

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

LENKA KAIZROVÁ

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Dívky a ženy léčené se závislostí na alkoholu a jejich
hledání nového smyslu života**

Lenka Kaizrová

vedoucí práce: Doc. PhDr. Jaroslav Kořa

Praha 2010

Prague college of psychosocial studies

**Female Minors and Adults Cured of Alcohol
Addiction and their Search of a New Purpose of Life**

Lenka Kaizrová

The Diploma Thesis Work Supervisor: doc. PhDr. Jaroslav Kořa

Praha 2010

„Člověk není tím, kdo klade životu otázky, nýbrž je tím komu klade otázky život.“

„Proto se neptejte, co vám život ještě dluží; ptejte se, co vy ještě dlužíte životu.“

V. E. FRANKL

Poděkování

Děkuji Doc. PhDr. Jaroslavu Koťovi za odborné vedení, které mi poskytl při vypracování bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k bakalářské zkoušce vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 15. června 2009

Kaizrová Lenka

Resumé písemné práce k bakalářské zkoušce s názvem:

Dívky a ženy léčené se závislostí na alkoholu a jejich hledání nového smyslu života

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Zpracoval: Lenka Kaizrová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jaroslav Kořa

Po zdůvodnění volby tématu a vysvětlení základních pojmů je v bakalářské práci uvedena charakteristika žen ohrožených alkoholovou závislostí. Dále jsou probrány psychologické teorie, které lze aplikovat v průběhu terapie alkoholiků. Následuje popis léčby, užitých forem terapeutického působení, postupů a vztahů v terapii.

V další části je popsána problematika závislosti ve vztahu ke smyslu života, v této souvislosti jsou uvedeny existenciálně orientované teorie. Důležitou součástí práce je popis léčby závislosti a postup v PL Bohnice.

V závěru práce jsou uvedeny kazuistiky jednotlivých klientek, včetně jejich životopisu a postupu v léčbě.

Práci autorka končí upozorněním, že problematika závislosti na alkoholu se upozaďuje před závislostí na drogách, i když lidé závislí na alkoholu tvoří procentuelně větší část mezi závislou populací. Také zde zdůrazňuje, jak je důležitý smysl života a otázky jeho naplnění pro úspěšnou léčbu alkoholově závislých žen.

Klíčová slova

Závislost, alkoholismus, psychoterapie, vztah

Abstract to a Bachelor Degree Exam on:

Female Minors and Adults Cured of Alcohol Addiction and their Search of a New Purpose (Way or Meaning) of Life.

Field of Study: Social work focused on communication and applied psychotherapy

Author: Lenka Kaizrová

The Diploma Thesis Work Supervisor: Doc. PhDr. Jaroslav Kořa

After giving main reasons for the choice of the topic and general basic concept explanation, this bachelor essay deals with a characteristic of female minors and adults who are jeopardised by alcohol addiction. Then, psychological theories that might be applied during the therapy of alcoholics are discussed, followed by a therapy description, applied forms of therapeutic impact, procedures and relationship.

Next, specific issues of addiction related to a standard purpose of life are described; in association with this, certain existential orientated theories are introduced. A description of addiction treatment as well as the specific therapy in Bohnice Psychiatric Hospital belong to a significant part of this essay.

Finally, in conclusion of the essay, single cases of individual clients including both their CVs (curriculum vitae) and therapy procedures are enclosed.

At the very end of the essay, the author draws attention to the fact that specific problems of alcohol addiction are presently overshadowed by drug addiction issues, even though the percentage of people addicted to alcohol form a majority among all the addicts. Moreover, the author puts emphasis on importance of searching and finding a real purpose of life for a successful cure of alcohol addicted female minors and adults.

Key words

Dependence, alcoholism, psychotherapy, relation

OBSAH:

1. ÚVOD

1.1 Vysvětlení léčby závislosti12-13

1.2 Důvod volby tématu.....13-14

2. KLÍČOVÁ SLOVA

2.1 Vymezení slov.....15

2.2 Vysvětlení pojmů.....15-16

3. OSOBNOSTNÍ A VZTAHOVÉ KOMPONENTY

ZÁVISLOSTI

3.1 Charakteristika ohrožených skupin.....17-19

3.2 Psychologické teorie.....19

3.3 Pojem libost x nelibost.....19-20

4. LÉČBA

4.1 Užívané formy terapeutického působení

4.1.1 Kontext příbuzní.....21-22

4.1.2 Terapeutický postup.....22-24

4.1.3 Vztahy v terapii.....24-25

4.2 Kognitivně behaviorální léčba.....25-27

5. ZÁVISLOST A SMYSL ŽIVOTA

5.1 Existenciálně orientované teorie.....28-32

6. POČÁTKY LÉČBY U NÁS

6.1 První protialkoholní léčebna u nás.....33

6.2 PL Bohnice – léčba závislosti žen.....33-34

| | |
|-----------------------------------|-------|
| 7. SOUČASNÁ LÉČBA V PL BOHNICE | |
| 7.1 Průběh léčby..... | 35-37 |
| 8. KAZUISTIKY | |
| 8.1 Kazuistika klientky J. B..... | 38-43 |
| 8.2 Kazuistika klientky M. L..... | 43-49 |
| 8.3 Kazuistika klientky J. O..... | 50-55 |
| 9. ZÁVĚR..... | 56-57 |

1. ÚVOD

1.1 Vysvětlení léčby závislosti

Léčba závislosti na alkoholu se snaží o úpravu všech poruch vzniklých dlouhodobým užíváním alkoholu, a to zejména ve sféře psychické a sociální. Usiluje o změnu stereotypů, sebehodnocení a přebudování hierarchie hodnot – pomáhá najít nové hodnoty a nové, „zdravé“ vztahy k sobě a k okolí.

Behaviorální léčba závislosti je založena na psychologických principech učení a změny chování. Vychází z předpokladu, že lidské chování je převážně výsledkem procesu učení, výsledkem interakcí osoby a prostředí. Situační a environmentální faktory mají pro vznik, udržení a změnu chování základní význam. Princip učení a změny chování vede k možnosti vytvořit prostor pro nové hodnoty a nový smysl života, které vznikají spontánně během procesu „přeučení“. Teorie učení pohlíží na závislost jako na selhání schopnosti zvládat situaci. Toto selhání může být zapříčiněno kombinací nevhodného podmiňování, zpevňujících souvislostí, učení nápodobou nevhodných vzorců chování, selhání v učení vhodných schopností zvládat problémy a potlačené sebedůvěry ve vlastní schopnosti – ve schopnosti řešit problémy, ve schopnosti navázat laskavé a důvěrné vztahy, schopnosti získat uznání, schopnosti nalézt a rozvíjet konkrétní smysl vlastního života.

Úsilí nalézt konkrétní smysl osobní existence, snahu člověka prožívat vlastní život jako naplněný smyslem je považováno za jednu z přirozených potřeb člověka. Touha po smyslu života však často nebývá naplněna. Dochází k pocitu frustrace, pocitu ztráty smyslu v životě, nenaplnění či vnitřní prázdnoty. Tato ztráta smyslu souvisí se zneužíváním alkoholu zejména tak, že člověk pomocí útěku k pití může přehlížet či úplně ignorovat nepříjemná řešení nároků a konfliktů běžného života. Pokud se člověk nedokáže vymanit z bludného kruhu, nenachází hodnoty, cíle a smysl, reakce se stávají patologickými.

Přínos terapie pro dívky a ženy závislé na alkoholu spočívá zejména v minimalizaci rizik spojených s recidivou či vznikem a rozvojem závislosti na jiných návykových látkách. Dlouhodobé psychické a sociální problémy klientek mají negativní vliv na jejich sebevědomí, schopnost začlenit se efektivně do společnosti, do vzdělávacího systému i pracovního procesu a navazovat kvalitní a uspokojivé sociální vztahy. V rámci léčby na oddělení nabízíme klientkám se závislostí program s částí psychoterapeutickou, psychohygienickou a podpůrnou péčí tak, abychom podchytili jejich problematické směřování a v co nejširší míře zabránili pocitům prázdnoty, nedostatečného prožívání smyslu v životě a sociální izolaci, které doprovází jak samotnou závislost, tak i její léčbu.

Důležitou součástí léčby by měla být účinná pomoc klientkám při zásadní změně hodnot v jejich životě, pomoc při hledání hodnot nových a při hledání smyslu jejich života vůbec. Nezáleží na tom, zda jejich pocit smysluplnosti vlastního života bude vycházet z naplnění prací (profesního naplnění), z péče o rodinu, děti či vnoučata, z prožívání blízkého láskyplného vztahu, z příklonu k víře nebo z aktivního prožívání volného času sportem, tvůrčí činností, meditací atp.

1.2 Důvod volby tématu

Psychoterapeutická část léčby nabízí klientkám sebezkušenostní a sebezpoznávací aktivity, které by měly vést k urovnání jejich osobních životních hodnot, k pochopení patologických vzorců chování, ke zvýšení sebehodnocení a nazírání na sebe sama v rámci nejbližších sociálních skupin. To se děje prostřednictvím práce terapeuta, prostřednictvím skupinové terapie a navázání vztahu s terapeutem. Dívky a ženy tak získávají pozitivní korektivní zkušenost v různých situacích, prostor pro

zpracování svých osobních a ohrožujících témat, konfliktů či neuspokojivých vztahů.

Hlavním přínosem léčby by mělo být, aby našly psychické zdraví a podporu a získaly dostatek sociálních dovedností a sebevědomí pro to, aby žily spokojenější, smysluplnější a zdravější život, našly pro sebe odpovídající místo a prostor ve společnosti a úspěšně zvládly proces adaptace na problematiku sociální skutečnosti.

Z těchto důvodů jsem si závislost na alkoholu vybrala nejen jako téma své práce, ale i jako svou profesi, která mě uspokojuje. Pomáhat lidem najít cestu k naplnění jejich života smyslem, bez užívání návykových látek jako forem úniku od života, považuji samo o sobě jako velmi smysluplné a i můj život taková práce naplňuje pocitem uspokojení.

Zpětná vazba sice není vždy ideální. Dívky a ženy se často vrací do léčby s častými a opakovanými recidivami závislosti, ale řekla bych, že i přesto jsou výsledky uspokojivé a mnoho dívek a žen zůstává i po opakovaných léčbách abstinovat.

2. KLÍČOVÁ SLOVA

2.1 Vymezení slov

Závislost, alkoholismus, psychoterapie, vztah

2.2 Vysvětlení pojmů

Závislost (dependence, addiction) stav chronické nebo periodické otravy opakovaným použitím přirozené nebo syntetické drogy, která poškozuje postiženého i společnost; dnes většinou užíván termín závislost drogová nebo přesněji závislost látková; droga má totiž ve farmakologii jiný význam, než je tomu v případě „drogové“ závislosti, kde je zneužívanou látkou; u závislosti jde o zvláštní patologický vztah mezi organizmem a látkou, vznikající opakovaným užitím látky, která posléze vede k periodicky se opakující intoxikaci spojené se silnou touhou až nutkáním opakovaně látku užívat; bývá snížena schopnost sebeovládání ve vztahu k užívání látky, dávky je třeba zpravidla zvyšovat, aby bylo dosaženo žádoucího účinku, vynechání může vést k abstinčním příznakům; droga začne posléze „organizovat“ celý život nemocného; zvýšené riziko vzniku závislosti především u lidí, kteří vyhledávají stále nové zážitky (v angl. sensation seeking behavior) a lidí s genetickou dispozicí, což je prokázáno především u synů osob závislých na alkoholu; predisponujícími faktory jsou kriminální subkultura, chudoba, lehký deficit intelektových schopností, což je nejlépe prokázáno u kouření, dále chybění láskyplné péče v útlém dětství, rozvrácená rodina; v biologických mechanismech se uplatňuje organické poškození mozku opakovanými intoxikacemi a z neurotransmiterů především dopamin, často také endorfiny; naproti tomu zvýšené serotoninové neurotransmise, navozené např. antidepresivy typu SSRI mohou pomoci zbavit se závislosti; protože serotonin tlumí impulzivitu, která je často s užíváním drog spojena, a zmírňuje depresi, která bývá následkem abstinence; k nejrozšířenějším závislostem patří: kouření, kofeinismus a alkoholismus, medicínsky nejzávažnější je injekční podávání opiátů a stimulantů (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 699)

Alkoholismus (alcoholism) etylizmus; choroba vznikající v důsledku opakovaného, častého a nadměrného požívání alkoholických nápojů; vzniká chorobný návyk, ztráta kontroly nad pitím, dále poruchy tělesného i duševního zdraví, mezilidských vztahů, osobnosti, popř. poruchy psychotické; většina definic dále zahrnuje neschopnost dlouhodobě abstinovat a ztrátu kontroly jako neschopnost dodržet předsevzetí o množství konzumovaného alkoholu, který si jedinec před začátkem pití stanovil; může být podmíněn dědičnými předpoklady → delirium tremens, metabolismus alkoholu, opilost, pijáctví, psychóza Korzakovova, stadia alkoholizmu vývojová (HARTL, HARTLOVÁ, 2000, s. 31)

