale vždycky mu to na něčem krachlo. Rozbil mnou a o mě co šlo. Byl to horor. Přesto jsem nepotratila, i když to tak chvilčkama vypadalo.

Zavřeli ho dříve, než se mu povedlo mě zničit fyzicky. Psychicky jsem byla zničená dávno. Šest měsíců po jeho „odchodu“ se mi narodila díky Bohu zdravá dcera Bára. Můj vztah se sestrou se v té době zlepšil natolik, že byla se mnou jako opora u porodu. Z bývalého blbečka jsem se dostávala dlouho. Nějakou dobu jsem byla naprosto frigidní, při představě sexu se mi zvedal žaludek. Přešlo to při prvním draku na chalupě na Vysočině. Malé byl rok. Nezvládala jsem finančně dvě děti a jednu mateřskou. Babi pomáhala z důchodu, ale bylo to pořád méně, než jsme potřebovaly.

Potkala jsem bohatého člověka a stala se oficiální zlatokopkou. Bylo mi ze mě na zvracení, ale děti měly všechno, co potřebovaly, a ještě něco navíc. Hnusila jsem se sama sobě. Po nějaké době jsem se přestala řešit a byla jen tělem, co chodí po světě. To ale taky nevydrželo věčně. Moje maskování hnusu sama nad sebou jsem opět řešila alkoholem. Opět pád do propasti a další pokus o sebevraždu, tentokrát myšlený zcela vážně. Jak já byla nešťastná, když jsem se po dvou dnech vzbudila na JIP. Odtamtud rovnou na šest týdnů na detox.

Vrátila jsem se domů čistá. „Přítel“ mě chvilku nechal v pohodě abstinovat. Dal mi auto a koupil koně. Skvěle si mě k sobě uvázel. Dny jsme s dětmi trávily u koní. Pořádala jsem dětské tábory u koní a hippoterapii. Když mi umřela jedna z kobylek a druhá byla březí, vše skončilo.

A potom ten kolotoč začal znovu. Chytili mě při řízení pod vlivem, takže zákaz. Další sebevražda, rok po té první. A zase se nepovedla. A tříměsíční protialkoholní léčba ve Šternberku. Sára v první třídě se samými jedničkami. Babi se o děti starala, já se léčila a naši se za mě styděli. Po návratu domů jsem vrátila auto, kobytku s hřibětem prodala, protože jsem to neutáhla finančně a život šel dál.

Našla jsem si skvělého přítele. Měl doma přítelkyni, ale já ho milovala a jen si tiše žárlila. Všechno bylo lepší než jej ztratit. Možná proto, že jsem se do něj zamilovávala postupně, vydrželo nám to rok a půl. Byl pro mě vším. Oporou, rádcem, milencem a nejlepším kamarádem. Bylo to nejkrásnější období a nejlepší můj vztah, ze kterého jsem se doted' nedostala a nesmířila se s jeho koncem. Opět jsem začala, jak jsem byla rok a půl věrná, teď střídat chlapy jak na běžícím pásu. Trestala jsem se tím. Přestože jsem v té době měla vše. Skvělý vztah se sestrou a švagrem, naše jsem neřešila, koupila jsem si auto, pracovala jsem jako realitní makléřka a dařilo se mi.

Nestačilo to, moje deprese, úzkosti a jiný stavy mě trápily i v té době. Zvláště večer, pokud jsem byla doma, bývaly hodně intenzivní. Skončila jsem s Pepou. Milovala jsem ho tak, že to, že má přítelkyni, jsem už nezvládala. Na návštěvě u rodičů, něco slavili, se do mě sestra s matkou obuly. Otec se ke mně choval pořád stejně. Reagoval na mě svým cholerickým výstupem. Ale ty dvě mě dostaly. Vyčítaly mi, jaký žiju život, a proč nemůžu být konečně normální.

Opila jsem se. A po čase znovu. A zase zákaz řízení a odešla jsem z práce. Našla si novou a pila tajně, tak aby to nepoznali. Pomáhala jsem si proti rozjezdu mých stavů benzodiazepiny. Kolikátý už pád do propasti? Nevím. A po kolikáté utržená ze řetězu? Taký nevím. Nicméně Sárinka pořád samé jedničky, Barunka s chováním přiměřeným věku. Na oko všechno v cajku. Jen se mnou to šlo šupem z kopce.

