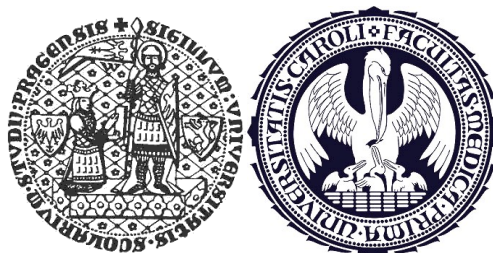


Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bakalářská práce

Téma: Problémy udržování abstinence u závislosti na alkoholu

„Problems of maintaining abstinence in alcohol dependence“

Autor: Zdeňka Matoušková

Vedoucí závěrečné práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Oponent: Prim. MUDr. Jiří Dvořáček

Praha

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze

jméno: Matoušková Zdeňka

podpis:.....

Identifikační záznam:

MATOUŠKOVÁ, Zdeňka. Problémy udržování abstinence u závislosti na alkoholu (Problems of maintaining abstinence in alcohol dependence). Praha. 2012. 65 S., 6 příl. Bakalářská práce (Bc.) Universita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN 2012. Vedoucí práce, Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce, Doc. MUDr. et PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc., za odborné vedení, vstřícnost, podnětné připomínky a podporu při zpracování bakalářské práce.

Dále můj dík patří všem spolupracovníkům léčebny za emoční podporu a v neposlední řadě rodině a blízkým, za podporu a pomoc při studiu.

Obsah

ÚVOD	
TEORETICKÁ ČÁST	
1ALKOHOLISMUS	
1.1STÁDIAALKOHOLISMU.....	
1.2DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA ZÁVISLOSTI	
1.3CRAVING – BAŽENÍ	
1.4SOMATICKÉ KOMPLIKACE	
1.5PSYCHICKÉ KOMPLIKACE	
2RELAPS VERSUS RECIDIVA	
2.1RECIDIVA NEBO RELAPS?	
2.2SUCHÁ RECIDIVA	
2.3PREVENCE RELAPSU	
3ABSTINENCE	
3.1TŘI STUPNĚ ABSTINENCE	
3.2VÝVOJOVÉ POSTOJE K ABSTINENCI	
3.3VÝHODY ABSTINENCE	
3.4ÚSTŘEDNÍ ROLE ABSTINENCE	
4INSTITUCIONÁLNÍ PODPORA.....	
4.1AMBULANTNÍ LÉČBA	
4.2DENNÍ STACIONÁŘ.....	
4.3STŘEDNĚDOBÁ ÚSTAVNÍ LÉČBA	
4.4SPIRITUALITA V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ	
4.5OSTATNÍ ZAŘÍZENÍ A SLUŽBY – ANONYMNÍ ALKOHOLICI	
PRAKTICKÁ ČÁST.....	
5METODOLOGIE, CÍL, NOMINACE VÝZKUMNÉHO VZORKU, SBĚR DAT A ANALÝZA.....	
6KAZUISTIKA.....	
6.1RODINNÁ ANAMNÉZA	
6.2OSOBNÍ ANAMNÉZA	
6.3SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA	
6.4ALKOHOLOVÁ KARIÉRA	
6.5VLASTNÍ TERAPEUTICKÝ PROCES	
6.5.1 <i>Léčebné intervence</i>	
6.6PRŮBĚH LÉČBY	
6.7DŮVODY SELHÁNÍ.....	
ZÁVĚR A DISKUSE	
POUŽITÁ LITERATURA:	
SEZNAM ZKRATEK.....	
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	
PŘÍLOHY	

Abstrakt v českém jazyce

Alkoholismus je jednou z nejrozšířenějších forem závislosti v České republice i v dalších státech. Léčba této závislosti je zdlouhavá a závisí nejen na práci pracovníků léčebných zařízení, ale především na přístupu klientů. Cílem předložené bakalářské práce je na základě analýzy relevantních materiálů a rozhovorů s konkrétním klientem nejprve popsat průběh léčby závislosti a následně pak stanovit faktory, které vedli k rozvoji alkoholismu a k relapsům. Použity byly metody analýzy a syntézy. Sběr dat proběhl jednak analýzou relevantních dokumentů (klinická kazuistika v rámci případové studie) a jednak semistrukturovaným rozhovorem s klientem. Analýza byla provedena u jednoho konkrétního klienta Psychiatrické léčebny Červený Dvůr a praktická část práce má formu případové studie. Bylo zjištěno, že na vývoj alkoholismu a jeho léčby u klienta má vliv především vztah s rodiči a rodinnými příslušníky, přesto však další faktory (stres, práce, atd.) také závislost i její léčbu ovlivňují. Proto by měly být identifikovány v průběhu léčby závislosti všechny faktory, které mohou na léčbu negativním, resp. pozitivním způsobem působit, aby bylo dosaženo co nejlepšího výsledku.

Klíčová slova:

alkohol, léčba závislosti, recidiva, abstinence, bažení

Abstrakt v anglickém jazyce

Alcoholism is one of the most common forms of addiction in the Czech Republic and other countries. Treatment of this dependence is long and depends not only on the work of staff of treatment facilities, but also on the access of clients. The purpose of this thesis, based on an interview with one concrete client and, after analysis of his relevant answers, is to describe the factors that led to the development of the alcohol dependence, its treatment and relapses. There were used the methods of analysis and synthesis in a clinical case study and in the interview with a client. The analysis was performed by answers of one particular

client of the Psychiatric Hospital Červený Dvůr and it is completed by the clinical case study. In the conclusion, we can realize that the development of alcoholism and its treatment affects the client's particular relationship with parents and the other family members, but depends also on several risk factors (stress, work, etc.). During the treatment of addiction it should be identified all negative and positive factors that can influence the achievement of the best result.

Key words:

alcohol, addiction treatment, relapse, abstinence, craving

Úvod

Název mé bakalářské práce zní problémy udržování abstinence u závislosti na alkoholu. Problémy s udržením abstinence jsou sice u všech závislostí stejné, ale u alkoholu, jako legální a tudíž snadno dostupné drogy lze odolávat jen velmi těžko. Nadužívání až zneužívání alkoholu můžeme pozorovat v celém spektru společenských vrstev od alkoholiků-bezdomovců počínaje, přes nenápadnou paní v sousedství až po vrcholný management v politice. Samostatnou kapitolu by tvořila mládež a z dlouhodobých průzkumů i děti, které pijí stále častěji. Alkohol lze jen těžko uniknout, protože nás láká reklamou v televizi, sponzoringem sportovních akcí a ruku na srdce, kdo z nás nikdy nenabídl návštěvě sklenku nebo mu tato nebyla nabídnuta.

Touto problematikou se zabývám zatím jedenáct let aktivně, tak dlouho pracuji v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, jako zdravotní sestra na detoxikačním oddělení.

V teoretické části předložené bakalářské práce bude nejprve vysvětlen pojem alkoholismus a vybrané pojmy související s touto problematikou. Dále budou uvedena vybraná rizika a komplikace (somatického i psychického charakteru), které může závislost na alkoholu přinést. Následovat bude nastínění problematiky relapsu i abstinence a v závěrečné části práce bude uveden druh institucionální podpory při léčbě závislosti na alkoholu.

Praktická část bude zaměřena na jeden konkrétní případ klienta Psychiatrické léčebny Červený dvůr, který prošel léčbou alkoholismu nejen v naší léčebně, ale také v dalších zařízeních, které se na léčbu alkoholismu či jiných drogových závislostí specializují.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Alkoholismus

Je slovo alkoholismus ještě v dnešní době vhodné používat pro nemoc zvanou syndrom závislosti na alkoholu? Termín alkoholismus je připisován švédskému lékaři Magnusu Hussovi, který jej použil poprvé v roce 1849 a teprve o sto let později byl díky WHO uznán jako medicínský problém (Popov, 2003, str. 151), v další kapitole této práce se syndromu závislosti budeme věnovat blíže. Pokud si představíme alkoholika, tak častěji jako společensky nepřijatelnou osobu, povalující se po lavičkách v parku s krabicovým vínem v ruce, než manželku vysoce postaveného manažera, který je pracovně vytížen a ona si z nudy pravidelně dopřává kvalitní vínečko - tzv.zelenou vdovu. Zde bychom mohli uvést i nový fenomén - co-alkoholismus, který nebyl dlouho brán vážně. Jedná se vlastně o jistý druh spoluzávislosti neboli kodependence, kdy i příbuzní alkoholika jsou lapeni v pasti závislost.

Fáze chování při fenoménu co-alkoholismu:

1. fáze: utajování- rodinný příslušník udělá vše proto, aby závislost svého partnera zatajil před veřejností, kdy hledá výmluvy na partnerovu neschopnost, děti si nesmí vodit kamarády, aby tito neviděli opilého rodiče, rodina se uzavírá
2. fáze: kontrola- partner se snaží dostat pití druhého pod kontrolu, kontroluje jeho aktivity, hledá případné láhve s alkoholem, zatím má problém se s partnerem rozejít. Nebezpečím v této fázi může být to, že v některých případech začne pít s partnerem
3. fáze: odmítání- většinou po mnoha letech, kdy partner již nemá možnost kontroly a odmítá („já už takhle dál nemůžu“), v této fázi nastává pro závislého partnera čas pro rozhodování mezi alkoholem a rodinou.(Göhlert, 2001, str. 91-93)

1.1 Stádia alkoholismu

Než začne alkohol lidskému organismu škodit, musí se k tomu "píják" takzvaně propít, protože ne každá konzumace alkoholu je považována za závislost. Závislost se rozvíjí po dlouhodobém užívání, předchází jí poměrně dlouhé období, kdy je již patrné tělesné i psychické poškození a kdy je možné abúzus¹ ještě relativně „bezbolestně“ zastavit. Vývoj závislosti popisuje Jellinekovo rozdělení do čtyř vývojových stádií:

1. počáteční (symptomatické)
2. varovné (prodromální)
3. rozhodné (krucální)
4. konečné (terminální)

Pro rozdělení typů závislosti je dosud platná klasická Jellinekova typologie z roku 1940, která rozlišuje pět typů závislosti na alkoholu:

- 1) typ alfa - "problémové pití", abúzus alkoholu, který se používá jako "sebemedikace" k odstranění dysforie², potlačení tenze, úzkosti či depresivních pocitů, časté je pití o samotě;
- 2) typ beta - příležitostný abúzus, výrazně charakterizovaný sociokulturně, časté je pití ve společnosti, charakteristickým následkem je somatické poškození;
- 3) typ gama (někdy označován jako "anglosaský typ", s preferencí piva a destilátů) – závislost na alkoholu charakterizovaná poruchami kontroly pití, postupným nárůstem tolerance k alkoholu, s typickou progresí konzumace následovanou somatickým a psychickým poškozením, s výrazněji vyjádřenou psychickou závislostí;)
- 4) typ delta (označován jako „románský typ“, s preferencí vína) – typická je chronická (denní) konzumace alkoholu, trvalé udržování „hladinky“ bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly, s výrazněji vyjádřenou somatickou závislostí a poškozením
- 5) typ epsilon- epizodický abúzus (dipsománie³, "kvartální pijáctví") s obdobími delší, občas úplné abstinence, nepříliš častá varianta závislosti,

¹Abúzus-nadměrné užívání, nadužívání, zneužívání

²Dysforie-rozlada, pocit nepohody

³Dipsománie-puzení k nadměrnému příjmu tekutin, obvykle alkoholických

někdy provázející afektivní poruchy (Minařík in Kalina, 2008, str 343)

Především na abúzus typu alfa a závislost typu gama se Jellinekova vývojová stádia vztahují, jak uvádí Kvapilík (1985, str. 35). Přejít do alkoholismu beta do alkoholismu gama nebo delta je podle Jellinka řídký a méně častý než u alkoholismu alfa. Nositele alkoholismu beta najdeme spíše na interně, neurologii či ftizeologii než v psychiatrických zařízeních -tzv. tiší pijáci či skrytí alkoholici. (Skála, 1977, str. 57)

Kromě Jellinekovi typologie můžeme uvést i Leschovu typologii. Ta je významná zejména komplexností pohledu na příčiny, souvislosti a léčbu závislosti u různých typů osob a také s ohledem na jejich specifickou farmakoterapii.

Podle Lesche lze pijáky rozdělit do čtyř typů:

- Typ I, který je charakterizován silnou biologickou závislostí a jehož zástupci pijí převážně za účelem zmírnění abstinčních příznaků,
- Typ II, jehož zástupci trpí neurózami a pro které představuje pití významnou možnost sebemedikace,
- Typ III, pod který spadají převážně depresivní osoby
- Typ IV, který lze považovat za podmíněný výchovou a prostředím a jež má společný rys s obsedantně - kompulsivní poruchou.

[[http:// www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz)]

1.2 Diagnostická kritéria závislosti

Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání některé látky nebo třídy látek, má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky

- c) somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky
- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příznaky lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, který by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance)
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen, a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození (Nešpor, 2011, str. 10)

1.3 Craving – bažení

V MKN-10 je craving - bažení „silná silná touha nebo pocit puzení užívat návykovou látku“ - uveden jako jeden z šesti znaků syndromu závislosti. Subjektivní příznaky cravingu charakterizuje Nešpor (2000):

- vzpomínky na pocity pod vlivem návykové látky nebo fantazie na toto téma často nutkavého charakteru;
- svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třesy, bolesti hlavy a v různých částech těla, pocení;
- silná touha po návykové látce, úzkost, stísněnost, únava, slabost, zhoršené vnímání okolí, neklid, vzrušení podrážděnost. (Kalina, 2008, str. 229).

Jakým způsobem se tak může osoba se závislostí bránit bažení? Podmínkou je vyhýbat se spouštěčům a to jak vnitřním-únava, nuda, bolest, spánková deprivace, tak i vnějším - riziková prostředí, problematičtí známí, neúspěch, konflikt.

