

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Šárka Duroňová

**Vliv životního stylu na relapsy u pacientů závislých na alkoholu s
opakovaným pobytém na detoxifikačním centru**

The influence of lifestyle on relapsing among patients with alcohol
dependence and with repeated stay at the detoxification centre

Diplomová práce

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

Praha

2014

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 dne 6. 5. 2014

.....

Identifikační záznam

DUROŇOVÁ, Šárka. Vliv životního stylu na relapsy u pacientů závislých na alkoholu s opakovaným pobytem na detoxifikačním centru. [The influence of lifestyle on relapsing among patients with alcohol dependence and with repeated stay at the detoxification centre]. Praha, 2014. 120 s., 3 příl., 6 grafů/tabulek. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí práce doc. PhDr. MUDr. Kalina, Kamil CSc.

Abstrakt

Cílem této diplomové práce je poukázat na to, jak životní styl ovlivňuje nejen závislost na alkoholu a její průběh, ale hlavně udržení abstinence po absolvování léčby. Z výzkumů, které byly provedeny, je jasné, že většina relapsů přímo souvisí s životním stylem závislých (nebo alespoň s fragmenty životního stylu jako je zdravotní stav, sociální situace, ekonomické problémy, volnočasové aktivity apod.). Proto je nutné již během léčby pracovat na změně životního stylu tak, aby se v době abstinence cítil abstinující v rovnováze a nebyl vystaven rizikovým situacím – spouštěčům relapsu (a pokud ano, aby v těchto situacích uměl reagovat). K naučení těchto postupů slouží především prevence relapsu, která by měla být aplikována již během léčby. Součástí této práce je také kvalitativní výzkum, který reflektuje výše zmíněné jevy u deseti respondentů detoxifikačního centra, kteří mají s relapsem předešlé zkušenosti. Na jejich případech jsem dokázala, že životní styl a jeho poruchy přímo ovlivňují výskyt relapsu a nebo zvyšují potenciál pro relaps po návratu z léčby.

Klíčová slova

závislost na alkoholu - abstinence - životní styl - relaps - detoxifikační centrum

Abstract

The main goal of this essay is to show that lifestyle has an influence on alcohol addiction and its process, but most importantly on maintaining abstinence after a treatment. From various research, which were made, is clear, that most of relapses are directly related to lifestyle of addicts (or at least to its parts such as health, social situation, economic status, hobbies etc.). That is why it is important to work on a lifestyle change during a treatment so that the addicts are in balance during the abstinence and are not exposed to risky situations which they do not know how to react to and deal with them. There is Relapse Prevention to learn these procedures and it should be applied also during the treatment and after. Part of my essay is qualitative research, which should reflect previously mentioned phenomena among ten respondents of detoxification centre, who experienced relapses before. I tried to prove that lifestyle and its disorders influence and increase the potential of relapse after completed treatment and it is necessary to change it during abstinence.

Key words

alcohol dependence - abstinence – lifestyle - relapse - detoxification center

Obsah

Obsah	6
Úvod.....	8
1 Alkohol.....	12
2 Účinky alkoholu	13
3 Závislost na alkoholu	16
3.1 Diagnostika	16
3.2 Druhy závislosti	18
3.3 Vznik závislosti.....	20
4 Craving / Bažení a prevence relapsu.....	20
4. 1 Bažení.....	20
4.2 Bažení a relaps	22
4.2 Prevence relapsu	24
5 Léčba závislosti.....	31
5.1 Léková terapie.....	34
5.2 Harm reduction / Kontrolované pití	34
6 Alkohol a životní styl.....	35
7 Cíl výzkumu a výzkumný problém.....	43
8 Výzkumné otázky	44
9 Metodika výzkumu	44
10 Sběr dat	45
11 Etické požadavky	46
12 Výsledky výzkumu	46
12.1 Liliana (33).....	47
12.2 Lumír (50).....	50
12.3 Tomáš (45).....	53

12.4 Miroslav (26).....	55
12.5 Irena (47).....	57
12.6 Rudolf (67).....	59
12.7 Marian (62)	61
12.8 Vincent (66)	63
12.9 Jiří (31).....	65
12.10 Jaroslava (41)	68
13 Závěr	71
14 Použitá literatura	79
Seznam příloh	81
Příloha č. 1	82
Příloha č. 2	84
Příloha č. 3	86

Úvod

K napsání diplomové práce na téma „Vliv životního stylu na udržení abstinence“ mě inspirovala problematika užívání alkoholu v dnešní společnosti. Konzumace alkoholu je běžnou součástí sociálních interakcí a je často vnímána jako normální a přirozená - alkohol je tolerován společností. Dokonce se uvádí, že až 25 % z celé populace naší země konzumuje alkohol v nadměrné míře. (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157) Česká republika také dlouhodobě patří mezi státy s velmi vysokou spotřebou alkoholu – na jednoho obyvatele dokonce ročně vychází spotřeba stoprocentního alkoholu na deset litrů. (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157) Tato čísla podle mého názoru jasně dokazují tradičnost popíjení alkoholu u nás. Ne nadarmo se považujeme za jednu z pivních velmocí – vždyť české pivo je známé po celém světě, jak pro svou kvalitu, tak pro jeho cenovou dostupnost. Největší reklamu ale dělají českému pivu čeští pijáci. Vždyť 25 % je poměrně velké číslo. Tato čísla se samozřejmě netýkají jen piva, ale i jiných alkoholických nápojů. Ty jsou v naší zemi také tradiční, i když ne tolik vyhlášené. Jihomoravské víno a nebo severomoravská venkovská slivovice – domácí výroba, dělá u nás alkohol ještě tradičnější a dostupnější, než kdybychom si ho všichni museli kupovat v ochodech.

Někdy může být nadměrná konzumace označována už jako „alkoholismus“ – odborný termín, který byl definován „WHO“ („World Health Organization“) v roce 1951. V MKN-10 se skrývá pod diagnózou F10.2 a jedná se o dlouhodobé užívání alkoholu (nebo o periodické popíjení), kdy se ztrácí schopnost kontroly pití. Jsou časté epizody intoxikace a pokračuje se v pití i přes zjevné negativní důsledky na zdraví i psychický stav jedince. (WHO, 1994)

Alkohol je historicky součástí nejen konzumní společnosti, ale také náboženství. Např. v křesťanství proměnil Ježíš vodu ve víno, čímž přiměl své učedníky, aby v něj díky tomuto zázraku uvěřili. (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157) Při poslední večeři zase víno symbolizovalo samotnou krev Ježíše Krista. Symbolika vína a jeho ritualizace při křesťanských obřadech je křesťany přijata a vnímána čistě obřadně - není tedy zvýšená konzumace alkoholu z důvodu víry, i tak je ale lehkost přijetí alkoholu jako součást obřadů docela zajímavá.

I další náboženství mají tradici v užívání alkoholických nápojů – např. židovské tradice, svátky a oslavy jsou doplněny právě rituálním popíjením alkoholu. Např. šabat se zahajuje požehnáním, které se pronáší právě nad sklenkou červeného vína. Na druhé

straně třeba islámské náboženství je výhradně proti konzumaci alkoholu a samotnou tuto látku spatřuje jako něco zlého a negativního. Je tedy vidět rozpor vnímání alkoholu, nicméně můžeme říct, že všechna náboženství věnují alkoholu pozornost, ať už negativně (islám) a nebo neutrálně a spíše jen obřadně (křesťanství). Je tedy zjevné, že alkohol a jeho popíjení sahá hluboko do historie – až k vzniku těchto náboženství a možná ještě dál. (Edwards (2004), str. 18 - 21)

Opilství bylo vždy vnímáno negativně – církví i celou společností. V r. 1552 se opilství na veřejném místě stalo přestupkem proti civilnímu právu. Církev jej odsuzovala ještě mnohem dříve. I přesto ale nebylo neobvyklé nadměrné pití a opilství přímo v řadách církevních činitelů, v 7. století jeden irský kněz stanovil tresty pro mnichy, kteří se opíjeli. (Edwards (2004), str. 38)

I tak ale hospody a jiná podobná zařízení mají svou opravdu dlouholetou tradici a neodmyslitelně patří do naší společnosti. Dokonce jsou v některých zemích (Irsko, Anglie, Belgie apod.) natolik důležité, že o nich můžeme mluvit jako o součásti národního folklóru, stejně tak, jako je u nás vinný sklep tradiční pro jižní Moravu.

Právě tradice a ritualizace pití alkoholu je podle mě tak hluboce zakořeněná v celé společnosti, že její odbourání snad ani není možné. Lidé jsou na alkohol zvyklí, doprovází jejich výjimečné i každodenní rituály.

Za zmínku stojí tzv. „Americký prohibiční experiment“ z r. 1920 – kdy Spojené státy americké vyhlásily celonárodní prohibici alkoholu. Ta ukázala, že pití alkoholu bohužel nelze prostě zakázat. Pokud se tímto odstranil legální trh s alkoholem, důsledek byl, že vzrostl ten ilegální. Celkově se konzumace alkoholu nesnížila, naopak postupně vzrůstala s každým rokem. Prohibice byla zrušena v r. 1933 a byla vnímána jako nepodařený experiment. Otázka selhání prohibice má několik faktorů a vysvětlení, ovšem těm se ve své práci nebudu věnovat. (Edwards (2004), str. 73 - 90)

Na tomto příkladu bych však ráda poukázala na to, že obstarat si alkohol nezáleží úplně na jeho legalitě, i když ta jeho dostupnost samozřejmě velmi ovlivňuje. Výroba alkoholu je předávána generačně a je lidem natolik blízká, že nelegální trh není v podstatě problémem. Alkohol je prostě až moc dostupný a lidem „přirozený“. Úplné zakázání a tím vymizení alkoholu asi nebude možné ani v budoucnu a to je důvodem, proč je abstinence od alkoholu tak složitá a velmi často dochází k relapsům. Pro abstinenta, který se alkoholu snaží vyhýbat, je velmi těžké se mu opravdu vyhnout. I přesto, že reklama na alkohol je zákonem regulovaná, je nevyhnutelné se s ní setkat. Alkohol je od 18-ti let legální, volně prodejný a to doslova „na každé kroku“.

Konzumace alkoholu je brána jako „přirozená a normální“. Naopak abstinence je většinou neobvyklá a pro spoustu lidí také do určité míry nepochopitelná. Příležitostné popíjení je totiž v dnešní době spíše společenskou normou (tato tvrzení jsou čistě subjektivní, nicméně myslím, že většina populace to vnímá podobně). Tímto bych se tedy odvážila tvrdit, že popíjení alkoholu je součástí životního stylu společnosti.

Životní styl je spíše subjektivní pojem, který je každým člověkem vnímán jinak. Pro někoho je to trávení volného času, pro někoho sociální situace a pro ostatní je to způsob, jakým se stará sám o sebe – cvičení, strava, pravidelný spánek apod. Obecně se ví, že závislost na návykových látkách ovlivňuje všechny tyto oblasti a mění přístup závislých ve většině výše zmíněných oblastech. Pohybu je méně, strava je méně kvalitní a nepravidelná, spánku se nedostává, sociální situace se horší a volný čas je tráven užíváním drogy. Dá se tedy říct, že se mění životní styl. Podle mého názoru, a co jsem chtěla ve své práci ukázat, je právě proto důležitá změna těchto návyků při abstinenci – např. trávení volného času. Důležitou součástí všech těchto oblastí v léčbě je prevence relapsu, proto se budu ve své práci věnovat především tomuto tématu. Dá se říct, že prevence relapsu je prvním krokem k uvědomění si závažnosti vlivu životního stylu a životních návyků v období užívání alkoholu a také v období abstinence.

Součástí mé diplomové práce je kvalitativní výzkum, ve kterém jsem se soustředila hlavně na životní styl uživatelů alkoholu – alkoholiků. Výzkum jsem prováděla pomocí rozhovorů na Detoxifikační jednotce, Kliniky Adiktologie 1. LF UK a CFN v Praze. Vzhledem k tomu, že cílová skupina výzkumu byla složená z pacientů, kteří dříve absolvovali léčbu a nebo nějakou dobu abstinovali, mohla jsem s nimi porovnávat jejich životní styl, zvyky a životní situaci během období pití a období abstinence. Díky tomuto porovnání jsem se snažila poukázat na to, jak je pro udržení abstinence důležitý vliv okolí a také změna životního stylu a návyků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Alkohol

Alkohol obecně je chemická látka – bezbarvá tekutina, která je v čisté formě bez jakýchkoliv příměsí chuťově velmi neatraktivní. Lepší chuť alkoholu dodávají další chemické příměsi. Obsah alkoholu v typech alkoholických nápojů je různý – lihoviny a destiláty mají cca kolem 40 % alkoholu, silnější vína jako např. portské má 15 – 20 % alkoholu, běžná vína jsou cca 12 %-ní a pivo má asi 4 % alkoholu (pokud samozřejmě uvažujeme tzv. „běžné pivo“, na které jsme jako český národ zvyklý a ne piva, která mohou mít až 10 % alkoholu). Chemicky správné označení alkoholu je etylalkohol a nebo etanol, nicméně pro potřeby mé diplomové práce stačí nesprávné (ale zažité) označení alkohol. (Edwards (2004), str. 8 - 9)

Výroba alkoholu je možná dvěma způsoby – fermentací / kvašením a destilací. Na první pohled jsou oba způsoby složité a vyžadují znalosti, zkušenosti a zručnost. Jsou však mnoha lidmi osvojené a alkohol je takto běžně vyráběn tzv. „po domácku“. To jen přispívá k jeho snadné dostupnosti. (Edwards (2004), str. 10-13)

Jak jsem již zmínila v úvodu – alkohol je běžný nejen v historii, ale také v současnosti. Jeho pití je ritualizované a společností vnímané jako součást sociálních interakcí. Je těžké identifikovat, kdy konzumace alkoholu přeroste v nadměrnou, která už je škodlivá. Nejvyšší „neškodlivá“ denní dávka alkoholu se u žen uvádí jako 18 g čistého alkoholu na den a u mužů jako 20 g 100 % alkoholu na den. To odpovídá jednomu „panáku“ tvrdého alkoholu nebo jednomu malému pivu 10° nebo 2dcl bílého vína. Zajímavé je, že populární články na internetu zmiňují jako nejvyšší povolenou dávku u obou pohlaví skoro dvojnásobnou. (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157) Je ale nutné podotknout, že u této dávky je sice uváděno, že člověku neškodí, ale každý jedinec je individuální – jak ze zdravotního hlediska, tak z psychického. Tzv. závislostní potenciál je u každého úplně jiný, a protože není měřitelný, je těžké odhadnout, kolik alkoholu a v jaké míře, stačí k vypěstování závislosti. MUDr. Popov (2003) uvádí, že v průmyslově vyspělých zemích představují pacienti závislí na alkoholu 30 – 40 % z celkového počtu psychiatrických pacientů. To je velmi výmluvné číslo, uvědomíme-li si, kolik různých psychiatrických diagnóz kromě závislosti na alkoholu existuje (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157)

Alkohol je v České republice velmi rozšířenou drogou. Uvedla bych výsledky z Výroční zprávy Národního monitorovacího střediska za rok 2012. Podle screeningové škály CAGE se dokonce rizikové pití alkoholu týká celkem 17 % populace, což je 1,1 – 1,4 milionu osob, škodlivé neboli problémové pití se pak týká až 8,2% populace, tj. 500 – 690 tisíc osob. Uživatelé alkoholu tvoří dokonce až 60 % ze všech pacientů ambulantní a lůžkové léčby. Počet osob ve značném riziku závislosti nebo závislých na alkoholu se odhaduje na 50 – 150 tisíc osob.

V posledním měsíci pilo alkohol skoro 70 % dotázaných – z toho bylo 78,4 % mužů a 61,5 % žen. Nadměrné pití alkoholu (5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti) alespoň jednou týdně nebo častěji potvrdilo 12,8 % dotázaných, z toho bylo 21,1 % mužů a 4,9 % žen. (Mravčík, V., a kol. (2013), str. 22 – 36)

2 Účinky alkoholu

Alkohol působí na metabolismus neurotransmiterů v CNS (hlavně na dopamin a noradrenalin). Při alkoholismu dochází k útlumu dopaminergní, serotonergní aktivity a hyperstimulaci noradrenergního a opioidového systému. Alkohol má tedy při nadměrném užívání tlumivý účinek, i když se zpočátku při konzumaci zdá, že jeho účinek je opačný - stimulační. Ovšem při vypití většího množství, nebo při častějším užívání, se euforické stavy už neobjevují a nebo nemají takovou intenzitu. Psychoaktivní účinky tedy závisí na množství užitého alkoholu. (Minařík (2008), in Kalina, K. a kol. (2008). Přílohy, str. 342)

Účinky alkoholu můžeme rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé účinky jsou často důvodem, proč lidé (alespoň zpočátku) alkohol vyhledávají. Způsobuje totiž zlepšení nálady, odbourání zábran, výřečnost apod. Právě tyto vlastnosti alkoholu jsou velkým lákadlem. Při užití většího množství alkoholu ale může dojít i k negativním krátkodobým účinkům jako jsou např. porucha rovnováhy, nevolnost až zvracení, mohou se objevit poruchy chování projevující se agresivitou apod. Při těžké intoxikaci se může objevit porucha vědomí až smrt. Existuje i tzv. patická opilost, kdy může při intoxikaci dojít až k poruše vědomí s bludy a halucinacemi. (Minařík (2008), in Kalina, K. a kol. (2008). Přílohy, str. 342)

Dlouhodobé účinky jsou způsobeny opakovaným vystavením organismu návykové látky – alkoholu. Poškozuje se gastrointestinální trakt – poruchy trávení, gastritidy, poškození jater (může dojít až k jaterní cirhóze), objevuje se hypertenze,

poruchy krvetvorby, poruchy spánku a poškozuje se nervový systém. (Minařík (2008), in Kalina, K. a kol. (2008). Přílohy, str. 342)

V rámci výzkumu jsem oslovila deset alkoholiků, kteří mimo jiné popisovali své začátky s alkoholem a důvody, proč alkohol pili a následně pili ve větší a velké míře. Právě krátkodobé pozitivní účinky (uvolnění, lepší nálada, lepší sociální dovednosti) byly nejčastějším důvodem. Naopak dlouhodobé a negativní důsledky pití si sice již sami uvědomovali, ale měly pro ně menší důležitost (krátkodobé a výraznější účinky přebily ty dlouhodobé, pozvolné). Hlavním lákadlem alkoholu byla ale určitě lepší nálada a následné změny chování.

Na to, jak se člověk chová po užití alkoholu, mají vliv jak biologické předpoklady (vrozené dispozice, kondice, zdravotní stav apod.), tak psychologické vlivy (očekávaný efekt, psychické rozpoložení uživatele apod.), nikoliv pouze množství zkonsumovaného alkoholu. Vliv na účinek alkoholu má také sociální prostředí, ve kterém člověk pije, působení dalších osob, sociální situace apod. (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157)

Projevy intoxikace – opilosti jsou hodně dány i prostředím, ve kterém se piják zrovna nachází. Vliv na míru opilosti má nejen to, kolik toho člověk opravdu vypije, ale i to, jak se cítí psychicky. To je hodně ovlivněno tím, jestli pije ve společnosti nebo doma sám. Např. většina respondentů z mého výzkumu pilo o samotě.

Z medicínského hlediska existují čtyři stadia intoxikace, která jsou dána hladinou alkoholu v krvi a biologickými účinky alkoholu:

- 1) Lehká opilost – excitační stadium.
- 2) Opilost středního stupně – hypnotické stadium.
- 3) Těžká opilost – narkotické stadium.
- 4) Těžká intoxikace se ztrátou vědomí, kdy hrozí zástava dechu – asfyktické stadium.

V každém stadiu se člověk chová jinak. Od počátečních euforických stavů dochází k postupnému útlumu, až ke změnám vědomí. (Minařík (2008), in Kalina, K. a kol. (2008). Přílohy, str. 341)

Jako závěr předešlých tvrzení bych napsala - alkohol mění lidské prožívání a chování a škodí zdraví. Zvláště pokud je konzumován ve velkém množství nebo často. Ale to si konzumenti příliš neuvědomují (alespoň ne ze začátku).

V předchozí kapitole jsem srovnala, na základě výsledků studie prevalence užívání alkoholu, že problémově pijící ženy jsou evidovány méně než muži (21,1 % mužů na rozdíl od 4,9 % žen pijící nadměrné množství alkoholu alespoň jedenkrát za týden). Heller ve své knize dokonce odhaduje, že poměr žen k mužům v ústavní léčbě je 1:7. (Heller (1996), str. 23 - 29)

Podle Plantové (1997) jsou účinky alkoholu u žen jiné než u mužů. Ženy mají celkově jiné fyzické dispozice – jsou menší, lehčí, metabolismus funguje pomaleji než u mužů. Liší se taky velikost orgánů – třeba jater, skladba některých tkání nebo také obsahem vody v těle. Alkohol je rozpustný ve vodě, znamená to tedy, že žena celkově alkohol vstřebává pomaleji než muž. Stejně množství alkoholu o stejné koncentraci má tedy na obě pohlaví jiné účinky. Velice zajímavá je ale hlavně psychická oblast závislosti na alkoholu u žen.

Rozdílů v závislosti na alkoholu u ženy a v závislosti u muže zmiňuje Plantová (1997) více. Např. důsledky užívání alkoholu ve vyšší míře jsou u žen většinou vážnější a jejich úprava je obtížnější – ve společnosti totiž platí, že závislé ženy jsou ve větší míře odsuzovány, izolovány a odmítány než závislí muži. Vzhledem k rychlejším a silnějším účinkům alkoholu na ženách se také více projevují důsledky na tělesném i psychickém zdraví. Dále platí, že ženy jsou více úzkostné a méně agresivní než muži. Často je počátek abúzu reakce na nějakou životní komplikaci. Také kombinace alkoholu a léků je častější u něžného pohlaví.

Rozdíly mezi pohlavími jsou patrné i v léčbě – ženy zpočátku spolupracují méně než muži, lépe si ale vytváří v průběhu léčby náhled na nutnost abstinence a lépe spolupracují převážně v individuálních terapiích. (Heller (1996), str. 23-29)

Této tématice by se samozřejmě dalo věnovat mnohem podrobněji, pro mou diplomovou práci je toto téma spíše okrajové, ale i přesto velmi zajímavé a k této problematice se vrátím v praktické části u jednotlivých respondentek mého výzkumu. Z výše zmíněného je jasné, že role alkoholičky může být složitější než role alkoholika - jak ve společnosti, tak medicínsky a také psychicky. Podle pohlaví jsou také rozdíly v životním stylu. Zatímco muži konzumaci skrývat úplně nemusí, u žen je typické, že pijí spíše potajmu. Samozřejmě to ale nelze zobecňovat na všechny případy.

3 Závislost na alkoholu

3.1 Diagnostika

Existuje několik teoretických modelů pro diagnostiku závislosti a následnou práci s osobami, kterým závislost byla diagnostikována. Jednotlivé modely jsou různé a je velmi důležité, aby se s nimi jednotliví pracovníci služeb pro drogově závislé ztotožnili.

Pro diagnostiku a klasifikaci závislosti a jiných nemocí se u nás využívá diagnostický manuál MKN-1 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů), který je vytvořen WHO a je pravidelně aktualizován a rozšiřován o nové nemoci. (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157)

Oddíl F10 – F19 tohoto manuálu obsahuje poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, kdy nás nejvíce zajímá oddíl F10 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu.

U položek F10 – F19 se používá také následující členění:

- **F10.0** – akutní intoxikace (akutní opilost)
Jedná se o stav po užití alkoholu, který vede k poruchám vědomí, vnímání, emotivity, chování a nebo k jiným psychofyziologickým reakcím. Poruchy jsou vyvolené přímo farmakologickým působením látky, s časem tyto účinky mizí.
- **F10.1** – škodlivé užívání
Užívání alkoholu vede k poruchám zdraví. Poškození mohou být somatická (poškození jater), a nebo psychická (sekundární deprese).
- **F10.2** – syndrom závislosti (chronický alkoholismus)
Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, které se objevují a vyvíjí po opakovaném užívání alkoholu a závislý splňuje alespoň tři ze šesti kritérií závislosti v posledním roce (dále zmíněno podrobněji).
- **F10.3** – odvykací stav
Skupina příznaků s různými stupni závažnosti, které se vyskytují při odvykání od alkoholu po jeho předchozím dlouhodobém užívání. Nástup odvykacího stavu je časově ohraničen a je dán množstvím vypitého alkoholu před odvykáním.
- **F10.4** – odvykací stav s deliriem (delirium tremens)

Předešlý stav – odvykací stav je komplikován deliriem (Podrobně je delirium popsáno v MKN-10 v oddílu F 05 - Delirium, které není vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami). Jedná se o velmi kritický stav s poruchami vědomí, vnímání a dochází až k metabolickému rozvratu organismu.

- F10.5 – psychotická porucha (alkoholická halucinóza, žárlivost, paranoia apod.)
Jedná se o psychotické projevy (halucinace, bludy, psychomotorické poruchy, afektivní poruchy) přítomné při akutní intoxikaci alkoholem.
- F10.6 – amnestický syndrom (amnestická porucha vyvolaná alkoholem)
Syndrom sdružený s chronickým poškozením paměti na nedávné ale i vzdálené zkušenosti. Objevuje se narušení vnímání času a řazení posloupnosti událostí. (ÚZIS ČR (2013), str. 197 – 199)

Existuje ještě Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – DSM-IV (od roku 2013 máme i nové vydání DSM-V, které je ale ještě poměrně těžce dostupné). V tomto manuálu jsou rozděleny látky podle účinku, kterým ovlivňují lidskou psychiku, a je definováno 11 poruch, které souvisí s užíváním návykových látek. Tyto poruchy můžeme rozdělit na dvě skupiny – poruchy, které vznikly z užívání substance (závislost, abúzus), a poruchy, které jsou substancemi vyvolané (intoxikace, odvykací stav, delirium tremens apod.) (Millerová (2011), str. 30)

Závislost má určitá kritéria – celkem jich je definováno šest a závislý člověk musí splňovat alespoň tři z následujících:

- 1) zvyšující se tolerance na látku;
- 2) přítomnost odvykacího stavu;
- 3) častější/intenzivější nebo delší užívání, než bylo původně zamýšleno;
- 4) neschopnost přestat v užívání a neschopnost užívání ukončit nebo alespoň omezit;
- 5) zjevný dopad na sociální, profesní aktivity a také na koníčky (buď omezení či úplné vymizení těchto aktivit) a trávení více času za účelem obstarání si nebo užívání alkoholu;
- 6) pokračování v užívání navzdory zjevným psychickým anebo fyzickým problémům, které jsou užíváním způsobeny.

(Millerová (2011), str. 29-30)

Pro diagnostiku závislosti na alkoholu se používají dotazníkové metody, kdy je diagnostika nejrychlejší.

Jedním z dotazníků je AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test, který byl sepsán WHO. Jedná se o celkem deset otázek, které zkoumají četnost a nebo množství užitého alkoholu v posledním roce. Jednotlivé odpovědi jsou obodované a vyhodnocení se provádí součtem těchto hodnot. Čím vyšší je výsledné skóre, tím nutnější je edukace a léčba pacienta. (Babor, T. , Higgins – Biddle, T., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. (2001)

Dalším používaným dotazníkem je CAGE – název dotazníku je utvořen z počátečních písmen anglicky dotazovaných oblastí C (Cut) – potřeba omezit alkohol, A (Angry / Annoyed) – podrážděnost okolí vůči pití alkoholu, G (Guilt) – pocit viny spojený s pitím alkoholu, E (Equilibrium / Eye-opener) – pití po ránu za účelem překonání kocoviny. Dotazník se používá jako rychlá a efektivní součást diagnostického rozhovoru, má pouze 4 otázky. Každá souhlasná odpověď dostane 1 bod a podle množství bodů je hodnocená míra závislosti (čím více, tím větší problém s pitím, až závislost). (Kalina, K., a kol. (2001)

3.2 Druhy závislosti

Hlavním rizikem nadměrného užívání je rozvoj tělesné a psychické závislosti. Ty se rozvíjí hlavně při dlouhodobém užívání; většinou už v období, kdy jsou patrná tělesná i psychická poškození. Jellinek popsal a rozdělil vývoj závislosti do čtyř stadií: počáteční, varovné, rozhodné a konečné – už z názvů je jasná negativní progresse. (Minařík (2008), in Kalina, K. a kol. (2008). Přílohy, str. 343)

Heller (1996) popisuje tři druhy abúzu alkoholu:

Symptomatický abúzus: Někdy se také používá název „alkoholická toxikomanie“. Tento způsob popíjení je určován podle struktury osobnosti, v popředí je tzv. psychogenní podklad závislosti (vnitřní potřeba drogy jako náhrady za určité schopnosti / možnosti). Pro tento druh abúzu je typické samotářské pití, dávkování si a určování množství alkoholu, skrývání popíjení před okolím. Tento typ pití je velmi typický právě pro ženy – alkoholičky.

Systematický abúzus: Jedná se o stereotyp pití alkoholu společně s pijáckým chováním. Závislost vzniká na společensko-sociálním podkladě. Proto se často tento typ

abúzu označuje také jako „habituální závislost neboli etylismus“. Projevuje se vyhledáváním sociálních situací, při kterých je pití alkoholu běžné a společností přijatelné. Tento typ abúzu je typický spíše pro mužskou populaci alkoholiků.

Juvenilní abúzus: Je typickým raným stádiem popíjení - nejčastěji v dětství a nebo v mladistvém věku. V raném věku hrají roli převážně sociogenní faktory, například tlak vrstevníků. Z popíjení v mládí se nemusí nutně vypěstovat závislost, může v ni ale přerůst v dospělosti (obvykle kolem 30. roku života). Pro tento typ abúzu je typické, že dochází k zablokování osobnostního rozvoje. I když není v populaci až tak běžný, je zřejmé, že trend mladších experimentátorů je čím dál vyšší. (Heller (1996), str. 23 - 29)

Je popsáno pět různých typů závislostí (Jellinekova typologie z r. 1940):

- 1) **Typ alfa** – problémové pití – časté je pití o samotě, popíjení alkoholu jako „sebededikace“, potlačení nejistoty, úzkosti apod.
- 2) **Typ beta** – příležitostné pití – charakteristické je pití ve společnosti, ve skupině.
- 3) **Typ gama** – objevuje se preference piva a destilátů (typické pro anglosaské kraje, proto se tomuto typu někdy také říká *anglosaský typ*), objevují se poruchy kontroly pití, vzrůstá tolerance k alkoholu, zvyšuje se množství konzumovaného alkoholu, objevují se somatické komplikace a častá je psychická závislost.
- 4) **Typ delta** – preferovaný typ nápoje je víno – proto také název *románský typ*, typická je chronická a často denní konzumace alkoholu; udržování si neustále „hladinky“ alkoholu v krvi bez zjevných projevů opilosti, objevuje se výrazná somatická závislost.
- 5) **Typ epsilon** – tzv. epizodický abúzus neboli *kvartální pijáctví* – objevují se období velkého popíjení, které se střídají s obdobími abstinence. Období bývají často dlouhá, tento typ závislosti není až tak obvyklý.

(Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157)

3.3 Vznik závislosti

Závislost je multifaktoriálním jevem, kde je jen málokdy úplně jasná příčina vzniku nebo jich je víc a navzájem jsou propojené. Životní styl a sociální faktory jsou pro vznik závislosti velmi důležité, ale ovlivňují ji také vrozené předpoklady.

Nešpor (2004) ve své knize zmiňuje studii, která byla provedena na dvojčatech, kdy se výsledky porovnávaly u jednovaječných a dvojvaječných dvojčat. Jedná se tedy o porovnání na základě množství společného genetického materiálu. Z výsledků můžeme říct, že vrozené předpoklady mají na riziko vzniku závislosti výrazný vliv; zvyšují ho asi čtyřnásobně. Závislost u jednoho z rodičů však není jedinou nebo nevyhnutelnou příčinou vzniku závislosti u dětí. Platí ale, že genetika má vliv převážně na rychlost vzniku závislosti. Také z výsledků mé studie je patrný vliv abúzu alkoholu u rodičů na vznik závislosti u dítěte / respondenta.

Vznik závislosti je dále ovlivňován sociálním vlivem rodiny, ve které klient vyrůstá, modely a vzory chování, se kterými se během života setkává, pracovním i školním prostředím, životními situacemi a také tělesnou a duševní odolností jedince. V období životních krizí je vznik problémů s alkoholem častější a nebezpečnější. (Nešpor (2004) Z tohoto pohledu bych zmínila závislost jako naučený vzorec chování, který slouží jako únik nebo ulehčení negativní životní situace. Např. ztráta blízkého člověka může být spouštěcí situací, kdy se objevuje craving neboli bažení po alkoholu. Zvládání cravingu vyžaduje určité dovednosti – tzv. „coping strategie“, které se učí většinou během léčby nebo doléčování a jedná se o kognitivně behaviorální techniku zvanou „prevence relapsu“. Této tématice bych ráda věnovala následující oddíl mé diplomové práce. (Nešpor (2004)

4 Craving / Bažení a prevence relapsu

4. 1 Bažení

Pojem craving je v anglickém výkladovém slovníku definován jako „velmi silná touha“. V češtině pro tento jev máme zavedený výraz „bažení“. WHO definovala bažení jako „touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, se kterou má jedinec předešlou zkušenost“. (Nešpor, K., Csémy, L. (1999)

V MKN-10 je craving popsán jako „silná touha nebo pocit puzení užívat látku / látky“. V této definici je zajímavé slovo „puzení“, které naznačuje určitou kompulzivitu užívání látky, což je jedním z kritérií diagnostiky závislosti. Bažení souvisí i s dalšími z kritérií - se zhoršeným sebeovládáním, pokračováním i navzdory škodlivým účinkům apod. Přítomnost cravingu samotného je mimo jiné jedním ze šesti kritérií závislosti. (Nešpor, K., Csémy, L. (1999))

Bažení může být tělesné nebo psychické. Fyzické neboli tělesné bažení se objevuje při odeznívání účinků drogy nebo bezprostředně po jejich odeznění. Jedná se o reakci těla na probíhající / nastalou změnu. Psychické bažení se objevuje i po období, kdy už je jedinec bez účinků drogy. Spouštěčem může být určitá situace, zážitek, trauma apod. Neurobiologie vzniku bažení byla zkoumána americkými vědci, kteří rozdělení na tělesné a psychické bažení podpořili. Tělesné vzniká při útlumu aktivity mozkových center po jejich nadměrné stimulaci. Psychické souvisí s funkčností jiných center mozku, např. s nucleus caudatus, nucleus accumbens, s limbickým systémem nebo amygdalou.

Nešpor a Csémy (1999) dále ve své knize zmiňují Silvermanovo rozdělení cravingu po alkoholu z r. 1998:

- 1) Bažení během delší abstinence bez zjevného spouštěče (psychický craving).
- 2) Bažení při abstinenci spuštěné psychosociálními podněty (psychický craving).
- 3) Bažení při abstinenci jako reakce na negativní emoční stav (psychický craving).
- 4) Bažení po nahodilém požití malých dávek alkoholu nebo jiné návykové látky (zařazení není úplně jasné).
- 5) Bažení jako způsob zmírnění odvykacích potíží (fyzický craving).

Podle mého názoru nejde o dva různé typy cravingu, ale o dvě různé složky stejného jevu. První je fyzická a časem se dostavuje psychická. A při obou dochází k stimulaci různých mozkových center.

Výskyt bažení je tedy podmíněn více faktory a někdy je těžké je rozeznat nebo pojmenovat. Můžeme dokonce uvažovat o tom, že se často jedná až o podmíněnou reakci na danou situaci. Nešpor a Csémy (1999) ale ve své knize zmiňují výzkum, který ukázal, že bažení u závislých na kokainu souvisí s touhou navodit si pozitivní a příjemné pocity, ale bažení u závislého na alkoholu je z důvodu vyhnutí se pocitům nepříjemným.

To je docela zajímavá odlišnost a na základě zkušeností z rozhovorů s respondenty mého výzkumu, bych se k tomuto tvrzení přikláněla. Většina z nich popisovala nejen relaps jako odpověď na nepříznivou psychickou / sociální situaci, ale také na bažení a nepříjemné tělesné stavy.