Psychoterapie (psychotherapy) léčení duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky tj. slovem, gestem, mimikou, mlčením, příp. úpravou prostředí; je jedním z účinných způsobů psychické pomoci, plánované, promyšlené a prováděné odborníky; psychoterapie vyžaduje talent, schopnost improvizace a intuici, je vždy úsilím k odpovědnosti, snahou rozšířit subjektivní svět pacientových hodnot (HARTL, HARTLOVÁ, 2000, s. 488)

Vztah (relation, relationship) 1 působení mezi dvěma nebo více jevy, objekty či osobami 2 v psychologii a) mezilidský primární vztah znamená déleodobější vztah spojený s emocionální vazbou a určitou odpovědností, b) mezilidský sekundární vztah je krátkodobější, povrchnější, bez větších závazků, málo častý → stadia rozpadu vztahu (HARTL, HARTLOVÁ, 2000, s. 690)

3. VZTAHOVÉ A OSOBNOSTNÍ KOMPONENTY ZÁVISLOSTI

3.1 Charakteristika ohrožených skupin

Užívání alkoholu je ohrožením, ve kterém se člověk ocitá většinou při řešení typických úkolů dospělého věku, tedy v průměru cca mezi 25 a 45 lety. Kromě věku je možné najít mnohé společné znaky s depresí nebo s touhou po nezávislosti. Zákonitě je také zneužívání alkoholu pozitivní i negativní možností každého z nás: na jedné straně všichni známe touhu po opojení, po extatickém vytržení, transcendenci a po překročení hranic svého všedního, přípustného života, na straně druhé se po celý život snažíme přizpůsobovat lidem, určitým situacím a okolnostem. Stoupající počet závislých na alkoholu, a zejména stoupající počet závislých žen, prozrazuje, že dnešní podmínky jsou pro ně příznivé. Snadno podléháme názoru, že nic negativního nepatří k našemu životu: bolest, nespavost, úzkost, utrpení, nevypočitatelné dění. A také touha po určité dokonalosti. Vše zvládnout, dokázat. Tyto ženy často nerespektují své hranice. Nebo naopak u mladých dívek je důležitý činitel nuda, neví co s volným časem, nemají smysluplnou náplň. A jak uvádí MUDr. Nešpor: „Únava ani nuda se k typickým emocím neřadí. O rizikovosti chronické únavy bude sotva někdo pochybovat. To platí nejen pro závislé na návykových látkách, ale i pro ostatní s ohledem na tělesné a duševní zdraví, riziko úrazů, chybných výkonů apod. K základním dovednostem, které by si měl pacient osvojit, je vytvářet si přiměřený životní styl a vyhnout se extrémům, jakými jsou „přešponovaný“ životní styl vedoucí k vyčerpání, prázdný styl vedoucí k nudě a chaotický životní styl, který s sebou přináší riziko únavy i nudy.“ (Nešpor, 2003, s. 73) I z těchto důvodů je pro závislého pacienta důležitá rovnováha mezi prací a volným časem, smysluplné vyplnění celého dne.

V současné době je téměř všeobecně uznávaná tripolární koncepce příčin závislosti. První pól se týká návykové látky a působení této látky na

organismus, druhým pólem je osobnost závislého jedince a všechny jeho afektivní funkce a třetí pól se týká úlohy různých prostředí, v nichž se daná osoby vyvíjí. V první a třetí kategorii je jedinec pojímán v pasivním postavení vzhledem k vnějším podmínkám, kdežto ve druhé kategorii se chápe jedinec v jeho aktivní roli vůči vnějším faktorům, jež ho obklopují. Nyní se uvádí i čtvrtá kategorie, kterou je podnět (spouštěč, motiv) závislého chování.

U lidí se závislostí na alkoholu se často objevuje nevyzrálý, nestrukturovaný model osobnosti. Špatně strukturované, nevyzrálé osobnosti jsou charakterizovány tím, že nepřekonaly ani neintegrovaly krizi dospívání, a při volbě vztahových a obranných systémů nerozhodně váhají mezi několika směry. Struktura osobnosti se definitivním způsobem vytváří později nebo se vůbec neustálí.

Jde o všechny typy tzv. depresivního uspořádání, které se snaží nalézt normální fungování ve víceméně neustálém mírném vzrušení, jež tomuto stavu pomáhá čelit. Některé závislé osobnosti se jeví jako těžkomyslní jedinci, kteří se kdysi poprvé uchýlili k alkoholu pro překonání své latentní deprese a kteří potom pokračovali v jeho užívání. Stejně je tomu i u některých forem neuróz, alkohol je schopen zmírňovat úzkost, účinkuje hned a nevyžaduje příliš jasný náhled na neurotickou problematiku. Obrana před úzkostí - obvykle i na základě rady jiné osoby či lékaře - vede k užívání dovolených prostředků (léky), později třeba alkoholu či dokonce látek „nedovolených“ (ostatní psychoaktivní látky).

Zajímavé jsou práce pátrající po potřebách a faktorech, které vedly k užití návykové látky a vyústily v závislost na této látce. Často se objevují právě znaky, které bývají charakteristické pro období dospívání, a to i jednání se o člověka závislého biologickým stářím daleko za touto hranicí. V období, které přerostlo v závislost na návykové látce, bývají probandy uváděny například následující potřeby: potřeba osamostatnit se od rodičů, potřeba prosadit se, potřeba někam patřit, být přijímán, potřeba lásky a potřeba uspokojivého partnerského vztahu. Návyková látka se velice často

stává lékem na existenciální pocity, na negativní prožitky zmatku, deprese, úzkosti, vnitřní nejistoty či prázdnoty. V období před rozvojem závislosti jsou také zřetelné pesimistické postoje k životu, pocit marnosti, nepřítomnost vztahu k životu až negativní vztah k životu. Mezi laickou veřejností však panuje názor, že závislost na alkoholu se týká pouze lidí sociálně nepřizpůsobivých, nezaměstnaných a představa, že se může stát závislým i jedinec vysokoškolsky vzdělaný nebo majetný je pro ně skoro nepředstavitelná. „Škodlivé užívání se vyskytuje ve všech vrstvách a sociálních skupinách společnosti.“ (Praško a kol. 2007, s. 858) Proto bývá velký problém tyto lidi přesvědčit, pokud mají se závislostí problém, aby se šli léčit. Jejich představa totiž velmi často odporuje realitě.

3.2 Psychologické teorie

Psychologické teorie pohlížejí nejčastěji na vznik a rozvoj závislosti na návykové látce jako na:

- snahu medikovat preexistující emocionální problémy, afektivní, úzkostné a somatoformní nemoci či se vyrovnat s hraniční, narcistickou a antisociální osobností
- snahu snížit hladinu úzkosti kolem sebeprosazení a sebevědomí, snahu zbavit se nepřijatelných pocitů strachu či nepřátelství
- snahu kompenzovat pocity inferiority nebo pocity bezmocnosti
- vliv osobnostních charakteristik – nízká frustrační tolerance, vysoká hladina impulzivity nebo neschopnost zvládat úzkost a napětí.

3.3 Libost - nelibost

Podle psychoanalýzy princip libosti orientuje první dětské postoje, naléhavé a neodkladné potřeby, kdy dítě musí se dosáhnout okamžitého uspokojení, malé dítě chce všechno hned a jakkoli. Proti tomu stojí zralý

postoj. Dospělý neztrácí závislost na části požadavků principu libosti, musí ale musí dospět k integraci stále větší části starých způsobů fungování podřízených principu libosti do nové, komplexnější funkce, jež charakterizuje vyzrállost: do principu reality.

Profesor Heller zastává názor, že „Závislé osobnosti nedokážou přijmout fakt, že život není od toho, aby člověk byl spokojený či dokonce snad šťastný, že nechtějí nebo neumějí přijmout život jako překonávání sebe, překonávání pocitů nespokojenosti a neuspokojení. Přitom běh života je především řetězcem překonávání těžkostí a řetězcem nesnází.“ (Heler, nepublik. přednáška, 2000) Těmito slovy prof. Heller demonstruje svůj názor klientkám během léčby závislosti a snaží se připravit léčené ženy na přechod do reality bez návykové látky, která se rozhodně sama od sebe nezmění, okolí a události se nestanou po vysazení návykové látky samy od sebe ideálními, člověk se nestane ze dne na den šťastným.

Pro závislost je typické, že nesměruje k duchovnímu růstu. Tito lidé mají zájem o vlastní nasycení, touží po naplnění a štěstí, nejsou ochotni snášet nepohodlí, osamělost a trápení s nimi spojené. V případě závislosti jde vždy o to, aby návyková látka či druhý člověk byli po ruce a mohli je uspokojit. U tohoto typu lidí vzniká velmi snadno závislost a po narušených vztazích je u nich nejčastějším problémem právě závislost na návykových látkách. U člověka závislého dochází ke změnám prožívání relativně snadným a pasivním způsobem (např. užitím alkoholu), který posléze vede až k patologii. Aktivní způsob života a vyrovnávání se s obtížnými situacemi bývá pro tyto jedince příliš bolestivý, své nepříjemné prožitky zpravidla nedokážou „protrpět“ a překonat. „Na závislosti se podílí také osobnostní charakteristiky jedince, společenský kontext, postoje k drogám, k jejich užívání, dostupnost, pravidla užívání, legalizace alkoholu a tabáku, nátlak ze strany vrstevníků, spolupracovníků a jiných zájmových skupin. Dále je možné uvažovat o vlivu stresu, frustrace, psychotraumat a konfliktů obecně, tělesných onemocnění a jiných psychických poruch.“ (Praško a kol. 2007, s. 861) Závislost vzniká pravděpodobně kombinací různých faktorů, často se zmiňuje i možná genetická predispozice.

4. PRŮBĚH LÉČBY

4.1 Užívané formy terapeutického působení

4.1.1 Kontext - příbuzní

Z hlediska jednání závislé ženy je nás samotný příznak (pití) až sekundární. Bojujeme-li s příznaky, požadovaný účinek se nedostavuje. Pacientky a jejich příbuzní se o to obvykle pokoušeli sami již dlouho. Musíme si přiznat, že vůči příznakům jsme bezmocní, běží nám o okolnosti, o kontext závislosti – o kontext sociální, tělesný, o životní problém, na kterém se pití zakládá, o metodu obrany proti úzkosti a konečně o lidi, s nimiž klientky sdílí svůj životní problém – o jejich příbuzné.

Bez příbuzných je každý terapeutický plán nesmyslný. Terapeut funguje jak pro klientky, tak pro „celý systém“, pro celé rodinné a vztahové souvislosti. Příbuzné vlastně terapeut svým způsobem již tak trochu zná, protože jak se chová pacientka k terapeutovi, chová se i ke svým nejbližším. Terapeutickým cílem je, aby obě strany k sobě znovu našly cestu, aby si díky odstupu (léčbě) mohly vyzkoušet, zda na jiné rovině mohou a chtějí fungovat lépe. „Komunikační procesy jsou životně důležité pro udržování celkového fungování rodinného systému.“ (Sobotková, 2007, s. 202) Tato věta je naprosto jasná a jednoduchá, ale bohužel si velmi často klientky ztěžují na nedostatečnou komunikaci v rodině. Doma se svými blízkými se pouze potkávají a nekomunikují spolu navzájem. Neví o svých potřebách, pocitech a přesto, že nejsou samy, tak žijí velmi osaměle.

Je zapotřebí, aby si i partner a ostatní blízcí přiznali, že závislé „nemohou pomoci“. Musí se dříve či později vzdát pozice, z níž závislé pomáhají ve vývoji a kontrolují ji. Své hloubání o vině musí nahradit přiznáním si okolnosti, že obě strany se doposud snažily, ale neúspěšně. Změna postojů nejbližších není o nic snazší než změna postoje klientek. Není vzácností, že nejbližší okolí závislé trpí víc než ona sama. Závislá si

své trápení vlastně pitím umenšuje, příbuzní měsíce a léta žijí v bezútešné situaci, která se zakládá na úzkostech, starostech, zneužívání, ponižování a vydírání. Příbuzní bývají uvězněni ve vztahu, který je bezvýhodnou směsicí lásky, spoluviny, potřeby pomoci a kontroly, aniž by si uměli přiznat svou bezmoc. Proto i nejbližší okolí závislých žen potřebuje pomoc – nejlépe v příbuzenských skupinových terapiích, rodinných a partnerských terapiích, které jsou obvykle součástí léčby na odděleních pro léčbu závislosti. Průběh léčby závislých i jejich okolí je vždy stejný – jedna strana se musí začít starat sama o sebe, ne o druhého. Např. kontrola závislé ženy může být stejně patologická jako sama závislost. Přestane-li pít, neumí se příbuzný okamžitě této kontrole vzdát a často právě přehnaná kontrola vede až k recidivě závislosti. Proto příbuzní potřebují péči, podporu či terapii, a teprve když setkávání se na jiné rovině definitivně selže, přichází ke slovu vnější rozhodnutí: rozchod, rozvod, odstěhování od rodiny, od rodičů, změna okruhu přátel, spolubydlících, zaměstnání atp.