Je vhodné též využít farmakoterapie na potlačení chutí – první látkou je acamprosat⁴ s doporučenou délkou podávání jednoho roku, druhým typem preparátu jsou léky obsahující jako účinnou látku naltrexon⁵. Naltrexon se používá zejména k udržení abstinence u pacientů závislých na opioidech, ale s efektem jej lze použít (díky částečné zkřížené toleranci mezi alkoholem a opioidy) i u pacientů závislých na alkoholu. Senzitizace je empiricky podloženou farmakoterapií, která spočívá v podávání zvyšujících vnímavost organismu vůči účinkům alkoholu. Jestliže dojde k požití alkoholu po aplikaci senzitivujícího farmaka, následuje výrazná vegetativní reakce organismu projevující se zvýšením, resp. kolísáním krevního tlaku, tachykardií, zrudnutím v obličeji, bolestmi hlavy, nauzeou, případně zvracením, obtížným dýcháním. Výjimkou nejsou ani kolapsové stavy a bezvědomí. (Kalina, 2008, str. 147)

1.4 Somatické komplikace

Somatická poškození, zapříčiněná nadměrnou konzumací (škodlivým užíváním) alkoholu se mohou týkat prakticky všech částí (systémů) lidského organismu. Velmi často se vyskytují chronické potíže a známky poškození gastrointestinálního traktu, zvyšuje se riziko vzniku jaterní cirhózy a karcinomu jater, rakoviny jícnu, žaludku a tenkého střeva, u pijáků piva je uváděn vyšší výskyt rakoviny rektu. Chronický abusus alkoholu může narušit endokrinní systém, vést k poškození pankreatu, poruše sekrece inzulínu a podílet se na vzniku diabetu. Časté jsou též avitaminózy, poruchy krvetvorby, hemokoagulace a anémie. U mužů vede alkoholismus ke snížené sekreci testosteronu, poruchám sexuální funkce a k impotenci. U žen alkoholiček, které otěhotní, hrozí riziko poškození plodu, které se u dětí projeví růstovou retardací, postižením CNS a kraniofaciální dysmorfii. Soubor těchto příznaků se označuje jako fetální alkoholový syndrom (FAS), jsou-li přítomny pouze poruchy chování a intelektu bez jiných známek postižení, používá se termín fetální alkoholový efekt (FAE).

⁴Acamprosat – acetylhomotaurinát, látka, která má strukturu a účinky podobné jako kyselina gama-aminomáselná. V ČR je k dispozici preparát Campral firmy Merck.

⁵Naltrexon – opioid, čistý antagonist opioidních receptorů. V ČR je registrován preparát ReVia firmy Torrex Pharma.

Při chronickém abusu alkoholu dochází k funkčnímu a posléze i k orgánovému poškození oběhového systému, obdobně je tomu při poškození nervového systému. Chronický nedostatek vitamínu B1 (thiaminu) u alkoholiků může vyústit v akutní, život ohrožující neurologický syndrom (Wernickeova encefalopatie), projevující se obrnou okohybných svalů, poruchami rovnováhy, ataxií, zmateností, apatií, event. delirantním stavem. Dýchací systém bývá u alkoholiků často poškozen jednak vzhledem k celkovému oslabení imunitního systému a též z důvodu chronického dráždění a toxickým působením tabákového kouře. Nepřekvapí proto častý výskyt bronchitid a vyšší výskyt bronchogenního karcinomu, nádorů v dutině ústní, močového měchýře a prostaty. (Popov, 2003, str. 154)

1.5 Psychické komplikace

Psychotické poruchy vyvolané alkoholem (alkoholické psychózy) vznikají jako následek dlouhodobého, léta trvajících chronického abusu. Řadí se sem alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza a alkoholická demence.

Alkoholická halucinóza je diagnostikována na základě trvalé přítomnosti halucinací většinou sluchových a vizuálních, objevujících se po snížení množství konzumovaného alkoholu u osoby, závislé 10 a více let. Postihuje čtyřikrát častěji muže než ženy, vzácně přechází do chronické formy, připomínající schizofrenii. Amnestický (amnezický) syndrom je sdružený s chronickým výrazným zhoršením krátkodobé paměti, při zachování bezprostřední paměti. (Popov, 2003, str. 154)

2 Relaps versus recidiva

2.1 Recidiva nebo relaps?

Relaps je popisován jako nejběžnější výsledek intervencí u závislého chování. Často uváděný citát Marka Twaina to krásně shrnuje : „*Přestat kouřit je snadné, já sám jsem už přestal snad stokrát.*“ (Wanigaratne et al., 1990).

I na definici této události si můžeme ukázat rozdíl prevence relapsu oproti pojetí závislost-nemoc. Termín recidiva je definován takto: návrat k nemoci, která již byla vyléčena nebo u ní zmizely příznaky (Vokurka, in Kuda, 2001). Odpovídá tedy černo-bílému pojetí abstinence (Obrázek 1), vycházejícímu z absolutní abstinence jako jediné volby.

Obrázek 1 – Černobílý model abstinence vs. recidiva



Zdroj: Základy klinické adiktologie, Kalina a kol., 2008, str. 226

V tomto pojetí je jakékoliv užití, byť jednorázové, obnovením onemocnění. Pokud použijeme termín relaps/recidiva, „*může být vnímán jako návrat k dřívější úrovni aktivity následujícím po pokusu tuto aktivitu ukončit nebo redukovat*“ (Wanigaratne et al., 1990). Závislý se tedy vrací zpět na začátek léčby, neboť jeho selhání znamená devaluaci všeho, čeho zatím dosáhl. Nastupuje zde moralistický přístup. Porušení abstinence je považováno za selhání a zmaření dosavadního úsilí. Tento pohled neumožňuje závislému opravný krok a příležitost učít se z chyb.

Wanigaratne (1990) uvádí, že aplikování této černobílé definice na závislost je problematická, dokonce i když jsou akceptovány všechny předpoklady medicínského konceptu nemoci, protože:

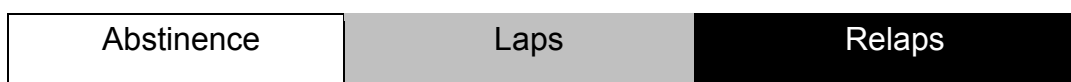
1. abstinence je v tomto pojetí jediným cílem – ačkoli to může být cílem intervencí u zneužívání látek, není možné, aby to bylo cílem u celé šíře závislého chování;
2. tato definice nemůže obsáhnout dosažení snížení (bezpečných) úrovní

aktivity (vylučuje je, nepočítá s nimi);

3. relaps je vnímán jako pasivní fenomén a chápán absolutně: “všechno nebo nic” - výsledky výzkumu v oblasti závislostí ukazují, že relaps je spíše proces, než jednorázový úkaz nebo výsledek procesu.

Prevence relapsu vychází z klinické praxe a významu, který jasně ukázal, že ve většině případů jednorázové porušení abstinence nemusí logicky vést k návratu na původní úroveň užívání. Nabízí nový termín „uklouznutí“ (laps), který definuje takto : *„jakékoli samostatné porušení pravidel nebo souboru zásad, které si jedinec sám stanovil a které se týkají častosti nebo typu vybraného cílového chování.“* (Wanigaratne a kol., 1990). Toto pojetí (Obrázek 2) více odpovídá současnému poznání na poli léčby závislostí a zároveň poskytuje prostor pro učení a možnost nápravy.

Obrázek 2 – Model abstinence: laps – relaps



Zdroj: Základy klinické adiktologie, Kalina a kol., 2008, str. 227

Pokud se abstinující rozhodne pro léčbu a je mu zde ukázán laps neboli uklouznutí jako něco normálního, může si toto vysvětlit po svém a to jako kontrolované pití, o kterém Wanigaratne uvádí: *„Kontrolované pití je terapeutický cíl pro lidi, kteří mají problém s pitím. Tradičně byla jako jediný možný terapeutický cíl chápána abstinence, nicméně nedávné studie toto zpochybnily. Typický program kontrolovaného pití zahrnuje horní limit pro konzumaci za týden a evoluci dohodnutých pravidel pití.“* (Wanigaratne a kol., 2008, str. 172)

Naopak členové 12stupňových programů, jako jsou AA, jsou kategoricky proti, jak následně popisují v kapitole 3.4 Je tedy pro osoby se závislostí složité, orientovat se v různých náhledech na možnosti, jak si svou abstinenci udržet. U kontrolovaného pití už nelze v žádném případě hovořit o abstinenci, ale je možné toto brát jako možnost, jak snížit rizika spojená s nadměrnou konzumací alkoholu.

2.2 Suchá recidiva

Známe i termín „suchá recidiva“ a jedná se vlastně o sen a to v případě alkoholika, že pije svůj oblíbený nápoj, přestože již delší dobu může abstinovat. „Suché recidivy ve snu se není třeba bát. Naopak. Upozorní nás na to, že naše podvědomí stále ví, že závislost je náš problém a že jsme ohroženi, pokud porušíme abstinenci. Připomíná nám tímto, abychom zbystřili pozornost. Na druhé straně se v rámci snu ventilují naše emoce a neklid. Člověk vlastně prodělá recidivu ve snu neškodným způsobem. Tím se v celkovém důsledku organismu uleví. [<http://www.monikaplocova.cz>].

Pokud se již zrecidivuje, nemá smysl si toto vyčítat, ale začít s tím ihned něco dělat, zkontaktovat svého psychiatra či jiného odborníka, kterého jsme navštěvovali a toto s ním začít řešit. V opačném případě je největší pravděpodobností návrat zpět na začátek závislostní kariéry. Ono říci si, že jedna sklenka mi nic neudělala a tak proč s tím někam chodit, je mylná představa.

2.3 Prevence relapsu

Proč je tak důležitá prevence relapsu v životě osob se závislostním chováním? Jenom tak totiž dokážou odolávat nástrahám života a je třeba na to být náležitě připraven. Každý, kdo prošel léčbou, ať už ústavní či jen ambulantní, je řádně o tomto poučen a vybaven, ale teorie je jiná, než když se v praxi setkají se sebemenším problémem.

Pro klienta představuje prevence relapsu specifický udržovací program a program globální změny životního stylu. Cíle specifického udržovacího programu by mohly být popsány takto:

- Vybavit klienta “dovednostmi“ identifikovat rizikové situace, předvídat je a vyhnout se jim, nebo je bez újmy zvládnout.
- Pokud by mělo dojít k “uklouznutí“ (porušení abstinence, lapsu), vybavit klienta dovednostmi a strategiemi, jak se vyhnout tomu, aby se relaps plně nerozvinul.

- Zvýšit klientovi pocit jeho vlastní účinnosti.
- Cíle globální změny životního stylu mohou být následující:
- Identifikovat v životním stylu zdroje stresu.
- Identifikovat změnit nezdravé vzorce návyků.
- Objevit pozitivní aktivity a začít se jim věnovat.
- Naučit se efektivnější a uspokojivější náplni času (pro zaplnění vakua, které zůstalo poté, co se klient vzdal závislého chování).
- Dospět k “umírněnému” a “vyrovnanému” životnímu stylu (Wanigaratne a kol., 1998, str. 15).

Jílek (2011) popisuje ještě jeden důležitý faktor vedoucí k recidivě, jmenuje se pýcha. Většina abstinujících závislých, především v počátcích života v abstinenci má tendenci sebe samé i druhé přesvědčovat, že jsou v pořádku. Nic není problém, vše se daří, tak alespoň říkají a dávají tím světu i sobě najevo, že oni teď už nemají naprosto žádný problém. To je jeden z projevů pýchy. Dalším projevem pýchy je, že nikdy nepřipustí, že by měli myšlenky, případně chuť na svou drogu. Nezabývají se svými náladami, nezabývají se rizikovými myšlenkami, scházejí se s lidmi, kteří jsou pro ně riziková, navštěvují místa, která jsou v podstatě zdrojem jejich života v závislosti, a ještě přesvědčují sami sebe a své okolí, že se vlastně trénují ve snášení potíží, aby je mohli snáze v případě potřeby snášet. (Jílek, 2011, str. 8)

3 Abstinance

Co to vlastně je abstinance, je to úplné se vzdání toho, co nám působilo potěšení nebo je možné se vzdát pouze toho, co nám činí potíže? V případě alkoholika je to samozřejmě alkohol, ale jak je to s používáním různých free nápojů? Lze v tomto případě ještě pořád hovořit o abstinenci nebo už se bavíme o částečné abstinenci a závislý na alkoholu si tak našel náhradu?

Mám známého- kolegu ze studií, který sice léčbu u nás nedokončil, pět let od alkoholu abstinuje, ale dává si občas nealkoholické pivo a po jedné návštěvě AA

mu bylo řečeno, že úplně neabstinuje a dost ho to psychicky rozhodilo. Po celou dobu neměl chuť, dát si něco jiného a je smířen s tím, že takto to zůstane, že své si už odpil.

3.1 Tři stupně abstinence

Podle některých amerických odborníků je možné překonání závislosti rozdělit do tří stádií. Trvání jednotlivých stádií se může u různých lidí lišit.

1. *První zhruba rok je ze všeho nejdůležitější se soustředit na udržení abstinence, všechno ostatní se tomu musí bezpodmínečně podřídit. Během prvního roku se rozbíjejí lety zaběhané vzorce rizikového chování a člověk si začíná vytvářet zdravé abstinentské návyky.*

2. *Druhý rok abstinence dává člověk do pořádku to, co si závislostí v životě pokazil. Obvykle se zlepšují rodinné vztahy i situace v zaměstnání. Abstinence se v tomto stádiu už jasně vyplácí a to člověka motivuje se nově nabyté výhody udržet.*

3. *Od třetího roku se člověk soustřeďuje na využívání svých schopností, rozvoj osobnosti a vnitřní růst. Toto stádium může trvat neomezeně dlouho. Abstinující už nepotřebuje tak intenzivní ambulantní léčení, ale v tomto stadiu si udržuje abstinentskou kondici návštěvami Anonymních alkoholiků nebo skupinové či individuální terapie [[http:// www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu)]*

3.2 Vývojové postoje k abstinenci

Při protialkoholní léčbě pacient zaujímá k abstinenci různý postoj, který ovlivňuje průběh i výsledek terapie, popřípadě výskyt a podobu jeho recidivy. Postoj k abstinenci prochází vývojem, který autorky (Frouzová, Mráčková) rozdělují do čtyř fází (Tabulka 1):

1. fáze nucené abstinence, v které pacient abstinenci vnímá jako omezení své svobody a úmyslně recidivuje
2. fáze podmíněné abstinence, v které pacient vnímá abstinenci jako prostředek k získání jiné hodnoty, a protože ji považuje za něco inferiorního⁶, pokouší se po nějakém čase o kontrolované pití

⁶Inferiorní- podřadný, podprůměrný, slaboduchý, méněcenný

3. fáze nespolehlivé abstinence, kdy abstinence je součástí nového životního stylu a recidiva je důsledkem nevychytaných chyb v abstinentsním životním programu
4. fáze relativně spolehlivé abstinence, kdy pacient nahlíží na abstinenci jako na přednost v rámci změněné osobnosti a k recidivě dochází v mimořádných životních situacích.