Existuje také tzv. systém odměn - lidskému mozku je přirozené, že vyhledává zdroje odměny. Může jít o základní životní potřeby jako jsou potrava, vztahy, sex apod., a nebo se pak může jednat o ty nepřirozené a umělé zdroje odměny - drogy. Tento mechanismus odměny je rychlejší a jednodušší. Účinek je dokonce často i silnější a tím je příjemnější. Pro tyto účinky jsou drogy tolik vyhledávané a u závislých často úplně dominují nad přirozenými zdroji odměny. (Dvořáček (2008), in Kalina, K. a kol. (2008). Kap. 2, str. 26) Z toho plyne, že preference odměny je potom opravdu hlavně na straně drogy / alkoholu a jiné odměňování už závislému nestačí a není dost dobré. V takovém případě (při pocitu, že se člověk zaslouží nebo chce odměnit) sáhne alkoholik po sklenici.

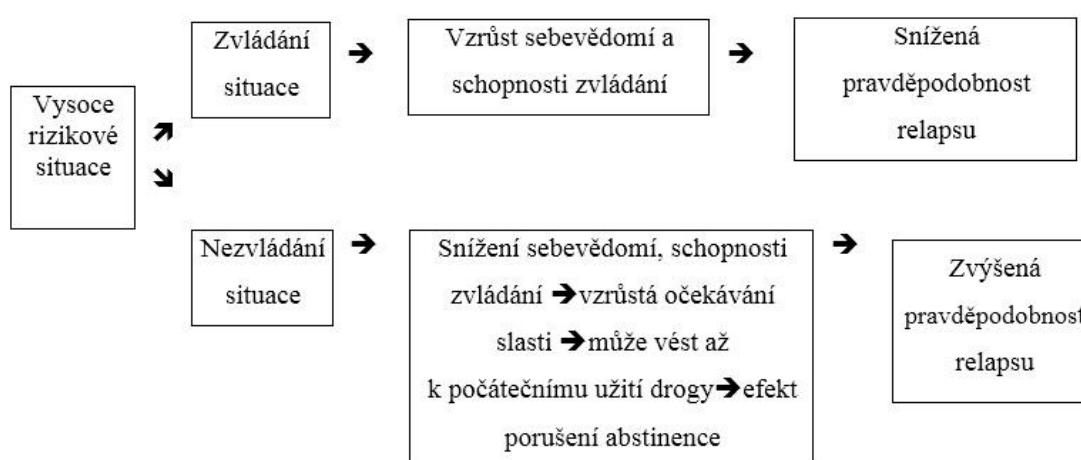
4.2 Bažení a relaps

Souvislost mezi bažením a relapsem popsali např. Marlatt a Gordon, kteří tento jev vysvětlili pomocí následujícího schématu, který shrnuli ve své knize Nešpor a Csémy (1999) :



Obr. č. 1: Souvislost mezi bažením a relapsem

Z tohoto schéma můžeme usoudit, že craving vede závislého do těžkých situací. Může buď dojít k racionalizaci a popření nebo k zdánlivě nevýznamným rozhodnutím. Pod tímto pojmem si můžeme představit na první pohled jednoduchá a nevinná rozhodnutí, která jsou ale pro jedince nebezpečná. Např. „Zajdu si do oblíbené hospody jenom na oběd a nedám si ani jedno pivo, takže je to v pořádku.“. Přesně takový čin je na první pohled nevýznamný a lehce odůvodnitelný („Jídlo bylo v této hospodě vždy moc dobré a levné.“), ale pro člověka, který v tom prostředí byl zvyklý popíjet alkohol, to může být právě ten největší krok vedoucí k relapsu. V další části schématu je vidět, že k relapsu nutně dojít nemusí:



Obr. č. 2: Relaps

Z druhé části schématu lze vyčíst, že i přes výskyt rizikových situací, jsou dvě možnosti – zvládnutí/nezvládnutí situace. Nutně tedy nemusí dojít k relapsu. Samozřejmě ale takové situace riziko relapsu zvyšují. (Marlatt a Barrett (1994), in Kalina (2000))

Bylo by dobré přiblížit, co to vlastně relaps je. Jedná se o porušení abstinence a návrat k užívání návykové látky (v medicínském pojetí závislosti bychom spíše mluvili o termínu „recidiva“ – návrat k nemoci). Existuje ještě tzv. „laps“, který bychom mohli přeložit jako „uklouznutí“ – jednorázové užití drogy. Je popsán třístuňový model Abstinence-laps-relaps. Znamená to tedy, že jednorázové porušení abstinence neboli „laps“ může, ale nutně nemusí, vést k relapsu čili k vrácení se k pravidelnému nebo vícenásobnému užití. (Kuda (2008), in Kalina, K. a kol. (2008). Kap. 16, str. 226 - 227)

Už jsem jednou zmínila jména Marlatt a Gordon, která jsou v této tématice velmi důležitá. Právě oni popisovali souvislost mezi cravingem a následným relapsem a vytvořili tzv. RP model (relapse prevention model), který je založen na sociálně-kognitivní psychologii (teorie založená na výkladu lidského chování, které je ovlivněno nejen vnitřními pochody – kognicí, ale také sociálním prostředím jedince – sociální vlivy: Janoušek, J. (1992) a kognitivně-behaviorálních strategiích, které zabraňují a nebo omezují četnost epizod relapsů. Tím nejdůležitějším na celém modelu je sestavení postupného schématu situací a klasifikace jednotlivých faktorů, které předchází a zapříčiňují relaps. Tyto faktory jsou rozděleny do dvou skupin – přímé determinanty (rizikové situace, schopnosti zvládnání, porušení abstinence apod.) a skrytí předchůdci (nerovnováha životního stylu, craving). (Larimer, M. E., Palmer, R. S., Marlatt, G.A. (1999), str.152)

4.2 Prevence relapsu

Velmi důležitou složkou léčby a prevence relapsu je práce s motivací. Miller a Rollnick (2002) popisují motivaci jako stav odhodlání dosáhnout určité změny nebo určitého cíle. Tento stav se ale mění s časem i v závislosti na situaci. Lze jej tedy vhodnými terapeutickými intervencemi ovlivnit. Miller a Rollnick (2002) definovali správný postup při tzv. motivačních rozhovorech. Je důležité pracovat s ambivalencí klienta a správnými postupy jej motivovat ke změně. Mezi základní terapeutické postupy patří např. empatie, využití odporu klienta, vyhýbání se hádkám a konfliktům s klientem, podpora vlastních schopností klienta a v neposlední řadě rozvíjení rozporů mezi současným chováním a budoucí změnou. (Miller, W.R., Rollnick, S. (2002), str. 49 - 55) Díky motivační práci se klient učí změně přístupu k užívání alkoholu.

Jak jsem již zmínila, míra motivace se mění podle stavu klienta, existuje dokonce tzv. cyklický koncept stádií motivace, neboli model zvaný „Kolo změny“, který byl sestaven psychology Prochaskou a DiClementem (1982) a který popisuje proces změny, kterými člověk prochází. Jednotlivé popsané fáze se týkají nejen změny v terapii, ale také změn v běžném životě. (Miller, W.R., Rollnick, S. (2002), str. 14)

V první řadě je důležité uvědomit si symboliku kruhu, ve kterém jsou fáze zakresleny – odráží realitu průběhu změny. Závislý si všemi fázemi projde zpravidla několikrát.



Obr. č. 3: „Kolo změny“

Existují tedy fáze – Pre-awareness / Prekontemplace, kdy klient o změně ještě ani neuvažuje. Následuje fáze Contemplation/Kontemplace, kdy už klient vnímá, že alkohol nemá vždy jen pozitivní účinky, pro změnu se ale ještě nerozhoduje – to nastává až v další fázi – Decision / Rozhodování. Klient zvažuje pro a proti a rozhoduje se, zda podstoupí léčbu. Rozhoduje se jaký typ léčby je pro něj nejvhodnější a sbírá informace, popř. první kontakty. Další fáze je už fáze Active change / Jednání, kdy klient nastupuje do léčby a aktivně se léčí. Poslední fází Kola změny je Maintenance / Udržování – jde o stadium abstinence po absolvování léčby.

Políčko relapsu (jak je vidět v obrázku) je součástí všech výše zmíněných fází. Nemusí jít nutně o navrácení se k užívání, může jít také o vrácení se v Kole změny do předešlé fáze. (Miller, W.R., Rollnick, S. (2002), str. 15 – 16) Každopádně relaps provází závislého všemi obdobími jeho závislosti – nemusí k němu nutně dojít, je ale důležité o něm vědět, pracovat s možností relapsu a učit se mu předcházet.

Součástí mé práce je také výzkumná část, kde sběr dat probíhal na detoxifikační jednotce. Pokud bych se pokusila zařadit své respondenty do Kola změny, určila bych jim určitě fázi Akce neboli Jednání. Pacienti se rozhodli pro léčbu – kterou už aktivně podstupují. U některých respondentů bych ale ještě přemýšlela nad fází Rozhodování – sice byli pacienti na detoxu, ale něchtěli pokračovat do další léčby a z našeho rozhovoru spíše vyplývalo, že si přišli na pár dní „odpočinout“, vyčistit se a možná si i snížit toleranci. Pro úplně zařazení do Kola změny by byla potřeba delší práce

s klienty a také práce s jejich motivací. Bylo by také zajímavé zjistit, jestli u těch, kteří nepokračovali do rezidenční léčby, došlo po návratu z detoxu k relapsu a po jak dlouhé době to bylo.

Další důležitou složkou prevence relapsu je tzv. intervence zaměřená na rodinu nebo intervence zaměřená na pracovní prostředí. Relaps totiž může úzce souviset s prostředím, ve kterém se člověk nachází a se začleněním do určité společnosti. Rodina a vztahy mají velký vliv na celkový životní styl, duševní stav i na ostatní aspekty, které mohou působit na výskyt cravingu a na odolnost vůči relapsu. Během svého výzkumu jsem zjistila, že většina respondentů uvádělo, že z jejich pohledu došlo k relapsu právě kvůli rozpadu vztahu, problémům ve vztahu apod. Dalším asi nejčastějším důvodem byly problémy v pracovním prostředí – ztráta zaměstnání, finanční problémy z důvodu nezaměstnanosti apod. Všechny tyto situace způsobují stres, který je jedním z hlavních spouštěčů relapsu. Proto je nutné, umět stres odbourávat. To je dalším z hlavních cílů prevence relapsu. (Nešpor, K., Csémy, L. (1999))

Jednou z nejdůležitějších částí prevence relapsu je identifikace rizikových situací. Pro každého závislého existují různé situace, které jsou pro něj rizikové a ještě na ně reaguje individuálně. Na terapeutovi tedy je, aby zjistil, jak na dané situace pacient reaguje, najít slabší oblasti v chování a rozhodování v těchto situacích a KBT technikami trénovat změnu.

Marlatt definoval několik oblastí rizikových situací, které nejčastěji mají vliv na relaps:

- Prvním z nich je např. „negativní emocionální naladění pacienta“ – úzkost, strach, nejistota, vnitřní konflikt. Marlatt udělal v roce 1996 výzkum na příčinu relapsu u alkoholiků v rezidenční léčbě a právě negativní emoce byly uváděny jako nejpravděpodobnější příčina relapsu u většiny respondentů. Důvody těchto negativních naladění byly nejčastěji – nuda, osamělost a nebo reakce na situace pocházející z okolí – vztek, strach (velmi často byly důvody těchto pocitů vztahy respondentů, problémy v práci a nebo tíživá finanční situace).
- Druhá oblast jsou situace interpersonální – konflikty, hádky nedorozumění, nejčastěji s blízkými osobami respondentů.
- Sociální tlak okolí byl uveden jako příčina celkem 20% relapsů u oslovených pacientů – nejčastěji tím bylo myšleno přemlouvání okolí k požití alkoholu, přítomnost lidí popíjející alkohol apod.

- Další oblastí je možná překvapivě také pozitivní emoční naladění závislých – pozitivní situace, dobrá nálada, euforie spojené s cravingem a nebo pocitem, že je chvíle na oslavu, odměnu apod. Dříve už jsem zmínila vliv systému odměn na relaps.

(Larimer, M. E., Palmer, R. S., Marlatt, G.A. (1999), str.152)

Dostat se do výše zmíněných rizikových situací není nic těžkého, je to spíše otázka každodenního života ve společnosti. Proto je důležitý tzv. „coping“ nebo-li „schopnost zvládnutí“. Základem toho je včasné a jasné uvědomění si rizikové situace, kognitivní zhodnocení a behaviorální adaptace – např. opuštění rizikového místa, práce s emocemi, řešení vzniklého konfliktu apod. Což bývá velmi obtížné. Pití alkoholu a jeho účinky totiž primárně naplňují potřeby závislého. Alespoň z počátku užívání jsou totiž vnímány hlavně pozitivní účinky a změny, které alkohol dává závislému. V opilosti se snižuje úzkost a intenzita depresí, zlepšuje se nálada, člověk je komunikativnější, vymizí případné odvykací problémy. Taková očekávání jsou přímo spjata s pitím alkoholu – proto jsou také nebezpečné pro relaps. Velká část závislých v léčbě si totiž nedovede představit, že by bez alkoholu mohli dosáhnout stejných účinků a pocitů.

Zajímavé ale je, že při porušení abstinence nejsou většinou tyto představy naplněny nebo jsou naplněny nedostatečně, což vede ke zklamání. Vzpomínky na účinky alkoholu z dob užívání jsou abstinencí pozměněny a zůstávají jen ty pozitivní – závislý si tedy alkohol asociuje jen s příjemnými pocity a to jej vede k představě, že s alkoholem se cítí lépe (samozřejmě to nelze tvrdit o všech případech, ale obecně platí, že mozek si s postupem času pamatuje převážně kladné vzpomínky a události).

Existují tzv. spouštěče, definované Nešporem a Csémy (1999), které znovu obnovují užívání. Ty se mohou dělit na vnitřní (úzkost, strach, deprese, nejistota atd.) a vnější (stres, životní situace, změny v životě, ztráta blízké osoby apod.).

Je popsáno pět možností, jak závislí na takové spouštěči mohou reagovat:

- 1) Spouštěč může být zvládnut bez toho, že by se objevilo bažení.
- 2) Spouštěč vyvolává bažení. Bažení je však zvládnuto a tím se oslabuje a mizí. Schopnost zvládnutí bažení vzrůstá.
- 3) Spouštěč vyvolává bažení. Bažení tentokrát už vede k relapsu.
- 4) Dojde přímo k relapsu, aniž by se bažení objevilo – tzv. automatické jednání, které často není jedincem ani uvědomované.

- 5) Spouštěč vyvolá bažení, nedojde sice přímo k recidivě, ale člověk začne více vyhledávat spouštěče (např. zdánlivě nevýznamná rozhodnutí) – což posiluje bažení.

Marlatt popsal tzv. efekt porušení abstinence – v tomto případě mluvíme o tzv. lapsu, kdy se alkoholik po nějaké době abstinence napije alkoholu. Jsou popsány tři skupiny lidí a jejich reakcí na toto „selhání“. První skupina se skládá z těch, kteří na laps reagují silným pocitem viny a vlastního selhání – takoví lidé se většinou postupem času vrací k užívání alkoholu, aby negativní pocity utlumili. I přesto však tito lidé chtějí abstinovat, většinou se ale stydí veřejně přiznat k vlastnímu selhání (tak je laps těmito lidmi většinou subjektivně vnímán) a pomoc nevyhledávají.

Další skupina reaguje na napití spíše rezignací („Stejně na to nemám, nikdy nebudu schopný/á abstinovat“). Tito lidé se většinou vrací k alkoholu s pocitem, že nejsou schopni abstinence a proto snahu o ni často vzdávají.

Poslední skupina jsou lidé, kteří často ihned vyhledávají pomoc odborníka a k lapsu přistupují jako k lekci, ze které se mají poučit a která jim dává ponaučení do budoucnosti. (Larimer, M. E., Palmer, R. S., Marlatt, G.A. (1999), str.153)

Již jsem zmínila pojem „zdánlivě nevýznamné rozhodnutí“ a k tomuto jevu bych se teď vrátila. Marlatt jej definuje jako každodenní rozhodnutí, které nemusí být jedincem ani asociováno s pitím, ale které ho vede do rizikových situací. Ty často zapříčiní laps a nebo dokonce relaps. Na těchto rozhodnutích je asi nejvíce rizikové to, že nejsou uvědoměné a často jde o drobné věci, které se společně spojují v řetězec rozhodnutí a událostí, které nenápadně vedou k znovu-napití. Tento proces je řízen z podvědomí a závislý si vědomě nepřipouští, kam ho tato rozhodnutí vedou. Příkladem bych třeba dala situaci, kdy si abstinující do původně „suchého domu“ (bez alkoholu) pořídí láhev oblíbeného alkoholu jen pro případ, že by přišli známí na návštěvu. Vědomě si takový člověk myslí, že alkohol není pro něj a on/ona ho pít nebude, ale podvědomě ho koupí proto, aby měl alkohol doma a byl pro něj dostupný. (Larimer, M. E., Palmer, R. S., Marlatt, G.A. (1999), str.154)

Z výše zmíněného bychom mohli definovat a alespoň částečně vymezit životní styl „závislého – abstinujícího“. Takový člověk musí rozeznávat krizové situace, potenciální spouštěče. Také musí racionalizovat představy a vzpomínky na účinky alkoholu. Ani jedno z toho není nic jednoduchého, ale je možné najít alternativy a postupy zvládnání těchto rizik. Např. zmírňovat nervozitu a úzkosti pomocí cvičení,

relaxace, hudbou apod. Samotu zahánět aktivním vyhledáváním přátel, obnovením starých kontaktů nebo třeba pokud trápí nuda, najít si dostatek koníčků a činností, aby byly zaměstnané nejen ruce, ale i mysl. Dá se tedy říct, že je nutné, aby životní styl „závislého – abstinujícího“ byl odlišný od životního stylu „závislého – užívajícího“. A to je přesně to, co je potřeba pacienty naučit a nebo jim tuto možnost alespoň přiblížit. A to už během léčby, ale také v doléčování – tomuto se věnuje právě prevence relapsu.

V léčbě se pacient učí strategie a techniky, jak udržet změnu návyků, které jsou nutně spjaté s abstinencí. Jde o určitou sebekontrolu, kdy se mění klientův self-management a dochází právě k důležité změně celkového přístupu k sobě sama, vlastnímu zdraví, trávení času a tím se mění celý dosavadní životní styl, který byl nastolený během období užívání alkoholu. Je tedy nutná změna životního stylu a jeho stabilizace. (Kuda (2008), in Kalina, K. a kol. (2008). Kap. 16, str. 232)

Nerovnováha životního stylu

Na abstinujícího je kladen tlak zvenčí („měl bych“) a tlak zevnitř („chtěl bych/chci“). To vede k vysoce rizikovým situacím, kdy je nutná změna životního stylu, protože je v nerovnováze a závislý si musí vybírat, jestli bude dělat to, co musí (nebo se od něj očekává) a nebo to, co chce. V běžném životě to může být těžký úkol – např. stejná pracovní pozice se stejnými kolegy, kteří chodí do hospody po práci a tím, že se abstinující nepřidá se vlastně vyčleňuje z kolektivu. V tomto případě (pokud nelze změnit práci) je nutné změnit v podstatě celou situaci – např. naplánovat popracovní týmové sportovní aktivity, team buildingový výlet, návštěvu nějaké kulturní akce (divadla, koncert) apod. Všechny aktivity lze samozřejmě doplnit popíjením alkoholu, ale není to u nich nutné a nevyhnutelné jako při sezení v hospodě. Zároveň se abstinent nebude cítit vymezen ze skupiny. (Larimer, M. E., Palmer, R. S., Marlatt, G.A. (1999), str.157)

Z předchozího odstavce tedy vyplývá, že čas, který byl tráven nad sklenkou alkoholu, je nutné trávit něčím jiným – nejlépe činností, která také přináší uspokojení a naplnění. Často se totiž stává, že závislost na alkoholu v době užívání plně nahradí veškeré jiné aktivity a koníčky – v době abstinence je tedy důležité je nahradit. Marlatt v této souvislosti mluví dokonce o „pozitivních závislostech“, které mají nahradit ty negativní (alkohol). Jedná se např. o sport, meditaci, cestování, četbu apod. A nebo také

o obnovení vztahů v pacientově okolí – rodina, kamarádi, staří známí – obnovení společenského života. Tyto činnosti dlouhodobě zlepšují náladu, uvolňují stres a fungují jako náplň času. (Larimer, M. E., Palmer, R. S., Marlatt, G.A. (1999), str.157)

Důležité je ale, aby klient pracoval také na sobě. Kalina (2013) uvádí podle De Leona a spol. pět bodů, na nichž klient může pracovat a měnit se (Five „S“ for Self chase+ překládáno jako Pět „S“ pro sebezměnu):

- 1) Sebepečce – dobrá péče o sebe zvyšuje pocit sebehodnoty (je tedy nutné zlepšení sebe-hygieny, udržování zdraví apod.).
- 2) Sebesledování – nutné je porozumění vlastním reakcím, identifikovat a ovládat vlastní impulzivní jednání apod.
- 3) Sebeřízení – Klient se musí naučit promýšlet činy dřív, než je vykoná – uvědomovat si jejich následky.
- 4) Sebeporozumění – Existuje spojitost mezi minulou zkušeností, aktuálním prožíváním a budoucím jednáním – to je nutné, aby si pacient uvědomil a uměl s tím pracovat.
- 5) Sebepečetí – Je důležité uvědomit si vlastní hodnotu a smysl svého života. Klient si musí uvědomit, že chce a může změnit svůj život k lepšímu (i přes možná „zakopnutí“, které ho mohou potkat).

Existuje totiž jev „podstatné zlepšení v užívání drog“, který připouští ojedinělé relapsy k původní droze bez trvalé recidivy závislosti (NIDA, 2012, in Kalina a kol., in print 2014, kap. 35). Při každém relapsu je ale důležitá následná péče, kterou sobě pacient věnuje. Je pak nutné znovu obnovit abstinenci, aby se relaps plně rozvinul. Abstinence je totiž spíše prostředek, nikoliv cíl, a proto je nutné léčebné výsledky zakotvit ve změně životního stylu – tzn. díky abstinenci může dojít k trvalé změně v životě závislého (Skála a kol.,1987, in Kalina a kol., in print 2014, kap. 35). Ale slepě se hnát jen za abstinencí a přitom neměnit svůj přístup k životu e spíše stresující řešení situace, které může vést k relapsu. Důležitá součást změny je tedy pozornost vůči sobě samému, sebemonitoring, sebeovládání a sebepoznání – v první řadě. V další potom práce a zlepšování vlivů z okolí. Nejdůležitější je ale určitě udržení úplné abstinence v prvním roce po léčbě (Nešpor, 2011, in n Kalina a kol., in print 2014, kap. 35).

5 Léčba závislosti

Existuje psychická, fyzická a sociální složka závislosti i odvykání – při léčbě je tedy nutné pracovat se všemi – s tělem, myslí i se sociálním okolím závislého.

Při léčbě se objevují negativní fyzické stavy (abstinenční syndrom), které jsou pacienty někdy velmi těžko zvládnuty. Charakteristické projevy je třes, pocení, úzkost, zvracení, bolesti hlavy, pocity slabosti a poruchy spánku. Odvykací stav u alkoholu může být dokonce velmi nebezpečný. Při „normálním“ průběhu odezní příznaky do několika dnů, ale mohou se také objevit komplikace – křeče, epileptické záchvaty a dokonce může dojít k životu ohrožujícímu deliriu tremens, stavu s vysokou mortalitou (pokud se takový stav objeví v období aktivního užívání alkoholu, mluvíme spíše o intoxikačním deliriu). Projevy deliria jsou např. změny a poruchy vědomí, kognitivních funkcí, objevují se halucinace, bludy a dezorientace. Z biologických příznaků je přítomný hrubý třes (od toho také název tremens), křeče, pocení apod. Nebezpečný je tento stav ale hlavně tím, že dochází k celkovému metabolickému rozvratu organismu. Proto je nutné monitorovat vitální funkce a co nejrychleji zahájit intenzivní léčbu. (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157)

V takovém extrémním případě je tedy samozřejmě nutné v první řadě řešit fyzické komplikace, po odeznění těchto problémů je teprve možnost věnovat se dalším aspektům léčby jako jsou ty psychické a sociální.

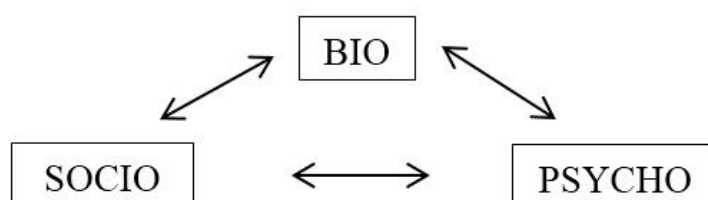
Kalina (in Kalina a kol, 2008, kap. 22) uvádí jako cíl léčby závislosti podle WHO „změnu, která přináší zlepšení zdraví závislého a kvalitu jeho života“. WHO v r. 1998 (citováno tamtéž) definuje tři oblasti: snížení závislosti, snížení nemocnosti a úmrtnosti (způsobené nebo přímo spojené s užíváním drog), podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu pacientů a jejich sociální integrace.

Existují různé teorie vzniku závislosti a její léčby. Společně ale vydefinovali faktory, které ovlivňují vznik závislosti:

- kulturní faktory (jednotlivec je součástí skupiny, která ovlivňuje jeho postoje na užívání alkoholu, který díky přístupu okolí může být i více dostupný)
- environmentální faktory (jednotlivec je ovlivněn životními událostmi, faktory učení a podmiňováním – např. nepříjemné zážitky, zkušenosti)
- interpersonální faktory (sociální vlivy, volba životního stylu, tlak vrstevníků a rodinné faktory)

- intrapersonální faktory (osobnost, rozdíly v pohlaví, osobní vývoj).

Každá z teorií klade důraz na jednu oblast výše zmíněných faktorů a na této oblasti staví následnou léčbu závislosti. (Millerová (2011), str. 31-33) Existuje ale např. tzv. Bio-psycho-sociální model, který se věnuje komplexně hned několika složkám závislosti. Mezi těmito složkami je kauzalita a většinou nelze (nebo jen velmi obtížně) s úplnou přesností zjistit, z které složky pramení úplně prvotní problém způsobující závislost. Ve většině případů není možná ani tak důležité, který problém byl jako první, protože je hned po svém vzniku ovlivněn dalšími faktory z jiných oblastí. K lepší názornosti bych uvedla následující graf.



Obr. č. 4: Faktory

Biologická složka zahrnuje geneticky dané vlastnosti - fyziologické a povahové rozdíly. Psychologickou a sociální složku můžeme spojit do tzv. psychosociální složky, kam patří interakce jednotlivce se společností – rodinou, vrstevníky, komunitou, sociální interakce a učení, individuální vnímání a myšlení apod.

Všechny složky jsou tedy navzájem propojené a ovlivňují se. Pokud je problém v sociální sféře jednotlivce, nespokojenost působí na jeho psychiku a z toho často pramení i fyzické komplikace a onemocnění. Co se závislosti týče – pokud je užití návykové látky způsobeno např. tlakem vrstevníků, vzniká současně tlak na psychiku jedince. Celková situace (stres, působení chemické látky) pak samozřejmě působí i v biologické sféře.

Tento model pomáhá pochopit závislost právě jeho komplexnostní, ale zároveň je v něm prostor pro vnímání individuality všech jednotlivců. Na každého totiž faktory z jednotlivých složek působí různě a mají tak i jiné dopady ve zbylých oblastech. (Millerová (2011), str. 33)

Velmi důležitý je matching - párování potřeb pacienta s intervencí neboli s typem léčby. Důležitou roli v rozhodování o vhodné léčbě hrají tedy psychologické

aspekty pacienta, jeho sociální situace, schopnost uhradit poplatky za léčbu, délka závislosti, míra motivace ke změně, předešlé zkušenosti s léčbou a abstinencí apod. Roli může hrát také pohlaví, věk nebo třeba náboženské vyznání pacienta. Je také důležité, aby se zvažoval jeho zdravotní stav. Vhodným párováním můžeme zajistit větší efektivitu léčby pro daného pacienta. Celkově je tzv. předléčbené poradenství velmi důležité také pro průběh vybrané léčby. (Nešpor (2003), in Kalina, K. a kol., IV-1, str. 213 - 215) Právě nevhodný výběr zařízení může být důvodem předčasného vypadnutí klienta z léčby.

V léčbě závislostí se osvědčilo několik postupů a metod, které ale nejsou zahrnuté ve všech typech zařízení nebo nemusí všem pacientům vyhovovat. Proto je velmi důležité, aby se klient pečlivě rozhodl, do jakého zařízení se chce jít léčit a je také nutná pomoc terapeuta se správným matchingem klienta pro vybranou službu.

Existují totiž faktory, které ovlivňují úspěšnost intervencí v léčbě. Ty jsou buď na straně pacienta nebo jsou také faktory na straně probíhající léčby – např. pro nastolení, ale hlavně pro udržení, změny na straně klienta je nutné dokončení léčebného programu - to jsem již zmínila v předešlém odstavci. (Viz např. De Leon (2010, in Kalina a kol., in print 2014, kap. 35) Tzv. „drop out“ nebo-li „předčasné vypadnutí“ z léčby je totiž velmi častým jevem. Uvádí se dokonce, že předčasně odejde z ambulantní léčby až 50% pacientů, z např. terapeutických komunit bude číslo o něco menší – asi 35%, ale je neméně podstatné. Nejčastěji klienti z léčby vypadávají v prvním období léčby (tzv. „early drop out“), kdy je nutná největší změna. Řádné ukončení léčby je dokonce považováno za nejdůležitější prediktor úspěchu – abstinence. (Kalina a kol., 2008, kap. 22 a 27).

Tyto informace mě velmi zaujaly, a proto jsem se zamýšlela nad respondenty mého výzkumu – převážná většina z nich totiž zmínila předčasný odchod z léčby. Důvody vypadnutí byly nejčastěji porušení pravidel zařízení a nebo nespokojenost s nějakou proběhlou událostí v rámci léčby (zakázání vycházek apod.). A také nízká motivace v léčbě pokračovat.

Důležitým faktorem pro účinnost léčby je také její přiměřená délka – léčba kratší jako tři měsíce se obecně nepovažuje za účinnou (kratší léčby byly velmi často zmiňovány účastníky mého výzkumu). V takto krátkých léčbách není dostatek času pro změnu nebo pro vypěstování si schopnosti změnu udržet. Je proto velmi důležité věnovat pozornost a klienty aktivně zapojovat do následné péče (především v prvních 6-ti měsících po skončení léčby). Změna může být další prací s pacientem prohloubena a

lépe kotvena. U krátkých léčebných programů může doléčování do určité míry délku léčby kompenzovat.

Nejčastější intervence používané v léčbě závislosti na alkoholu jsou: psychoterapie, rodinná terapie, relaxace, pohyb a v neposlední řadě také léková terapie. Ta je v léčbě alkoholismu specifická a na léčbu závislosti na alkoholu přímo zaměřená (ostatní typy terapií a intervencí jsou v léčbě všech závislostí zastoupeny obecně).

5.1 Léková terapie

Podávání léků je mířeno hlavně na přidružené vlivy alkoholu, ne přímo na samotnou závislost. Jsou většinou nasazeny na zdravotní problémy, které vznikly z důvodu užívání návykových látek a nebo např. na psychické problémy (vzniklé ať už kvůli závislosti a nebo ještě před ní).

Nešpor (2004) zmiňuje léky, které jsou na závislost víceméně namířeny. Jsou to např. látky, které mírní bažení (akamprosát a naltrexon). Tyto látky působí přímým účinkem právě na craving, což může zabránit relapsu. U nás se tyto dva léky používají v praxi poměrně běžně, jejich podávání by mělo být součástí komplexní léčby. Výhodou je, že se tyto léky mohou užívat i v případě recidivy – dokonce pomáhají se zvládnutím relapsu a navrácení se k abstinenci.

Dalším významným lékem používaným v léčbě závislosti je disulfiram neboli antabus. Pokud je tento lék přítomný v těle v dostatečném množství, dojde po požití alkoholu k typické reakci. Příznaky této jakoby alergické reakce je zčervenání kůže, bušení srdce, bolest hlavy, nevolnost až zvracení, změní se krevní tlak, může se objevit malátnost až mdloby. Jedná se tedy o velmi nepříjemný stav. Proto je antabus podáván – slouží jako pomoc pro ty, co s pitím chtějí přestat. K takové léčbě je samozřejmě nutný souhlas pacienta a je důležité předchozí vyšetření. (Nešpor (2004)

Nejde ovšem o nějaký typ averzivní terapie – tedy „napiješ se a bude ti zle, čili se příště radši nenapiješ“, jde spíše o podporu abstinujícího ve změně chování.

5.2 Harm reduction / Kontrolované pití

Kontrolované pití je vlastně harm reduction v sekundární prevenci, kdy se jedná o pragmatický přístup, který nabízí závislým na alkoholu alternativu ke klasicky abstinenčně orientované léčbě. Dříve byla tato technika považována za neefektivní a nefunkční, v r. 1973 provedli manželé Sobellovi studii, kterou zmiňují ve svém článku

Vacek a Vondráčková (2012), na které ukázali, že kontrolovaného pití jsou někteří alkoholici schopní. V dnešní době je kontrolované pití vnímáno jako možné spojení s léčbou i alkoholiků, kteří by se pro úplnou abstinenci nerozhodli.

Ti, co si kontrolované pití vyberou, jsou mladší, méně pocházejí z tzv. „alkoholových rodin“, mají kratší pijáckou historii a odmítají označení „alkoholik“. Právě u kontrolovaného pití se hodně využívá léků, které jsem zmínila v předešlé podkapitole – akamprosatu, naltrexonu. (Vacek, J., Vondráčková, P. (2012), str. 147)

Kontrolované pití je mírně kontroverzní „nápad“ se kterou se ne všichni lékaři, terapeuti apod. ztotožňují, z pohledu mé práce je ale velmi zajímavé – stále sice totiž dochází při kontrolovaném pití ke změně životního stylu, změna není ale tolik rapidní jako u úplné abstinence. Pokus o kontrolované pití zmínilo několik respondentů v mém výzkumu, proto bylo důležité zařadit jej také do teoretické části. Většina z mých respondentů totiž nebyla dlouhodobého kontrolovaného pití schopná. (Vacek, J., Vondráčková, P. (2012), str. 147)

6 Alkohol a životní styl

Nejdůležitější a stěžejní kapitola mé práce je věnovaná hlavnímu tématu mého výzkumu – životnímu stylu. Jak jsem již zmínila v úvodu – jde o subjektivní pojem, který může být různými lidmi vnímán odlišně. Obecně jej můžeme definovat jako způsob, jakým lidé žijí a můžeme ho definovat z několika úhlů a hledisek - psychologického, pedagogického, sociologického ale také např. medicínského apod. (Duffková, Urban, Dubský (2008), str. 90)

Podle Durbina popisoval životní styl – neboli style of life už Alfred Adler. Ten ho viděl jako vlastní osobnost člověka, jednotu jeho osobnosti, jeho názory, problémy se kterými se člověk v životě setkává a také jako jeho přístup k životu a přístup ostatních k němu samému. Životní styl jednotlivce je tedy utvořen společně s vývojem člověka – má vliv na jeho chování, které zase naopak zpětně ovlivňuje celkový koncept životního stylu. Dítě se hned po narození dostává do interakcí s okolním světem, řeší problémy, získává si názory na nejrůznější situace – podle Adlera se tedy hned po narození tvoří životní styl člověka. Každý člověk je jedinečnou osobností, která se utváří podle vlastního přesvědčení a za vlivu okolí – stanovuje si cíle, učí se z vlastních chyb a přizpůsobuje si vlastní život podle okolností – mění tedy svůj vlastní osobní životní styl. (Durbin, P. G.)

Kdybych Adlerovy teorie aplikovala na alkoholismus a abstinenci – životní styl při užívání alkoholu je vlastně nastavené chování, jak se potýkat s problémy. Je to vlastní volba, jak si alkoholik nastavil svůj životní styl, ale může být přitom ovlivněn i okolím (např. rodiči alkoholiky apod.). (Durbin, P. G.)

Adler tvrdil, že člověk je utvořen lidskými zkušenostmi. Na rozdíl od Junga si totiž nemyslel, že by člověk prožíval zkušenosti jako traumata – naopak, poučí se z nich, zpracuje je a životní styl se podle toho upraví. Proto může dojít ke změně přístupu, kdy se člověk rozhodne pro abstinenci-změnu a dojde ke stanovení cíle – život bez alkoholu. Je tedy nastaven nový životní styl a relaps je jen další změnou. (Durbin, P. G.)