4.1.2 Terapeutický postup

Terapeutický postup můžeme rozčlenit na fázi kontaktu, detoxifikaci, odvykání (léčba) a následnou péči. Již na začátku léčby by měly být se všemi zúčastněnými jednotlivé fáze naplánovány. V souvislosti s druhem a hloubkou problému jsou nezbytná následující zařízení:

Odborné ambulance

Odborné AT ambulance zajišťují prostorově, časově a sociálně nejobtížnější první kontakt se závislými – nabízejí zejména poradenství při ambulantní léčbě a zvyšování motivace pro hospitalizační léčbu. V rámci ambulantní léčby je na její podporu závislým podáván antabus a mnoho závislých se může se svým problémem vyrovnávat přímo ve svém problémovém poli a to je vždy optimální cesta.

Střednědobá hospitalizace

Je hlavním typem tzv. základní léčby při léčbě závislostí a v ČR trvá zpravidla 3 – 4 měsíce. Probíhá na odborných odděleních pro léčbu závislostí, která bývají součástí psychiatrických léčeben.

Krátkodobá hospitalizace

Je určena především pro „přeléčení“ recidivy závislosti tak, aby klientky pokud možno setrvaly v užším kontaktu s rodinou a problematickými situacemi, které vedly k opakovanému užití alkoholu. Za krátkodobou hospitalizaci můžeme označit i léčbu stacionární, která u nás obvykle trvá 6 – 8 týdnů a umožňuje léčbu v modifikovaných přirozených podmínkách. Je v půli cesty mezi péčí ambulantní a hospitalizací a indikuje se buď jako první krok před léčbou lůžkovou (léčba stacionární buď splní svůj účel sama o sobě, nebo v dalším kroku vede k léčbě ústavní) nebo v případech recidivy. Formy krátkodobé léčby pomáhají např. i v tom, aby klientky pro dlouhodobou pracovní neschopnost nepřišly o své zaměstnání.

Dlouhodobá hospitalizace

Každá léčba musí být doplněna nabídkou dlouhodobé rehabilitační péče pro klienty a klientky se závislostí, protože znovuzачlenění do společnosti je možné i po letech a často vyžaduje dlouhou dobu speciálního terapeutického působení.

Svépomocné skupiny

U závislostí je svépomoc a autoterapie účinnější než umělá terapeutická nabídka a využívá se v doléčovacích programech pro závislé klientky a klienty nebo tam, kde je možné hospitalizaci předejít. Klientky, které jsou aktivní ve svépomocných skupinách, mají trvalejší naději na úspěch. Nejznámější svépomocnou skupinou jsou i u nás Anonymní alkoholici (AA), kteří vycházejí ze základního konceptu „dvanácti kroků“. Začíná se nesmlouvavým zřeknutím se jakéhokoli odůvodnění pití, aby se vytvořil prostor pro zjištění: „jsem alkoholik / alkoholička“. Závislost je tak vážnou skutečností, že člověk zůstává alkoholikem do konce života, v nejlepším případě „už není aktivní“, a zpočátku se sliby abstinence přijímají jen na

hodiny a dny, aby se „chtěné“ a „možné“, tedy přání a skutečnost, od sebe příliš nevzdálily.

4.1.3 Vztahy v terapii

Základním prvkem je důvěra. Získá-li klientka pocit důvěry, může pak pod její ochranou akceptovat také kontrolu. V tomto smyslu můžeme obrátit známou poučku: „kontrola je dobrá, důvěra lepší“. Způsob kontroly (dechové zkoušky atp.) a následky při nedodržení abstinence musí být s klientkami dohodnut předem, nesmí existovat žádná šedá zóna.

Úlohou terapeuta a terapeutického působení při léčbě závislosti je „pomoci nemocným k resocializaci aktivním překonáváním stávajících životních konfliktů“, tzn. pomoci závislým i jejich nejbližším tak, aby byli připraveni k převzetí zodpovědnosti a svépomoci. Můžeme vyjít z citací různých autorů, kteří se snaží vyložit problém ze strany klienta. „Základním úkolem klienta je dosažení jeho původního cíle – zmírnit trápení, zlepšit vztahy s druhými nebo dosáhnout produktivnějšího a plnějšího života.“ (Yalom, Leszcz, 2007, s. 172) „Je důležité uvědomit si a smířit se s tím, že neúspěchy a potíže k životu patří a je třeba s nimi počítat. Uvědomte si, že určité zhoršení či nezdár ještě neznamena žádnou katastrofu.“ (Praško, Prašková H, Prašková J., 2003, s. 174) Zde se vracíme k problematickému prožívání nezdaru a neochotě překonávat překážky u závislých. Nezdar pro ně může znamenat, že nemá cenu se o něco snažit a jimi původně vyvinutý patologický model chování byl tou lepší variantou.

I když by se situace klientek a jejich nejbližších mohla zdát protikladná, setkáváme se s oběma stranami jako s bezmocnými lidmi, kteří jsou hluboce zraněni ve své důstojnosti a sebeúctě. Právě závislý člen rodiny či širšího okruhu blízkých lidí se nabízí, aby v něm „vzbuzovali“ zájem o něho samotného, aktivizovali jej, dávali mu rady a předkládali hodnoty. Vše, co je mu takto nabízeno, je kontraproduktivní, protože se jen dále snižuje jeho sebeúcta, zvyšuje agresivita aktivní či pasivní a hrozí sebevražedné jednání.

Pacientka však musí „mezeru“ vzniklou abstinencí zaplnit aktivně sama, alternativními aktivitami než doposud.

Úlohou terapeutického procesu (a v ideálním případě by mělo být i hlavní úlohou nejbližšího okolí závislé) je klientky při hledání nového smyslu života, formulaci nových hodnot a uplatňování nových způsobů jednání pouze doprovázet, vytvářet příležitosti, které odhalují jejich silné i slabé stránky, a nechat je trpělivě tyto možnosti vyzkoušet.

Terapeutům vždy hrozí situace, kdy si z něj pacienti budou dělat střídavě přítele i nepřítele. Zde je důležitá úloha týmu, kdy se protichůdné jednání a pocity závislých rozdělí mezi více osob, a tak klientky nezůstávají v prostém uzavření se, terapeut není pacientkám osamoceně vydán (jako při individuální terapii) – jejich očekávání pomoci, idealizaci terapeuta, jeho provokaci odmítnutím, jejich „hrám“ a manipulacím. Ze stejných důvodů se využívá skupinové terapie. Skupinová koheze, skupinové „já“ může být pomocí pro snížené sebevědomí a může částečně nahrazovat podporu alkoholu. Vztahy ve skupině též více odpovídají životní skutečnosti, jsou cvičným polem pro trénink nových způsobů jednání a realizaci vztahů.

Existenciální a humanistická psychologie přináší prvky akceptace a nabízí prostor pro hledání a nalézání smyslu v životě, který by nahradil únik do světa závislosti. Zdá se však, že tyto přístupy samy o sobě při léčbě nestačí. Proto se v ČR nyní při léčbě závislosti uplatňuje jako základ kognitivně – behaviorální terapie, kdy se klientky učí změnit své vnímání, hodnocení a řešení situací a v důsledku toho i své chování.

4.2 Kognitivně behaviorální léčba

Kognitivně – behaviorální terapie (KBT) je terapie založená na psychologických teoriích učení. Vychází z behaviorální terapie, klade však rovněž důraz na racionalitu (rozumové poznání, uvědomění) a sebekontrolu.

Důležité místo zaujímá sociální učení nápodobou. Terapie spočívá v přecvičení nežádoucích a naučení žádoucích způsobů chování a ve změně postojů a hodnocení, jež se nakonec promítne do rozhodování a výsledného jednání člověka. Jedná se o direktivní přístup, kdy je však klient předem informován o jednotlivých krocích psychotherapeutického procesu a o cílech psychologického působení. Mezi používané techniky patří systematická desensibilizace, plánování atd. Terapie se podobně jako u klasických behavioristů zaměřuje na symptomy poruchy, na chování (např. neurotické, závislé apod.) a jeho změnu a nezabývá se příčinami či intrapsychickým děním. Učení nebo odnaučování probíhá automaticky v podmínkách, které určí terapeut.

Předpokladem pro použití KBT je pečlivé zpracování tzv. behaviorální analýzy. Ta kromě obvyklých základních anamnestických dat věnuje podstatně větší pozornost popisu a rozboru problému, hledá spouštěče konkrétního chování a odhaluje konsekvence (konkrétní krátkodobé nebo dlouhodobé důsledky), na jejichž změnu se pak terapie orientuje především. Důležité je rovněž systematické sledování všech nově vznikajících změn.

Základním kamenem léčby je trvalé poskytování zpětné vazby pacientovi. V rámci KBT byla vytvořena celá řada terapeutických technik, které lze využít. Bývá používáno modelování (návčik podle vzoru), expoziční techniky (vystavení se obávanému podnětu nebo situaci, přičemž, pokud je možné, dáváme přednost spíš expozici v reálné situaci než expozici v představě) a řada kognitivních technik, které jsou zaměřeny na změnu dysfunkčních myšlenek a vnitřních postojů.

Teorie učení pohlíží na užívání alkoholu či jiných psychoaktivních látek jako na selhání schopnosti zvládat situaci. Na základě této teorie využívají metody léčby závislostí založené na teorii učení především tréninku a procvičování dovedností. Při léčbě se však neusiluje pouze o osvojení schopností a dovedností jak překonávat známé stresové situace nebo problémy, ale též o zvýšení možnosti využít v budoucnosti takového

chování, které povede k vyhnutí se užití alkoholu. To se týká zejména předvídání situací, ve kterých závislí postrádají přiměřené dovednosti pro řešení problémů nebo si málo důvěřují, že by je mohli zvládnout. Léčebné metody, které byly vyvinuty v rámci teorie učení, zahrnují nácvik sociálních a komunikačních dovedností, asertivní trénink, nácvik zvládnání stresu, sebekontroly a prevenci relapsu (recidivy).

5. ZÁVISLOST A SMYSL ŽIVOTA

5.1 Existenciálně orientované teorie

Existenciálně orientované teorie považují za jednu z potřeb každého člověka úsilí nalézt konkrétní smysl osobní existence, snahu prožívat vlastní život jako naplněný nějakým smyslem.

Pokud touha po smyslu života podléhá frustraci, hovoříme o existenciální frustraci. Lidé si stěžují na pocity ztráty smyslu života nebo na vnitřní prázdnotu. Existenciální frustrace vzniká tehdy, když člověk pochybuje o smyslu své existence, o smyslu lidského života vůbec nebo když prožívá konflikt svědomí. Dosavadní smysl pak ztrácí odůvodnění a člověk neví, co dál. Nenaplnění potřeby smyslu života se může stejně jako frustrace jiných potřeb stát příčinou nemoci.

Jeden ze způsobů reakce na existenciální frustraci je odklon od povinností běžného života a příklon k jiným formám vyplnění uvědomovaného pocitu prázdnoty, jako je např. právě pití. Pokud se tyto způsoby reakcí stanou převládajícími, pokud se člověk nemůže nebo neumí vymanit z bludného kruhu, nenachází hodnoty, cíle a smysl, reakce se stávají patogenními. (Frankl, 1997, s. 124)

V případech sebepoškozovacích tendencí, mezi něž patří i nadužívání alkoholu a závislé chování, můžeme sledovat určité touhy po změně, vyjádření nespokojenosti se stávajícím stavem či tzv. „volání o pomoc“. Někteří lidé, kteří hazardují se životem (všechny formy riskantního chování) působí dojemem, že se chtějí zabít, aniž by dokázali vzít za takový krok zodpovědnost. Sebepoškozování tedy může být odpovědí na neadekvátní prožitek existence, stejně jako například pokus dostat se z hluboké izolace. V případě závislého (sebepoškozujícího) chování je motivace překročit pocit vlastní osamělosti a izolace obzvláště patrná.

Alkohol se nakonec stává jediným společníkem, kterého člověk má, a ve finále je to jediný společník, který závislému člověku zůstává.

Tato práce vychází z určitého předpokladu o možné příčině či spolupříčině při vzniku závislosti na alkoholu, kdy je příčina umísťována do duchovní roviny člověka spíše než do duševní. Proto rovněž v rámci možnosti pomoci zdůrazňuje duchovní změny a vývoj – nalézání hodnot života a naplňování života smyslem. Cílem je zmínit i to, co se může odehrávat na duchovní úrovni, aby se dosáhlo žádoucí úzdravy, a to ve smyslu doplňujícím základní kognitivně – behaviorální léčbu, která hodnoty a smysl života jako takový nezmiňuje.

I kdyby problémy v duchovní oblasti nebyly samotnou příčinou vzniku závislosti, určitě se mohou podílet na rozvoji závislosti. Duchovní rozvoj a růst osobnosti jsou něčím víc, než pouhým ukončením užívání návykové látky. Např. pro členy Anonymních alkoholiků je prvním bodem skončit s aktivní závislostí, a pak se ještě vnitřně změnit. Neprokázaným názorem je, že dosažením zralejší úrovně osobnosti symptomy samy zmizí.

