

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra sociální patologie a sociologie

Komplexní léčba alkoholismu

Bakalářská práce

Autor:	Petra Lacušková
Studijní program:	B 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Petra Lacušková
Studium:	P12672
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Název bakalářské práce:	Komplexní léčba alkoholismu
Název bakalářské práce AJ:	Comprehensive treatment of alcoholism

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce pojednává o problematice závislosti na alkoholu. Jsou zde vysvětleny základní pojmy související s touto tematikou jako závislost, fáze a stádia závislosti a další se zaměřením na možnosti a formy léčby, zvládnání cravingu až po prevenci recidivy a udržení trvalé abstinence. Empirická část práce mapuje faktory zvládnání alkoholismu (abstinence). Metody kombinovaného výzkumu: polostrukturovaný rozhovor.

KALINA, Kamil, 2013. Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Grada, 528 s. ISBN 978-80-247-4361-5. NEŠPOR, Karel, 2006. Zůstat střízlivý. Vydání první. Brno: Host, 240 s. ISBN 80-7294-206-9. MILLEROVÁ, Geri, 2011. Adiktologické poradenství. První vydání. Praha: Galén, 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3. KRATOCHVÍL, Stanislav, 2012. Základy psychoterapie. 6. aktualizované vydání. Praha: Portál, 403 s. ISBN 978-80262-0302-5. KALINA, Kamil, 2008. Základy klinické adiktologie. 1. vydání. Praha: Grada, 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

Garantující pracoviště:	Katedra sociální patologie a sociologie, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent:	PhDr. Josef Kasal, MBA, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	3.2.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D. samostatně a uvedla všechny použité prameny a literaturu.

Hradec Králové dne 26. dubna 2016

.....

Petra Lacušková

Poděkování

Děkuji PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Dále děkuji personálu Léčebny návykových nemocí v Nechanicích za jejich obětavý přístup a pacientům, kteří se se mnou podělili o svůj životní příběh.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině, především manželovi, který mě podporoval nejen při psaní mé bakalářské práce, ale i po celou dobu studia.

Anotace

LACUŠKOVÁ, Petra. *Komplexní léčba alkoholismu*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 62 s. Bakalářská práce.

Má bakalářská práce pojednává o problematice závislosti na alkoholu. Vysvětluje základní pojmy jako alkohol a závislost na alkoholu, typy a stádia závislosti. Zaměřuje se na možnosti komplexní protialkoholní léčby a přibližuje terapeutické metody, které se při léčbě uplatňují. Důraz je kladen především na psychoterapii. Dále jsou zde popsány postupy zvládnání cravingu, recidiva, možnosti následného doléčování a udržení trvalé abstinence. Blíže jsem se zaměřila také na prvky ústavní léčby v Léčebně návykových nemocí v Nechanicích, fungování terapeutické komunity, fáze léčby a léčebný řád.

Výzkumné šetření bylo zrealizováno pomocí polostrukturovaného rozhovoru se závislými na alkoholu, kteří podstoupili ústavní léčbu v Léčebně návykových nemocí v Nechanicích a nyní dlouhodobě abstinují. Cílem bylo zmapovat faktory úspěšnosti ústavní léčby a její vliv na motivaci k trvalé abstinenci.

Klíčová slova: alkohol, závislost, protialkoholní léčba, psychoterapie, abstinence

Annotation

LACUSKOVA, Petra. Pedagogical Faculty, University of Hradec Králové, 2015.
62 page. Bachelor Degree Thesis.

My bachelor thesis deals with problems related to alcohol addiction. It explains the basic terms, such as alcohol and alcohol addiction, categories and stages of dependency. It focuses on possible anti-alcoholic treatment methods and therapies that are being used today. Further, it describes methods of craving, recurrence and possible cure and aftercare leading to permanent abstinence. I took a closer look at basic steps of medical procedures practiced at Nechanice clinic for alcohol addiction, practice done by psychotherapy communities, individual phases of medical treatment and a set of medical rules.

My research was carried out through dialogues with patients addicted to alcohol, who undertook their cure process at the Nechanice clinic for alcohol addiction and who had managed to abstain from alcohol so far. My aim was to point out the success factors of Nechanice medical institution and its influence on motivation leading to lasting abstinence.

Key words: alcohol, addiction, anti-alcoholic treatment, psychotherapy, abstinence

Obsah

ÚVOD.....	9
1 ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST	11
1.1 DEFINICE ZÁVISLOSTI.....	13
1.2 TYPY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	16
1.3 VÝVOJOVÁ STÁDIA ZÁVISLOSTI.....	18
1.4 DŮSLEDKY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	19
2 KOMPLEXNÍ PROTIALKOHOLNÍ LÉČBA	20
2.1 AMBULANTNÍ LÉČBA	23
2.2 ÚSTAVNÍ LÉČBA.....	23
2.3 DENNÍ STACIONÁŘ.....	24
2.4 SVÉPOMOCNÉ SKUPINY	24
3 TERAPIE V LÉČBĚ ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI.....	27
3.1 PSYCHOTERAPIE	27
3.2 SKUPINOVÁ TERAPIE.....	29
3.3 REŽIMOVÁ TERAPIE	30
3.4 RODINNÁ TERAPIE.....	31
3.5 PRACOVNÍ TERAPIE	31
3.6 EDUKAČNÍ PROGRAMY.....	32
3.7 VOLNOČASOVÉ AKTIVITY	32
4 ROLE DOLÉČOVÁNÍ V KOMPLEXNÍ PÉČI.....	32
4.1 ABSTINENCE	32
4.2 CRAVING NEBOLI BAŽENÍ.....	33
4.3 DOLÉČOVÁNÍ A ÚSPĚŠNOST LÉČBY	34
5 LÉČEBNA NÁVYKOVÝCH NEMOCÍ V NECHANICÍCH	36
5.1 PŘÍJMOVÉ ODDĚLENÍ.....	37
5.2 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA.....	37
5.3 FÁZE LÉČBY	39

5.4 LÉČEBNÝ ŘÁD.....	40
6 FAKTORY ÚSPĚŠNOSTI ÚSTAVNÍ LÉČBY V LÉČEBNĚ NÁVYKOVÝCH NEMOCÍ V NECHANICÍCH	44
6.1 VÝZKUMNÝ CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	44
6.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR A PROCEDURA.....	45
6.3 VÝZKUMNÁ METODA.....	47
6.4 OBSAHOVÁ ANALÝZA ROZHOVORŮ S RESPONDENTY	48
6.5 ZHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	53
ZÁVĚR	55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A JINÝCH ZDROJŮ.....	57
SEZNAM PŘÍLOH.....	62

Úvod

„Cesta ze závislosti do svobody a nezávislosti existuje.

Dokonce není jen jedna.”

Jan Jílek

Závislost na alkoholu není pro nikoho z nás žádnou novinkou, alkohol v naší společnosti byl a bude, však kdo z nás si občas nedá nějakou tu skleničku, umíme si představit oslavy narozenin, posezení s přáteli či jiné příležitosti bez kapky alkoholu? Jistě, na tom přeci není nic špatného. Ale právě ona pomyslná hranice, kdy je naše pití ještě v normě a kdy už pijeme přespříliš, je velmi tenká a možná si ani sami neuvědomíme, že už se může jednat o závislost.

Alkohol je v naší společnosti velmi tolerovaný a setkáváme se s ním prakticky kdekoliv a kdykoliv, ať už si to uvědomujeme či nikoliv. Je velmi snadno dostupný, vlastně nonstop, v obchodních domech, trafikách, na nádražích či benzinových stanicích, samozřejmě v restauracích, všude kam se podíváme. Přitahují nás poutavé televizní reklamy na alkohol, letáky nabízející různé akce na alkoholické nápoje, které jen lákají k ochutnání, a mohla bych jmenovat dále.

Nejlevnější nabízený nápoj v restauračním zařízení také není nealkoholický, což by se v brzké době mělo změnit, myslím, že povinnost, aby v nabídce prodávaných nápojů byl alespoň jeden nealkoholický nápoj levnější než nápoj alkoholický, je náznakem toho, že si celá naše společnost začíná uvědomovat, že závislých na alkoholu v naší republice každým rokem přibývá.

Dalším, pro mě nejdůležitějším důvodem, proč jsem si vybrala toto téma, je moje osobní zkušenost se závislostí na alkoholu, která ovlivnila i můj pohled na danou tematiku. Prošla jsem si jak ambulantní, tak i ústavní léčbou, poznala jsem různé léčebné metody, setkala se se zajímavými odborníky, vyslechla mnoho příběhů závislých alkoholiků, ano, jistě se není čím chlubit, ale když už jsem se vydala touto cestou, jsem ráda, že jsem vše

podstoupila, nerezignovala a věřím, jak říká staré známé přísloví, že „všechno zlé je k něčemu dobré“.

Cílem mé práce je charakterizovat závislost na alkoholu, samotné začátky výroby alkoholu, definice závislosti, její typy a stádia, komplexní protialkoholní léčbu, doléčování, abstinenci a s tím související bažení či recidivu. Zaměřila jsem se také podrobněji na proces léčby v Léčebně návykových nemocí v Nechanicích (dále LNN Nechanice).

Výzkumné šetření jsem prováděla se závislými na alkoholu, kteří si prošli ústavní léčbou v LNN Nechanice a nyní dlouhodobě abstinují. Jejich cesta je mapována od počátku, přes důležité momenty rozhodnutí pro léčbu, formy terapie v léčbě až po zvládnutí trvalé abstinence, která je pro ně již nezbytnou součástí jejich života a troufám si říci, že života, který není o nic ochuzen, ba právě naopak, je smysluplně naplněn.

1 Alkoholová závislost

**„Když do sebe budeme lít víno v jednom kuse jako do sudu,
budou brzy vratké tělo i rozum”**

Sókratés

Alkohol je starý jako lidstvo samo a patří k nejstarším a nejrozšířenějším drogám po celém světě. (Kraus, 2010, s. 83) Lidé objevili blahodárné účinky kvašených nápojů před mnoha tisíci lety, zřejmě první surovinou, z níž se vyráběl požitelný etanol, byl med. Už v egyptských papyrech je zmínka o různých opojných nápojích, v Bibli je přibližně dvě stě zmínek o vinici a o víně. Samotné požívání alkoholu je obecně zakořeněný jev spojený většinou s nějakými společenskými událostmi, ať už to bylo vítězství nad nepřítelem, úspěšný lov, významné události jako narození, zasvěcení, svatba, smrt, stěhování a mnohé další. (Sournia, 1999, s. 17 - 18) Odmítnutí alkoholu vzbuzuje pozornost a nepřiměřené reakce. *„Člověk, který odmítá konzumaci alkoholu, je považován za patologického“*. (Mühlpachr, 2001, s. 18)

Podle Jaroslava Skály (1988, s. 9), jednoho z prvních specialistů na léčení alkoholismu a zakladatele první záchytné stanice, pochází samotný název z arabského slova al-ka-hal, což je označení pro zvláštní jemnou látku. Alkohol, respektive etylalkohol, chemicky etanol, vzniká zkvašením cukrů působením kvasinek, lze ho získat z jakékoliv formy cukru nebo škrobu a při jeho výrobě se fantazii meze nekladou, pivo z kopřiv, víno z bramborových slupek či pálenka z mrkve. Patří mezi látky ovlivňující především látkovou přeměnu a nervový systém. (Kvapilík, Svobodová, 1985, s. 13)

Alkohol má uklidňující a uvolňující účinky, umí zvednout náladu, dodává energii, odstraňuje problémy v komunikaci, boří sexuální zábrany a navíc ještě mnohým z nás chutná. (Göhlert, 2001, s. 81) Nastává pocit zvýšeného sebevědomí až stav euforie, postižený se rád chlubí, nezřídka vlastní osobou, je sdílnější a bez společenských zábran,

člověk se stává pudovým. (Sovák, 1980, s. 150) Nesmíme ale zapomenout, že se tyto příjemné účinky při pravidelné konzumaci mohou výrazně měnit, špatná nálada se dostaví, jakmile abstinujeme. Ve větším množství alkohol snižuje sebekontrolu, negativně ovlivňuje přesnost a spolehlivost výkonu a nezřídka prohlubuje úzkost a depresi. (Paulík, 2010, s. 84)

Intoxikace alkoholem je stav, který vede k poruchám úrovně vědomí, poznávání, emotivity či chování. Akutní intoxikace může končit kómatem, depresí dechového centra či vdechnutím zvratků a mnoha dalšími komplikacemi. Intoxikace alkoholem se dá rozdělit do několika stádií, například podle Kaliny (2008, s. 133):

1. exitační či euforické stadium (odpovídá hladině přibližně 0,5 – 1 promile) - dochází k povznesení nálady a mnohomluvnosti;
2. hypnotické stadium (přibližně odpovídá hladině 1-2 promile) – poruchy koordinace a rovnováhy, zhoršení kognitivních funkcí a ztráta kontroly;
3. narkotické stadium (přibližná hladina 2-3 promile) – zmatenost, poruchy dechového a oběhového centra;
4. asfytické stadium (přibližná hladina 3,5-5 promile) – hluboké bezvědomí až kóma či smrt.

Uvedené hladiny je potřeba brát jako orientační, každý člověk je jiný a na stupeň intoxikace má velký vliv stupeň tolerance.

Alkohol je ale hlavně droga, droga, která je přehlížena, podceňována, schvalována. Navíc je podobně jako tabák drogou průchozí, což znamená, že část dětí z nich přechází k nebezpečnějším látkám, což dokazují i americké výzkumy. (Mühlpachr, 2001, s. 18) Děti a mladiství jsou nepochybně rizikovou kategorií, již v tomto věku se objevují první základy pozdější závislosti. (Kraus, 2010, s. 85) I velmi malé množství alkoholu může vyvolat nebezpečné otravy, protože jejich játra nedokáží alkohol odbourávat v takové míře jako u dospělých. Také návyk se zde vytváří velmi rychle. (Nešpor, Csémy, 1994, s. 59)

Alarmující je jistě i spotřeba, která podle Českého statistického úřadu činila za rok 2014 již 173,3 l alkoholických nápojů na jednoho obyvatele, z toho připadá 147 litrů na

pivo, 19,5 l na víno a 6,7 l na lihoviny. (Český statistický úřad, © 2015) Podle evropských statistik patří Češi k nejvíce pijícím národům v Evropě, závislých na alkoholu je v České republice více jak 300 tisíc. A tato čísla nejsou jistě konečná, je velmi těžké udat přesný počet závislých, ne každý, kdo má s pitím vážné problémy, se rozhodne léčit. Podle nejnovějších dostupných statistik lékařské péče se v roce 2013 ambulantně léčilo přes 26 tisíc osob závislých na alkoholu a 9 tisíc osob využilo ústavní léčbu. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, © 2014)

Každé 4 roky se provádí Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Poslední výsledky z roku 2011 ukazují, že 97,9 % dotázaných šestnáctiletých ochutnalo alkoholický nápoj a 58,3 % studentů pilo alkohol více jak dvacetkrát. 13,7 % dotázaných uvedlo pití alkoholu s frekvencí desetkrát a vícekrát v posledních 30 dnech, což odpovídá pravidelnému pití alkoholu alespoň dvakrát týdně. V roce 2011 byl zaznamenán nárůst pravidelné konzumace u všech druhů alkoholických nápojů jak u chlapců, tak i u dívek. Více než třetina dotázaných ochutnala alkohol ještě před svými 12. narozeninami a 53,6 % studentů uvedlo pití pěti a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti, což už může představovat problémové pití. Tyto výsledky jsou jistě na pováženou vzhledem k tomu, že se jedná o šestnáctileté studenty. (Chomynová, Csémy, Grolmusová, Sadílek, 2014, s. 33 – 38)

1.1 Definice závislosti

**„To pravidelné pití, že dávky alkoholu požívají se tak často,
že dávka dříve požitá ještě není strávena, to jest alkoholismus.“**

T. G. Masaryk

Závislost neboli návyk se rodí nenápadně, krůček po krůčku, nejdřív sklenička, dvě, dávky se stále zvyšují, pořád ale ještě máme kontrolu, před okolím se nám vše daří úspěšně skrývat, a náhle je to silnější než my, alkohol se dostane na první místo v našem pomyslném žebříčku a jsme mu ochotni cokoliv podřídít, obětovat, hledáme důvody, jak

naše pití omluvit. S oblibou se také této závislosti říká nemoc popírání či vyhlávání. (Profous, 2011, s. 11)

Nikdo se závislým na alkoholu nerodí, ale nikdo z nás také nemá předem jistotu, že se závislým nestane. Je řada faktorů, které závislost ovlivňují, ať už jsou to genetické a biologické predispozice, psychické faktory nebo sociální faktory jako vliv rodiny, sociální skupiny a prostředí. (Fischer, Škoda, 2014, s. 90)

Populaci můžeme rozdělit podle míry užívání alkoholických nápojů do čtyř skupin:

- **Abstinent** – ze zásady nepije žádný alkohol, ať už jsou to zdravotní důvody, pouhý fakt, že mu nechutná nebo se mu prostě přičí následky pití alkoholu.
- **Konzument** – pije příležitostně a to většinou pro chuť a na uhašení žízně.
- **Piják** - pije alkohol především pro jeho euforické účinky, lepší náladu a pocit uvolnění, v této fázi se nachází převážná většina naší populace.
- **Závislý** - nedovede si bez pití alkoholu představit život, pije výhradně pro účinek a to i denně. Závislý pije vše, co mu přijde pod ruku a obsahuje alkohol. (Skála, 1998, s. 6 – 8)

Latinský výraz pro závislost je „addictus”, termín znamenal původně předávání zboží a odtud se význam slova přenesl k předávání i jiných látek. Zajímavé je i francouzské slovo „accroché”, což doslova znamená „chycen na háčku”, což je jistě pro závislost hodně výstižné. (Křivohlavý, 2009, s. 203)

Stanovit, co přesně je nadměrné pití, je velmi těžké, alkohol působí na mozkové či jaterní buňky u každého jinak, záleží na různých okolnostech, od psychického a fyzického stavu jedince až po rozsah pití nebo druh nápoje. (Sournia, 1999, s. 11) Také bezpečné množství alkoholu je těžké udat, podle starších údajů Světové zdravotnické organizace je to pro zdravého dospělého člověka asi 20g 100% alkoholu za den, což je půl litru 12° piva

nebo 2 dcl přírodního vína. Existuje také rozdíl z hlediska pohlaví, u mužů se udává až 25g, naopak u žen asi 16g. Ne každý, kdo pije více, je hned závislý, ale už to může znamenat, že riskujeme. (Nešpor, 2006, s. 17)

Teorie týkající se závislosti se různí, jako společné východisko lze použít standardní definici závislosti v Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize, kde v kapitole V. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F 10 – F19) najdeme i syndrom závislosti označený jako: „ *soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnutí při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.*” (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, © 2014)

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-IV) uvádí, že závislý je ten pacient, který vykazuje alespoň tři ze sedmi uvedených příznaků za období 12 měsíců:

1. zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku,
2. tělesný odvykací stav po vysazení dávky,
3. přijímání látky ve větším množství nebo po delší dobu,
4. dlouhodobá snaha omezit nebo ovládat přijímání látky,
5. trávení volného času užíváním či obstaráváním látky,
6. zanedbávání či omezení aktivit ve prospěch alkoholu,
7. užívání látky i přes dlouhodobé či opakující se škodlivé následky.

(Nešpor, 2011, s. 22 – 23)

Jaroslav Skála (1988, s. 42) definuje závislého člověka na alkoholu jako: „*člověka, kterému požívání alkoholických nápojů zaviňuje problém v některé oblasti jeho života. Podle Světové zdravotnické organizace je člověk na alkoholu závislý, jestli mu abúzus*

(nadužívání) alkoholu – zpravidla již nutkavého charakteru, působí zřetelné oslabení na tělesném i duševním zdraví či problémy a těžkosti ve společenských vztazích (v rodině) a ve společenské činnosti“.

Syndrom závislosti je souhrn psychických (emočních, kognitivních a behaviorálních) a somatických změn, které jsou důsledkem opakovaného užívání psychoaktivní látky. To jsou ty látky, které po požití mění psychický stav jedince. (Vágnerová, 1999, s. 288 - 289) Závislost znamená být něčím tak posedlý, že to člověka ovládne, a pokud tuto závislost nepřekoná, znamená to jeho zkázu. (Křivohlavý, s. 203 - 204) A takto bychom mohli pokračovat, definic závislosti existuje celá řada, ale pokud bych to měla jednoduše shrnout, jde o stav, kdy nejsme schopni si alkohol odepřít a jeho konzumaci podřídíme vše, bez ohledu na komplikace, které jsou s tím spojené.

Závislost může být jak biologická (somatická), tak psychická. Biologická se projevuje zvýšenou tolerancí, kdy člověk potřebuje stále větší a větší dávky pro dosažení stejného účinku, a abstinenčním syndromem, který je reakcí na snížení obvyklé dávky nebo na úplnou abstinenci. Psychická závislost znamená potřebu užívat opakovaně nebo trvale látku k vyvolání příjemných prožitků a pocitu uspokojení. (Fischer, Škoda, 2014, s. 87)

1.2 Typy závislosti na alkoholu

Již v roce 1946 prováděl kanadský doktor Elvin Morton Jellinek studii, která se stala základem pro rozlišování typů závislosti podle různých návyků a vzorů chování závislých, typy jsou nazvány podle prvních písmen řecké abecedy. Většinou jde o kombinaci typů s převahou jednoho a v České republice převažuje typ gama a delta.

- **Typ alfa** (abúzus - nadužívání) – nedisciplinované pití, typické občasné excesy a problémy, nevykazuje progresi a nevede ke ztrátě kontroly.
- **Typ beta** (abúzus – nadužívání) – pravidelná konzumace alkoholu, jedná se o předstupeň závislosti, v průběhu delšího nadužívání může docházet k mnoha zdravotním onemocněním.