Durbin dále zmiňuje Adlerovo rozdělení osobnosti na 4 druhy podle jejich životního stylu:

- 1) Ten, který je dobře přizpůsobivý, hledá řešení vlastních problémů tak, aby pomohl nejen sám sobě, ale také svému okolí
- 2) Ten, kdo se snaží dokazovat svou sílu a svrchovanost tím, že ovládá druhé
- 3) Ten, kdo chce vše získat, ale tak, aby ho to samotného nestálo úsilí – využívá tedy pomoci ostatních
- 4) Ten, kdo se vyhýbá všemu rozhodování

Další z pojmů, které Adler ohledně této tematiky definoval, byl tzv. sociální zájem, social interest. Ten popisuje jako hnací motor, díky kterému se člověk vyvíjí. Na svět přijde jedinec ničím neposkvřen a neovlivněn – „tabula rasa“, a je závislý na svém okolí. Díky sociálnímu zájmu se ale začne utvářet a čerpat zkušenosti z okolí, díky kterým postupně utváří a mění svůj životní styl. (Durbin, P. G.) Adler tedy definoval životní styl jako něco, co se utváří už od narození.

Psychologický slovník definuje tento pojem následovně: jedná se o individuální souhrn postojů a dovedností, které se odrážejí v činnosti člověka. Zahrnuje síť mezilidských vztahů, výživu, fyzický pohyb, volnočasové aktivity a také organizaci svého času. (Hartl, P., Hartlová, H. (2010), str. 308)

Myslím, že jsem dostatečně přiblížila psychologický náhled na životní styl – jak jsem ale v úvodu kapitoly psala, přístupy k vysvětlení tohoto fenoménu jsou různé.

Sociologický slovník pojem životní styl definuje jako způsob projevu v chování, myšlení a činnosti jedince, který má charakteristické rysy vymezující ho vůči jiným stylům. Životní styl ze sociologického pohledu tedy vyjadřuje hodnoty jedince a nebo

společensví a jejich projev. Jedná se tedy o psané i nepsané normy, na které lidé berou ohled ve vztazích a v chování. Normy jsou ale ovlivněny subkulturou, společenskými tradicemi v daném společensví, ale také věkem, společenským postavením a rolí jedince. (Jandourek (2001), str. 243)

Nešpor a Csémy (1999) ve své knize zmiňují, že pro udržení abstinence je nutná úprava životního stylu. Obecně totiž platí, že by měl být životní styl odlišný od toho, který „vedl“ k užívání. U mnoha lidí totiž vzniká při výskytu stresu, při únavě apod. bažení a tím celkově dochází k nahromadění spouštěčů. Nevhodný životní styl bývá typický několika věcmi (které mohou být přítomné společně a nebo izolovaně). Jednou z nejdůležitějších věcí je zaměstnání a riziková jsou právě ta, kde je běžné setkávat se s alkoholem (číšníci) nebo je to zaměstnání náročné na únavu a režim (noční směny), vyskytuje se velký tlak a stres apod. V době abstinence je proto často nutností změnit zaměstnání (i přesto že samotná změna je riziková situace). Důležité je také odbourávat stres, zajistit dostatek spánku, volnočasové aktivity apod. V neposlední řadě jsou určité podstatné vztahy abstinujícího – ideální by bylo, aby si abstinující vytvořil síť sociálních vztahů, která je pro něj plnohodnotná, podporující a není asociovaná s užíváním alkoholu – což je ale pochopitelně téměř nemožná věc. Proto je důležité zdůraznit slovo podporující – tzn. obklopit se lidmi, kteří abstinenci podporují. (Nešpor, K., Csémy, L. (1999)

Kraus a Poláčková (2001) ve své knize popsali, že životní styl nelze popsat podle jednotné koncepce a ani vytvořit jednoduchou definici. Tím, že se životní styl utváří a mění v průběhu života podle životních situací a získaných zkušeností, můžeme definovat typické znaky životního stylu:

- 1) Kognitivní zhodnocení sebe sama a vlastního postavení ve společnosti – osobní životní filosofie.
- 2) Způsob prožívání – intenzita emocí, projevy chování, schopnost zvládnutí stresových situací.
- 3) Vztah k práci/studiu, odpočinku, pohybovým aktivitám, volnému času.
- 4) Zvládnutí sociálních interakcí a svých sociálních rolí.
- 5) Osobní hodnoty, přesvědčení.

Z výše zmíněných faktorů lze poznat, že životní styl je tvořen faktory, které jsou vnitřní – vychází z jednotlivce. (Kraus, Poláčková, a kol. (2001), str. 153) Existují ale i vnější faktory, které mohou vnitřní faktory přímo ovlivňovat – např. sociální

situace, ekonomické faktory, přírodní a technologické podmínky apod. Ne vždy lze vnější faktory ovlivnit, ale člověk se na ně může adaptovat a tím změnit svůj životní styl. Stejně tak ale existují vnitřní faktory, které nejsou ovlivnitelné a měnitelné – věk, pohlaví, často i zdravotní stav (úrazy, onemocnění, handicap apod.). Existují tedy dvě formy životního stylu – životní styl jednotlivce a životní styl skupiny/společnosti. (Duffková, a kol. (2008), str. 81)

Tady je docela podstatný rozdíl mezi uživateli nelegálních drog a mezi alkoholiky. Zatímco „toxikomani“ jsou pružnější a mají vyšší sociální mobilitu – tzn. s lidmi, co užívají drogy se nemusejí nutně pravidelně setkávat, alkoholici se asi těžko neseťkají s lidmi, co pijí alkohol. Proto se abstinující alkoholici uchylují a stávají součástí segregovaných abstinenčních skupin, protože bezalkoholní prostředí má pro mě velmi významnou podporu. (Kalina a kol., 2008, kapitola 22)

Životní styl jednotlivce je tedy to, co je subjektivní. Životní styl skupiny je objektivní tlak, který je na něj tvořen z vnějšku. Nejde ale jen o celou společnost/skupinu/okolí, prvotní sociální tlak je tlak, který je tvořen rodinou. Skála (1988) dokonce pojmenoval za jeden z hlavních úkolů rodiny ochránit dítě před alkoholem – tzn. vytvořit pro dítě vhodné prostředí a učit dítě vhodnému životnímu stylu. Což se ale nestává v rodinách, kdy jeden z rodičů (nebo i oba dva) pijí alkohol v nadměrné míře – dítě je tedy již od raného věku učeno dysfunkčnímu životnímu stylu a není schopné fungovat ve společnosti natolik jako dítě z „funkční rodiny“. Takové dítě se tedy v budoucnu buď ztotožní s životním stylem rodičů (začne pít) a nebo se od rodiny odloučí (kdy jedinci chybí rodinná láska a opora). Skála (1988) zmiňuje studie, které dokázaly, že 50% osob závislých na alkoholu pochází z rozbitých, výchovně nedostatečných a nebo závislých domovů. Tady bychom tedy mohli ještě definovat životní styl rodiny.

Po absolvování léčby, nastolení abstinence a při snaze o její udržení je samozřejmě vhodné, pokud se pacient vrací do rodiny a dochází k jejímu zachování. Je ale důležité myslet na tzv. „homeostázu rodiny“, kterou zmiňoval již Skála. Je nutné zapojit rodinu nejen do léčby, ale také do procesu doléčování/abstinence. Změna klienta během léčby totiž může rodinu destabilizovat a může vyvolat potřebu návratu k původním vzorcům chování. (Skála a kol., 1987, in Kalina a kol., in print 2014, kap. 35)

Když jsem se zamýšlela nad respondenty mého výzkumu, zaujalo mě, že většina z nich zmínila popíjení alkoholu a nebo dokonce závislost na alkoholu u jednoho ze svých rodičů. Proto si myslím, že životní styl rodiny a negativní vzor rodičů jsou velmi důležité faktory vzniku závislosti. Téměř všichni z těchto respondentů měli také děti – je tedy určitě nutné s nimi pracovat i v této oblasti, jinak by to byl jen další dílek do řetězu závislosti „děděné“ v rámci rodiny.

Nešpor (2004), který se celkové problematice životního stylu a závislosti věnuje, definoval poruchy životního stylu:

Přešponovaný životní styl

Životní styl, kdy toho chce člověk stihnout co nejvíce, nejlépe ještě v nejkratším čase. Takové situace nelze zvládat bez stresu a dlouhodobě. Jak jsem již ve své práci několikrát zmínila, stres (hlavně ten dlouhodobý) je rizikový na výskyt cravingu a také na relaps. Závislý na alkoholu ve stresu touží po uvolnění, uklidnění – a tyto účinky má právě alkohol. Aby nedocházelo k přepracování a k přešponovanému životnímu stylu, je nutné mít dobré tzv. „life skills“ (dovednosti potřebné pro život). Ty napomáhají jak ke zvládnutí stresu, tak k rovnováze, v komunikaci apod.

Nešpor a Csémy (1999) zmiňují souvislost mezi pitím alkoholu/alkoholismem a workaholismem. Definovali následující kombinace těchto dvou jevů:

- Workaholik si vytvoří závislost (alkohol, léky nebo třeba patologické hráčství).
- Workaholismus u partnera/partnerky přispěje k závislosti manžela/manželky a nebo dítěte, na které nemají čas.
- Závislost na alkoholu přejde po léčbě k přehnanému věnování se práci, což ale vede k vyčerpání a stresu a tím se zvyšuje riziko recidivy.
- Na druhé straně nedostatek pracovních podnětů a uplatnění vede workaholika ke zklamání a návykovým problémům.

Rizikový a stresující životní styl

Tento životní styl se týká převážně lidí, kteří se nacházejí v těžké životní situaci (rodinné problémy, finanční krize apod.) a nebo vykonávají rizikové a stresující zaměstnání (Lze definovat několik základních zaměstnání jako je zdravotní sestra, lékař, policista, vedoucí velkých firem apod., kde si stres není těžké představit. Já bych

ale chtěla zdůraznit subjektivitu toho, co pro každého stres a riziko v zaměstnání znamená. Na první pohled jednoduchá, jednotvárná – čili nestresující práce, může být právě svou rutinou pro někoho zdrojem nudy, pocitu méněcennosti a z toho plyne také stresu)

Chaotický životní styl

Pro tento styl je typické střídání dvou období – mimořádného vypětí a úplné nečinnosti. To může být způsobeno např. typem zaměstnání a nebo povahou – např. tím, že člověk nechává věci na poslední chvíli. Tento životní styl není v podstatě předvídatelný a tím pádem není pro člověka funkční. Je potřeba si činnosti plánovat, rozvrhnout a náročnější etapy je nutné zvládat efektivněji – naučit se odbourávat způsobený stres a pracovat efektivně.

Neradostný životní styl

Styl života naplněný jen negativními věcmi, které nejsou dělány s chutí a radostí. Často jsou doprovázeny jejich odkládáním a pak následnými výčitkami svědomí, které celou situaci ještě zhoršují.

Nastražený životní styl

Takový styl života je obzvláště náročný – objevuje se pocit, že mi ostatní chtějí jen ublížovat nebo mě využívat. Takový člověk je ublížený, nedůvěřivý, nejistý a má tedy problém s lidmi ve svém okolí. Může se cítit osaměle a tak, že mu vlastně nikdo nerozumí a nikdo ho nemá rád.

Prázdný životní styl

Jak jsem již zmínila, také nuda a prázdnota může být zdrojem stresu. Ale také zdrojem osamělosti. Tento typ životního stylu může vyvolat např. ztráta zaměstnání nebo blízké osoby. Takový člověk může hledat naplnění a zapomnění na samotu právě v alkoholu. (Nešpor, 2004)

Všechny výše popsané dysfunkční styly života jsou pro závislost a relaps nebezpečné. (Nešpor, Csémy (1999)

Důležité tedy je, aby závislý/abstinující našel rovnováhu mezi činnostmi – to znamená, aby měl dostatek činností, které ho baví, ale věnoval jim jen tolik času, kolik zvládá fyzicky. Volný čas je potřeba mít, ale zároveň je nutné trávit ho tak, aby byl prožitý a ne jen přežitý. Není to úplně jednoduché. V mém výzkumu jsem se dokonce dozvěděla, že všechny respondenty bych poměrně lehce mohla zařadit do jednoho z Nešporem (2004) definovaných poruch životního stylu. Dokonce většina účastníků sama viděla, že tyto poruchy byly příčinou relapsu.

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 Cíl výzkumu a výzkumný problém

Cílem mé kvalitativní studie mezi pacienty (alkoholiky) detoxifikační jednotky, kde jsem zkoumala vliv životního stylu na relaps, bylo poukázat na nutnost změny životního stylu v období abstinence a dokázat na mém výzkumném vzorku, že většina relapsujících tak po absolvované léčbě neučinila. Jak jsem zmínila v teoretické části, abstinující životní styl by se měl lišit od závislého životního stylu, který je často v mnoha ohledech dysfunkční – proto je nutná jeho změna. Samotní pacienti si někdy neuvědomují, že se během užívání potýkali právě s poruchami životního stylu. Stejně tak jako si neuvědomují, že při dokončení léčby se vrátili ke stejnému způsobu života a neprovedli dostatečnou změnu, aby pro ně abstinence byla snadnější.

Změna životního stylu je jedním ze základních kritérií udržení abstinence a je nutné identifikovat rizikové faktory původního stylu života a aktivně se je snažit změnit v poléčebném návratu do „reality“.

Výzkumný problém mé práce je tedy zkoumání vazby životního stylu na schopnost udržet abstinenci a identifikaci základních faktorů, které vedly k jejímu porušení.

Význam v řešení tohoto výzkumného problému je hlavně v prevenci relapsu – tato technika se používá již během léčby a vlastně se na životní styl soustřeďuje (využití volného času, vztahy, identifikace a řešení rizikových situací apod.), ale pacienti často mají náhled jen na jednotlivé rizikové fragmenty, které způsobují relaps – ne ale už na celkovou příčinu, což je dysfunkční životní styl. Podle mého názoru je nutné měnit a „spravit“ nejen části, co tvoří životní styl (životosprávu, zaměstnání, úpravu/změnu vztahu, zlepšení finanční situace), ale vnímat vše jako celek, ve kterém se jedinec musí cítit dobře. Pokud se za každou cenu snaží změnit jednotlivé složky, ale celkově se ve svém životním stylu cítí pod tlakem, ve stresu a neumí odpočívat nebo si udělat radost – životní styl se vlastně nezměnil (i když se tak na první pohled může zdát). Klíčovým prvkem tedy je, aby dokázal abstinující - závislý nejen pracovat podle pravidel prevence relapsu, ale aby byl také schopen identifikovat, zda nastala změna v jeho přístupu ke svému životu jako celku.

8 Výzkumné otázky

- Ovlivňuje životní styl potenciál pro relaps u abstinujících alkoholiků?
- Pokud nedojde během abstinence ke změně životního stylu, tak, aby se lišil od toho během užívání, je větší pravděpodobnost relapsu?
- Je životní styl subjektivní pojem, který se u jednotlivců může lišit?

9 Metodika výzkumu

Kritéria pacientů pro účast v mém výzkumu byla stanovena následovně:

- Pacient musel být diagnostikován a na detoxifikační jednotku přijat s diagnózou závislosti na alkoholu.
- Pacient musel v minulosti absolvovat alespoň jednu léčbu závislosti na alkoholu.
- Pacient musel po léčbě nějakou dobu abstinovat.

Screening pacientů probíhal za pomoci hlavní lékařky oddělení, která mi umožnila kontakt s pacienty, kteří splňovali kritéria výzkumu. Komunikace s ní probíhala telefonicky a nebo emailovou konverzací. Paní doktorka pacienty vždy dopředu informovala a zhodnocovala jejich zdravotní stav, zda jsou dostatečně stabilizovaní na absolvování zhruba hodinového rozhovoru se mnou.

Výzkumný vzorek nebyl limitován pohlavím, věkem ani vzděláním. Celkové spektrum získaných dat je deset bigrafických rozhovorů, které jsou uvedeny v Příloze č. 3 – jednotlivé rozhovory jsou v doslovném přepisu, ale zkráceny tak, aby informace korespondovaly s tématem diplomové práce.

Výzkumný vzorek tvořilo deset respondentů – z toho bylo sedm mužů a tři ženy. Všichni respondenti byli starší 18ti let a byli plně poučeni ohledně výzkumu a jejich účasti v něm – vše za dordžení etických pravidel. Průměrný věk respondentů byl 47 let.

Výzkumný vzorek					
Muži	Lumír	50 let	Ženy	Liliana	33 let
	Tomáš	45 let		Irena	47 let
	Miroslav	26 let		Jaroslava	41 let
	Rudolf	67 let		Průměrný věk	40 let
	Marian	62 let			
	Vincent	66 let			
	Jiří	31 let	Celkem	10 resp.	
	Průměrný věk	49,5 let	Průměrný věk	47 let	

Tab. č. 1: - Výzkumný vzorek

Pro zvýšení validity získaných údajů jsem měla možnost nahlédnout do dokumentace jednotlivých pacientů, kde jsem si informace, které mi sdělili, mohla částečně ověřit v kompletní anamnéze sesbírané s pacientem při příjmu na oddělení. Informace se shodovaly, i když někdy jsem našla nesrovnalosti v časových údajích. Tyto rozdíly jsem brala v úvahu, ale ve svém výzkumu jsem je nezahrnula, abych zachovala autentičnosti interview.

10 Sběr dat

Data jsem sbírala pomocí polostrukturovaného rozhovoru, jehož průměrná délka byla jedna hodina. Práce s jednotlivými klienty byla pokaždé velmi zajímavá a odlišná – zatímco některé rozhovory probíhaly opravdu polostrukturovanou formou, několik pacientů bylo aktivnějších a rozhovor byl spíše nestrukturovaný, narativní, kdy mi povídali svůj životní příběh, aniž bych je musela pobízet nebo někam směřovat.

Rozhovory probíhaly individuálně, v klidné místnosti, aby se pacient cítil bezpečně. Byly plánovány tak, aby nebyl narušen chod zařízení a ani léčebný program jednotlivých pacientů. Ti byli o rozhovoru předběžně informováni a souhlasili se svou účastí i časem provedení interview.

Data byla zaznamenávána jako audiozáznam (s čímž respondenti souhlasili v informovaném souhlasu) a následně došlo k doslovnému přepisu rozhovorů. Součástí mé diplomové práce není kompletní přepis. Byla provedena selekce potřebných informací a skutečností, které jsou pro můj výzkum důležité.

11 Etické požadavky

Výzkum je schválen primářem kliniky a projednán Etickou komisí s připomínkou, že v informovaném souhlasu chybí oslovení pacienta/pacientky. Etická komise považovala za vhodnější obracet se přímo na něj/ni místo formulace účastník/účastnice. Tuto korekci jsem splnila a informovaný souhlas upravila tak, aby požadavky Etické komise splňoval. Posouzení Etické komise je k diplomové práci přiloženo jako Příloha č. 1, upravený informovaný souhlas jako Příloha č. 2.

Ve své diplomové práci jsem změnila jména respondentů, názvy měst a také veškeré další informace, které by mohly vést k identifikaci klienta. Respondenti měli možnost nahlédnout do zpracovaného rozhovoru a měli také možnost kdykoliv odmítnout jeho zveřejnění. Ani jeden z respondentů ovšem nevyužil ani nabídky nahlédnutí a ani možnosti odmítnout publikaci jeho/jejího interview.

12 Výsledky výzkumu

Nyní bych přistoupila k jednotlivým rozhovorům. Zkrácené přepisy rozhovorů jsou k diplomové práci přiloženy jako Příloha č. 3, v následující kapitole se věnuji charakteristikám jednotlivých pacientů a zhodnocení rozhovorů. Výsledné zhodnocení celého výzkumu je součástí závěru výzkumné části mé diplomové práce.

12.1 Liliana (33)

Liliana je poměrně mladá a sympatická pacientka, která už při prvním krátkém kontaktu působí inteligentně, soběstačně a sebevědomě. Hlavně sebevědomí je z Liliany patrné – když popisuje svoje životní zkušenosti (studia, práci v zahraničí, zaměstnání), vždy si je sebou jistá. Dokonce ani při popisování svých problémů s alkoholem se nezdá, že by je brala jako své selhání, jak se závislým často stává, především při relapsu. Sice uznává, že kvůli jejímu pití se jí rozpadlo manželství a dcera je u manžela, když o celé situaci ale mluví, zdá se, že je se vším smířená a věci bere tak, jak jsou nastavené. Liliana tedy zpočátku působí tak, že vlastně nemá, kromě samotného alkoholu, problém a je jen potřeba si nějaké věci uspořádat. Když jsem se s ní ale bavila déle, uvědomila jsem si, že Liliana bývala během manželství/mateřské často osamělá, vlastně nešťastná a i přesto, že měla vždy všechno, chyběly jí jiné než materiální jistoty.

Liliana zmínila, že její matka je alkoholička, což mě velmi zaujalo – Liliana s matkou nemá nijak hluboký vztah a její alkoholismus se jí jakoby netýká. Matka totiž začala pít až když byla Liliana dospělá a daří se jí „tak nějak“ abstinovat – tzn. že sice se očividně sem tam napije, ale laps většinou včas zastaví, než dojde k relapsu. Z Liliany mám dojem, že tuto „schopnost“ na matce obdivuje – jinak s ní ale nemá příliš vřelý vztah. Liliana vyrůstala celé dětství u prarodičů a s matkou se vždy vídala jen sporadicky. Velmi negativně ale hodnotí otce, který kvůli jiné ženě, opustil Lilianinu matku a také ji (bratr zůstal s otcem, což je podle Liliany, vzhledem k alkoholismu matky, dobře). Na dětství vzpomíná Liliana ráda, stejně tak jako na období, které prožila v zahraničí. Liliana dokonce tvrdí, že je celý život spokojená a nic jí nechybí – alkohol bere jako jeho zpestření, které bylo důsledkem nudy během mateřské. Relaps vidí jako nutné selhání u alkoholika.

Liliana vlastně nikdy neabstinovala dlouhodobě, po nedokončené léčbě vydržela nepít jen několik měsíců a stále se držela blízko alkoholu. K pití se vrátila na základě vlastního rozhodnutí, které plně ovládala – vědomě vysadila antabus, aby si mohla „užít“ vánoční večírek v práci s myšlenkou, že s nic nestane, když bude pít, že antabus zase nasadí po večírku a tím pádem dál už pít nebude.

Když se nad Lilianiným příběhem zamyslím, jedná se o typický příklad Symptomatického abúzu (Heller (1996), který je tak typický pro ženy – samotářské pití, přesné dávkování (pet láhve / placatky), schovávání alkoholu po domě, aby o jejím pití manžel nevěděl (sice popisuje, že ji sem tam kontroloval, ale spíš se jí to zdálo jako

nahraný zájem, který on sám vnímal jako nutnou povinnost, ne opravdový zájem o její zdraví). Liliana popisuje své pití jako udržování si hladinky od rána až do večera, někdy dokonce kvůli pití vstávala i v noci. Protože byla Liliana na mateřské, trávila většinu dne doma, popíjení vína bylo tedy jednoduché a utajené před okolím. Když bylo potřeba, aby jela někam mimo dům, měla s sebou vodku v plastových láhvích. Řízení pod vlivem alkoholu nedělalo Lilianě problém – především ne ten morální, poprvé ho sice přiznala kajícně, nakonec se ale několikrát zmíní, že to bylo v jejím případě skoro denní záležitostí. Později Liliana zmínila, že kvůli svému alkoholismu (hlavně ale kvůli epileptickému záchvatu, který dostala během řízení) o řidičský průkaz přišla. Ten by ráda po léčbě získala zpět – zdálo se mi, že by ho ale chtěla co nejdříve, ještě během léčby, a nedokázala pochopit, proč jí lékaři na oddělení už dávno nenapsali posudek, že je řízení zase schopná. Z jejího přístupu se mi zdálo, že s odmítnutím a nevyhověním se Liliana často nesetkávala a neuměla s tím pracovat.

V době relapsu pila Liliana zase většinou doma, ven chodila maximálně s kamarádem na pivo, ale pak si koupila láhev vodky domů. Proto bych i na období relapsu nechala definovaný Symptomatický abúzus. Především dávkování bylo v jejím případě běžné – ze začátku se totiž snažila eliminovat pití jen na večery nebo víkendy a pití si promýšlela.

Liliana si v obou obdobích stěžovala na samotu, nudu, nedostatek seberealizace apod. Obě období byla financována manželem a svůj život popsala Liliana jako „zlatou klec“.

Podle Jellinekova rozdělení (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157) bych Lilianu zařadila původně do typu delta. Popisovala totiž, že si v podstatě neustále vínem udržovala hladinku – typický románský typ. Liliana dokonce několikrát zmínila, že na ní nebylo vidět, že byla pod vlivem. Sice později pila také vodku, ale to bych přičítala spíše zvyšující se toleranci, kdy potřebovala více/silnější alkohol, aby byla „v pohodě“ a funkční.

Později (relaps) bych ji ale spíše přiřadila typ alfa – pila hlavně sama, aby zaplnila čas, potlačila stres a hlavně alkohol fungoval jako taková sebemedikace proti samotě a úzkosti z ní. Také pila hlavně už jen vodku. Většinou popisovala víkendové abúzy, kdy zůstala doma a neměla co dělat (pokud byla nezaměstnaná, abúzy byly častější/delší). To se samozřejmě s postupem času horšilo a nakonec pila Liliana zase celý den a udržovala si neustálou hladinku – na vodce už ale v době relapsu zůstala.

Zajímavé je určení typu životního stylu podle definice od Nešpora (2004) – když jsem se zaměřila na původní období, kdy Liliana začala pít, dominovalo tam několik aspektů, které nejen sama popisovala jako důvod popíjení, ale objevují se také v definici Prázdného životního stylu. Liliana neměla náplň dne, která by ji bavila. Děláním věcí, které byly její povinností (domácí práce) si zpříjemňovala alkoholem a později je kvůli alkoholu dokonce odkládala. Činnosti pro ni byly nudné, monotónní. Vše bylo lehké – díky dobré finanční situaci se nemusela snažit, vše dostala, ale v tomto stavu se nudila, nemohla se seberealizovat. Liliana na mě působila velmi inteligentním dojmem a předpokládám, že život „paní v domácnosti“ pro ni byl velmi nedostačující. Zvláštní mi přišel také její vztah k dceři – nešlo sice o plánované těhotenství ale také to nebylo nechtěné dítě, Liliana ale nekojila (nelíbilo se jí to a nebavilo ji to), dceru dávala do jesli a školky již od miminka a celkově mateřskou popisuje jako jednu velkou nudu. Po rozvodu dostal dceru do péče manžel a zdálo se mi, že to tak Lilianě vyhovovalo.

Když se zaměřím na životní styl při abstinenci / relapsu - Liliana si sice našla práci, ale podle jejích slov byla jednoduchá a nebavila ji. Pak o ni dokonce přišla, právě kvůli alkoholu. Žila sama a cítila se osaměle. Několikrát zmínila, že jí chyběli kamarádi/rodina. Myslím, že i přesto, že si našla zálibu ve sportu a snažila se využít volný čas, stejně bych ji zase přiřadila do Prázdného životního stylu. Volného času měla příliš, takže i přes aktivity se zase často nudila. Sport/jízda na kole ji moc bavila, ale chyběl jí „parták“ na cesty. Neustále byla také pod ochrannými křídly manžela (finančně i jinak), takže se vlastně až tak snažit nemusela. Změna v životním stylu u Liliany tedy nastala, ale spíše jen povrchní, její pocity, nespokojenost a osamělost nezmysly, takže nelze říct, že by Liliana změnila svůj životní styl. Alespoň ne jako celek tak, aby se v něm lépe cítila. Jednotlivé části byly sice jinak, než byly při prvotním užívání, Liliana ale vesměs popisuje obě období podobně – stejné pocity, stejná osamělost a nekonečná nuda.

Liliana nedokončila léčbu, o které říkala, že do ní nastupovala po domácím detoxu a „namistrovaná“ s vědomím, jak jednoduše ji zvládne. Přiznává, že zpočátku programu v léčbě ani nevěnovala pozornost. Také během svého pobytu neustále porušovala pravidla zařízení – až to vyústilo v Lilianino vyhození. Liliana se na celou situaci dívá tak, že porušení pravidel nebylo nijak významné a na budoucí léčbu, kam půjde po detoxu, se netěší. Dokonce bych si troufla říct, že na ni nechce a má doslova odpor k tomu, že bude muset absolvovat zase několik měsíců „někde zavřená“. Takový přístup mi na Lilianu zase odpovídá v tom, jak sebejistě na mě působila. Stejně tak jako

mi sedí pojem „někde zavřená“ k jejímu vyprávění – zlaté nebo jakékoliv jiné vězení Lilianu doprovází skoro celým životem a není jí vůbec příjemné. Dokonce jsem uvažovala, zda by pro Lilianu nebyla vhodnější ambulantní léčba – nejlépe intenzivní ambulantní léčba, kde by Liliana trávila většinu dne, ale stejně měla volnost vrátit se večer domů. Díky podpoře manžela měla Liliana kde bydlet a nemusela pracovat, takže v této oblasti by nebyla v ohrožení.

Kdybych tedy shrnula příběh své první respondentky - Liliana se pokusila změnit svůj životní styl, ale hlavní znaky (a také její přístup) zůstaly stejné. A právě tyto znaky jsou pro Lilianu nejrizikovějšími faktory a důvody relapsu – samota, nuda, „jednoduchost“ života a hlavně osamělost. Liliana dokonce popisovala, že nad sebou potřebuje pevnou ruku, kterou v manželovi nikdy nenašla a v období po léčbě (při abstinenci a následném relapsu) se jí snažila hledat v dalších vztazích, které ji ale vždy spíše zklamaly a nikdy její očekávání nenaplnily.

12.2 Lumír (50)

Lumír je pracovitý a vzdělaný pán, který vždy pracoval na dobrých pozicích s poměrně velkou zodpovědností. Rád a dobře sportuje, dokonce zmínil, že na profesionální úrovni. O sportu mluví po dobu našeho rozhovoru docela hodně a dokonce zmiňuje, že i přes značné zdravotní komplikace (s klouby a páteří) nikdy nepřestal sportovat. Lumír sám sebe popisuje jako velmi aktivního člověka – nejen co se sportu týče, ale také v práci, a dokonce i koníčky má Lumír spíš aktivní. Zrekonstruoval si celý byt. Lumír mluví o sobě a svém životě spokojeně, přesto ale z nějakého důvodu pije. Jako důvod uvádí nudu v obdobích nečinnosti.

Velmi zvláštní mi přišly vztahy v rodině Lumíra – ten popisuje svou matku, která zemřela, jako světicí se zlatým srdcem, kterou utrápil Lumírův otec – sobec, egoista a zlý člověk, který vždy rád popíjel. Ale teď se Lumír o otce stará a i přes docela drsný popis, kterým se mi ho snažil přiblížit, ho navštěvuje poměrně často. Zajímalo by mě tedy, zda byl vztah s otcem v dětství opravdu takto negativní, nebo pokud má Lumír takový pohled na celou situaci z nějakého důvodu přetvořený. Otce totiž popisuje jako lakomce ve stejné větě, kdy mi sdělí, že mu dal nedávno peníze na auto, protože ve svém věku peníze už nepotřebuje. Myslím si, že Lumír neměl s otcem nikdy nijak velký vztah a jeho popíjení mělo na Lumíra velký vliv, řekla bych dokonce, že se Lumír otce v dětství i bál. Matku vnímal jako tu dobrou, která jej ochraňovala před otcovou

prudší povahou. Za její smrt tedy viní otce, ale zmíní se, že byla matka hodně nemocná a zapomínala si brát léky. Ať už skutečnost byla jakákoliv, Lumír jasně popsal, jak to vnímá on. A je jasné, že vztahy v rodině měly k ideálu daleko.

Další, s kým má Lumír docela nevyrovnaný vztah, je jeho bratr – alkoholik. Popisoval mi, jak ho dřív vozil po léčebnách a zmínil také, že si jeho bratr prošel velmi špatnými alkoholovými obdobími. Lumír ho za jeho popíjení odsuzuje, vidí ho jako „odstrašující případ“, jak by Lumír nechtěl nikdy dopadnout. S bratrem se poměrně dlouhou dobu nebaví, protože se nepohodli kvůli penězům. Zajímavé bylo, že první krok k usmíření čekal Lumír vyloženě od bratra. Rodinné vztahy vnímám jako podstatnou část Lumírova příběhu.

Co bylo ale na jeho příběhu asi nejzajímavější, Lumír popisoval absolutní odpor k alkoholu – k jeho chuti. Dokonce jako jediný důvod, proč ho pije, uváděl jeho účinky. To mě velmi zaujalo. Lumír si alkohol ředil limonádou a to byl prý jediný způsob, jak mohl alkohol vypít. Je zvláštní, že přes takto silný odpor se stejně rozhodl alkohol pít (a to ve velkém množství). Když jsem přemýšlela, jestli negativní vztah k alkoholu může s něčím souviset, napadl mě Lumírův postoj k alkoholismu bratra a také otce. Proto bych řekla, že nechut' alkoholu mohla být pro Lumíra spíše subjektivní a účinky vyhledával hlavně proto, protože mu byly z dětství známé. Lumír také popisoval poměrně silné abstinenci příznaky po alkoholu a somatické komplikace spojené s pitím (žaludeční problémy). Znatelně se mu zvyšovala tolerance. Alkohol vlastně Lumírovi nic moc pozitivního nepřinášel.

V Hellerově (1996) rozdělení závislosti bych Lumíra zařadila částečně do Symptomatického abúzu. Lumír sice stejně jako třeba Liliana pil hlavně v domácnosti, ale popíjení doma nikdy příliš netajil. Sám se o léčbu několikrát „přihlásil“, což není pro symptomatický abúzus úplně typické. Lumír pil alkohol hlavně kvůli jeho účinkům (aby se cítil lépe, nenudil se, neměl špatnou náladu apod.), i přesto že jej neměl rád. Viděla bych v tomto příběhu i prvky systematického abúzu, kdy je popíjení bráno jako habituální závislost. Částečně mi totiž jeho pití připadá jako zvyk (krácení času) a jako řešení, jak se vypořádat s kocovinou, než jako neustálý a dlouhodobý boj s negativními psychickými stavy. Proto je Lumír asi spíše na pomezí obou těchto typů abúzu – což sám Heller (1996) zmiňuje, že je někdy velmi těžké styl pití přiřadit a častěji se spíše objevují jeho kombinace.

Podle Jellínekovy teorie (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157) je Lumír pijan typu gama – sice pil víno a destiláty, několikrát ale zmínil, že popíjení

piva měl hodně spojené se společností – s kamarády v hospodě, a sportem – po zápase. Při tomto typu vzrůstá tolerance na alkohol (což je u Lumíra zjevné, když dokázal vypít 4 litry vína za den a k tomu destiláty). Dále také popisoval, že když pil, nebyl schopen množství dostatečně kontrolovat a objevovaly se somatické komplikace – bolesti žaludku, odmítání jídla, velké hubnutí apod. Vše výše zmíněné je pro typ gama typické.

Životní styl Lumíra, který ho vedl k alkoholu byl podle jeho vlastního názoru Nešporem (2004) vyčleněný Prázdný životní styl. Lumír jako důvod pití popisuje nudu, ztrátu činnosti (zaměstnání), skončení nějakého úkolu (rekonstrukce). Lumír totiž začal pít během třech měsíců zdravotní indispozice, kdy byl doma a nebyl schopen žádné větší činnosti. Relaps také nastal v období, kdy přišel o práci a zůstal zase delší dobu doma.

Podle mého názoru je ale právě prázdnota pro Lumíra zdrojem stresu, který si sám neumí identifikovat a myslí si, že ve stresu nebývá - další zajímavá věc, kterou Lumír zmínil. Tvrdil totiž, že on ve stresu nikdy není, stres ani nezná a nebo ho absolutně neumí u sebe identifikovat – i přesto, že mu manželka tvrdila, že si myslí, že je pod tlakem a ve stresu je. Proto by mohlo jít, podle mého názoru, také o Stresující životní styl – myslím si, že vzhledem k tomu, že Lumír alkohol pije s odporem a vlastně ho nesnáší, musí být důvod hlubší než jen „nuda“. To, že si Lumír stres neuvědomuje, neznamená, že ho neprožívá a možná právě neuvědomění si celé situace způsobuje Lumírovi sebemedikaci alkoholem, kdy se vyrovnává s vnitřními pocity (které si neumí uvědomit) podle vzorce, který se naučil v rodině.

Lumír svůj životní styl během abstinence příliš nezměnil (pokud ho srovnávám s životním stylem, než začal pít) – hodně činností, sportu, koníčky. Dokone bych řekla, že Lumírovo tempo bylo přehnané a je možné, že byl v podstatě přepracovaný. První abúzus i relaps byli v období, kdy Lumír najednou ztratil možnost „něco dělat“ a měl spoustu volného času, se kterým neuměl nakládat. Dá se tedy říct, že extrémně vypjatá období vystřídala najednou zase extrémní nečinnost - nerovnováha životního stylu. Lumír vlastně neuměl nakládat se svým časem a necítil vnitřní indikátory přepracování (stres) – alkohol byl tedy spíše jeho podvědomou odpovědí na danou situaci. Lumír byl také dalším respondentem, který vypadl z léčby předčasně.