Hlavním kritériem, na kterém jsou postaveny všechny modely terapie závislostí, zvláště pak terapie ústavní, je podmínka aktivního, přímého a didaktického přístupu s jasným plánem činnosti. Komplementarita dvojic „přísnost a láska“, „zodpovědnost a svoboda“ a „ovládání i ponechání volnosti“ je základem pochopení léčebného procesu. Pacientům jsou dávány nástroje k abstinenci, následovně volnost a pacienti jsou povzbuzováni k využívání těchto nástrojů. Nalezení či odkrytí a přijetí smyslu může být vhodným základním motivačním prvkem, naplňování smyslu se pak nevyklučuje s běžně používanými „terapeutickými nástroji“, jak jsou postaveny během léčby kognitivně behaviorální.

Vhodným doplňkem kognitivně behaviorální léčby tak může být humanisticky orientovaná psychoterapie či existenciální psychoterapie. „Humanistická psychologie se snaží pochopit vnitřní zážitky jedince a naučit jej, aby sám byl schopen své poznané zážitky ovládat, a tak se stal též

odolným vůči jakékoli manipulaci.“ (Kratochvíl, 2002, s. 96) Humanisticky orientované psychoterapie se snaží pomoci člověku najít odpověď na otázku, jak lze v tomto světě žít, nikoli pouze přežívat, a jak se vypořádat se zkušeností, aby byl život učiněn smysluplným. Samotná humanistická psychoterapie se zaměřuje dokonce přímo na pomoc lidem v jejich duchovním růstu a v realizaci vlastního duševního a duchovního potenciálu.

V. E. Frankl rozdělil životní hodnoty člověka do tří typů, a sice:

- hodnoty tvůrčí,
- hodnoty zážitkové.
- hodnoty postojové.

V tomto textu se v souvislosti s tématem zaměřuji zejména na hodnoty postojové. Možnost realizovat hodnoty postoje vzniká tehdy, „kdykoli je člověk postaven proti osudu, vůči němuž může jít pouze o to, že jej bere na sebe, že jej nese“. (Frankl, 1996, s. 23) Realizace postojových hodnot spočívá v tom, jak se člověk staví k omezením svého života, jak se staví vůči nezměnitelnému osudu.

Zahrnutím postojových hodnot do oblasti hodnotových kategorií zjišťujeme, že lidská existence nemůže být nikdy opravdu bezesmyslná. Sám Frankl díky „hodnotám postoje“ mj. přežil čtyři internace v koncentračních táborech, což popisuje ve své knize „A přesto říci životu ano.“

Novější teorie konstrukce a rekonstrukce smyslu života se opírají např. o teorii „životního schématu“. Životní schéma je kognitivní reprezentací života, kterou vytváříme svým náhledem na sebe i na svět, na žádané cíle a všechny životní události v rámci relevantnosti k těmto cílům. Některé události (v našem případě zejména závislost na návykové látce) mohou působit proti tomuto životnímu schématu, nebo alespoň proti některým jeho částem, a tím mohou narušovat pocit smysluplnosti. Rekonstrukce smyslu lze dosáhnout procesem změny schématu nebo změnou porozumění

událostem. Pak se může pocít smysluplností vlastního života opět objevit. Znovunalézání prožívaného smyslu života má velký význam při chápání životních ztrát a jiných negativních událostí v životě člověka. Léčba závislostí by se mohla věnovat nejenom získání kognitivně – behaviorálních dovedností, ale též rekonstrukci smyslu při ne právě vhodných životních situacích. Je také ale potřeba získat dostatečnou odolnost, aby člověk mohl zůstat věrný svému životnímu schématu a svým hodnotám bez požití návykové látky.

V odborné literatuře se mluví o tom, jak podstatný význam má proces subjektivního hodnocení, tedy všechno to, co lidé považují za důležité, pokud mluví o své životní situaci a o své životní minulosti. Všechny prvky se asociují s pozitivním, negativním nebo ambivalentním přístupem. Tato tzv. afektivní konotace je přítomna u každé lidské bytosti, ale právě v případech závislostí má svůj zvláštní význam. Aktivní závislý nemá zcela adekvátní konotace jednotlivých událostí, je především ovlivněn přísunem a množstvím návykové látky, případně jejím nedostatkem (abstinenční syndrom). Může a musí se znovu naučit hodnotit jednotlivé události a situace a to za podmínek, které nejsou pro jeho organismus fyziologicky „normální“, tedy za podmínek naprosté abstinence.

Během intervencí zaměřených na smysl lidského života se člověk učí zacházet se zdravou částí svého života a využívat ji. Terapie se pokouší přivést pacienta k plnému vědomí odpovědnosti, a proto mu musí ponechat možnost volby a samostatného pochopení, čemu nebo komu je odpovědný. U závislého člověka vidíme naprostou ztrátu odpovědnosti a vnitřní konflikt se svědomím, které jej spolu s dalšími (např. tělesnými, abstinenčními) příznaky udržují v bludném kruhu dalšího zneužívání alkoholu či jiné návykové látky. Ztráta svobody je jasně patrná. Člověk již nemůže zodpovědně jednat, přestože smysl daných situací je ještě schopen vnímat. Tím se v psychické rovině dostává do naprostého rozporu sama se sebou a pocít beznaděje a bezesmyslnosti sílí.

Závislý si je vědom otřesného faktu, že naprosto selhal – co se využití možností života týká – a tím se naplňování smyslu v životě vzdal, protože se vzdal i jeho hledání. Člověk zaujímá postoj jak k životnímu utrpení, tak i k vnitřní slabosti. Intervence v oblasti duchovní roviny postojů člověka se snaží klientovi zprostředkovat zhruba tento náhled: „Ty máš utrpení, problém, symptom, ano, ale nikdo tě nenutí, aby ses ho bál, bral ho vážně, podřídil se mu a svůj život proto zahodil. Zrovna tak dobře ho můžeš akceptovat, transformovat v pozitivní, ignorovat, a dokonce ironizovat!“ (Lukas, 2002, s. 23) Klient může volit, zda se svým chybám poddá či jim bude vzdorovat. Nadhled je pro udržení abstinence nesmírně důležitý, neboť člověk nejedná v tu chvíli impulzivně, ale je schopen počkat, oddálit okamžik, kdy sáhne po návykové látce, a mezitím má možnost pozorovat své myšlenky, opět si uvědomit, co je důležité.

6. POČÁTKY LÉČBY U NÁS

6.1 První protialkoholní léčebna pro ženy u nás

V roce 1948 založil doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc. Protialkoholní léčebnu Apolináře v Praze při psychiatrické klinice a rozbíhá KLUS (Klub usilující o střízlivost). V roce 1951 založil první záchytnou stanici tamtéž. Později přibýlo detašované pracoviště v Lojovicích a to se stalo od roku 1971 prvním oddělením pro léčbu závislostí žen, neboť i jich se problém s alkoholem začal týkat stále více a více. J. Skála uváděl, že „Nemocniční léčba má svoje výhody i nevýhody. Celkově však můžeme říci, že výhody mají naprostou převahu. Mezi ně patří zajištění abstinence během léčby, možnost převýchovy (isolovanost od dřívějšího prostředí), intensivní psychoterapie a intensivní aktivní odvykací medikamentosní léčba.“ (Skála 1957, s. 75) Doc. Skála zdůrazňoval důležitost ústavní léčby pro zajištění trvalé abstinence. Po více než pětadvacetiletém fungování bylo v rámci restitucí ze zámku v Lojovicích přesunuto k Apolináři, kde léčba závislosti funguje dodnes.

6.2 PL Bohnice – léčba závislosti žen

V roce 1984 vzniká pod vedením primáře MUDr. Karla Nešpora, CSc. v Psychiatrické léčebně - Bohnice na pavilonu 18 samostatné oddělení pro léčbu závislostí žen.

Po rozdělení AT primariátu na dva, se primářem oddělení pro léčbu závislostí žen stal MUDr. Václav Dvořák, který dosud pracoval jako vedoucí lékař pavilonu 18. V té době se stala vedoucí lékařkou pavilonu 18 MUDr. Markéta Pekárková, tedy té jeho části, která se využívala pro léčbu závislostí žen a kapacita byla 25 lůžek. Součástí oddělení zde byla i detoxifikace. Velkou výhodou detoxifikačního oddělení byla možnost práce s klientkami od prvního dne. S otevřením pavilonu 8 s novým detoxifikačním centrem, byla na pavilonu 18 léčba zrušena. Pavilon 7 pak

znamenal navýšení kapacity klientely na oddělení na 40 lůžek. Došlo ke změně klientely, navýšil se počet klientek závislých na nealkoholových drogách a snížil se jejich věk. Zajímavé je, že přes veškerou osvětu o rizicích alkoholu je stále značné množství velmi mladých žen a dívek na alkoholu závislých. Samozřejmě se setkáváme s komorbiditou závislostí a poruchou příjmu potravy, depresivními, úzkostnými stavy, poruchami osobnosti, komorbiditou s funkční psychosou. Jsou u nás klientky bez významnějšího poškození kognitivních funkcí a klientky, které v důsledku abusu návykových látek mají již značný kognitivní deficit.

7. SOUČASNÁ LÉČBA V PL BOHNICE

7.1 Průběh léčby

V současnosti přicházejí klientky na pavilon 7 po detoxifikaci z pavilonu 8. Některé o abstinenci uvažují, jiné vůbec. Ty jsou pak často hospitalizovány nedobrovolně. Samostatnou otázkou jsou klientky léčené v režimu ústavní ochranné léčby. V souvislosti s uvedenými změnami došlo i ke změnám v terapeutických postupech. Stále vycházíme z modelu docenta J. Skály, který zavedl do léčby závislosti pravidelné ranní rozcvičky, komunitní setkávání pacientů a terapeutů, skupinovou terapii, bodovací systém, volnou tribunu, rodinné terapie, deníky, sportovní aktivity a další terapeutické složky. Základními prvky této terapeutické komunity jsou program, režim a bodovací systém. Mnohé jsme však museli přizpůsobit.

V souvislosti s častým nedobrym zdravotním stavem pacientek, či nedobrovolnou hospitalizací v první fázi léčby, dáváme kromě komunitní terapie důraz i na individuální přístup. Při přísném bodovacím systému bychom většinu klientek, zejména závislých na nealkoholových drogách, rychle dostali do úplné ztráty motivace k léčbě. Nutno říci, že přibližně polovina klientek je již při příchodu na oddělení nemotivována, nebo má pouze minimální náhled. Současně jsme museli, oproti dřívějším možnostem, velmi zpřísnit chod oddělení. Klientky závislé na nealkoholových drogách, s výjimkou klientek závislých na lécích a gamblerů, nemají povoleny samostatné vycházky. Telefonovat jim a navštěvovat je smí pouze rodiče. I ti jsou však někdy pod vlivem návykové látky, což způsobuje konfliktní situace.

Psychoterapie na oddělení probíhá v rámci léčebného společenství, kombinuje se skupinová, rodinná a individuální terapie s akcentem na skupinovou práci. Zásadní je psychoterapeutický vztah. V praxi se osvědčuje nejvíce laskavá, chápající, ale důsledná autorita. Léčbu nenazýváme režimovou, ale aktivní. Zdá se, že se jedná o malou změnu,

nicméně je to změna podstatná. Psychoterapeutickým postupem se snažíme naučit naše klientky se závislostí žít a tato cesta vede přes sebepoznání.

Díky psychoterapeutickému působení se v ideálním případě odehraje proces, který vede k tomu, že dojde k praktické a trvající změně ve vlastní volbě a konání. Klientka dělá to, co chce a nikoli to, co musí. Posilujeme u klientek jejich aktualizační tendenci, tedy jejich vlastní tendenci ke zdraví a zdokonalování schopností zvládat běžné životní situace. Podstatný význam pro formování životního pocitu a stylu mají vztahy k ostatním lidem. „Při natolik prožitě účasti ze strany nápomocné osoby se může partner nebo klient cítit svobodně, může se bezprostředně vnímat a prožitky vyjadřovat, a to i tehdy, jsou-li neprospěšné nebo nepříjemné. Oproti tomu omezená akceptace, která je vázaná na podmínky, zabraňuje plnému vyjádření prožívaného citění.“ (Nykl, Brno 2004, s. 36) Bezvýhradné přijetí (akceptaci) druhým je významná, protože vede k pocitu bezpečí a vědomí vlastní hodnoty. Sebeпоjetí, je relativně stálý, současně však se měnící vztah člověka k sobě samému. Pro vnitřní stabilitu člověka je sebehodnocení nesmírně významné a lze si je představit v rogersovském modelu osobnosti jako základní osu. Aby člověk žil v duševní pohodě, musí si sám sebe vážit. S tím souvisí samozřejmě to, že mu důležité osoby jeho života dávají najevo, že ho pozitivně oceňují.

Ze zkušenosti se nám osvědčuje přístup, kdy terapeut akceptuje klienta. Umožňuje mu sebeexploraci a explikaci. To vše v přísně sevřeném terapeutickém systému, plně orientovaném ke stoprocentní abstinenci. Smyslem léčby, aby měla dlouhodobý význam, není tedy klienta donutit ke změně, ale přivést ho k tomu, že změnu sám přijme.