- **Typ gama** (označovaný také jako anglosaský typ) – charakteristickým příznakem je porucha kontroly, vyskytuje se v USA, Kanadě, ve Skandinávii, ale z největší části i u našich závislých osob.
- **Typ delta** (označovaný jako románský typ) – pravidelná konzumace, postižený si udržuje hladinu alkoholu v krvi, nemusí být nikdy opilý a také nikdy střízlivý, nedochází zpravidla k sociálním selháním. Tento typ je rozšířen zejména ve velkých vinařských oblastech jižní Moravy nebo Slovenska a ve Francii.
- **Typ epsilon** - jde spíše o vzácnější typ nadužívání, často souvisí s psychickým onemocněním. Jedná se o epizodické pití, období abstinence se střídá s vícedenní konzumací velkých dávek alkoholu. Tomuto typu užívání se také říká kvartální typ pití.
(Skála, 1988, s. 46-47)

Klasifikace abúzu (nadužívání) alkoholu

- Symptomatický abúzus vede k závislosti s psychogenním podkladem, je určován strukturou osobnosti, je typický pro ženy.
- Systematický abúzus vzniká na základě společensko – sociálním, je založen na stereotypu pití alkoholu, převažuje v mužské populaci.
- Juvenilní etylismus má začátek často v dětství, poté ustává a aktivuje se až později. (Mühlpachr, 2001, s. 20)

1.3 Vývojová stádia závislosti

Většina osob závislých na alkoholu se vyvine z původně bezproblémových typů osobnosti. „Závislími na alkoholu se stávají lidé rozdílných povah a rozdílných typů či variant osobnosti, ale nakonec si jsou v posledních fázích závislosti na alkoholu všichni podobní. Je to výsledek účinku alkoholu na jejich mozkové buňky, tj. na psychiku a na jejich zvyky“. (Skála, 1988, s. 39)

Vývojová stádia závislosti vypracoval také doktor Jellinek, jeho klasifikace je dodnes široce rozšířena a všeobecně přijímána i našimi odborníky, dříve se označovala jako vývojové fáze, nicméně označení stádia je přesnější, protože na rozdíl od fáze, jsou změny nevratné.

- 1) **Stádium počáteční (iniciální, prealkoholické)** – pijeme kvůli psychotropním účinkům alkoholu, překonáváme stresové a neřešitelné situace.
- 2) **Stádium varovné (prodromální)** – tolerance roste, objevuje se tajné pití či pití s předstihem, první palimpsesty, kdy si nepamatujeme průběh našeho pití.
- 3) **Stádium rozhodné (kruciální)** – tolerance ještě stále roste, ale dochází ke změně kontroly pití, hledáme výmluvy pro okolí, objevují se i zdravotní problémy.
- 4) **Stádium konečné (terminální, chronické)** – jak už samotný název napovídá, jedná se o celkový úpadek a nastupuje degradace osobnosti, obvyklé je pití v tazích, ranní doušky, pád tolerance a různá zdravotní poškození. (Mühlpachr, 2001, s. 19-20)

Pokud chceme získat orientační přehled o závislosti, stačí vyplnit dotazník o užívání alkoholu a mnohé nám napoví, známý je test pro identifikaci poruch z užívání alkoholu

(AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification on Test), který se skládá z 10 otázek, které jsou z oblasti konzumace alkoholu, příznaků závislosti a problémů souvisejících s alkoholem. Jednoduchý je také dotazník CAGE, kde jsou pouze čtyři otázky a pokud jsou více jak dvě pravdivé, tak se s největší pravděpodobností jedná o závislost. Z dalších jmenujme ještě TWEAK, který vychází z předchozího dotazníku a nezabere více než dvě minuty, dotazník T-ACE či Michiganský test alkoholismu. (Millerová, 2011, s. 77 – 81)

1.4 Důsledky závislosti na alkoholu

„Člověk může klesnout hodně hluboko.

Kde jsou však hranice, jsou-li?

Kde je dno, je-li?”

Monika Plocová

Závislost na alkoholu má dopad na celou řadu oblastí našeho života. Následkem dlouhodobého působení alkoholu na organismus člověka se objevují různé psychické poruchy, od již zmiňovaného abstinčního syndromu, alkoholické psychózy a halucinózy až po poruchy a demence. Nejznámější alkoholická psychóza je delirium tremens - úmrtnost se uvádí mezi 1 a 20 % - kromě nápadného třesu patří k základním znakům narušené vědomí, zmatenost a dezorientace, poruchy vnímání a i některé tělesné znaky jako je zvýšené pocení či zrychlená činnost srdce. Zaujalo mě, že jedním z příznaků deliria tremens je „mikrozoopsie“, což je vidění malých drobných zvířat (odtud tedy myšky), lidé ale vidí i kočky, rybářské vlasce, Mart'any a mnohé jiné. (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999, s. 15) Alkohol také poškozují oběhovou a dýchací soustavu, zažívání, ledviny či játra, však kdo by neznal spojení alkohol a cirhóza jater, chronické onemocnění typické právě pro závislé na alkoholu.

Neméně závažné jsou ale i sociální důsledky závislosti na alkoholu. Pití alkoholu poškozují nejen toho, kdo alkohol pije, ale také jeho okolí. Nejdůležitější je jistě rodina, však závislost představuje značnou zátěž, nejen materiální, ale i psychickou a sociální. Je

ohroženo partnerské soužití a výchova dětí, kdy rodič není zrovna vhodným modelem. Alkoholik snižuje sociální prestiž rodiny, která spoluurčuje sociální status dítěte. A i když je naše společnost velmi tolerantní k pití alkoholu, tak samotná závislost tolerována není. Role alkoholika má nízký sociální status a postižení lidé jsou odmítáni. Alkohol má vliv také na zhoršené uplatnění na trhu práce a s tím související časté absence, nižší produktivita práce a nižší mzda. Pod vlivem alkoholu se také zvyšuje riziko nehod, úrazů a materiálních škod. Alkohol je příčinou agresivního či antisociálního jednání, čímž se zvyšuje kriminální činnost, vzrůstá počet trestných činů, často se závažnými důsledky. A není výjimkou, že neléčený alkoholik končí jako bezdomovec, který není schopen se o sebe přijatelným způsobem postarat. (Vágnerová, 1999, s. 292 - 295)

Pokud chceme závislému na alkoholu pomoci, je nejlépe využít ten správný moment, kdy je závislý na samém dně a než se ořepe z průšvihů, je potřeba začít jednat. V tuto chvíli je většinou i on sám ochoten vše podstoupit. Mohlo by se zdát, že léčení má větší úspěch, pokud se pro ně dotyčný rozhodl sám a na základě vlastního uvážení, než pod tlakem okolí, ale obecně to neplatí. (Ühlinger, Tschui, 2009, s. 87) Jak již je výše zmíněno, závislost na alkoholu je diagnostikována jako nemoc, proto je potřeba začít s léčbou.

„Jak jasná slova někdy znějí a jak těžké je ta slova k sobě pustit, i když člověk ví, že jsou pravdivá“. (Plocová, 2005, s. 33)

2 Komplexní protialkoholní léčba

Pokud je klient diagnostikován jako závislý, tak je potřeba stanovit mu vhodný léčebný program a to na základě výsledků komplexního procesu zhodnocení. Je potřeba přihlídnout k jeho vlastním možnostem (například finančním) a také možnostem společnosti (např. míra dostupnosti léčby). Vždy je potřeba posoudit závažnost klientových problémů z hlediska lékařského, psychologického a sociálního. (Millerová, 2011, s. 90)

V současné době se k tomuto bio-psycho-sociálnímu modelu přidává i pojem spirituální, který je vyzdvihován pro svou úlohu v podpoře smysluplnosti života při

překonání závislosti. Poznat sebe sama, své možnosti a limity, přispět k osobnímu růstu, vývoji a víře v sebe, přispět k nalezení své vlastní svobody a odpovědnosti, i to všechno můžeme pod tímto označením chápat. (Kalina, 2013, s. 281 - 289)

S biologickou závislostí nám pomáhá medicína, trvá relativně krátkou dobu, ale obtížnější a dlouhodobější je léčba psychické závislosti, neřešit problémy alkoholem a změnit své dosavadní návyky. (Vágnerová, 1999, s. 196)

„Jsou někteří, kteří se jdou „léčit“, když jim hrozí propuštění ze zaměstnání nebo rozvod. Tehdy podstoupí kompromis, na nějž jsou tak zvyklí. Obsadí postel na některém protialkoholním oddělení, nechají se léčit, lžou přitom sobě, svým léčitelům a pochopitelně se neuzdraví. Jsou však také mnozí, kteří neklesli ještě tak hluboko: ve střízlivých chvílích začnou o sobě přemýšlet a zatouží se znovu vrátit do normálního života. A přejí-li si to upřímně, je třeba vědět, že tento návrat je možný a že je tím jistější, čím opravdověji o něj usilují“. (Skála, 1988, s. 41)

Péče o závislé na alkoholu se dá rozdělit do čtyř ne vždy přesně ohraničených fází:

- fáze kontaktu
- fáze detoxikační
- fáze odvykací
- fáze následné péče. (Kvapilík, Svobodová, 1985, s. 54)
-

Fáze kontaktu trvá dny až měsíce, následuje detoxikační fáze, délka není přesně určena, vždy se přihlédne k aktuálnímu stavu pacienta. Detoxikace se většinou provádí v nemocničním zařízení či na detoxikačním oddělení léčeben. Odvykací fáze, nazývaná také intenzivní péče, trvá více měsíců, jedná se většinou o režimovou léčbu se systematickou komunitní a skupinovou psychoterapií a s podáváním informací formou různých přednášek. Fáze následné péče (doléčování) je také součástí léčby, zde spolupracuje příslušná ordinace AT, praktický lékař či psychiatr a svépomocná skupina, do které chodí lidé, kteří mají stejný problém a chtějí ho řešit.

„Při protialkoholní péči jde v podstatě o psychickou, somatickou, ale především sociální rehabilitaci pacienta. Ukazuje se, že zde zdaleka nestačí doba několika málo měsíců, ale tři až pět let“. (Kvapilík, Svobodová, 1985, s. 55)

Léčba se dá podpořit i léky, známý je Antabus, který je velmi cenným pomocníkem, rozhodně ale není podstatou léčby. Podává se rozpuštěný dvakrát týdně většinou v AT ambulanci, aby svým depotním účinkem pokryl celý týden. (Profous, 2011, s 84 - 86) Funguje tak, že po požití alkoholu vyvolává nepříjemné pocity, úzkost, zrychlení tepu, pokles krevního tlaku či zrudnutí, pocit dušení i mdloby. (Hartl, 1993, s. 17) Antabus nezabrání požití alkoholu, funguje spíše jako taková pojistka.

Dobrymi pomocniky jsou také anticravingové léky, které snižují bažení po návykové látce jako je například naltrexon (ReVia) či akamprosát (Campral), léky jsou nenávykové a není nutno je vysazovat ani při porušení abstinence, dokonce se uvádí, že pomáhá recidivu rychleji zastavit. (Nešpor, 2011, s. 100)

V průběhu 20. století se v různých podobách uplatňovala v léčbě alkoholismu averzivní léčba, která je příkladem klasického podmiňování. Cílem bylo spojit negativní zážitek podněty a postupně navodit u pacienta odpor k alkoholu. Známá je chemická léčba, která používala léky vyvolávající zvracení, tento přístup je již dlouho u nás i v zahraničí opuštěn. (Kalina, 2013, s. 312)

Léčba závislosti na alkoholu rozhodně smysl má, dává naději na úspěch a je-li poskytována delší dobu, tak jsou její výsledky dosti povzbuzující. Pokud je léčba poskytnuta včas, spolupracuje celá rodina, zařízení poskytuje kvalitní léčebný program a sám pacient se snaží spolupracovat, tak je naděje na úspěšnou léčbu ještě vyšší. (Nešpor, Csémy, 1994, s. 90-91)

„Není jiné cesty. Co jsem si kdy v životě nalil, to si teď musím vypít! Můžu si za to sám, takže se nebudu litovat. Budu bojovat. Bojovat. Jsem na válečné stezce, táhnu do boje s chlastem. A já jsem válečník“. (Formánek, 2014, s. 14)

2.1 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je většinou pro závislého na alkoholu nejpříjemnější. Jen velmi malá část závislých na alkoholu se chce dobrovolně léčit, a pokud se mají pro léčbu opravdu rozhodnout, tak dávají přednost léčbě ambulantní bez nutnosti hospitalizace. Pacient dochází do léčebného zařízení, výhodou je, že může fungovat v běžném životě, starat se o rodinu, chodit do práce, není potřeba vystavit pracovní neschopnost a většina poraden má ordinace hodiny i v odpoledních hodinách.

Ambulantní léčba může spočívat ve farmakoterapii, rehabilitaci, individuálních rozhovorech či skupinové terapii. (Matoušek, 2008, s. 24) Nejznámější jsou AT poradny (alkohol a jiné toxikomanie), které jsou zřízeny buď při nemocnicích, nebo samostatně a to v mnoha okresech. V menších městech převzali práci ordinací AT ambulantní psychiatři. Vedle toho existuje i celá řada soukromých zařízení. Frekvence setkávání je většinou několikrát do měsíce, samozřejmě záleží na stavu pacienta. Nezbytnou součástí je kontrola abstinence, většinou odběrem z krve. Ambulantní léčba je praktická, ale má i své nevýhody. Pokud se někomu i přes upřímnou snahu nedaří abstinovat, je lépe podstoupit léčbu ústavní. (Nešpor, 2006, s. 158)

2.2 Ústavní léčba

Ústavní léčba bývá potřebná u těžkých zdravotních nebo psychiatrických komplikací po alkoholu, nebo pokud pacient nezvládá léčbu ambulantní. Ústavní odvykací léčba je intenzivnější a také dlouhodobější, nejkratší doba léčby bývá tři měsíce, ale může být i delší jak půl roku, záleží samozřejmě na konkrétním zařízení. Někde probíhá individuální dohoda mezi týmem a pacientem. Většinou probíhá v psychiatrických nemocnicích na specializovaném oddělení. Zpočátku, i když je dotyčný hospitalizován dobrovolně, bývají omezeny vycházky a kontakt s okolím. Ústavní léčba je poměrně přísná. Od pacientů se vyžaduje plnění předepsaného programu a podřízení se režimu. Lépe se

zvládají případné zdravotní komplikace a bývá intenzivnější než léčba ambulantní. (Nešpor, 2006, s. 161)

K ústavní léčbě můžeme zařadit také detoxifikační pobyt, který většinou zajišťuje spádové zdravotnické zařízení a případně pobyt na protialkoholní záchytné stanici, i když nejde o léčbu jako takovou, úkolem tohoto zařízení je pouze ochrana osoby, která pod vlivem alkoholu ohrožuje sebe nebo své okolí.

2.3 Denní stacionář

Řešením, které se nachází někde mezi ambulantní a ústavní léčbou, je denní stacionář. Pacient dochází na léčbu podobně jako do práce a účastní se daného programu. Každodenní docházka je povinností, délka léčby závisí na daném zařízení. Denní stacionáře fungují samostatně nebo při ambulantních zařízeních. Někdy se tento typ léčby nabízí také na konci léčby ústavní, aby se pacienti lépe připravili na návrat do normálního života. (Nešpor, 2006, s. 162)

2.4 Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny mohou klientovi poskytnout pocit rodinné sounáležitosti, podpory ve změně svého chování a v trvalé abstinenci. Hlavní předností je značná rozšířenost skupin, cenová dostupnost a jistá anonymnost. Jedinou podmínkou mnohdy bývá touha přestat užívat návykovou látku.

Nejznámější svépomocnou skupinou jsou Anonymní alkoholici (AA), organizace, která vznikla koncem 30. let 20. století na severu USA a od té doby se rozšířila po celém světě. Jako první mítink AA se označuje setkání v květnu 1933, kdy měl jistý Bill W. za sebou těžké alkoholické období a několik týdnů abstinence a začal se obávat, že by mohl zase pít a tak se setkal s jiným alkoholikem, tyto dva muži se nikdy předtím neviděli, ale když mluvili o své závislosti, velmi dobře si rozuměli a díky tomu pokračovali ve své

abstinenci. (Edwards, 2004, s. 100) Stěžejní moto organizace je nežádat o pomoc, ale být nápomocen jiným a tím se sám postupně uzdravovat. U nás se první otevřený mítink uskutečnil 5. 5. 1988 v protialkoholní léčebně U Apolináře za přítomnosti současných a bývalých pacientů léčebny. Jedná se o setkání lidí s podobným problémem s vřelou a laskavou atmosférou, lidí zde spojuje dobrý úmysl si pomáhat. V současnosti jsou svépomocné skupiny ve zhruba 46 městech, někde funguje i více skupin současně, samozřejmě jejich časy setkávání se doplňují. Jedinou podmínkou pro členství v AA je touha přestat pít. (Millerová, 2011, s. 246) Každá skupina je v podstatě samostatná a řídí se 12 kroky a tradicemi, což jsou jakési směrnice, zásady, které slouží jako vodítko.

„Dvanáct kroků

- 1. Přiznali jsme svoji bezmocnost vůči alkoholu – naše životy začaly být neovladatelné.*
- 2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví.*
- 3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.*
- 4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sami sebe.*
- 5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.*
- 6. Byli jsme zcela svolni s tím, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.*
- 7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.*
- 8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.*
- 9. Rozhodli jsme se provést tyto nápravy ve všech případech, kdy to okolnosti dovolí, s výjimkou situací, kdy by jim nebo jiným toto počínání uškodilo.*
- 10. Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme udělali chybu, pohotově jsme ji přiznali.*
- 11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.*
- 12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselstvím ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich náležitostech.*

Dvanáct tradic

- 1. Náš společný prospěch by měl být na prvním místě; osobní uzdravení závisí na jednotě AA.*
- 2. Pro potřebu našeho společenství existuje pouze jedna konečná autorita – milující Bůh, tak jak se projevuje v našem společném vědomí. Naši vedoucí představitelé jsou pouze spolehlivými služebníky, kteří nám nevládnou.*
- 3. Jediným požadavkem členství v AA je touha přestat pít.*
- 4. Každá skupina AA by měla být autonomní s výjimkou případů, které ovlivňují ostatní skupiny nebo AA jako celek.*
- 5. Každá skupina má pouze jediný hlavní účel – předávat poselství alkoholikovi, který ještě trpí.*
- 6. Skupina AA by nikdy neměla podporovat a financovat jakékoli příbuzné zařízení nebo podnik stojící mimo AA, ani mu propůjčovat jméno AA, aby nás problémy týkající se peněz, majetků a prestiže neodváděly od našeho hlavního účelu.*
- 7. Každá skupina AA by měla být plně soběstačná a odmítat příspěvky z vnějšku.*
- 8. Anonymní alkoholici by nikdy neměli zprofesionalizovat, i když naše servisní střediska mohou zaměstnávat specialisty.*
- 9. AA jako taková by nikdy neměli být organizováni; můžeme však vytvářet servisní rady nebo komise zodpovědné přímo těm, kterým slouží.*
- 10. anonymní alkoholici nemají názory na vnější záležitosti, a proto by jméno AA nemělo být nikdy zataženo do veřejných sporů.*
- 11. Naše vztahy k veřejnosti jsou založeny spíše na přitažlivosti než na reklamě+ musíme vždy zachovávat osobní anonymitu na úrovni tisku, rozhlasu a filmu*
- 12. Anonymita je duchovním základem našich tradic, které nám navždy připomíná, že máme dávat přednost zásadám před osobními zájmy”*

(Millerová, 2011, s. 241-242)

Znamé jsou také sesterské organizace, které vznikly po vzoru AA a které pracují na stejných principech. Se závislostí na alkoholu jsou spojené například Al-Anon, sdružení

příbuzných a přátel alkoholiků, kteří společně sdílejí své zkušenosti a poznatky o sobě samých a životě s alkoholikem. Je praktické, když setkání probíhají ve stejné době jako setkání AA, samozřejmě odděleně, ale manželé či rodinní příslušníci mohou jít společně. Alteen je pro dospívající děti alkoholiků a Parents Anonymous pro rodiče dětí, které zneužívají alkohol nebo drogy. (Nešpor, 2011, s. 104)

Další možností jsou socioterapeutické kluby, které často pracují při zdravotních zařízeních, většinou vedené profesionálním terapeutem. U nás jsou tyto kluby spojené se jménem docenta Skály, který založil první KLUS (Klub Lidí Usilujících o Strízlivost) 5. února 1948 u Apolináře a po tomto vzoru vznikaly další podobné kluby po celé České republice. Po listopadu 1989 bohužel již nové kluby nevznikaly, spíše se jejich počet snížil. Primárním cílem je udržení abstinence a dobře fungující klub může dočasně nebo i dlouhodobě nahradit chybějící nebo nedostatečnou síť sociálních vztahů. (Nešpor, 2011, s. 109)

3 Terapie v léčbě alkoholové závislosti

3.1 Psychoterapie

Psychoterapie je léčebná činnost či léčebné působení psychologickými prostředky, cílem je odstranit potíže a podle možnosti odstranit jejich příčiny. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta. (Kratochvíl, 2012, s. 15) Psychoterapie je především léčbou, ale i primární a terciální prevencí poruch zdraví. Dle Vymětala (1997, s. 14) „*vlastní psychoterapie probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem*“.