12.3 Tomáš (45)

Tomášův příběh je pro mě asi zatím (a možná také celkově) tím nejsložitějším. Kdybych měla Tomáše více přiblížit – na první pohled vypadá velmi nenápadně, dokonce bych řekla, že působí plaše. Mluvit mu problém nedělá, ale během vyprávění z něj mám chvílemi pocit, jako by se za sdělované informace spíše omlouval nebo se za ně styděl.

Tomáš měl složité dětství – otce nikdy nepoznal a když mu bylo pět let, matka se znovu provdala. Tomáš ale vztah s nevlastním otcem popisuje jako velmi problematický a o otčímovi říká, že byl velmi silný alkoholik, který jeho i matku týral. Tomáš dokonce popisoval, že se s otcem několikrát popral, většinou právě když se matku snažil bránit. Nevlastní otec zemřel na rakovinu, Tomáš v té době už doma nebydlel – poměrně brzy se oženil. Měl ale velké zdravotní problémy a hodně času trávil v nemocnici, dokonce v ní byl skoro rok v kuse. V té době se Tomáš poprvé rozvedl a na přání manželky se vzdal syna – toho teď lituje a přál by si navázat s ním kontakt. Ten ho ale nezná a bývalá žena Tomáši kontakt s ním zakazuje. Právě v tomto období začal Tomáš popíjet a objevily se problémy se spánkem. Ty léčil hlavně alkoholem - opíjel se do doby, dokud nebyl schopný usnout. Zpočátku prý pil ještě „příležitostně“, většinou právě večer, aby spal, ale později se mu začala zvyšovat tolerance a k původnímu „jenom“ vínu se přidaly také destiláty – účinek byl rychlejší a intenzita pití narůstala.

Tomáš se rozhodl pro léčbu, ale nedokončil ji. Je tedy třetím respondentem, který léčbu předčasně opustil. Důvod byl u Tomáše ale velmi zajímavý. Během léčby totiž začal řešit problém se svojí sexuální orientací – není si jistý, jestli je heterosexuál nebo homosexuál. Když se o tomto zmínil v léčbě, setkal se s negativními reakcemi a zacházením ze stran ostatních klientů a proto se rozhodl odejít. Myslím, že toto téma je pro jeho případ stěžejní – Tomáš si totiž svou orientací není jistý dodnes a bylo vidět, že by na tuto otázku velmi rád našel odpověď. Momentálně je Tomáš rozvedený, má přítelkyni (mezitím byl také ve vztahu s mužem) a absolvoval ještě jednu další léčbu. Relapsy popisuje jako úniky z reality kvůli vztahům, které ho trápily.

Myslím si, že taková nejistota, se kterou se Tomáš potýká, je pro člověka velmi obtížná, stresující a může být dokonce vnímána i jako ponižující. Tomáš se o tomto problému také zdráhal mluvit a celkově je vidět, že ho to velmi trápí – hledá totiž jasnou odpověď, která možná v jeho případě ani neexistuje. Tomáš se prostě snaží svou

orientaci zařadit a pojmenovat, ale jeho předešlé vztahy mu to nedovolují (žena-muž-žena).

Tomášův typ abúzu podle Hellera (1996) bych zařadila do Symptomatického typu – už jak je z názvu jasné, Tomáš popíjel kvůli určitému symptomu/důvodu (který pramenil z jeho psychiky). Tomáš jej defínuje jako vztahy (sem spadá také jeho orientace, kdy si svými vztahy není Tomáš jistý) a nespavost (vnímala bych ji spíše jako důsledek psychického stavu, objevila se totiž v období, kdy Tomáš začal pít alkohol ve větší míře).

Už jen díky charakteristice z předchozího odstavce bych Tomáše určitě zařadila do Jellinekova typu alfa (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157) – pití jako sebemedikace je u Tomáše zjevná (léčba nespavosti), stejně tak jako pití na psychickém základě a v utajení. Tomáš popíjel celý den, zpočátku víno, pak i destiláty, když se zvyšovala tolerance, ale nejvíce alkoholu pil večer, aby pak lépe spal.

U přiřazení životního stylu podle Nešpora (2004) u Tomáše si nejsem úplně jistá – částečně určitě období relapsu spadala do Rizikového a stresujícího životního stylu, kdy měl Tomáš rodinné problémy (zmínil také finanční krizi) spojené s celkovými vztahovými problémy, vnitřní rozpolceností ohledně vlastní orientace apod. Právě subjektivita stresu je v tomto případě jasná – sice nešlo o problémy v práci, nešlo ani o naprosto disfunkční rodinu, je ale jasné, že Tomáš musel, a stále ještě musí, být pod neustálým vnitřním stresem a tlakem. Myslím, že Tomáš v sobě neustále hledá odpověď na svou orientaci a nevědomí toho, kam se má přiřadit jej opravdu trápí a stresuje, proto mi do tohoto typu poruchy životního stylu sedí asi nejvíce.

Zároveň ale spadá Tomáš také do Neradostného životního stylu – věci totiž nejsou vůbec tak, jak by je Tomáš chtěl mít. Více se ale přikláním k Stresujícímu životnímu stylu.

Tomáš měl za sebou dvě léčby a dva relapsy. V době prvního abúzu byl Tomáš ženatý s druhou ženou a v období abstinence si dokonce založil rodinu. V době prvního relapsu se Tomáš trápil s celkovou rodinnou krizí, v době druhého se trápil kvůli vztahům – rozcházel se s přítelem a začínal se scházet s novou přítelkyní. Všem obdobím je tedy společná jeho vnitřní rozpolcenost ohledně jeho sexuální orientace a vztahů a z toho pramenící nespokojenost se sebou sama. To, si myslím, je základ životního stylu Tomáše, který ho tedy provází jak obdobími pití tak obdobími abstinence - proto si myslím, že změnu v životním stylu neudělal. Pocity zůstaly stejné.

12.4 Miroslav (26)

Miroslav byl nejmladší účastník mého výzkumu – ale i přesto měl zkušeností s alkoholem i s léčbou snad úplně nejvíce. Ale nejenom s alkoholem. Miroslav byl poměrně dlouho závislý na marihuaně a nějakou dobu bral také pervitin. Účinky alkoholu mu ale podle jeho slov vyhovovaly nejlépe. Byl pro něj také lépe finančně dostupný a nebylo tolik poznat, když byl pod vlivem.

Miroslav užíval drogy už od základní školy. V takto nízkém věku je užívání návykových látek obzvláště rizikové – nejen pro vývoj a zdraví jedince, ale také na vývoj jeho psychiky. Když jsem s Miroslavem mluvila, někdy na mě působil dětsky, hodně se opakoval (některé informace udával vyloženě cyklicky – pořád dokola) a někdy byl docela zmatený v čase. To bych ale přikládala také faktu, že Miroslav byl minimálně šestkrát na detoxu/léčbě. Jednotlivé zkušenosti se mu tedy pletly a někdy bylo obtížné se v jeho povídání zorientovat.

Miroslav žije jen s matkou, otce nikdy nepoznal (nepamatuje si ho) a jedině, co mu ho připomíná, nebo co „z něj má“ je sirotčí důchod. Mluvil o něm velmi odtažitě a lhostejně, což mě docela překvapilo. Miroslav celkově nejevil známky emocí – ani když mluvil o svojí matce. Jejich společný vztah hodnotil jako dobrý, ale ne nijak vyjímečný. Dokonce ho oznámkoval jako ve škole – za tři. Nikdy si s ní moc nepovídál ani s ní netrávil čas. I přesto to byla ona, kdo ho několikrát donutil do léčby. Hlavně zpočátku, pak se pro léčení a hlavně detox rozhodoval Miroslav sám. Z mého pohledu šlo ale spíše o jistou úlevu od tlaku, který na něj alkohol působil (zvyšující se tolerance, odvykací stav apod.).

Miroslav se sebou hodně experimentoval – nejen že několikrát zmínil, že se zkusil napít alkoholu v době abstinence jen jestli zvládne nepít dál, ale také zkoušel rychlou abstinenci, po které dostal epileptický záchvat. Podle mého názoru si Miroslav pořádně neuvědomoval svou situaci – věděl, že je závislý, ale i přes množství léceb mi přišlo, že si neuvědomuje, co vše to pro něj znamená.

Miroslav nemluvil o svém dětství, i přes mou snahu navázat na toto téma ho shrnul několika větami a dál bylo zřejmé, že o něm nemá co povídat. Nepřišlo mi, že by neměl co, spíš nevěděl – přišlo mi, že toto téma má hluboko v sobě uzavřené a neotvírá ho. Jediné tedy, co vím je, že matka na něj kvůli starání se o finance neměla čas a otce měl ve vězení celé dětství. Víc se rozpovídal až od střední školy, kde bylo jasné, že si našel partu kamarádů a začal se více socializovat. Z Miroslava a z jeho vyprávění mám

pocit, že jsou u něj vztahy spíše vzácností – přítelkyni měl jen jednu, kamarády spíše v partě, kdy spolu chodili pít/hulit/fetovat a s matkou netrávil žádný čas. Největší city projevoval vůči psovi, kterého miloval a o kterého se staral. Trávil s ním veškerý čas a jeho ztráta ho velmi zasáhla. Přijde mi, že navazování kontaktů dělá Miroslavovi problém již od dětství a viděla bych souvislost s absencí v podstatě obou rodičů. Také v době užívání byl Miroslav až extrémně samotářský.

Přiřadit Miroslava do jednoho z druhů abúzu popsaných Hellerem (1996) je asi nemožné – při čtení definic jednotlivých typů bych Miroslava viděla asi ve všech. Např. Symptomatický abúzus je založený na psychogenním podkladu, kdy alkohol slouží jako náhrada schopnosti/možnosti – Miroslav pil hodně o samotě, alkohol tedy mohl být náhradou za nepřítomnost vztahů a emocí (které neuměl Miroslav projevovat). Na počátku užívání se ale spíše jednalo o Systematický abúzus – kdy Miroslav popíjel hlavně se spolužáky po škole a alkohol měl pro něj spíše sociální podklad. Samotářsky spíše kouřil marihuanu. Vzhledem k nízkému věku Miroslava, když s užíváním drog začal, by i třetí možnost mohla odpovídat – Juvenilní abúzus. Tlak vrstevníků byl zpočátku zjevný a objevuje se i typické zablokování osobnostního rozvoje. Řekla bych tedy, že Miroslav spadá do všech typů abúzu podle Hellera (1996), ale vzhledem k délce jeho drogové kariéry (více než 10 let) bych řekla, že se typy užívání měnily podle situace a v čase.

Podle Jellineka (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157) byl Miroslav možná zpočátku piják typu beta (kdy ještě kouřil marihuanu nebo užíval pervitin), ale jakmile se stal alkohol jeho primární drogou, byl Miroslav určitě piják typu gama, kdy výrazně preferoval pivo a destiláty, významně mu vzrůstala tolerance a zvyšoval množství konzumovaného alkoholu.

Z Nešporových (2004) poruch životního stylu sedí charakteristikou Miroslav určitě do Prázdného životního stylu – Miroslav neměl práci, nestudoval, měl jen minimálně koníčků a život trávil v podstatě o samotě, neuměl projevovat emoce a očividně je ani od nikoho nedostával. Myslím, že v tomto případě je jasné, že Miroslavovi v životě „něco“ chybí.

Když jsem se zamýšlela, jestli po léčbě (ať už dokončené nebo nedokončené – kterých bylo v tomto případě víc) nastala u Miroslava nějaká změna v životním stylu, musím jednoznačně odpovědět, že nenastala. Miroslav se vždy vracel do úplně shodné situace – domů, do samoty, do dnů trávených bez větších činností (výjimky byly občasné brigády).

12.5 Irena (47)

Na první pohled vypadala Irena o hodně starší – celkově jsem se tohoto dojmu nemohla zbavit po celou dobu našeho rozhovoru. Komunikace s ní byla velmi obtížná – moc toho nenamluvila na otázky odpovídala stručně a někdy se zdálo, že nechápe význam mých otázek. Bylo na ní ale vidět, že o rozhovor stojí a chce být vyslechnuta. Irena totiž řešila problém ztráty syna – při rozvodu byl soudně přidělen do péče otce, což Irena těžce nesla. S manželem měli špatné vztahy a několikrát zmínila, že mají mezi sebou dlouhotrvající spory, které si manžel podle jejího názoru s Irenou řeší i právě prostřednictvím syna, na kterém ona lpí. Mimo spory ohledně syna zmínila také Irena, že s ní manžel ještě během manželství špatně zacházel – urážel ji, ponižoval, slovně jí ubližoval a dokonce někdy došlo k fyzickému napadení. Ohledně této poslední oblasti si nejsem jistá, protože Irena sice kladně odpověděla, že ji a syna manžel bil, z toho, co ale říkala potom, si nejsem jistá, jestli se opravdu jednalo o klasické týrání. Určitě ale nepopírám závažnost toho sdělení – kdyby nic jiného, tak Irena se cítila být týraná a to je pro její závislost, psychický stav, možná i pro ten zdravotní, velmi podstatné.

Zajímavé na Irenině příběhu mi třeba také přišlo, že tvrdila, že alkohol pije pouze čtyři roky a po rozvodu (i přesto že podle jejího zdravotního i psychického stavu bych měla pochybnosti). I tak ji ale manžel už během rozvodu obvinil z alkoholismu – Irena tvrdila, že jí chtěl v opatrovnickém řízení jen uškodit, mě ale napadlo, jestli přece jen jeho obvinění není něčím opodstatněné. Irena si totiž na začátku nebyla jistá, kolik vlastně alkoholu vypije – jestli jeden nebo dva litry vína. Musím uznat, že subjektivně jsem Irenu vnímala tak, že si nejsem jistá, jestli má náhled na celou svou situaci co se pití týče. A proto bych se i domnívala, že podle ní příležitostné pití, už mohlo být něco úplně jiného.

Další zvláštností byla Irenina sebededikace žaludečních problémů/abstinenčních stavů. V tomto případě by mě zajímala etiologie jejích problémů – ty mohly být způsobené užíváním alkoholu, součástí abstinenčního stavu nebo nemusely s alkoholem vůbec souviset a mohly být nervového nebo psychického původu. Irena tvrdila, že byla na odborném vyšetření u lékaře, ale na nic jí nepřišli. Každopádně si sama našla medikaci, která jí pomáhala - „fr’an“ vodky po ránu, aby mohla do práce.

O svém dětství Irena příliš nemluvila, ale podle toho, co říkala, měli vztahy v rodině vždy v pořádku a nikdo z rodiny nikdy nepil. Sestra ji dokonce v léčbě

podporuje. Víc se o ní, nebo o někom dalším, už nezmínila. Jen o svém příteli, který sice podle Ireny nepije, ale popisovala incident, kdy ho odvezli na záchytnou stanici. To mě jen utvrdilo v domněnce, že Irena nemá náhled na množství konzumovaného alkoholu (nejen u sebe) – nedůvěra v Irenin úsudek pramenila hodně také z jejího vzhledu. Na to, že podle jejích slov pila „jen“ čtyři roky (a to ještě absolvovala tři několikaměsíční léčby a následné abstinence), její zdravotní stav, vzhled a i reakce byly nehvýraznější ze všech mých respondentů.

Podle Hellera (1996) bych Irenu přiřadila do Symptomatického abúzu, v jejím případě je psychogenní podklad závislosti opravdu zjevný. Irena pila hlavně v obdobích, kdy jí bylo bývalým manželem znemožněno setkání se synem. Irena pila vždy doma a své pití sice vyloženě neskrývala, ale např. tvrdila, že spolubydlící a přítel sice ví, že pije, ale neví, že by pila nějak víc (i to mi přijde jako skoro nemožné, když si představím, že se musela napít alkoholu, aby vyšla schody do třetího patra).

Vzhledem k typické sebemedikaci bych Irenu v Jellinekově typologii (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157) zařadila do typu alfa. Irena alkoholem „zapíjela“ smutek a negativní pocity, které měla, když jí bylo zabráněno vidět syna. Typem alkoholu a stylem popíjení (udržování hladinky) by ale Irena spíše odpovídala románskému typu delta.

V Irenině případě bych v přiřazování poruchy životního stylu podle Nešpora (2004) inklinovala spíše k Rizikovému a stresujícímu životnímu stylu. Ten je typický pro lidi, kteří se nachází v těžké životní situaci (ztráta syna, rozvod, nepříznivá situace doma) a jsou vlastně v neustálém stresu. To Irena určitě byla, protože nejen, že syna chtěla získat do své péče, ale manžel ji pomlouval natolik, že přišla o práci a zmínila i finanční problémy (dluhy). Celková situace tedy nebyla pro Irenu zrovna příznivá. Je docela možné, že žaludeční problémy mohla mít Irena právě i ze stresu.

Když jsem se Ireny ptala, jaký a v čem je podle ní hlavní rozdíl v obdobích kdy pije a kdy ne, zmínila hlavně svou výkonnost (brigády). Když bych porovнала období abstinence a relapsů podle Irenina vyprávění, řekla bych, že jsou odlišná hlavně právě v intenzitě setkávání se se synem. Jinak je Irenin životní styl v podstatě nezměněný – občasné brigády (které s alkoholem omezí), samota (která je s občasným vídáním syna menší, ale nezmizí úplně, protože syn je stále v péči bývalého manžela) a zdravotní problémy.

12.6 Rudolf (67)

Rudolf patřil mezi nejstarší účastníky mého výzkumu, měl za sebou také asi nejdelší alkoholovou kariéru – 30 let (s občasným obdobím abstinence). Zpočátku jsem si nebyla jistá, jestli se mi rozhovor s Rudolfem podaří, protože na první dojem působil velmi unaveně, malátně a nebyla jsem si jistá jeho pamětí. Velmi mě ale nakonec překvapil, rozhovor byl plynulý a až na časové detaily se Rudolf ve svém příběhu orientoval dostatečně, aby bylo možné ho stručně zaznamenat.

Rudolf byl dříve profesionální sportovec s poměrně dlouhou kariérou (do asi 35 let), po tuto dobu odmítá jakékoliv drogy, popírá i konzumaci alkoholu. Ten začal pít až v pozdější době, kdy pracoval jako dělník na stavbě. Podle Rudolfova popisu bylo popíjení alkoholu v pracovním kolektivu spíše normou. Proto se ho Rudolf také účastnil. Zpočátku prý pil jen jako „konzument“, což si nejsem jistá, co v jeho případě přesně znamená. Ale asi není důležité, kolik toho vypil, spíš jak se u toho cítil – a tenkrát se ještě necítil být závislým. Mluvil ale o narůstající toleranci, častějším pití a s tím souvisejících problémech doma. To vše vygradovalo v rozvod a asi nejrizikovější a krizové období v Rudolfově životě.

Rudolf se zpočátku velmi nenápadně zmínil o tom, že žil dlouho na ulici (stejně nenápadně také zmínil výkon trestu). Rudolf celkově mluvil o svých životních zkušenostech jenom jakoby mimochodem, spíše narativním způsobem. O období bezdomovectví mluvil dokonce až lhostejně. Nejsem si jistá, jestli můj pocit nepramení spíše z toho, že mě se tato informace při rozhovoru dotkla a překvapila, nebo Rudolf o tomto neradostném období opravdu mluví bez vnějších projevů pocitů. Je také možné, že měl toto období již zpracované z léčení, na kterém byl za 30 let užívání alkoholu asi sedmkrát.

Rudolf všechny léčby dokončil a po nich vždy nějaké období abstinoval. K prvnímu relapsu došlo po návratu do starého prostředí – domů a hlavně do práce – do kolektivu, kde bylo běžné popíjení (dokonce až vyžadované, podle popisu, jak byla Rudolfova abstinence ostatními dělníky bagatelizována). Rudolf se zpočátku rizikovým situacím snažil vyhýbat, nebylo to ale možné úplně. Další relapsy spíše souvisely s jeho celkovou nepříznivou životní situací. Rudolf totiž opustil domov (aby dal prostor manželce a „nepřekážel jí tam“) a sám žil dlouho na ulici. Po výkonu trestu se sice na nějakou dobu domů vrátil, potýkal se zase ale s finanční krizí a ani s manželkou se problémy neurovnaly. Proto se odstěhoval znovu a bydlel po ubytovnách (což není

zrovna nejpříjemnější způsob bydlení a znamenalo to také, že škodlivému prostředí neunikl).

Stěžejním tématem Rudolfova příběhu je podle mě hlavně jeho život o samotě. I přesto, že byl ze sedmi dětí, své dětství popisoval jako osamělé období, kdy na něj matka neměla čas a tolik sourozenců bylo na Rudolfa zřejmě příliš – držel se v ústraní. Tak také popisuje i své alkoholové roky. Popíjel sám, dokonce zmiňoval, že nikoho nevyhledával, nechtěl a nepotřeboval. Ze začátku se sice k alkoholu dostal pomocí spolupracovníků, jakmile ale žádal být pro Rudolfa alkohol něco víc, než jen společenská zábava po a při práci, uchýloval se s ním do soukromí. Samota tedy Rudolfa pronásleduje už od dětství (také kvůli sportu byl Rudolf poměrně hodně mimo domov a to dokonce ještě v dětství). O tom, že se Rudolf okolí straní a nevyhledává přítomnost ostatních, vypovídá také fakt, že v období, kdy neměl domov, nevyhledal pomoc rodiny (i přesto, že má Rudolf tři děti, z nichž jedna dcera si ho teď vzala k sobě domů, takže se o něj starat chce).

O dětství toho Rudolf moc nenamluvil, zdálo se ale spíš, že neví o čem by mluvil, nenutila jsem ho. Zaujalo mě téma otce, který měl zdravotní problémy způsobené alkoholem. Podle Rudolfa ale nebyl závislý a nepil moc – pil ale destiláty a to byl prý hlavní důvod jeho špatného zdravotního stavu. Alkoholu se pak otec vzdal ze dne na den. Rudolf ale popisoval, že místo alkoholu kouřil cigarety – a to v opravdu velké míře, řekla bych tedy, že se Rudolfův otec nevzdal závislostního chování – vzdal se jen alkoholu a naopak zvýšil svou spotřebu cigaret jako kompenzaci. Rudolf ale v celé situaci vidí to, že pokud chce člověk opravdu přestat, tak prostě přestane. Sám se na to necítí být připraven.

Zařadit typ Rudolfova abúzu podle Hellerova (1996) rozdělení nebude asi jednoduché – zpočátku se jednalo určitě o Systematický abúzus, kdy Rudolf popíjel hlavně ve společnosti ostatních dělníků, při jasně daných příležitostech (oběd, pauza, po práci) a dokonce popíjel převážně pivo. To vše je pro tento abúzus typické. Později bych se ale spíše přikládala k Symptomatickému abúzu, kdy pil Rudolf spíš o samotě, tajně a víceméně si v určitých obdobích udržoval stálou hladinku. U tohoto abúzu je daný psychogenní podklad pití a ten si myslím, že je u Rudolfa v jeho osamělosti patrný.

V Jellinekově typologii (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157) bych Rudolfa také zařadila jinak na počátku jeho pití a jinak později. Zpočátku se jednalo spíše o typ gama – kdy primárním alkoholem bylo pivo a destiláty, Rudolf pil

ve společnosti, vzrůstala mu tolerance a musel proto pít více alkoholu. Později šlo ale spíše o typ alfa, kdy se jednalo o problémové pití o samotě. Právě pití alkoholu možná fungovalo u Rudolfa jako sebemedikace proti osamělosti.

Životní styl Rudolfa byl komplikovaný a velmi odlišný v obdobích, kdy měl domov a kdy ne. Taková období jsou jistě nesrovnatelná. Ale co se Nešporovy (2004) klasifikace poruch životního stylu týče, zařadila bych Rudolfa do Rizikového a stresujícího životního stylu. Neustálé finanční problémy, nemožnost najít si práci, život na ulici (kde snad ani není nutné popisovat, jak stresující tato situace musí být), problémy v rodině, samota, zdravotní problémy (Rudolf popisuje úraz, pobyt v nemocnici apod.) a také výkon trestu. Myslím, že rizik a stresu si Rudolf musel za svůj život prožít opravdu hodně a alkohol mi přijde v jeho případě jako únik z nepříznivé reality. Zajímavé ale je, že Rudolf popisuje období s alkoholem jako shodné s obdobím bez alkoholu – podle něj v nich není rozdíl. Rudolf je totiž vidí tak, že obě období se stejně točí kolem alkoholu buď ho konzumuje a nebo na něj myslí.

12.7 Marian (62)

Rozhovor s Marianem byl jen vzdáleně polostrukturovaný – ze začátku měl jeho strukturu v rukou spíše Marian a jednalo se o vyprávění životního příběhu. Marian povídal srozumitelně a velmi ochotně.

Marian absolvoval zatím dvě léčby – obě úspěšně dokončil a po první dokonce deset let abstinoval, doléčování Marian v prvním případě neabsolvoval, v období abstinence si totiž našel novou manželku, která velmi odmítala alkohol a odsuzovala pití, Marian žil tedy v suchém domě a abstinence pro něj byla jediná (a vítaná) možnost. Zlom nastal, když se z manželkou začali odcizovat a Marian přišel o práci. V tomto období je velmi zajímavé, že jako hlavní důvod rozvodu uvádí Marian několik faktorů – manželka byla workaholička, Marian byl citověji zaměřený a ztráta zaměstnání a související odchod do předčasného důchodu byl pro manželku nepochopitelný a dokonce ho obviňovala z lenosti. V té době začal Marian pít, i když opravdu se „rozpil“ až po odchodu ze společné domácnosti.

Nešpor a Csémý (1999) poukazovali na souvislost alkoholismu a workaholismu. Jednou z možných variant, kdy se jevy ovlivňují je právě, kdy workaholismus partnera přispěje k závislosti (v tomto případě spíše relapsu) manžela, na které nemají čas (v případě Mariana také trpělivost a chyběl dostatek citových podnětů).

U Mariana je vlastně průběh prvotního pití a prvního relapsu velmi podobný – v obou obdobích byl dlouhodobě ženatý, obě manželství se rozpadala a jako důvod rozpadu vztahu uváděl Marian odcizení se s manželkou. Jak v prvním, tak v druhém případě, řešil Marian situaci alkoholem a odchodem z manželství – odstěhováním se.

Z mého pohledu byl asi ale nejzajímavější průběh druhého relapsu, kdy žil Marian sám ve svém novém bytě, měl přítelkyni a aktivně si užíval roli dědečka. Na první pohled se zdá, že nebylo nic, co by ho k relapsu mohlo vést a vše dělal správně (koupil si kolo, chodil na doléčování, nový byt, nový vztah atd.). Jenže Marian několikrát zmínil svou nejistotu a nespokojenost – cítil se omezený, nesvobodný a pod tlakem. Návrat k alkoholu popisuje jako únik, kdy nebyl schopný svěřit se s negativními pocity a situaci změnit tak, aby mu vyhovovala. I přesto, že je tato situace na první pohled odlišná od obou předchozích, myslím, že pocitově na tom byl Marian podobně. Necítil se dobře a neuměl to dát najevo, popisuje to tak, že se snažil být hodný a ve všem vyhovět – což ale ne vždy jde. Podobně to bylo v obou manželstvích, kdy se s manželkami odcizoval a komunikace byla horší a horší.

Abúzus Mariana bych podle Hellera (1996) zařadila do Symptomatického typu. Alkohol Marianovi zjevně sloužil jako únik – náhrada za nedostatek emočních podnětů a nebo za neschopnost projevit své přání a pokusit se o změnu. Při prvotním užívání se popíjení objevilo při rozpadu manželství – odcizení se s manželkou, „odlet dětí z hnízda“. V druhém případě začal Marian popíjet z důvodu neshod a necitlivosti manželky. Ve třetím případě se Marian cítil po tlakem. Všechny tři situace jsou tedy emočně velmi vypjaté.

Podle Jellinekova rozdělení (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157) spadá Marian do problémového pití neboli do typu alfa. Pití bylo podle jeho slov únik a sloužilo jako spíš taková sebededikace proti negativním pocitům.

Co se zařazení Mariana do poruch životního stylu podle Nešpora (2004) týče – nejsem si vůbec jistá. Nejvíce ze všech na něj sedí asi Rizikový a stresující životní styl, kdy riziko bych viděla v neschopnosti projevit se a stát si za svým. Marian se také zdá být docela citlivým – což není vždy jen pozitivní, jeho citlivost a ohleduplnost vůči ostatním jej může často stavět do nelehkých a právě stresujících situací. Tlak který je na něj kladen, aby nepil, aby pracoval, aby nesportoval (nebo si ublížil) apod. je pro Mariana velmi stresující a snaží se mu uniknout – pitím.

Relapsy Mariana jsou poměrně odlišné – vždy změnil svou životní situaci (manželství, rodinu, bydlení, práci), nikdy ale nezměnil přístup k sobě sama (hlavně

v rámci vztahu). Dá se tedy říct, že nic nezůstalo při starém, ale životní styl jako celek na Mariana působil stejným způsobem.

Když jsem Mariana požádala, aby srovnal svůj život v době užívání a v době abstinence, překvapilo mě, jak pozitivně popisoval období střízlivosti a jak nešťasný byl z toho, že tato období ničí pitím. Sám si nedokáže uvědomit, proč to dělá – ale vlastně to umí pojmenovat – ztráta svobody, málo citu, ústupky a únik.

12.8 Vincent (66)

Rozhovor s Vincentem byl asi nejkratší ze všech – nejen že rychle mluvil, ale bylo na něm vidět, že je zvyklý mluvit k věci a nezdržovat se drobnostmi okolo. Vzhledem k tomu, že celý život pracuje jako podnikatel, co má až stovky zaměstnanců, není se ani čemu divit.

Vincent pochází z funkční rodiny, je ženatý už skoro 30 let. Má dva syny, na které je moc pyšný a vnoučata, které ho zbožňují. Nejen z Vincentova projevu, ale také z jeho vyprávění je jasné, že je to velmi aktivní člověk, který nerad zůstane nečinně „sedět“. Proto také podniká.

Vincent popisuje své začátky s alkoholem jako takové pozvolné zvykání si na pravidelné popíjení, které bylo vždy spojeno se společenskými akcemi (kontakty s klienty, schůzky apod.). Celkově na mě působí Vincentovo pití jako takové „obřadné“ pití – u oběda, večeře, s klientem na neformální schůzce, na oslavě apod. Dalo by se říct, že jde o příležitostné pití, ale Vincent uvádí, že postupně narůstala intenzita i dávky – to už není příležitostné pití, to už je spíše nadměrné pití, kdy jen piják využívá vhodných příležitostí, aby své pití mohl omluvit. Na první léčbu se Vincent rozhodl jít na přání manželky a to už v té době pil litr alkoholu – destilátů a popíjel už od rána, kdy bylo nutné dát si ranního „vyprošťováka“. Léčbu Vincent dokončil a po ní abstinovat asi dvacet let.

V době abstinence udělal Vincent ve svém životě poměrně velké změny – firmu zmenšil, snížil počet zaměstnanců a činností, kterými se firma zabývala, sám pracoval o hodně méně a snažil se vyhýbat stresu. Dokonce časem firmu převedl na syna a sám si nechal jen malou pod-část firmy, aby se „nenudil“. Recidiva nastala v období, kdy si Vincent zase vzal více pracovních povinností, přestal stíhat, ale hlavně, když si půjčil 250 tisíc. Vincent tvrdil, že půjčení peněz byla hloupost – nebo spíš stres s jejich vrácením – kdyby se totiž s dluhem někomu svěřil, nebyl by prý problém ho ihned

zaplatit. Vincent mi blíž nespécifikoval, proč si peníze půjčoval – když jsem se ho na to přímo zeptala, tak odvedl řeč jinam. Celkově to na mě ale působilo, že peníze potřeboval na něco v podnikání (řekla bych, že téma půjčování si peněz je pro Vincenta velmi těžké a že se cítí, že selhal, když si peníze musel vypůjčit). Vincent šel tedy po tomto relapsu (poměrně v krátké době) na další léčbu, kterou zase dokončil, ale následná abstinence nebyla ani rok. Důvodem recidivy byl zase stres a Vincentovo přepínání se – v práci, doma apod.

Velmi zajímavé mi přišlo, že Vincent svoje pití popisoval jako dovolenou – kdy uteče od povinností, odpočine si. Jedná se tedy o únik. Srovnání pití s dovolenou je ale poměrně extrémní – i když do určité míry trefné a jsem si jistá, že Vincentovu situaci plně vystihuje. Když Vincent pije, nepřipouští si starosti, tlak a vypětí, cítí se tedy uvolněný a vše mu přijde snazší. Jedná se o jeho formu relaxace (dysfunkční formu). Vincent ví, že nazývat pití alkoholu dovolenou není úplně v pořádku a je si vědom toho, že alkohol vyhledal (minimálně při posledním relapsu) cíleně a za účelem uniknout realitě a odpočinout si.

V Hellerově rozdělení (1996) odpovídá Vincent určitě Systematickému abúzu – nechybí typické pijácké chování na začátku založené na společensko-sociálním podkladě. Vincent vyhledával sociální situace, kdy bylo omluvitelné pít, zpočátku pil hlavně ve společnosti. Později pil i doma, ale to částečně kvůli natolik zvýšené toleranci, že pití ve společnosti už nestačilo a také protože už byla vypěstovaná závislost, která vyžadovala pití po celý den od brzkého rána.

Podle Jellinekova rozdělení (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157) závislosti spadá Vincent do typu gama – preference je jednoznačně na destilátech, vzrůstá tolerance i množství konzumovaného alkoholu a celkově bych ve Vincentově touze po dovolené viděla i prvky psychické závislosti. Somatické komplikace Vincent nepopisuje.

V Nešporově charakteristikách životních stylů (2004) spadá Vincent určitě do Přeshponovaného životního stylu. Vždy pracoval na 100%, snažil se všechno dělat sám a stihnout za co nejkratší dobu. Vincent byl vlastně neustále a dlouhodobě ve stresu a pod tlakem (který na sebe ale obrátil sám svým pracovním tempem). Již v definici této poruchy životního stylu je pití jako prostředek k uvolnění a uklidnění – to jsou ty Vincentovy „dovolené“.

Přemýšlela jsem, jestli není Vincent workaholik. Workaholismus je podle Vacka (2010) závislost na práci a na výkonu. U závislého je typické, že v jeho myšlení

převažuje orientace na práci a dochází k omezení jiných zájmů, aktivit, kontaktu s rodinou. Kombinace workaholismu s alkoholem bývá běžná i podle Nešpora a Csémy (1999), kteří uvádí jako souvislost těchto dvou pojmů - Workaholik si vytvoří závislost (např. alkohol) tak, aby se uvolnil ze stresu a přepracování. Vincentovy úniky mimo starosti by mohly souviset s únikem od práce (nejen fyzicky, ale také v myšlení). K sociální izolaci, která je pro workaholika (ale často tak pro alkoholika) typickou, docházelo – otázkou ale je, jestli tyto negativní jevy opravdu souvisely s workaholismem a přidruženým pitím nebo byly třeba pouze důsledkem nadměrného pití.

Když jsem se zamýšlela, jestli Vincent během abstinence změnil životní styl – ano, práci omezil, více se věnoval rodině a dokonce mu jedna abstinence vydržela dvacet let. Nicméně si ale myslím, že práci sice omezil, ale i tak jí věnoval hodně času a hlavně si v průběhu let práce přidával a přidával – to by možná mohlo ukazovat, že se ve zdánlivé „nečinnosti“ necítil dobře (tady bych zase uvažovala o workaholismu, který se projevuje přidáváním si povinností a později při velkém množství činností přímo ovlivňuje relaps). Myslím, že Vincent by měl stejně tak jako se závislostí na alkoholu, pracovat také se svými pracovními návyky.

12.9 Jiří (31)

Jiří byl jedním z mých nejmladších respondentů, který, i přes svůj mladý věk, měl o čem povídat. Zpočátku se mi zdálo, že je vůči mě v odporu a jen čeká, na co se budu ptát. Vyprávět se mu nechtělo. Ale s postupem času se rozmluvil a nakonec rozhovor proběhl plynule a příjemně.