Významnou součástí léčby jsou rodinné terapie. Realizujeme v podmínkách oddělení rodinnou terapii ve smyslu dosažení co nejoptimálnějšího fungování celé rodiny. Pracujeme s blízkými našich klientek, jejich partnery, rodiči, dětmi a mnohdy i dalšími blízkými. Rodinná terapie patří k podstatným prvkům efektivního léčebného programu v terapii závislostí. Rodina může být zdrojem masivní patologie,

ale také velké emoční podpory. „K tomu, aby terapie dobře probíhala, je třeba, aby rodina věřila ani ne tak terapeutovi jako samotnému procesu terapie, aby věřili, že rozhovor k něčemu vede, že má smysl něco říkat. Tam, kde tento pocit smyslu vzájemné komunikace chybí, pokouší se ho terapeut obnovit. Když je naděje rodiny na změnu malá, je velmi užitečné, když se již po prvním sezení podaří dosáhnout alespoň malé změny k lepšímu.“ (Gjuričová, Kubička, 2003, s. 112) Ne vždy je rodina ochotna spolupracovat, nevěří, že problém závislého člena rodiny a jeho vyřešení může souviset s účastí rodinných příslušníků v terapeutickém procesu.

V současnosti se nejčastěji setkáváme se dvěma možnostmi. Pracujeme s rodiči nezletilých a mladých dospělých a s partnery dospělých. Výjimkou však není společná terapie s dětmi klientek. Snažíme se informovat blízké o nemoci závislosti, jejím proběhu a léčbě. Mottem terapie je: “Co všechno můžeme my udělat pro to, aby se pacientce co nejlépe abstinovalo a tím se všem nejlépe žilo.“ To ovšem neznamená, že rodina se snaží a pacientka jen čeká, jak jí rodina pomůže. Jedná se o možnou podporu rodiny při jasné deklaraci klientky, která chce abstinovat, o postupech v případě, že abstinence pro ni zatím není žádným způsobem lákavá.

Další nedílnou součástí léčby je dohoda o doléčování. Každá pacientka před odchodem z léčby musí mít potvrzené řádné doléčování. Může si vybrat doléčovací zařízení, které jí bude vyhovovat. Není totiž vůbec snadné přejít po léčbě zpět k normálnímu způsobu života a ještě abstinovat. Právě v tomto jim má doléčování pomáhat. Pacientky mohou chodit na individuální doléčování, docházet na skupiny na pavilon 7 nebo na jiné doléčovací skupiny. Vždy je důležité, aby si pacientka našla pro ni ten nejvýhodnější způsob.

8. KAZUISTIKY

8.1 Kazuistika klientky J. B.

Tato klientka se na oddělení a i na jiných místech léčila již vícekrát. Tentokrát přichází na oddělení s recidivou po cca 15 měsících úspěšné abstinence, během níž otěhotněla, donosila a porodila zdravou dceru. Dcera je nyní asi 6 měsíců stará a byla na žádost matky pacientky umístěna do kojeneckého – dětského domova v Praze na Zbraslavi.

Klientka přichází ve velmi špatném stavu, poslední dny strávila u různých lidí, se kterými se během „tahu“ seznámila, nemá s sebou osobní věci. Ty jí během pokusů dostat se z pití natolik, aby byla schopná nastoupit léčbu, byly odcizeny. Partner – otec dítěte je na měsíční služební cestě v zahraničí a nemá možnost zasahovat do dění.

Při prvním setkání je klientka plačtivá, našťvaná na mámu, která hned první den její recidivy zavolala na odbor sociální péče. I když má náhled a chápe, že máma možná nevěděla, co má dělat. Ale zkušenost klientky je taková, že pokud dojde k recidivě, trvá týden, maximálně deset dní, a pak se sama klientka dostaví na detoxifikační oddělení.

Domnívá se, že má kolem sebe přátele, kteří by se během jejího pití, a následného přeléčení o mimino postarali, ale takhle jí bylo odebráno soudně. V první chvíli poskytuje skupina klientce podporu, že má přeci zkušenosti, že pokud setrvá v léčbě a bude opět abstinovat, vše se v dobré obrátí. Zároveň se jí dostává technických informací o tom, co se děje, pokud je závislé klientce soudně odebráno dítě, že musí prokázat rok abstinence, a pak může opět žádat dítě do společné péče.

Klientka v životopise uvádí, že prožila poměrně standardní dětství, sama jej hodnotí jako celkem pěkné. Jediné, co jí v dětství trochu vadilo, bylo to,

že rodiče svépomocí stavěli rodinný domek a ona žila u babičky a dědečka (bývalých kantorů) v jižních Čechách. Tam se jí sice líbilo – babička ji naučila číst a psát. Společně malovaly a zpívaly. Klientka tam měla i své kamarády a kamarádky, ale rodiče za ní jezdili jednou za 14 dní, a jí se pak hodně stýskalo.

Když rodiče dostavěli, vrátila se klientka zpět a opět – školní docházka, kamarádi, vztahy, všechno probíhalo běžným způsobem, Už tehdy na sebe byla dost náročná, takže měla nejlepší známky ve třídě. Protože nebyla „šprt“, ale učení jí prostě šlo, neměla v kolektivu žádný problém; naopak spolužáci využívali jejích rad při písničkách atp. Kolem 13. roku došlo ke dvěma zásadním událostem – klientka si vždycky říkala, že není pěkná, a že to bude muset v životě kompenzovat tím, že je dobrá kamarádka, vtipná a podobně, ale najednou, v 8. třídě ZŠ, poprvé pocítila zájem ze strany chlapců, a to poměrně častý. Tomu moc nerozuměla, říkala si, že se s ní asi dobře povídá a že dosáhla té kompenzace fyzického vzhledu. V tuto dobu začíná mít anorektické sklony, anorexie nakonec našťěstí naplno nepropukla.

Druhou zásadní věcí bylo, že krátce po 13. narozeninách jí po operaci srdce zemřel otec, na kterého byla od malička silně fixována – říkala mu odjakživa křestním jménem, on ji psychicky velmi rozmazloval a hýčkal, přitom ji však učil nesobeckosti – zkrátka, aby z ní nevyrostl sobecký jedináček, hráli si spolu – vlastně jí byl zároveň fajn starším bratrem. Poté došlo ke standardní situaci, kdy děti přebírají roli chybějícího dospělého a ona trávila hodně času s matkou, přitom si však přála, aby si máma ještě někoho našla – jednak, aby se mohla trochu ze vztahu s matkou vyvázat, a také proto, že jí mámy bylo líto, když k sobě nikoho nemá.

Matka si časem našla partnera (dle klientčina názoru spíš si ji našel on, byl to její podřízený, rozvedl se a vlastně neměli se synem navštěvujícím VŠ, kde bydlel). Tito dva arogantní pánové jí natolik nesesdli, že si začala hledat kamarády jinde – bylo to v období roku 1989 „sametové revoluce“,

takže bylo snadné najít zajímavé lidi z undergroundu a podobně, ale také bylo snadné dostat se na koncerty a do restaurací nižší cenové skupiny, dostat se k alkoholu, lékům a trávě.

Začala žít poměrně nevázaný život, kdy nechodila ani domů, často ani do školy (protože po mejdanech a koncertech jí bylo špatně, měla kocovinu), přesto se jí podařilo s výbornými výsledky dokončit gymnázium a odmaturovat. Posléze se dostala na VŠ, způsob života se příliš nezměnil, aby stíhala školu i různé brigády a též večírky, rok šňupala na povzbuzení pervitin, potom zase „jen“ pila a občas kouřila marihuanu nebo hašiš. Měla jeden vážný vztah se svým spolužákem ze třídy z gymnázia, který ji přivedl k návykovým látkám nealkoholového typu, ale také ji dovedl k tomu, že alkoholu se dá používat jako léku na bolístky. Vztah se rozpadal – a ona pila víc a víc, vedla promiskuitní život s občasnými známostmi. V roce 1999, kdy jí bylo 25/26 let, měla před sebou ukončení VŠ, kterou nebyla schopná při daném způsobu života dotáhnout ke státním závěrečným zkouškám. V té době už jenom pila alkohol, nemohla jíst, následoval fyzický a metabolický rozvrat a v témže roce nastoupila s váhou 35 kg na 160 cm svou první léčbu závislosti v tehdejší oddělení pro ženy v Lojovicích, které spadaly pod léčebnu Apolinář, Praha.

Před dalším skupinovým sezením si klientka vyžádala individuální konzultaci. Je velmi frustrovaná, jak opět nedokázala potlačit touhu po pití a řešila tak svoji vlastní nespokojenost. Uvědomuje si, kolik již absolvovala léčeb, a přitom se její problém znovu opakuje, že to není tak dlouho, co byla přímo na oddělení, ale že vždy, v každé léčbě – pokud se trvalá abstinence nepodaří hned napoprvé – se někam posouvá, jsou jiné okolnosti, ke kterým je třeba se postavit, že je to velice obtížný úkol, kdy bezmoc přerůstá v agresivitu – naštvání na sebe i okolí, i myšlenky, jestli by bývalo nebylo lepší to trápení ukončit, že se objevují, ale nakonec téměř vždy zvítězí ta pozitiva, která v životě člověka jsou.

Při dalších skupinových sezeních je klientka již schopna začít pracovat. Baví se o tom, co by se stalo, kdyby odešla z léčby. Dostává se jí zpětných

vazeb, že by si nijak nepomohla a hlavně by nemohla dostat dceru zpět do péče. Hodně se zapojují pacientky, které také dlouho ze začátku léčby bojovaly s odchodem na revers, a přesto se rozhodly zůstat. Hodnotí to jako velmi pozitivní rozhodnutí, dalo jim to možnost a čas na sobě pracovat. Je velmi důležité najít si své místo ve světě a v životě. Pro klientku v tuto chvíli je velkým motivem k abstinenci dcera. Mluví o tom, jak jí vše vynahradí a při této příležitosti si uvědomuje, že se snaží vlastně stále někomu něco vynahradit a odvděčit za ta selhání a recidivy. Ale toto není vlastně možné, protože něco nahrazovat nemá nic společného se smysluplným životem.

Během krátkého pobytu na oddělení si klientka stihla všimnout, že pokud nechává víc věcem volný průběh, netlačí na ně, nesnaží se za každou cenu získat, co chce (např. ošetření či konzultaci s vedoucí lékařkou oddělení, která je velice vytížená a je těžko k zastížení a mnoho jiných věcí), věci najednou „získává“, přicházejí jakoby samy. Třeba ne úplně okamžitě – jak by to bylo, kdyby se jich sama snažila domoci silou a za každou cenu, přijdou třeba až druhý den, a hlavně, se tolik nestresuje.

Při terapii zjišťuje, že právě tenhle moment je pro ni klíčový a že je úžasné, že si na něj přišla. Uvědomila, jak jde hlavou proti zdi a ono to nejde – a najednou se jí podařilo jakoby „vystoupit“ sama ze sebe, resp. z běhu věcí, zůstat nad nimi, mít nejen náhled, ale i nadhled, který umožní vidět, co je opravdu důležité, jaké jsou priority a že na spoustu věcí je čas. Neutečou.

Klientce se dostává od skupiny podpory. Přesto, kolik léceb má za sebou, je ochotná začít znovu, znovu přijmout léčbu jakoby od začátku. Je ceněna její snaha podívat na věci jinak, zkoušet to zase znovu a úplně jinak.

Za velmi důležitý zlom klientka i její okolí považují, že jí nebylo soudně odebráno dítě. Tato událost se stala nevýslovně silným motivujícím činitelem. Z finančních důvodů chce léčbu již (po třech týdnech) ukončit.

V té době se rovněž vrátil její manžel a společně absolvovali rodinou terapii, kde byly ujasněny základní principy, které by měla klientka dodržovat a měla by v tomto být partnerem plně podporována. Klientka a její muž za pomoci terapeuta vypracovali proto společně plán, který měl být jakýmsi vodítkem pro klientčinu abstinenci. Plán byl postaven na principech a postupech řešení situací, které klientku udržovaly v dřívější době při abstinenci. Tématu klientčina předčasného odchodu z léčby a zpracování plánu, který by byl vodítkem pro udržení abstinence, byla věnována celá skupina. Klientce se tak dostal i náhled zvenčí, vyslechla si názory svých spolupacientek a zároveň se na tomto plánu mohla i sama aktivně podílet.

Sepsaný plán – kontrakt – obsahoval ve finální verzi následující body:

- 1) Pouze 1 akce na den (doléčování, pracovní schůzka, sraz s kamarádkou, cvičení s dcerou) zkrátka tak, aby nedošlo k přetížení a stresu.
- 2) Antabus.
- 3) Doléčovací skupina – minimálně jednou za 2 – 3 týdny.
- 4) Individuální terapie (psycholog + psychiatr) – minimálně 30 minut týdně.
- 5) Navštěvovat nějaký klub maminek, kurz s hlídáním dětí, klub pro maminky a batolata, cvičení maminek atp.