Autorky se pokoušejí dále sdělit klinické zkušenosti s adekvátními psychoterapeutickými zásahy v jednotlivých fázích spolu s vyjádřením typické atmosféry ve vztahu pacient – terapeut. Dosažení abstinence je cílem většiny protialkoholních terapeutických programů. Pacient vstupující do léčby zaujímá k abstinenci různý postoj, který vedle jeho osobnosti, sociálního zázemí a stupně závislosti je faktorem, který zásadně ovlivňuje průběh terapie a jeho výsledek. Abstinence a recidiva jsou přitom u jedince závislého na alkoholu jen opačnými stranami jedné mince, a proto jeho vztah k abstinenci úzce souvisí s podobnou jeho případné recidivy. Vývoj abstinence nám nejlépe pomůže charakterizovat následující tabulka (Tabulka 1).

Tabulka 1 – Vývoj abstinence

FÁZE ABSTINENCE	Recidiva	Zaměření aktivity pacienta při léčbě	Vyžadované podmínky léčby ze strany terapeuta
1. fáze: Nucená abstinence	Úmyslný	Vyhnutí se trestu	Pacientova poslušnost
2. fáze: Podmíněná abstinence	Zákonitá	Získání odměny	Pacientův vlastní komentář
3. fáze: Nespolehlivá abstinence	Pravděpodobná	Příprava na udržení TDA ⁷	Dialog terapeut - pacient
4. fáze: Relativně spolehlivá abstinence	Mimořádná	Změna osobnosti	Práce na sobě v rámci psycho-terapeutického vztahu

Zdroj: převzato, [[http:// www.psychoterapie.info](http://www.psychoterapie.info)]

Pokud už se osoby bojující se závislostí s touto skutečností vyrovnají, má pro ně doktor Nešpor, který se této problematice věnuje řadu let, pár zásad jak udržet abstinenci pod kontrolou, na svých internetových stránkách, mimo jiné uvádí :

- Abstinence je pro lidi se zhoršeným sebeovládáním mnohem snazší a

⁷TDA- trvalá doživotní abstinence

bezpečnější než kontrolované pití. To platí po celý život. Je lépe se vyhnout i různým kapkám obsahujícím alkohol, alkoholovým ústním vodám a tzv. nealkoholickému pivu.

- Pomáhá se vyhnout i alkoholizovaným prostředím. Ve výhodě je ten, kdo má tzv. suchý dům, tj. Nemá v bytě žádné alkoholické nápoje. Vše, co by dřívější pití připomínalo, je dobré z bytu odstranit.
- Vyhněte se také rizikovým známým. Jestliže je to možné, odmítněte je.
- Napít se nealkoholického nápoje je osvědčený způsob, jak zvládnout bažení.
- Závislí na alkoholu mají zvýšenou spotřebu tekutin a žízeň u nich bývá spojena s bažením. Proto je dobré mít u sebe např. láhev s minerální vodou nebo v zimě termosku s teplým nápojem.
- Problémy, které se v době pití nahromadily, je správné řešit zvolna, postupně a plánovitě. Během prvního roku po léčbě je vhodné se soustředit především na udržení abstinence.
- Nadměrný stres zhoršuje sebeovládání. Dobrá organizace času, přiměřený odpočinek a relaxační techniky sebeovládání usnadňují. Pomáhá střední míra zátěže, tedy ani nuda, ani vyčerpání. Ve stresu a při bažení nedělejte zásadní rozhodnutí. Odložte je na dobu, kdy budete v lepším stavu.
- Pro mnoho lidí, je klíčem k úspěchu vhodná společnost lidí, kteří o abstinenci vědí, respektují a podporují. Blízké okolí je správné informovat o svém rozhodnutí od alkoholu abstinovat. Sem patří příbuzní, nejbližší přátelé, spolupracovníci a někdy i sousedé.
- Průběžně je třeba posilovat motivaci. Pomáhá připomínat si špatné zkušenosti a rizika alkoholu a také výhody abstinence. Např. už po krátké abstinence se často zlepšuje tělesný i duševní stav a výkonnost.
- Pomáhá také pomoc druhých. Tu může poskytnout profesionální terapeut, tzv. patron ze svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků i linka telefonické pomoci.
- Léčba závislosti na alkoholu probíhá obvykle dlouhodobě. Na začátku abstinence nebo při potížích by měla být intenzivnější. Často se osvědčuje kombinovat profesionální pomoc, účast ve svépomocné organizaci Anonymních alkoholiků, doléčovací skupině a klubu abstinujících. [<http://>

3.3 Výhody abstinence

Výhody abstinence lze snadno vyčíst z výše uvedených problémů, souvisejících se závislostí na alkoholu. Začneme zlepšením zdravotního stavu, který je nadměrnou konzumací alkoholu výrazně postižen. Po uzdravě těla se začne zlepšovat psychický stav, ale nejdříve přepadají dotyčné výčitky svědomí a až následně řeší problémy, které v minulosti způsobili, ať už se jedná o narovnání rodinných vztahů, přes problémy v zaměstnání až popřípadě trestněprávní záležitosti.

Abstinence s sebou nese i jistá úskalí, jak uvádí Jílek (2011): Abstinující vlastně zjišťují, že abstinence je sice výhodná, ale ne vždy příjemná. Nemají několik měsíců problémy v mezilidských vztazích, nebo ne alespoň takovém jako předtím, už vlastně se nemusí skrývat v davu, před nadřízeným, manželkou nebo před rodiči. Přesto nejsou spokojeni, žehrají na život, nic je nebaví. A zdánlivě z ničeho nic, i když se jim docela vede, recidivují. Pro mnohé z jejich okolí zcela nevysvětlitelně. (Jílek, 2011, str. 11)

3.4 Ústřední role abstinence

Všechny modely alkoholismu a jiných drogových závislostí jako onemocnění kladou důraz na ústřední roli abstinence k dosažení a udržení uzdravení. Členové 12stupňových programů, jako jsou AA, odmítají jako cíl léčby kontrolované užívání alkoholu. Vedou je k tomu dva jednoduché, ale podstatné důvody. Prvním je, že sami vyzkoušeli mnoho způsobů kontroly pití a chování během něj, ale podle všech dostupných zpráv selhali. Druhým je fakt, že nemají k dispozici žádnou ověřenou zprávu o alkoholických nebo drogově závislých, kteří se úspěšně naučili kontrolovanému užívání ve svém domácím prostředí. (Rotgers, 1999, str. 24)

Za těch jedenáct let, co pracuji v léčebně, mám možnost o kontrolovaném pití hovořit s dlouhodobě abstinujícími, kteří pravidelně jezdí na sjezdy abstinujících a mají za sebou dvaceti i víceletou abstinenci. Velká většina si myslela, že zvládne kontrolovaně pít, ale vždy došlo k recidivě, nikdo se už dál o kontrolované pití nepokusil. Uznávají pouze trvalou abstinenci a to ne jen od alkoholu, ale i

nealkoholických nápojů (například v podobě free piv), které hodnotí jako takzvané spouštěče, nebo mluví o „částečné abstinenci“.

4 INSTITUCIONÁLNÍ PODPORA

Léčba závislostí probíhá v různých formách a záleží na klientovi, které dá přednost a zda dá na radu odborníka zabývajícího se touto problematikou. Dále je rozdíl mezi tím, zda se rozhodne pro léčbu dobrovolně nebo mu tato byla nařízena soudně, kde je veliký rozdíl v motivaci pro léčbu a hlavně pro následnou abstinenci. Přesto nás může soudně nařízená klientela překvapit svým kladným přístupem a spolupracovat s větším nasazením, než ti, kteří přišli dobrovolně a z vlastního přesvědčení.

4.1 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je prováděna v zařízeních zdravotnického či nezdravotnického charakteru. Jedná se o službu, kdy pacient/klient dochází v pravidelných intervalech do zařízení na předem nekontrahovanou službu. Výhodou ambulantní léčby je fakt, že klient setrvává ve svém podpůrném sociálním prostředí, nemusí přerušovat školu ani práci. Typy jednotlivých zařízení, která poskytují ambulantní léčbu, jsou velmi různorodá.

Jedná se jednak o ordinace AT, tradiční službu, která byla před rokem 1989 poskytována v každém okrese, které jsou zaměřeny na léčbu závislostí na alkoholových i nealkoholových drogách. (Těmínová in Kalina a kol., 2008, str. 378)

4.2 Denní stacionář

Denní stacionář je ambulantní zařízení s intenzivním denním strukturovaným programem. Jedná se o zařízení “na půl cesty” mezi běžnou ambulancí a rezidenční léčbou (Kalina, in Kalina et.al.,2003). Klienti dochází do zařízení denně ve všední dny minimálně na 6 hodin denně, odpoledne, večer a o víkendech jsou ve svém přirozeném prostředí. Denní stacionáře využívají mnoha prvků z terapeutických komunit. (Těmínová in Kalina a kol., 2008, str. 379)

4.3 Střednědobá ústavní léčba

Pod pojmem střednědobé ústavní péče rozumíme rezidenční léčbu ve zdravotnických zařízeních (psychiatrických léčebnách, odděleních pro léčbu závislostí, kde doba léčby trvá 3-6 měsíců). Tato zařízení využívají řady prvků terapeutických komunit, jako je režim a pravidla, skupinová psychoterapie, komunitní setkání, trénink odpovědnosti apod. (Těmínová in Kalina a kol., 2008, str. 381)

4.4 Spiritualita v léčbě závislostí

Spiritualita je širším a otevřenějším pojmem než vyznávání určitého náboženství či příslušnost ke konkrétní církevní obci. Martsolf a Mickley (cit. In Nešpor a Csémy, 2006) považují pro spiritualitu za klíčové následující prvky: 1. smysluplnost (důležitost života, smysl životních situací, odvozování jejich účelnosti), 2. hodnoty (ceněná přesvědčení a hodnotová měřítká), 3. transcendence (zkušenosti s dimenzí přesahující osobní já a oceňování této dimenze), 4. spojení (vztahy k sobě, druhým lidem, Bohu nebo vyšší síle a prostředí), 5. „stávání se“ (rozvíjení života, což vyžaduje zkušenost a reflexi a zahrnuje pocit, kdo člověk je a jak poznává). (Kalina, 2008, str. 244)

C.G.Jung uvedl, že bažení po alkoholu odpovídá na nižší úrovni duchovní touze lidské bytosti po plnosti. Doslova napsal: „Alkohol se řekne latinsky „spiritus“, vidíte, že stejné slovo označuje nejvyšší duchovní zkušenost a depravující jed. Užitečná formule je proto spiritus contra spiritum.“ (Volně přeloženo spiritualita proti nebo místo alkoholu).“ Nově se ukazuje, že spiritualita a religiozita má pozitivní efekt na postoje ke zdraví a chování dospívajících (Rew a Wong, 2006). U závislých na návykových látkách je vyšší religiozita a spiritualita spojena s optimističtější životní orientací, větším pocitem sociální podpory, vyšší odolností vůči stresu, nižší úzkostí (Pardini a spol., 2003) [[http:// www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu)]

Spiritualita v léčbě závislostí věnuje odborná literatura vzrůstající pozornost. Galatner (2006) píše, že spiritualita je fenomén, který v poslední době získává na ceně mezi kliniky pro svou úlohu v podpoře smysluplnosti života při úzdavě ze závislosti. Mereki (2004) cituje několik studií, které dokládají význam spirituality jako činitele při úzdavě ze závislosti; spiritualita zejména pomáhá obnovit pocit vlastní hodnoty a vědomí ve smyslu života při praktickém jednání. Podobně Nešpor a Csémy (2006) uvádějí poznatky, že „spirituální probuzení“ patří mezi tzv. transformující zkušenosti, které mírní následky zneužívání v dětství či následky u bezdomovců zneužívajících psychoaktivní látky, nebo že spiritualita může hrát při udržení abstinence větší roli než pocit spokojenosti nebo míra stresu. (Kalina, 2008, str. 244)

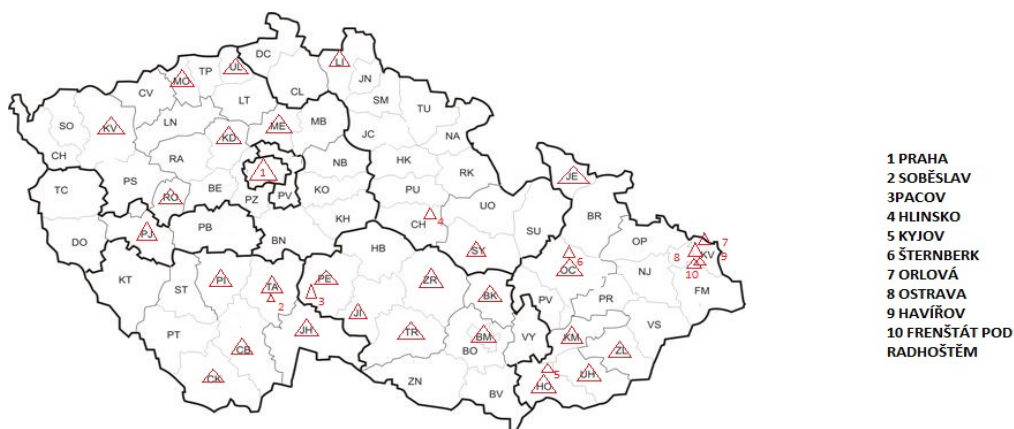
Pro přijetí tohoto poučení je významný moment pokory, kdy, jak píše Těmínová (2007), „ klient přijme představu jakéhosi vyššího principu, vyšší síly, které je možno se odevzdat, když má pocit, že na zvládání svých těžkých životních situací nestačí“. V prvním plánu může být tímto vyšším principem či silou samo společenství, podobně jako je tomu u Anonymních alkoholiků v prvních třech z jejich 12 kroků:(Kalina, 2008, str. 245)

Význam tohoto „ předávání vůle a života do vyšší moci“, „síle větší než naše“ analyzuje Bateson (1971) ve své studii o paradoxu sebekontroly u alkoholiků. Před debaklem nutilo okolí alkoholika mít pití pod kontrolou a on sám žil v sebeklamu, že je to možné. Okamžik, kdy odmítne tento falešný pocit sebevlády a nucení k němu a přizná bezmoc vůči závislosti, je bodem obratu, důležitým krokem k tomu, aby se v budoucnosti opravdu stal aktérem svého života. (Kalina, 2008, str. 245)

4.5 Ostatní zařízení a služby – Anonymní alkoholici

Mezi ostatní služby řadíme různé programy specializované na konkrétní klientelu a to také v podobě zaměstnávání abstinujících či občanských sdružení jako jsou například Anonymní alkoholici (Obrázek 3 – kontaktní místa v ČR, Příloha 3 – Kompletní seznam kontaktních míst).