Klíčové slovo je změna, což je smyslem psychoterapie a pomáhá pouze tam, kde člověk pomoc potřebuje a chce. Psychoterapeutické postupy jsou vždy účinnější, když se pacienti účastní terapie z vlastního přesvědčení. Psychoterapie je buď individuální, kde se setkává terapeut a jeden pacient, či skupinová, kde je jeden až dva terapeuti, běžná je terapeutická dvojice, která když je sehraná a vzájemně podporující, tak má lepší možnost chápání skupinových procesů. (Kalina, 2013, s. 31)

Psychoterapeutických směrů je celá řada, vybrala jsem jen pár nejzákladnějších, které jsou využívány v LNN Nechanice a i v jiných protialkoholních léčebnách jsou hojně zastoupeny. V léčbě závislosti je nejrozšířenější přístupem a také většinou nejúspěšnějším **kognitivně – behaviorální terapie**, dále jen KBT, která je zaměřena na komplexní změnu klienta v přístupu k sobě, k okolí a k jeho problémům a snaží se zjistit příčiny psychických poruch. (Kalina, 2013, s. 248 - 249) „*KBT se zaměřuje především na čtyři složky (modality) lidské psychiky, a to na myšlení, emoce, tělesné reakce a pozorovatelné chování. Protože tyto složky jsou navzájem provázány, změna v jedné složce má vliv na zbylé tři*“. (Pešek, Praško, Štípek, 2013, s. 16) KBT má svá specifika, je relativně krátká, časově omezená a více strukturovaná, více se zaměřuje na řešení konkrétních, jasně definovaných problémů ve vztahu k přítomnosti a budoucnosti klienta. Z pohledu KBT je nadměrné pití alkoholu pozorovatelné chování, které vzniká v důsledku dysfunkčního kognitivního zpracování nějaké události, která se označuje jako spouštěč, ať už jde o vnitřní či vnější. (Pešek, Praško, Štípek, 2013, s. 218)

Hlubinná psychoterapie chápe duševní život jako výraz složitých nevědomých a podvědomých procesů. Intrapsychické konflikty a vývoj vztahování dítěte k sobě i světu v jeho časném dětství jsou považovány z nejdůležitější pro formování osobnosti i vznik celé řady poruch zdraví. Terapie pracuje s výkladem – interpretacemi. (Vymětal, 1997, s. 129)

Dynamická psychoterapie odvozuje svůj vznik od psychoanalýzy, zkoumá interpersonální vztahy a aktuální konflikty pacienta, které nezřídka souvisí s jeho minulými zkušenostmi. Důležité je, aby porozuměl vlastnímu podílu na opakujících se problémech. Směřuje k dosažení náhledu a k dosažení úspěšné sociální adaptace. (Kratochvíl, 2012, s. 44)

Gestalt terapie je forma expresní terapie, zaměřená na přítomnost a na prožívání a vyjadřování emocí. Hlavní základem terapie je princip přítomnosti. Využívá se většinou práce ve skupině, terapeut však pracuje s jedním členem, který je konfrontován s různými složkami vlastní osoby, ostatní buď přihlížejí, mohou ale také být požádáni o jejich názor na danou situaci. (Kratochvíl, 2012, s. 44)

Arteterapie je zvláštní formou psychoterapie, která se uskutečňuje prostřednictvím umělecké tvorby. Jaroslava Šicková-Fabrici (2002, s. 12) pojímá arteterapii jako „*svébytný obor na pomezí dvou velkých oblastí: psychoterapie a umění*“. Cílem ale není vytvoření uměleckého díla, jde o samotný proces tvorby, uvědomění si vlastního prožívání, uvolnění, často může kresba pomoci pochopit vlastní nitro. Je vedena profesionálním arteterapeutem, který ji řídí a usměrňuje.

Psychodrama je improvizované divadelní představení používané k psychoterapeutickým účelům. Účinkuje v něm pacient a psychodramatický tým, který se skládá z režiséra (terapeuta) a pomocných herců (spolupacienti). Představení zahrnuje hraní vlastních rolí, výměn rolí, použití dvojníka, monology, návraty do minulosti, plánování budoucnosti, opakování scén s malou obměnou, vždy záleží na daném režisérovi (většinou terapeutovi) na základě spolupráce s protagonistou. Na závěr se celá akce zhodnotí, funguje zde otevřený dialog a nezbytná zpětná vazba od ostatních. (Kratochvíl, 2012, s. 221)

Relaxační a imaginační psychoterapie zahrnuje metody, které využívají svalovou relaxaci, koncentraci, autosugesci a řízené představy, mohou se kombinovat či používat samostatně. Nejznámější metodou je autogenní trénink, který slouží k uvolnění v různých částech těla ve spojení s koncentrací na příslušné subjektivní pocity. Trénink vyžaduje vytrvalost pacienta, výsledky se nedostavují hned. (Kratochvíl, 2012, s. 181 – 187) Imaginace bývá většinou řízená, terapeut žádá pacienta, aby si vybavoval určité obrazové motivy, které slouží jako základ pro vytváření živých představ. Představivost je kouzelný nástroj a prožívání obrazů a práce s těmito obrazy je možnost, jak se o sobě dozvědět více. (Reddemann, 2009, s. 15 – 16)

3.2 Skupinová terapie

Kořeny skupinové terapie sahají k Anonymním alkoholikům a konceptu terapeutické komunity, kde se v obou případech tato terapie využívá k navozování změny v myšlení lidí prostřednictvím interakce s druhými lidmi.

Podle Kratochvíla (2005, s. 15) využívá skupinová psychoterapie k léčebným účelům vztahy a interakce mezi členy a terapeutem a zároveň mezi členy navzájem, jde o skupinovou dynamiku. Klienti mají stejný problém, závislost a stejný cíl, což je spojuje. Funguje zde skupinová soudržnost, akceptování každého člena skupiny v jeho jedinečnosti bez ohledu na jeho problémy, zároveň se ale nevylučuje také konfrontace a kritika. Ve skupině získá také pacient nadhled na svoje fungování ve skutečném světě, což mu umožní, aby na svých problémech pracoval a mohl změnit svoje chování a myšlení. Již ten fakt, že se pacient stane členem nějaké skupiny, tedy samotné členství ve skupině, je možné považovat za faktor, který působí terapeuticky a napomáhá změně. (Kalina, 2013, s. 411) Skupina má více či méně hierarchickou strukturu a každý člen má svoji pozici.

3.3 Režimová terapie

Režimová terapie je léty ověřená metoda pro léčbu závislosti. Jejím základem je pevný systém pravidel a léčebný program. To vše se dá přirovnat k řádu, který je nucen každý abstinující alkoholik zavést do svého života, aby byl v abstinenci úspěšný. Tato terapie také posiluje zodpovědnost, ke které vedou bodovací systémy. Bodovací systém, je nejnámější aplikací behaviorálních teorií, je výsledkem procesu učení prostřednictvím některé ze základních forem klasického podmiňování, operantního podmiňování či sociálního učení. Lidské chování je výsledkem procesu učení, proto je možné je změnit. (Kalina, 2013, s. 309)

Tento systém je spojen opět se jménem docenta Skály, původní systém obsahuje odměny i sankce, ale při vši snaze více převážily postihy nežádoucího chování než posilování chování žádoucího. Sám autor si byl vědom těchto rizik, netajil se ani tím, že se podílí na auto selekci pacientů v prvních třech týdnech léčby. (Kalina, 2013, s. 318) Skálův program chce pacienta dostat do lepší fyzické kondice, nezapomíná na vzdělání v oblasti závislosti, pracuje na zlepšení vztahů v rodině a také na posílení kritického náhledu na sebe a na dřívější závislost, tento restriktivní životní režim je tedy velmi komplexní. (Matoušek, Matoušková, 2011, s. 288) Závislý se má naučit snášet a úspěšně se vypořádat s kritickými stavy tenze, frustrace, úzkosti a dysforie s posilovat konstruktivní složky osobnosti.

(Kratochvíl, 2012, s. 228) Bodovací systém je v ústavní léčbě závislostí dodnes široce rozšířen a využíván, jeho snahy o zjednodušení jsou ojedinělé a i když tento až vojenský dril není pacienty zrovna oblíben, své opodstatnění a výsledky má. (Kalina, 2013, s. 319)

3.4 Rodinná terapie

Rodinná terapie má za úkol objasnit psychoterapeutům problematiku rodinných systémů, dysfunkčních vzorců, moci a komunikace, které jsou pro náhled na klientovo chování a jednání nezbytné. Přítomni jsou jeden nebo dva terapeuti a celá rodina nebo její část. Zároveň je při jednání potřeba ověřit si fakta týkající se samotné závislosti, jde o objektivní zhodnocení blízkými příbuznými. (Millerová, 2011, s. 149)

Závislost jednoho člena rodiny je onemocněním celé rodiny, ostatní členové si tuto pravdu často neuvědomují a velmi často je obtížné ji přijmout. Společně s terapeutem lze najít způsob zapojení závislého klienta do rodiny po ukončení léčby, nacházejí se možné změny v budoucím fungování celé rodiny. (Plocová, 2006, s. 115)

Rodina nebo některý její člen ale nemusí být právě nadšen myšlenkou rodinné terapie, v důsledku závislosti bývají vztahy velmi komplikované, ale právě zkušený psychoterapeut může i v tomto ohledu pomoci. Navíc partner potřebuje vědět, jak se má v různých zátěžových situacích chovat. (Vágnerová, 1999, s. 296)

Rodinná terapie neznamena znehodnocení rodiny, úlohou terapeuta není rodinu hodnotit, ale pomáhat jí v hledání cest k uskutečnění vlastních cílů, které by co nejvíce vyhovovaly všem členům. (Gjuričová, Kubička, Špitz, 1998, s. 12)

3.5 Pracovní terapie

Práce tak jako v životě má své nezanedbatelné místo i zde v ústavní léčbě. Pacient by si měl osvojit nebo obnovit pracovní návyky a dovednosti a ve vzájemném kontaktu s ostatními členy skupiny také slouží k projevení postojů, které se týkají nejen samotné práce ale i kolektivu. (Kalina, 2008, s. 117) Práce není jen resocializačním, ale i terapeutickým cílem. Zároveň je důležitá také v upevňování a vytváření vztahů v komunitě, posiluje hodnoty, sociální odpovědnost, sebeúctu a sociální odpovědnost klienta.

3.6 Edukační programy

Vzdělávání tvoří součást programu terapeutických komunit všech typů. Jedná se převážně o osvětu na poli závislosti a o související témata jako mezilidské vztahy, řešení konfliktů, zdravý životní styl a mnohé jiné. Některé terapeutické komunity s dlouhodobým pobytem mají ve svém programu vzdělávání zaměřené na doplnění chybějícího školního vzdělání, na pracovní rekvalifikaci či na doplnění obecné občanské informovanosti. (Kalina, 2008, s. 116)

3.7 Volnočasové aktivity

Svůj volný čas většinou klienti netráví sledováním televize, ale je zde kladen důraz na společné trávení volného času, na vytváření soudržnosti celého společenství a vytváření širšího prostředí pro sociální interakce. Volnočasové aktivity jsou také zdrojem pozitivních zážitků, zábavy a přirozené euforie. (Kalina, 2008, s. 117 – 118)

4 Role doléčování v komplexní péči

4.1 Abstinence

Abstinence je základem života každého závislého na alkoholu. Nikoliv cílem. Ani absolvování ústavní léčby nezaručuje úspěšný návrat do společnosti. To nejdůležitější je, aby se absolventům podařilo najít smysl života a důvod v tomto způsobu života setrvat. (Jílek, 2008, s. 187)

Moc se mi líbí úvaha terapeutky Moniky Plocové (2005, s. 154), která po odchodu z léčby napsala: „ *Závislý člověk často čeká, že by se mělo změnit jeho okolí. Omyl. Je to jen a jen na člověku samotném, jak se ke stereotypnímu a neměnnému okolnímu světu postaví. Změna, má-li být opravdovou změnou, musí proběhnout v člověku samém, jen a jen v něm. Pokud člověk čeká na změny vnějšku, je to známka přetrvávající závislosti. Okolí mu může malými změnami pomoci, ale tu základní změnu musí udělat každý sám v sobě...*“.

Mezilidské vztahy mohou abstinenci komplikovat, ale také posilovat. Však blízké okolí závislého na alkoholu má nepříjemné zkušenosti a to se nedá změnit přes noc. Každý abstinující alkoholik musí počítat s počáteční nedůvěrou, ano, těžko se to přijímá, ale je dobré s tím zkusit pracovat, tato nedůvěra může dotyčnému sloužit jako motivace, ukázat výdrž a přesvědčit okolí, že on opravdu abstinovat bude.

Podle K. Nešpora je možné překonávání závislosti rozdělit do tří stádií:

- První zhruba rok je ze všeho nejdůležitější udržet si abstinenci, to je naše priorita.
- Druhý rok abstinence si dává člověk doporádku svůj život, většinou to, co závislostí pokazil.
- Od třetího roku se člověk může soustředit na sebe, na rozvoj osobnosti.

(Nešpor, 2006, s. 140)

4.2 Craving neboli bažení

Slovo “craving” bychom přeložili do češtiny asi nejuvýstižněji jako bažení nebo dychtění. Podle Světové zdravotnické organizace je bažení touha pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost. Výzkum prokázal souvislost mezi bažením a nekontrolovaným pitím alkoholu. (Nešpor, 2006, s. 154)

Bažení je nejsilnější v situaci, kdy je alkohol dostupný, v počátcích abstinence a při našem negativním duševním stavu. Jak uvádí Nešpor (2015, s. 17) jsou pro bažení charakteristické zejména následujícími znaky:

- Bývá vyvoláno snadno rozpoznatelnými podněty čili spouštěči.
- Slouží často jako forma úniku z reality.
- Typické jsou příznaky stresu, napětí a neklid.
- Má měřitelné tělesné projevy.

- Má motivační efekt, to znamená, že člověka k něčemu silně přitahuje.
- V průběhu bažení dochází k oslabení soudného uvažování.

Existuje řada účinných psychoterapeutických technik, které pomáhají bažení zvládat a tyto techniky jsou pacientům v ústavní léčbě vždy důkladně opakovány. Pokud bychom vycházeli opět z K. Nešpora (2006, s. 155), tak ten svým pacientům a nejen jim doporučuje dodržovat následující pravidla, aby se bažení co nejvíce vyhnuli:

- Vyhýbat se situacím, které bažení vyvolávaly.
- Napít se nealkoholického nápoje.
- Požádat o pomoc.
- Uvědomit si negativní důsledky recidivy (např. ostuda).
- Odvedení pozornosti (vhodná četba, hudba, psát dopis, vaření, sprcha, koupel a jiné).
- Uvědomit si minulé nepříjemné zážitky související s alkoholem (např. kocovinu).
- Uvědomit si výhody abstinence.
- Tělesné cvičení nebo tělesná práce, jít do přírody, spánek či odpočinek.
- Prostě vydržet aj.

Jedná se o nejzákladnější rady, které by každý abstinující alkoholik měl dodržovat, samozřejmě na každého může působit něco jiného, ale nemá smysl zbytečně riskovat.

4.3 Doléčování a úspěšnost léčby

Výsledky průzkumu za posledních třicet let poukazují na to, že úspěšnost léčby je úměrná její délce. (Millerová, 2011, s. 25) Jak již bylo řečeno, i po úspěšném ukončení ústavní léčby je potřeba nadále posilovat naše nabyté odhodlání a vědomosti. *“Jistý americký lékař výstižně napsal, že závislost je chronická nemoc a její léčba je úspěšná, když se léčí jako chronická nemoc (tj. dlouhodobě)”*. (Nešpor, 2006, s. 140)

Dolčování, termín, který se používá v terapii závislosti, je trochu nepřesný pojem, mnohem výstižnější a obsažnější je pojem resocializace. Jde totiž o postupnou změnu života a s tím související plnohodnotný návrat do společnosti. Nejde totiž jen o samotnou abstinenci, tedy udržet pacienta střízlivého, nehrajícího či čistého od drog, která je samozřejmě základem, ale jde o to změnit způsob myšlení, nalezení svého místa ve světě a mezi lidmi. (Jílek, 2008, s. 185 – 187)

Odmítnutí následné terapie je projevem přeceňování a pýchy. Člověk, který dbá, aby jeho potřeby byly naplněny, a tou potřebou v případě závislosti je jistě i následná terapie nejrůznějších forem, rozhodně neprojevuje sobectví, ale jen nutnou sebelásku. (Jílek, 2013, s. 157 – 158)

Dolčování se nabízí individuální formou, ať už jsou to AT poradny, psychiatr či psychoterapeut, nebo formou skupinového setkávání, zde velmi dobře fungují již zmíněné svépomocné skupiny, socioterapeutické kluby či jiné psychoterapeutické skupiny v blízkém okolí. Značná část terapeutů z protialkoholních léčen má také své skupiny nebo nabízejí možnost individuální psychoterapie, dá se tedy plynule pokračovat v léčbě.

4.3. Recidiva

Všechny nemoci mají tendenci se vracet, bohužel i závislost na alkoholu je choroba recidivující. (Profous, 2011, s. 89)

Recidiva (z latinského *recidivus*, opakující se) je definována jako návrat k nemoci, která již byla vyléčena, nebo u ní zmizely příznaky, podobně je na tom v současné době více používaný relaps (z latinského *re* - znovu a *lapsus* – pád) což je znovuupadnutí do nepřiznivého stavu či vícero uklouznutí. Z klinické praxe a výzkumu je ale zřejmé, že ve většině případů jednorázové porušení abstinence nemusí logicky vést k návratu na původní úroveň užívání, nabízí se tedy nový termín laps (uklouznutí), což je chápáno jako jakékoli

samostatné porušení pravidel. Jednorázové porušení abstinence bychom tedy mohli vyhodnotit jako rozcestí, kdy jeden směr vede k rozvoji původního závislostního chování (kompletní relaps), ale druhý směr vede k vyhodnocení situace a k pozitivním změnám v chování. V této souvislosti se také vyskytuje další přístup a to prevence relapsu, který se zaměřuje na zvyšování sebekontroly, který spojuje nácvik behaviorálních dovedností, kognitivní intervence a postupy změny životního stylu. (Kalina, 2008, s. 226 – 227)

K relapsu nejčastěji dochází v prvních devadesáti dnech po ukončení léčby, po roce se riziko snižuje ze 100 % na pouhých 35 % abstinujících. Po čtyřech letech jich je jen 7 % a podle jiné studie dokonce jen 4 %. (Křivohlavý, 2009, s. 202 - 203)

Je těžké se na recidivu připravit a totéž chtít od svého okolí, ale bohužel i s takovouto variantou je třeba počítat. Připravenost na možnost recidivy neznamena ji přivolávat, ale zpracování havarijního plánu naopak pacienta motivuje k tomu, aby jí předcházel. Vždy je dobré mít po ruce seznam lidí, kteří nám v této nelehké situaci mohou pomoci, ať už je to blízký člověk nebo psychoterapeut z léčebny či jiný odborník. Recidiva je tvrdá, ale užitečná zkušenost, je potřeba zpracovat všechny podněty, které vedly k porušení abstinence a vyvodit z ní závěry do budoucna. (Nešpor, 2006, s. 69)

5 Léčebna návykových nemocí v Nechanicích

*„Chceš zase žít a lásku rozdávat,
chceš zase žít a šeptat mám tě rád,
tak co ti brání, tak pojd' mezi nás,
nech pítí stranou, vždyť máš ještě čas.
Chceš zase žít a toužíš zdravý být,
chceš zase žít, vždyť stačí jenom chtít,
zde každý z nás ti bude kamarád,
nech drogy jít a pojd' se s námi smát.“*

Hymna LNN Nechanice

Léčebna návykových nemocí v Nechanicích je detašovaným pracovištěm Psychiatrické kliniky Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Svůj provoz zahájila 2. prosince 1996 ve zrekonstruovaném objektu nemocnice. Léčebna poskytuje dobrovolnou odvykací léčbu pro muže i ženy závislé na psychoaktivních látkách i léčbu nelátkových závislostí. Jedná se o střednědobou léčbu v délce 3,5 až 5 měsíců. Hlavní léčebnou metodou je odborně vedená a cíleně zaměřená skupinová psychoterapie v podmínkách režimové léčby v terapeutické komunitě.

5.1 Příjmové oddělení

Pro pacienty, kteří přichází z domova nebo z detoxifikačního pobytu ve spádovém zdravotnickém zařízení je určeno příjmové oddělení. Objednávání jsou přes AT ambulanci v Hradci Králové, nejprve je potřeba sepsat žádost o zařazení do léčby neboli motivační dopis a stručný životopis se zaměřením na vše důležité s ohledem na závislost. K tomu se přikládá doporučení lékaře se stručnou zdravotní anamnézou.

Při příchodu na příjmové oddělení jsou pacientovi zkontrolovány všechny jeho věci a provedena osobní prohlídka. Každý pacient zde absolvuje příjmový rozhovor s lékařem, sestrou a sociální pracovnící a účastní se edukačních skupin, kde se dozví základní informace o závislosti, připraví si podrobný životopis dle strukturovaných vodítek a také představení se před komunitou. Pobyť na tomto oddělení není pevně dán, pacient zde setrvává, dokud nesplní všechny podmínky pro vstup do komunity, zvažovanými kritérii je úspěšná detoxifikace, celkový zdravotní stav, motivace k léčbě i kapacita lůžek - k dispozici je zde 6 lůžek. (Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové, © 2011)

5.2 Terapeutická komunita

Terapeutická komunita je systém léčby pacientů s podobným problémem (závislost na návykových látkách) s předem stanovenými pravidly a sankcemi za jejich porušení

(bodový systém). Celý systém je založen na spolupracujícím a demokratickém přístupu k interakci mezi pacienty a personálem. Členové komunity se spolupodílejí na rozhodování, které se jich týká, například hlasování o přijetí či propuštění, rozdělování úkolů či trestné opatření v případě porušení pravidel. (Kalina, 2008, s. 19)

S tímto systémem je také spojen model psychoterapeutického výcviku SUR, což jsou iniciály jeho zakladatelů (Skála, Urban a Rubeš). Jeho originalita spočívá především ve spojení výcviku ve velké a malé skupině a měla zásadní vliv na vývoj terapeutických komunit u nás. První výcviková komunita zahájila svou práci v roce 1967 a čerpala podněty z praxe ze Skálova Apolináře a z terapeutických komunit pro neurotiky v Lobči, Brně a Kroměříži. (Kalina, 2008, s. 69 – 71)

Setkání terapeutické komunity v LNN Nechanice je každý pracovní den v 8.00 hodin, komunitu řídí předseda, zazní zde denní program, každý pacient si hlásí nové trestné body, dále chystané přestupy a žádosti a je zde také ponechán prostor na připomínky. Terapeutickou komunitu tvoří pacienti na odděleních kromě oddělení příjmového a terapeutický tým, který tvoří vedoucí lékařka, sekundární lékařka, dva psychologové, sociální pracovnice, dvě staniční sestry, jedna úseková sestra, dvě ergoterapeutky, zdravotní sestry v dvojsměnném provozu a sanitáři. Terapeutický tým rozhoduje o zásadních věcech týkajících se terapeutické komunity a uděluje body. Maximální stav komunity je 50 lidí.