Jiří s povídáním začal úplně na začátku, který je v jeho případě opravdu velmi brzký – první setkání s alkoholem nastalo již v třinácti letech. Tenkrát byl začátek pozvolný – přes nealkoholické pivo, které sloužilo spíš jako náhrada alkoholu, k pivu alkoholickému a později také k tvrdému alkoholu – destilátům. Vzhledem k nízkému věku se jednalo o nejlevnější alkohol – rum, vodku apod. Jiří pil hlavně kvůli touze zapadnout mezi starší kamarády svého bratra. Ten byl o zhruba pět let starší – což je především v tomto věku obrovský rozdíl. Jiřího začal s sebou do party brát na jeho přání a zpočátku mu dával jen nealkoholické pivo, z Jirkova vyprávění je pouto mezi bratry zřejmé – stejně jako snaha staršího bratra se o Jiřího postarat. Ten se ale ve své nedospělé naivitě snažil zapadnout podle měřítka nastaveného partou – čím víc vypiješ

a nejsi opilý, tím líp a tím víc mezi nás patříš. Jiří dokonce popisuje, jak se mu přičily destiláty, ale kvůli ostatním předstíral, že z láhve, která kolovala, pije. Stejně tak předstíral, že kouří kolující marihuanu – její účinky mu nedělaly dobře. Popisoval mi, že byl po ní hned zřetelně pod vlivem a to bylo u starších chlapců okolo zase terčem posměchu. Jiří měl tedy strach, aby nepůsobil jako „mrňous, co nic nevydrží“.

Když bylo Jiřímu kolem 16ti let, začal s ostatními chodit „oficiálně pít“ – do hospody. Dříve se scházeli hlavně v parku apod. Jiří v té době cítil ještě větší touhu vymanit se z představy, že je mladý a nezkušený a proto začal pít „trénovat“. Neustálým pitím, i tvrdého alkoholu, si zvyšoval toleranci a časem „přepil“ nejen dvacetiletého bratra. Výsledkem tohoto „tréninku“ bylo, že se Jiří ve skupině cítil být konečně přijat a byl za „borce“.

Vzhledem k mladému věku mě zajímalo, jak bylo možné, že oba bratři mohli trávit tolik času pitím a po parcích/hospodách. Proto jsem se zajímala o poměry v rodině. Jiří žil i s bratrem u prarodičů, kteří v té době měli už kolem 80ti let. Otec Jiřího v té době, kdy začal pít, umřel – podle slov Jiřího se v podstatě upil. Situaci doma, která na mě působila velmi temně a dokonce jsem kolikrát nevěděla, jak mám na vyprávění reagovat, popisoval Jiří bez výrazu. Nemyslím si, že mu byla lhostejná, naopak bych v jeho reakci, a hlavně podle neverbální komunikace, řekla, že vzpomínky jsou pro něj v tomto období velmi bolestivé. Otec v podstatě jenom pil a v domácnosti byl brán jako přítěž, která se zavírala v obývacím pokoji. Chlapci s ním nebyli vůbec v kontaktu a byli naučení se mu vyhýbat. Jejich matka zřejmě vůbec nevěděla, jak vzniklou situaci řešit a problém proto ignorovala a nejen před sebou, ale i před očima dětí, schovávala. Jiří popisoval otce velmi negativně a jeho smrt byla podle Jiřího slov spíš úlevou pro celou rodinu. Po jeho smrti se Jiří s bratrem odstěhovali k prarodičům – matka nezvládala finanční náklady a musela se přestěhovat do menšího bytu. Podle mě se jednalo o určitou formu úniku – o tom, že její synové pijí alkohol věděla a stejně jako s otcem možná problému chtěla uniknout. Jiří dokonce popisoval, že v období jeho největší závislosti, se mu vyhýbala a setkat se s ním dokonce odmítala.

Nejvíce se Jiří „rozpil“ na střední škole a těsně po ní, kdy chodil napřed denně do hospody a nakonec už si alkohol kupoval jenom domů. I přes vysokou konzumaci alkoholu ale ještě byl schopný pracovat (s ranním „vyprošťovákem“ a placatkou v kapse po celý den). Vše vygradovalo až v jeho neustálou opilost. Na první léčbu ho dovezl bratr, který ho v abstinenci dodnes aktivně podporuje. Bratr se alkoholu vzdal

s příchodem vztahu a rodiny. Třeba to zpočátku Jiří odsuzoval a nechápal, během rozhovoru bylo ale vidět, že je na bratra pyšný a že je mu za jeho podporu vděčný.

Vztah obou bratrů je velmi specifický – Jiří bratra přemlouval, aby ho vzal do jeho pijácké party – ten to udělal, ale alespoň zpočátku se jej snažil chránit. Později se pití vzdal a jeho mladší bratr – Jiří mu to vyčítal. Když se Jirka dostal do kritické situace, byl to právě jeho bratr, kdo zasáhl. Stejně tak jako při Jirkově relapsu – opět to byl jeho bratr, kdo ho do léčby přivezl. Jiří zmiňuje, že má vůči němu asi výčitky – že je to jeho chyba, on Jiřího k alkoholu přivedl. Jirka to zmiňuje spíš s nedůvěrou, bratrovu vinu popírá a spíš naopak má výčitky, že se o něj musí bratr takto starat. Za to je mu velmi vděčný – což nejen říká, ale hlavně to na něm jde při rozhovoru také vidět. Řekla bych, že bratr nahrazuje Jiřímu chybějícího otce, už od dětství byl pro něj jediný mužský vzor (proto také tolik toužil patřit do jeho party) a také z druhé strany je to vnímáno stejně – bratr se o Jiřího stará a otce se mu snaží nahradit.

Když jsem se zajímala o relaps – dobu abstinence popisuje Jiří, že byla „docela fajn“. Pracoval, našel si přítelkyni, pít začal, protože se mu zdálo že „zfotovatěl“. Z Jiřího vyprávění a celkově z popisu jeho situace při abstinenci (která mi nápadně připomínala situaci jeho bratra, kterou v té době ještě úplně neuznával – rodina, dítě apod.) jsem měla pocit, že si z dospívání nastavil, že pít a bavit se znamená život a má to tak být. Všechno ostatní nebylo pro Jiřího dobré a přijatelné – alespoň ne dlouhodobě. Začal tedy zase chodit po práci na pivo, přítelkyně jej opustila a nakonec pil zase od rána do večera. Do léčby jej zase, jak jsem již zmínila, odvezl jeho bratr.

Podle Hellera (1996) je Jiřího typ abúzu jasně specifikovaný Systematický abúzus – závislost jasně vznikla na společensko-sociálním podkladě, kdy Jiří aktivně vyhledával sociální situace, kde bylo pití alkoholu běžné a nevyhnutelné. Existuje ale také specifický Juvenilní abúzus, kdy je typický raný začátek pití alkoholu. Roli hraje tlak vrstevníků/party a většinou přerůstá v závislost kolem 30. roku věku. Jiří typově odpovídá také tomuto typu a myslím, že oba ho vystihují velmi přesně. Nakonec bych se klonila spíše k Juvenilnímu typu – vzhledem k tomu, že Jiří později už popíjel i doma a do hospody už nechodil (což ale může být také dáno mírou závislosti, kdy je popíjení doma nejpohodlnější a často jedinou možností, protože už není piják ničeho jiného doopravdy schopen). Jiří prodělal epileptický záchvat, kdy nebyl schopný obstarat si vlastními silami alkohol, když měl abstinenci příznaky.

Podle Jellinekovy typologie (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157) bych Jiřího zařadila do typu gama – preference piva a destilátů je jasná, stejně jako

porucha kontroly pití, zvyšující se tolerance (dokonce vědomá snaha o zvýšení tolerance) a samozřejmě somatické komplikace (epileptický záchvat a celkové zdravotní problémy, které jsou na Jiřím patrné v jeho zanedbaném vzhledu).

Podle životního stylu, který Jiří žil, a který byl velmi komplikovaný jeho rodinnou situací a mladým věkem, bych ho zařadila asi do Nešporem (2004) definovaného Rizikového a stresujícího životního stylu. Už jen situace v rodině a otcův silný alkoholismus bylo pro dospívajícího velkým rizikem a mělo to vliv na jeho vývoj a přístup k alkoholu. Situace doma musela být pro dítě stresující, nepochopitelná a krajně nebezpečná – Jiřimu chyběl mužský vzor (který si nahrazoval bratrem), nebylo mu nikdy ukázáno, jak řešit problémy (jinak než únikem nebo alkoholem) a z jeho vyprávění o rodině jsem měla pocit ne přímo lhostejnosti, ale neschopnosti projevit zájem – to si myslím, že dokázal až bratr Jiřího. To vše musí na dítě (i dospělého) působit jako velký tlak a stres. Riziko zvolení si špatného úniku z této situace je velmi pravděpodobné.

Když jsem se zamýšlela, jestli Jiří změnil životní styl v období abstinence – bude prvním respondentem, u kterého bych řekla, že spíše ano – změnil. Alkoholů se vyhýbal, změnil denní rutinu chození do hospody, našel si práci a přítelkyni. Jenže si myslím, že v tom období ještě na změnu nebyl dostatečně připraven a neztotožnil se s ní – cítil se nudný, „zfitovatělý“ a situaci bral pak spíše negativně. Abstinenci sice negativně přímo nevnímal, ale abstinující životní styl mu nevyhovoval. Myslím, že v další léčbě je velmi důležité se na toto zaměřit – Jiří by potřeboval najít nějaké koníčky a seberealizovat se, aby měl pocit, že i jinak než v hospodě tráví svůj čas příjemně. Proto tedy sice došlo ke změně životního stylu – ale ne úplně, změna nebyla dokončena (koníčky, náplň dne, přístup k novému životnímu stylu atd.).

12.10 Jaroslava (41)

Poslední respondentka mého výzkumu je paní Jaroslava. Na první pohled působila nenápadně, dokonce se zdálo, že nebude příliš ochotná svěřit mi svůj příběh. Když ale Jaroslava promluvila, byla jsem překvapená jejím hlubším hlasem, který se k jejímu prvnímu dojmu vůbec nehodil. Stejně tak jako její napůl ironické „úšklebky“ během vyprávění. Její příběh odpovídal jejímu vzhledu už více. Jaroslava na první pohled působila křehce, až možná zlomeně, i přesto že mluva, hlas a gesta tomu

neodpovídala, obsah jejích slov mi ale přišel rezignovaný, odevzdaný a do určité míry zlomený.

Jaroslava mi popisovala hlavně okolnosti svého manželství, které podle jejích slov zrovna moc šťastné nebylo. Už během jeho trvání jí alkohol zaplňoval místa, kdy se cítila sama a podvedená – její manžel jí byl totiž neustále nevěrný. Nebo alespoň Jaroslava to tak viděla a myslela si to. Samozřejmě to nechci vyvracet nebo popírat, je ale pravda, že z dětství měla Jarka s touto tematikou nepříjemnou zkušenost, kterou pak mohla očekávat i od svého vztahu.

Svou rodinu a celkově dětství sice popsala jako normální, vzápětí ale skutečnostmi, které popsala, toto tvrzení vyvrátila. Když jí bylo jedenáct let, její otec opustil rodinu kvůli jiné ženě – mladší, krásnější. Stejnou situaci popisuje Jaroslava také u svého manžela, u kterého ale byly nevěry častější záležitostí. Jaroslava tedy od jedenácti let vyrůstala bez otce (svému nikdy neodpustila a odmítla se s ním dále stýkat a matka se už nikdy znova neprovdala). Křivdu a ublížení, které má v sobě Jarka tedy už od dětství, jí její manžel svým chováním jen připomínal a prohluboval. Kvůli rozchodu s manželem přišla Jaroslava také o plnohodnotný vztah se svými dětmi – i přesto že se s nimi stýká, sama o nich moc nemluvila a zdálo se mi, že jejich vztah popisuje spíše věcně a bez hlubších emocí. Řekla bych, že jim neodpustila to, že otce nezavrhly stejně, jako to udělala v dětství ona s otcem svým. Tím jí dokázaly, že jsou na jeho straně a Jaroslava se smířila s tím, že děti budou u otce trvale. U soudu je sice řádně dostal do péče, Jaroslava ale neprotestovala a nijak se nebránila.

Alkoholová kariéra Jaroslavy se datuje už do nešťastného manželství, kdy popisovala, jak dlouhé hodiny čekala na návrat manžela z nevěrných návštěv. Cítila se ublížená, osamělá a alkohol jí tyto chvíle pomáhal překonat. V té době považuje Jarka své pití ještě za příležitostné, víc pít začala prý až před několika lety, dokonce nejvíce pila po svém relapsu po absolvované léčbě. Jarka měla totiž primárně spíše problémy s léky na předpis – nejmenovala mi přesně, jaké užívala a nebo kolik jich brala a když jsem se jí na to zeptala, mávla nad tím rukou a vrátila se zpátky k alkoholu – ten totiž momentálně považuje jako za svou primární (už dokonce jedinou) drogu a léky jsou pro ni očividně minulostí. K jejich užívání se dostala během rozvodu a v období po něm, kdy pravidelně docházela k psychiatrovi. K tomu už od léčby nechodí a léky si předepisovat nenechává. Užívala je tenkrát, podle vlastních slov, v nadměrné míře. Nechávala si jich schválně předepisovat více, kdy lékaři tvrdila, že jejich účinek není dostačující. Zbytek si objednávala přes internet a nebo sháněla přes známé. Léky

užívala Jaroslava asi čtyři roky. I když sama uznává, že časově nemá úplně přehled a protože se užívání obou látek prolínalo, není si jistá časovou posloupností. Jasně je ale to, že před léčbou vypila Jaroslava až dva litry vína – mluvíme tedy určitě o kombinované závislosti.

Pro léčbu se Jaroslava rozhodla hlavně kvůli závislosti na lécích – té se chtěla zbavit. O alkoholu nemluvila, jen poznamenala, že kvůli němu na léčbu nešla a vlastně jej tam ani pořádně neřešila. Po absolvování léčby nějakou dobu abstinovala, ale se svým životním stylem nebyla spokojená. Dokonce přiznala, že věděla, že abstinence je jen dočasná a že začne zase pít. Tak se také stalo – sem tam se také objevila recidiva s léky, Jaroslava ale primárně hlavně pila. Vrátila se k několika litrům vína, popisuje ranní „vyprošťováky“ i zanedbávání povinností – do práce často nechodila a byla dlouhodobě a opakovaně na nemocenské. O zaměstnání nakonec přišla. I přesto, že Jaroslava už léky nepovažuje za důležité, a myslí si, že už se o nich zmiňovat nemusí – podle mého názoru se stále jedná o kombinovanou závislost na více látkách, kde primární drogou je alkohol. Ale závislost na lécích by neměla být zanedbána, Jaroslava si totiž ještě sem tam podle svých slov „zobne, když se chce dobře vyspat“.

V typologii abúzu podle Hellera (1996) bych se v případě Jaroslavy přikláběla k Symptomatickému stylu pití. Jarčino pití je bezpochyby založeno na psychogenním podkladu, Jaroslava dokonce o alkoholu řekla, že to byl její „kamarád“, který jí pomáhal překonat špatné a těžké psychické chvíle. Svě pití sice Jaroslava nijak neschovávala, ale ani ho nikdy nepřiznala. Pro Jarku bylo také typické „udržování hladinky“.

V Jellínekově typologii (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157) Jarka odpovídá typu alfa. Částečně bychom mohli uvažovat také o typu delta, ale vzhledem k jasnému psychogennímu podkladu pití alkoholu s kombinovanou závislostí s léky, bych spíše řekla, že se jednalo o sebemedikaci, snahu zbavit se nepříjemných pocitů, samoty, úzkosti apod.

Když jsem se zamýšlela nad typem životního stylu podle Nešpora (2004), jako první mě napadl Nastražený životní styl – Jaroslava byla o nevěrách manžela přesvědčená už před svatbou, ale nikdy o nich tenkrát neměla žádný důkaz. Myslela si, že ji podvádí, protože to byl prý „krásný chlap, kterého ostatní ženy chtěly“. Později sice o jeho nevěrách důkaz už měla – zmínila textové zprávy, které si přečetla u něj na mobilu, ukázalo se ale, že to nebylo opakovaně, jak popisovala, ale jen jednou a zprávy byly s ženou, ke které její manžel nakonec odešel. Nevěrný tedy Jarce opravdu byl, ale

nemohla jsem se zbavit pocitu, že velká část příběhu zrady se odehrávala primárně v hlavě Jaroslavy. Tím by Jarčina charakteritika tomuto životnímu stylu odpovídala. Byla vůči manželovi nedůvěřivá, měla pocit, že jí chce ubližovat, nebyla si jistá ani sama sebou a proto také zmiňovala, že neměla žádné kamarádky – s navazováním vztahů měla Jarka problém. Cítila se osaměle a měla pocit, že ji manžel a dokonce děti nemají dostatečně rády. Tento postoj jde vidět také právě ve vztahu s dětmi – to že zůstaly s otcem (i přesto, že rozhodnutí bylo soudní, ne tedy přímo dětí) vzala Jaroslava jako důkaz odmítnutí a toho, že ji nemají dostatečně rády. Jejich přítomnost tedy moc nevyhledávala, i přesto, že v době rozvodu jim bylo oběma kolem deseti let, Jarka měla pocit, že už ji nepotřebují.

Když jsem se zamýšlela nad obdobím užívání a abstinence, došlo mi, že Jarka neudělala žádnou změnu ve svém životním stylu – dokonce ani tu nejnnutnější a to je touha a rozhodnutí se pro abstinenci. Jaroslava si léčbou chtěla jen dopomoci k omezení užívání léků, ale o abstinenci od alkoholu vlastně dlouhodobě ani neuvažovala. Jak před léčbou, tak po léčbě byla Jaroslava osamělá, nespokojená a cítila se podvedená vlastně celou svou rodinou. Neměla kamarády ani koníčky a abstinence pro ni byla jen dočasná volba.

13 Závěr

V závěru své diplomové práce bych se ráda věnovala zhodnocení celkového výzkumu a všech respondentů. Jak jsem již v teoretické části uvedla, Plantová (1997) a Heller (1996) uváděli, že účinky alkoholu jsou jiné u žen než u mužů. Stejně tak jako se liší (nelze samozřejmě zobecnit na všechny případy) důvody abúzu v ženské populaci od abúzu v mužské populaci. A také je rozdíl v poměru žen/alkoholiček a mužů/alkoholiků v léčbě. Ve své studii jsem měla 7 mužů a 3 ženy. Nejde sice o reprezentativní vzorek relapsujících alkoholiků/alkoholiček, vzhledem k poměrně nízkému počtu respondentů, jde ale vidět, že mužů bylo v období sběru mých dat alespoň dvakrát více než žen. Zatímco ne se všemi muži, kteří byli závislí na alkoholu a v léčbě na detoxifikačním oddělení, jsem během období stihla z časových důvodů rozhovor udělat, ženy jsem zachytila všechny. Poměr mužů a žen na oddělení za toto období by tedy byl ještě ve větším rozdílu.

V rámci teoretické části jsem uvedla několik rozdělení, které jsem potom v praktické části aplikovala na jednotlivé respondenty – Hellerovo (1996) rozdělení

typu abúzu, Jellinekovo rozdělení (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157) typu závislosti a Nešporovo (2004) definování různých druhů poruch životního stylu. Nyní se v tomto rozdělení budu zaměřovat na celý výzkumný soubor – tedy na všech deset účastníků mé studie.

U šesti respondentů jsem identifikovala spíše Symptomatický typ abúzu – jednalo se tedy o pití založené na psychogenním podkladu, které je typické hlavně samotářským pitím, dávkováním alkoholu a bývá většinou typické pro ženskou populaci alkoholiků. V mém výzkumu spadaly do Symptomatického abúzu všechny tři ženy/respondentky. Společně s nimi jsem do tohoto typu abúzu zařadila i některé muže. Nedá se tedy přesně rozdělit ženský a mužský styl pití – vše je velmi individuální a nelze to specifikovat jen podle pohlaví.

Dva muži svým pitím odpovídali spíše Systematickému typu abúzu – pití probíhalo spíše stereotypně, bylo přítomno pijácké chování a alkohol byl konzumován v sociálních situacích, které byly často uměle vytvářeny, aby při nich bylo popíjení omluvitelné a nevyhnutelné. Tento typ abúzu je typický právě pro muže (což se potvrdilo, vzhledem ale k velmi nízkému číslu respondentů, kteří do této kategorie spadali, je také těžké toto tvrzení s jasností potvrdit).

Dva z mých respondentů odpovídali i poslednímu typu – Juvenilnímu typu abúzu. Jednalo se nejmaldší účastníky, kteří popíjeli již od raného dospívání. U takových je vliv alkoholu na celkový vývoj a na progresi jejich závislosti jasný. Zároveň jsem v jejich chování identifikovala ale i jiné Hellerem (1996) definované typy abúzu – ty se většinou projevovaly a měnily v průběhu dlouhého závislého období.

Sám Heller (1996) uvádí, že rozdíly a přechody mezi těmito typy abúzů jsou velmi těžce identifikovatelné a někdy je téměř nemožné alkoholika jasně přiřadit jen k jednomu z výše zmíněných typů. Proto minimálně u tří respondentů nebylo možné jasné zařazení – Miroslav, Rudolf a Jiří spadali do různých typů abúzu podle času, jak dlouho užívali alkohol. Miroslav s Jiřím popíjeli od raného věku, jsou tedy určitě původem Juvenilní pijáci – oba ale v určitém období projevovali Systematický typ popíjení, kdy pili hlavně ve společnosti vrstevníků a vyhledávali sociální situace vhodné pro konzumaci alkoholu. Oba ale také se zvýšením tolerance a se zhoršením zdravotního a psychického stavu nakonec popíjeli doma a spíše už jako sebemedikaci na projevy spojené se závislostí – jednalo se tedy i o Syptomatický abúzus.

Podle mého názoru se tedy typ abúzu může měnit v čase a podle situace ve které se uživatel právě nachází. Zařazení je tím obtížnější, ale lze ho v průběhu celé alkoholové kariéry identifikovat a sledovat.

Stejně tak bych postupovala i s Jellinekovým zařazením (Popov (2003), in Kalina, K. a kol., III-1, str.151 - 157) typu závislosti – jen málo z mých respondentů bylo jednoznačně zařaditelných – např. Tomáš byl typem alfa, kdy jasným důvodem jeho pití byl jeho vnitřní rozpor ohledně jeho sexuální orientace, nebo Vincent s Jiřím byli pijáci typu gama – kdy se k závislosti propili spíše díky svým sociálním zvykům a pitím ve společnosti. Byli ale respondenti, kde se typ závislosti mohl v průběhu času měnit – Irena například zpočátku pila jako typ alfa (sebemedikace, pití kvůli osobním a psychickým problémům), ale časem pila spíše jako typ delta – jednalo se spíše už o chronickou konzumaci alkoholu s preferencí vína. Stejně tedy jako u Hellerovi typologie – alkoholismus prochází během užívání změnami, stejně tak jako sám alkoholik. Reagují na aktuální emocionální, psychický a také fyzický stav a typ abúzu i závislosti se tedy může proměňovat.

Poruchy životního stylu, které definoval Nešpor (2004) byly lépe uchopitelné a identifikovatelné a všechny z respondentů bylo možné přiřadit jen jednomu z definovaných typů. Nejčastěji se objevoval Rizikový a stresující životní styl (celkem u šesti respondentů), dalším byl pak Prázdný životní styl a např. jen jedenkrát jsem definovala Přeshponovaný nebo Nastražený životní styl. Někdy se lišilo to, co popisovali pacienti a to, co jsem v jejich vyprávění identifikovala já. Např. Lumír popisoval důvody svého pití jako nudu, málo činnosti, mě ale z jeho vyprávění přišlo, že je spíš pod neustálým tlakem a stresem, který na sebe sám nakládá, ale nedokáže jej identifikovat. Tomáš zase pil, podle jeho názoru, kvůli vztahům a problémům v nich, já si ale myslím, že vzhledem ke své nevyřešené sexuální orientaci, bychom mohli spíše uvažovat o Neradostném stylu života, kdy je Tomáš nešťastný ve vztazích a ve svém životě – hlavně kvůli tomu, že není schopen se přiřadit k určité orientaci. A nebo také proto, že se za každou cenu chce někam přiřadit, i když je na to ještě brzy.

Respondenti	Typ abúzu	Typ závislosti	Porucha životního stylu
Liliana	Symptomatický	Delta / Alfa	Prázdný ŽS
Lumír	Symptomatický	Gama	Prázdný ŽS/Stresující ŽS
Tomáš	Symptomatický	Alfa	Stresující ŽS/Neradostný ŽS
Miroslav	Symptomatický / Systematický / Juvenilní	Beta / Gama	Prázdný ŽS
Irena	Symptomatický	Alfa / Delta	Rizikový a Stresující ŽS
Rudolf	Symptomatický / Systematický	Gama / Alfa	Rizikový a Stresující ŽS
Marian	Symptomatický	Alfa	Rizikový a Stresující ŽS
Vincent	Systematický	Gama	Přešponovaný ŽS
Jiří	Systematický / Juvenilní	Gama	Rizikový a Stresující ŽS
Jaroslava	Symptomatický	Alfa	Nastrazený ŽS

Tab. č. 2: Shrnutí výzkumu

V předcházející tabulce jsem shrnula jednotlivá přiřazení pro lepší orientaci a přehlednost.

Vzhledem k tématu mé diplomové práce, která je zaměřena na životní styl a jeho změnu během abstinence, jsou předchozí přiřazení důležitá. I přesto že typ abúzu nebo typ závislosti nemusí na první pohled s životním stylem úplně souviset, není tomu tak. Všechna tato rozdělení se totiž vymezují určitým stylem života, který je pro ně typický a jednotliví pijáci se do nich sami bezděčně staví – pokud pak v době abstinence nedojde k odstranění typických vzorců chování, zvyků a způsobů jednání, které byly typické v užívání, je jen těžké předejít relapsu. I to jsem se svým výzkumem snažila dokázat.

Na počátku výzkumu jsem definovala výzkumné otázky. Ráda bych se teď věnovala jejich zhodnocení a odpověděla na ně.

Ovlivňuje životní styl potenciál pro relaps u abstinujících alkoholiků?

Ano. Životní styl ovlivňuje potenciál pro relaps v době abstinence – lépe řečeno, pokud není jedinec ve svém životním stylu spokojený a setkává se s rizikovými situacemi, které jsou právě součástí životního stylu, jeho zvládnání těchto rizik je

omezeno. Nepříznivý psychický stav snižuje „coping skills“ závislého a tím se zvyšuje potenciál pro relaps. Můžeme tedy výzkumnou otázku spíše pozměnit nebo rozšířit a místo vlivu životního stylu bychom spíše mluvili o změně životního stylu.

Nově definovaná výzkumná otázka by tedy zněla: Ovlivňuje změna v životním stylu potenciál pro relaps u abstinujících alkoholiků?

Pokud nedojde během abstinence ke změně životního stylu, tak, aby se lišil od toho během užívání, je větší pravděpodobnost relapsu?

Ano. Pokud zůstane shodný životní styl, nemění se ani zvyky, chování a přístup alkoholika k sobě sama, svému okolí a k alkoholu – tím se pravděpodobnost relapsu zvyšuje, protože dochází k opakujícím se vzorcům chování a způsobu řešení krizových situací. Alkoholik nemá důvod ke změně svého přístupu k alkoholu, pokud je situace v jeho životě stejná během užívání jako během abstinence.

Je životní styl subjektivní pojem, který se u jednotlivců může lišit?

Ano i ne. Životní styl je pojem objektivní – jsou definované oblasti životního stylu – rodina, práce, zdravotní stav, strava, volnočasové aktivity apod. Subjektivní je ale vnímání a prožívání těchto fragmentů. To, co někdo vnímá jako normální nebo zvládnutelné, je pro jiného velmi těžkou životní zkouškou – např. vztahy v rodině, zdravotní komplikace apod. Každý jedinec může stejnou situaci vnímat odlišně – ztráta zaměstnání může pro někoho znamenat výzvu posunout se v profesním životě jinam, pro někoho to znamená katastrofu, kterou není schopen zpracovat. Je tedy nutné, aby byla práce v prevenci relapsu individuálně zaměřená a zohledňovala schopnosti zvládnání různých typů rizikových situací jednotlivých klientů – může ale probíhat za pomoci jednotných technik a nácviků, protože dílčí fragmenty životního stylu jsou totožné.

Během zpracovávání dat a výsledků/rozhovorů jsem si všimla saturace dat u respondentů mého výzkumu – nejen že se často objevovala Riziková a stresující porucha životního stylu, ale 6 z 10ti respondentů zmínilo, že jeden z rodičů měl/má problémy s nadměrným pitím alkoholu a nebo byl / je alkoholik. V tomto případě můžeme poukázat na studii, na kterou upozorňuje ve své knize Nešpor (2004) a kterou jsem zmínila již v teoretické části. Studie byla provedena na dvojčatech a z výsledků je

jasné, že genetický materiál má vliv na vznik závislosti. Stejně tak Nešpor (2004) zmiňuje, že vznik závislosti je ovlivňován sociálním vlivem rodiny, modely a vzorci chování, které dítě vidí doma (v primárním sociálním prostředí) si snáze osvojuje. Zvláště vidí-li u rodičů, že alkohol slouží jako snadný únik od problémů – je možné, že si podobný mechanismus osvojí natolik, že jej začne samo používat, když se vyskytne v nouzi a v nepříznivé situaci. Ani jeden z mých respondentů neměl k rodiči-alkoholikovi dobrý vztah, většina z nich se dokonce odsuzovala za to, že k alkoholismu sama sklouzla. Vzory chování, které nám rodiče během dětství dávají, vytváří spíše ale podvědomé vzorce, které si nemusíme uvědomovat a aplikujeme je nevědomě – ať už respondenti chtěli nebo ne. Uvědomění si, že danou situaci řeší nakonec stejným způsobem, jakým to dělal jejich rodič – alkoholik a který tolik odsuzovali, přichází většinou s časem (většinou právě po léčbě a následné abstinenci, kdy získávají respondenti alespoň základní náhled na svou situaci a okusí, jaký je život bez alkoholu a jak se problémy bez něj řeší).

V předchozích několika odstavcích jsem vyjmenovávala společná témata mých respondentů – opakující se poruchy životního stylu, problémové pití nebo alkoholismus u jednoho z rodičů, dále bych ještě mohla jmenovat absenci jednoho z rodičů (ať už šlo o opuštění, úmrtí, nebo právě alkoholismus) – určitě bych našla i společné povahové rysy, takové detaily ovšem nelze vydedukovat z hodinového rozhovoru. Dalších společných faktorů bych našla určitě spoustu. Dobré zmínit by byl ještě často opakovaný jev nedokončené léčby – většina z mých respondentů z léčby vypadla dříve než měla být léčba řádně ukončena. De Leon (2010) dokonce uvádí, že nejdůležitějším prediktorem úspěchu k nastolení abstinence po léčbě je její dokončení – to bychom tedy mohly brát také jako jeden z hlavních důvodů relapsu u mých respondentů. (NIDA, 2012; De Leon, 2010; in Kalina a kol., in print 2014, kap. 35) A stejně tak by to měla být oblast, o které by tito pacienti měli vědět v průběhu své další léčby. Nejedna z nich (Liliana, Lumír apod.) totiž považovali jejich předčasné vypadnutí z léčby za nepodstatné – vždyť šlo jen o pár dní/týdnů z celkového velkého počtu (jejich nepřímo citovaná slova).

Wanigarante a kol. (2008) uvádí tzv. Velkou trojku – tři nejčastější příčiny relapsu - negativní emocionální stavy, interpersonální konflikty a sociální tlak. Převážně třetí je typický pro alkohol (např. příběh mého respondenta Rudolfa, který sociální tlak spolupracovníků, kteří jeho abstinenci odsuzovali, popisoval a během jeho abstinence

jej velmi ovlivnil). Wanigarante at al. (2008) zmiňuje, že 35% relapsů mají na svědomí negativní intrapersonální emoční stavy, 16% všech relapsů je způsobeno interpersonálními konflikty a 20% relapsů je z důvodu sociálního tlaku (zbytek relapsů se rozděluje mezi další příčiny, které mohou relaps způsobit). Když jsem se nad těmito čísly zamýšlela, došlo mi, že se zde nemluví přímo o životním stylu, ale všechny tři oblasti jsou jeho součástí – znovu se tedy dostávám k tomu, že životní styl nemůžeme úplně přesně definovat a ani jej uvést jako jediný a přímý důvod relapsu – jeho jednotlivé složky už ale ano. Správný životní styl je totiž rovnováha a spokojenost ve všech oblastech – psychických, interpersonálních, volnočasových, zdravotních, sociálních, ekonomických apod. Je asi těžké si představit, že by někdo žil ideální životní styl – proto je nutné alespoň identifikovat rizika a disfunkční oblasti vlastního životního stylu - pak na sobě může člověk aktivně pracovat a teprve potom může dojít ke změně a k rovnováze životního stylu. Identifikace nežádoucích vlivů a změn je nutná co nejdříve a pak je potřeba s tímto jevem ihned pracovat – to ale závisí právě neumí a umět by měli. Na udržení rovnováhy je ale nutné pracovat celý život – není to jen otázka nápravy, ale také otázka udržení této změny k lepšímu.

Cílem mého výzkumu bylo poukázat na nutnost změny životního stylu v období abstinence a díky svému výzkumnému vzorku ukázat, že většina relapsujících tak po léčbě neudělala – to jsem, myslím, svými výsledky dokázala. „Životní styl“ aneb „To jak žijeme a jak se v tom cítíme“ nás ovlivňuje a působí na nás každý den – pokud jsou pocity negativní a jak žijeme nám neprospívá, budeme se snažit si takovou situaci ulehčit. Závislý člověk má přesnou představu o tom, jak takovou situaci nejrychleji a nejefektivněji vyřešit – vliv životního stylu na relaps je tedy přímý a nevyhnutelný.

Bylo by vhodné provést pokračující výzkum, který by zkoumal, zda-li relapsující respondenti, kteří absolvovali léčbu, prošli také prevencí relapsu. Ta je sice běžnou součástí léčby, ale kvalita těchto intervencí stejně jako jejich cílenost a četnost se s každým zařízením liší. Nevhodná aplikace preventivních technik, nebo jejich špatné načasování mohou zapříčinit, že jejich výsledný efekt na klienta nebude dostačující. Proto by tuto skutečnost bylo dobré v dalším výzkumu zohlednit – to, že změna životního stylu u respondentů nenastala neznamena, že se o ni nesnažili (což musím podotknout, že se o změnu někteří snažili dokonce velmi intenzivně). Spíše to tedy znamená, že změnu neuměli dostatečně aplikovat. Zajímalo by mě tedy, jakou průpravou a nácvikem – prevencí relapsu – v minulosti prošli. Implikace tohoto výzkumu pro praxi by pak mohl být větší důraz na prevenci relapsu již během léčby

a uvědomění si pacientů, že to jak žijí (životní styl) je ovlivňuje více, než si ze začátku dokáží představit a nejdůležitější na abstinenci je dobrý pocit z ní a hlavně se sebou sám/sama. Důležité je také motivovat pacienty, aby navštěvovali doléčovací léčbu, kde by se dál pracovalo právě s prevencí relapsu. Všechno dohromady by pak mohlo pomoci k vyšší účinnosti léčby a hlavně by to mohlo zamezit více relapsům.

14 Použitá literatura

- Babor, T., Higgins – Biddle, T., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. (2001). AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Care. 2nd edition. Geneva. WHO.
- Edwards, G. (2004). Záhadná molekula. Praha. NLN s.r.o.
- Duffková, J., Urban, L., Dubský, J. (2008). Sociologie životního stylu. Nakl. Aleš Čeněk.
- Duffková, J., a kol. (2008). Aktuální problémy životního stylu. Praha. Sborník UK-PF.
- Durbin, P. G., Tribute to Alfred Adler. Theory: Style of life and Social interest. Chapter 3. Retrieved March 13, 2014, from website: <http://www.durbinhypnosis.com/adler.htm#chapter3>
- Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie. Praha. Grada Publishing.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2010). Velký psychologický slovník. Praha. Portál.
- Heller, J., Pecinová, O., a kol. (1996). Závislost známá i neznámá. Praha. Grada publishing.
- Jandourek, J. (2001). Sociologický slovník. Praha. Portál.
- Janoušek, J. (1992). Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury, Československá psychologie. Praha. Číslo 36/5.
- Kalina, K. (2000). Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Praha. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory. Inverze/SANANIM.
- Kalina, K., a kol. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha. Úřad vlády ČR, Filia Nova, o.s.
- Kalina, K. a kol. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha. Grada Publishing.
- Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha. Grada Publishing.
- Kalina, K. (in print, 2014). Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In Kalina, K. a kol. Klinická adiktologie. Praha. Grada Publishing.
- Kraus, B., Poláčková, V., a kol. (2001). Člověk, prostředí, výchova. K otázkám sociální pedagogiky. Nakl. Paido.