Obrázek 3 – Skupiny Anonymních alkoholiků - mapa



Zdroj dat: Anonymní alkoholici, vlastní tvorba

Díky tomuto sdružení, můj klient již šest let abstínuje. Pro lepší představu tohoto sdružení uvádím preambuli Anonymních alkoholiků, ze které můžeme pochopit cíle tohoto sdružení a zároveň zde nalezneme i Dvanáct Kroků Anonymních Alkoholiků, které jsou uvedeny v časopise Cesta:

Anonymní alkoholici je společenství mužů a žen, kteří spolu vzájemně sdílejí své zkušenosti, sílu a naději, že mohou vyřešit svůj společný problém a pomoci ostatním k uzdravení z alkoholismu.

Jediný požadavek členství je touha přestat pít. Členové AA neplatí žádné poplatky nebo členské příspěvky. Naše organizace je soběstačná z našeho vlastního příspěví.

AA nejsou spřízněni se žádnou sektou, církví, politickou stranou, organizací nebo institucí. Nechtějí se zapojit do žádných sporných otázek, nepodporují žádné veřejné záležitosti ani proti žádným veřejným záležitostem nebojují. Naším hlavním cílem je zůstat střízliví a pomáhat ostatním alkoholikům ke střízlivosti.

Dvanáct Kroků Anonymních Alkoholiků:

1. *Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy se staly nezvladatelné*
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 povolní k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady*
7. *Pokorně jsme Ho požádali, aby naše nedostatky odstranil*
8. *Sepsali jsme listinu všech lidí, kterým jsme ublížili a dospěli jsme k ochotě jim to nahradit*
9. *Provedli jsme tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolí, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo*
10. *Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali*
11. *Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme Ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit*
12. *Výsledkem těchto Kroků bylo, že jsme spirituálně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech (Cesta, č. 13, 1/2012)*

Pro osoby, které nepřikládají spiritualitě v lidském životě velký význam nebo ji dokonce odmítají, může být přijetí tohoto způsobu uvažování přinejmenším obtížné, resp. nejsou schopni ho akceptovat vůbec. Velký přínos má naopak u lidí, kteří jsou duchovně založeni a tento přístup jim může pomoci.

Kromě sdružení AA se spiritualitě věnují i terapeutické komunity. Terapeutická komunita není jen přechodným zdrojem sociální opory v období, kdy si člověk není

jist sám sebou: uvádí svého člena do dalších sebezpřesahujících souvislostí. Carvajal Posada uvádí, že spiritualitu můžeme zahlédnout v tkáni vztahů; především je to vztah k sobě samému, k vlastní hlubině, jehož klíčovými složkami jsou průhlednost, jasnost, oddanost, zanícení a schopnost rozlišovat kvality, které se vynořují. Opak jsou to vztahy k ostatním, které nás vedou k tomu, abychom zapojili do každé interakce celé své bytí. Podle Kaliny a Těmínové (2006) *„společenství mění vědomí, rozšiřuje je o etáž výš/hloub. Zároveň dává duchovnímu rozměru člověka ukotvení v realitě každodennosti. Proklamace se poznají, jsou rychle odhaleny a konfrontovány. Je snaha, aby realita měla učící charakter.“*

„Duchovní rozměr není jenom >>někde tam<<, ale ztělesňuje se právě >>tady a teď<<, v každodenním životě, v TK i mimo ni. ... Ve spiritualitě jde o životní praxi. Zajišťuje bezpečný pohyb mezi lidmi,“ uzavírají Kalina a Těmínová. (Kalina, 2008, str. 245,247)

V České republice je vztah odborných pracovníků a pracovišť k hnutí Anonymních alkoholiků velmi slabý a o zařazení návštěv ve skupinách 12 kroků do programů TK není nic známo. Někteří autoři (Těmínová, Adameček, Kalina, Kudrle, Nešpor) však oceňují spirituální rozměr AA i jejich praktickou filosofii jek blízké svým názorům a postojům. (Kalina, 2008, str. 292)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Metodologie, cíl, nominace výzkumného vzorku, sběr dat a analýza

Metodologie

Základem praktické části je klinická kazuistika, v rámci kvalitativního přístupu- případové studie, jejímž cílem není výzkumná činnost, ale plní účel výukový a částečně terapeutický pro mou další praxi zdravotní sestry v psychiatrické léčebně. Strategii případové studie lze charakterizovat jako:

-strategii zdůrazňující komplexnost celého případu, souvislosti funkčních a životních oblastí života účastníka výzkumu (případu) a jeho historicko-biografické pozadí. (Miovský, 2006, str. 94)

Použité metody – analýza, syntéza, semistrukturovaný rozhovor.

Cíl

Cílem práce je zaměřit se problematiku udržení abstinence u konkrétního klienta v civilním prostředí se všemi nástrahami života, ať již pracovními, soukromými, popřípadě i radostnými událostmi, které někdy bývají též podnětem pro relaps.

Nominace výzkumného vzorku

Pro kazuistiku tohoto klienta jsem se rozhodla z důvodu jeho dlouhodobého problému se závislostí na alkoholu a časté pokusy o abstinenci. S klientem jsem již jedenáct let v kontaktu a mám tak možnost konzultace o jeho častých pokusech abstinovat, i jeho nynější již sedmileté abstinenci.

Sběr data, analýza

K získání dat bude použita dostupná zdravotnická dokumentace, doplněna semistrukturovanými rozhovory s klientem (kdy bude z důvodu větší autenticity zachován jeho výrazový slovník a vyjadřovací způsoby), zaměřenými především na léčbu, kdy podstatnou částí je porušení abstinence, zejména důvody selhání.

⁸Semistrukturovaný – částečně strukturovaný řízený rozhovor

Kazuistikou získaná a zpracovaná data budou vyhodnocena a porovnána s teoretickými znalostmi a osobními zkušenostmi klienta o udržení abstinence a dostupnou literaturou o zvládnání prevence relapsu. Závěrečná diskuze nám má odkrýt, za jakých okolností docházelo u tohoto konkrétního klienta k porušení abstinence a zda nám takto získané informace pomohou v práci s ostatními klienty a jejich problémy s udržením abstinence.

6 Kazuistika

Stručné údaje o klientovi

Tomáš, 59 let, svobodný, bezdětný, zaměstnaný

dle MKN 10 závislost na alkoholu F 10.2, posledních 6 let abstinující

6.1 Rodinná anamnéza

Narodil se jako v pořadí druhé dítě do úplné rodiny. Sestra, která je o dva roky starší, je vdaná, pracuje jako sociální pracovnice a má již dvě vdané dcery. Druhá o dva roky mladší je též vdaná, má jedno dítě a je OSVČ. Ani jedna neměla problémy s alkoholem či jinými omamně-psychootropními léky. Měl ještě bratra, který zemřel, když byl Tomáš malý a nepamatuje si na něj. Otec zemřel v 62 letech na rakovinu žaludku, pracoval v cihelně Dynín jako vedoucí a alkohol téměř nepil a pokud ano, tak výjimečně pivo v neděli po obědě. Za celý život ho Tomáš viděl pouze jedenkrát opilého.

Matka ještě žije, je jí 82 let a má běžné nemoci starých lidí, jako je hypertenze, diabetes mellitus, také špatně vidí a slyší. Do důchodu pracovala jako prodavačka ve smíšeném zboží u nich na vsi. I nyní vzhledem k jejímu vysokému věku mají velmi přístřený vztah a tak návštěvy jsou minimální a spíše povinností kvůli zabezpečení chodu domu.

Matka byla úplná abstinentka. Dokonce ani jeden z prarodičů nikdy nepil alkohol. V průběhu hovoru si vzpomněl, že jeho matku měla babička s jiným mužem a o tom nemá žádné informace, a tudíž se nedá vyloučit, že by tam nemohla být rodová zátěž. I mezi ostatními bližšími příbuznými byl alkohol pouze konzumní záležitost. Není mu známo, že by se někdy kdokoliv z rodiny, léčil pro

jakoukoliv psychiatrickou nemoc.

S rodiči i sestrami měl v dětství vztah dobrý, jen starší sestru zlobil, protože ho musela hlídat a to se jí málokdy dařilo. Větší problémy, především s matkou, začaly až po návratu z vojny a hlavně po úmrtí otce, kdy už Tomáš více pil, matka se neměla o koho starat a proto ho více hlídala.

6.2 Osobní anamnéza

Zdravotní anamnéza

Narodil se v řádném termínu a dle Tomášových vlastních slov bylo vše v pořádku. Nepamatuje si, že by byl vážně nemocný, měl jen běžných dětské nemoci. Jako malý kluk byl velmi živé dítě, vyrůstající na vesnici a proto úrazy byly na denním pořádku, ale nikdy to nebylo nic vážného, pro co by musel být hospitalizován. To až v pozdějším věku, kdy boural na motorce a zlomil si klíční kost a několik žeber. Před rokem si poranil vazy pravého ramene.

Psychologicko - psychiatrická anamnéza

Kromě intervencí spojených s alkoholem, se nikdy neléčil na psychiatrii ani nemusel vyhledat psychologickou pomoc. Nikdy v životě neměl suicidiální tendence⁹.

Jiné závislosti

První zkušenosti s cigaretou měl v 10 letech a od té doby kouří pravidelně kolem 20 cigaret denně. Když pil a sedávali s partou v hospodě, dle Tomášových slov „padly i dvě krabičky“. Nikdy neměl potřebu s tím přestat, nekouřil jen v době nechutenství. Z ostatních drog přiznal marihuanu, jejíž užití označil jako experiment (bez dalšího opakovaného užívání).

Sexuální anamnéza

Líbily se mu hezké ženy, první zamilování přišlo až ve 23 let. V mládí měl jen dvě vážné známosti, ale než byl připraven pro rodinný život, ony se rozhodly jinak a tak zůstal sám. Později se chtěl oženit, prý si ale moc vybíral, takže nakonec

⁹Suicidiální tendence – snaha o úmyslné ukončení vlastního života

zůstal sám pouze s občasnými známostmi. Zaměření je heterosexuálního, nemyslí si o sobě, že by byl promiskuitní, ale přesný počet žen si nepamatuje. Nikdy se neléčil pro pohlavní nemoc.

6.3 Sociální anamnéza

Vzdělání

Na základní škole v 7. třídě propadl, prospěch měl špatný, vždy měl nějakou čtyřku a chování: „byl jsem grázl, kradl alkohol, cigarety,“ z toho zhoršená známka z chování -2.

Ve škole se mu děti smály pro jeho malý vzrůst a říkali mu „piňák“. Do školy sice chodil nerad kvůli učením, ale s úsměvem vzpomíná na rošťárny, které si tam užili.

Po základní škole nastoupil na učební obor zedník a toto dělal a vlastně i dělá dosud, i když nyní jen jako přivýdělek. Zedničina ho velmi baví, protože „je vždy vidět výsledek práce“. Už když přestavovali dům, a to byl ještě žák školou povinný, pomáhal rodičům a hodně se naučil od souseda- starého zedníka. Posledních šest let pracuje jako sanitář ve zdejší léčebně a jak již bylo zmíněno, zedničině se věnuje v osobním volnu, především pomáhá sestře při přestavbě penzionu.

Záliby

V dětství miloval fotbal a nohejbal, který hráli každý den a v zimě hrávali hokej. Od mládí má veliký koníček v podobě včelaření a chovu ovcí. Včelstvo má doma, proto kdykoliv je to nutné, hlavně před zazimováním, tak domů jezdí a má tím pádem kontakt s matkou.

Finanční situace

Vzhledem ke svému povolání neměl nikdy problémy s penězi, protože „si na melouchu vydělal na docela slušný život, pokud by ovšem tyto peníze nepropil“. Nyní splácí leasing na auto, ale zbývá mu doplatit jen 6 splátek.

Bydlení

Jako trvalé bydliště má pořád rodný domek v Jižních Čechách, kde dosud bydlí jeho matka. Vzhledem k tomu, že pracoval jako zedník, často jezdil po stavbách, bydlel na různých ubytovnách. Od předposlední léčby, dostal možnost bydlení zpočátku na stacionáři a po nástupu na post sanitáře, využívá služebního bytu.

Právní problémy

Nikdy nebyl souzen ani trestně stíhán pro trestný čin.

Důležité osoby

Mezi nejdůležitější osoby v jeho životě patřila bezesporu rodina, se sestrami má nyní velmi kladný vztah a kdykoliv je třeba, rád jim ve všem pomůže. Kamarády z dětství nemá a později zbyli jen ti, se kterými pil a tady se nedá hovořit o kamarádech. Nyní má hodně kamarádů z řad Anonymních alkoholiků.

Víra

Nepovažuje se za stoprocentního křesťana, protože se pravidelně nezúčastňuje bohoslužeb, ale svým způsobem je věřící. Od mládí chodil do kostela, kde nacházel uspokojení, ale pouze sám, jen jednou či dvakrát do roka a v obdobích alkoholového opojení vůbec. V posledních letech je pro něj návštěva poutních míst, formou relaxace a uvolnění každodenních stresů.

6.4 Alkoholová kariéra

První kontakt s alkoholem měl jako malé dítě už v osmi letech, kdy mu matka na radu sousedů, dávala víno pro lepší chuť k jídlu, protože byl velmi malý. A jemu to docela chutnalo. V té době se také poprvé opil, když zůstal sám doma a láhev vína dopil.

Od 15 let popíjel pivo, ale jen 1-2 do týdne, někdy si ale dali víc a to hlavně o víkendových tancovačkách. V období vojenské služby pil již 10 piv týdně a po jejím ukončení se rozpil na 10 piv denně. K tomu začal přidávat rum a někdy vodku a pití se už neomezovalo jen na volno, ale pil i v práci. Po roce pozoroval pokles tolerance na 6-8 piv a začaly se projevovat potíže v zaměstnání. Dlouho se

mu dařilo brát si dovolenou, když se necítil dobře, ale mistr už toho měl dost, nepodepsal mi dovolenou a tak mu pro jednu absenci hrozila výpověď. Bylo to v době, kdy už musel držet láhev oběma rukama, jak se mu třásl ruce a bez piva po ránu nemohl fungovat. Nechal si tak konečně poradit a na doporučení psychiatra souhlasil s ambulantní protialkoholní léčbou a bral Antabus. Pár let vydržel abstinovat, ale postupně se opět rozpil na svou původní dávku a následovala série ústavních léceb.