Komunita je rozdělena do 5 skupin, 3 skupiny jsou orientované na skupinovou dynamickou psychoterapii a 2 skupiny se zaměřují převážně na režimovou terapii, edukaci a zpracování závislosti a jsou určeny pro pacienty, kteří nemají zájem o hlubší psychoterapii, nebo k ní nejsou indikováni. Dynamické skupiny jsou podle denního řádu třikrát týdně ve stanovený čas a až čtyřikrát týdně jsou podle předchozího nahlášení organizovány skupiny samořídící. Skupiny jsou smíšené, ať už se jedná o pohlaví, věk či druh závislosti, tato různorodost skupiny podporuje vznik skupinové dynamiky a vzájemných přenosových vztahů. Uplatňují se tu prvky operantního podmiňování v podobě oceňující či méně oceňující zpětné vazby. (Kalina, 2013, s. 405)

Individuální psychoterapie se zde nepreferuje, každý pacient má možnost požádat si na komunitě o krátký pohovor s psychoterapeutem, ale zásadní věci, které mají vliv na léčbu, se probírají vždy na skupině.

5.3 Fáze léčby

Léčba v terapeutické komunitě bývá rozdělená do fází, kratších časových úseků s jasně vytyčeným cílem, který je potřebný splnit. Dosažení tohoto cíle v určité fázi je znakem pokroku klienta v léčbě, a protože se hodnotí veřejně v komunitě, a je obvykle spojeno s rituálem, tak přináší přímé posílení klientovy změny. Jasně definované cíle dávají také týmu a komunitě možnost pro hodnocení a zároveň poskytnout pacientovi zpětnou vazbu od ostatních, která je pro něj velmi důležitá. (Kalina, 2008, s. 208)

V LNN Nechanice jsou standardně 4 fáze léčby, v případě potřeby je k dispozici ještě přechodový stupeň (III. A), který je určen pacientům těsně před odchodem z léčby a je vhodný pro zajištění následného ubytování, dalšího pobytu v komunitě či jen k dovyřešení si nezbytných úkonů v chráněném prostředí.

Před komunitu přichází pacient z příjmového oddělení a po představení se na komunitě dostane stužku s označením skupiny, do které je zařazen a je v tzv. **fázi adepta (nultý stupeň)** Adept se zapojuje do denního programu, projde minimálně tři edukační skupiny a musí si vytýčit cíl (tzv. individuální terapeutickou zakázku), na kterém chce v léčbě pracovat a pokud je terapeutou a komunitou schválen, přechází do I. stupně.

V **I. stupni** je nutný pohovor se členy rodiny, protože právě rodina může pro závislého klienta hrát důležitou roli. Poté následuje zmapování kariéry závislosti a s tím spojená tvorba grafu závislosti, jeho předložení a probrání na skupině a nezbytná zpětná vazba od ostatních členů skupiny a psychoterapeutů.

Ve **II. stupni** se pracuje na zakázce, k tomu pomáhají čtyři arteterapeutická díla: koláž rodiny, koláž - cesta závislosti, autoportrét a malba Adama a Evy a následné názorné přehrání. Před komunitou a terapeutky je potřeba při přestupu obhájit celou svou dosavadní práci a mít zmapované spouštěče, tedy situace, které by mohly ohrozit abstinenci.

Ve **III. stupni** léčby se přenášejí nové náhledy, postoje a dovednosti do světa mimo léčebnu, je to již příprava na odchod domů. Součástí přestupů jsou také zkoušky z přednášek. To vše pomáhá samotnému pacientovi, ale i terapeutickému týmu, aby byl co nejlépe připraven na svoji budoucí abstinenci.

Při řádném ukončení se pacient loučí s celou komunitou, přednáší svoji závěrečnou řeč, kde zhodnotí celou svou dosavadní léčbu a vždy také předloží plán doléčování, ve kterém je nutné pokračovat. V indikovaných případech je po ukončení léčby domluven dlouhodobý pobyt v komunitě či chráněné bydlení. V průběhu abstinence je možné navštívit opakovací pobyt v trvání 1 až 2 týdnů dvakrát ročně, dále je zde možnost využít krizový pobyt v průběhu 2 až 6 týdnů, samozřejmostí je abstinence a možnost přeléčení v trvání 2 až šesti týdnů po krátkém relapsu.

Minimální doba léčby je 110 dnů a 3 propustky.

5.4 Léčebný řád

Podstatnou součástí identity terapeutické komunity je řád, který určuje všem, co, kdy a za jakých podmínek mají dělat. Jasně stanovená pravidla se každý pacient zavazuje bezpodmínečně dodržovat, v případě porušení přicházejí sankce.

Denní řád má stanovená pravidla, která se každý pacient zavazuje bezpodmínečně dodržovat. Porušení základních pravidel může být řešeno disciplinárním vyloučením z terapeutické komunity.

- I. V léčbě je nepřipustné konzumovat nebo přechovávat alkohol, jakoukoli ilegální drogu nebo léky, které nejsou ordinovány lékařem.
- II. Nepřipustná je krádež, jakékoliv agresivní chování včetně slovní agrese.
- III. Vstup na cizí pokoj v nepřítomnosti ubytovaných je zakázán.
- IV. Během léčby nesmí pacienti navazovat žádné partnerské nebo erotické vztahy.

Na každý den je stanoven rozpis programu, který je pro pacienty závazný. Programu se neúčastní pouze ti, kteří jsou omluveni lékařem, sestrou na oddělení nebo terapeutem skupiny. Platí zde obecná režimová omezení jako je chráněné prostředí, omezení pohybu mimo, nepovolení mobilních telefonů, omezení kontaktu s okolím, zákaz navazování vztahů či regulování možnosti kouření. Pacient je ubytován na pokoji, je mu přiděleno lůžko, noční stolek a skříň pro úschovu věcí. V pokoji se pacient zdržuje v době osobního volna. Všechny prostory oddělení uklízejí pacienti sami a to v určeném čase podle programu, poté následuje kontrola a případné nedostatky se bodově ohodnotí. Tak jak bylo již zmíněno, v LNN Nechanice funguje bodovací systém, nejeden pacient odešel po pár dnech léčby, kdy nebyl schopen se danému režimu přizpůsobit, těžko soudit, jestli na to opravdu nestačil, anebo spíše nechtěl, ale to mi nepřísluší hodnotit

Dalším pomocníkem je tzv. desatero, což je komplex rad, zásad a zkušeností pro dodržení abstinence, který vychází z poznatku léčby a je nezbytností pro každého pacienta, neplatí samozřejmě jen v léčbě, tyto dobře míněné rady jsou pro každého abstinujícího alkoholika již samozřejmostí.

Desatero

- 1) Chci se sám léčit
- 2) Uznávám, že jsem osoba závislá
- 3) Chci se navždy odprosit od drogy
- 4) Dbám rad terapeuta
- 5) S léčbou se netajím

- 6) Neobnovuji si staré zvyky
- 7) Rozvívám zájmy a koníčky, budu si perspektivu
- 8) Dbám zásad životosprávy
- 9) Učím se řešit konstruktivně problémy
- 10) Chci se stát lepším člověkem.

Střípky z léčby

Velmi těžké bývá pro mnoho pacientů odloučení od rodiny, v LNN Nechanice je první návštěva dovolena až po více než 30 dnech pobytu a je také vymezen limit trestných bodů pro její povolení. Od 61. dne je možné požádat o propustku, schvaluje se na skupině a návštěva je povolena jen k důvěryhodné osobě, což je osoba, se kterou provedl psychoterapeut pohovor. Pacient nemá v léčbě povolen mobilní telefon, ale v případě potřeby je možné využít pevné linky v hale léčebny podle stanovených pravidel.

Každý pacient je povinen psát si deník, minimální rozsah je opět pevně stanoven, vždy záleží na programu daného dne. Do deníku pacient vkládá své pocity, nálady a prožitky, které se během celého dne udály a zároveň si tak třídí svoje myšlenky. Terapeut skupiny má zápis k dispozici a může na něj i reagovat, ať už svou poznámkou či další prací v terapii. Po ukončení léčby může pacient zažádat o vydání deníku, který je pro něj památkou na léčbu a také motivací k abstinenci.

V léčbě mají také pacienti možnost vyzkoušet si různé funkce v komunitě, je zde spoluspráva, která se skládá z předsedy, místopředsedy, důvěrníků skupin, kulturního a sportovní referenta, toxi-šerifa a štrosáka. Pacienti tak spolurozhodují o vybraných záležitostech týkajících se chodu terapeutické komunity. Členové spolusprávy dbají na pořádek a dodržování léčebného řádu. Jdou příkladem ostatním pacientům. Mohou udělovat trestné body ostatním spolupacientům. Každý člen má své povinnosti, které jsou přesně vymezeny v léčebném řádu LNN Nechanice. Předseda zajišťuje budíček a vyhlašuje večerku, rozděljuje mezi pacienty úklid oddělení, přiděluje rajóny, účastní se kontroly

úklidu s personálem, přednáší na spolusprávě žádosti komunity a další. Místopředseda má podobné povinnosti, vždy se vybírá tak, aby byl z druhého patra. Důvěrníci skupin vedou knihu své skupiny, evidují trestné body svých členů a jejich odpracování, evidují stav propustek, seznamují nové členy s chodem a řádem oddělení, vedou samořídící skupiny, které jsou bez terapeuta aj. Sportovní a kulturní referent dohlíží na pořádek při sportovních aktivitách, půjčuje knihy a sportovní náčiní a navrhuje akce pro celou komunitu. Toxi-šerif hlídá hovory, kde jsou hlavním tématem alkohol, drogy, hazardní hry a další, tyto „toxické řeči“ jsou v komunitě zakázány a případné prohřešky hlásí na komunitě spolu se štrosákem. Ten dohlíží na vzájemné vztahy mezi členy komunity, upozorňuje na ty, kteří jsou velmi často ve vzájemném kontaktu a nemusí se jednat pouze o kontakty s erotickým kontextem, hlídá také nevhodné chování, jako je šikana, mazáctví a další.

V LNN Nechanice jsou využívány techniky různých psychoterapeutických přístupů, ať už se jedná o KBT, hlubinnou dynamickou psychoterapii, gestalt terapii, integrované a integrativní psychoterapie, psychodrama, arteterapie, relaxační a imaginativní techniky aj. Nedílnou součástí léčby je edukace pacientů. Každý týden je nová přednáška a formou testu se následně ověřují získané vědomosti, v případě neúspěchu je zde postih bodovým hodnocením, takže není výjimkou, že pacienti v předvečer testu listují ve svých poznámkách a vše si opakují. Součástí denního programu je také sportovní a terénní terapie, pracovní terapie či účast na kulturních programech. Po dohodě se také pořádají různá sportovní utkání, většinou ve volném čase, z oblíbených jmenujme například venkovní volejbal či nohejbal, stolní tenis, závody v šipkách, ale i různé vědomostní kvízy a soutěže. V případě pěkného počasí se může na komunitě navrhnout oblíbené táborové posezení, které je samozřejmě časově vymezeno a samozřejmě i zde se přísně dodržují všechna pravidla. Nechybí pracovní terapie, kde se vyrábějí různé výrobky, část se také později nabízí k prodeji, pomáhá se s údržbou domu a také se pečuje o užitkovou či květinovou zahradu a rybičky ve venkovním jezírku.

6 Faktory úspěšnosti ústavní léčby v Léčebně návykových nemocí v Nechanicích

Jak jsem již uvedla, tento výzkumný problém jsem si vybrala proto, že mě celá problematika týkající se závislosti na alkoholu velmi zajímá. Rozhodla jsem se vypracovat výzkumné šetření mezi abstinujícími alkoholiky, kteří se léčili se svojí závislostí v LNN Nechanice.

Ve svém výzkumném šetření jsem směřovala výzkumné otázky k zjištění faktorů, které závislé na alkoholu motivovaly k zahájení léčby, dále jsem se zajímala o léčebné metody, o efekt nabízené terapie i o faktory, které pomáhají udržet abstinenci.

6.1 Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Cílem výzkumného šetření je zmapovat, které faktory mají vliv na úspěšnost ústavní léčby v LNN Nechanice, od jejího zahájení až po udržení trvalé abstinence. Zjistit, jaké důvody vedly závislé alkoholiky do léčebny, které z faktorů léčby považují za efektivní pro závislost na alkoholu, a zhodnotit, jak ústavní léčba ovlivnila jejich celkový pohled na jejich závislost, osobnost a jestli je tato zkušenost motivací pro trvalou abstinenci.

Shodně s prostudovanou literaturou a výzkumným cílem byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

V1: Je rodina hlavním faktorem k zahájení ústavní léčby?

V2: Je psychoterapie z pohledu klienta nejdůležitější součástí komplexní léčby?

V3: Představují režimová opatření největší překážku léčby?

V5: Přináší ústavní léčba klientům zisky?

V6: Posiluje absolvování ústavní léčby vnitřní motivaci k abstinenci?

6.2 Výzkumný soubor a procedura

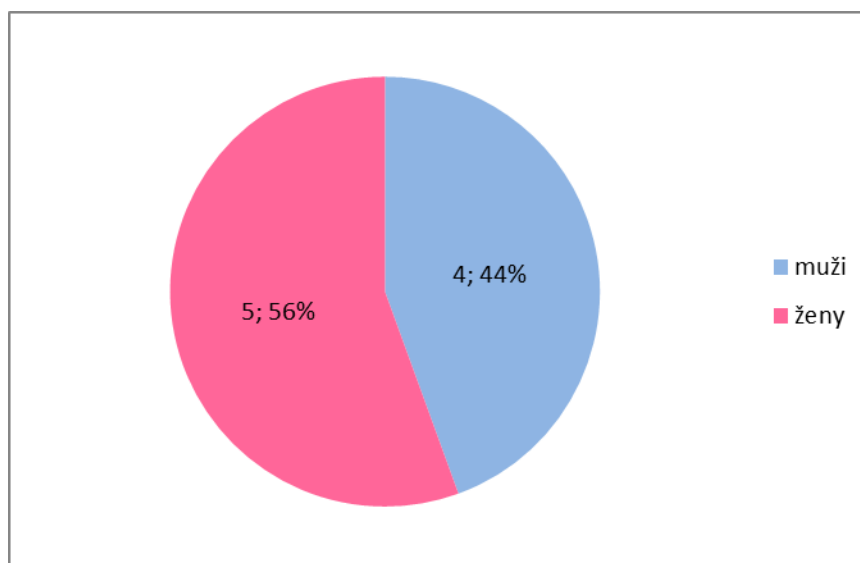
Pro výběr respondentů jsem využila záměrný výběr. Jak uvádí Gavora, (2000, s. 64) „záměrný výběr se provádí na základě relevantních znaků, tj. těch znaků základního souboru, které jsou důležité pro dané zkoumání. Při tom se výzkumník opírá o pedagogickou teorii, své zkušenosti, vědomosti a úsudek“.

Charakteristika výzkumného souboru

Snažila jsem se, aby můj vzorek byl co nejrozmanitější, co se týče délky abstinence, věku či pohlaví, ale musela jsem vycházet z dostupných možností, bohužel ne každý abstinující alkoholik se chtěl se mnou podělit o svůj životní příběh. Podmínkou bylo absolvování léčby v LNN Nechanice a také úspěšná abstinence.

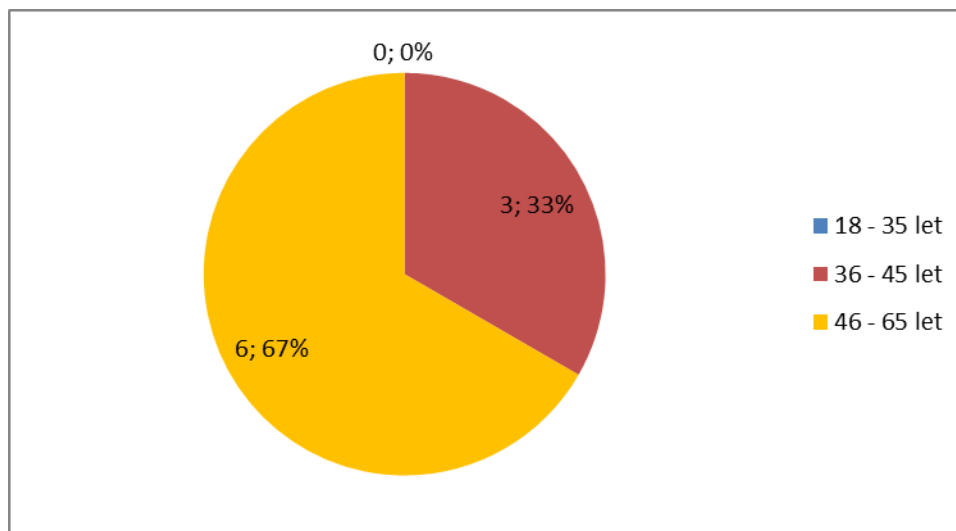
Graf č. 1 ukazuje pohlaví respondentů. Výzkumný vzorek tvoří 9 klientů, kteří prošli ústavní léčbou v LNN Nechanice, z toho je 5 žen a 4 muži.

Graf č. 1 - pohlaví



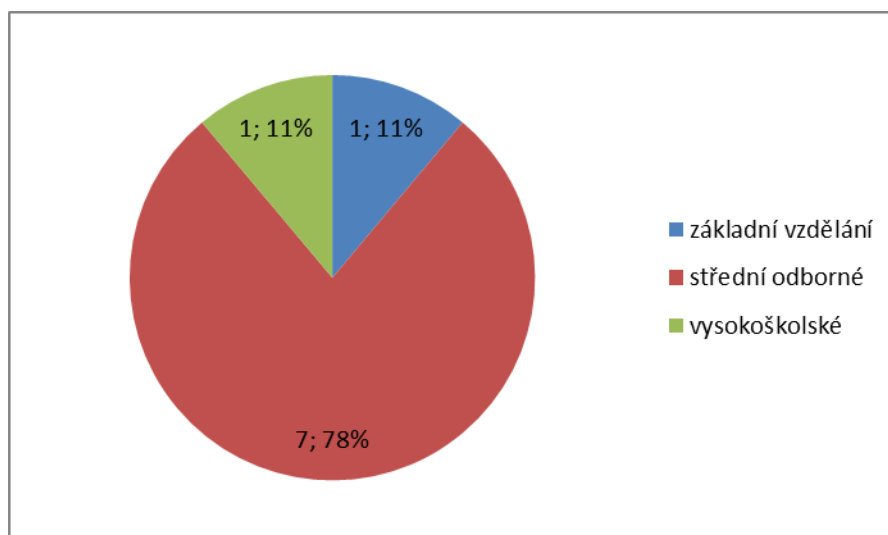
Graf č. 2 uvádí věkovou strukturu dotazovaných abstinujících alkoholiků. Ve věkové kategorii 18 - 35 let nebyl ani jeden respondent, ve věku 36 – 45 let byli 3 respondenti (33%) a nejpočetnější byla skupina 46 – 65 let, kde bylo 6 dotázaných (67%).

Graf č. 2 – Věková struktura



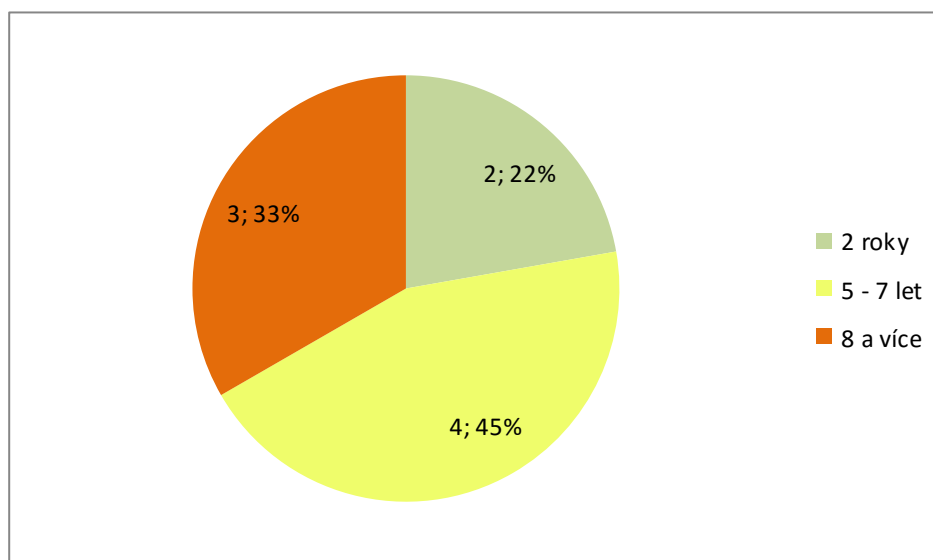
Graf č. 3 zjišťoval nejvyšší dosažené vzdělání. 7 respondentů, tedy 78%, uvedlo střední vzdělání, jeden respondent základní vzdělání a jeden respondent je vysokoškolsky vzdělán.

Graf č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání.



Graf č. 4 udává délku abstinence. Vzhledem k tomu, že jsem měla otázky zaměřené také na abstinenci a její zvládnání, vybírala jsem respondenty s abstinencí dva roky a více. Velmi mě potěšilo, že jsem získala pro výzkum i klientku, která absolvovala léčbu v LNN Nechanice před 12 lety. Dva dotázaní uvedli abstinenci 2 roky (22%), v rozmezí 5 až 7 let abstinence jsou 4 dotázaní (45%) a 3 dotázaní abstinující více jak 8 let (33%).

Graf č. 4 – Délka abstinence.



Rozhovory byly pořizeny průběžně v období od ledna 2015 do března 2016 vždy v prostředí, které bylo respondentům příjemné a lehce dostupné. Se všemi dotázanými jsem si po dohodě tykala, bylo nám to příjemnější, a myslím, že i naše rozhovory byly otevřenější.