- Kuda, A. (2008). Prevence a zvládání relapsu. In Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie. Praha. Grada Publishing.
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., Marlatt, G.A. (1999) Relapse prevention, An Overview of Marlatt's Cognitive - Behavioral Model. Alcohol Research and Health. 23.edition.
- Miller, W. R., Rollnick, S., (2002). Motivační rozhovory, SCAN Tišnov.
- Millerová, Geri (2011). Adiktologické poradensví. Praha. Galén.
- Minařík. J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie. Praha. Grada Publishing.
- Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha. Grada Publishing.
- Mravčík, V., a kol. (2013). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR za rok 2012 (str. 22 – 36). Praha. Národní monitorovací středisko/Úřad vlády ČR.
- Nešpor, K., Csémy, L. (1999). Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládání. Praha. Sportpropag.
- Nešpor, K. (2004). Jak překonat problémy s alkoholem. Praha. Sportpropag pro MZ ČR.
- Popov, P. (2003). Alkohol. In Kalina, K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (str.151 - 157). Praha. Úřad vlády ČR.
- Skála, J. (1988). ...až na dno?. Praha. Avicenum.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2013), Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Praha. MZ. (str. 197 – 199)
- Vacek, J. (2010). Nelátkové závislosti – závislost na práci. Výukový text. Praha. Centrum Adiktologie, 1.LF UK.
- Vacek, J., Vondráčková, P. (2012) Přístup harm reduction k užívání alkoholu. Časopis Adiktologie. Praha. Vydání 2/2012., str. 147
- Wanigarante. S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F., Farmer, R. (2008). Prevence relapsu pro závislá chování. Manuál terapeuta. Praha. Centrum Adiktologie a Sdružení SCAN.
- World Health Organisation. (1994). Lexicon of alcohol and drug terms (str. 12). Geneva. WHO.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Vyjádření etické komise

Příloha č. 2: Informovaný souhlas dle doporučení etické komise VFN

Příloha č. 3: Přepis rozhovorů

Příloha č. 1

Vyjádření etické komise

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled / List of clinical trial sites in the Czech Republic where EC has given its opinion and will perform supervision:

Místo hodnocení/ Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Bc. Šárka Duroňová, Detoxikační jednotka, Klinika adiktologie VFN a I.LF UK, Apolinářská 4, 128 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Ano Ne Yes No		Hlasoval Ano Ne Yes No	
			Ano Yes	Ne No		Yes	No	Yes	No
MUDr. Josef Šedivý, CSc.	M/M	Clinical Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Kolář	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Hana Honová	M/M	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.	M/M	Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Místopřed- seda/Vice- chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Šárka Špeciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nefrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatrist – Adolescent Med	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Milada Džupinková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Kateřina Rusinová, MgA.	Ž/F	Anesthesiologist- Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

pozn: Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci./The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column :

Ano/Yes Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 20.2.2014

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson

2/2

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

Etická komise
Všeobecná fakultní nemocnice
v Praze

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
ETHICS COMMITTEE
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1
 128 08 Praha 2
 tel. 224964131
 e-mail: zuzana.balikova@vfn.cz

Vážená paní
 Bc. Šárka Duroňová
 Detoxikační jednotka
 Klinika adiktologie VFN a 1. LFUK
 Apolinářská 4
 128 08 Praha 2

20.2.2014
 čj. 286/14 S-IV (ind.výzkum)

Zasílací adresa: Nětčická 2036, 697 01 Kyjov

Vážená paní bakalářko,
 Etická komise VFN projednávala na svém zasedání dne 20.2.2014 Vámi předložený projekt – ind.výzkum:
 čj.: 286/14 S-IV.

Název studie: Diplomová práce – Polostrukturovaný rozhovor: Vliv životního stylu na relapsy u pacientů závislých na alkoholu s opakovaným pobytem na detoxifikačním centru.

Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report from the CT commencement: 1x ročně/Once a year Jiná lhůta/ Other

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment and issue of the EC opinion: Ano/Yes Ne, zdůvodnění/ No, reasons: Nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti: 7.2.2014

Datum jednání EK + čas/Date and time of Ethics Committee's session: **20.2.2014** (15,30 – 19,15 hod.)

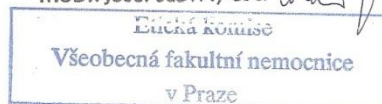
Seznam hodnocených dokumentů/List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Vzato na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis (nedatovaný)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník k předkládaným dokumentům – Zkrácený formulář EK VFN k neintervenční dotazníkové studii u pacientů (7.2.2014)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Projekt - Polostrukturovaný rozhovor pro klienty, česká nedatovaná verze	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informace o studii a informovaný souhlas, česká nedatovaná verze	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci podepsaná Mgr. Svobodovou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN v Praze bez finanční podpory třetím subjektem, vč. Souhlasu přednosta kliniky s projektem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkoušející: Bc. Šárka Duroňová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vyjádření etické komise: EK VFN pozastavila projednávání předložené žádosti o souhlas s provedením neintervenční studie z důvodu připomínky. V informacích o polostrukturovaném rozhovoru pro klienty a příložené Informaci o studii a informovaném souhlasu chybí oslovení pacienta/klienta. EK VFN považuje za vhodnější se v textu obracet přímo na něho místo formulace „Účastník/účastnice prohlašuje...“. Po přepracování dokumentu a kontrole češtiny (abyste...) bude na nejbližším zasedání vydáno konečné stanovisko. Při další komunikaci prosíme o vyznačení čj. 286/14 S-IV.

Podpis předsedy EK /Signature of Chairperson 1/2

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc. 



Příloha č. 2

Informovaný souhlas dle doporučení etické komise VFN

Vážený pane/ Vážená paní,

Ráda bych získala Vaši spolupráci na výzkumné studii, která bude součástí mé diplomové práce na téma: Vliv životního stylu na relapsy u pacientů závislých na alkoholu s opakovaným pobytem na detoxifikačním centru.

Jmenuji se Šárka Duroňová a jsem studentka magisterského studia oboru adiktologie na 1. LF UK v Praze. Vedoucím práce je Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina CSc. z Kliniky adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze.

Cílem práce je zjistit, jestli se po absolvování léčby změnil Váš životní styl, tak aby byl odlišný od životního stylu před léčbou a jak tato změna ovlivnila Vaši schopnost abstinovat, pokud vůbec nějaká změna nastala. Součástí zkoumání je také to, co si vlastně představujete pod pojmem životní styl. Všechny informace a přepisy rozhovorů budou zpracovány anonymně a pouze s Vaším souhlasem.

Účast ve výzkumu znamená zúčastnit se rozhovoru v délce přibližně jedné hodiny. Tento náš rozhovor bude nahráván, pokud s tím budete souhlasit. Zavazuji se, že nahrávka neposlouží ke komerčním ani jiným výzkumným účelům a po zpracování diplomové práce bude nahrávka smazána.

V průběhu výzkumu můžete být požádán/a o mé nahlédnutí do lékařské dokumentace, případně o opis z ní při vynechání všech osobních údajů nebo jinak identifikačních údajů.

Dále se zavazuji, že Vám nehrozí žádné zdravotní ani bezpečnostní či jiné riziko.

Tento informovaný souhlas se vyhotovuje ve dvou provedeních, z nichž jedno vyhotovení bude pro Vás a jedno pro mě a nabývá platnosti a účinnosti dnem podpisu.

Potvrzujete tedy svým podpisem, že jste se rozhodl/a zúčastnit výzkumu, který je součástí diplomové práce „Vliv životního stylu na relapsy u pacientů závislých na alkoholu s opakovaným pobytem na detoxifikačním centru“, a to svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení?

Prohlašujete a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzujete, že jsem Vám poskytla poučení, osobně vysvětlila vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jste možnost klást otázky, na které jsem řádně odpověděla?

Prohlašujete, že jste shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a souhlasíte s účastí ve studii?

Moc děkuji za Váš čas.

Datum:

Vyjádření souhlasu s účastí na výzkumu:

Vaše jméno:

Váš podpis:

Jméno a příjmení vedoucí studie:

Podpis vedoucí studie:

Příloha č. 3

Přepis rozhovorů

Předkládám přepis rozhovorů deseti respondentů mého výzkumu – rozhovory jsou zkrácené a zaměřené na důležité pasáže týkající se tematiky méj diplomové práce.

V přepisu rozhovorů jsou změněna jména a také jiné údaje byly upraveny tak, aby nemohlo dojít k identifikaci klientů a byly zachovány etické pravidla výzkumu s pacienty. Všichni pacienti souhlasili se svou účastí ve výzkumné části diplomové práce slovně i podpisem na Informovaném souhlasu (Příloha č.2).

Liliana (33)

S: Liliano, jaký máte vztah s mámou?

L: No, jako dobrý, teď jsme spolu byly dýl po hodně dlouhé době. Asi týden. A bylo to hodně zajímavý, naštěstí dávali olympiádu. Seděly jsme u televize, povídaly jsme si. Jako divím se, že jsme se nezabily. My jsme nikdy neměly takový ten hodně kamarádský vztah. Ani moc jako máma a dcera, na to asi teď postupně přicházíme. Já totiž vyrůstala u babičky a dědy, mamka byla mladá, když mě měla a neměla čas kvůli práci. Tak jsem bydlela u prarodičů. Pak jsem odešla po škole do zahraničí. Doma jsem vlastně nikdy pořádně nebyla. Ale mamka je takový ten člověk, kterému se nemusíte stydět říct, že se něco děje a proč se to děje. Ona tomu rozumí - jako že ti je blbě a tak. Ona je totiž taky alkoholička, no. Takže my to máme tak nějak v rodině. (směje se)

S: A Vaše máma pořád pije nebo abstinuje?

L: Teď už naštěstí nepije, ale v léčebně byla asi 3x. Ona vlastně začala pít až nějak ve 34 letech, možná ještě později. Ale teď se docela drží. Ona sice neabstinuje jako úplně, dá si třeba jedno pivo nebo dvě za rok. Teď si se mnou dávala taky. Chtěla taky skleničku, ale ona je schopná to jako ukočírovat. Když má pocit, že to začíná být moc, tak jede k ségře, jako k tetě, ta ji zase postaví do latě. (usmívá se)

S: A prarodiče pili?

L: Nee, tak nějak normálně. Děda měl rád pivo jako každý chlap a babička skoro nepila.

S: A otec?

L: Ne, taky ne, ona i ta máma začala pít, až se spolu rozvedli. On si totiž začal s její kamarádkou, víte. No, tak se s ním vlastně nebavím. Brácha žije u něj, to je ale asi lepší, protože mamka by se o něj, když pila, asi moc nepostarala. No takže se rozvedli a mamka z toho začala chlastat.

S: Liliano, Vy jste říkala, že se rozvádíte? Jaký je u Vás vlastně důvod rozvodu?

L: (dlouze přemýšlí) Tak jako asi to, že jsem chlastala? Nevím, no, asi hlavně proto to šlo do háje. Podělala jsem to.

S: Liliano, zeptala bych se tedy na alkohol, kvůli kterému tu jste. Úplně od začátku. Kdy jste tedy začala pít víc?

L: No to bylo asi jak jsem zůstala doma s dcerou na mateřské a den nějak neubíhal, nekojila jsem od 6.týdne – mně se nechtělo, nebavilo mě to. No a tak jsem vždycky navařila, otevřela jsem si k tomu lahvinku a ono se to tak plíží a plíží...

S: Takže to pití začalo takto plíživě?

L: Hodně plíživě – a to bylo jenom víno, já jsem nic jiného tenkrát nepila. A potom jsem se už hodně nudila, no. Já jsem mohla všechno, muž mně dal kreditku, auto jsem dostala. Takové to, dělej si, co chceš, běž si hrát golf, tam si běž zacvičit, tady máš kamarádku se stejně starým dítětem. Děti jsme daly do školky, šly jsme si zacvičit, na golfíček, nakoupila jsem, přišla jsem domů a tam jsem si otevřela tu lahev. Po těch asi 5ti letech (2 roky zpátky) už to začalo být..no, nevím, no. Jsem byla na horách a kámoška mi říkala, ať nepiju pořád to víno, že si mám dát vodku, ta prý nesmrdí. Tak jsem si řekla, aha, nesmrdí a bude to rychlejší – já už tenkrát vypila klidně 2 láhve toho vína. Tak jsem to zkusila. Napřed to začalo placatku. Vypila jsem jednu láhev vína a k tomu placatku, ono to rychleji najelo, člověk byl hned v náladě. Pak se to stupňovalo – začala jsem kupovat dvě ty placatky. Můžete to nosit v kabelce, to bylo výborné, nalámete se za rohem, je to jedno. Ale pořád si tenkrát ještě nikdo ničeho nevšiml. Já jsem i řídila ožralá. (tlumeně) Já jsem třeba přišla do školky, i tam jsem ráno chodila nalámaná, já jsem pak pila už i v noci. Člověk má takový ten pocit, že se vzbudíte a neusnete, dokud se znova nenapijete. Poslední rok už jsem vypila i půl litru vodky. Jsem si to přelívala do flašek od vody, to začnete vymýšlet hrozný kraviny. Schovaný to je všude po baráku, všechno doma nakonec stejně vypitý. Muž si potom koupil tester, každý večer mě testoval, ale já jsem to uměla skrýt, asi špatný tester, já jsem do toho uměla fouknout tak, aby to nebylo vidět. Nic nepoznal. Na mě opilost nebývá moc vidět, pila jsem doma, do hospody jsem nechodila. Ráno jsem odvezla dcerku do školky, pak jsem jela domů, cestou jsem se stavila koupit chlast – měla jsem kolem 3

vietnamce, ty jsem střídala, abych nejezdila furt k tomu samému, aby si nemyslel, že jsem nějaký alkoholik. Prvního panáka jsem si dala ještě tam, v autě. Přijela jsem domů, zlila jsem se, najedla jsem se a šla jsem si lehnout. Pak jsem vstala, dala jsem si dalšího – a udělala jsem, co jsem potřebovala. Já jsem fungovala úplně bez problémů, jen jsem k tomu potřebovala mít nějakou tu hladinku. Takže to jsem vždycky měla. Pak jsem pro ni jela do školky, pak jsme šly ven, člověk to má s sebou – se to vejde i do kabelky. A tak to bylo furt.

Pak jsem jednou byla u tchýně a šloha jsem jim flašku rumu, to už mi bylo všechno jedno, co do sebe naleju. Ale to mi nesedlo, no, jak jsem to vlastně zmixovala. Byla to spíš náhoda a tak na to teda přišli a já jsem se pak přiznala. Manžel mě teda objednal, shodli jsme se na tom, že už je to asi problém, který vlastně ovlivňuje životy druhých a měl strach, že bych něco někde vyvedla. Tak jsem souhlasila. On to stejně podle mě věděl, že chlastám. Takže toto bylo spíš jen potvrzení a poslední kapka.

S: Takže jak dlouho jste byla v léčbě?

L: No oni mě pak vyhodili. Původně jsem to měla na 4 měsíce. Já jsem plnila, zvykla jsem si na systém a na režim a dokonce mi postupem času vůbec nevadil. Ale pak šla dcera do školy, událost, tak jsem dostala vycházku. A tam mi půjčili telefon a já jsem si ho přinesla zpátky, no. Nenápadně v kabelce a tím to šlo všechno do háje, no, protože najednou se začnete chovat úplně jinak a ty sestřičky to na vás poznají. Protože to spojení bez světa – jako já chápu, že to je k něčemu dobrý, ale člověk si občas musí zařídit nějaké věci. To nebylo ani tak o tom, že si člověk potřebuje s někým psát, nebo blbnout na facebooku, ale je to strašné 4 měsíce bez telefonu.

S: Po jak dlouhé době Vás teda vyhodili?

L: Po nějakých 13ti týdnech. Já jsem to měla skoooro hotový, skoooro! No tak jsem odešla, našla jsem si byt – teda manžel mi dal byt, nějakou dobu jsem nepila a našla jsem si práci. Ale začala jsem zase pít a oni mě vyhodili. (věcně)

S: Proč Vás vyhodili z té práce, Liliano?

L: No protože jsem jednou prostě do práce nepřišla. Zlila jsem se jako Dán.... (tlumeně)

S: Takže to už jste zase pila? Jak to vlastně začalo?

L: No v té práci měl být vánoční večírek a co jsem jim měla říct? Když jim řeknete, že nepijete, tak to nechápu a když jim řeknete pravdu, tak už na vás koukají skrz prsty, no. Tak si musíte něco vymyslet – že máte nějakou jaterní dietu nebo tak. Tak jsem si šla pro antabus, protože jsem se toho bála, no. Ale pak to nakonec dopadlo

tak, že jsem antabus vysadila, protože by mě nikdy nenapadlo ho přepít. A tak si prostě nevezmete jednou nebo dvakrát tu tabletku, že si ji dám po vánočním večírku, no. Ten si nepamatuju do dneška – v kolik jsem přišla, jak jsem přišla. Nic nevím. Druhý den jsem ještě byla schopná jít do práce, pak byl ale nějaký víkend, to jsem si v pátek koupila láhev vodky a pak jsem do práce nepřišla v pondělí a oni mě vyhodili.

S: Takže ten antabus jste vysadila záměrně?

L: Jo. Pak jsem prostě tak nějak pila, no. Chodila jsem na pivo s kamarádem, co jsem ho poznala na léčbě. Ale tak kluci to mají jinak, oni se napijou a pak třeba 3 dny nemusí, no. Já jsem pak taky zjistila, že nemusím pít každý den. Že už to tak nepotřebuju. Že třeba měsíc vydržím a pak to stojí za to a je to pořádný tah. No, ale já mám problém, že jakmile piju jeden den, tak pak druhý den to chci přepít, aby mi nebylo špatně, ale pak je z toho hned třetí den a to už je špatně. Kdybych já uměla pít jen jeden den, tak je to v pohodě.

S: A když Vás vyhodili z té práce, co jste teda dělala? Celou dobu jste pila? Kde jste žila?

L: Ne, já pila jak kdy, no. Jak říkám, klidně jsem nějakou dobu nemusela, pak jsem šla na tah a tak. Střídala jsem práce, nic velkého. Žila jsem v bytě, co mi platil manžel, abych měla vůbec kde žít, no. Ale jinak jsem byla hodně akční – koupila jsem si kolo, hodně jsem cvičila. Na kole jsem jezdila fakt hodně. Ale tak neměla jsem moc kamarádů, všichni tak nějak zůstali manželovi. Jako pár kámošek, ale nikdo nemá moc čas, všichni pracují, rodiny, děti a tak.

S: A když si vezmete dobu, když jste pít začala poprvé – když jste se tenkrát na mateřské rozpila, a potom dobu po léčbě, když jste se snažila abstinovat, vidíte tam něco jinak nebo naopak něco, co bylo pořád stejné? Přemýšlela jste třeba, proč vůbec jste začala sahat po tom alkoholu?

L: Z nudy. Na začátku. Pak to byl asi smutek a nuda, no – jako že se to nepovedlo, byla jsem sama. Můj muž je hodně bohatý a nikdy nebyla žádná nouze a člověk si mohl dělat co chtěl. Taková zlatá klec, no. Předtím a vlastně i potom, no. Já potřebuju někoho, kdo má na mě tvrdou ruku.

S: A manžel to nebyl?

L: Ne, nebyl. Já mám pocit, že mu to snad bylo jedno. On to musel vědět, že pijú. Já vím, že to veděl a sice mě pak kontroloval, ale to bylo spíš jen tak.

S: Takže, když ty dvě období srovnáte?

L: No, já jsem se pak hodně snažila být akční. Jsem si koupila to kolo a tak. Ale pořád jsem se nemusela o nic moc starat a hlavně – nevím, no, bylo mi smutno. Nudila jsem se. Člověk nic nemusí, má všechno. Nebaví mě to. Kdyby měl člověk nějaké zázemí asi.

S: Takže pokud byste měla říct, proč si myslíte, že jste pila (předtím i potom), co by byl důvod?

L: Nuda a protože jsem mohla. Nikdo mě nehlídal, neměla jsem nad sebou tu pevnou ruku a byla jsem hodně sama. I když jsem hodně sportovala a nebo chodila ven, ale tak něco chybělo, no.

Lumír (50)

S: Lumíre, zmínil jste, že Váš bratr pije a že jste ho vozil po léčebnách? Co to znamená?

L: On někdy jel i sám, ale pak jsem ho našel doma jako trosku, tak jsem ho sbalil, naložil jsem ho do auta, zařídil jsem mu léčbu a odvezl ho tam. To bylo asi tak nějak když mu bylo taky tak těch 50 jako je teď mně. To už asi ten organismus přestane zvládat. On byl číšník celý život, takže on chlastal celý život. Od 18 let už pil, s tátou, to si pamatuju. Táta taky kalil celý život. Ale ten byl takový zodpovědný pijan. On se zkalil v pátek a v sobotu a v neděli to vydržel a v pondělí šel do práce. Tomu je teď 90 a ještě dnes si dá klidně 3 láhve týdně. Takže on pil celý život. Toto mě naučil brácha: „Když je ti ráno špatně, dej si malé pivo a zlepší se ti žaludek.“

S: Takže Váš otec taky pil? Léčil se někdy?

L: Ne, to jen brácha. Ten hrál hodně i automaty. Ten byl na detoxu nebo v léčbě tak čtyřikrát a to se s ním už skoro pět let nebavím. Dluží mi peníze. Bratr měl i halucinace už, honil mimozemšťany kolem baráku, tak jsem mu volal záchranku, ale ti ho neodvezli, protože pokud nechce, tak ho nemůžou nutit. Pokud neubližuje sobě nebo okolí. A takto daleko já se dostat fakt nechci. Já jsem to řešil už před rokem, teď jsem si ověřil, že to prostě takto dál nejde a jsem tu.

S: A s otcem jste v kontaktu? A Vaše matka?

L: No, to jo. Vždyť já se o něj starám. On teda jako bydlí sám a jezdí k němu pečovatelská služba, ale já mu nakupuju a tak. Máma umřela před 20ti lety, mrtvice, měla vysoký krevní tlak. Táta ji v podstatě utrápil. On je takový despota, kdybych byl po něm, tak by teď byl sám. Ale já jsem po mámě a to byla zlatá ženská, tak se o něj

starám. On ji trápil, nedával jí peníze, myslel jen na sebe. Vždycky myslel jen na sebe a i teď myslí jen na sebe. Tím, že chce, abych za ním přijel, myslí taky jen na sebe. Chce společnost.

S: Dobře, Lumíre, kdybych se vrátila k Vám a alkoholu. Jak to s Vámi teda bylo?

L: Vždycky jsem tak nějak popíjel, ale spíš v mezích normy, protože táta pil a bráchu jsem vozil z ústavu do ústavu. Myslel jsem, že mně se to nestane. Jenže pak jsem onemocněl s páteří a ležel jsem doma asi 3 měsíce a všechny filmy už jsem viděl, tak abych zabil čas. A protože mám krám přímo v baráku, tak jsem jenom seběhl dolů pro lahvinku a takto jsem zabíjel trochu času. Doma byla hrozná nuda. No, ale samozřejmě se to rozjelo. Ráno jsem měl přilepený jazyk, tak rychle pro další lahvinku a další. Musel jsem pak doplnit hladinku, aby mi nebylo blbě. Až to bylo neúnosný. Doma to nikdo nepoznal, ale už jsem cítil, že z toho sám nevybrusím. Tak jsem požádal ženu a dceru, aby mě sem odvezli. Ony říkaly: „Proč, vždyť jsi normální!“ A já jsem jim musel vysvětlovat, že jsem musel vypít 2 litry vína, abych byl normální. Tak pak jsem je teda ukecal, abych mohl sem. V podstatě já jsem sem šel, absolvoval jsem to celé a bylo to docela v pohodě. To je asi rok zpátky. Asi 14 dní léčby jsem nedokončil, naštvál jsem se, že mi změnili vycházku.

S: Kolik jste toho na konci tedy vypil, Lumíre? Ty 2 litry?

L: Ke konci už to byly za den 4 litry vína. Napřed jsem pil pivo, pak víno a nakonec už i kořalku, protože už to bylo slabý. Pil jsem jedno víno a jednu kořalku denně – půl litra. Ale když vstanete ve dvě ráno a pijete do večera do desíti, tak to máte za každé 2 hodiny jednoho panáka. Což není moc.

S: A po léčbě jste tedy abstinoval?

L: Jo, rok. A ten rok byl krásný, já jsem si nedal ani malé pivo, neměl jsem na to vůbec chuť. Zrekonstruoval jsem byt, koupil jsem si nové auto. A všechno bylo v pohodě. A teď k poslednímu prosinci skončila firma, kde jsem dělal. Takže zase – neměl jsem co dělat a říkal jsem si, že dvě skleničky mě nezabijou. Vím, že regulovatelné pití neexistuje. Ale stejně jsem si dal dvě, za chvíli třetí a druhý den ráno zase přilepený jazyk a už to zase jelo. V podstatě nějak dva měsíce a jelo to jak na bobový dráze. Každý den jsem si musel jít něco koupit, zase to nikdo nepoznal, celý život se mi ale převrátil – ve dne jsem spal, v noci jsem žil. Takže, pak jsem si po těch 2 měsících řekl, že už zase z toho sám nemůžu vyjet, tak jsem zase ukecal manželku, aby mě sem zase přivezla.

S: Takže po odchodu z léčby jste pracoval, rekonstruoval, sportoval, ale když jste zůstal doma, tak jste se zase napil?

L: Jo, na Silvestra. Jsem si říkal, že si to trošku rozveselím. Manželka mi říká, že jsem byl asi ve stresu, ale já nepoznám, co je to stres, mně se zdálo že jsem byl v pohodě. Možná ta práce. Ale já to fakt nepoznám.

S: Nepoznáte? Jako že nejste nikdy ve stresu a nebo nepoznáte, když jste ve stresu?

L: Já ho nepoznám, já nevím, že jsem napnutý, že mi není nějak dobře. Jsem neměl žádné problémy, já jsem byl vždycky v pohodě. A začal jsem pít, jenom, že jsem si na toho Silvestra říkal, že si jedno šampaňo dám. Jenže pak jsem si dal ještě jedno a byla tam nějaká kořalka, tak jsem si dal i tu. Jenže ráno jsem měl takový neodbytný pocit, tak jsem dopil kořalku a už to jelo. Nedalo se to pak už zastavit. Jak z vás totiž ten chlast odchází, tak je to strašně nepříjemný pocit. Tak jsem ho prostě nenechal odejít. Pořád jsem doplňoval tu hladinku. Já jsem to pil vždycky s limonádou, protože já nesnáším alkohol.

S: Nesnášíte alkohol?

L: Nesnáším tu chuť. Jak jsem měl špatný ten žaludek, tak jsem se jen podíval na flašku a musel jsem se letět vyzvracet. Ta představa, že bych to vypil... Já piju jen kvůli těm účinkům, musím to mixovat s limonádou, dám si trochu vodky a trochu limonády a takto to už vypiju.

S: Dobře Lumíre, když si tak vzpomenete na období abstinence, jak to vypadalo?

L: No byl jsem docela akční – rekonstrukce a tak. Furt jsem něco vymýšlel a chtěl něco dělat a opravovat a tak. Práce. Normálka, no.

S: A když se zamyslíte nad tím, proč jste začal pít – poprvé i pak relaps?

L: No, to je to – nuda, jsem neměl co dělat, i na toho Silvestra jsem věděl, že nemám druhý den co dělat. To byla ta nečinnost, nevíte co by, spát už nemůžete. Jak to dělal Sherlock Holmes – jak neměl případ, tak bral heroin, ta nečinnost ho zabíjela a já jsem to tak měl taky. Jsem si prostě říkal, že si zvednu náladu, zabiju čas a takto to dopadlo, no. Já nikdy jiné drogy nebral, kouřil jsem sice do 26 let, ale neudělalo mi to dobře, zadýchával jsem se, tak jsem to odhodil a už nikdy nekouřil. Ale s tím alkoholem mi to tak nejde.

Tomáš (45)

S: Tomáši, mohla bych se zeptat na Vaše dětství?

T: No, mě vlastně celkově do 5-ti let vychovávala hlavně babička, mamka musela hodně pracovat, protože byla sama, otec se na ni vykašlal. Pak si našla otčíma, vzala si ho, přestěhovali jsme se. To bylo hrozné, nikoho jsem tam neměl. A s ním jsem si nerozuměl.

S: A proč jste si nerozuměli?

T: Jsme si nesedli, to je jedna věc, a za druhé byl strašně silný alkoholik. Nikdy nebyl na léčbě, ale pil hodně, od rána do večera a každý den. Se vždycky opil tak, že musel jít spát – no a já teď nedělám nic jiného. (dlouhá pauza)

No a byl na mámu strašně zlý a na mě taky. Nadával jí, byl na ni hrubý. Já jsem se s ním i párkrát popral. Tak to bylo dost nepříjemný a nerad na to vzpomínám. Když mě bylo ale 18 let, tak zemřel. Na rakovinu. Máma pak už zůstala sama. Já se oženil a odstěhoval.

S: Tomáši, zeptala bych se na alkohol. Jak to všechno začalo?

T: No, do roku 2003 jsem vlastně nevěděl, že nějaký alkohol existuje. Ani v mládí jsem nepil, jsem to nesnášel – viděl jsem nalitého toho otce. Poprvé jsem pil v roce 2003, skoro 11 let zpátky. To bylo jen tak na plese, ze srandy. Tam jsem se hodně opil, no. Pak to bylo třeba jednou za 14 dní nebo i jednou za měsíc. Jsem řídil služební vůz, jsem si to nemohl dovolit. Tak jsem pil jen, když jsem měl volno. Ale dávky jsem si navyšoval, no. Já vždycky pak pil hlavně, abych spal. Jako nástroj na spaní. Ale jenom, když jsem měl volno. Ani jsem se jako neopíjel, jen pro chuť – jsme třeba s druhou manželkou vypili litr vína, ale časem se dávka navyšovala. Pak jsem pil už třeba i litr sám za večer, pak třeba za rok už jsem pil i 2 litry. Pak už mi víno nestačilo a přešel jsem na vodku. Tu piju asi tak ty 4 roky. Nejdřív jsem si dal třeba večer placku, pak už mi to nestačilo, tak 8 dcl a v poslední době jsem vypil i litr vodky, no. Tak nějak za celý den. Já piju tak, že během dopoledne vypiju půlku, plácnu sebou do postele, pak se vzbudím, vypiju druhou půlku a zase sebou plácnu do postele a zase spím. Piju hlavně, abych přežil noc, no, a spal.

S: Vy tedy máte problémy se spánkem? A řešil jste to někdy s doktorem?

T: No, jenom tady, ale oni to přikládají té závislosti. Ale já na to trpím už dlouho. Nikdy jsem nemohl moc spát. Jdu spát v devět, ale stejně usnu ve tři ráno. Ale to se začalo objevovat, jak jsem začal pít.

S: A v dětství a nebo dřív jste s tím spánkem problémy neměl?

T: Máma říkala, že jsem měl vždycky problémy usnout a spát jako dítě, ale že by se to nějak prohlubovalo pak, asi ne. Až od toho chlastu.

S: Takže tak nějak postupně, Tomáši. Vy jste začal pít v druhém manželství – můžete mi o tom říct více?

T: No, já začal pít už při tom prvním rozvodu. Tak nějak postupně, ale jen občas. Pak jsem si našel druhou ženu, spolu jsme sem tam popili, jak jsem říkal, ale pořád pohoda.

S: A co se stalo, že to přestala být „pohoda“?

T: No, prostě jsem pak pil už hodně, manželce to vadilo a mně pak už taky. Tak jsem to chtěl jít zkusit do léčby. Teda jako ona říkala, že jsem pil hodně. Já tvrdím, že jsem pil příležitostně. Pil jsem klidně jen jednou za 14 dní, ale hodně jsem se opil a usnul jsem. A pil jsem vždycky, když jsem měl volno. Třeba volný víkend. Já jsem pil třeba necelý rok před tou léčbou. A manželka to chtěla, abych šel do léčby. Ale já taky vlastně, se mi narodilo dítě. Tam jsem byl vlastně 6 měsíců – ale program jsem nedokončil. Odešel jsem, tlačili mě někam, kam jsem nechtěl, tak jsem to po 6ti měsících vzdal.

S: A mohla bych se zeptat, co myslíte tím, že Vás tlačili někam, kam jste nechtěl? Jako k abstinenci?

T: No, já nevím, jestli vám to mám říct. (dlouhá pauza) No, prostě mám problémy s orientací. Že jsem nevěděl, jestli muž nebo žena, a tam to vyplavalo nahoru a pak to bylo mezi chlapama strašně těžké. Když věděli, že jsem asi homosexuál. Tak jsem se nesetkal s dobrýma reakcema, tak jsem to vzdal. Předtím jsem to nikomu neřekl.

S: A tenkrát jste to už nějak tušil a nebo to i pro Vás spíš vyplynulo v té léčbě?

T: No, já jsem to už asi tušil tak nějak předtím, ale nikdy jsem to nechtěl. Nechtěl jsem být jiný a chtěl jsem být ženatý, chtěl jsem mít rodinu a chtěl jsem být prostě normální.

S: A když jste z té léčby tenkrát odešel – pracoval jste s tím dál nějak?

T: Pak jsem to řekl manželce, ta brečela a nedovedla si vůbec představit, jak spolu budeme dál žít. Ale ona nakonec řekla, že to nechá na mě, jak se zachovám, tak já jsem jí řekl, že se rozvádět nechci. Tak jsem to tak nějak vzdal a v manželství jsem setrval. Pak jsem fungoval asi 5 nebo 6 let bez alkoholu.

S: A Vy jste vlastně řekl, že jste MĚL problém s orientací – teď tedy víte, jak to máte? Pokud Vám tedy není nepříjemné se o tom bavit?

T: Nevím ještě. Nedávno jsem se rozešel s přítelem a teď mám přítelkyni. Ale je to přítelkyně, co je tak na půl kluk a na půl holka, tak si rozumíme. (usmívá se) Já jsem hrozně složitá osoba a nikdo se ve mě moc nevyzná – vlastně ani já sám se v sobě nevyznám. Vůbec. Svým způsobem jsem se sebou někdy hrozně nespokojený, ale jindy jsem docela šťastný.

S: A proč jste se sebou nespokojený?

T: Tak třeba když se napiju, tak jsem ten dominantní, razantní, rozhodnější a prostě víc chlap.

S: A to se Vám líbí - být víc chlap?

T: Jo, to se mi právě moc líbí. A když nepiju, jsem tak jako víc holka a to se mi vůbec nelíbí, no. Ale že bych jako chtěl jít na operaci nebo tak, to rozhodně nechci!!

S: Dobře. Takže když se vrátíme k té abstinenci – ta trvala 5 let. To jste pracoval, vychovával děti, v manželství jste zůstal. A vůbec jste nepil? Co se po těch letech pak změnilo, že jste zase začal pít?

T: Měli jsme nějaké finanční problémy. Manželka byla na mateřské, tak jsem nás měl živit jenom já a pak byly v rodině nějaké úmrtí – tchýně a tak. A syn byl hodně nemocný. Prostě tak nějak všechno bylo v háji. Jsem pil, ale jenom doma, aby to nikdo neviděl. To jsem se začal rozjíždět. Ještě jsem pil víno. No, ale postupně to bylo horší a horší, manželka se se nou nakonec rozvedla – našla si jiného chlapa a jako důvod rozvodu uvedla, že jsem chlastal. A já jsem šel bydlet k matce. To už na mě bylo ale fakt hodně. Šel jsem zase do léčby, pak doléčovák, tenkrát jsem si našel přítele. Abstinoval jsem skoro 2 roky. No, ale ty vztahy mě nakonec dohnaly – syn, bývalá manželka, ten přítel. Rozešli jsme se a já si našel přítelkyni a bylo to prostě hrozné. Takže jsem začal zase pít, no. A hlavně jsem se pak nastěhoval k přítelkyni, ale její rodiče mě tam nechtěli, nevěřili mi, že už nebudu pít. Ona si mě tam vlastně prosadila. Vztahy byly na nic, no. Já vím, že je to výmluva, ale vždcky to řeším tak, že šáhnou na ten chlast.

S: Takže to je Váš poslední relaps?

T: Jo, teď jsem tady a pak zase do léčby, no.

S: A pokud by jste se zamyslel nad těmi obdobími, když jste se k alkoholu vracel – bylo tam něco podobného, nebo je nějaký důvod, který vidíte, že je ten hlavní, proč jste porušil abstinenci?

T: Já si myslím, že s tím má asi něco společného ta orientace a pak asi ty vztahy. Třeba s tou bývalou manželkou. A pokud sám nezavolám synovi, tak se neozve, když jsem jezdil ještě domů, tak to asi šlo, ale teď nic moc. Takže podle mě asi opravdu fakt ty vztahy. I ten přítel, přítelkyně, její rodiče. Furt někdo, něco a někde.