Obtíže spojené s alkoholem

Z nadměrného nadužívání alkoholu měl výrazně zvýšené hodnoty jaterních testů i zvětšená játra. Několikrát za svou alkoholovou kariéru byl hospitalizován na psychiatrii pro delirantní stav a v roce 1984 měl první epileptický záchvat spojený s odvykacím stavem. Halucinace měl velmi zvláštní-„cítil, že padá, čeká, jak dopadne a viděl kolem neurčité postavy“. Vzhledem k nechutenství mohl konzumovat pouze tekutou stravu, nic nemohl polknout a tak raději jen pil a váha šla výrazně dolu. Vzpomněl si, že mu jednou praskl žaludeční vřed a to mu nechutnalo ani pít.

6.5 Vlastní terapeutický proces

6.5.1 Léčebné intervence

Léčebné intervence lze rozdělit na dvě formy a to farmakoterapie, která se podává především na detoxikačním oddělení a psychoterapii, kterou absolvují klienti na terapeutickém oddělení, kde se předpokládá, že jsou již v dobrém zdravotním stavu. Farmakoterapie ani psychoterapie není předmětem této práce, proto bude dále popsána souhrnně pro všechny absolvované léčebné pobyty.

Farmakoterapie

Při nástupu na detoxikační oddělení byla klientovi skoro vždy podávána medikace na zvládnání odvykacího stavu a prevence před epileptickými záchvaty v podobě Heminevrinu (clomethiazol) a to v maximálních dávkách 3cps 4x denně dle aktuálního zdravotního stavu. Dále podpůrná hepatoprotektiva¹⁰- Flavobion a

¹⁰ Hepatoprotektiva – látky užívané k léčbě jaterních nemocí

Lipovitan, vitamíny B-komplex a Thiamin 3 krát denně 1 tabletu. Protože míval časté problémy se zažíváním, dostával Ranisan a Degan 3krát denně jednu tabletu.

Na potíže se spánkem si mohl vyžádat 1/3 tabletky Trittico AC 150 mg, tuto možnost však nevyužil, protože Heminevrin ho dokázal spolehlivě uspat. Antabus se podával 2krát týdně po 2 tabletách a to do roku 1996, kdy naši klienti chodili pracovat mimo areál. Nyní se podává, pouze pokud jedou klienti na propustce a není kontraindikace k podání.

Psychoterapie

V minulosti se detoxikační oddělení nazývalo izolace a pobyt zde býval výrazně kratší dobu než nyní a proto se zde nepropraktikovala psychoterapie tak, jak ji známe nyní, kdy klienti čekají na překlady na terapeutické oddělení až tři týdny. Z psychoterapeutických aktivit, konkrétně psaní, které je v současné době na detoxikačním oddělení povinné, napsal Tomáš 3 elaboráty:

1. Proč jsem se rozhodl změnit život a abstinovat,
2. Co mi pomáhalo při mých předchozích pokusech abstinovat
3. Co očekávám od Červeného Dvora, od léčby a od terapeutů.

Další aktivitou byla motivační skupina, na které byl edukován o léčbě, o důsledcích závislosti, o režimu a pravidlech léčebny. Přechodem na terapeutické oddělení, nastává hlavní fáze léčby. V počátcích devadesátých let ještě chodili klienti na pracovní terapii mimo areál léčebny, a jak bylo již zmíněno ve farmakoterapii, před odchodem dostávali Antabus, nyní je pracovní terapie prováděna pouze v léčebně.

Pravidelnými aktivitami na oddělení jsou jednou týdně volná tribuna, přednáška- pracovníka léčebny na téma týkající se závislostí, hodnotící skupina, arteterapie s následnou interpretací u vybraného klienta. Každý den je povinnost psát deník. Pokud se klient zúčastní některé z výše uvedených aktivit, píše z ní elaborát do tohoto deníku a to z druhé strany.

6.6 Průběh léčby

Z Tabulky 2 je zřejmé, že proces léčby Tomáše je dlouhodobý – trvá již od roku 1994. Nejdelší léčba trvala 158 dnů, nejkratší 60 dnů, celkem pak 587 dnů. Na opakovacích pobytech pak strávil celkem 60 dnů na 7 opakovacích pobytech, posilovací léčba trvala celkem 102 dnů. V další části této subkapitoly budou jednotlivé etapy v léčbě závislosti klienta popsány podrobněji.

1. léčba 15.3.-29.7.1994, 136 dní

První léčebný pobyt v našem zařízení (Psychiatrická léčebna Červený dvůr – Obrázek 4) se datuje k březnu roku 1994, nebyla to ale Tomášova první zkušenost s protialkoholní léčbou. Již v roce 1984 absolvoval ambulantní léčbu, kdy asi rok užíval Antabus, který přepil jen jednou, a bylo mu tak zle, že to už od té doby nikdy neudělal a raději ho přestal brát. Abstinoval ještě půl roku, ale poté abstinenci porušil a už OAT nevyhledal. Až nyní, kdy nastoupil do léčby, přiznává ale, že nejde z jeho strany o nástup dobrovolný. Pokud by ho nedonutily sestry s matkou, sám by nešel.

Obrázek 4 – Psychiatrická léčebna Červený dvůr



Zdroj: převzato, http://cervenydvur.cz/wp-content/myfotos/galerie/tumbs/tmb_1.jpg

V psychoterapii byl velmi pasivní a hovořil jen na vyzvání. Opakem byla pracovní terapie, kdy byl spolehlivý, pracovitý a iniciativní. V závěru léčby změnil i postoj k psychoterapii a více se zapojoval. Doporučen mu byl Antabus, účast na KLUSu¹¹, kontakt s OAT a domluvit si opakovací léčbu.

¹¹KLUS – neboli Klub Lidí Usilujících o Střízlivost, zal. 5. února 1948 docentem Skálou- sdružoval pacienty a absolventy odvykací léčby.

Tabulka 2 – Průběh léčby

Léčba	Doba trvání	Dnů	Opakovací pobyt (OP)	Doba trvání	Dnů	Posilovací léčba (PL)	Doba trvání	Dnů
1. léčba	15.3. -29.7.1994	136	-	-	-	-	-	-
2. léčba	21.11.1994. - 29.4.1995	158	-	-	-	-	-	-
3. léčba	28.3.-29.6.1996	93	-	-	-	-	-	-
4. léčba	17.3 -29.5.1998	73	-	-	-	-	-	-
-	-	-	1. OP	20.7.-31. 7. 1998	11	-	-	-
-	-	-	2. OP	8.2.-19.2.1999	11	-	-	-
-	-	-	-	-	-	1. PL	2.8.-13.8. 1999	10
-	-	-	-	-	-	2. PL	29.11.- 7.12.1999	18
-	-	-	3. OP	27.12.1999.- 7.1.2000	11	-	-	-
-	-	-	-	-	-	3. PL	17.7.-28.7.2000	11
-	-	-	4. OP	30.10.- 10.11.2000	11	-	-	-
-	-	-	5. OP	29.12.2000.- 5.1.2001	7	-	-	-
-	-	-	6. OP	11.3.-16.3.2001	5	-	-	-
5. léčba	10.12.2001. - 8.2. 2002	60	-	-	-	-	-	-
-	-	-	7. OP	30.6.-2.7.2002	4	-	-	-
-	-	-	-	-	-	4. PL	20.11.- 19.12.2003	29
-	-	-	-	-	-	5. PL	15.5.-18.6.2004	34
6. léčba	20.12.2004. - 25.2. 2005	67	-	-	-	-	-	-
Celkem dnů		587			60			102

Zdroj dat: zdravotní dokumentace, vlastní tvorba

2. léčba 21.11.1994-29.4.1995, 158 dní

Od minulé léčby abstinovat pouze tři měsíce a to do konce října, kdy přestal chodit na Antabus a opět se ihned rozpil. Tuto recidivu plánoval, nyní už si nepamatuje proč, ale asi se chtěl opít. Rozpil se do třítýdenního tahu, ale pak se sám rozhodl s tím něco dělat a vyhledal OAT, odkud odeslán do naší léčebny.

Problém viděl v neustálé kontrole ze strany matky, která na něj každý den po práci čekala před domem, cokoliv dělal, stála mu za zády. Bylo to pro něj velmi nepříjemné, a proto vzal kolo a jel se projet a to byla první příležitost k napití. Začal rumem, ale pak už chutě neudržel, pokračoval tajně i v práci, kam si

schovával láhev do tašky na náradí. Doma nepil, protože se bál matky a byl z toho čím dál víc nervózní a vždy se těšil do práce, kde si mohl dát doušek. Po nějaké době už ho nebavila ani práce a tak, si bral půldenní dovolenou, kdy odešel do hospody, ale domů přijížděl jako po práci. Nedalo se to vydržet dlouho a přišel ten třítydenní tah, po kterém se rozhodl pro změnu a šel se léčit.

I tentokrát byl v léčbě velmi pasivní, do psychoterapeutických aktivit se musel pobízet, v pracovní terapii neměl problémy. Při propuštění měl náhled na svou nemoc vypěstován, ale prognóza byla velmi nejistá. Doporučeno opět navštěvovat OAT, pravidelně docházet na Antabus, účast na socioterapeutických klubech a opakovací léčba.

3. léčba 28.3.1996-29.6.1996, 93 dní

Po návratu z léčby domů se moc nezměnilo, nastoupil zpět do původní práce, ale musel dojíždět do práce a k tomu by ještě musel jezdit na Antabus a to se mu nechtělo, proto se ani do OAT nenahlásil. Myslel si, že už to zvládne sám a tak po čtrnácti dnech si zkusil dát jedno pivo a toto se mu dařilo zhruba tři měsíce kontrolovat. Pak už si začal dávat pivo i ke svačině, potom i k obědu a netrvalo dlouho a pil i odpoledne před odjezdem domů. Doma nepil, snažil se vždy ještě něco kolem domu udělat, než si zašel k sousedovi na pivo. Dokud pil jenom pivo, dařila se mu kontrola, ale pak přidal i tvrdý alkohol a to už se mu vymklo kontrole. Od té doby musel pít každý den a dávky zvyšoval. Poslední kapkou bylo opití v práci, kdy za něj mistr musel vše dodělat, následovalo ultimátu - buď léčba, nebo propuštění.

V léčebném režimu, vzhledem k znalostem prostředí, byl bezproblémovým klientem, ale v psychoterapii byl opět málo aktivní a verbální náhled měl jen částečně vytvořen. Jako i minulé pobyty, v pracovní terapii byl nejlepší pracovník, ale toto vše na úkor psychoterapie. Doléčovací doporučení byla stejná jako v minulých pobytech, Antabus, ambulantní kontakt a domluvit si opakovací léčbu.

4. léčba 17.3. -29. 5. 1998, 73 dní

Nyní už si více věřil, pravidelně docházel na Antabus, kontakt s léčebnou

udržoval a byl i na Sjezdu abstinentů, který se mu velmi líbil a těšil se, až ho také budou dekorovat za roky abstinence. Abstinoval rok, ale pak se mu to opět vymklo tím, že začal pít pivo a myslel si, že už nyní to bude umět kontrolovat, protože z počátku se mu to i dařilo. S partou raději nechodil na obědy, aby ho to nespouštělo ještě víc, ale po práci si jedno až dvě piva dal, v době, kdy neměl Antabus. Postupem času začal opět dávky navyšovat a tak raději přestal na Antabus chodit, jezdil domů pozdějším autobusem a popíjel po práci s kamarády u stánku. Problém nastal, když začal přidávat i panáky, to už se nedokázal kontrolovat a skončil na léčbě. Ještě před nástupem do léčby byl doma na pracovní neschopnosti a začal o sebe mít strach, protože se velmi rozpil a doma měl pouze pivo, a to ještě v omezeném množství, kdy mu bedna musela vydržet na čtyři dny. Než si zvykl na toto omezení, prožíval krušné noci, kdy nespál, potil se, neměl chuť jíst a myslel si, že je jeho konec. Ze strachu o svůj život, si vyměnil s kamarádem z OAT termín nástupu a přijel asi o měsíc dřív.

V léčbě byl opět ochotný, spolupracoval, ale psychoterapie mu pořád nic neříkala, nejradši chodil na pracovní terapii. Na konci léčby sepsal terapeutický kontrakt, kde se zavázal k pravidelnému užívání Antabusu dvakrát týdně, každé první pondělí v měsíci se zúčastní léčebného klubu, za dva měsíce se dostaví na opakovací léčbu, jednou za čtrnáct dní napíše pohled komunitě nebo zavolá, při případném porušení abstinence, zkontaktuje léčebnu do 24 hodin a nastoupí na posilovací pobyt, v září přijede na Sjezd a volný čas bude věnovat svému hospodářství a včelám.

1. opakovací pobyt 20.7-31. 7. 1998, 11 dní

Prožitek před čtvrtou léčbou měl na něj takový vliv, že pravidelně plnil domluvený terapeutický kontrakt. Po sedmi týdnech měl strach, že dojde k relapsu, nevěděl, jak by to doma zvládl, proto se rozhodl nastoupit na opakovací léčbu dřív a pracovat na tom zde, v chráněném prostředí.

Režim léčebny znal, proto se zapojil bez problémů do terapeutických aktivit, ale hlavně si uvědomoval potřebu kontaktu s léčebnou jako jistou formu prevence relapsu. Byl to sice posun v náhledu na jeho nemoc, ale při nedodržování

doléčovacího programu, je relaps s největší pravděpodobností možný.

2. opakovací pobyt 8.2. -19. 2. 1999, 11 dní

Byl sám se sebou spokojený, protože jak v práci tak i doma bylo vše v nejlepším pořádku. Na neustálé kontroly od matky si zvykl, chyběla mu sice trvalá přítelkyně, ale jinak zvládá vše bez problémů. Uvědomoval si potřebu pravidelně docházet na Antabus a tím si neustále připomínat, že jeho vynechání je cesta zpět k alkoholu.

Jako zkušený pacient dával dobré zpětné vazby ostatním, ale sám se v osobní psychoterapii zapojoval velmi nerad, opakem byla opět pracovní terapie, kde byl označen za jednoho z nejlepších pracovníků. Náhled na závislost byla objektivnější, ale i nadále měl potřebu pravidelné docházky na Antabus a pokračování ve standardním doléčovacím programu.