Klientka velmi oceňuje ochotu a podporu partnera spolupracovat s ní na dodržení výše popsaného plánu tak, aby se nedostávala do zátěžových situací, které by nezvládla.

Terapie trvala pouze necelé čtyři týdny, ale byla velice intenzivní – 2 x týdně probíhala individuální terapie s klientkou, jako nadstavba terapeutických skupin a dalších terapeutických technik, které v rámci léčby závislosti probíhají. Klientka téměř od počátku léčby a terapie věděla, že chce z léčby odejít před stanoveným termínem, proto se snažila maximálně využít čas, který zbýval do konce měsíce tak, aby odcházela pokud možno co nejlépe připravena na život a abstinenci venku a aby jí byl od dalšího měsíce přiznán zpět rodičovský příspěvek, protože zhoršující se finanční

situace by jí způsobovala ještě větší stres, než pokud se pokusí zkrátit a zintenzívnit své přeléčení po recidivě.

Finanční situace také byla hlavním (a asi i jediným) důvodem, proč léčbu nechtěla dokončit a nechtěla si dát víc času. Bála se, že pokud vyjde po delší době, budou již tak zadluženi, že se opět vrhne do kolotoče shánění co největšího množství práce, potažmo peněz, aby situaci zachránila, a tím se opět vystaví riziku recidivy. Klientka sama uznala, že si vybírá mezi dvěma riziky. Skupina navrhovala setrvání v léčbě delší dobu, protože čas má v léčbě závislostí vždy velký význam, a čím déle je závislý člověk v chráněném prostředí a v terapii, tím se zvyšují jeho šance na úspěšný život v abstinenci po léčbě. Klientka však na revers byla připravena a zvážila veškeré možnosti. Bylo to pro ni jediné možné řešení, jak to sama nazvala, aby hned při velké zátěži nerecidivovala.

8.2 Kazuistika klientky M. L.

Klientka přišla na oddělení pouze po dvou dnech strávených na detoxifikačním oddělení. Přišla v dobrém fyzickém stavu a alkohol již žádný nenadýchala. Zhruba týden abstinovala sama. Po psychické stránce je na tom však velmi špatně. Je to vystudovaná právnička, která nastoupila na léčbu během jednoho týdne, kdy dostala od manžela ultimatum. Buď se půjde léčit, nebo rozvod. V současnosti pobývá s manželem a dvěma osmiletými dvojčaty v Moskvě – manžel je tam pracovně zhruba na tři roky – délka pobytu tam není zcela jasná, jde o řešení konkrétního úkolu.

Pacientka má velmi zkreslené představy o léčbě. Domnívá se, že na oddělení bude sama vysokoškolsky vzdělaná, že se tento problém týká žen,

které nemají zaměstnání, zázemí, rodinu a podobně. Z tohoto důvodu je velmi pozitivně překvapená, když se na svém prvním setkání s ostatními představuje, že je zde většina žen, u kterých by toto nepředpokládala. Nicméně toto naladění brzy vystřídala depresivní nálada, že bude tři měsíce bez dětí, bez manžela, odtržená ode všeho. Dostává se jí povzbuzení, že tak jako většina, tak i ona to zvládne, že tři měsíce není zase tak dlouhá doba, oproti zkaženým měsícům, ba létům, kdy člověk bojuje sám se závislostí a tento boj se mu stále nedaří vyhrát.

Tak jako ostatní, sepisuje i tato pacientka svůj životopis. Narodila se v Ostravě, má oba rodiče a o tři roky staršího bratra. Své dětství líčí jako poměrně dobré, avšak při jakékoli zmínce o mámě bezděčně dodává, jak musela poslouchat, bála se neplnit její nařízení ba i přání. Hodnotila se jako poslušná holka, která se vždy snažila dělat mámě radost. Základní školu vychodila se samými jedničkami a na radu mámy šla na gymnázium. První rok byl trochu zlomový, protože se do té doby nijak zvlášť neučila, ale vzhledem k tomu, že se chytila zdravého jádra třídy, vždy se snažila vše dohnat a nakonec maturovala s vyznamenáním. Školní lásky se jí však nijak netýkaly, teprve na konci třetího ročníku začala chodit s klukem, který studoval Střední odborné učiliště. Žila tedy jen učením a pomáháním mámě v domácnosti. Ve druhém ročníku si našla nejbližší kamarádku, se kterou trávily volný čas, když ho měla. Přátelí se spolu dodnes.

O to bezprostředněji zní její vyprávění z prázdnin, které trávila u babičky a dědy na vesnici, kousek od Ostravy. Prázdniny s bratrem, babičkou, která zřejmě byla pravý opak matky. Nechávala jim velkou volnost, mohli se chodit koupat, hrát si, zkrátka dovádět. I když babička byla s dědou rozvedená, přes den byli u babičky a večer na jídlo chodili zase k dědovi. Klientka čas strávený u babičky popisuje velmi emotivně a nadšeně. O to víc se netěšila domů. Tento pocit brala pouze jako souvislost s koncem prázdnin, že opět nastanou povinnosti.

V prvním ročníku studia si povšimla, že se rodiče častěji hádají a že otec má problém s alkoholem. Nebyl doma nijak agresivní, spíš si uvědomuje ty

hádky s mamkou. Když byla ve druhém ročníku, oznámili jim rodiče, že budou stavět dům a tudíž svůj další volný čas trávil s mámou vařením a donáškou jídel zedníkům. Líčí, jak jí bylo líto bratra, že ten to odnesl daleko více, neboť tam musel celé dny fyzicky pracovat. Šetřili každou korunu na stavbu, a protože klientka v té době chodila na střední školu, začala mít mindráky ze svého oblečení, jak vypadá – dle jejího názoru samá ruka, samá noha, zkrátka si dost připadala jako outsider. Důležité pro ni bylo kamarádství se spolužačkou a díky tomu vše, jak říkala, zvládla.

Po maturitě se rozhodla zkusit přijímačky na právnickou fakultu UK Praha. K jejímu překvapení byla přijata a přestěhovala se na kolej do Prahy. Dnes zpětně toto hodnotí jako útek z dosahu matky, která nesouhlasila s jejím přítelem, studoval pouze učiliště a matka s jejich vztahem nesouhlasila. Nicméně vztah se stejně rozpadl. Klientku okouzlo velké město, jiný okruh známých i nový samostatný způsob života. I když na víkendy jezdila většinou domů, přestala se mámě svěřovat, co v Praze dělá a víceméně jí pouze technicky informovala o zkouškách. Ve škole jí to bavilo, neměla s učením problémy. Ve čtvrtém ročníku se seznámila se spolužákem, který studoval o rok výše, a po čase spolu začali bydlet v podnájmu. Takto společně žili asi rok a toto období klientka hodnotí jako v dosavadním životě nejkrásnější. Bohužel přítel nečekaně tragicky zahynul při automobilové nehodě a jí se na nějakou dobu zhroutil svět. Oporou jí v té době byla škola, protože se připravovala na státnice, které úspěšně zvládla.

Po skončení školy jí matka navrhovala nebo spíše nutila, jak poznamenala klientka, aby se vrátila domů. Avšak ona se rozhodla zůstat v Praze a našla si tam zaměstnání. Pracovala ve Státní správě, pořídila si malý byt a pomalu, jak napsala, začala znovu žít.

Asi po roce se seznámila s jedním mužem, který byl dle jejího názoru velmi schopný, znal se spoustou veřejně známých lidí a začal jí brát na setkání s nimi. Ona se však v této společnosti necítila dobře, připadala si méněcenná, nevěděla, o čem se má bavit. Velmi často spolu popíjeli a

klientka zjistila, že alkohol jí zvyšuje sebevědomí a tak ve společnosti vždy hned začala popíjet, aby se začala cítit lépe. Později začala s pitím již před odchodem na tyto akce. Tato situace trvala zhruba dva roky, než se rozešli a ona zatím bez problémů přestala pít.

Po dalším půlroce se pracovně rozhodla změnit zaměstnání, neboť v současném už nemohla profesně postupovat výše a nastoupila u soukromé developerské firmy, kde se seznámila se svým současným manželem. Ten je o pět let mladší než ona. Postupem času si pořídili společné bydlení a začali uvažovat o dítěti. Dlouho, několik let se jim to nedařilo, a tak klientka podstoupila asistovanou reprodukci. Ta se zhruba po třech měsících zdařila. Pacientka nastoupila na rizikové těhotenství a oba se velmi na dítě těšili. Bohužel v devátém měsíci přestala cítit pohyby, urychleně jela do porodnice, avšak dítě se již narodilo mrtvé. Velmi těžko tuto situaci nesla. Nedokázala se s tím vyrovnat. Manžel k tomu však přistoupil velmi racionálně, že se jednoduše stalo, a že příště to vyjde. Klientce však trvalo zhruba tři čtvrtě roku, než se s událostí vypořádala – bez alkoholu a byla schopna opět podstoupit asistovanou reprodukci. Ta se hned zdařila a klientka porodila zdravá dvojčata. Ovšem od manžela pomoc s dětmi nepřišla, nehodlal slevit ve svých ambicích v zaměstnání, stále chodil do práce velmi brzy ráno a vracel se velmi pozdě večer. Dříve to klientce ani nepřišlo, protože veškerý čas také trávil v práci a myslela, že pokud budou mít děti, tak i manžel bude chtít trávit více času s nimi. A tak občas, nejdříve jakoby nevědomky, začala opět s pitím. Ne každý den, ale pouze když měl manžel delší služební jednání, což bylo tak jedenkrát až dvakrát týdně. Když byly dětem tři roky, manžel pro ně vybral prestižní školku, kde se hodně věnovali angličtině a v pěti letech měli nastoupit do soukromé anglické školy.

V této době se klientka dohodla s rodiči, že se přestěhují k ní blíže – do Buštěhradu vzdáleného asi 20 km od Prahy, aby je měla na blízku a také aby jí matka mohla s dětmi pomoci. Chůvu, kterou navrhoval manžel, odmítla, že cizí žena nebude vychovávat její děti. I když jí matka zasahovala do domácnosti, bylo to pro ni přijatelnější, než kdyby ona s dětmi nebyla doma

a chodila do práce. Manžel po ní požadoval, aby se vrátila do práce, že děti můžou jezdit taxíkem každé ráno a večer se takto vracet. Ta to rozhodně odmítla a došlo mezi nimi k velkému střetu ohledně manželovy práce a minimu volného času, který tráví s rodinou. Klientka opět začala popíjet, aby jí čas, než se manžel vrátí domů, nějak vyplnila. Nejdříve začala popíjet až ve večerních hodinách, později si nalévala už odpoledne.

V této situaci, kdy pacientka už alkohol zneužívala, dostal manžel v práci nabídku jet pracovat do zahraničí, do Moskvy, zatím s výhledem na tři roky. V té době bylo dvojčatům sedm let a loni v září odcestovali. Děti tam měli zajištěnou opět anglickou školu, manžel práci a klientka zůstala sama v domku, který měli k dispozici v satelitním městečku na okraji Moskvy. Byla toho názoru, že nikam chodit nemůže, aby mohla vyzvedávat děti ze školy a tak svůj volný čas opět trávila pitím. Manželovi toto popíjení velmi vadilo, několikrát se kvůli tomu pohádali a klientka vždy slíbila, že to zvládne sama, že přestane. Bohužel to nezvládla a tak manžel vyjednal telefonicky léčbu a během pouhého týdne v lednu 2009 pacientka nastoupila k detoxifikaci v PL Bohnice. Tolik uvedla ve svém životopisu.

Klientka se na začátku vůbec nezapojovala do léčby. Spíše všechny úkoly vykonávala mechanicky, jako by vůbec nechtěla pochopit, co se to s ní stalo. Od ostatních spolupacientek se jí dostalo podpory, že to chce čas, že bude lépe. Jen musí chtít a hlavně na sobě začít pracovat. Ještě chvíli trvá, než se pacientka zapojí do dění ve skupině. Zlom asi nastal v době, kdy do deníku dostala upozornění, že by měla více psát o tom, jak se cítí a co prožívá, než technický popis aktivit, kterých se zúčastnila. Začala se na skupině vyptávat, co by měla vlastně psát a jakým způsobem a od té doby byly její zápisy velmi kvalitní a hlavně bylo s čím pracovat na skupině, protože o svých pocitech a vztazích začala hovořit.

Nejvíce jí asi tížilo, že není dost dobrá, nestačí manželovi, který je pracovně velmi výkonný a ctižádostivý. Její hodnocení sebe sama bylo velmi negativní. Nad tímto tématem se asi nejvíce zamyslela, když se ji jiná klientka zeptala, proč si myslí, že není dost dobrá a aby jim řekla, co

v životě dokázala, že toho určitě není málo, když vychovávala dvojčata, je vysokoškolsky vzdělaná, měla dobré zaměstnání, nyní se stará sama o velkou domácnost atd. Několik sezení klientka stále oponuje, že nemůže si vážit sama sebe, pokud skončila takto. Dostává se jí zpětných vazeb, že tímto přece život nekončí, má se kam vrátit, má svoji rodinu, pro které je důležitá a i když udělala chybu a začala pít, je důležité, že s tím chce bojovat a přestat. Je velmi důležité chtít a ne muset. Člověk pokud chce, tak toho dosáhne mnoho, ale pokud něco musí, dělá to většinou nedobrovolně a nerad. A je velmi důležité, co chce pacientka v životě dál, jaký má smysl přestat nebo pokračovat v pití.