6.3 Výzkumná metoda

Pro výzkumné šetření jsem si vybrala metodu polostrukturovaného rozhovoru. Jak uvádí Gavora (2000, s. 110) jde o výzkumnou metodu, „*kteřá umožňuje zachytit nejen fakta, ale i hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů*“. Proto mi přišla, pro zjištění maxima informací o abstinujících alkoholících, nejvhodnější. Dotazovaná osoba je vedena otázkami tazatele k sdělování určitých informací, je to obdoba dotazníku, ale je založena na mluvené komunikaci. (Disman, 1995, s. 51) Polostrukturované rozhovory

umožňují respondentovi vybrat si různé možnosti odpovědí, zároveň může ale přidat i svoje doplnění či vysvětlení.

Rozhovory nebyly pořízeny ve formě zvukového záznamu, většině respondentů to nebylo příjemné, a tak jsem si odpovědi zapisovala průběžně. Rozhovory v plném rozsahu jsou k dispozici jako příloha bakalářské práce.

6.4 Obsahová analýza rozhovorů s respondenty

Jednou z nejdůležitějších položek výzkumu bylo zjištění, proč se závislí rozhodli nastoupit do léčby, dále mě zajímala role psychoterapie v komplexní léčbě alkoholismu a samotný efekt léčby, jestli pacienti po léčbě zaznamenali změny. A v neposlední řadě mě zajímaly veškeré rady a doporučení, které závislým na alkoholu usnadňují abstinenci.

Vzhledem k malé velikosti souboru (9 respondentů) jsem nezpracovávala k otázkám podobu grafu, domnívám se, že by to nebylo přehledné vzhledem k rozličnosti odpovědí. Také procentuální vyjádření jsem neuváděla, z téhož důvodu.

Otázka č. 1 – Jaký zásadní moment vás vedl k tomu, zahájit ústavní léčbu v Nechanicích?

Pro zahájení léčby nemusí být nutně žádný zásadní moment, na závislého se nabalují různé alkoholové excesy, a až ta pomyslná poslední kapka může dovést dotyčného do léčebny.

Nicméně 5 respondentů se shodlo, že nejdůležitějším důvodem pro zahájení léčby byla rodina, ať už k tomu byli víceméně donuceni, nebo ji nechtěli ztratit. (Tento důvod jsem očekávala, neboť je všeobecně známý, a jsem ráda, že se mi potvrdil) 3 respondenti uvedli jako důvod pokus o sebevraždu, což mě při tak malém vzorku dotázaných opravdu překvapilo. (Je zde vidět, že nadměrné užívání alkoholu opravdu mění duševní stav a je faktorem, který zvyšuje riziko sebevražd.) 1 dotázaný uvedl jako důvod svoji práci, dostal

od ředitele školy na vybranou, jestli ukončí pracovní poměr sám, nebo dostane výpověď pro porušení pracovních povinností, nebo se půjde léčit. (Je potěšující, že se dotyčný po léčbě vrátil zpět na své místo a je velmi spokojen, a to nejen on, ale i kolegové a zmiňovaný pan ředitel).

Otázka č. 2 - Jedná se o vaši první ústavní léčbu? Pokud ne, uveďte vaše předchozí zkušenosti, ambulantní i ústavní.

Vyhodnocení této otázky bylo poměrně jednoduché. 5 dotázaných odpovědělo, že se jedná o první ústavní léčbu, z toho jeden dotázaný zkoušel před ústavní léčbou docházení do AT ambulance, ale neúspěšně.

4 zbylí respondenti již ústavní léčbu vyzkoušeli, 3 z nich byli předtím v jiné léčebně (dva byli v Psychiatrické léčebně ve Šternberku a jeden v Psychiatrické léčebně v Horních Beřkovicích) a 1 dotázaný podstoupil podruhé léčbu v LNN Nechanice.

Otázka č. 3 - Jaká léčebná metoda vám nejvíce vyhovovala, co považujete za největší přínos?

Zde panovala poměrně velká shoda, 8 respondentů se shodlo, že za největší přínos léčby považují psychoterapii - konkrétně byly jmenovány: skupiny, graf závislosti (časová osa), arteterapeutické koláže, psychodrama, velká tribuna (což je obhájení přestupu z jednoho stupně do druhého před celou komunitou), imaginace a diskuse s ostatními. Jeden dotázaný odpověděl, že není nic, co by pro něj bylo velkým přínosem, prý jediné co má do dnešního dne na paměti je věta „*přeci nebudu chlastat, ještě bych tím Aničce udělal radost, že měla pravdu*“ (pozn. Anička je psychoterapeutka dynamické skupiny). Musím se přiznat, že jsem očekávala, že psychoterapie bude patřit k těm přínosnějším, ale nečekala jsem tak široké zastoupení. Předpokládám ale, i podle úspěšné abstinence, že právě tato psychoterapie v LNN Nechanice pomohla dotázaným nastartovat požadovanou změnu.

Otázka č. 4 - Co bylo pro vás v léčbě nejtěžší?

Nejčastější odpovědí bylo dodržování řádu a vše co s tím souvisí, odpovědělo takto 6 dotázaných. 2 dotázaní uvedli jako nejtěžší v léčbě odloučení od rodiny. Jeden dotázaný uvedl konflikt v léčbě na skupině s ostatními, kteří se postavili proti němu, bylo mu to velmi nepříjemné, dokonce zvažoval i odchod, nakonec ale vydržel. Dodnes většina respondentů vzpomíná s jistou hořkostí na kontrolu úklidu a pečlivou paní sanitářku v bílých rukavičkách.

Otázky č. 5, 6, 7, 8 a 9 byly zaměřeny na přínos léčby. Inspirovala jsem se Kalinou (2013, s. 486 – 487), který v příloze 2 své knihy uvádí položky vhodné pro zhodnocení výsledků psychoterapeutické léčby, vybrala jsem pro své šetření jen pár nejzákladnějších.

Je život po ukončení léčby uspokojivější, nezměněný, méně uspokojivý?

Umíte si lépe poradit s vnějšími a vnitřními konflikty?

Jaké jsou vaše vztahy s dětmi, rodiči po ukončení léčby?

Je postavení v práci uspokojivější, nezměněné, méně uspokojivé?

Jak hodnotíte prožívání volného času po ukončení léčby?

Život po ukončení léčby hodnotilo 8 dotázaných jako uspokojivější, moc se mi líbila odpověď jedné abstinující alkoholičky, která uvedla: *„život je pro mě barevný, jakoby jsem před léčbou žila jen černobíle. Prožívám každou maličkost, mám zájem o sebe a o svůj vzhled, lidé mě mají zase rádi“*. Jeden dotázaný hodnotí svůj život po léčbě jako méně uspokojivý. Po léčbě se rozvedl, děti nemá a po pracovní a finanční stránce taky moc spokojen není, jeho odpověď na moji otázku mě dost zarazila: *„kdybych neměl své psy, tak přemýšlím, proč tu vůbec jsem...nemám chuť do života...“* Nicméně jeho pesimistický pohled na život nemusí souviset s léčbou, možná spíše se závislostí jako takovou, objevili se zdravotní komplikace, těžko hodnotit, jestli je na vině alkohol.

Lépe poradit s vnějšími a vnitřními konflikty si umí 8 respondentů, opakoval se názor, že je to těžké hodnotit, konfliktní situace provázejí člověka celým životem, takže ani moji dotázaní se jim nevyhnou, ale co je důležité, že ani jeden respondent je neřeší alkoholem. Dvě respondentky řešily rozchod s partnerem a jsou na péči o děti samy, přesto ani jedna nepomyslela, že by porušila abstinenci. Jen jeden dotázaný mi odpověděl, že řešení konfliktů nespojuje s léčbou, dle jeho slov si sice umí poradit lépe, ale přičítá to spíše svému věku.

Vztahy s dětmi, rodinou či nejbližšími jsou ve všech devíti případech lepší, což je 100% úspěšnost. Většina se shodla na tom, že to nebylo hned po léčbě, na přijetí od rodiny si museli počkat, někdy i více jak dva roky. Jedna pacientka mi vyprávěla, že po návratu z léčby ji každý večer volala dcera a ptala se, jestli něco nepila. Důležité ale je, že i složité a závislostí narušené rodinné vztahy se mohou dát do pořádku.

Postavení v práci je uspokojivější v 7 případech, 1 respondentka je na tom stejně jako před léčbou, protože je v invalidním důchodu a 1 dotázaný uvedl, že není v práci spokojený, vrátil se na horší pozici.

Povzbudivé je, že 3 respondenti nastoupili po ukončení ústavní léčby na nové pracoviště (před odchodem do léčby byly bez zaměstnání) a na své místo se vrátili 4 respondenti (z toho tři si pracovní polepšili) a všichni se shodli na tom, že se jim dostalo kladného přijetí i od kolegů. Jedna respondentka uvedla, cituji: *„Zaměstnavatel je rád, že jsem to všechno zvládla a je na mne pyšný, dává mě často vzorem ostatním.“*

Volný čas je pro většinu dotázaných těžké zhodnotit. Čtyři respondenti uvedli, že jim přibyly nové koníčky a zájmy (zaujalo mě, že jednomu z nich všechn volný čas vyplňuje péče o psy - pomáhá jako psí záchranář). Třem respondentům se narodily po léčbě děti, v dalším případě přibyl první vnouček a poslední dotázaný uvedl novou partnerku. Co je ale důležité, ve všech případech se shodli, a nezapomněli při našem rozhovoru zdůraznit, že volný čas už netráví tím, aby si sháněli alkohol, případně se dostávali z kocoviny.

Otázka č. 10 - Proč abstinujete?

Velmi mě zajímalo, proč vlastně závislí na alkoholu, kteří prošli ústavní léčbou, abstinují, jestli je nějaký konkrétní důvod, co je motivuje. Musím říct, že se mi líbila jejich rozhodnost a jednoduchost: „*protože chci*“ odpověděli tři dotázaní. Ostatní odpovědi byly každá jiná: „*chtěl jsem změnit svůj dosavadní život*“; „*protože bych už jinak nežil*“; „*protože nechci alkohol ani vidět*“; „*žiju a užívám si života*“; „*protože se mi to líbí*“. Poslední odpověď od svérázného respondenta byla vskutku originální: „*abstinuju, protože nechci udělat radost Áně, že měla pravdu, že to nevydržím*“ (pozn. Áňa je psychoterapeutka z LNN Nechanice). A i když se to může zdát úsměvné, dotyčný abstinuje již 8 let, není tedy důležité, jaký důvod abstinující alkoholici mají, ale že je jejich přesvědčení silné a daří se jim úspěšně abstinovat. V podstatě se dá říci, že všichni abstinující alkoholici v tom mají jasno, abstinence je jejich jediná cesta a neměnili by.

Otázka č. 11 - Pokračoval jste v léčbě v doléčování, co vás k tomu vedlo?

7 dotázaných pokračovalo v doléčování, jako důvod uvedli, že nechtěli nic podcenit. 2 respondenti se nedoléčovali, alespoň ne pravidelně (první byl dvakrát v KLUSu, ale zdálo se mu, že pořad vše opakuje dokola a druhá dotázaná se nedoléčovala vůbec, ale nezapomněla poznamenat, že ví, že to je důležité a každému by to doporučila).

Otázka č. 12 - Zažil jste recidivu? Pokud ano, kolikrát a jak jste ji řešil.

Jako výchozí bod jsem brala ukončenou léčbu v LNN Nechanice, předcházející neúspěchy jsem nezapočítávala. V tomto případě mi 8 dotázaných odpovědělo, že recidivu neprodělalo, pouze jedna respondentka recidivu přiznala (recidiva byla jednou a asi 6 měsíců po léčbě), opakovací pobyt v léčebně odmítla, vše zvládla sama za pomoci psychoterapeutky a docházení na doléčovací skupiny. Od té doby trvale abstinuje již druhým rokem.

Otázka č. 13 - Máte nějaké osobní typy, jak reagovat na tzv. „spouštěče“?

Tuto otázku bylo také poměrně těžké vyhodnotit, 6 dotázaných uvedlo, že dodržuje doporučená pravidla z léčby. Nejčastěji byl zmíněn suchý dům, což znamená domácnost bez alkoholu, jako další byla uvedena změna okruhu rizikových přátel, vyhýbání se společenským akcím s alkoholem. 2 respondenti jako první uvedli, že je důležité řešit problémy hned a nic nedusit v sobě; prý velmi pomáhá vybavit si kruté chvílky v léčbě. Jen jeden dotázaný uvedl, že nic nedodržel, nicméně ani neporušoval.

Otázka č. 14 – Máte někdy „chutě“? Popřípadě jak dlouho po léčbě to trvalo?

5 respondentů nemělo po ukončení léčby chutě, 4 dotázaní chutě měli. Jedna respondentka uvedla, že hlavně ze začátku měla chuť speciálně na šampaňské (a to ho pila předtím výjimečně). Druhý dotázaný uvedl, že měl chutě všehovšudy dvakrát a to hned po ukončení léčby, kdy nastoupil do nové práce v novém místě, kde byl sám, ale zvládl to. Třetí abstinující alkoholik chutě taky ze začátku abstinence zažil, jemu osobně pomohlo hodně se napít čisté vody a čtvrtá dotázaná si již konkrétní chutě po 12 letech abstinence nevybavuje.

Moc pěkně se vyjádřil jeden z dotázaných: „*Kupodivu jsem bažení nikdy neměl. Ale normálně si dovedu představit 5 druhů piva, kořalky a nic to se mnou nedělá. A pak si představím čerstvě vyuzenej kus masa a slintám*“.

Nyní nikdo s bažením nebojuje, dá se tedy říci, že při delší abstinenci (2 roky a více) tyto chutě slábnou.

6.5 Zhodnocení výzkumného šetření

Jak již bylo zmíněno, jedním z nejdůležitějších faktorů pro zahájení ústavní léčby je pro většinu dotázaných rodina (5 respondentů). Při rozhovoru s abstinujícími alkoholiky jsem pochopila, že si zpětně většina z nich uvědomuje, že svůj problém měli řešit dříve, bohužel v mnoha případech je na léčbu dovedl až dosti závažný čin, tři z devíti dotázaných uvedli, že se pokusili o sebevraždu, což samo o sobě už hovoří za vše. Pokud tedy v rodině

či blízkém okolí máme někoho závislého na alkoholu a chceme mu pomoci, pak největší pomocí je důsledné řešení závislosti. Je chybou dělat, že problém nevidíme a spoléhat se na to, že dotyčný své sliby o abstinenci myslí vážně.

Režimová opatření představují největší překážku léčby, takto to uvedlo 7 respondentů, dále zde bylo zmíněno odloučení od rodiny (2 dotázaní), čímž se opět vracíme k režimu, protože návštěvy a propustky jsou pevně dané v léčebném řádu. Režim a bodovací systém sice komplikuje závislým na alkoholu léčbu, ale vzhledem k tomu, že za dobu svého fungování bylo ověřeno, že dosahuje výsledků, nemyslím si, že by se to v dohledné době nějak změnilo. Je třeba, aby dotyčný vydržel, ty nepříjemné chvílky v léčbě mohou poté sloužit jako motivace k trvalé abstinenci.

Dále se zde ukázalo, že v komplexní léčbě závislosti na alkoholu má významný podíl na úspěchu psychoterapie, takto se vyjádřilo 8 z 9 dotázaných. Pouze jeden dotázaný nezmínil psychoterapii, ale na druhou stranu neuvedl ani nic jiného, co by ho více zaujalo. 3 pacienti, kteří absolvovali ústavní léčbu i v jiném zařízení, nezapomněli kladně ohodnotit právě psychoterapii v LNN Nechanice, kterou jim předcházející léčebna neposkytovala. Myslím si, že je dobré toto zde zmínit.

Psychoterapeutická léčba kladně ovlivňuje i život po ukončení léčby, prožívání volného času a vztahy v rodině a v práci. Nejvíce se změnily rodinné vztahy, nebylo to hned po ukončení léčby, až po určité době abstinence se vrátila důvěra a respekt, a to u všech 9 dotázaných.

Také se zde potvrdila důležitost dodržování základních pravidel pro předcházení recidivy, která již tu byla zmíněna, a nepodceňování následného doléčování. To vše pomáhá závislým na alkoholu udržet jejich trvalou abstinenci.

Závěr

Závislost na alkoholu je poměrně ožehavé téma a je více možností, jakou formou ji zpracovat. Já jsem si vybrala komplexní léčbu alkoholismu, která by měla ukázat, jaké možnosti léčby závislý na alkoholu má, jsou zde uvedeny základní termíny jako je: alkohol, definice závislosti, možnosti komplexní léčby alkoholu s uvedením nejpoužívanějších léčebných metod a samozřejmě nechybí následné doléčování, prevence recidivy až k abstinenci, která by v ideálním případě měla být na konci každého příběhu závislého na alkoholu. Dále jsem chtěla přiblížit, jak probíhá ústavní léčba v LNN Nechanice. Cílem bylo zmapovat faktory úspěšnosti ústavní léčby a její vliv na motivaci k trvalé abstinenci, chtěla jsem ukázat, že protialkoholní léčba rozhodně svůj smysl má.

Z výzkumného šetření se potvrdilo, že velmi důležitá je podpora rodiny, je velkou motivací pro to nejtěžší, pro samotné rozhodnutí nastoupit do léčby. Nicméně je potřeba si uvědomit, že podpora neznamena tichou toleranci, naopak je to podpora závislého v léčbě, pohovor s psychoterapeuty, možnost návštěv v léčebně, to vše pomáhá pacientovi v jeho rozhodnutí vydržet a nevzdat se. Nejlépe hodnocenou léčebnou metodou se ukázala psychoterapie, pacienti po ukončení léčby mají jiný pohled na život, čas v léčbě velmi často využijí k rekapitulaci dosavadního chování a prožívání a často přijdou plánované změny. Léčba je zároveň motivací k trvalé abstinenci a nesmí se zapomínat, že odchodem z léčby vše nekončí, je potřeba posilovat získané odhodlání, dodržovat v léčbě stále opakovaná pravidla a být pořád ve střehu, abychom předešli recidivě. Proto je tu již zmiňované doléčování, které by nemělo být bráno jako nutné zlo, naopak, řada abstinujících alkoholiků se ráda pravidelně schází a společně pořádají i různé akce. Je to taková druhá rodina, kde si závislí navzájem předávají své zkušenosti, podporují se v abstinenci i v těžších životních chvílích, nebo si jenom popovídají o všem, co je v životě nového potkalo.

Závislých na alkoholu přibývá i v současné moderní společnosti, možná i proto, že se lidé honí za penězi, úspěchem a nemají čas na nic jiného, cítí se nespokojeni a své pocity se snaží zahnat alkoholem, volný čas tráví ve společnosti, kde je sklenka nezbytností a pak už je jen malý krůček k tomu, aby závislost zaútočila. Většina závislých si svoji cestu

předem nenaplánovala a často je už příliš pozdě, aby sami zvládli abstinovat, proto je potřeba překonat stud a požádat o pomoc.

Komplexní protialkoholní léčba má široké možnosti a umí navést tím správným směrem. Pokud dotyčný bude v léčbě spolupracovat, pak má velkou šanci uspět. Většina dotázaných se shodla, že LNN Nechanice patří velké díky a jejich úspěšná abstinence je i její zásluhou.

Abstinence, která čeká každého závislého na alkoholu, není žádný strašák, člověk není v životě o nic ochuzen, právě naopak. Pokud ji přijme, tak mu nabídne všechny své výhody, život v abstinenci je hlavně svobodný.

Na závěr si dovolím pár slov mé oblíbené autorky (Plocová, 2007, s. 201):

„Život je jako silný dub. Roste v krátkých intenzivních obdobích, pak odpočívá. Čerpá živiny ze země, pevné půdy, ve které je zakořeněný. Je trpělivý. Někdy čas to trvá, než pokračuje v růstu. Stejně je to v životě. Propady a životní krize nás posouvají vpřed k novým okamžikům štěstí. Bez krizí bychom okamžiky štěstí nepoznali“.

Seznam použité literatury a jiných zdrojů

Literatura:

DISMAN, Miroslav, 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. Vydání. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

EDWARDS, Griffith, 2004. *Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu*. Vyd. 1. Praha: Lidové noviny, 209 s. ISBN 80-7106-696-6.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada, 231 s. ISBN 978-80-247-5046-0.

FORMÁNEK, Josef, 2014. *Úsměvy smutných mužů: zápisky z léčebny*. První vydání. Praha: Gekko, 113 s. ISBN 978-80-905581-1-3.

GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 207 s. ISBN: 80-85931-79-6.

GJURIČOVÁ, Šárka. KUBIČKA, Jiří. ŠPITZ, Jan, 1998. *Vidět věci jinak: rozhovory rodinných terapeutů*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 134 s. ISBN 80-85850-51-6.

GÖHLERT, Fr.-Christoph. KÜHN, Frank, 2001. *Od návyku k závislosti: toxikomanie: drogy: účinky a terapie*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 143 s. ISBN 80-7202-950-9.

HARTL, Pavel, 1993. *Psychologický slovník*. 1. Vydání. Praha: Česká Typografie, 301 s. ISBN 80-90 15 49-0-5.

CHOMYNOVÁ, P., CSÉMY, L., GROLMUSOVÁ, L., SADÍLEK, P., 2014. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumu v České republice v roce 2011*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 214 s. ISBN 978-80-7440-101-5.

JÍLEK, Jan, 2008. *Ze závislosti do nezávislosti (spoluzávislí a nešťastní)*. 1. vydání. Praha: Roční období, 224 s. ISBN 978-80-85524-03-1.

JÍLEK, Jan, 2013. *Paradox abstinence: týpek*. 1. vydání. Praha: Propaganda Art&design, 188 s. ISBN 978-80-904916-6-3.

KALINA, Kamil, 2008. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, Kamil, 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Grada, 528 s. ISBN 978-80-247-4361-5.

KRATOCHVÍL, Stanislav, c2005. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3., dopl. vyd. Praha: Galén, 297 s. ISBN 80-7262-347-8.

KRATOCHVÍL, Stanislav, 2012. *Základy psychoterapie*. 6. aktualizované vydání. Praha: Portál, 403 s. ISBN 978-80262-0302-5.