S: A jak jste na tom s volným časem třeba, vždycky jste říkal, že jste pil, když jste měl volno.

T: No, já piju v tazích, pokaždé, když jsem měl volno, no. Já moc nevím, proč tu abstinenci porušuju, mě se v tom vlastně líbí. Ale pak se napiju a převrátí se mi svět a nejsem to já.

S: Vy jste říkal, že se Vám ale líbí, že s alkoholem jste ráznější, to bylo vždy?

T: No, asi jo, jako v práci mi to šlo a tak, takže jo.

S: A co nějaký sport?

T: Dřív jsem běhal, ale pak už ne.

S: Proč?

T: Protože jsem pil. Volný čas jsem prostě trávil tak minimálně z 90% pitím.

Miroslav (26)

S: Miroslave, já si Vás pamatuji, že jste tu byl, když jsem tu byla na praxi. Je to možné? Vy už jste tady na detoxu byl?

M: No, ano, no, já jsem tu na detoxu vlastně popáté. A ještě jsem byl na nějakých léčbách. (krčí rameny)

S: To zní, jako by jste se snažil léčit už hodněkrát. Můžeme tedy začít tak nějak od začátku? Když jste začal pít alkohol?

M: Jasně. No, jako tak nějak normálně, na střední asi. Tam jsem poznal slečnu, která byla starší než já asi o rok. Ona byla ale v partě, kde se jel pervitin. Já už jsem na základce hulil marihuanu. Třeba na diskotékách a tak.

S: A byl tam už i alkohol?

M: No, taky, na party, jako nepil jsem sám, vždycky to byl pátek nebo sobota. Jsme se prostě opíjeli na těch zábavách. Plus tam byla ta marihuana. Na střední jsem pil a hulil tak nějak stejně. Chodili jsme na zábavy a poznal jsem tu slečnu, začal jsem s ní chodit. A ta její parta, tam byl pervitin. A oni mi nabídli, tak jsem si samozřejmě šňupnul. To mi bylo asi 16. A pak jsem si s tou přítelkyní nějak víc rozuměl a ten vztah byl o dost lepší. Tak jsem v tom viděl jenom pozitiva. A začli jsme spolu hodně chodit

za školu, jsme spolu dojížděli stejným busem. Tak jsme si třeba dali hned ráno trávu, nebo si ji jeli koupit. Přes týden jsme hlavně hulili. Alkohol přes týden nebyl. No, a jak jsme chodili často za školu, tak jsem se nestíhal učit. A dopadlo to tak, že jsem prvánk dodělal s pětkama, jsem prostě nestíhal to učení. Jinak bych na to asi měl, no. A na reparát jsem se úplně vykašlal. Takže jsem tam nešel.

S: Takže v 16 jste vlastně přestal chodit do školy? A co jste teda dělal?

M: Hodně jsem hulil, příležitostně pervitin a pak se do toho začal motat i ten alkohol. A chodil jsem na různé brigády. Mě vlastně živila máma. Jsem si platil akorát tu trávu a ten alkohol. Začal jsem vlastně hulit i pít víc. Jsem neměl pravidelný režim, jsem třeba 3 dny šel na brigádu, 3 dny volno a nikam jsem nemusel. Když jsem měl volno, tak jsem si užíval a tak. Pervitin jsem ale bral fakt příležitostně, pak to bylo míň a míň.

S: Co by jste tenkrát řekl, že byla ta Vaše hlavní/primární droga?

M: Tak to byla asi marihuana.

S: A když jste kouřil marihuanu, třeba jste víc pil – nebo byla tam nějaká souvislost?

M: Ne, právě naopak. K tomu alkoholu jsem neměl ještě tak blízko, spíš až někdy odpor. Pil jsem vlastně hlavně s lidma. Já opravdu hodně hulil tu marihuanu, chlást začal až potom asi v 18ti. Rozhodl jsem se, že bych zkusil ještě nějakou školu, ale taky se nepovedlo, no. S klukama jsme po škole šli vždycky na pivo. A nebo jsme si třeba koupili flašku a šli jsme si sednout do parku. To jsme zvládli třeba flašku v pěti a k tomu nějaké pivo. A k tomu občas i ta marihuana. Tu školu jsem zase nedodělal a pak to bylo všechno ještě horší. K nám na vesnici se přestěhoval kluk, co vařil pervitin. A první, s kým se seznámil, jsem byl samozřejmě já. Jsem seděl u krámu a pil lahváče a on zrovna šel kolem a viděl mě tam. Viděl, že na sobě mám maskáčované kalhoty a tak. Tak se mě zeptal, jestli nevím o nějaké trávě, tak jsme se seznámili. Já se dozvěděl, že vaří a to byl konec školy. On mi nabídl, že můžu distribuovat. Já jsem si řekl, proč dělat školu, když se můžu živit takto. A pak tam byly nějaké krádeže, když jsme byli pod vlivem. Ale teď už mám rejstřík čistý, naštěstí jsem se nezamotal do ničeho většího. Jsme kradli třeba okapy a tak.

S: Takže Vy jste byl trestaný?

M: Dostal jsem podmínku. Jsme spolu s tím klukem rozjeli takový obchod. On vařil a já dýloval. Ale pak se mi to přestalo líbit, protože jsem se bál že na to přijde

policie. Tak jsem mu řekl, že na to kašlu. Jsem sám bral a měl jsem i nějaké stíhy, jsem se bál, že na to přijdou prostě.

S: A pil jste i alkohol?

M: No jako jo, ale spíš jen třeba o víkendu, příležitostně, marihuanu jen úplně málo. Jsem bral pervitin. Ale pak jak jsem se vykašlal na to dýlování, tak jsem i přestal fetovat. Ale hodně jsem se rozpil, no. Začal jsem prostě chlastat. Takže jsem pil. Jsem pomalu ale jistě začal pít denně. Tenkrát jsem měl peníze z úřadu práce – mi uznali peníze za tátu, sirotčí důchod.

S: Sirotčí důchod? Vám umřel otec?

M: Jo, měl autonehodu, ani nevím, kolik mi bylo, asi 13. Ale já se s ním nebavil. když mi byly tři roky, tak šel na deset let do vězení. To jsem s ním nebyl vůbec v kontaktu, celých 10 let, neměl jsem zájem. On měl autobazar a nebylo to zrovna celé legální. A asi tam bylo něco i s drogama, já nevím. Každopádně jsem o kontakt s ním neměl zájem, máma ho taky úplně odepsala. On se mě jako snažil kontaktovat, jak vylezl, ale já na něj byl jako fakt hodně naštvanej. Máma říkala, že i hodně pil, ale asi i fetoval. A pak vylezl a měl tu nehodu – kdo ví, co v tom bylo. Tam se spekulovalo, že to byla nejspíš sebevražda. Asi na tom nebyl psychicky nejlíp. (chvilka ticha) Ty jo, no.....(Tomáš chce pokračovat, ale zarazí se.) Proč o tom vlastně mluvím? (Miroslav mluví na toto téma docela lhostejně, emoce vůbec neprojevuje)

S: Ptala jsem se na ten sirotčí důchod.

M: Jo. Tak. No, tak jsem dostával po něm ty dávky a žil jsem z toho. Z toho jsem si i kupoval alkohol. Byl jsem pořád u mámy, ona ani nevěděla, že jsem bral pervitin, ale chlast schovat nešel. To mi bylo asi 19, pil jsem denně. Spíš jsem pil pivo.

S: A jak to pokračovalo?

M: No, tak, že jsem se jednou napi i ráno. Jsme podvědomě věděl, že je to špatně a ani nevím, proč jsem to udělal. Asi to bylo tím, že jsem byl doma sám a měli jsme doma zásobu alkoholu a já se ráno vzbudil, vytáhl jsem flašku rumu, tak jsem se hned ráno napil. A zjistil jsem, že mi začalo být fajn a neměl jsem kocovinu. Byl jsem doma sám a mohl jsem si dělat, co chci. Se mi to zalíbilo. Ne že bych pak hned začal pít hned od rána, ale už jsem s tím měl tu zkušenost, že to jde. Pak jsem pil ještě víc a sem tam právě i ráno.

S: Takže Vy jste býval doma celý den sám. Jak jste trávil čas?

M: Dělal jsem webovky, učil jsem se programovat. Seděl jsem u pc, procházel databáze a tak. A nebo jsem se naučil na kytaru, tak jsem hrál někdy. Ale byl jsem

jenom doma sám. Máma byla v práci. Pak jsme si pořídili psa. O toho jsem se hodně staral, fakt jsem ho miloval.

S: To Vám bylo asi 20 let, Miroslave, takže pak se dělo co? Šel jste do nějaké léčby?

M: No, jo, to už jsem pil prostě od rána no. A finance už byly horší, protože máma se rozhodla, že po mě bude chtít nájem. Jako brala si jen tisícovku, ale pro mě to v té době bylo jako dost. Tak jsem začal pít levné víno, abych toho alkoholu měl víc a pil jsem od rána. Za den jsem vypil asi 4 až 5 litrů vína denně. Od rána do večera, pořád hladinka, já se nikdy jako pořádně neopil a konec. Tak jsem pak šel už do léčby. Tam jsem byl ani ne 3 měsíce, ale nedokončil jsem. Na druhé vycházce jsem se napil. Vůbec nevím proč, nedokážu si to vysvětlit do dneška. Asi jsem se už tam nechtěl vrátit, nebavilo mě to tam, tak jsem se napil, abych mohl domů. S tím, že už nebudu pít, ale neměl jsem odvalu podepsat revers. Tak jsem to vyřešil takto. Napil jsem se a nevrátil jsem se. Přes noc jsem nějak přežil, po hospodách, a ráno jsem si přijel do léčebny pro věci. Zavolaal jsem mámě jestli se můžu vrátit domů, ona řekla, že jestli budu čistý tak jo. Tak jsem vrátil, měsíc jsem vůbec nepil, hledal jsem si práci a protože nebyly žádné solidní nabídky, tak jsem si jednou dal pivo. Jsem zase byl doma, sám, nudil jsem se. Tak asi proto jsem si dal to pivo, ale možná jsem i chtěl, no. Chtěl jsem si ověřit, jestli se zase dostanu do toho kolotoče jako jsem byl předtím.

S. A dostal?

M: No, velmi rychle! Ale ani mě to nevadilo, byl jsem zase doma, staral jsem se o psa a prostě jsem zase pil. Před mámou jsem to hodně tajil, ale nakonec to poznala a zase mě hnala do léčby. Dopadlo to stejně, nedokončil jsem, vrátil jsem se domů, žádná práce, jen jsem byl doma a popíjel jsem. Pak jsem šel zase do léčby v r. 2010. Tu léčbu jsem dokončil. Nevím jakto, možná proto, že jsem před tou léčbou dostal epilepták. Prostě jsem ze dne na den přestal pít a to se nemá, když je člověk závislý. Jsem to chtěl zkusit, jestli to zvládnou. No, nezvládl a tak jsem šel do té léčby. Vyšel jsem na podzim, vrátil jsem se domů a abstinovat jsem asi 5 měsíců. V únoru nám totiž umřel náš pes (dlouhé ticho). Byl nemocný, no. Jsme ho jednou ráno prostě našli a ten pohled byl strašný. Jsem hned běžel k vietnamcům a koupil jsem si chlást. Jsem chtěl potlačit ten hrozný pocit. Ale sotva jsem tu vodku vypil, musel jsem si pro další. Člověk byl zvyklý, že tam ten pes je a najednou nebyl. Tak jsem zase začal pít, zase jsem pil víno, byl jsem doma a bylo to zase stejné jako předtím.

S: Ale pak jste tedy byl ještě na léčbě?

M: Jo, ono to je se mnou tak nějak furt dokola. (usmívá se) Pak jsem byl zase na léčbě, nějakou dobu jsem abstinovat, našel jsem si práci, ale pak jsem tam přišel nality a oni mě vyhodili. Tak jsem zase chlatal.

S: A kolik jste toho vypil, když jste pil?

M: No, vždycky to začne pivem, mám pocit, že je to ok, že zůstanu u piva a bude to jednou za čas. Ale napiju se jednou, podruhé a zase piju a pak i víno a tvrdý a nevím, no, kolik toho vypiju. Hodně...jde to rychle. Já pak v podstatě relapsoval pořád, pak ještě několikrát, ale chodil jsem třeba jen na detox a pak zase domů. Teď tu zase taky jsem, no.

S: Miroslave, když se podíváte na to, proč pijete, nebo spíš proč relapsujete?

M: No, protože mi vždycky tak nějak přijde, že se nic nestane, že se jen napiju a bude to v pohodě, že to zmáknou. A proč se vůbec napiju? Ono to bylo vždycky asi tak nějak to stejné, no, seděl jsem doma a den byl dlouhý. Ani toho psa jsem už pak neměl a člověk neměl co dělat, no. Tak jsem se vždycky napil. Já vlastně nevím proč, ale tak nějak je to pořád. Byl jsem doma sám, nudil jsem, všechno bylo tak nějak o ničem.

S: Kolikrát jste byl tedy na léčbě?

M: (dlouze přemýšlí) Vždyť já ani nevím. Hodněkrát. Ale počítat to – to bych asi ani už neuměl.

S: A proč myslíte, že jste začal pít?

M: Tak protože, no, bylo to tak nějak fajn. Cítil jsem se po tom líp – lepší jako perník a tak nějak silnější než marihuana, když jsem se opil. A taky to bylo levnější, nikdo to na mě nepoznal třeba. Nevím, no, prostě to tak dopadlo.

Irena (47)

S: Ireno, toto je vaše první léčba?

I: Čtvrtá.

S: A všechny jste dokončila? Kdy byla ta první léčba?

I: Jo, vždycky jsem je dokončila. Ta první byla, když bylo synovi pět, teď mu je 9, takže 4 roky zpátky. To jsem se rozváděla, no, a soudila jsem se o syna. Já jsem ten soud prohrála a pak jsem začala pít. Oni uvedli jako důvod, že jsem labilnější než manžel.

S: Labilnější než manžel? V jakém smyslu?

I: No, já si myslím, že to manžel podplatil. Syn chtěl být se mnou, ale oni ho dali jemu. No, on prostě není normální, mi řekl, že ten soud chtěl prostě hlavně vyhrát nade mnou. To byl jeho důvod. Tam řekl, že jsem alkoholička, aby syna dostal.

S: A vy jste už tenkrát pila?

I: Ne, jen občas, tak nějak normálně, sem tam skleničku. Ale jako sem tam myslím jednou opravdu za čas, třeba za měsíc.

S: A jak přišel na to, že jste alkoholička?

I: No, on chtěl vyhrát ten soud. A pak mi syna nechtěl dávat. Jako měla bych ho mít 2 až 3 dny v týdnu, ale to mi ho tak často nedává. A když jsem pak měla syna, tak jsem nepila, takže po rozvodu jsem pila jen když u mě nebyl syn.

S: Takže Vy jste vůbec nepila před rozvodem, během manželství?

I: Jen po rozvodu, pila jsem vlastně ty 4 roky, ale s přestávkama. Jako že jsem pila, pak jsem nějakou dobu abstinovala a tak.

S: A kolik jste toho pila?

I: No, tak nějak litr vína, jako za celý den. Od rána jsem tak nějak popíjela, udržovala hladinku, nebo jak se to říká. Možná vlastně i dva. Ze začátku jeden, ale pak toho bylo víc.

S: A pracovala jste?

I: No, ze začátku jo, ale pak mě vyhodili. Já jsem dělala s manželem a vědělo se o tom, že máme problémy a že jsem prohrála soud. A moje vedoucí byla jeho spolužačka a on mě strašně pomlouval, oni mu věřili a vyhodili mě. Tak jsem chodila po brigádách, já mívala v tom pití vždycky pauzu a to jsem pracovala. Pak mi syna zase nechtěl dát, já zase začala pít a tak.

S: A pro léčbu jste se rozhodla sama?

I: No poprvé mi to poradil právník, abych šla na léčbu, že pak syna dostanu. Tak jsem šla na léčbu, tu jsem udělala, vrátila jsem se domů a nějakou dobu jsem abstinovala, ale syna jsem stejně nedostala a bylo to všechno jen horší. Jsem abstinovala asi půl roku, ale pak jsem syna od manžela dostávala zase míň a byla jsem smutná, ze všeho špatná, osamělá, ve stresu. Měla jsem brigádu, ale to není ani moc peněz, tak asi proto jsem začala zase pít. To trvalo asi dva měsíce a zase jsem šla okamžitě do léčby.

S: A zase jste pila víno? Stejně množství?

I: Jojo, zase víno a zase asi ty dva litry. Pak jsem šla do léčby, zase jsem dokončila, pak jsem zase abstinovala. Tak nějak to bylo stejné – zase jsem měla

brigádu, byla jsem sama, syn ke mě jezdil na návštěvu. No, ale ono se pak zase něco pokazilo, no.

S: A co se pokazilo?

I: No, zase mi ho nechtěl asi dát, no, tak jsem z toho byla zase špatná.

S: A Váš manžel někdy pil?

I: Ne, jen příležitostně, jako sem tam si dá, ale nijak moc asi ne. Víte co, já se za ním odstěhovala sem do Čech. Jsme spolu byli asi 15 let, dlouho se nám nedařilo otěhotnět. Pak se to povedlo a když měl syn 3 roky, tak si našel přítelkyni. Jsem požádala o rozvod, to se prostě nedalo. On začal být doma strašně protivný, jsem chtěla bránit kluka.

S: On Vás mlátil?

I: No, občas trochu, jako ho plácnul přes ruku, dostal na zadek, já jsem se stavěla mezi ně, tak jsem to schytala vždycky víc.

S: Jako mlátil Vás, schválně?

I: No, jo, mě hodil třeba zádama na radiátor a tak. A někdy když byl opilý, tak mi hodně nadával. Nebo přišel domů a nadával mi, že mladší a zdravější žena by byla lepší matka pro jeho syna. Prostě mi takto pořád ubližoval. Teď se vůbec nevidíme a jsem za to ráda. Ale se synem mám super vztah, má mě strašně rád, on chtěl být u mě, no. Jako máme to dané soudně, ale manžel to nedodržuje. Nemám peníze na další soud. Mám dokonce dluhy asi 150 tisíc – za právníky k rozvodu. Po detoxu půjdu na doléčování a musím si najít práci, abych si na ty právníky vydělala.

S: Takže nejdete do léčby?

I: Ne, musím si to dát všechno nějak dohromady a chtěla bych bojovat za syna.

S: Ireno, co Vás tedy teď živí? Máte podporu?

I: No, to už nemám, teď mě vlastně živí to, že můj přítel a kamarád bydlí u mě a platí mi nájem. Oni jsou vlastně moji podnájemníci. Ale nedá se s tím moc vyžít. Musím si najít tu práci.

S: A Vy pijete doma? Přítel to ví? On také pije?

I: Ne, kluci nepijí, jako ví, že si sem tam trošku dám, ale oni nepijí. Maximálně sem tam skleničku. Jednou teda mého přítele odvezli na záchytku, ale to jenom trošku přehnal s klukama po práci.

S: To musel být hodně opilý.

I: No, tak jako ani ne, jen dělali bordel.

S: Ireno, jaké jste měla dětství?

I: Spokojené, s oběma rodičema jsem žila, mám mladší sestru a vídáme se tak nějak pravidelně. Ona ví, že piju, tak mě i někdy hlídá. (usmívá se) Ona má dobrou práci, docela mě podporuje, jako v léčbě.

S: A rodiče nebo sestra pili někdy?

I: Ne, mamka ne, ale otec si občas něco dal, ale jako nic pořádného, nepil prostě. Nikdo od nás nepil.

S: Ireno, když jste pila/abstinovala, co bylo jinak? Jaký je rozdíl?

I: Když nepiju, tak jsem výkonější – jako pracovala jsem, míň jsem spala a tak. A hlavně asi ten rozdíl byl ten syn, vždycky jsem začala pít, když mi ho nechtěl dát. A ten rozvod a byla jsem dost sama, jenom ty brigády třeba. Ale na ty jsem už nechodila, když jsem se rozpila. Jsem vždycky ráno zvracela, jsem si musela dát ráno frťana, abych mohla do práce.

S: A byla jste s tím u doktora?

I: Jo, ale nikdo mi nic neřekl, jako co to bylo, nějaké léky jsem měla, ale frťan pomáhal, bez toho bych asi do práce ani nemohla. Ale jinak jsem tvrdý nepila. Jen takto, jsem šla vždycky k vietnamcovi, tam jsem si koupila tu mou lahvičku, dala si to venku a pak do práce. Když jsem se rozpila, tak jsem se vrátila zase k vínu.

S: A to byl jako abst'ák?

I: No, já nevím, musela jsem prostě chodit do práce. Nevím, proč mi bylo špatně. Dala jsem si vodku, ta je nejmíň cítit, abych mohla do práce a pak jsem nepila. Až třeba zase večer doma víno.

S: A vy jste vždycky pila doma, sama a nebo jste chodila do hospody?

I: Ne, jenom sama, doma, jako někdy i venku hned na ulici, abych vyšlapala ty tři patra, ale jako do hospody jsem nechodila. Ale pila jsem fakt nějak ten litr nebo dva, víc jsem nepila. Ale tak to je všechno protože mi nechce dávat toho syna. Jinak bych nepila.

Rudolf (67)

S: Rudolfě, zeptám se tedy na alkohol, kdy jste začal pít?

R: Já jsem prakticky celý život nepil, jako většinu času jsem sportoval, já ani nevím, co je cigareta. Já byl dokonce v reprezentaci. To jsem dělal asi do 30 let, možná do 35, aktivně. Do té doby jsem nekouřil a ani moc nepil. Tak nějak normálně, s klukama, nebo tak. Ale jako maximálně příležitostně.

S: A co se pak stalo?

R: No, po vojně jsem měl docela atraktivní zaměstnání, v horách, kde jsem mohl závodit. Měl jsem spoustu času, hory a brzo sníh. Pak jsem pracoval ve státní správě, něco přes devět let. Jenže sestra se mi provdala do Itálie a v té době nešlo, abych měl někoho na západě a byl státním zaměstnancem, tak jsem musel odejít. Tak jsem šel dělat cokoliv jiného – nejvíc jsem se asi plácal po stavbách. A nebylo to nic moc, no. Práce zase tolik nebylo. Tak nějak příležitostně, co se namanulo.

S: A pil jste tenkrát?

R: No, tak po těch stavbách, tam už byla jakoby příležitost, jako ze začátku jsem to pil jako konzument. Nevadilo mě to, ale jako moc jsem nepil. Osvětu jsem měl a věděl jsem, že to není dobré hodně pít, ale mě se to netýkalo. Pak jsem se oženil a přišla rodina a pití se postupně začalo promítat. Tolerance se zvyšovala, stupňovalo se to. Ono to bylo tou prací, no. Dělal jsem na stavbě a po práci se šlo vždycky na pivo, u oběda lahvičky. Tak to prostě bylo.

S: A kolik jste toho vypil?

R: No, 3 nebo 4 piva a do toho nějaký rum. Ale já jako tvrdý nepil, maximálně nějak s chlapama večer. A když byl pracovní den, tak na svačině pivo bylo. Já jsem ale ještě ke všemu dělal s těkavýma látkama a do toho si stačilo dát jedno, dvě piva a hned to bylo. Ale stupňovalo se to a stupňovalo. Začaly být nesyváry i doma, manželce se to nelíbilo. Ale po hospách jsem nechodil, tam mi vadil kouř. Maximálně jsme šli vždycky do bufetu nebo tak. A potom už jsem věděl, že to sám nezvládám a doma už to zavánělo rozvodem. Tak jsem šel na léčení. Pak jsem nějakou odbu abstinovat, no.

S: A první léčba byla jak dlouho? A dokončil jste ji?

R: No, tak nějak 3 měsíce, pak jsem byl i dýl, dokonce 9 měsíců, ale poprvé jsem byl 3 měsíce. Já vždycky všechny léčby dokončil.

S: A jak dlouho jste pak abstinovat?

R: Tak rok nebo dva, vrátil jsem se domů a i do práce. Jsem se jim těm chlapům vyhýbal, protože z toho kolektivu stejně vypadnete. Nic už vám to nějak neříká, oni furt to pivo a mají ty pivařské řeči, jsem jim neměl co říct a když jo, tak mi říkali, že stejně začnu, no. Jako měli pravdu...ale já jsem si cenil toho, že jsem se nebál za nima jít, ale nepít s nima. Játra si odpočinuly, já byl lepší.

S: Proč jste teda začal pít?

R: Ono je to takové sporné. Někdo vás naštvě, většinou to souvisí se zázemím. Víceméně to bylo jakoby sociálního rázu, nebylo moc peněz ani. Když se vrátíte

z léčení, ti lidi kolem se vás snaží dostat zpátky. Jako chtěli, abych byl zase jeden z nich, nabízeli mi panáka a tak. No, a jednou jsem si prostě dal. Byl to tlak a člověk pak ztratí tu vůli a je to všechno jedno. Dáte si jednoho a pak druhého a je to všechno pryč.

S: A to jste pil zase s těmi kamarády?

R: To jsem pak pil spíš už asi sám, nepotřeboval jsem kamarády, už jsem to prostě potřeboval. Já jsem pil zase tak nějak víno, sem tam pivo a pak už i tvrdý. Šel jsem do parku, nebo někde, aby mě nikdo neviděl, to bylo bezdomovců kolem...no, já byl taky bezdomovec.

S: Bezdomovec? Jak se to stalo, Rudolfe? Vy jste měl manželku, ne? Nebo vy jste se během léčby rozvedl?

R: No jo, tak nějak jo. V léčbě, po léčbě, ani nevím, prostě jsem pak ještě po léčbě nějak bydlel s manželkou, ale pak jsem odešel. A spal jsem na ulici, po azylákách. Jsem se vrátil z léčby, to už byla ale další léčba, ne ta prvn. Do práce jsem už nešel, by to zase dopadlo stejně a nic jiného ani nebylo. Tak spíš někdy nějaké melouchy, byl jsem na podpoře. No a pak jsem byl na ulici. Takže jsem zase i pil, no, to asi ani jinak nešlo. Ani už nevím, jak dlouho to všechno trvalo, asi deset let? Jsem byl mezitím i ve výkonu tresu – za zanedbání výživné povinnosti. Byl jsem tam asi 22 měsíců, to bylo nejdýl, co jsem tam byl. Tam jsem abstinovat, že jo, pak jsem vylezl ven a vrátil jsem se zase na chvíli k bejvalce, ale zase nebyla práce no. Ona mě v podstatě u sebe nechala bydlet, ale nebylo to jako dřív. Pak přišla revoluce, tak jsem se snažil soukromničit, dělat řemeslo, ale to už nebylo ono. Nějakou dobu jsem tenkrát abstinovat, ale člověk si neveřil, práce moc nešla a manželka mi vůbec nevěřila. A tak nějak to nešlo, no. Jsem začal zase pít.

S: A to jste pil zase sám?

R: Já jsem pak už pil vždycky sám, já jsem nikoho nevyhledával, v klidu jsem si popíjel sám. I na ulici.

S: A vy jste byl pak ještě na nějaké léčbě?

R: No, to jo, ani už pořádně nevím kolikrát nebo jak dlouho. Jako pokaždé jsem po ní nějakou dobu abstinovat, ale pak se vrátíte, nikde vám práci moc nedají. Já se s manželkou úplně pak rozešel. To už je dávno, no. Bydlel jsem pak po ubytovnách a tak, když jsem dělal na stavbě, tak nás dali na ubytovny a tak. A asi i na ulici jsem pak ještě někdy byl, mně už to tak nějak všechno splývá.

S: A teď?

R: Teď bydlím u dcery, ona si mě vzala k sobě, teď už nejsem bezdomovec. (usmívá se) S nikým jsem se nestýkal, jsem jim nechtěl dělat ostudu, aby se o mě museli starat. Jsem šlapal ulice a hrabal se v kontejnerech, tak proč bych se jim nějak ukazoval? Ale pak jsem byl v nemocnici, asi měsíc jsem tam byl. Pak jsem se vrátil na ubytovnu, dcera přijela, že už mě nechce vidět na ulici a dala mi u sebe pokojík. I teď mě sem přivezla. Ony dcery jsou šikovné, na vyšší úrovni, dělají dobré práce a tak. Teď už nejsem nejmladší, na léčbu už nepůjdu. Jak to člověk nedokáže sám, tak žádná léčebna už asi nepomůže – přesazovat starý strom..ono už vás to pak ani nebaví.

S: Kolik jste toho nejvíc vypil, Rudolfe, třeba když jste se pak rozhodl pro léčbu?

R: Tak dva litry piva, na ulici víno – krabicové, to bylo spíš podle peněz.

S: Rudolfe, vy pijete vlastně asi 30 let.

R: No, jo no, ale jako léčby a tak jsem abstinovat, dal jsem se do kupy, ale pak jsem zase pil, no.

S: A když si srovnáte – když pijete a když ne. Co je jinak?

R: Já vám řeknu, přijde to snad nastejno. I když nepijete, je to ve vás, stačí se jednou napít, strašně málo klidně jenom, a jste zase tam, kde jste byla předtím. Přijde chuť na jedno, na druhý a pak už neodoláte. A hodně na to myslíte, vždyť on se ten můj život točí kolem chlastu ať už piju nebo ne. Ale když jsem nepil, tak jsem byl schopný něco dělat, jako asi se mi líp žilo. A než jsem to celé pokazil, tak jsem měl manželku a rodinu. Když jsem pil? Velkou část toho jsem byl na ulici, tak to je asi jasné, jak moc jiné to bylo. (usmívá se)

S: Rudolfe, zajímalo by mě i Vaše dětství? Máte sourozence?

R: No joo, já jsem ze sedmi dětí.

S: A pil od vás někdy někdo?

R: Mladší brácha pije, je to alkoholik, tři starší už umřeli. A o ostatních vlastně ani nic nevím, my se nějak nikdy nevidali. Maximálně, když mě potřebovali. Jako nebyly mezi náma nějaké rozbroje, ty vztahy byly tak nějak v normě. A s tím bratrem se vůbec nevidáme.

S: A rodiče? Pili?

R: Máma nee, ale táta jo, ale tak nějak v pátek pil, možná v sobotu, ale pak už ne, v pondělí musel zase za volant. Jezdil nákladňákem.

S: A jaké jste měl dětství?

R: Jsem ze sedmi dětí, takové samostatné. Máma na nás neměla tolik času, dnes ženský někdy nezvládají ani 2 děti. Sice jsem měl hodně sourozenců, ale tak nějak jsem byl víc sám. I pil jsem sám, jsem tak nějak vždycky byl asi sám.

S: Rudolfe, kolikrát jste byl tedy vlastně na léčbě?

R: Je, no jako...(přemýšlí) asi...7x? Třeba z ulice to nešlo jít na léčbu, to prostě nejde.

S: A teď se vracíte k dceři?

R: Ano, no, snad to bude v pohodě. Ale tak jako ono to prostě buď přijde a nebo ne. Jak táta, ten taky najednou přestal a bylo to. Byl u doktora, ten mu řekl, že má náběh na cirhózu, tak přestal pít.

S: Takže pil hodně?

R: No, jako snad ani ne, ale pil hlavně tvrdé a to je špatné že. Tak přestal pít, ale zase kouřil, klidně i krabičku za noc. Já to mám tak, že vypiju ty 2 nebo 3 litry vína – hlavně v poslední době, ale to už to pak ani moc nechutná. Nejhorší na tom je, že v léčbě jste v bezpečí a vylezete ven...a je to děs a jste tam, kde jste byla předtím. Zase nemáte kam jít a kdo se o vás postarat. Zázemí nikde. Teď mám dceru...snad to nějak dopadne. (usmívá se)

Marian (62)

M: No, tak já vám teda povím ten můj pijácký příběh. Vlastně poprvé jsem byl na léčení asi deset let zpátky. Tenkrát jsem se po rozvodu odstěhoval a bydlel jsem na ubytovně. To jsem šel na tu léčbu, 3 měsíce, dokončil jsem ji. Pak jsem asi deset let abstinovat. Našel jsem si přítelkyni, pak jsem se s ní oženil a s tou jsem žil až do roku 2012. Pak se to začalo kazit, sice jsme spolu žili, ale začali jsme se odcizovat a v podstatě to dopadlo tak, že jsme nakonec spolu sice žili, ale každý jsme byl sám. Ona byla workoholička. Ale dokud to fungovalo, tak to bylo fajn. Kdybych já nebyl citově náročnější a nebo ona byla citlivější...nevím, no, to jsou teď už jenom dohady. Nicméně to skončilo tak, že ona nesnášela alkohol, já jsem začal pít, tak jsme se dohodli, že se rozvedeme. To byl všechno rok 2012. Já jsem si našel byt, odstěhoval jsem se. Ten jsem si zařídil, aby se mi tam líbilo. A bydlel jsem tam sám. Ale ty večery, no, podlehl jsem nějaké pesimii, jsem si říkal, proč já to všechno vlastně dělám. Jeden z důvodů rozvodu bylo taky to, že jsem přišel o práci a jako šedesátník mě pak nikde nechtěli zaměstnat. Tak jsem se rozhodl, že půjdu do předčasného důchodu. Což jí se nelíbilo a řekla mi, že

jsem líný, že se mi nechce dělat a že mě nebude živit a šatit. Tak jsem se odstěhoval. Ale jak říkám, ty večery, vlastně jsem nevěděl, co mám jako dělat, sám. Tak jsem se rozpil. A dopadlo to tak, že jsem nakonec nastoupil sem na detox a pak jsem šel na léčbu, tu jsem dokončil, srovnal jsem se. Dal jsem se do kupy jak fyzicky tak psychicky. A pak jsem se do toho bytu i těšil a začal jsem fungovat jako dědeček. Dcera bydlí ve stejné ulici, měli jsme k sobě blízko. Pořídil jsem si kolo. Dá se říct pohoda a dokud jsem měl nějaký cíl, tak to fungovalo. Pak byl byt hotový, s dětma všechno fungovalo, všechno bylo dobré. Když jsem odsud odcházel, vždycky jsem tvrdil, že už nikdy nechci žádnou ženskou, že jsou vždycky důvodem toho, proč piju. Prostě jsem říkal, že ženská přes můj práh už nesmí. Pak ale chyběla nějaký komunikace s člověkem, nebo prostě něčí blízkost. Člověk potřebuje někoho k sobě, no. Od někoho být pokáraný nebo pohlažený. Tak jsem si dal inzerát a začal jsem si hledat partnerku. No a našel jsem si maximálně hodnou přítelkyni. Ale po ukončení léčby mě strašně fascinovala ta svoboda a zodpovědnost za sebe, nikdo mi do toho nekecal a tak – mohl jsem si dělat vše podle svého. No a pak s tou přítelkyní, se kterou sice nežiju, ale najednou jsem se cítil omezený a nesvobodný. Já jsem se v tom neuměl orientovat, já byl do té doby vždy buď svobodný a nebo ženatý a ne něco mezi, v tom jsem asi nemusel chodit. Měl jsem svůj byt, ale tam jsem chodil spíš jen na návštěvu. Jezdil jsem domů třeba na jednu nebo dvě noci v týdnu, ona mi nic nezakazovala nebo tak, ale prostě jsem se v tom nějak necítil. Nějakou dobu to fungovalo, ale pak mě to začalo tlačit. První průšvih, kdy jsem začal popíjet, to bylo v lednu. Pil jsem jen u sebe doma, aby to nepoznala.

S: Takže jste zrelapsoval a zase začal pít?

M: Jo, ale jen sám a u sebe. A pak to začalo brát grády. Už jsem pil zase hodně, no. Tak mi dcera vyjednala nástup na léčbu sem. Já chápu, že můj problém je alkohol a vím, že to spolu souvisí, ale spíš můj problém je nějaký životní styl, smysl života. Mě scházeli kamarádi, koníčky. Sice jsem si pořídil kolo, ale přítelkyně se bála, abych se někde nepřizabil, tak jsem na něm nejezdil. Nevím, cítil jsem se nějak omezovaný a asi jsem pil nějak na truc. To bylo takové jakoby moje jediné svobodné rozhodnutí, pocit vzdoru. Je to asi hodně sraabácké, no. Já to nesvaluju na tu mou přítelkyni nebo tak, spíš to byl nějaký můj únik, vzdor. Nechápu to, už bych měl mít rozum, nic mi nechybělo, všechno fungovalo...spíš to je nějaká chyba ve mě.

S: Mariane, moc děkuji. Mohla bych se ještě doptala na ten alkohol? Kdy jste pil poprvé?