Velmi důležitá je pro klientku návštěva manžela s dětmi. Mají čas si promluvit a hlavně je pro ni důležité, že její rodiče jsou s manželem v Moskvě a že mu pomáhají a budou se střídat s jeho rodiči, aby o děti bylo postaráno. Dá se říci, že po této návštěvě je už klientka schopná se soustředit na léčbu a ne jen stále probírat, co tam bez ní dělají a jak to zvládají. I když jí ostatní říkají, že na dálku to nemůže ovlivnit, klientka se tohoto tématu vzdávala jen velmi těžko a toto ujištění, že vše probíhá v pořádku, jí velmi pomohlo.

Pro klientku je velmi důležité zjištění, že si neumí prosadit svůj názor a raději přijme úkoly navíc, než aby řekla ne. Když se o tom baví na skupině, proč nedokáže někomu něco odmítnout, tak se dostává k tomu, že nechce být někým negativně hodnocena a že pochvala a ocenění od ostatních pro ni hodně znamená. Nestačí jí samotné pocít, že něco udělala dobře, jako by to potřebovala ještě potvrdit zvenčí od ostatních. „Sebepoznání umožňuje změnu, která člověku může pomoci objevit, integrovat a volně vyjádřit původně disociované části jeho osobnosti. Když v sobě něco popíráme nebo dusíme, draze za to platíme: cítíme se v mnoha směrech hluboce omezováni, stále se hlídáme, často nás trápí a zneklidňují vnitřní, jako by nepřátelské impulzy, které se domáhají vyjádření. Pokud tyto odštěpené části sebe opět přijmeme, můžeme zažít pocit celistvosti a hlubokého uvolnění.“ (Yalom, Leczc 2007, s. 102) Je tedy domluveno, že toto se pacientka bude pomalu učit v léčbě, odmítat. Ne proto, že by nechtěla pomoci, ale aby si dokázala

udržet hranice a nešla do stresu. Protože pokud vše nevykoná dle svých představ kvalitně a včas, velmi jí to stresuje a to byl jeden z důvodů k napití. Jako další problém, na kterém se shodnou všichni, je její náplň volného času a jeho smysluplné využití. Obzvláště pokud bude ještě v Moskvě pobývat nějaký čas.

Při rodinné terapii s manželem bylo dohodnuto, že se ihned po léčbě klientka vrátí za rodinou do Moskvy, pokusí se tam najít doléčování. Do té doby jí antabus bude podávat manžel. Vzhledem k tomu, že není jasné, jak dlouho tam budou žít, se klientka musí rozhodnout, kde chce s dětmi žít. Zda bydlet s dětmi sama v Praze, ale bude tu mít rodiče, kamarádky a známé a manžel bude za nimi vždy jednou za čtrnáct dní létat a veškerý čas věnuje jim, nebo zda po prázdninách všichni odletí zpět do Moskvy a klientka bude nacházet aktivity postupně tam. O prázdninách, které bude trávit klientka s dětmi sama v Praze, se může klientka rozhodnout. Zatím sama neví, co bude lepší, ale je velmi dobré pro ni, že si bude moci vyzkoušet oba způsoby do začátku příštího školního roku.

Klientka začíná ve skupině hodně pracovat na tématu svojí nejistoty a pocitu, že není dost dobrá. Toto se jí daří bohužel velmi málo, stále se chce srovnávat se svým manželem. A také se jí vracejí neustálé připomínky její matky, která jak říká, ji většinou kritizuje. Dostává se jí upozornění, že je důležité, zda je spokojená ona s tím, co udělá a proč je pro ni tolik důležité, aby jí ostatní chválili. Skupina se jí ptá, jak moc ona dokáže pochválit svoje okolí. Toto vede u ní k zamyšlení, neboť jí připadá, že hodně věcí by měl každý vykonávat proto, že je to jeho role v životě a ne kvůli chvále.

Při odchodu z léčby má klientka spousty plánů, které jsou pro ni velmi důležité, neboť má určité úkoly před sebou a nebude se pohybovat ve vzduchoprázdnu, jak to sama nazvala.

8.3 Kazuistika klientky J. O.

Tato klientka přichází na oddělení po pobytu na záchytce. Na detoxifikačním oddělení strávila přes čtrnáct dní, což je poměrně dlouhá doba. Klientka na tom nebyla psychicky ani fyzicky vůbec dobře. Na oddělení přichází naprosto rezignovaná, srozuměná se vším, co se má stát. Působí velmi tiše, skoro vůbec nemluví a ani moc nekomunikuje s ostatními pacientkami. Je jí padesát šest let, ale vypadá podstatně starší.

Při prvním představení na komunitě o sobě řekne opravdu jen to nejzákladnější a ani nemá chuť odpovídat na běžné dotazy ostatních, což nebývá běžné. Není to ani způsobeno tím, že by pacientka byla neochotná nebo chtěla něco tajit, ale spíše z ní bylo cítit naprosté zoufalství a bezradnost. Na svém prvním skupinovém sezení byla rovněž jako-by duchem nepřítomna a reagovala, pouze když byla dotazována a to většinou jednoslovně. Klientky musí sepsat životopis hned při nástupu do léčby a u této klientky to byla velká výhoda, protože zde byla alespoň takto možnost se seznámit s jejím osudem a tím pádem možnost začít na něčem konkrétním spolupracovat.

Klientka uvedla následující. Narodila se v Praze jako třetí dítě starších rodičů, po ní se narodili ještě další dva sourozenci. Dětství prožila starostí o ostatní sourozence, starší byli bratři a Ti pomáhali spíše otci. Ona s matkou se staraly o domácnost. Mezi dětmi panovala spíše rivalita, kdo bude ten oblíbený a nebude muset tolik pomáhat. Na základní škole měla známky spíše horší, škola jí moc nebavila a ani s dětmi se moc nekamarádila. Jak napsala, hodně často snila o tom, že brzy z domova odejde a postaví se na vlastní nohy. Ale konkrétní představu neměla. Po základní škole nastoupila do učení jako kuchařka a úspěšně studium zakončila získáním výučního listu. Jakmile dosáhla vyučení, našla si práci s bydlením na ubytovně a v podstatě přerhala s rodinou všechny kontakty. Když jsme se k tomuto tématu vrátily na skupině, tak říkala, že doma postrádala jakékoliv city,

vždycky se pouze jednalo o penězích, kterých měla rodina nedostatek – matka byla v domácnosti a otec pracoval jako malíř pokojů.

V zaměstnání si po nějaké době našla přítele, se kterým se začala vídat častěji. S mámou si občas vyměnily dopisy a domů jela tak dvakrát do roka. I když nebydleli všichni od sebe daleko, sourozenci také zůstali v Praze, s nikým se nestýkala, jen když je potkala u rodičů, tak prohodili pár slov. Ale nikdy o klasickém sourozeneckém vztahu mluvit nešlo. Když se na toto téma začaly ptát ostatní klientky, zda se ostatní scházejí mezi sebou, tak vlastně ani neznala odpověď. Jako by jí to ani nezajímalo. Klientka byla velmi uzavřená do sebe a jen velmi nerada o sobě mluvila, ani moc nereagovala na ostatní.

S přítelem se po nějakém čase – asi roční známosti dohodli, že se vezmou. Ve svém životopise to uvedla jako běžnou věc. Žádná radost, žádné očekávání něčeho nového a krásného. Podařilo se jim sehnat dvoupokojový byt. Po čase se jim narodila dcera a klientka zůstala v domácnosti s dcerou. Vše probíhalo dle jejího názoru normálním způsobem. O společném soužití se vyjadřovala velmi stroze, spíše sdělení, co se kdy stalo. Tak dcera nastoupila do školky, poté do školy, učila se průměrně. Klientka s ní zůstala doma, do práce už nenastoupila. Neuvádí ani žádný okruh známých, občas šli společně na procházku.

Pití začalo narůstat nenápadně. Nejdříve si občas dali s manželem večer pivo, o víkendech i něco tvrdšího. To jak zjistila, se jí začalo líbit. Byla uvolněnější, ne tolik v napětí, které nevěděla čemu přičíst. Zhruba v době, kdy dcera začala studovat střední školu, začala klientka pít i přes týden. Tento způsob života jí údajně vyhovoval. Občas začala pít už odpoledne. Dlouho jí to manžel toleroval. Jak napsala, plnila si své domácí povinnosti, a tak nebyl důvod, aby si ztěžoval. A tak jí ani nepřišlo divné, když dcera ve třetím ročníku začala více času trávit mimo domov a manžel se vracel velmi pozdě z práce.

Když se toto rozebíralo ve skupině, později se přiznala, že byla vlastně ráda, že jí nikdo k něčemu nepotřebuje a že si může pít, kdy chce. Vůbec si nedokázala představit, že by se něco zásadního mohlo stát. Tím, že s nimi vlastně ani moc nekomunikovala, tak si ani nepřipustila, že by mohla být jiná komunikace mezi dcerou a jejím otcem, tedy klientky manželem.

Ke konci čtvrtého ročníku studia si dcera našla přítele, ke kterému se přestěhovala, což klientka nebrala jako nic zvláštního. Byla ráda, že dcera má hodného, zabezpečeného přítele. Jeho rodina dceru přijala a tak bylo dle ní vše v pořádku. O to více jí však překvapilo, když se jednou odpoledne vrátila z nákupu, že je doma manžel i dcera. Chtěli si s ní promluvit, ještě když byla pokud možno střízlivá. Dostala ultimatum. Buď se půjde okamžitě léčit – už si o léčbě vše zjistili, nebo se rozvedou a byt vymění za dvě garsonky. Pro klientku bylo toto sdělení velký šok a vůbec si nechtěla připustit, že by měla problém. S rozvodem okamžitě souhlasila. Brala to ze strany manžela jako záminku. Dle jejího názoru si manžel určitě našel někoho jiného.

Jak později sdělila na skupině, vůbec jí nenapadlo, kam jí tohle rozhodnutí zavede, a kdyby se mohla vrátit v čase, že by na léčbu okamžitě nastoupila. Bohužel to však neučinila a věci nabraly hodně rychlý spád. Během měsíce manžel podal návrh na rozvod a měl připravený byt k výměně. Klientku tam vlastně přestěhovali, účastnila se toho jen málo, jako by tomu ani sama nevěřila, že se toto mohlo stát. A tak - jak napsala, se jednoho dne probudila v jiném bytě, sama a bez práce.

Stále si opakovala, že to není její vina a že to nějak zvládne. Našla si práci pomocné síly v kuchyni a začala pracovat. Zjistila však, že neumí dobře komunikovat s lidmi, začlenit se do kolektivu, a tak po nějaké době začala pít i v práci. Zhruba po půl roce jí kvůli pití vyhodili, a tak se přihlásila na úřad práce. Protože finance, které dostávala, nestačily na nájem, tak si našla lacinou ubytovnu a tady jak uvádí, to s ní šlo velmi rychle s kopce. O další práci se nezajímala, jen pila. Velmi často měla problémy i s placením ubytovny, na obživu měla jen to základní. Po

přestěhování z bytu nedala nikomu z rodiny na sebe ani kontakt na nové bydliště. Styděla se. A tak svoje pocity viny a smutku stále víc a víc utápěla v alkoholu. Několikrát jí odvezli na záchytku. Protože poslední pobyt nezaplatila, odvezli jí příště při dalším pobytu na záchytce rovnou do PL Bohnice na detoxifikační oddělení.