KRAUS, Blahoslav. HRONCOVÁ, Jolana a kolektiv, 2010. *Sociální patologie*. Druhé vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové. 325 s. ISBN 978-80-7435-080-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál, 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

KVAPILÍK, Josef, SVOBODOVÁ, Alena, 1985. *Člověk a alkohol*. Vydání 1. Praha: Avicenum, 1985, 240s. ISBN

MÜHLPACHR, Pavel, 2001. *Sociální patologie*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 104 s. ISBN 80-210-2511-5.

MARHOUNOVÁ, Jana. NEŠPOR Karel. 1995. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Vydání první. Praha: Empatie, 110 s. ISBN 80-901618-9-8.

MILLEROVÁ, Geri, 2011. *Adiktologické poradenství*. První vydání. Praha: Galén, 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3

NEŠPOR, Karel, 2006. *Zůstat střízlivý*. Vydání první. Brno: Host, 240 s. ISBN 80-7294-206-9.

NEŠPOR, Karel, 2011. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4. aktualizované. Praha: Portál, 176 s. ISBN: 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav, 1994. *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. 2. rozš. vyd. Praha: Sportpropag, 159 s. ISBN

NEŠPOR, Karel, PERNICOVÁ, Hana, CSÉMY L., 1999. *Jak zůstat fit a předejít závislostem: [náměty pro rodiče, učitele a vychovatele, inspirace pro děti a dospívající]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 120 s. ISBN 80-7178-299-8.

PAULÍK, Karel, 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.

PEŠEK, Roman, Ján PRAŠKO a Petr ŠTÍPEK, 2013. *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro terapeuty, studenty a poučené laiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 229 s. ISBN 978-80-262-0501-2.

PLOCOVÁ, Monika, 2005. *Na špičce ledovce*. Vydání první. Praha: Insignis, 179s. ISBN 80-86353-03-6.

PLOCOVÁ, Monika, 2006. *Ledové stopy zapomnění*. Vydání první. Praha: Insignis, 213s. ISBN 80-86353-04-4.

PLOCOVÁ, Monika, 2007. *Všechno má svůj čas*. Vydání první. Praha: Insignis, 211s. ISBN 978-80-86353-00-5.

PROFOUS, Jiří, 2013. *Průvodce alkoholovou závislostí - především pro ženy pijících partnerů*. Druhé vydání. Praha: Galén, 108 s. ISBN 978-80-7492-087-5.

REDDEMANN, Luise, 2009. *Léčivá síla imaginace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 216 s. ISBN 978-80-7367-530-1.

SKÁLA, Jaroslav, 1988 *...až na dno!?*. 4. vydání. Praha: Avicenum, 139s. ISBN

SOURNIA, Jean-Charles, 1999. *Dějiny pijáctví*. Vyd. 1. Praha: Garamond, 1999. 299 s. ISBN 80-86379-01-9.

SOVÁK, Miloš, 1986. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. Vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 231 s. ISBN

ŠICKOVÁ – FABRICI, Jaroslava, 2002. *Základy arteterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 176 s. ISBN 80-7178-616-0.

ÜHLINGER, Claude a Marlyse TSCHUI, 2009. *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. Vyd. 1. Praha: Portál, 140 s. ISBN 978-80-7367-610-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

VYMĚTAL, Jan, 1997. *Obecná psychoterapie*. Vydání první. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 279 s. ISBN 80-86123-02-02.

Internetové zdroje:

Aktuální verze MKN-10 v ČR. *Ústav zdravotnických zařízení a statistiky ČR*. [online]. 2014 [cit. 2011-04-25]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>

LNN Nechanice. *Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové*. [online] 2011 [cit. 2011-04-16]. Dostupné z <https://www.fnhk.cz/psych/soucasti-kliniky/oddeleni/lmn>

Psychiatrická péče 2013. *Ústav zdravotnických zařízení a statistiky ČR*. [online]. 2013 [cit. 2011-04-25]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2013>

Spotřeba potravin 2014. *Český statistický úřad*. [online] Ing. Zdeněk Kobes, 2015 [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/spotreba-potravin-2014>

Seznam příloh

Příloha A: Polostrukturovaný rozhovor - otázky

Příloha B: Přepis rozhovorů

Příloha C: Graf závislosti – časová osa

Příloha D: Koláž – cesta závislosti

Příloha E: Rozpis léčebného programu

Příloha A: Polostrukturovaný rozhovor - otázky

- 1) Jaký zásadní moment vás vedl k tomu zahájit ústavní léčbu v Nechanicích?
- 2) Jedná se o vaši první ústavní léčbu? (popřípadě předchozí zkušenosti – ambulantní, ústavní)
- 3) Jaká léčebná metoda vám nejvíce vyhovovala, co považujete za největší přínos?
- 4) Co bylo pro vás v léčbě nejtěžší?
- 5) Je život po ukončení léčby uspokojivější, nezměněný, méně uspokojivý?
- 6) Umíte si lépe poradit s vnějšími a vnitřními konflikty?
- 7) Jaké jsou vaše vztahy s dětmi, rodiči po ukončení léčby?
- 8) Je postavení v práci uspokojivější, nezměněné, méně uspokojivé?
- 9) Jak hodnotíte prožívání volného času po ukončení léčby?
- 10) Proč abstinujete?
- 11) Pokračoval jste v léčbě v doléčování, co vás k tomu vedlo pokračovat?
- 12) Zažil jste recidivu? Pokud ano, kolik a jak jste ji řešil?
- 13) Máte nějaké osobní typy, které by mohly pomoci ostatním, jak reagovat na tzv. „spouštěče“?
- 14) Máte někdy „chutě“, popřípadě jak dlouho to po léčbě trvalo?

Příloha B: Přepis rozhovorů

Míša, 37 let, vzdělání střední odborné s maturitou, bydliště Trutnov, 7 let abstinence

Jak dlouho jsi pila?

Pila jsem asi 10 let, těžko se to odhaduje, ze začátku to je takový nenápadný, ani mi to nepřišlo, že bych nějak moc pila, na zábavách, ve společnosti, ale od těch 20 let jsem pila, to jo. Pak už i doma, víno, tvrdý, prostě všechno.

Jaký zásadní moment tě vedl k tomu zahájit ústavní léčbu v Nechanicích?

Chodila jsem ke své psychiatrice, kde jsme léčily úzkostnou poruchu, ale ona sama časem poznala, že k tomu taky dost piju. Poslala mě na léčbu, vůbec se mi nechtělo a podle toho taky ta první léčba vypadala.

Jak to myslíš?

No jsem se neúčastnila. Říkala jsem si, jen co vyjdu z léčby, tak se zase napiju. Všechno v léčbě šlo mimo mě.

Jedná se o tvoji první ústavní léčbu?

Byla to druhá léčba v Nechanicích, poprvé jsem byla v hrozném stavu, na detoxu jsem byla tři týdny. 5 měsíců jsem pobyla v léčebně, v květnu jsem řádně ukončila a v srpnu, září už jsem se poprvé napila vína, v říjnu jsem to zkombinovala s léky Hypnogen, už jsem toho měla všeho prostě dost, někdy to je fakt hrozný, třeba jako dneska, taky mi není dobře... no skončila jsem na jednotce intenzivní péče, kde mě navštívila psychiatricka, a domlouvaly jsme se, co dál, chtěla jsem na opakovačku, ale to by mi nepotvrdila abstinenci, tak jsem šla do Nechanic na přeléčení. Bylo to na 5 týdnů a ke konci jsem dostala neprávem vyhazov, že našly v moči morfin, což byl nesmysl, ale to mě tak nakoplo, že už jsem se od té doby nenapila, vlastně mi to pomohlo...prostě jsem se tak naštvála...ale za Nechanice jsem ráda...

Jaká léčebná metoda ti nejvíce vyhovovala, co považuješ za největší přínos?

Asi ta skupina jako taková.

Co bylo pro tebe v léčbě nejtěžší?

Nejtěžší? Představ si, že asi to vstávání, budíček, to bylo hrozný. To jsem si dlouho nemohla zvyknout.

Je život po ukončení léčby uspokojivější, nezměněný, méně uspokojivý?

No určitě je lepší, to jo, ale pořád se léčím s tou úzkostnou poruchou, zrovna dneska nic moc, prášky mám, ale nějak moc to nezabírá, ale chlast už mě nezajímá.

Umíš si lépe poradit s vnějšími a vnitřními konflikty?

Jo, to určitě jo. Když jsem se po narození Gábinka rozešla s partnerem, tak jsem to taky ustála bez toho, abych se napila.

Jaké jsou tvoje vztahy s dětmi, rodiči po ukončení léčby?

Jo, jsou dobrý. Věří mi. Ted' zrovna hlídají Gábinku. Pomáhají mi.

Je postavení v práci uspokojivější, nezměněné, méně uspokojivé?

V práci asi tak stejný, já už před léčbou byla v invalidním důchodu.

Jak hodnotíš prožívání volného času po ukončení léčby?

Úplně něco jinýho, ted' mám holčičku, 4,5 roku, tak se věnuju hlavně jí, předtím mě zajímal jenom ten chlast, jak ho obstarat.

Proč abstinuješ?

Chci nepít, nepiju, protože prostě to tak chci.

Pokračovala jsi v léčbě v doléčování?

Jo, chodila jsem a ještě chodím na skupinu, vlastně pořád chodím skoro každý týden.

A důvod proč jsi pokračovala v doléčování?

Radši. Chodím ráda.

Zažila jsi recidivu? Pokud ano, kolik a jak jsi ji řešila?

Jo, po první léčbě, jak jsem ti už říkala. Ale po druhé ne.

Máš nějaké osobní typy, které by mohly pomoci ostatním, jak reagovat na tzv. „spouštěče“?

Nepodceňovat doporučení, co dávají v Nechanicích, na doléčovacích skupinách, to co pořád slyšíš dokola, tak to dodržuju i teď po sedmi letech.

Máš někdy „chutě“, popřípadě jak dlouho po léčbě to trvalo?

Jo měla jsem je hlavně na začátku a to na šampaňské, ani nevím proč, když jsem pila všechno, ale teď už to ani nijak nevnímám, buďto nejsou nebo si je prostě nepřipouštím.

Pavel, 42let, vzdělání střední odborné, bydliště Nové Město nad Metují, 2 roky abstinence

Kdy jsi začal pít?

Asi od 17 let, no 15 let jsem tutově pil už hodně, až 15-18 piv denně.

Jaký zásadní moment tě vedl k tomu zahájit ústavní léčbu v Nechanicích?

Propad dolů asi 2,5 metru, no vožralej, nalomil jsem si druhý a třetí obratel, takže jsem zůstal na neschopence, bývalá žena Denisa do mě pořád hučela, že se uchlastám, po dohodě s ní a psychiatrickou MUDr. Ruferovou v Rychnově jsem zažádal o nástup do Nechanic, nastupoval jsem brzy, rovnou z neschopenky, psal jsem v půlce dubna, 6. května mi přišla odpověď, že 20. 5. je nástup.

Jedná se o tvoji první ústavní léčbu?

No moje druhá léčba. V roce 2000 jsem byla v Horních Beřkovicích, kde jsem léčbu řádně ukončil, byla tříměsíční. Ale bylo to hodně jiný jak v Nechanicích, ne tolik psychoterapie, tolik věcí se nerozebíralo, fakt se to nedá srovnávat.

Jaká léčebná metoda ti nejvíce vyhovovala, co považuješ za největší přínos?

Určitě psychoterapie, skupiny, graf, koláže, to přehrávání.

Co bylo pro tebe v léčbě nejtěžší?

No určitě to, jak mě celá skupina potopila, mysleli si, že jsem dostal Jakuba (spolupacient ze skupiny) z léčby, že to bylo kvůli mně, jak musel odejít, ale to nebyla pravda, chtěl jsem ukončit léčbu, někdy v červenci, srpnu, fakt jsem hodně uvažoval o tom, že odejdu, ale jsem rád, že jsem to neudělal. A druhý nejhorší zážitek byl po 5 měsících v léčbě, řekl jsem otci do telefonu, že budu mít práci do prvního napití, sehnal jsem ji při propustce, tak mi hned odpověděl, že to nebude dlouho trvat, no to jsem byl jak opařenej...

Je život po ukončení léčby uspokojivější, nezměněný, méně uspokojivý?

Já jsem nadmíru spokojenej, mám přítelkyni a novou rodinu, má dvě děti, já se vidám se synem, mám novou práci, lepší, jsem šéfkuchař a představ si, majitel byl taky v Nechanicích, je to už 10 let, však mi kontakt taky dohodil Cyril (psychoterapeut z Nechanic).

Umiš si lépe poradit s vnějšími a vnitřními konflikty?

No zeptej se Helči (přítelkyně), jak to teď mám nastavený. Mám to po Nechanicích hodně moc srovnaný, zvládám to líp.

Jaké jsou tvoje vztahy s dětmi, rodiči po ukončení léčby?

Se synem výborný, vidáme se častěji, s bývalou manželkou taky dobrý, tý jsem vděčnej za to, že jsem se vlastně šel léčit, s rodiči se to zlepšuje, ale jde to pomalu, otec pochopil, že jsem se dal na jinou cestu, že jsem to vzal vážně, začíná se to rovnat, no.

Je postavení v práci uspokojivější, nezměněné, méně uspokojivé?

Sto procentně uspokojivější.

Jak hodnotíš prožívání volného času po ukončení léčby?

Ve volnu hodně odpočívám, procházky a tak, to jsem dřív určitě nedělal, ale moc ho není, hodně času mi zabere práce, jezdím na nákupy, připravuju si vše dopředu, vymýšlíme akce, abych nalákal lidi...ale snad přiberou nového kuchaře, tak to bude lepší.

Proč abstinuješ?

No proč, protože jsem chtěl změnit svůj dosavadní život, bylo na výběr, uchlastat se, zhoupnout se, anebo s tím začít něco dělat, tak jsem do toho šel.

Pokračoval jsi v léčbě v doléčování, co tě k tomu vedlo pokračovat?

Jo, chodím 1x měsíčně na individuál k Cyrilovi, na skupinu, kterou vede, jen málokdy, je tam dost lidí ze skupiny, né všechny rád vidím, no a jednou jsem byl na opakovačce v Nechanicích, to byl zvláštní pocit... jo ale dobrý, rád jsem je všechny viděl. Ale změnilo se to, terapeuti, sestry...

Zažil jsi recidivu?

Ne.

Máš nějaké osobní typy, které by mohly pomoci ostatním, jak reagovat na tzv. „spouštěče“?

Po Nechanicích vím, že nemá cenu všechno dusit v sobě, chce to o všem mluvit, co mě trápí, co se mi líbí, nelíbí, vůbec jsem tak nějak přehodnotil život, koukám na to jinak. V léčebně jsem poznal spoustu nových přátel a kamarádů, s některými se vídám nebo jsme aspoň v kontaktu, a když je potřeba, pomáháme si navzájem.

Máš někdy „chutě“, popřípadě jak dlouho po léčbě to trvalo?

Ne, no asi 2 x hned zpočátku, byl jsem novejš v novém místě, na celým baráku sám, měl jsem chuť, ale nenapil jsem se, no a odměnil jsem se 300g roštěnkou, no není to lepší?

Helena, 43 let, střední vzdělání, Svitavy, 12 let abstinence

Jak jsi pila? Můžeš mi to trochu popsat?

No asi těch 10 let jsem pila, tak nějak, postupně, nejdřív víno, to bylo ještě v pohodě, někdy i 3 litry vína denně, zkáza byl až ten tvrdý, šlo to hodně z kopce...

Jaký zásadní moment tě vedl k tomu zahájit ústavní léčbu v Nechanicích?

Zásadní asi žádný, já se léčila vícekrát, ale nějak to nevyšlo, tak jsem zkusila na doporučení Nechanice, ale taky to nevyšlo hned. Se mnou to bylo dost složité, minulost a tak. Prostě už to dál nešlo, já už bych tu nebyla, kdybych pokračovala...no ale pokud bych měla říct jeden důvod...tak asi táta...

Jedná se o tvoji první ústavní léčbu?

Ne, já se léčila ambulantně, ústavně, nikdy jsem to nevzdala. V průběhu několika let jsem byla na víc léčbách, Šternberk, mezitím taky psychiatrie, už jsem nevěděla kam, dvakrát Nechanice.

Ty jsi byla v Nechanicích dvakrát?

No jo, po té první léčbě jsem to dlouho nevydržela...

Jaká léčebná metoda ti nejvíce vyhovovala, co považuješ za největší přínos?

Určitě psychoterapie. Bylo pro mě těžký se vracet do minulosti, ze začátku jsem nechtěla spolupracovat, mám dost věcí za sebou...

Co bylo pro tebe v léčbě nejtěžší?

Vlastně všechno.

Mohla bys být trochu konkrétnější?

Ono jde o to, jak k tomu přistupuješ. Když tím chceš jen tak proplout, tak to jde, ale není to k ničemu. Až podruhé jsem se vlastně začala zapojovat. S odstupem času můžu říct, že všechno, co nám tam říkali, má svůj smysl. I takové to desatero, s léčbou se netajím a tak, když to někdo neví, tak mu to klidně řeknu, že jsem abstinující alkoholička, už 12 let.

Je život po ukončení léčby uspokojivější, nezměněný, méně uspokojivý?

Uspokojivější. Hodně se mi změnil. Bohužel nebylo to jen lehký, násilnej přítel, problémy v rodině... nechci už to rozebírat, ale ano, bez chlastu je to o moc lepší. Už bych tu nebyla.

Umíš si lépe poradit s vnějšími a vnitřními konflikty?

Určitě, když jsem se rozešla s přítelem, dva roky zpátky, zůstala jsem sama s dvojčatama, to nebylo zrovna lehký, ale musí to jít. I teď mi je občas líto, že nejsme úplná rodina,

představy jsem měla jiný, jsem na všechno sama, dům, děti, ale nestěžuju si, to ne. Mám určitě jiný pohled na svět a to je důležité. Taky vím, že je potřeba umět se ozvat a nenechat si všechno líbit, občas myslet i na sebe.

Jaké jsou tvoje vztahy s dětmi, rodiči po ukončení léčby?

Vztahy s rodiči se změnili, mamka nežije...

Promiň, to jsem nevěděla.

Už to je dlouho, když zemřela, tak jsem začala hodně pít, ono toho bylo doma víc, celý dětství, ještě před léčbou, tatínek už taky nežije, ale on mě po léčbě uznával, měli jsme dobrý vztahy, já jsem si ho taky vážila, řekla jsem mu, že ho mám ráda, což jsme dřív nedokázali, se sourozenci to je ale horší, i po takové době, možná paradoxně proto, že jsem vycházela s tatínkem, já byla vždycky ten problém a najednou ona je jinej člověk... nevím, do dneška spolu nevycházíme. Navíc je někdy těžké pro ostatní přiznat si třeba taky nějakou tu spoluodpovědnost.

Je postavení v práci uspokojivější, nezměněné, méně uspokojivé?

Mám různé zkušenosti, když jsem po asi dvou letech abstinence nastupovala na soud, tak chtěli potvrzení od lékaře, tak se samozřejmě všechno dozvěděli, kdybych nevyhrála ten konkurz, tak by mě nevzali, to mi i tenkrát řekli, musela jsem je přesvědčit kvalitama, pokud by byly stejně kvalitní jako u někoho jiného, tak by mě nevzaly. No a po soudu jsem šla za lepším, exekutorský úřad a tam to věděli rovnou a naopak mi řekli, že dlouhodobá abstinence je pro ně plusem. Každý na to kouká jinak.

Jak hodnotíš prožívání volného času po ukončení léčby?

Mám celý překopaný život, hlavně děti, sedmiletý dvojčátka, teď jsem s nima sama, tak toho času moc není.

Proč abstinuješ?

Protože bych už jinak nežila. To je jasný.

Pokračovala jsi v léčbě v doléčování?

Nechodila, vím, že to je potřeba, další doléčování, určitě. Všechno co nám tam říkali, má smysl. Jo a před 3 roky jsme se byli v Nechanicích podívat, s kamarádem, co tam byl se mnou, byli jsme u Cyrila na skupině, bylo to moc fajn, kdyby to ale nebylo tak daleko.

Zažila jsi recidivu? Pokud ano, kolik a jak jsi ji řešila?

Jo, to už jsem ti říkala. A ne jednou. Vždycky jsem se šla znovu léčit. Nikdy jsem to nevzdala, i když ostatní už jo. A to mě asi zachránilo. Ale po té druhé léčbě se to nějak změnilo, sama nevím...

Máš nějaké osobní typy, které by mohly pomoci ostatním, jak reagovat na tzv. „spouštěče“?

Určitě změnit okruh přátel, nechodit do společnosti, kde se hodně pije, teď už je to jiný, jdu si s holkama sednout, samozřejmě si něco dají, já mám svůj nealko. Za celou tu dobu 12ti let se mnou jen dvě kamarádky držely basu, to mě moc potěšilo, když jsme si šly sednout, tak nepily taky, to mi přišlo fakt moc milý, ale je to málokdy. Nemůžeš počítat s tím, že tě okolí bude chápat, je to prostě tvůj problém. Je to takovej všeobecný názor, že alkoholici patří do kamenolomu, že to je vyvrhel, ale když se podíváš, lidi neumí jít do hospody a dát si kofolu, baví se jen tak bez toho. Zhubla jsem, jak byly nervy kolem rozchodu, hned lidi okolo říkali, že v tom asi jedu, i po takový době. Lidi umí být zlí. Nesmíš se tím nechat rozházet.

Máš někdy „chutě“, popřípadě jak dlouho po léčbě to trvalo?

Ze začátku ano, teď už to nějak nevnímám, odeznělo to, byla jsem na srazu naší skupiny, tak tam jeden z nás vykládal o tom, co na tom pití bylo hezkýho, tak to já nedělám, naopak si vzpomenu jen na to špatný, mám to už tak postavený, je to do konce života, žádný pak, jednou si třeba dám, ne, jinak to prostě nejde, je to celoživotní a je mi to dobře, neměnila bych.

Helena II, 53 let, střední vzdělání, Dvůr Králové nad Labem, abstinence 2 roky

Jak jsi pila?