Těsně před dalším pokusem nebýt jsem zavolala psychiatrovi a přes záchytku opět detox. Zastavili mi tak tak delirium. Údajně skvělá to věc. Po detoxu zklamání v člověku, který mi sliboval lepší budoucnost, a já mu věřila. Takže první opití tři dny po propuštění, když mě jeho sestra ráno vyhodila z domu, který měl být jeho, ale nebyl. Nezbylo mi, než spoře oděná v této zimě strávit hodinu a půl na zastávce, čekáním na autobus z toho konce světa. Společníka mi dělal půlčik rumu. Sama doma, moje děti má v péči matka, bez práce, bez peněz, naháněná policajty kvůli maření soudního rozhodnutí (chytli mě, dacani) a se spoustou kamarádů, kteří mi rohlík nekoupí, ale s flaškou přijedou hned.

Po dalších čtyřech dnech předávkování léky a alkoholem a záchranka. A zase záchytky. Doktor už mi přisuzoval hraniční poruchu osobnosti a nechtěl mě pustit domů, že se zkusím znovu zabít. Takže uzavřené lůžkové oddělení ve FN Olomouc. Prodělala jsem si tam toxickou psychózu. Po deliriu další skvělá věc. Běhali mi po zdi stínový lidi, permanentně mě někdo sledoval a podobně. Odešla jsem odtamtud relativně dobrá, s tím, že mám objednané léčení v Kroměříži na 8b. Rozloučila jsem se dětmi, sbalila se a nechala se jedním z mých pochybných známých odvézt do PL. Další blbost. Brzo jsem na 8b pochopila, že jsem tam zcela zbytečně. Už se k tomuto oddělení nebudu vyjadřovat. Byla jsem na tom psychicky po pár dnech tak, že jsem nejedla, zvracela a zachránily mě každý den jen prášky na spaní. V podstatě jsem ve finále uvítala, že mě nakonec vyhodili za tehdy údajný patologický vztah. Spíš to bylo kvůli mé upřímnosti, které se tam říká drzost a mé schopnosti všimnout si chyb v systému a netajit se tím. Bojovala jsem o okamžité přeřazení na 18b. Nepovedlo se. Takže na víkend domů. Matka mi nechala děti, byla jsem moc ráda. Ale stejně měla stavy na napití nebo zhroucení.

K mojí zatím poslední stabilizační léčbě mě dovedlo to, že jsem hned po odchodu loni z 18B v PL Kroměříž nastoupila jako barmanka v night klubu v Brně. Zpočátku pohoda, ale pak mě šéf nutil pít se zákazníky, abych mu zvyšovala tržbu. Nějakou dobu jsem to vydržela, ale potom tam za ne zrovna příjemných podmínek skončila. Zůstala jsem doma, přiznali mi částečný invalidní důchod na bipolárně afektivní poruchu (diagnostikovaná od roku 2008), emočně nestabilní poruchu a závislost na NL, a já tak na střídačku řešila alkoholový tahy a střízlivost. Odpracovávala jsem na hřbitovech veřejně prospěšné práce za řízení v zákazu a pila víceméně jen o víkendu.

Prosinec mě ale sejmul. Vánoce nedávám. Ty jsem tak nějak propila. Byla jsem bez financí, na krku dvě děti, a tak jsem to nějak neustála. Začátkem ledna jsem se objednala opět na 18b, termín nástupu byl domluvený na 20. 2014. Poslední týden před nástupem jsem málem dostala delírko, měla jsem sluchové i zrakové halucinace, běhali nám po domě potkani a hrála vypnutá televize a tak. "Musela" jsem se napít, abych to zastavila, a povedlo se. Ovšem toho dvacátého jsem nastoupila do PL a nadýchala 1,8 promile. Takže žádná 18-tka, ale 5B, polouzavřené oddělení. Tam to byl naprostý mazec, ale asi na mě těch šest týdnů v tomto prostředí opravdu zapůsobilo. Jsem doma teprve týden, ale věřím, že to zvládnu déle, nemám chutě a cítím se v pohodě. Překonala jsem svoje úzkosti a panický strach. Jezdím autobusem, hledám si práci, starám se o děti a to vše jen proto, že nepiju.

Vyrovřádám se nejen s traumaty, ale především sama se sebou. Díky Bohu, že snad konečně jdu tím správným směrem. Aspoň mám ten pocit. Bude to běh na dlouhou trať, ale já to nevzdám.