1. posilovací léčba 2.8. -13. 8. 1999, 10 dní

Po třinácti měsíční abstinenci od poslední léčby zrelapsoval a to v práci, protože „tam se prostě běžně pije“. Přestal dodržovat doporučení léčebny a od května nedocházel na Antabus. Ještě do poloviny července vydržel abstinovat, ale pak si dal nealkoholické pivo, u kterého bohužel nezůstalo, a přidal si k němu dvě piva. Druhý den si k pivu dopřál i Becherovku, ale ještě pořád doufal, že to má pod kontrolou. Do zaměstnání sice pořád chodil, ale vždy s sebou měl malou láhev Becherovky a pivo si dával jako každý z party, ke svačině, obědu i odpoledne. Zhruba po čtrnácti dnech si uvědomil svůj propad a zkontaktoval léčebnu o možnost nástupu na posilovací pobyt dříve. Toto nevyšlo, jak si přál a proto se nechal švagrem dovést do nemocnice na psychiatrii, kde byl pouze pět dní a nechal se předčasně propustit s tím, že za dva dny má nástup do léčebny. Po dobu co byl doma, vydržel si nedat ani nealkoholické pivo.

V terapii aktivní nebyl, ale pokud už musel mluvit, věděl, co má říct, protože jako zkušený pacient byl obeznámen s tím, co terapeuti chtějí slyšet. Zatím se jeho životní styl od prvního pobytu zde nezměnil, Bydlel stále doma, kde bylo pořád dost práce a ještě pomáhal sestřám. Protože neuměl odmítnout, byl

vyčerpaný. Žil stále se svou matkou, kterou musel poslouchat jako malý kluk. Partnerku neměl, protože si neuměl představit, jak by se některá žena dokázala snést s jeho matkou. „Matka je velmi autoritativní a celý život ho ovlivňuje, proto si asi nedokáže najít ženu, která by jeho matce nevadila.“ Uvědomoval si, že dokud bude žít s matkou, je s největší pravděpodobností možné, že pít nepřestane, protože to je asi jediná možnost úniku z domu do léčebny, kde je velmi spokojený.

Léčebnu opouštěl s tím, že opět bude pravidelně docházet na Antabus a každé pondělí na odpolední skupiny. Opakovací léčbu si domluvil na 22. listopad tohoto roku.

2. posilovací léčba 29.11-17. 12. 1999, 18 dní

Na posilovací léčbu nastoupil o týden později, překladem z psychiatrického oddělení, kam přijel v den plánované opakovací léčby. Jako důvod přijetí sdělil, že měl problémy s nadřizeným, protože často musel pracovat přes čas a ještě se doma musel starat o hospodářství. Na Antabus nechodil a den před tím, než měl jít do léčby to nevydržel a opil se a už ani nevěděl, co všechno měl. Ještě si o týden domluvil odklad nástupu do léčebny a odvykací stav si chtěl odbýt v nemocnici a ne v léčebně, styděl se.

V léčebně už přehodnotil množství a dny užívání a přiznal čtyřdenní tah, kdy pil Becherovku ve velkém. Jako hlavní důvod proč nechodil na Antabus, udával špatnou dosažitelnost lékaře. (Ale před minulými pobyty mu toto nevadilo.) Dále se vymlouval na velké množství práce jak v zaměstnání, tak i doma. Přísná matka mu to také neulehčovala. Na skupině se učil odmítnutí, ale toto se mu nedařilo zvládat, byl z toho nervózní.

Při propuštění mu bylo sděleno, že při další recidivě bude muset vyhledat pomoc v jiné léčebně. Další podmínkou je pravidelnost docházet na Antabus, jednou do měsíce skupinové pohovory, dvakrát do měsíce se zúčastní arteterapie v K-centru a opakovací léčby si domluví na Silvestra.

3. opakovací pobyt 27. 12. 1999 -7. 1. 2000, 11 dní

Týdenní pobyt doma od posilovací léčby zvládl bez větších obtíží, pouze neshody s matkou se více vyhrotily, chtěla ho stále více ovlivňovat a to ho velmi rozčilovalo. Na Antabusu byl v týdnu pouze jednou, ale uznával nutnost v pravidelném pokračování. Pobyt přes Silvestra si pochvaloval, protože ho to uchránilo před bujarými oslavami. Nedokázal si však představit, že by měl pravidelně dodržovat nastavený doléčovací program a snažil se tomu různými výmluvami vyhnout.

3. posilovací pobyt 17.7-28. 7. 2000, 11 dní

Koncem dubna měl jednodenní relaps, který s nikým neřešil, počátkem července už pil dva dny, ale ještě pořád se mu podařilo zastavit vše včas, ihned zkontaktoval svého lékaře a nechal si ihned napsat doporučení do léčby. Měl strach do léčebny zavolat a domluvit si přijetí, protože se mu bylo řečeno, že sem už ho nevezmou. Nadále pracoval jako zedník a už mu nedělalo problém chodit s partou na oběd do restaurace. K relapsu došlo až na melouchu, v době dovolené lékaře, který mu podával Antabus, on ho tudíž měl doma a měl si ho sám brát. Jak uvedl na komunitě, tuto recidivu plánoval, chtěl pít jen o víkendu a to taky dodržel. Od posledního pobytu zde výrazně zhubl a bylo to hlavně proto, že trpěl ranními depresemi a nechutenstvím. Přes den se stav srovnal. Zvýšil počet cigaret na třicet denně.

Terapeutickým týmem byl opět upozorněn, že tento pobyt je šancí poslední zde a nadále bude přijat pouze na opakovací pobyty. Jako hlavní cíl do budoucna si dává, že změní práci (naskytla se mu možnost pracovat jako údržbář u národního výboru a toto by se mu velmi líbilo). Doma chce prodat všechna zvířata, nechá si jen včely s tím, že kolem domu je práce dost i bez hospodářství. Volný čas by chtěl trávit v dílně a kutil by si tam, jak by sám chtěl a ne, jak po něm kdo pořád vyžaduje.

Doléčování pro něj bude časově náročné, ale uvědomuje si nutnost nadále pokračovat. Antabus bude brát dál, a pokud by došlo ke stejné situaci, dovolené lékaře, bude docházet k jinému lékaři, aby dodržoval tu pravidelnost, a určitě

přijede na opakovací pobyt. Rád by si taky našel ženu, se kterou by mohl jakýkoliv problém řešit a nebyl na vše sám.

4. opakovací pobyt 30.10-10. 11. 2000, 11 dní

Sám sebe při příchodu chválil, jak pravidelně dvakrát týdně dochází na Antabus, ale bojuje s chutěmi. Nejvíce mu pomáhala práce, ale jen taková, kterou má rád, tak byl pořád v dílně. Dalším pomocníkem mu bylo napítí se většího množství nealkoholických tekutin. Vztah s matkou zůstal nezměněn, pořád ho kontrolovala jako „malého kluka“ a tak zvažoval, zda by pro něj bylo vhodné se odstěhovat a vymanit se tak z vlivu matky. V bydlení s matkou vidí jeden z hlavních důvodů, že se občas napije. Aby si ještě o něco déle od matky odpočinul, požádal komunitu a terapeutický tým o prodloužení pobytu o jeden týden a bylo mu vyhověno. Další opakovací pobyt zde si domluvil opět na Silvestra, s tím, že bude nadále chodit na Antabus a pokračovat ve standardním doléčovacím programu.

5. opakovací pobyt 29. 12. 2000-5. 1. 2001, 7 dní

Už v září loňského roku ukončil dohodou pracovní poměr s Pozemními stavbami, ale zde o tom nechtěl mluvit. Při minulých opakovacích pobytech byl v pracovní neschopnosti pro úraz levé horní končetiny. Nyní je hlášen na úřadu práce a má tak dost času jezdit na pravidelné kontroly a Antabus i doléčovací program. Jediné na co si nyní stěžuje je nemožnost vykonávat vše v plném rozsahu a to ho dost omezuje, ale zatím neměl potřebu řešit alkoholem svou bezmocnost. Ještě se nerozhodl pro změnu bydlení a tak stále bydlí s matkou, má asi měsíc vážnou známost a už uvažuje o sňatku, ale ještě spolu nebydlí. Cítí se doma osamocený, s matkou jsou neustále v konfliktu, ale nemá sil dům a matku opustit. Do léčebny se vyloženě těšil.

V psychoterapii bylo znát, že je už dlouholetým a zkušeným klientem a dával velice dobré zpětné vazby ostatním. Domluvil si další termín opakovacího pobytu s tím, že Antabus a doléčovací program zatím nebude měnit.

6. opakovací pobyt 11.3. -16. 3. 2001, 5 dní

Přijel v řádném termínu a zatím neměl jediný problém s dodržováním terapeutického kontraktu. Antabus ani jednou nevynechal, protože s tím nemá dobré zkušenosti a v neposlední řadě přiznal veliké chutě. Vztahy s matkou zůstaly pořád stejné a sám není schopen uskutečnit změnu ve svém dosavadním životě, myslel si, že už je pozdě dělat taková rozhodnutí a také měl strach o matku, která nebyla nejmladší a zdravotně v pořádku a vyčítal by si, kdyby se s ní něco stalo.

V terapii byl aktivní, jeho znalosti byly přínosem pro ostatní, sám měl radost, když mohl někomu pomoci alespoň radou. V doléčovacím programu bude stále pokračovat a zajistil si další opakovací pobyt na červen.

5. léčba 10. 12. 2001-8. 2. 2002, 60 dní

Po předchozích opakovacích pobytech se vracel vždy domů, nyní však neměl práci, staral se o hospodářství společně s matkou, se kterou se neshodoval skoro ve všem, ale neměl jinou možnost. Zaměřil se proto na prodej všech hospodářských zvířat. V květnu došlo k recidivě a ani sám neví, co byl ten hlavní impuls. Začal pravidelně chodit do hospody a ještě k tomu doma popíjel rum. Protože z minulých pobytů věděl, že do naší léčebny nebude na řádnou léčbu přijat, objednal si pobyt v Psychiatrické léčebně Jemnice, kde byl na tříměsíční léčbě, ale po dvou měsících od ukončení léčby opět zrecidivoval a absolvoval zde další čtrnáctidenní pobyt. Ani po této pomoci nevydržel abstinovat a opět se rozpil na dlouhé tři měsíce, než se rozhodl se svým pitím něco dělat. Po dobu svého pití nejedl, jen pil a zase šel s váhou dolů, přesto, že už byl takto dost hubený. Příčinou toho byl prasklý žaludeční vřed, ale on se tím nezatežoval, dal na babské rady a léčil se smetanou a jinými mléčnými výrobky.

Do léčby nastoupil zdravotně již kompenzovaný, ale po psychické stránce došlo k výrazné změně, byl deprivovaný svým neúspěchem. Do psychoterapie se ale zapojoval s větším nasazením. To však postupem času upadalo a začal mít problémy s dodržováním režimu. Myslel si, že jako stálý klient má jistá privilegia. S blížícím se koncem léčby se začal zajímat o možnost bydlení na stacionáři,

poskytované léčebnou, ale podmínkou byla zajištěná práce v Českém Krumlově a jeho okolí. Práci se mu podařilo najít jako hlídač a údržbář v galerii v centru Českého Krumlova, nic už nebránilo tomu, se na stacionář jako jistou formu chráněného bydlení přestěhovat. Sepsal další terapeutický kontrakt, kde podmínkou byla pravidelná docházka na oddělení pro Antabus, kdykoliv během pobytu se musel podrobit alkoholtestu a dle možností se zúčastňovat psychoterapeutických aktivit. Na konec května si domluvil opakovací léčbu a odcházel psychicky velmi spokojený, protože se konečně odstěhoval od matky a zároveň byl v chráněném bydlení, kde byl přístup k alkoholu nemožný, či spíše málo pravděpodobný.

7. opakovací pobyt 30.6. -2. 7. 2002, 4 dny

Nástup na tento pobyt nebyl ničím zvláštní, protože zde vlastně bydlel a pravidelně docházel na Antabus a terapeutické aktivity, pokud mu to pracovní podmínky dovolovaly. Hlavní téma, které řešil na tomto pobytu, byl blížící se konec ubytování na stacionáři a nutnost si najít bydlení. v Českém Krumlově, protože práce, kterou tam našel, ho velmi bavila. Možná víc, než bydlení zde, ho lákala možnost odstěhovat se od matky bez větších výčitek, že ji opouští.

4. posilovací pobyt 20.11. -19. 12. 2003, 29 dní

Při minulé opakovací léčbě si nedomluvil nový termín s tím, že bude pravidelně docházet na terapeutické aktivity svého oddělení vždy, když bude mít v práci čas. Od ředitelky galerie, kde pracoval, dostal nabídku přechodného ubytování, podmíněnou trvalou abstinencí. Kromě práce si přivydělával různými brigádami a hlavně pomáhal sestře dostavit dům s přilehlým penzionem a restaurací. Vše se mu zatím dařilo plnit, a protože si opět začal důvěřovat, v březnu přestal docházet na Antabus. Dokonce si našel i přítelkyni, ale té vadila jeho nadměrná zaměstnanost a z toho důvodu se blížil rozchod. Snažil se omezit své mimopracovní aktivity, to se ale nelíbilo hlavně sestře, která na Tomáše kladla vysoké nároky. V listopadu se s ní přítelkyně rozešla a to ho tak rozhodilo, že si koupil láhev vodky, tu vypil a do práce nenastoupil. Večer byl nalezen policií na ulici před galerií, kde pracoval. Příslušníci policie zkontaktovali ředitelku, která mu dala dva dny dovolenou a rozmyslet si, jak dál naloží se svým pitím. Tuto

velkorysou nabídku využil k nástupu na posilovací pobyt, ale ještě před nástupem do léčebny vypil devět panáků vodky.

Do programu se zapojil jako zkušený pacient, opět se ale vyhýbal psychoterapii a více pozornosti věnoval pracovní terapii. V průběhu pobytu si vyřešil pokračování pracovního poměru u původního zaměstnavatele a ubytování. Uvědomoval si rizika, která s sebou přináší porušení abstinence, ale nevěděl, jak postupovat v případě stresové situace. Dosud to řešil alkoholem, ale sám zjistil, že následky jsou ještě horší. Motivaci k abstinenci má se solidní představou o doléčování, jen musí vydržet a nepolevovat. Opakovací pobyt si domluvil na 11. dubna, s pravidelným kontaktem s léčebnou a opětovném braní Antabusu.