Pila jsem intenzivně asi 4 měsíce. Předtím jsem si to pivko dala, na žízeň, když jsme třeba jeli s Petrem (manželem) na kole. Na zábavě víno. Ale ty 4 měsíce už i obden třeba litr vína. Já pila třeba dva tři dny v kuse a pak nic a pak zase nanovo.

Jaký zásadní moment tě vedl k tomu zahájit ústavní léčbu v Nechanicích?

No, manžel už si se mnou nějak nevěděl rady, tak mě jednou naložil do auta a odvezl na AT, hned jsme sepsali s doktorkou motivační dopis, ještě před náma tam zavolala a zrovna se nějak uvolnilo místo, tak jsem nastoupila asi za 14 dní. Prostě jsem neměla jinou možnost, manžel a kluci chtěli léčbu.

Jedná se o tvoji první ústavní léčbu?

No, první a taky poslední. Ambulantně jsem to nezkoušela.

Jaká léčebná metoda ti nejvíce vyhovovala, co považujete za největší přínos?

Asi ty skupiny, byla jsem v RHB skupině u paní Němcové a teda dost dlouho jsme to všechno rozebíraly, že není možné, abych pila jen tak krátce, nechtěla jsem si vůbec přiznat, že jsem alkoholička, ale je to tak.

Co bylo pro tebe v léčbě nejtěžší?

Víš, že asi ty testy. Já jsem takovej nervák, to teda bylo. A taky dodržovat ten čas, hlavně zezачátku, pořád jsem kontrolovala program, kdy kde co je.

Je život po ukončení léčby uspokojivější, nezměněný, méně uspokojivý?

Jo určitě lepší, nemusím přemýšlet, kde sehnat flašku, mám víc času na rodinu, mám malýho vnoučka, tak si ho užívám a jsem ráda, že děti ví, že je na mě spolehnutí. Koukám na svět i nějak jinak, určitě líp, ty opilecký stavy, kdy jsem pomalu nevěděla, jaký je den...

Umíš si lépe poradit s vnějšími a vnitřními konflikty?

Určitě, mě hodně všechno rozhází, ale nějak jsem se naučila, že nemůžu všechno změnit a ovlivnit a nervovat se z toho, třeba teď mladý řeší rozvod, Vítkovi (vnuk) ještě není rok, jsem z toho na nervy, ale prostě to tak nějak jinak zvládám, stejně jim do toho nemůžu mluvit a že bych si třeba něco dala, to mě ani nenapadlo, stejně by se tím nic nevyřešilo. Ne, tohle už mám v hlavně srovnaný.

Jaké jsou tvoje vztahy s dětmi, rodiči po ukončení léčby?

S rodiči dobrý, když jsem byla v Nechanicích, tak z toho byli špatní, pořád říkali Petrovi, že jsem určitě do léčebny nepotřebovala, že nejsem žádná alkoholička, ale oni toho taky moc nevěděli. No a pak to nesli těžce, ale teď máme dobrý vztahy, možná i lepší. No a kluci dobrý, s oběma dobře vycházím a s manželem taky fajn.

Je postavení v práci uspokojivější, nezměněné, méně uspokojivé?

Určitě lepší, vlastně poslední impuls, proč jsem začala víc pít, byla nespokojenost s ní a pak to vyvrcholilo propuštěním, propouštělo se, už jsme to věděly, v té době už jsem pila víc, byla jsem opilá i v práci...radši nevzpomínat. No a po léčbě jsem si našla novou práci, teda vlastně ještě na jedné propustce jsem si to domluvila, takže už při odchodu jsem to věděla.

Jak hodnotíš prožívání volného času po ukončení léčby?

No času mám asi stejně, akorát se věnuju jiným věcem, vnoučkovi, to si fakt užívám, chodím si s kamarádkami popovídat, všechny to vědí, chodíme na kafičko, s manželem jezdíme na kole, na výlety, je to fajn.

Proč abstinuješ?

Protože prostě chci a jiná cesta není.

Pokračovala jsi v léčbě v doléčování, co tě k tomu vedlo pokračovat?

Jo pokračuju, chodím tak jednou za měsíc, 6 týdnů, ke své psychiatrice a pak jezdím do Trutnova na skupinu, taky tak jednou za měsíc, ze začátku jsem chodila pravidelně jednou za 14 dní, teď už jak to vyjde.

Zažila jsi recidivu? Pokud ano, kolik a jak jsi ji řešila?

Jo jednou a stačilo. Asi 6 měsíců po ukončení léčby, napila jsem se a vzala jsem si i prášky, manžel zavolal záchranku, tak jsem skončila na výplachu žaludku a na psychiatrii v Kosmonosech. Tam mě chtěli zase poslat do Nechanic, ale nakonec jsme se domluvili, že to ještě jednou zkusím sama a od té doby abstinuju bez problémů, no teď už to budou skoro dva roky od recidivy. Víím, co chci a co ne a pití to teda určitě není. Je mi teď dobře. Doma už máme i alkohol, manžel mi věří a mě ani nenapadne pomyslet na to, že bych si něco dala.

Máš nějaké osobní typy, které by mohly pomoci ostatním, jak reagovat na tzv. „spouštěče“?

Nic extra, dodržuju to, co mi řekli v Nechanicích a co opakujeme pořád dokola na doléčovacích skupinách, ale už ne všechno, třeba manžel je pivař, takže suchý dům nemáme, teď už je možná v lednici i víno, nevím, nezajímá mě to. Dodržovali jsme to hlavně po léčbě, teď už tolik ne.

Máš někdy „chutě“, popřípadě jak dlouho po léčbě to trvalo?

Po recidivě nemám chutě a ani s tím nijak nebojuju. Mám jasno.

Zdeněk, 56 let, vzdělání vysokoškolské, bydliště Žernov, abstinence víc jak 5 let

Jak jsi pil?

No náběh asi tak deset let, poslední kritický období asi 4 roky, ten poslední rok to už bylo fakt dost hrozný, to už jsem měl i nechuť vstávat do práce. Pil jsem pivo, tvrděj alkohol, v hospodě, na mejdanech, byl jsem takovej ten paříč a pak doma, ale ne tajný pití, normálně jsem si rozdělal flašku.

Jaký zásadní moment tě vedl k tomu zahájit ústavní léčbu v Nechanicích?

Klasika, věděl jsem, že jsem v průseru, ale neřešil jsem to a jednou před koncem roku mě ředitel zavolal k sobě a povídá, že si mám vybrat, buď výpověď dohodou, nebo za porušení

pracovních povinností, nebo se půjdu léčit. No nechtěl jsem jít do léčebny, měl jsem představu, že budu někam docházet jen ambulantně, šel jsem do AT ambulance, kde je doktor můj známý a hned ať si napíšu motivační dopis, že to chce léčbu ústavní, napsali jsme to, dal na to hned ještě známku, abychto viděl a bylo to. Sedl jsem si do auta a nějak to ze mě spadlo. Domluvili jsme se po dohodě s paní Němcovou na 7. února, že dochodím pololetí, když jsem šel, tak jsem byl čistej, bábě v krámě jsem řekl, že už nechlastám, koukala...

Jedná se o tvoji první ústavní léčbu?

Jo, první a doufám, že to tak zůstane.

Jaká léčebná metoda ti nejvíce vyhovovala a co považuješ za největší přínos?

No, nebudeš věřit, ale nejvíc se mi líbila imaginace s Janičkou, to mě tak najednou všechno docvaklo. Neměl jsem ještě odvalu podívat se do deníku od té doby, ale tenkrát jsem si tam všechno pečlivě poznamenal. No a skupiny taky. Ty byly někdy dost krutý.

Co bylo pro tebe v léčbě nejtěžší?

Odríznutí od okolního světa, chyběl mi kontakt s dětmi, kolegy, se sexem na hovno, no co ti budu povídat. No a jak to slušně říct, teda štváli mě někteří sanitáři, jak nám to dávali sežrat, kontrola úklidu, buzerace, ale nakonec jsem do toho režimu nějak vniknul, nejsem ten typ, co by se všude zapojoval, no součástí jsem byl, ale prostě jsem se všude nezapojoval.

Je život po ukončení léčby uspokojivější, nezměněný, méně uspokojivý?

Určitě lepší. Vlastně to byl tam takovej duševní relax. Po padesátce jsem zrekapituloval celej život. Teď je to klid, pohoda, já jsem i předtím stíhal vše, chlast mi nezabíral všechno místo, ale teď nemusím přemýšlet o blbostech, kde ho vezmu a tak, prostě čistá hlava, nadhled...

Umíš si lépe poradit s vnějšími a vnitřními konflikty?

Jo.

Jaké jsou tvoje vztahy s dětmi, rodiči po ukončení léčby?

*No, dobrý. Jsem rozvedený, ale občas jsou tu takový ty, jak já jim říkám „spící agentky”.
No a děti super, jsou se mnou v baráku, obě, 32 a 28 let, takže to snad mluví za vše.*

Je postavení v práci uspokojivější, nezměněné, méně uspokojivé?

Určitě lepší, získal jsem kladný body, výkon je taky lepší, ale teda hlavně ten kredit, to stojí za to.

Jak hodnotíte prožívání volného času po ukončení léčby?

No volného času mám možná ještě o trochu míň, ale dokážu ho tak nějak líp využít, s větším požitkem. Teď třeba půjdu ven na zahradu na sluníčko, pomazlím se s kočkama, prostě pohoda. Jinak mám dost práce, kromě zaměstnání jsem ještě ve funkci na obci, takže toho je dost. Ale já jsem aktivní.

Proč abstinuješ?

No, protože chci a už to považuju za setrvalý, automatický stav.

Pokračoval jsi v léčbě v doléčování, co tě k tomu vedlo pokračovat?

No byl jsem asi jednou, dvakrát v KLUSu, ale tak nějak mi to přišlo pořád to stejný, probíral se alkohol pořád dokola, tak jsem tam pak už nešel. S Vítkem (doktor z AT ambulance) občas popovídáme. Jinak jsem byl jednou na opakovačce v Nechanicích, asi tak po roce.

Zažil jsi recidivu?

Ne.

Máš nějaké osobní typy, které by mohly pomoci ostatním, jak reagovat na tzv. „spouštěče“?

Hlavně zezáčátku jsem dodržoval všechny ty rady, takže čistej dům, nechodit na mejdany a tak, no ale teď už i nalejvám kořalku na schůzi, no dají si ostatní, já nealko. A nevadí mi to. Klidně ať si chlastaj druhý.

Máš někdy „chutě“, popřípadě jak dlouho po léčbě to trvalo?

Kupodivu jsem bažení nikdy neměl. Ale normálně si dovedu představit 5 druhů piva, kořalky a nic to se mnou nedělá. A pak si představím čerstvě vyuzenej kus masa a slintám, tak asi tak. Jednou se mi stalo, že mi někdo omylem do Sprite nalil víno a normálně jsem byl tak zhnusenej, že jsem to vyplivnul. Třikrát se mi zdálo, že piju pivo, ale jen zdálo.

Hana, 58 let, základní vzdělání, bydliště Mladé Buky, 5 let abstinence

Můžeš mi trošku popsat tvoje pití?

Nepila jsem moc dlouho, asi 3, 4 měsíce, ale stálo to za to. Zvládla jsem i 12 desítek za den, tvrdej moc ne, do té doby jsem pila spíš příležitostně.

Jaký zásadní moment tě vedl k tomu zahájit ústavní léčbu v Nechanicích?

Chtěla jsem se uchlastat, zemřel mi přítel, tak jsem to prostě řešila chlastem, no blbost. V nějaký slabý chvíli jsem si řekla, že bych to měla ještě zkusit, mám tu děti, třeba jednou vnoučata, tak jsem se domluvila na Nechanicích. No děti do mě dost hučely, že nechtějí mámu ztratit.

Jedná se o tvoji první ústavní léčbu?

No moje první.

Jaká léčebná metoda ti nejvíce vyhovovala, co považuješ za největší přínos?

No nevím, co by bylo jako přínosný. Já nerada mluvím o sobě, rozebírám všechny ty věci... ale asi to bylo potřeba, začínala jsem u Karlíků, ale pak jsem přešla do RHB, to bylo pro mě takový klidnější. Jo a sportovky se mi líbily...

Co bylo pro tebe v léčbě nejtěžší?

No pro mě všechno. Hlavně dodržování času.

Je život po ukončení léčby uspokojivější, nezměněný, méně uspokojivý?

Určitě to je lepší, až na ten zdravotní stav. Jestli to souvisí s alkoholem nevím, všechno se to sype po Mirkově smrti...

Umíš si lépe poradit s vnějšími a vnitřními konflikty?

No to nevím, fakt. Snad jo, rozhodně vím, že nic nestojí za to, abych chlastala.

Jaké jsou tvoje vztahy s dětmi, rodiči po ukončení léčby?

Je to lepší, dlouho trvalo, než mi začali věřit, Veronika (dcera) se každé večír ptala „mami nepila jsi něco“, hlavně ze začátku.

Je postavení v práci uspokojivější, nezměněné, méně uspokojivé?

No spíš lepší, já měla už před léčbou ZTP, takže jen částečnej úvazek, no pak jsem nepracovala, protože nebylo místo a teď už asi dva roky zase pracuju. Tady kousek... každá koruna se hodí...

Jak hodnotíš prožívání volného času po ukončení léčby?

Volný čas mám pořád stejný, neřekla bych ani víc ani míň. Snažím se vídat s vnučkou, to je takový moje sluníčko, když jedu do Prahy, tak se vidím i se synem.

Proč abstinuješ?

Protože alkohol prostě nechci.

Pokračovala jsi v léčbě v doléčování, co tě k tomu vedlo pokračovat?

Ano, první rok jsem chodila každý týden, druhý rok jednou za 14 dní, teď chodím tak jednou za tři týdny na skupinu.

Zažila jsi recidivu? Pokud ano, kolik a jak jsi ji řešil?

Ne.

Máš nějaké osobní typy, které by mohly pomoci ostatním, jak reagovat na tzv. „spouštěče“?

No, dodržovat rady, co nám dávaly v Nechanicích, já sama se toho držím. Vždyť to furt slyším i na skupině, pořád dokola, co by se mělo, nemělo...

Máš někdy „chutě“, popřípadě jak dlouho po léčbě to trvalo?

Chutě jsem nikdy nezažila, ani po léčbě. Fakt ne.

Lenka, 48 let, vzdělání střední odborné s maturitou, bydliště Svitavy, 7 let abstinence

Můžeš mi trochu popsat, jak jsi pila před léčbou?

Asi 7-8 let zpětně, začínalo to postupně, můj muž dřív popíjel, ale nebyl závislý, já jsem si dala s ním nebo u televize, dvě deci k žehlení, prostě pohodička. Pak mužskej dostal epileptický záchvat a byl v nemocnici, rozhodl se, že s tím sekne a sám od sebe přestal pít úplně. Pak mu začalo vadit, že popíjím já, tak jsem si to začla schovávat a to byl začátek konce, začla jsem pít čím dál víc, prostě rozjetej vlak, přišla jsem o práci a půl roku jsem byla na úřadu práce, tak to vyvrcholilo. Taky rodinný problémy, ale to už je všechno se vším, ty samozřejmě byly kvůli pití. A víš, že jsem vlastně pila i proto, že mi to chutnalo, já jsem si dala bílé víno, nebo mix s čajem, střiky, známý dovážel domácí šampaňský, to mi fakt chutnalo, jenže nakonec to byly 2 až 3 l vína denně a pak už i plastáky...bylo jedno, že to je hnusný...hlavně aby něco bylo.

Jaký zásadní moment tě vedl k tomu zahájit ústavní léčbu v Nechanicích?

Dvakrát jsem prožila delirium, měla jsem velký psychický problémy, nebyla jsem schopná se soustředit v práci a hlavně rodina, která mě na léčení dala. Nevládala jsem chodit do práce, už to fakt se mnou bylo hrozný. No ale hlavní byl manžel Milan a děti, to kvůli nim. Manžel mě nechal na detoxu v Žamberku a že mě doma nechce, ať jdu rovnou do Nechanic. Vzal mi i klíče od baráku a ať se vrátím, až budu v pořádku.

Jedná se o tvoji první ústavní léčbu?

Po náročný gynekologický operaci jsem v nemocnici dostala první delirium, na doporučení lékaře jsem nastoupila do Psychiatrické léčebny Žamberk na uzavřené psychiatrické

oddělení, tady mě pouze cpaly lékama, po návratu jsem po jednom týdnu opět pila, sice v menší míře, ale asi během 14 dní to bylo stejný jako před nástupem. Asi po 2 měsících jsem se v opilosti vybourala na kole. S otřesem mozku jsem byla převezena do nemocnice, kde jsem prodělala druhý delirium. Po propuštění jsem hned nastoupila do Psychiatrické léčebny Šternberk, kde jsem byla opět umístěna na uzavřený psychiatrický oddělení. Zase léky, pracovní terapie a vycházky do parku, to bylo celý. Po 5 týdnech jsem podepsala reverz, ale hned po příjezdu domů jsem se opila a pak pila celkem intenzivně dál. Nastoupila jsem zpátky do zaměstnání, ale nezvládla jsem to, měla jsem abstáky, třásly se mi ruce, a tak manžel s mamkou mi zajistili nástup do Nechanic. Tam jsem byla 4 měsíce a úspěšně ukončila léčbu.

Jaká léčebná metoda ti nejvíce vyhovovala, co považujete za největší přínos?

Skupinová terapie... diskuse s ostatními, ale hlavně graf, koláže ...

Co bylo pro tebe v léčbě nejtěžší?

Odloučení od rodiny, no to bylo těžký. Zezačátku mi taky dělalo problém otevřít se před ostatními a vykládat svoje problémy a prožitky.

Je život po ukončení léčby uspokojivější, nezměněný, méně uspokojivý?

Život je pro mě barevný, jakoby jsem před léčbou žila jen černobíle. Prožívám každou maličkost, mám zájem o sebe a o svůj vzhled, lidé mě mají zase rádi.

Umíš si lépe poradit s vnějšími a vnitřními konflikty?

Neřeším to alkoholem, víc se k problému stavím čelem.

Jaké jsou tvoje vztahy s dětmi, rodiči po ukončení léčby?

S dětmi se můj vztah změnil o 100% asi 2-3 měsíce po léčbě, kdy viděly, že abstinenci beru hodně vážně a že to nejsou sliby jako před léčbou, že už nebudu pít. Když jsem byla na léčbě, bylo to těžký, dcera před maturitou, styděli se za mě, trvalo to, než jsme si zase začaly rozumět. S rodiči jsem měla nejdřív trochu problém, moc mi nevěřili, že to zvládnou. Ale postupem času se to srovnalo. Ale stávalo se, že když jsem neměla náladu nebo jsem

naopak byla hodně veselá, tak se mě ptali, jestli jsem "nepila". A s manželem máme letos 30 let výročí.

Je postavení v práci uspokojivější, nezměněné, méně uspokojivé?

Postavení v práci se změnilo k lepšímu, vrátila jsem se zpátky na své místo, ale postupně jsem se vypracovala na vedoucí funkci ve firmě a teď pracuju jako vedoucí skladu, mám na starost 25 lidí. Zaměstnavatel je rád, že jsem to všechno zvládla a je na mě pyšný, dává mě často vzorem ostatním.

Jak hodnotíš prožívání volného času po ukončení léčby?

Volný čas jsem vyplnila sportem (jízda na kole, spinning, plavání), chodím do knihovny a hodně čtu, pořídila jsem si před 5 lety jezevčíka a chodím s ním na procházky do přírody. Často navštěvuji kulturní akce, vlastně jsem pořád někde... víš, prostě žiju.

Proč abstinuješ?

Byla jsem na léčbě v roce 2009 (4. 3. 2009 - 7. 7. 2009), od té doby mám absolutní abstinenci, žádná recidiva ani bažení. A proč? Žiju, užívám si života, nechci to měnit.

Pokračovala jsi v léčbě v doléčování, co tě k tomu vedlo pokračovat?

Pravidelně chodím na kontroly do psychiatrické ambulancy, na žádný jiný doléčování nebo skupiny nedocházím. Jednou za rok jezdím na týdenní opakovačky do Nechanic. Teď jsme zrovna domluvený s Ivčou (kamarádka z léčby) na opakovačku v květnu.

Zažila jsi recidivu? Pokud ano, kolik a jak jste ji řešil?

Recidivu jsem nezažila a ani si ji nepřipouštím. Prostě si nedávám druhou šanci a s tím žiju od návratu z léčby.

Máš nějaké osobní typy, které by mohly pomoci ostatním, jak reagovat na tzv. „spouštěče“?

Při kritických situacích mít někoho s kým si o všem můžu promluvit, nedusit problémy v sobě. Připomenu si stavy před léčbou, a co by následovalo teď. Vzpomenu si na ty kruté chvíle v léčbě, někdy to bylo dost drsný, vždycky si vybavím příchod na detox, mladý

sanitář ve věku mého syna, jak mě prošacovával, to už si člověk fakt musí přiznat průser, je to potupa, nějak mě to zlomilo. Ze začátku po léčbě určitě "suchý dům" a vyhýbat se akcím, co se hodně pije, ale já už teď chodím všude, jen si dám nealko.

Máš někdy „chutě“, popřípadě jak dlouho po léčbě to trvalo?

Nemám chuť na alkohol a ani nechci nic zkoušet, zda by to šlo jen tak se trochu občas napít. Neměla jsem problém s bažením.

Václav, 47 let, vzdělání střední odborné, bydliště Velké Poříčí, abstinence 9 let

Jak jsi pil?

Pil jsem nejdřív občas, větší koketování bylo v roce 2001, přišel jsem do nové party, v nové tiskárně, pak jsem začal pít i doma, s manželkou jsme přišli v 5 měsíci o miminko, tak jsem zase měl důvod k pití, bylo to čím dál horší, ale na akcích ve společnosti jsem se držel, asi ty tři roky jsem pil intenzivně, 4-5 týdenní cyklus, pak byl nějaký průšvih, tak jsem se zase držel a pak zase nanovo...

Jaký zásadní moment tě vedl k tomu zahájit ústavní léčbu v Nechanicích?