M: No, asi na vojně, ale velké pití začínalo vždycky nějak asi rozvodem. Tenkrát poprvé jsme se s manželkou nějak odcizili, děti byly velké. Ona se najednou dala na nějaké ezoterické kraviny a najednou přišla, že jsme spolu vůbec nikdy neměli být, i přesto že jsme spolu byli přes 20 let. A jak to bývá, děti vyletí z hnízda, najednou nejsou ty starosti a tak nějak jsme se úplně odcizili. Ale do té doby jsem jako skoro nepil.

S: Takže příležitostně – jak často třeba?

M: No, normálně, sem tam s kamarádama ven nebo tak. Ale malér začal, jak jsem odstěhoval na tu ubytovnu. Po prvním rozvodu. To začla éra těch mojich placatek. Já jsem pil hlavně vodku. Tenkrát jsem tak nějak pil..ani nevím, ze začátku mi jedna placatka vydržela na dva dny, pak byly povinnosti a dva dny jsem si ji nekoupil, ale jak stoupá ta tolerance, potřeba roste. Před léčbou jsem pil třeba 3 placatky vodky za celý den, udržoval jsem hladinku.

S: A pro tu léčbu jste se rozhodl sám?

M: Jo, sám, začal jsem vidět, že to je špatné, tak jsem se poradil v centru krizové intervence a nastoupil jsem na léčbu.

S: A to teda trvalo jak dlouho, že jste pil víc. Po tom rozvodu?

M: To bylo asi já nevím, půl roku? Možná ani ne – tak 4 měsíce. Ale postupně jsem pil víc a víc. Pak ta léčba. Po ní jsem si dal inzerát, že abstinující alkoholik hledá terapeutku a to jsem si našel tu mou druhou ženu. S ní jsem byl asi těch deset let, abstinovat jsem.

S: Přemýšlel jste někdy, proč se vám ozvala na takový inzerát? Říkal jste, že nesnášela alkohol. Spoustu žen by to třeba mohlo odradit...

M: Budete se divit, ozvalo se dost žen. Některé byly zvědavé. Tato speciálně se zrovna rozváděla s mužem, co se propil k delirku, tak nesnášela alkohol, tak si myslela, že bude mít jistotu, že budu abstinovat. No, 10 let to fungovalo. Jen pak byla asi nějaká velká chyba v nekomunikaci. Já jsem se snažil vysvětlit nějaké citové věci, ona byla spíš materiální a pak ten můj předčasný důchod, no. Tak jsme se rozvedli a já se odstěhoval.

S: Takže v době abstinence jste měl nové manželství, stálou práci. A vy jste začal pít kdy tedy? Během rozvodu nebo po rozvodu?

M. No, jak jsem začal bydlet sám, jako pil jsem i na konci manželství, ale to bylo nic, jen občas. Ale rozpil jsem se potom, až jsem byl sám.

S: A to jste toho pil kolik?

M: No, zase placatky, zase vodka a končilo to zase na těch asi 4 placatkách. Tak nějak to bylo stejně, začátek pomalu a pak se to rozjelo. Já pil jen vodku, ani pivo ani víno ne.

S: A vy jste mluvil o sportu, měl jste nějaké takové aktivity?

M: Jo, vždycky tak nějak v době abstinence, hrál jsem třeba fotbal a tak. Když piju tak ne, abych se nepřizabil a nebo neudělal nějakou ostudu.

S: A vy jste mluvil o té Vaší přítelkyni...

M: No, tu jsem si taky našel přes inzerát. (směje se) Ale jak jsme nebyli vyloženě svoji, nebo jak to mám říct, neuměl jsem v tom chodit. A já si ani neumím říct o to, co chci, já chci být hodný a couvnu a nic neřeknu a jsem vlastně našťvaný nebo zklamaný nebo tak. A přitom, kdybych já jí něco řekl, tak ona proti tomu nic neřekne. Ale já to prostě neuměl. A tak jsem nedělal to, co jsem chtěl (třeba to kolo) a pak mě to štvalo a užíralo a nevím, no, asi jsem s tím chlastem takto nějak chtěl tomu všemu uniknout. Ono to jako všechno utlumí.

S: A jste teda s přítelkyní pořád spolu?

M: Jojo, ona se na mě kupodivu nevykašlala. (usmívá se)

S: Mariane, ještě bych se zeptala na Vaše dětství/rodinu?

M: Normálka, dětství fajn, jsem kluk z vesnice. Taková normální rodina, spokojená. Já jsem poměrně brzo odešel, osamostatnil jsem se, našel jsem si tu první ženu. Spíš příjemné vzpomínky.

S: A pil někdo z rodičů?

M: Tak táta se občas napil, ale nebylo to nějak víc, jako udělal si sem tam náladu, ale nemám pocit, že by pil víc, to ne. Nikdy od nás nikdo nepil, jsem první alkoholik v rodině (smutně se usmívá). Mám ještě dva sourozence. I s těma mám dobré vztahy, vídáme se. Tam asi žádný problém nenajdete. (směje se)

S: Mariane, když by jste srovnal to období abstinence a když jste pil - co myslíte, že bylo jinak? Nebo co bylo důvodem pití?

M: Když člověk nepije, ten život je takový plnotučný, plný chuti, ale když člověk pije, tak je to takové rozplizlé, člověk otupí. A nic se nezmění k lepšímu, spíš naopak k horšímu. Prožitky za střízliva jsou mnohem hodnotnější. Je zajímavé že i když to člověk ví...stejně po té flašce sáhne. A mě to fakt štve, hlavně teď naposled, vždyť já neměl v podstatě důvod. Jen nějaký pitomý pocit ztráty svobody, ústupkaření nebo já nevím. Ono se vždycky dá všechno řešit jinak, ale asi jsem si vybral prostě tuto cestu. Ale myslím že v mém věku a s mýma zkušenostma jsem to měl zvládnout líp, no.

Vincent (66)

S: Vincente, řekněte mi něco o sobě, prosím.

V: Tak já jsem podnikatel, po revoluci jsem si udělal vlastní firmu, ale na prvním léčení jsem byl ještě před revolucí. To byla základní léčba, tu jsem dokončil. Pak jsem do roku 93 abstinovat, pak jsem měl recidivu.

S: A co se stalo?

V: Přetížení. Založil jsem si soukromou firmu a rozrostlo se to tak, že jsme pak měli až stovky zaměstnanců a mnoho aktivit a to byl blázelec. Bylo to prostě pracovní přetížení, zřejmě jsem z toho chtěl utýct. Myslím si, že v mém případě je ta recidiva vždycky úprk. Vnitřně jsem si došel k závěru, že je prostě potřeba vzít si dovolenou. (usmívá se)

S: A pití bylo dovolená? Co jste tenkrát pil?

V: Já jsem skončil na tvrdém alkoholu a nic jiného jsem nepil.

S: A kolik jste toho vypil?

V: No klidně litr. Jsem pil ledacos, ale hlavně vodku, ta není cítit.

S: A předtím, než jste šel do léčby, to jste pil jak dlouho?

V: Tenkrát mě bylo 41, takže předtím jsem 20 let pil tak nějak celkem normálně, akorát se to stupňovalo. Dal jsem si třeba k večeři skleničku vína, k obědu pivo v hospodě. Prostě tak nějak příležitostně. Jenže se to stupňovalo.

S: A máte představu, proč se to stupňovalo?

V: No, protože jsem měl možnost. Za těch 25 let, co jsem podnikal – to bylo pořád něco se zákazníky, prostě se pořád vozily nějaké flašky. Klient přivezl flašku a tak. A takto se to postupně stupňovalo a v tom roce 88 se prostě ucho utrhlo, no.

S: A to jste se pro léčbu rozhodl sám?

V: No, já jsem už věděl, že s tím budu muset něco dělat, ale manželka mi tenkrát dala kudlu na krk. Tenkrát jsem pil taky tak nějak ten litr tvrdého. Já si myslím, že v té recidivě vezme člověk tam, kde skončil. Já jsem tak nějak pil pořád, ale v té poslední fázi jsem chlastal už od rána. Pak už potřebujete vyprošťovák. Takže pak jsem pil tak nějak celý den, ale ráno s tím musíte začít, jinak se vám třesou ruce, máte rozmazaný zrak, musí se prostě obnovit hladinka.

S: Takže léčbu jste dokončil a pak jste abstinovat nějak pět let? Co se dělo potom?

V: Jo, abstinovat, jsem ty aktivity v práci omezil a šlo to, ale dlouho mi to nevydrželo. No, a pak zase to přetížení, pak jsem zase šel na léčbu. Ta recidiva byla asi jenom týden, maximálně deset dní. Já jsem pracoval s bráchou, ten to viděl, posadil mě do auta a odvezl mě tam. Pak jsem abstinovat 20 let.

S: A co jste dělal během té dlouhé abstinence?

V: Zase jsem pracoval v té naší firmě, ale úplně jsme osekali aktivity a zůstalo nám asi pět činností, tak to bylo lepší. A teď už to asi pět nebo šest let nedělám. Jsem to předal synovi, teď jsem v důchodu, ale pořád si nechávám nějaké aktivity. Jako mám takový business pod jeho firmou, tak nějak ze sportu.

S: A co se tedy stalo, že jste po těch 20-ti letech zase začal pít?

V: No, sice jsem to všechno tak nějak osekal a měl jsem toho napřed málo, pak se to ale zase nahrnulo. Asi to bylo hodně podobné jako při tom prvním relapsu. A měl jsem nějaké finanční problémy, no. Udělal jsem ptákovinu. Zadlužil jsem se, půjčil jsem si ale jenom 250 tisíc. Já osobně jsem je pak nemohl vrátit, tak jsem hloupě zpanikařil, zrecidivoval jsem, ale zbytečně. Šel jsem na léčbu a za měsíc to bylo všechno vyřešené, jak jsem se vrátil. Kdybych já tenkrát něco řekl, jako vzhledem k našemu obratu to nebyl žádný problém, ale já jsem se styděl říct, že jsem si půjčil prachy, no. (delší pauza)

S: Takže jak dlouhou jste měl tuto recidivu?

V: To bylo loni a pil jsem asi týden, než mi na to manželka přišla. Zase jsem šel na léčbu a byl jsem tam měsíc, dokončil jsem a teď po roce jsem zase pil asi týden nebo deset dní. A těch faktorů bylo zase víc, no.

S: A to znamená co?

V: Moc práce, kromě toho mladšímu synovi se asi po 10ti letech podařilo povít 2 vnoučata, tak o víkendu hodně s voučatama a manželka šla zase do práce, asi po 10ti letech. Potřebovali záskok, tak jsem doma zůstal sám. A takový nějak celkový splín z toho – prostě toho bylo nějak moc a zase jsem chtěl na dovolenou. Jako já jsem normálně logicky uvažující člověk, celkem výkonný ještě (jako po pracovní stránce). Myslím, že jsem slušný obchodník. A prostě najednou se ve mě něco vzpříčí a je to!

S: Takže když je toho na vás moc...

V: Já si to nedovedu jinak vysvětlit. Já když si to takto řeknu, tak nemám vlastně žádný důvod. Mám krásné vnoučata, co na mě přímo visej. Milujou mě, vnučka mě nepustí ani na záchod. (směje se) Takže já si nemám na co stěžovat, ale prostě se to vždycky nějak nahrne. Prostě jsem chtěl na dovolenou, odpočinout si od všeho – od rodiny, od práce.

S: Zase jste se vrátil k tvrdému alkoholu?

V: Jo, já o sobě vím, že mi stačí vypít skleničku piva a druhý den si jdu koupit litr vodky. Ale teď ta recidiva, jsem pil rovnou vodku. Já jsem si šel tu vodku koupit cíleně, s plným vědomím, co to bude znamenat. Dostal jsem chuť, ale to asi vychází z toho, že jsem potřeboval na dovolenou. (směje se)

S: Vincente, zeptala bych se na rodinu.

V: Já mám dva syny, jeden má po mě tu firmu a druhý má docela důležité místo, jako povedli se. (usmívá se). A ty krásný vnoučata. Ženil jsem se v 18 letech, ještě na střední. Pak jsem studoval vysokou školu, s manželkou jsme studovali spolu, jsme spolužáci. (usmívá se). Pak po revoluci jsme si spolu založili tu firmu.

S: A jaké jste měl dětství? Co rodiče?

V: Děťství perfektní. Matka dosud žije. Otec zemřel na mrtvici, už je to dlouho. Mladší bratr i sestra. Jako vztahy v pohodě, matka u nás i bydlí. Se o ni staráme. Jí je 89 let. S otcem jsem měl taky výborný vztah. Se sourozencama mám taky dobrý vztah, vídáme se, sestra bydlí taky poblíž. Jsme si hodně blízcí.

S: A někdy někdo v rodině pil?

V: Neee, maximálně děda z otcovy strany měl rád pivečko, ale tak nějak normálně, maximálně do hospody s kamarádama v sobotu, nic neobvyklého. Jako ale měl to rád. (usmívá se)

S: A během školy jste už třeba pil? A nebo to všechno začalo, až jste začal pracovat?

V: Tak nějak nic, no, normal, na střední jsem se odstěhoval od rodičů, ale normálně jak to bývá. Jako dali jsme si pivo, ale byla to tvrdá škola, na alkohol nebyl moc čas. Jsem studoval hodně jazyků, takže nebyl čas na chlást. (usmívá se)

S: Když bych se tedy vrátila – proč vlastně pijete?

(Vincent chvíli přemýšlí)

V: Ono toho je hodně najednou a já se musím naučit říct prostě, že nejsem a tak – prostě si vzít klasickou dovolenou a ne tu moji chlástovou. (směje se) No škoda, že jsem blbec, že zahodím 20 let abstinence, se musím naučit to nějak řešit ty situace.

S: Když se Vás ještě zeptám – vliv životního stylu na relaps, myslíte, že to je i u Vás?

V: No, určitě, je to stres a je toho hodně a já chci utéct, neumím asi řešit to, že toho je hodně, ten stres. No prostě se přepnu, pak si chci odpočinout a neumím to jinak, než že jedu na tu svou dovolenou, což znamená chlást, že jo. Tak to není správně, já to

vím, ale tak zase je to jednodušší a rychlejší. A na jednu stranu ani na tu dovolenou nemusíte, je to doma a hned.

V: No, a teď mě máte v kostce. (směje se)

Jiří (31)

J: No, tak co vlastně chcete, abych vám povídal?

S: Zajímá mě Váš příběh, Jiří, proč jste tady s alkoholem?

J: Aha. (přemýšlí) Proč? No, protože jsem debil. Začal jsem chlastat, asi zbytečně, a neuměl jsem to sám zastavit. Zase. Tak proto jsem tady.

S: A kdy jste tedy začal pít? Klidně úplně od začátku.

J: Úplně. Tak to už je hodně let, nějak 13 mi bylo. Starší brácha chodil hodně ven, jemu bylo 17 a pak 18, takže ten už tak nějak chlastat mohl. On měl partu, u nás na malém městě se vlastně nakonec všichni tak nějak znají, ale jako bavíte se v partách. I teď, když jsme starý kořeni to tak je. (usmívá se) My s bráchou vždycky vycházeli, on byl tenkrát takový ten můj vzor, podle kterého jsem myslel, že když budu všechno opakovat, tak to bude super a v pohodě. No, asi ne, co? (přemýšlí) Jo, takže – on chodil ven s klukama, chlastali v parku, nebo i chodili do hospody a já se cítil bráchou odstrčený. Tak jsem za ním furt lozil, aby mě vzal s sebou, že se budu chovat normálně, on napřed nechtěl a pak nakonec svolil.

S: Chovat se normálně? Co bylo normální?

J: Já ani nevím, nechovat se prostě jako malý smrad, ale tak, abych nikomu nevadil. A normální bylo pít.

S: Takže jste pil s nimi?

J: Jo, brácha mi napřed dával třeba pivo bez alkoholu a nebo jenom prostě normal pivo, ale časem se mi kluci začali smát, že jsem mrňous, co pije pivo. Tak jsem se naštvál a pil jsem pak už pivko jako všichni ostatní. Akorát panáky jsem nedával, to nějak nešlo. Oni si sem tam koupili flašku a šla dokolečka. Většinou jsem dělal, že jsem se napil, abych nebyl za blbce, ale jen jsem v tom smočil rty. Nedělalo mi to dobře, byl jsem hned navátý a stejně se mi všichni zase smáli, že nic nevydržím.

S: Jak často jste s nimi takto chodil?

J: No, ne pokaždé, brácha mě vždycky nevezl. On chodil klidně každý den po škole – nebo místo školy, že jo. Oni pak začali hulit i marihuanu a všichni samozřejmě kouřili. Jak jsem s nima chodil jen sem tam, tak jsem ani moc nekouřil nebo tak a mářa

mi taky nechutnala (zase jsem jen dělal, že hulím). Ale když mi bylo asi 15 nebo 16, tak jsem začal chodit častěji. A to už bylo trapný nekouřit. Tak jsem taky začal. Jim bylo tenkrát kolem 20, už byli dospělí a chlástali už hlavně tvrdý, pivko bylo jen tak na doladění chuti a hladinky. A postupně se přestali scházet v parku, ale spíš chodili do jedné naší takové putyky. Tam byla hospodská, co to prostě neřešila a nalívala všem. Ale tak byl jsem tam s partou starších, tak si asi nemyslela, že mi není ještě 18. Brácha tenkrát už makal, dojížděl, tak jsem na něj většinou počkal u vlaku po škole a šli jsme spolu. To byly super časy, dost jsme si povídali a bylo to bezvadný. Jenže já měl zase pocit, že ostatním nestačím a jednou si ze mě zase dělali srandu a místo velkého panáka jako všem, mi objednali malýho. Naštval jsem se a rozhodl jsem se, že budu trénovat.

S: Trénovat? Jako pití alkoholu?

J: Jo. (dlouhá pauza) Ach jo, teď když to říkám, to zní úplně stupidně. Fakt malý blbeček jsem byl. No, každopádně jsem se chtěl těm klukům vyrovnat a začal jsem si chlast shánět po večerkách, přes kamarády, nebo v této hospodě a po škole jsem šel do parku a pil jsem. Dnes vím, jak to nazvat – zvyšoval jsem si toleranci.

S: A co se dělo potom?

J: (usmívá se) Klasika, tolerance se zvýšila, já toho vypil víc a víc a kluci si toho časem všimli. Byl jsem borec, tak nějak si ze mě přestali dělat srandu.

S: Jiří, jak jste to měl doma? Když jste Vy, i Váš bratr, tak často chodili po škole ven, asi jste se vraceli pozdě a pod vlivem. To si toho nikdo nevšiml?

J: Doma? Ne, žili jsme u prarodičů, protože naši nás nezvládli. A babi s dědou měli dost, v podstatě je asi nenapadlo, že něco vyvádíme, nebo to neřešili schválně. Pro ně bylo vždycky podstatné, že přijdeme domů (bylo jedno kdy) a ráno jsme v posteli. Babi to kontrolovala, pak nám nachystala snídani a moc kontaktu jsme s ní neměli. Ne, že by se o nás nestarala, to jako vůbec (důrazně), ona nás milovala. Bylo to dobrá duše, co chtěla pomoci našim a zachránit nás, ale neměla na to. Byla stará a jediné, jak už se uměla starat, bylo že třeba navařila. Matka nás měla pozdě – mě skoro ve 40, takže babi bylo už 66, když jsem se narodil. Takže v tom období, kdy se to všechno spustilo, jí bylo přes 80. Ona možná ani nevěděla, že je možné, abychom pili nebo fetovali nebo tak.

S: A proč jste nebyli u Vašich rodičů?

J: Proč? Otec chlástal, co si pamatuju, když mi bylo 12, tak se asi uchlastal, já nevím. Umřel. Nejhorší asi je, že si spíš pamatuju, že se nám všem ulevilo. On nás nemlátil, jak to bývá nebo tak, ale prostě napřed chodil do hospody, vrátil se pod obraz,

nebo se nevrátil vůbec a z hospody nám volali. Nebo z policie, když ho našli chrápat někde venku. Pak už ani nikam nechodil, seděl doma, naložený v lihu. U televize. V obýváku to vždycky smrdělo jak v lihovaru, nedalo se s ním mluvit a nikdo jsme o to ani nestáli. Ani nevím, jak to všechno bylo, každopádně já se obýváku vyhýbal a vím, že i máma tam zavírala dveře. Vždyť on byl jak zvíře – smrděl, vydával zvuky, děs.

S: A jak to bylo mezi rodiči? Otec pracoval? Nebo kde sháněl alkohol?

J: Mezi nima? Co si pamatuju tak nic moc, ale nikdy žádný extrém. Mamka chodila makat, on byl na podpoře, pak na invalidním, protože mu šly do háje játra. Takže on seděl doma celý den, chlast ani nevím, kde sháněl, asi si ráno chodil dokupovat zásoby. Pak odpoledne, když jsme přišli domů, tak už bylo v obýváku zavřeno a my tam ani nechodili. Já vlastně moc nevím, já otce nevidíval. Prostě jsem jen věděl, že tam je a je nalitý jako doga. Mamka pak po smrti taťky nějak přestala zvládat finančně, takže musela do jednopokojáku a my šli bydlet k babi, měli domeček.

S: A s matkou jste se vídali?

J: Jo, to jo, sem tam. Neměla moc času – práce, pak si našla nového chlapa, ale vídali. O víkendech a tak. A my s bráchou o víkendech paradoxně moc nepili – i ostatní kluci ne. Museli být hodní doma, nebo vyrazili ven všichni, ale já nechodil. Já s nima chodil hlavně v týdnu.

S: A jak jste zvládal školu?

J: No, mizerně, dost jsem klesl se známkama, ale zvládal, dodělal jsem základku a pak jsem šel u nás na učňák.

S: Takže jak to s tím pitím pokračovalo?

J: Tak nějak stejně asi do mých 21 let. Po škole jsme posedávali v hospodě, už se pilo i o víkendu. Změnil jsme postupem času kamarády – za kluky z učňáku. Brácha přestal chodit ven, tenkrát jsem to bral negativně, že je nudný páprda. Jemu bylo 24 nebo 25 a našel si holku a brzo měli prcka. On se nějak usadil. Pil, to jo, ale nechlastal. Jako že nebyl abstinent, ale najednou to byl tatík od rodiny. (usmívá se). Babi i děda docela nějak po sobě tenkrát umřeli, brácha už bydlel s tou svojí, tak jsem ten baráček dostal já. Bydlím tam do dnes. Matka už byla taky usazená ve svém, s tím svým, takže mě najednou spadl do klína vlastní bejvák. Takže nakonec jsem chodil do práce do jedné dílny (jako po škole) a pak domů, s chlastem k televizi. Jako ten můj otec. To se táhlo asi ještě několik let.

S: A co se stalo pak?

J: Pak? Pak přišel bratr jednou večer, našel mě v šest odpoledne pod obraz a řval na mě, že jsem alkoholik a chlastám jako náš fotr a taky tak dopadnu. Jednu mi vrazil a odešel. Já střízlivěl jako každou noc a ráno jsem se chystal do práce (to jsem ještě dával, dal jsem si ráno vyprošťovák a dopoledne jsem dal s placatkou v kapse, u oběda normal pivko, odpoledne dopít tu placku a po práci nákup na večer) a najednou přijel brácha, že nahlásil, že jsem nemocný a odvezl mě do léčebny. Já ani moc neprotestoval, věděl jsem, že má brácha pravdu. Přežil jsem detox, plnil léčbu a vrátil jsem se domů.

S: Do toho domu?

J: Jo, právě. Brácha zatím vyházel všechen chlast a chodil mě kontrolovat - jak malýho fracka a já abstinovat asi dva roky. 28 mi bylo, když jsem začal znova pít. To jsem měl přítelkyni, ona byla super, ale já nevím, jsem idiot, najednou jsem si připadal, že jsem zfotrovatěl. Že se chovám jako starý páprda a začalo mě to štvát. Tak jsem si jednou, dvakrát, třikrát a pak zase furt, zašel na pivko po práci do hospody. A rozjelo se to jako lavina. Za několik měsíců jsem byl tam, kde jsem byl na začátku. Holka se mnou vydržela, kupodivu, docela dlouho. Tady to pozvolné pití bylo asi tak do 30 – jako že už jsem pil i doma, ale fungoval jsem. Pak se na mě ta moje vykašlala, už to nezvládla, no, a já jsem začal opravdu chlastat. Několik měsíců si popravdě ani nepamatuju, vůbec nevím, kde jsem sháněl ten chlast. A pak zase přišel se záchranou brácha. Já na léčbu nechtěl, jenže on mi chlast začal brát a já měl abst'áky (do práce jsem už nějakou dobu vůbec nechodil) a nakonec jsem dostal epilepťák a brácha mě odvezl do nemocnice a z ní rovnou sem. Takže já se vlastně propil do vlastního otce. Jenže tentokrát se jen nezavřeli dveře od obýváku, brácha mě z toho chce vytáhnout.

S: Máte tedy dobrý vztah.

J: Máme, je to skvělý chlap, dobrý otec, teď nepije snad vůbec od toho, co vidí, co se ze mě stalo. A myslím, že má děsný výčitky.

S: Výčitky?

J: Jo, když jsem ležel v nemocnici, tak si pamatuju, že mi brečel u postele, že je hajzl a že mě do chlastu dostal on. Je to kravina, je to moje volba a debilita. Vždyť já pití trénoval jak kdyby to byla kariéra.

S: A co matka?

J: No, ta to ví, ale přijde mi, že se toho bojí. Nejradši by za mnou zase zavřela dveře od obýváku, aby to neviděla, ale se mnou jí to asi nejde tak lehce. (dlouhá pauza) Prostě jsem idiot, ale vlastně mám štěstí, co? Mám lidi, co mě z toho chtějí dostat. Je mi

31, mám vlastně tak nějak všechno před sebou a nechtěl bych, abych za pár let zdechnul na cirhózu. Dva roky bez chlastu byly docela fajn. Tak uvidíme, no, snad nebudu úplně po otci. Brácha měl krásně naběhnuto, aby do toho taky spadnul, ani nevím, jak to udělal, že je z něj teď takový světec. (povzdech) Snad mi dá nějaký maunál. (usmívá se)

Jaroslava (41)

S: Jaroslavo, mohla bych se Vás zeptat na alkohol, kvůli kterému tu jste?

J: Jasně, no, co vám mám povídat. Jsem tu, protože piju. A proč piju? Protože jsem hloupá asi, nebo prostě protože je to s tím chlastem všechno lehčí. (přemýšlí) I když, jak se to vezme, ono to je s ním možná napřed lehčí, ale pak je to asi jen horší a horší. Pít jsem začala docela nedávno, jako pár let to je, ale asi nejhorší je, že jsem chlastem nahradila prášky, které jsem zobala asi deset let. (usmívá se)

S: Takže Vy jste brala předtím nějaké léky?

J: Jo, léky. Prostě pilule, co mi předepsal doktor, když jsem za ním přišla po rozvodu, že špatně spím a že se cítím špatně. Byla jsem hodně nervózní. Tahačka s bývalým o majetek a vlastně i o děti, období bylo celkově prostě příšerné. Pak se to naštěstí nějak uklidnilo, ale léky jsem brala ještě dlouho. Rozváděla jsem se 2004 (přemýšlí), no tak vidíte, jsem ty léky nebrala ani deset let, už dva roky jsem z nich čistá.

S: Jaroslavo, abych si to ujasnila, po rozvodu jste brala léky na předpis a kdy se do toho vložil alkohol?

J: On tam byl asi tak nějak celou dobu, já popíjela večer třeba. Když jsem u sebe neměla děti, tak jsem si otevřela láhev – někdy jsem ji vypila a někdy jsem usnula dřív, než jsem to stihla. S těma práškama to má úplně jiný účinek. Ani jsem nepila, abych se opila. Spíš prostě proto, že jsem večer seděla u televize a najednou nebylo s kým mluvit a v té telce nikdy nic moc není, tak se člověk nudí a je osamělý. Do toho jsem byla zblblá těma lékama, já je brala asi už od začátku víc, než jsem potřebovala.

S: Jak to myslíte? Obstarávala jste si je jako nějak načerno?

J: No pak už jo! Ale na začátku – teď to bude znít fakt strašně hloupě. Ale já si myslím, že mi asi ani nic nebylo, cítila jsem se mizerně, což je asi pochopitelné, ale já hlavně měla pocit...(přemýšlí)...jak to říct, no, že když budu mít psychiatra, tak že prostě bude manžel vědět, jak strašné to je a jak mi ubližuje. Hrozné já vím, byla jsem neuvěřitelně k pláči, stydím se za to. Myslela jsem si asi, že mu mě bude líto a vrátí se,

ono to funguje naopak. Spíš si utvrdil, že bláznivou ženskou, co mu večer brečí zřetovaná do telefonu nechce. A ještě se začal tahat o děti, protože jsem prý nebyla schopná se o ně postarat. (chvíli mlčí) Já vím, měl pravdu, ale to jsem tenkrát samozřejmě vůbec neviděla. Takže jsem si našla psychiatra a nechala si předepsat léky, abych mohla spát a pak jsem si takto nechávala předepisovat léky 8 let. A to asi docela ve velké míře, já totiž pak i tvrdila, že mi to nestačí a stejně nemůžu spát. Pak jsem si léky sháněla i jinak – jde to na netu, přes známé, to už jsem nebyla nic jiného než normální závislačka.

S: A kdy začal ten alkohol?

J: Tak nějak postupně. Napřed jsem si večer dala skleničku nebo dvě, abych se nenudila u televize. Pak jsem si dala i víc. Nakonec jsem třeba o víkendu začala už odpoledne, pak i v týdnu po práci – a nakonec to dopadlo, že jsem vlastně pila pořád. Víno hlavně, na tvrdé jsem nebyla, to mi zase s lékama dobře nedělalo a neuměla jsem odhadnout míru. Takže ano, zkusila jsem vodku, abych nesmrděla jak nálevna, ale nakonec jsem zjistila, že léky беру míň a míň. Nevím, jestli je to podle učebnice normální, ale chlast mě jakoby bavil víc. S práškama jsem jen existovala a tlumila se – chlast uměl být jakoby zajímavější. Dobrá nálada, příjemný útlum a tak. Jediné, co na něm bylo, jak bych to řekla, nežádoucí, byly asi ty ranní kocoviny. Ale alkoholik si najde lék.

S: Jaký?

J: Ranní skleničku. Pak je hned všechno v pohodě a dokonce jsem jen s alkoholem i líp fungovala.

S: Takže když bych to shrnula – po rozvodu v roce 2004 jste začal užívat léky, postupně jste přidávala i příležitostně alkohol. Začala jste ale pak víc pít a nakonec jste pila vlastně celý den a léky jste omezovala?

J: Přesně tak. Časově to bylo – ani nevím, ale intenzivně piju 3 roky. Hodně piju – no, tak šest let. Na práškách jsem byla něco kolem čtyř let. I když je možné, že to časově nesedí, někdy v tom mám sama nepořádek. Víte, ono to ani nebylo důležité jak dlouho. Někdy to bylo jako nic a jindy se zdálo, že v tom jedu celou věčnost. A já hlavně byla taky na jedné léčbě.

S: A to bylo kdy?

J: To bylo tak čtyři roky, možná pět, zpátky. Když jsem začala opravdu víc pít, z odpoledne a večer se stávalo celý den a hlavně ranní vyprošťovák. Sama jsem se rozhodla jít se léčit, šla jsem normálně na psychinu, zdetoxovala jsem a pak prošla

léčbou. Vrátila jsem se domů a nějakou dobu jsem abstinovala, ale bylo to jen asi několik měsíců – od alkoholu. Všechno bylo nějak stejné a smutné. Doma sama, večer nuda, všude klid. Neměla jsem pořádně kamarády a ani koníčky. To jsem neměla nikdy, byla jsem taková ženská z domácnosti. Z práce domů, uvařit večeři, uklidit a pak pěkně doma čekat na manžela. Byla jsem hrozná slepice. No, a když mě nechal a našel si mladší, tak mě to takto zkolilo, zjistila jsem, že vlastně nic kromě něho a dětí nemám. A když vlastně dostal i děti, tak jsem byla už jen já a flaška a léky. Po léčbě jsem se vlastně z těch léků tak nějak víceméně dostala. Sem tam jsem si zobla na spaní, ale začala jsem pít. To byl asi ten zlom, kdy se to změnilo v alkohol místo prášků.

S: A děti jste nevidala?

J: Jo, to jo, ale jak rostly, času měli míň a člověk se jim nechce vnucovat. Taky jsem nechtěla, aby mě nakonec viděli jako trosku, jak jsem si připadala a myslím, že jim manžel kdo ví co povídal, protože oni sami mě moc nevyhledávali. Synovi je teď 20, dceři 17. Deset let zpátky – byly ještě děti a daly se ovlivnit, myslím, že to manžel minimálně zkusil. Nebo ta jeho...

S: Jaroslavo, kolik jste toho vypila před touto léčbou?

J: No, tak i dva litry vína za den – o víkendu určitě, v týdnu míň, ale hodně jsem bývala na nemocenské – to znamená, že jsem se často dávala marod, abych mohla pít a nebo protože jsem měla opici. V práci jsem namluvila, že mám těžké zdravotní problémy, takže ze začátku mě všichni ještě litovali. Pak je to už samozřejmě začalo štvát. Rok zpátky se se mnou slušně rozloučili a od té doby jsem byla na pracáku a sem tam někde chvílku zkusila makat. Ale nikde jsem v podstatě nevydržela, maximálně měsíc nebo dva.

S: Vy jste děti měla docela mladá, brzo jste se vdávala?

J: Jo, 21 mi bylo, když jsem měla syna. Vdaná jsem byla od toho, co jsem ho čekala (usmívá se), kdo ví, jestli by si mě jinak vzal. On byl vždycky prevít do větru. Víte, jak často jsem na něj doma čekala, s večeří na stole a bylo mi jasné, že se někde peleší? Žili jsme na malém městě, člověk toho ví víc, než by chtěl. A mnohem víc, než chtěl on. Byla a jsem vlastně 20 let nešťastná, asi jsem ani nemohla líp dopadnout.

S: Jaroslavo, jaké jste měla dětství?

J: Dětství? Tak nějak normální – jeden sourozenec, starší brácha, naši oba učitelé, pracovali spolu v jedné škole. Teda do té doby, než můj otec zjistil, že radši tráví čas s jednou z mladých učitelek než s vlastní rodinou. (ušklíbá se)

S: To myslíte jak?

J: Tak, že jsem dopadla jako moje máma, otec taky frknul za mladší sukní. Máma odešla z té školy a od mého otce, vzala mě i bráchu, odstěhovali jsme se a otce jsme vlastně skoro neviděli. Bratr jo, chlapi jsou nevěrní prevít, mají to v genech, takže on mu to odpustil. Já ale ne, takže já ho nikdy jaksi nevzala na milost.

S: Kolik Vám bylo?

J: Jedenáct. Pak už jsem otce neměla. Matka si pak už nikdy nikoho nenašla a já se pak v osmnácti zbláznila do toho mého prevíta. Rok jsem ho uháněla, rok jsme spolu chodili – i když spíš jsem byla asi stálá mezi těma na chvílku. Pak jsem otěhotněla a on si mě musel vzít, naštěstí měl zásadové rodiče. Romantika, co? Myslela jsem, že děcka ho nějak změní – a jako asi nějak jo, jako otec fungoval, jako manžel jenom někdy, vlastně hlavně nosil peníze.

S: A pít jste tedy začala až po rozvodu?

J: Pít jsem začala, když jsem na něj čekala a seděla nad chládnoucí večeří, ale to jsem jen zapíjela žal, něco popila, když bylo jasné, že nedorazí nebo dojde pozdě, šla jsem si lehnout.

S: A když jste tedy po léčbě abstinovala – změnilo se něco?

J: Nic. Abstinovala jsem chvílku a myslím, že mě to stálo veškerou mou vůli, kterou jsem měla. Neměla jsem šanci, teď vím, že jsem abstinovat ani nechtěla. Myslím, že od léků asi jo, proto jsem šla i na léčbu, tam jsem řešila hlavně prášky, to mě unavovalo a ničilo. Ale alkohol nevím, to byl kamarád.

S: A jak to máte teď, Jaroslavo?

J: Už to není kamarád, je to jenom další prevít, co ze mě vysává život, jako byl můj exmanžel. Potřebuju začat žít už proboha, je mi přes čtyřicet. Chci něco jiného, než jen sedět doma nad láhví a brečet nad tím, jak jsem dopadla a jak jsem sama. Jen si nejsem jistá, jestli budu mít sílu najít si zase chlapa (směje se), číst si v mobilu smsky, jak se mu včerejší noc někde u nějaké, no, nebudu sprostá, líbila a že se těší na opakování – to opravdu není nic, co bych si ráda zopakovala.