5. posilovací pobyt 15.5-18. 6. 2004, 34 dní

Od prosincového posilovacího pobytu abstinoval až do konce dubna, kdy mu zemřel pes a po rozchodu s minulou přítelkyní střídal partnerky. Před měsícem našel trvalou známou-bývalou pacientku léčebny. Byl spokojený se svým životem, v práci ho přijala ředitelka vstřícně, ale opět si začal nabírat melouchy a nestíhal je, práce doma mu taky stála. Přítelkyně se dožadovala stále větší pozornosti a když z ní jednoho dne ucítil alkohol, nedolal a dal si taky. To už bylo v době, kdy nedocházel z časových důvodů ani na doléčovací program, ani na Antabus. Když se přítelkyni snažil v pití omezovat, odešla od něj a to byl hlavní impuls k opití. Dva dny pil jen tvrdý alkohol, ale pak převládla pud sebezáchovy a dával si pouze víno. Báł se úplně přestat ze strachu, že by bez medikace mohlo dojít k epileptickému záchvatu a než sebral odvalu a zavolał do léčebny o pomoc, pil kolem dvou litrů vína denně.

Do programu se zapojoval jen na vyzvání, dobrá znalost režimu léčebny mu dovolila celou léčbou proplout bez potíží. Se závěrem léčby byl spokojený, protože se mu podařilo opět vrátit k původnímu zaměstnavateli, přestože dostal výpověď.

Byla mu, jako každý pobyt zde, zdůrazněna potřeba pravidelného doléčování s nutností nevynechat Antabus a přijet v říjnu na opakovací pobyt.

6. léčba 20. 12. 2004-25. 2. 2005, 67 dní

Z minulé léčby nastoupil sice ke stejnému zaměstnavateli, ale na jinou práci a za nižší plat. Neměl kde bydlet a přespával po kamarádech, dokud se to paní ředitelka nedozvěděla a nabídla mu nový byt, který si sám zařídil a dobudoval. Všechno se zdálo být v pořádku. Sice abstinovat, ale nedocházel na doléčovací programy a Antabus bral sám jen někdy. A jak už to bylo několikrát, chodil na melouchy a stále ještě pomáhal sestře a do toho mu matka vyčítala, že dělá u cizích a doma mu práce stojí. Přes týden pracoval střídavě u sestry a na melouchách a víkendy jezdil domů, ale byl velmi unavený a ve stresu, že nestíhá, jak by bylo třeba. Práce pořád přibývalo a tak omezil jízdy domů až na sobotu a dostával se tak s matkou do konfliktu ještě víc. Když už nevěděl jak dál, dal si malého panáka s tím, že mu to snad pomůže, pak si dal ještě jednoho, až si koupil celou lahev. Tu vypil, ale bylo mu ještě hůř než před tím a na srovnání si koupil ještě lahev. Odpoledne už nešel do práce, ale o jeho prohřešku se dozvěděla paní ředitelka a dostal okamžitou výpověď a to nejen z práce, ale i z bytu. Musel se vrátit domů, ale bál se matce přiznat k tomuto relapsu a tak šel k lékaři a byl na pracovní neschopnosti. Doma už nepil a při nejbližší možné příležitosti jel k nám do léčebny na terapeutický program a sám se k relapsu přiznal a ihned si domluvil novou léčbu.

Jelikož se jednal o již v pořadí osmnáctý pobyt v naší léčebně, byl umístěn na jiné oddělení, než býval doposud. Do programu na oddělení se zapojil bez problémů, ale předchozí recidivy bagatelizoval a choval se jako by zde měl domovské právo. V průběhu pobytu jen nerad přijímal kritiku, měl tendence se vyhýbat některým aktivitám. Změnu oddělení nesl velmi těžko, protože byl nucen se změnit, být v psychoterapii více aktivní, nebyl brán jako prominent oproti minulému oddělení, kde tuto výsadu častými pobyty získal. Po měsíci, kdy měl končit, mu byla terapeutickým týmem prodloužena délka léčby o měsíc, pro špatnou spolupráci. Toto prodloužení pobytu pomohlo ke změně v přístupu k léčbě, uvědomuje si, že jeho časté recidivy jsou způsobeny neschopností odmítnout pomoc. Z velkého množství práce se dostává do stresu a ten umí řešit pouze alkoholem. Pokud má dojít k řešení pro něj nepříjemných problémů, snaží se odvést pozornost jinam a dělat si z toho legraci. Blíží se konec léčby a Tomáš

má zájem pracovat zde jako sanitář, ale pro plný stav není přijat a tak odjíždí domů k matce. Odjíždí s podepsaným kontraktem na doléčovací program a podmínkou, že v případě recidivy musí vyhledat jinou léčbu.

Asi měsíc po propuštění, dostal možnost brigádně zastoupit nemocného sanitáře, a protože tento po třech měsících zemřel, Tomáš tak nastoupil do trvalého pracovního poměru na pozici sanitáře na detoxu a dostal služební byt. Je pod trvalou kontrolou zdravotnického personálu, ve volných dnech se pravidelně zúčastňuje psychoterapeutických aktivit, kde ostatní klientům názorně popisuje své předešlé pokusy udržet abstinenci a rok bere Antabus.

Od té doby se též datuje jeho aktivní činnost v Anonymních alkoholících, které vede v naší léčebně, jak pro naše současné klienty, tak i pro bývalé, kteří je pravidelně navštěvují. Mimo to, jezdí na pravidelná setkání sdružení AA, přednáší v jiných léčebných zařízeních a alkohol je pro něj již uzavřená kapitola poměrně dlouhé části života.

6.7 Důvody selhání

Když se nám, s pomocí zdravotnické dokumentace podařil sestavit kompletní přehled pobytů v psychiatrické léčebně, dokázal Jan pojmenovat i faktory, které výrazně ovlivňovaly jeho pokusy o udržení dlouhodobé abstinence. Mezi důvody selhání lze zařadit tyto faktory:

- práce
- doléčování
- ženy
- matka
- stres

Prací můžeme rozumět, jak hlavní pracovní poměr, tak i jeho časté výpomoci sestřám a jiným známým a nesmíme zapomenout na plnění domácích povinností. V počátcích léčby, se vždy vracel do svého původního zaměstnání jako zedník, kde bylo pravidlem, že se chodilo do hospody nejen na oběd, ale i na svačiny. Bylo jen otázkou času, kdy nevydržel a napil se, jak sám řekl, dokud tam s nimi

nechodil, dalo se to vydržet, ale když tam s nimi zašel a viděl je popíjet pivo, nedalo se odolat. Dlouho si myslel, že bude mít pití pod kontrolou, ale sám musel uznat, že je to otázkou velmi silné vůle a tu on neměl. Pomoc sestřám se stavbou rodinných domků, pro něj byla vyčerpávající, sice jim rád pomáhal, ale někdy mu práce přerůstala přes hlavu, nedokázal si představit, že by odmítl přijít. Dlouhá léta neměl volný víkend, protože pokud nepomáhal sestřám, chodil na melouchy. Kdykoliv ho někdo požádal o pomoc se stavbou, vždy přijal a nepřemýšlel nad tím, zda to bude časově zvládat. Tak se často dostal do situací, kdy měl rozjednáno více staveb a z neschopnosti uspokojovat všechny zakázky včas, utíkal k alkoholu, který mu alespoň na chvíli dal pocit zapomenout na stres.

Mezi jeho doléčovací režim patřilo pravidelné užívání Antabusu, docházka na doléčovací programy při AT poradnách a účast na psychoterapeutických aktivitách v léčebně. Jako velký problém viděl užívání Antabusu, pro který si musel dojíždět k psychiatrovi a toto bylo pro něj časově náročné, vzhledem k jeho častému cestování po stavbách. Tím, že si jel pro Antabus, plnil si i docházku do AT poradny, ale rád se vymlouval na pracovní povinnosti a proto měl občas výjimku a dostal Antabus na více dní s sebou. Myslel si, že kdy ho bude mít doma a odpadne tak cestování, dokáže se přinutit k jeho pravidelnému užívání. I tato varianta po určité době selhala, protože nabyl přesvědčení, že Antabus užívat nemusí a ovládne své chutě. Dojíždět do léčebny na psychoterapeutické aktivity a KLUŠy mu taky nevycházelo a to hlavně pro nedostatek času, zájem prý měl. Vlastně si zpočátku ani nedokázal představit, co to je doléčování, vždyť byl přeci již vyléčený, tak proč někam zbytečně chodit. Zvrat nastal až při posledních léčbách, kdy prožil i několik opakovacích pobytů, na kterých si připomněl, čím by opět v léčbě musel projít, pokud by nedodržel pravidelné doléčování. A tyto pobyty bral jako jednu z forem doléčování, i když se mu občas podařilo uklouznout.

Problémy s ženami, měl i přesto, že nikdy ženatý nebyl. Byl vždy velmi vybíravý a proto ty, co se mu líbily, o něj samozřejmě nejevily zájem a to byl důvod k napití a mohl tak zapomenout na odmítnutí. Když už měl trvalý vztah, ztroskotal na jeho nedostatku času anebo si našel přítelkyni, která taky bojovala se závislostí

a ne jen na alkoholu. Výsledkem byla skoro vždy recidiva a někdy i vzájemná. Jiným problémem se ženami byl fakt, že vzhledem k dominanci matky, si s ní hůře rozuměly a on, aby měl doma klid, ustoupil ve prospěch matky.

Matka, se kterou bydlel dlouho ve společné domácnosti, na něj po úmrtí otce upnula veškerou péči. Skutečnost, že její syn pije a chce mu od tohoto problému pomoci je pochopitelná a udělala by to asi každá dobrá máma. Nesmí se však tato pomoc přehánět a jak to cítil Tomáš, přecházela pomoc v direktivu. Dokud chodil Tomáš do práce a nemusel doma trávit veškerý čas, dala se péče matky docela dobře snést, ale když pak o práci přišel a nebylo možné odjíždět z domu, docházelo k častým sporům, které řešil jediným možným způsobem, a to alkoholem.

U všeho, co bylo dosud popsáno, dominoval jako hlavní faktor stres, ať už to bylo z nadbytku práce a neschopnosti zvládat vše dle svých představ, ženy, které ho odmítaly či matka a její nadměrná péče, to vše ho stresovalo. Dlouho si nekázal představit, že má možnosti se s tím jakýmkoliv způsobem vyrovnat. Až odstěhováním od matky a tím pádem postavením se na vlastní nohy a změnou zaměstnání, došlo u Tomáše k výraznému zklidnění. Domů jezdí pomáhat s chodem domácnosti kdykoliv matka potřebuje a on má volno a pokud by cítil, že se blíží spor, sedne do auta a raději odjíždí.

Zaměstnáním v léčebně má možnost pravidelného kontaktu s terapeutem a toho využíval hlavně první roky zde, kdy mu byl Antabus podáván sestrami na detoxu a pravidelně se zúčastňoval psychoterapeutických aktivit. Mezi tyto aktivity můžeme zařadit i jeho založení skupiny Anonymních alkoholiků, kterou vede pravidelně jedenkrát týdně. Skupiny vedl do minulého roku sám, a proto nebyl pevně stanoven den v týdnu, kdy se scházeli a toto se odvíjelo od jeho směn. Nyní mu pomáhá další z bývalých klientů, který úspěšně dokončil léčbu a v Anonymních alkoholických vidí možnost pomáhat druhým.

Závěr a diskuse

Cílem práce bylo zaměřit se na problematiku udržení abstinence u konkrétního klienta v civilním prostředí se všemi nástrahami života – pracovní překážky, životní události, rodinné prostředí, psychické rozpoložení, problémy v osobním životě, které mohou vést k problémům, jak udržet abstinenci.

Na základě analýzy všech dostupných dokumentů i rozhovorů s klientem lze říci, že osobní překážky i životní události hrály velkou roli jak při vzniku alkoholismu, tak i výrazným způsobem ovlivnily léčbu závislost na alkoholu. Je třeba zdůraznit fakt, že tyto faktory většinou nepůsobí osamoceně, ale vzájemně se doplňují a lze říci, že dochází k synergickému efektu – tedy k situaci, kdy působení několika z nich najednou má mnohem větší vliv (následky se násobí), než prostý součet následků jednotlivých faktorů.

Nejvíce ovlivnil průběh závislosti u klienta vztah s jeho matkou, protože rodiče mohou psychický vývoj dítěte velmi výrazným způsobem poznamenat. Disharmonické rodinné prostředí, v tomto případě, bylo s největší pravděpodobností hlavním spouštěcím faktorem vzniku alkoholismu. Další faktory také měly nesporný vliv na průběh závislosti a následné mnohaleté léčby, neměly však, dle názoru autorky předložené bakalářské práce, tak velký vliv.

Osobní selhání při dodržování léčebného režimu pak bylo následkem souhry vždy několika faktorů – kdy největší roli většinou hrál vztah s matkou. Neúspěch v partnerském životě, příliš mnoho rodinných pracovních povinností a z toho plynoucí stres pak vedly k pocitu, kdy klient přestal zvládat nápor negativních situací a sáhl k alkoholu, jako k pomocníkovi, který negativní pocit z vlastního života utlumí.

Přesto se i po několikanásobném relapsu klientovi nakonec podařilo přehodnotit svůj životní postoj. Dokázal přehodnotit svůj vztah k matce a odešel

z prostředí, které ho velice stresovalo a v němž se cítil stresovaný. Jako velice pozitivní lze označit jeho současný přístup k matce, kdy se kontaktu s ní nevyhýbá, pomáhá jí, pokud potřebuje, ale při náznaku sporu raději odjíždí, aby nevznikl spor – tedy stresová situace. Přesto zde je stále prostor k další práci, zde je však nutná spolupráce jak matky, tak klienta.

Prací pro terapeutickou skupinu Anonymních alkoholiků se klientův náhled na alkoholismus stále vyvíjí a to způsobem, který přispívá k udržování abstinence. Navíc mu přináší pocit smysluplné práce a osobního naplnění, které ho, nejen ve vlastních očích, posouvají v osobním životě kupředu. (fotografie, viz. příloha 6)

Tomáš se touto cestou (abstinence s podporou AA) vydal až po častých a hlavně neúspěšných pokusech zvládnout abstinenci jiným způsobem. A zatím se mu daří abstinovat, i když, jistým způsobem, se mu to daří pouze v chráněném prostředí. Současným přístupem k abstinenci je, dle autorek Frouzové - Mráčkové, ve 4. fázi - což je relativně spolehlivá abstinence, klient si uvědomuje svůj postoj k alkoholu a zná své možnosti, jak udržet dlouhodobě svou abstinenci pod kontrolou. Při posledním pobytu v léčebně přehodnotil svůj přístup k terapii a díky pravidelnému psychoterapeutickému doléčování, které po léčbě dodržoval, k recidivě zatím nedošlo.