Odpovědi na otázky

1) Co mi alkohol dal a vzal?

Alkohol mi zpočátku dával pocit uvolnění, zvyšoval sebevědomí, odbourával úzkosti, spojoval s lidmi, zlepšoval seznamování a komunikaci. Nicméně po nějaké době mi vzal duševní zdraví, svobodu (každý alkoholik se během pití stává loutkou a za drátky tahá právě alkohol), přátele, rodinu a ve finále i děti, které jsou momentálně v pěstounské péči prarodičů. Horko těžko teď o vše bojuji, abych to dostala zpátky.

2) Co jsem pochopila v léčbě?

Nechci podceňovat význam léčebny, ale já tam získala "jen" spoustu teoretických znalostí a bylo mi vtoukáno do hlavy, že musím do smrti abstinovat, což mě spíše děsilo než motivovalo. Představa, že už nikdy nesmím pít..... tu spoustu let co mi zřejmě ještě zbývá, byla opravdu hrozná. Našla jsem tam pár přátel, vyčistila se od alkoholu, ale do reality mě to příliš proti nástrahám běžného života ani případné recidivy neposílilo. Odcházela jsem s plnou hlavou pouček, ale nepříliš vnitřně smířená s tím, že jsem alkoholik tak, jak to cítím teď.

3. Co jsem pochopila v AA?

Právě až v AA jsem opravdu přiznala svou nemoc. Poprvé sama sobě. Poté i ostatním. Pochopila jsem rozdíl mezi abstinencí a střízlivostí. Abstinence je stav, kdy se neměním, nepracuji na sobě, jen se zuby nehty držím, abych nepila. Střízlivost je životní styl. Práce na sobě a nepřítomnost alkoholu je její nezbytnou součástí. To jsem pochopila právě až v AA. Abstinenci jsou upjatí, vyděšení, nervózní. Střízlivý člověk je šťastný, vstřícný a vyrovnaný. AA je pomoc člověka člověku, alkoholika alkoholiku. Nikdo Vás nikdy nepochopí lépe než ten, kdo šel životem ve stejných botách jako Vy. Kdo přešel stejné překážky, bojoval se stejnými problémy. My závislí míváme problémy s autoritami, zákazy

a nařízením. V AA Vám nikdo nic nerozkazuje ani nenutí. Díky AA s klidem řeknu: Jsem Kamča a jsem alkoholička.

4) Co bylo zlomovým okamžikem v mé závislostní kariéře?

Těch okamžiků bylo několik. Neshody doma, porody mých dětí, různá prožitá traumata, rozvod a rozchody až po toxickou psychozu a delirium. To byla poslední kapka, než jsem nastoupila na svou současnou léčbu. Šla jsem dobrovolně, sama se objednala, protože jsem vytušila, že se mi má recidiva těžce vymkla z rukou a pokud ji nezastavím, mohlo by jednou být už pozdě. Přiznala jsem si opravdovou porážku v boji s alkoholem a rozhodla se odstartovat léčbou novou a doufám, že dlouhou střízlivost. Jak říkáme v AA, držím se teď toho, že dnes se nenapiju a zítra se uvidí. Krátkodobé cíle jsou reálnější než ty letité, přijde mi.

5) Jak jsem viděla své problémy v době, kdy jsem pila, a jak je vidím dnes?

Samozřejmě když jsem pila, problémy, které řeším, se mi zdály neřešitelné a tak jsem s nimi nic nedělala. Aspoň byl důvod se napít. Můj špatný psychický stav při kocovině mi bránil vůbec něco řešit, bála jsem se mnohdy jen vyjít z domu, natož vyrazit někam mezi lidi. Omezila jsem svůj styk s okolím na cestu do obchodu pro láhev a pravidelně se nechávala odvézt k lékaři pro recept a zase zpátky. To bylo vše, co jsem dokázala. Nehrozilo dojet na úřad nebo jen na poštu, pro děti ke škole a podobně. Občas byl problém i jen zvednout telefon. Nyní, po měsíci střízlivosti se mi povedlo sehnat přijatelnou práci, budu se podílet na chodu AA v Olomouci. Můj psychický stav se natolik zlepšil, že jsem zvládla dojet autem z Kroměříže až domů (jako spolujezdec) bez panických stavů a úzkostí (což býval též problém) a zajít na poštu i do obchodu, vyjít s dětmi na procházku a komunikovat s lidmi.