Bylo to někdy po novém roce, v práci nastala nová situace, koupil se nový stroj, hned mi řekli, že já na něj teda nepůjdu, pro tu moji nespolehlivost, no tak jsem si hned v práci koupil flašku, průser, doma jsem si to všechno uvědomil, že už to nejde dál, tak jsem si podřezal žíly... Našla mě manželka s Honzou (syn), tak jsem jel na psychiatrii do Hradce, tam jsem byl asi 4 dny, uvolnilo se místo v Nechanicích, tak jsem šel hned tam

Jedná se o tvoji první ústavní léčbu?

První ústavní léčbu a taky poslední. Ambulantně jsem to zkoušel, asi půl roku předtím, kdy jsem ústavní léčbu odmítl, byla nabídka do Želivu, slyšel jsem, jak je to drsný, tak jsem chtěl chodit ambulantně, chodil jsem asi jednou týdně, ale stejně jsem pil, tentokrát tajně, nevěděla to ani manželka ani na AT, vždycky když jsem tam šel, tak jsem byl čistej.

Jaká léčebná metoda ti nejvíce vyhovovala, co považuješ za největší přínos?

Psychoterapie, jak skupiny, tak i psaní deníku, velká tribuna (přestupy z jednoho stupně do druhého), kdy jsme rekapitulovali, na co jsme si v léčbě přišli.

Co bylo pro tebe v léčbě nejtěžší?

Zpočátku řád, denní program a všude přesně na minutu, ale pak už jsem si zvyknul. No, co jinýho jsem měl taky dělat...

Je život po ukončení léčby uspokojivější, nezměněný, méně uspokojivý?

Život je uspokojivější, člověk je svobodnější, už mě netáhne ten alkohol, ta příšerná chuť na něj a myslet jen na to.

Umíš si lépe poradit s vnějšími a vnitřními konflikty?

Ano, všechno jsem si uvědomil, ke konci léčby mi došlo i to samotné slovo alkoholik, co to všechno obnáší. Nyní už to řeším všechno jinak.

Jaké jsou tvoje vztahy s dětmi, rodiči po ukončení léčby?

S manželkou jsme pořád spolu, po léčbě se nám narodil syn, teď mu je 7 let, akorát nejsem tak submisivní, což se manželce moc nelíbilo, hlavně když jsem se vrátil z Nechanic domů, čekala, že bude všechno stejný, jen nebudu pít, ale já jsem prý začal být sobecký a arogantní, no to není pravda, jen se už taky umím ozvat, když je to potřeba.

Je postavení v práci uspokojivější, nezměněné, méně uspokojivé?

V práci i okolí mám teď respekt, dělám ve stejném oboru, jen v jiný firmě a na lepší pozici.

Jak hodnotíš prožívání volného času po ukončení léčby?

Dojždím docela daleko do práce, tak toho volného času moc není, a když je, tak se věnuju rodině, koníčkům. Absolvoval jsem psychoterapeutický výcvik pro střední zdravotnický personál, sestra v AT mi ho doporučila, že prý ve mně vidí potenciál. To mě bavilo, jen to taky bylo dost časově náročný, ale dodělal jsem ho.

Proč abstinuješ?

Protože se mi to líbí, život je jinej.

Pokračoval jsi po léčbě v doléčování, co tě k tomu vedlo pokračovat?

Jo, já jsem chodil na AT do Náchoda, po léčbě asi jednou měsíčně a čtyřikrát nebo pětkrát jsem byl na opakovačce v Nechanicích, další opakovací pobyt mám letos koncem dubna.

Zažil jsi recidivu?

Ne.

Máš nějaké osobní typy, které by mohly pomoci ostatním, jak reagovat na tzv. „spouštěče“?

Nějaký extra typ asi ne, já sem se celkem držel toho, co jsem říkal při přestupu do třetího stupně, kde jsme spouštěče rozebíraly, určitě víc doma komunikovat, nedusit to v sobě, suchá domácnost, nechodit zbytečně tam, kde se hodně pije, aspoň ne hned.

Máš někdy „chutě“, popřípadě jak dlouho po léčbě to trvalo?

Někdy byly, vpozoroval jsem, že to bylo hodně spojený s pocitem žízně, pomohlo mi hodně se napít vody, ale jinak jsem si to tak nějak v hlavě srovnal a nemám s tím problémy, chodíme po tréninku s klukama na pivo, teda já si dám džus, jsou to kámoši, dát si něco jinýho by mě ani nenapadlo, by mi dali, doma pítí je, manželka si taky občas dá. Teď je to zase horší, беру kortikoidy, tak nevím, jestli to nějak nesouvisí. Chystám se do Nechanic, všechno tam proberu, tak se těším.

Libor, 58 let, vzdělání střední s maturitou, bydliště Hoříněves, abstinence 8 let

Jak jsi pil?

No jak to je, nejdřív občas, víc to začlo kolem převratu, nastoupil jsem do nové firmy, jsem stavbyvedoucí, byl jsem hodně mimo domov a tak se popíjelo, pár piv po práci, pak to ale přibíjelo, pivo mi chutnalo, hlavně hořký z malých pivovarů, Nová Paka, Trutnov a tak, Gabrinus třeba vůbec ne, ke konci jsem pil všechno, co šlo, 15 – 20 piv, 4 l vína, tvrdej...

Jaký zásadní moment tě vedl k tomu zahájit ústavní léčbu v Nechanicích?

Měl jsem toho už dost, chtěl jsem se zabít, odjel jsem mimo bydliště, že si pustím plyn do auta... manželka mě udala, honila mě Policie, termovize... ujížděl jsem, ale dostali mě, odvezli mě na záchytku, 2,3 promile, neusnul jsem, pořád mi to hlavou šrotovalo, tak teď jsem v průseru... jsem si sám řekl, že se musím jít léčit, oni by mě jinak pustili, tam to nikdo neřeší, už jsem nechtěl ani domu, byl jsem na psychiatrii v Hradci asi 3 až 4 dny a nastoupil jsem na léčení, byl jsem jeden z posledních lidí, co brali do konce roku.

Jedná se o tvoji první ústavní léčbu?

No jo. Stačilo to.

Jaká léčebná metoda ti nejvíce vyhovovala, co považuješ za největší přínos?

Přínos? Asi nic. Na mě to už teda není.

Vůbec nic ti nepomohlo?

Ale jo, věděl jsem, že bych už to nechtěl zažít, vrátit se tam, že chlastat už nebudu, měl jsem nervy v háji, chtěl jsem do PRka (skupina psychosociální rehabilitace), abych se vyhnul těm skupinám, ale hned to nešlo, musel jsem k Cyrilovi, nedali mi pokoj, nakonec jsem tam stejně skončil.

Co bylo pro tebe v léčbě nejtěžší?

No celá léčba.

Nic konkrétního?

...přemýšlím...no asi program, režim, ty komunity ráno, nebyl jsem moc oblíbenej, tam nemáš nikdy pravdu, i kdybys ji měl, já jsem svůj, moc si do toho nenechám kecat. Taky jsem tam měl problémy, jednou jsem napsal do deníku o jedné z naší skupiny, že je kráva, myslel jsem, že je to soukromá věc, jenže ne, řešilo se to hned ráno na komunitě...

Je život po ukončení léčby uspokojivější, nezměněný, méně uspokojivý?

Méně uspokojivý, no po léčbě jsem se rozvedl, děti nejsou, po pracovní a finanční stránce taky nic moc, kdyby nebylo psů, tak přemýšlím, proč tu vůbec jsem. Nemám chuť do života. Už jsem si i spočítal, kolik mám do důchodu dní, 2027, vím i hodiny a minuty. A takhle si žiju. Přibral jsem, jak nepiju, tak jsem na sladký, mám asi 150 kg, vysoký tlak, další problémy...psychicky taky někdy nic moc...

Umíš si lépe poradit s vnějšími a vnitřními konflikty?

V mém věku a se zkušenostma jsem nad věcí, nehoním se za penězi, prací, ale že by to bylo léčbou, to určitě ne.

Jaké jsou tvoje vztahy s dětmi, rodiči po ukončení léčby?

No s manželkou jsem se rozvedl, to jsem ti říkal, s maminkou se vztah určitě zlepšil. Ale ten rozvod už jsme měli v plánu před léčbou, nešlo to. Ale bylo to v klidu, takže se dá říct, že lepší.

Je postavení v práci uspokojivější, nezměněné, méně uspokojivé?

Méně uspokojivý. Po návratu z léčby jsem nemohl najít práci kvůli věku, když jsem chlastal, tak jsem musel odejít, po dohodě teda, našel jsem si jiný místo, ale nic moc, nakonec jsem se znovu před rokem vrátil na to samý místo, ale horší pozice a míň peněz.

Jak hodnotíš prožívání volného času po ukončení léčby?

Co je to volnej čas, počkej...to neznám...né fakt, mám ty psy, jsem k dispozici nonstop, psí záchranář, takže fakt volno nemám.

Nikdy jsem neslyšela, že existuje psí záchranář

Jo, je to takový dobrovolnictví, spolupracuju s útulkami, občanská sdružení, cestuju po celý republice, zrovna včera jsem jel až ke Zlínu.

Proč abstinuješ?

Protože bych nechtěl někomu udělat radost, že znova piju.

Myslíš někoho z Nechanic?

No jasně, speciálně Aničku (psychoterapeutka). Já jsem svéráz, nenechám se sebou vorat, mám svůj názor, ani deník jsem nedostal, my ho nedali a to jsem vypisoval žádanku...

Pokračoval jsi v léčbě v doléčování, co tě k tomu vedlo pokračovat?

Chodil jsem k Cyrilovi do Hradce jednou za měsíc na skupinu, pravidelně každá druhá středa v měsíci, naposledy jsem byla asi před měsícem, po roce, teď na to fakt nemám čas, jsem stavař, stavby mimo Hradec...

Zažil jsi recidivu?

Ne, vloni jsem celý den pil nealko, byl jsem přepitý, tak jsem si dal dvě pita, to bylo snad jednou, na vánoce jsem měl šampaňský bez alkoholu, pivo ani žádný alkohol jsem nikdy od léčby neměl.

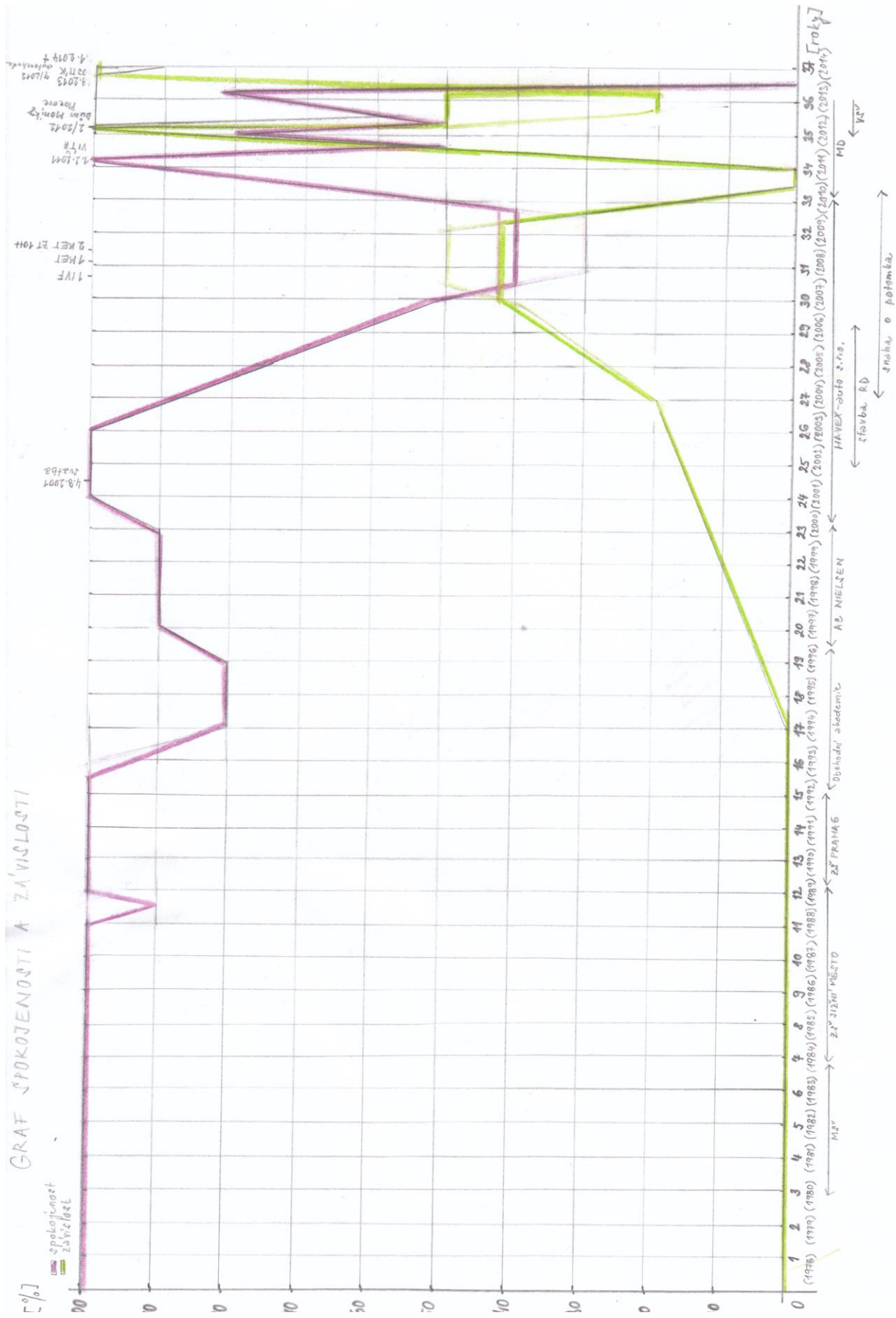
Máš nějaké osobní typy, které by mohly pomoci ostatním, jak reagovat na tzv. „spouštěče“?

Já jsem nic nedodržel, nic mi to neříká, já tím, že převážím psy, tak i víno vezmu, flašku, ale dám ji někomu jinému, třeba včera jsem dostal dvě plzně, tak jsem je dal mamce, klidně můžu jít i do pivovaru, teda teoreticky, tam bych nešel.

Máš někdy „chutě“, popřípadě jak dlouho po léčbě to trvalo?

Ne, pro mě byl zlomovej bod ta záchytká, s chutěma jsem nebojoval, přece nebudu chlastat, vrátit se do Nechanic, to teda ne, jsem byl na nervy, blázinec tam, alkoholici jsou jiný, ale ty toxíci...

Příloha C: Graf závislosti – časová osa



Příloha E: Rozpis léčebného programu

Pondělí

6:00	Budíček
6:15 – 6:25	Rozcvička
6:30 – 7:00	Osobní hygiena a úklid
6:50 – 7:00	Kontrola WC a koupelen
7:00 – 7:15	Snídaně
7:35 – 7:40	Kontrola úklidu
7:40 - 7:45	Léky
8:00	Ranní komunita s vizitou
9:30 – 11:00	Psychoterapeutické skupiny 1,2,3
9:30 – 11:00	Pracovní terapie RHB a edukační skupina
11:15 – 11:30	Oběd
12:00 – 12:05	Léky, výdej kosmetiky a předání pošty
12:15 – 13:00	Přednáška
13:00	Spoluspráva
13:00 – 16:45	Pracovní terapie RHB a skupiny (dle terapeutických týdnů)
15:00 – 16:30	Sportovní terapie (dle terapeutických týdnů)
17:15 - 17:30	Večeře
17:45 – 17:50	Léky
18:00	Vizita
18:15 – 18:45	Samostatné skupiny
20:05	Spoluspráva – hlášení důvěrníků
21:00 - 21:25	Večerní úklid
21:25 - 21:40	Kontrola úklidu
21:40 - 21:45	Noční léky
22:00	Večerka

Úterý

6:00	Budíček
6:15 – 6:25	Rozcvička
6:30 – 7:00	Osobní hygiena a převlékání lůžek
7:00 – 7:15	Snídaně
7:40 -7:45	Léky
8:00	Ranní komunita s vizitou
9:15 – 11:00	Pracovní terapie
10:00 – 11:00	Edukační skupina
11:15 – 11:30	Oběd
12:00 – 12:05	Léky, výdej kosmetiky a předání pošty
12:15 – 14:30	Pracovní terapie
12:15 – 13:15	Malé skupiny
13:15 – 14:15	Malé skupiny
15:00 – 16:30	Generální úklid + kontrola
17:15 - 17:30	Večeře
17:45 – 17:50	Léky
18:00	Vizita
18:15 – 18:45	Doučování
19:00 – 19:30	Samořídící skupiny - nepovinné
20:05	Spoluspráva – hlášení důvěrníků
21:00 – 21:25	Večerní úklid
21:25 - 21:40	Kontrola úklidu
21:40 - 21:45	Noční léky
22:00	Večerka

Středa

6:00	Budíček
6:15 – 6:25	Rozcvička
6:30 – 7:00	Osobní hygiena a úklid
6:50 – 7:00	Kontrola WC a koupelen
7:00 – 7:15	Snídaně
7:35 – 7:40	Kontrola úklidu
7:40 - 7:45	Léky
8:00	Ranní komunita s vizitou
9:15 – 11:00	Pracovní terapie skupiny 1,2,3 a edukační skupina
9:30 – 11:00	Psychoterapie RHB skupina
10:00 – 11:00	Edukační skupina
11:15 – 11:30	Oběd
12:00 – 12:05	Léky, výdej kosmetiky a předání pošty
12:15 – 13:15	Psychoterapie RHB skupina
12:15 – 13:15	Kulturní terapie a kvíz
13:30 – 16:00	Terénní terapie (pracovní terapie – pacienti, kteří se neúčastní TT)
16:15 – 17:00	Arteterapie (1. středa v měsíci výklad léčebného řádu)
17:15 - 17:30	Večeře
17:45 - 17:50	Léky
18:00	Vizita
18:15 - 18:45	Samořídící skupiny
20:05	Spoluspráva – hlášení důvěrníků
21:00 - 21:25	Večerní úklid
21:25 - 21:40	Kontrola úklidu
21:40 - 21:45	Noční léky
22:00	Večerka

Čtvrtek

6:00	Budíček
6:15 – 6:25	Rozcvička
6:30 – 7:00	Osobní hygiena a úklid
6:50 – 7:00	Kontrola WC a koupelen
7:00 – 7:15	Snídaně
7:35 – 7:40	Kontrola úklidu
7:40 - 7:45	Léky
8:00	Ranní komunita s vizitou
9:15 – 11:00	Pracovní terapie RHB a edukační skupina
9:30 – 11:00	Psychoterapeutické skupiny 1,2,3
10:00 - 11:00	Edukační skupina
11:15 – 11:30	Oběd
12:00 – 12:05	Léky, výdej kosmetiky a předání pošty
12:15 – 14:30	Volná tribuna
15:00 – 16:30	Vycházka
17:15 - 17:30	Večeře
17:45 - 17:50	Léky
18:00	Vizita
18:15 - 18:45	Samofidící skupiny nepovinné
20:05	Spoluspráva – hlášení důvěrníků
21:00 - 21:25	Večerní úklid
21:25 - 21:40	Kontrola úklidu
21:40 - 21:45	Noční léky
22:00	Večerka

Pátek

6:00	Budíček
6:15 – 6:25	Rozcvička
6:30 – 7:00	Osobní hygiena a úklid
6:50 – 7:00	Kontrola WC a koupelen
7:00 – 7:15	Snídaně
7:35 – 7:40	Kontrola úklidu
7:40 - 7:45	Léky
8:00	Ranní komunita s vizitou
8:45 – 11:00	Velké vizita + psychoterapeutické hry
10:30 – 11:00	Spoluspráva
11:15 – 11:30	Oběd
12:00 – 12:05	Léky, výdej kosmetiky a předání pošty
12:15 – 12:45	Rozlučkové skupiny
13:00 – 14:30	Hodnocení týdne
15:00 – 16:30	Sportovní terapie
17:15 - 17:30	Večeře
17:45 – 17:50	Léky
18:00	Vizita
20:05	Spoluspráva – hlášení důvěrníků
21:00 – 21:25	Večerní úklid
21:25 -21:40	Kontrola úklidu
21:40-21:45	Noční léky
22:00	Večerka

Sobota

7:00	Budíček
7:00 – 7:15	Osobní hygiena
7:15 – 7:30	Snídaně
7:40 -7:45	Léky
7:50 – 8:15	Úklid
8:15 – 8:20	Kontrola úklidu
8:30 – 8:45	Ranní komunita s vizitou
9:00 -11:00	Terénní terapie muži
9:00 – 9:45	Beseda ženy
10:00 – 11:00	Arteterapie - ženy
11:15 – 11:30	Oběd
12:15 – 12:20	Léky, výdej kosmetiky
12:20 – 18:00	Osobní volno a odpracování trestných bodů
12:30 – 17:00	Návštěvy
13:00 – 16:00	Vycházky mimo areál
17:15 - 17:30	Večeře
17:45 - 17:50	Léky
18:00	Komunita a vizita
20:05	Spoluspráva – hlášení důvěrníků
21:00 - 21:25	Večerní úklid
21:25 - 21:40	Kontrola úklidu
21:40 - 21:45	Noční léky
22:00	Večerka

Neděle

7:00	Budíček
7:00 - 7:15	Osobní hygiena
7:15 - 7:30	Snídaně
7:40 - 7:45	Léky
7:50 - 8:15	Úklid
8:15 - 8:20	Kontrola úklidu
8:30 - 8:45	Ranní komunita s vizitou
9:00 - 11:00	Terénní terapie ženy
9:00 - 9:45	Beseda muži
10:00 - 11:00	Arteterapie - muži
11:15 - 11:30	Oběd
12:15 - 12:20	Léky, výdej kosmetiky
12:20 - 18:00	Osobní volno a odpracování trestných bodů
12:30 - 17:00	Návštěvy
13:00 - 16:00	Vycházky mimo areál
17:15 - 17:30	Večeře
17:45 - 17:50	Léky
18:00	Komunita a vizita
20:05	Spoluspráva - hlášení důvěrníků
21:00 - 21:25	Večerní úklid
21:25 - 21:40	Kontrola úklidu
21:40 - 21:45	Noční léky
22:00	Večerka