Tomáš podstatným způsobem změnil přístup k životu, naučil se odmítat zakázky na zednické práce a tím se vyhnout stresům spojeným s nezvládnutím vše dokončit v určeném časovém horizontu. Díky zaměstnání v léčebně má možnost potkávat klienty ve stejně špatném fyzickém i psychickém stavu, ve kterém byl před lety on sám a uvědomuje si výhody abstinence. Pravděpodobně největším pomocníkem při udržení abstinence je pro Tomáše aktivní činnost ve skupině Anonymních alkoholiků a spojení víry, protože jak sám říká, věřící je celý život a návštěva kostela mu přináší velké uvolnění. Skupina AA mu v počátcích abstinence nahrazovala kamarády, protože se s jinými lidmi, než s klienty tohoto sdružení, nedokázal bavit. Zde našel porozumění pro svou neschopnost se svou závislostí dlouhá léta něco udělat a hlavně podporu při praktikování abstinence.

Konkrétní poznatky pak lze využít při výkonu praxe v mé budoucí pozici adiktologa v léčebně Červený dvůr, při tematických skupinách o „problémech jak si udržet abstinenci i v civilním životě a nikoliv jen abstinovat ve chráněném bydlení“. Na těchto skupinách pak využít zkušeností klientů již několik let abstinujících, kteří přijíždí na opakovací pobyty a mohli by poskytnout současným klientům velmi cenné zkušenosti i rady při řešení problémů, které měli s udržením abstinence oni sami. Tomášovu zkušenost s jeho častými pokusy o abstinenci, není možné ze skupin vynechat, ale je nutné přihlídnout k postoji klientů, protože by museli přijmout stanoviska Anonymních alkoholiků a akceptovat jejich spirituálně zaměřenou terapii, což není pro každého klienta přijatelný přístup. V kapitole 4. v Modré knize se uvádí, že „Těm, kteří se považují za agnostiky nebo ateisty, zdá se vnitřní spirituální zážitek nepřijatelný. Ale pokračovat jako dosud znamená katastrofu, obzvláště spadají-li do kategorie těch nejzoufalejších. Být odsouzen k alkoholické smrti, nebo se rozhodnout žít na spirituálních základech, není vždy snadná volba.“

O závislosti můžeme hovořit jako o problému s několika možnými řešeními jak si dlouhodobou abstinenci udržet. Anonymní alkoholici důrazně doporučují úplnou abstinenci, přesto však jsou ochotni pomáhat všem nerozhodným alkoholikům. Naopak Wanigaratne toleruje možnost uklouznutí, jako součást terapie a abstinence není jediným terapeutickým cílem a připouští kontrolované pití jako jednu z možností následné léčby. Ovšem pod podmínkou plnění domluvených pravidel, zavedením deníku pití (viz. Přílohy 4,5) jako denní kontroly konzumace alkoholu s uvedením okolností, které vedly či souvisely s pitím. V předložené bakalářské práci byly zachyceny odlišné přístupy při abstinování, které měl vybraný klient možnost vyzkoušet a porovnat jejich účinky v praxi.

Největším přínosem této bakalářské práce je jednak podrobná analýza průběhu závislosti na alkoholu u konkrétního člověka, s využitím opakovaných konzultací a jednak také poznatky, že vývoj a průběh závislosti ovlivňuje mnoho faktorů, které se vzájemně ovlivňují a je třeba je řešit komplexně, aby byla léčba úspěšná. Tomáš po přečtení této práce došel k závěru, že bude velmi prospěšné, pokud se jeho rodina seznámí s jejím obsahem, aby lépe pochopila, že problém s udržením abstinence, není pouze jeho samotného, ale celé rodiny.

POUŽITÁ LITERATURA:

- Göhlert, Fr. (2001), Od návyku k závislosti, Praha, Ikar, ISBN 80-7202-950-9 (str. 91-93)
- Jílek, J. (2011), Průvodce životem v abstinenci, A.R.Garamond s.r.o., Hlavatého 644, Praha 4 (str. 8, 11)
- Jílek, J. (2008), Ze závislosti do nezávislosti, Praha, Roční období, ISBN 978-80-85524-03-1
- Kalina, K. a kolektiv (2008), Základy klinické adiktologie, Grada, ISBN 978-80-247-1411-0 (str. 147, 226-227, 229)
- Kalina, K. (2008), Terapeutická komunita Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí, Grada, ISBN 978-80-247-2449-2 (str. 244-247, 292)
- Kalina, K. et al. (2003), Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Praha: NMC/Úřad vlády ČR, Nábřeží Edvarda Beneše 4, Praha
- Kunda, S., et al. (1988), Klinika alkoholizmu, Neografia, Martin, SÚKK 121/I-88
- Kvapilík, J., Svobodová, A. a kolektiv (1985), Člověk a alkohol, Avicenum, Zdravotnické Nakladatelství, Praha, 08-091-85 (str. 35)
- Miovský, M. (2006), Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu, Praha, Grada, ISBN 80-247-1362-4, kap. 4/2
- Minařík, J. (2008), Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: Kalina, K., a kol. (2008), Základy klinické adiktologie. Příloha, Praha, Grada (str. 343)
- Millerová, G. (2011), Adiktologické poradenství. Praha, Galén, ISBN 978-80-72627-65-3
- Nešpor, K. (2007), Jak zlepšit sebeovládání, OFTIS Ústí nad Orlicí, ISBN 978-80-86845-67-8
- Nešpor, K. (1996), Léčba a prevence závislostí, Psychiatrické centrum Praha, Praha 8 – Bohnice, ISBN 80-85121-52-2 (str. 111)
- Nešpor, K. (2011), Návykové chování a závislost současné poznatky a perspektivy léčby, Praha, Portál, ISBN 978-80-7367-908-8 (str. 10)
- Nešpor, K. (1999), Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře Praha, Galén, ISBN 80-7262-002-9
- Nešpor, K. (2006), Zůstat střízlivý, Brno, Host, ISBN, 80-7294-206-9 (str. 140-142)
- Popov, P. (2003), Alkohol. In: Kalina, K. a kol. (2003), Drogy y drogové závislosti,

Meziodborový přístup, Díl 1, kapitola 3/1. Praha: Úřad vlády České republiky

Plocová, M. (2007), Všechno má svůj čas, Praha, iNSiGNiS, ISBN 978-80-86353-00-5

Rotgers, F. a kol. (1999). Léčba drogových závislostí. Grada, ISBN 80-7169-836-9, (str. 24)

Richterová-Těmínová, M.(2008), Systém péče a jeho složky. In: Kalina, K., a kol. (2008), Základy klinické adiktologie. Příloha , Praha, Grada, (str. 378-381)

Skála, J. (1977),...Až na dno!?, Avicenum,Zdravotnické Nakladatelství, Praha 08-009-77 (str.57)

Skála, J. (1982), Ochrana společnosti před alkoholismem a jinými toxikomániemi, Avicenum,Zdravotnické Nakladatelství, Praha, 735 21-08/29

Skála, J. (1987), Závislost na alkoholu a jiných drogách Praha,Avicenum,

Vágnerová, M. (2008), Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha,Portál, ISBN 978-80-7367-414-4

Wanigaratne, S., Wallace, V., Pullin, J., Keaney, F., Farmer, R. (2008).
Prevence relapsu pro závislá chování. Manuál terapeuta. Praha/Tišnov: Universita Karlova/Sdružení SCAN. (str. 15, 172)

Periodika:

Cesta, Časopis pro členy a přátele Anonymních alkoholiků, (2012), Sdružení pro služby Anonymním alkoholikům v České republice, Křenová 62a, Brno,

Internetové zdroje

Heslo:Leschova typologie osob závislých na alkoholu a různé přístupy v jejich léčbě.[10.6.2012].Dostupné z WWW:

<<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/3110/Leschova-typologie-osob-zavislych-na-alkoholu-a-ruzne-pristupy-v-jejich>.>

Drogy-info.cz. Informační portál o ilegálních a legálních drogách, Heslo: Diagnostická kritéria závislosti. [10.6.2012], Dostupné z WWW:

< http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/diagnosticka_kriteria-zavislosti->

Prevence a léčba závislostí, terapeutické pobyty Praha, Heslo: Suchá recidiva. [10.6.2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.monikaplocova.cz/sucha-recidiva>>

Léčba a prevence návykových nemocí, Heslo: Spiritualita v medicíně a u návykových nemocí [10.7.2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.drnespor.eu/Spi-at3.doc>>

Psychoterapie.info. Institut pro výzkum rodiny, Heslo: Vývoj postoje k abstinenci při protialkoholní léčbě. [17.6.2012]. Dostupné z WWW.: <[http://www.psychoterapie.info/texty/M.Frouzová, E.Mráčková-Vývoj postoje k abstinenci při protialkoholní léčbě](http://www.psychoterapie.info/texty/M.Frouzová,%20E.Mráčková-Vývoj%20postoje%20k%20abstinenci%20při%20protialkoholní%20léčbě)>

Seznam zkratek

AA - Anonymní alkoholici

AT - AT ambulance/ordinace, specializovaná psychiatrická ordinace zaměřená na problematiku závislostí (z původního A-alkohol, T- toxikómánie)

CNS – centrální nervový systém

FAE – fetální alkoholový efekt

FAS – fetální alkoholový syndrom

K-CENTRUM – kontaktní centrum pro uživatele drog

KLUS – Klub Lidí Usilujících o Střízlivost

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

OAT - ambulance/ordinace, specializovaná psychiatrická ordinace zaměřená na problematiku závislostí (z původního A-alkohol, T- toxikómánie)

OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná

TDA – trvalá doživotní abstinence

TK – terapeutická komunita

Seznam obrázků a tabulek

Seznam obrázků:

Obrázek 1 – Černobílý model abstinence vs. Recidiva

Obrázek 2 – Model abstinence: laps – relaps

Obrázek 3 – Skupiny Anonymních alkoholiků – mapa

Obrázek 4 – Psychiatrická léčebna Červený dvůr

Seznam tabulek:

Tabulka 1 – Vývoj abstinence

Tabulka 2 – Průběh léčby

Přílohy

Příloha 1. Souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace a se zpracováním údajů ze zdravotní dokumentace

Souhlasím s tím, aby paní Zdeňka Matoušková pro účely bakalářské práce „Problémy udržování abstinence u závislosti na alkoholu“ nahlížela do mé zdravotnické dokumentace v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr a aby s těmito údaji pracovala.

Byl jsem seznámen s tím, že pro účely zachování ochrany osobních údajů a mojí anonymity, budou pozměněny údaje věku osob uváděných v kasuistice, všech jmen, bydliště, popřípadě všechny další informace, které by vedly k mému odhalení.

Tento souhlas je vyhotoven ve třech exemplářích, z nichž klient a autorka práce obdrží každý po jednom exempláři a jeden exemplář bude uložen ve zdravotnické dokumentaci.

V Červeném Dvoře dne 12.2.2012

Jméno a příjmení:

Příloha 2. Souhlas s použitím údajů ze zdravotnické dokumentace a se zpracováním anamnestických údajů

Potvrzuji tímto,

- že jsem se seznámil s bakalářskou prací „Problém udržování abstinence závislosti na alkoholu“ studentky Zdeňky Matouškové a že plně souhlasím s tímto zpracováním mého případu a s použitím mým údajů pro účely této práce,
- že studentka pracovala se zdravotnickou dokumentací s mým plným souhlasem,
- že jsem byl seznámen s tím, že tato práce bude uložena v archívu prací centra Adiktologie a bude v případě potřeby využita k nahlédnutí i pro další, například studijní účely, a že s touto skutečností nemám potíže.

Tento souhlas je vyhotoven ve dvou exemplářích, z nichž klient a autorka práce obdrží každý po jednom exempláři.

V Červeném Dvoře dne

Jméno a příjmení:

Příloha 3 – Kompletní seznam kontaktních míst sdružení AA

Blansko, Proměna - Anonymní alkoholici

Brno, Fénix - Anonymní alkoholici

Brno, Renaissance - Anonymní alkoholici

České Budějovice, Lepší život - Anonymní alkoholici

Český Krumlov, Červený Dvůr - Anonymní alkoholici

Frenštát pod Radhoštěm, Světlo - Anonymní alkoholici

Havířov, Správný směr - Anonymní alkoholici

Hlinsko v Čechách - Anonymní alkoholici

Hodonín, Skupina AA - Anonymní alkoholici

Jeseník - Anonymní alkoholici

Jihlava, Pouze dnes - Anonymní alkoholici

Jindřichův Hradec, Vajgar - Anonymní alkoholici

Karlovy Vary, Hvězda - Anonymní alkoholici

Kladno - Anonymní alkoholici

Kroměříž - Anonymní alkoholici

Kyjov - Anonymní alkoholici

Liberec, Střízlivý život - Anonymní alkoholici

Liberec, Naděje - Anonymní alkoholici

Mělník, Svit - Anonymní alkoholici

Most - Anonymní alkoholici

Olomouc, Přímá stezka - Anonymní alkoholici

Orlová, Krok - Anonymní alkoholici

Ostrava, Antracit - Anonymní alkoholici

Ostrava, Naděje - Anonymní alkoholici

Ostrava, Pokora - Anonymní alkoholici

Ostrava, Radost - Anonymní alkoholici

Pacov, Jak na to - Anonymní alkoholici

Pelhřimov, Funguje to - Anonymní alkoholici

Písek, Našli jsme se - Anonymní alkoholici

Plzeň - Anonymní alkoholici

Praha, 12 kroků - Anonymní alkoholici

Praha, 12 tradicí AA - Anonymní alkoholici

Praha, Anděl - Anonymní alkoholici

<http://www.alkohol-alkoholismus.info/lecba/anonymni-alkoholici/anonymni-alkoholici/adresy-anonymni-alkoholici/2090-praha-denni->

<http://www.alkohol-alkoholismus.info/lecba/anonymni->

Příloha 4 – Deník kontroly pití

Příloha 5 – Deník chuti

Příloha 6 – Fotografie setkání AA z letošního roku, v Prostřední Bečvě