Nejvíce jí na začátku pomohlo naslouchání ostatních a zjištění, že není jediná, kdo má problémy nejen s alkoholem, ale i spoustou dalších problémů, které by měla řešit. Velmi dlouho klientce trvá, než o sobě začne trochu mluvit. A tak vlastně díky ostatním klientkám si uvědomila, že jak manžel, tak i dcera jí dlouhou dobou varovali, že něco se sebou musí udělat. Ona to prostě jen nechtěla slyšet. Měla pocit, že je vše naprosto v pořádku. Skupina se snažila zapojit klientku, aby jim vyprávěla o svých pocitech, které prožívala doma sama, co jí bavilo, co jí dávalo životní smysl. Ale na tohle klientka nedokázala odpovědět. Mluvila o tom, že byla v manželství spokojená, jen občas ji provázely úzkosti, které nevěděla, odkud pramení. Nedokázala si připustit, že nežila plnohodnotný život, který by žila s radostí. Na otázku, co byl vlastně smysl jejího života, nedokázala odpovědět s jistotou. Zřejmě péče o rodinu, i když se jim svým pitím vlastně vzdalovala, aniž by to sama tušila. Žila hodně uzavřeně, nic nesdělovala o svých pocitech, náladách úzkosti. Jako by ani neuměla komunikovat s rodinou. O svém bývalém manželovi mluví jako o tichém pracovitém člověku. Když má mluvit o své dceři, stáhne se jí hrdlo, nemůže mluvit a jen pláče. Dostává se jí podpory od ostatních, že určitě může dceři zavolat, že si určitě o ní dělá starosti. Ale pacientka se velmi za sebe stydí. Pomalu dochází k přesvědčení, že její pití opravdu nebylo v pořádku, tak jak si dosud myslela. Skupina se začíná zabývat jejími problémy, a to je bydlení, práce a jak to bude dál. Klientka mluví o tom, že ani vlastně neví, zda zaplatila za ubytovnu a jak to bude s jejími věcmi. Na vlastní žádost dostává od vedoucí lékařky mimořádné existenční volno, aby si toto mohla vyřídit. Po návratu na oddělení sděluje skupině, že se domluvila s vedoucím ubytovny, že jí tam ve skladu nechá věci, které si přestěhovala, aby si je po léčbě mohla vzít. Vrátit se tam už nechtěla. Stále by jí to připomínalo její propitě a promarněné dny. Klientce se dostane od skupiny ocenění, že

udělala první krok, aby začala vše postupně řešit. Že když bude postupovat pomalu a konkrétně, podaří se jí zařídit spoustu věcí. Hlavně musí abstinovat. Klientka si uvědomuje, kam až ji pití dovedlo a poprvé vysloví myšlenku, že opravdu chce abstinovat, což je velmi oceněno, protože do této doby si klientka problém s pitím nedokázala přiznat.

Po poradě ve skupině se rozhodne vzít si konzultaci se sociální pracovnící, která by jí v těchto technických věcech mohla poradit. Na dalším skupinovém sezení mluví o tom, že se cítí o trochu lépe, že ví, co má dělat. Hodně jí to pomohlo. Také už trochu více začíná komunikovat s ostatními. Ne nějak hodně, ale oproti jejím začátkům je to úspěch. Stále se však nedokáže vyznat ve svých pocitech a tak jí skupina navrhuje, aby vždy, když si myslí, že se s ní něco děje, o tom začala mluvit. Nejdříve se nezapojuje, ale skupina už někdy pozná, že s ní někdy něco není v pořádku, že se jí nějaké téma dotýká, a tak ji osloví sama, aby sdělila, co právě cítí. Je to pro ni velmi důležitý posun v léčbě, protože tím i začíná o sobě mluvit více a hlavně začíná rozumět onomu napětí, o kterém jsem psala. Klientka mluví o tom, že se vlastně nikdy neměla komu vypovídat, vždy byla velmi osamělá a přišlo jí normální, že si své pocity nechává pro sebe. A toto byla asi velká chyba v komunikaci s jejími nejbližšími. Spíš, než aby se snažila o vzájemné porozumění, tak se zabývala zabezpečením domácnosti. A přitom je komunikace velmi důležitá, aby měl člověk někoho blízkého, s kým se může podělit o svoje radosti i starosti. Proto byla pro klientku komunikace ve skupině velmi důležitá. Skupinová soudružnost byla pro ni něco zcela nového a důležitého. A také to byl jeden z důvodů, proč se klientka pomalu začala posouvat v léčbě dopředu.

S pomocí sociální pracovníce se jí podařilo sehnat volnou ubytovnu. A protože měla možnost propustek, začala si v místě nového bydlení i shánět práci, což se jí i ke konci léčby podařilo. Ještě zbýval však pro ni ten nejtěžší problém. Kontaktovat se znovu s dcerou. Za velké podpory skupiny se k tomuto zásadnímu kroku jednou rozhodla. Měla stále u sebe na dceru telefon, a i když si nebyla jistá, zda má stále stejné telefonní číslo, tak to

zkusila. O to více příjemně byla překvapená, že jí dcera ráda slyšela, komunikovala s ní, vyptávala se na vše a slíbila mámu navštívit.

Na další skupině klientka radostně sdělovala, že měla návštěvu, dceru i s bývalým manželem, kterému dcera vše řekla. Bylo to pro klientku radostné poznání, že dcera na ni nezanevřela a že i bývalý manžel se zajímá o její osud. I když jí dcera nabízela, aby šla bydlet k ní, klientka se rozhodla pro ubytovnu. Že se nejprve na vlastní nohy musí postavit sama. Dohodly se s dcerou, že zůstanou v pravidelném spojení a že klientka bude docházet na návštěvy. Samozřejmě však musí být střízlivá.

Ještě před konce léčby si klientka nechala nasadit antabus a zajistila si pravidelné doléčování, což je velmi důležité. Bylo to pro klientku bezpečné místo, kde se mohla vyprávět mezi lidmi, kteří jí rozuměli a kde našla pochopení. Pro klientku bylo v léčbě velmi důležité, že si našla svůj nový smysl života. Opětovný kontakt s dcerou, nové bydlení a novou práci. Také velmi zapracovala na vztazích s ostatními lidmi a přístupu sama k sobě.

9. ZÁVĚR

Závislost na alkoholu jsem zvolila záměrně, protože se domnívám, že problematika alkoholové závislosti je v posledních letech spíše opomíjena ve prospěch závislosti na nealkoholových drogách. Alkoholici a alkoholičky přesto stále tvoří procentuálně nejvyšší část mezi závislou populací.

Dále jsem se snažila upozornit na oblast, které se při režimové ústavní léčbě nevěnuje samostatná pozornost, totiž oblast prožívání smysluplnosti u závislých klientů.

V teoretické části předkládané práce uvádím hlavní přístupy a poznatky, které se vztahují k problematice závislosti na návykových látkách, zejména na alkoholu. Pokusila jsem se o přiblížení významných názorů, jejichž rozmanitost a rozpracovanost poukazuje na široký záběr problematiky, která se týká závislosti, naplnění života smyslem a dalších souvisejících fenoménů.

V kazuistické části jsem vybrala příběhy klientek, které znázorňují skutečnost, že mezi závislými ženami najdeme mnoho vysokoškolaček, žen kariérově úspěšných, starajících se o rodinu či žen v různém věku. Naprosto není významné, jaké má klientka vzdělání, zda má či nemá milujícího partnera, děti, blízké přátele či práci. Problematika závislosti se týká především oblasti sebehodnocení a prožívání života jako smysluplného, naplňujícího a k něčemu směřujícího.

Předpokládám, že alkoholová závislost může být symptomem potíží jiného charakteru, totiž potíží neurotických, depresivních či potíží, které souvisejí s osobnostní strukturou dané klientky. V každém případě pokládám za základní problém potíže v prožívání sebe samé a v prožívání života vůbec.

Zdá se, a to jsem se snažila ukázat i prostřednictvím kazuistik, že s léčbou závislosti a pokračující abstinencí, se zvyšuje prožitek kompetence,

sebekontroly, prožívání důvěrných a blízkých vztahů (v komunikační i citové rovině) a zvyšuje se prožitek vlastního života jako naplněného smyslem.

Ze studia problematiky, terapeutického výcviku a z vlastních zkušeností z práce s klientkami závislými na alkoholu si myslím, že příčinou nevhodného chování vůči alkoholu může být kombinace silné vůle a nedostatečné „podřízenosti“ vůči osudu, nepřijetí neovlivnitelných a negativních skutečností života, které se bohužel vyskytují u každého člověka v jiné míře. Silnou vůli je třeba nasměrovat k něčemu vyššímu, smysluplnému, k životu, k něčemu, co daného člověka přesahuje.

Právě osoby se silnou vůlí jinak použijí všechnu sílu, kterou mají k dispozici, k uplatnění své vůle ve smyslu ochrany „nemocného (závislého) já“. To, co je pro úzdravu podstatné, je *pokora* a následné *odpuštění*. Odpuštění sobě i světu zároveň znamená jak konec sebepoškozování, tak i vytvoření prostoru pro uvědomované prožívání života jako naplněného smyslem.

SEZNAM LITERATURY

- GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, s. 112. ISBN 80-247-0415-3
- HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, s. 31, 488, 690, 699. ISBN 80-7178-303-X
- FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*, Brno: Cesta, 2006, s. 23, 124. ISBN 80-7295-085-1
- FRANKL, V. E. *A přesto říci životu ano*, 3. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. ISBN 80-7192-866-6
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, 4. vyd. Praha: Portál, 2002, s. 96. ISBN 80-7178-657-8
- LUKAS, E. *Auch dein Leiden hat Sinn*, Freiburg, Herder, 2001, s. 23. ISBN: 3451042835
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, 2. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 73. ISBN 80-7178-831-7
- NYKL, L. *Pozvání do rogerovské psychologie*, 1. vyd. Brno, Barrister & Principal, 2004, s. 36. ISBN 80-86598-69-1
- PRAŠKO a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*, 1. vyd. Praha: Triton, 2007, s. 858, 861. ISBN 978-80-7254-865-1
- PRAŠKO a kol. *Deprese a jak ji zvládat*, 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 174. ISBN 80-7178-809-0
- SKÁLA a kolektiv, *Organisace a metodika boje proti alkoholismu*, Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957, s. 77.
- SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*, 2. vyd. Praha: Portál 2007, s. 202. ISBN 978-80-7367-250-8
- YALOM, I. D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 102, 159, 172. ISBN 978-80-7367-304-8

DALŠÍ ZDROJE

- HELLER, J. *Nepublikovaná přednáška*, Praha 2002
www.alkoholik.cz
www.drogy.net

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Lenka Kaizrová

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Dívky a ženy léčené se závislostí na alkoholu a jejich hledání nového smyslu života

Počet stran (bez příloh): 60

Celkový počet stran příloh:

Počet titulů české literatury a pramenů: 10

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 4

Počet internetových odkazů: 2

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jaroslav Kořa

Rok dokončení práce: 2010

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne: ...31. 3. 2010

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

| Jméno, příjmení | Adresa | Datum | Podpis |
|-----------------|--------|-------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Lenka Kaizrová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Dívky a ženy léčené se závislostí na alkoholu a jejich hledání nového smyslu života

Oponent práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 60

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 16

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 0** | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----|---|---|---|---|

Výběr tématu

Závažnost tématu

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Oborová přiléhavost tématu

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Originalita tématu a jeho zpracování

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Využití výzkumných empirických metod

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Využití praktických zkušeností

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 0 | | | | |
|---|--|--|--|--|

Naplnění cílů práce

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka k teoretické části práce: Co je to cirkulární kauzalita a bio-psycho-socio-spirituální model závislosti?

Otázky k praktické části práce: V první kasuistice J.B autorka zmiňuje anamnestický fakt úmrtí otce v mladém věku klientky; v druhé kasuistice úmrtí ještě nenarozeného dítěte u klientky M.L.; a v třetí kasuistice J.O. fakt starších citově uzavřených rodičů. Jaký je, dle autorky, vztah mezi zážitkem smrti někoho blízkého, nebo postupujícího stáří v nejbližším okolí dospívajícího člověka a alkoholismem? Vidí kolegyně nějaký vztah mezi absencí smyslu života, pocitem prázdnoty a tématem smrtelnosti u svých klientů? Pokud ano jaký?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na bakalářskou práci. Autorka prokázala, že umí pracovat s odbornou literaturou a také shromažďovat údaje pro kvalitativní porozumění problematice.

Prokazuje jasné vyjadřovací i stylistické schopnosti. Práce neobsahuje zaznamenané formální nedostatky.

Nedostatek spatřuji pouze ve skromně zastoupených zahraničních zdrojích literatury.

Závěr:

Celkově práci považuji za velmi zdařilou a doporučuji jí k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji*

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis:

17.5.010



*
nehodící se, škrtněte

Posudek na bakalářskou práci Lenky Kaizrové **Dívky a ženy léčené se závislostí na alkoholu a jejich hledání nového smyslu života** (sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii, PVŠPS, 2010)

Autorka pracuje na oddělení žen léčených na alkoholovou závislost - a toto téma zpracovala ve své bakalářské práci, v níž využila bohatých zkušeností, které v této oblasti získala. V bakalářské práci jsou uvedeny teorie, o které se opírá terapeutický postup, popisy terapie, postupy a mezilidské vztahy v této terapii. Autorka se poté zaměřila zvláště na otázku smyslu života (opírá se o existencionálně orientované teorie).

V praktické části jsou uvedeny kazuistiky klientek včetně postupu v terapii. Autorka poukazuje na důležitost léčby alkoholových závislostí a podtrhuje důležitost otevření otázky smyslu života. Bez této problematiky by nebylo možné léčbu úspěšně završit. V závěrech práce autorka upozorňuje na důležité momenty změn v sebepojetí a v odhalení nového smyslu života, na momenty pokory a odpuštění sobě samým.

Celá práce je psána vyváženým kultivovaným slohem, text v hutné zkratce umožňuje plastický vhled do problémů, s nimiž se setkávají pracovníci oddělení pracující se závislými ženami – alkoholičkami. Kasuistiky vhodně dokumentují celou problematiku. Bakalářská práce splňuje požadavky kladené na tento typ prací – a lze ji doporučit k obhajobě. K textu nemám připomínky+ navrhovaná klasifikace: výborně.

V Praze 14. 5. 2010


doc. PhDr. Jaroslav Kořa