

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce
Sociální a humanitární práce

Radka Nešporová

Možnosti sociální práce v systému léčby
závislosti na alkoholu

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Krylová, Ph.D.

Olomouc 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila
jsem jen uvedené zdroje a literaturu.

V Olomouci dne

Radka Nešporová

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Haně Krylové, Ph.D. za odborné
a trpělivé vedení této bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	5
1 TEORETICKÁ ZÁKLADNA	7
1.1 Závislost na alkoholu.....	10
1.2 Příčiny vzniku závislosti na alkoholu.....	11
1.3 Důsledky závislosti na alkoholu	14
1.4 Prevence závislosti na alkoholu.....	16
2 MOŽNOSTI LÉČBY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU.....	17
2.1 Motivace a úspěšnost léčby závislosti na alkoholu	18
2.2 Přístupy k pomoci uživatelům návykových látek	19
2.3 Léčba závislosti na alkoholu podle druhu terapie.....	21
2.3.1 Farmakoterapie v léčbě závislosti na alkoholu	21
2.3.2 Psychoterapie v léčbě závislosti na alkoholu	23
2.3.2.1 Individuální psychoterapie	24
2.3.2.2 Skupinová psychoterapie	25
2.3.2.3 Psychoterapeutické směry	26
2.3.2.4 Specifické terapeutické metody	29
2.4 Systém léčby závislosti na alkoholu	31
2.4.1 Terénní programy a kontaktní centra	31
2.4.2 Detoxifikační jednotky	32
2.4.3 Ambulantní léčba	32
2.4.4 Denní stacionáře	34
2.4.5 Pobytová léčba	35
2.4.6 Následná péče a doléčování	37
2.5 Anonymní alkoholici	39
3 MOŽNOSTI SOCIÁLNÍ PRÁCE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU.....	42
3.1 Paradigmata v sociální práci.....	44
3.2 Možnosti sociálního pracovníka při práci s klientem závislým na alkoholu	47
ZÁVĚR.....	50
ZDROJE	52

ÚVOD

Česká republika patří v celosvětovém žebříčku ke státům s nejvyšší spotřebou čistého alkoholu na rok.¹ Právě z tohoto důvodu se česká společnost potýká se závažným problémem závislosti na alkoholu. Za příčiny mohou být označeny snadná dostupnost² alkoholu a také vysoká tolerance české společnosti ke konzumaci alkoholu. Téměř žádná společenská událost se neobejde bez alkoholu, člověk se s ním tedy setkává prakticky od dětství a může vnímat jeho přítomnost jako normální záležitost.

Pokud se konzumace a zneužívání alkoholu změní v závislost a postižený není schopný zvládnout svůj problém vlastními silami, je možné využít odborné pomoci. Léčba závislosti na alkoholu je v České republice zajišťována širokým spektrem služeb a léčebných metod.

Pro téma jsem se rozhodla z toho důvodu, že sociální práce hraje vedle dalších profesí důležitou roli v systému léčby závislosti na alkoholu. Sociální pracovník by měl znát možné příčiny a dopady závislosti na alkoholu na člověka. Dále by měl umět pracovat s klientovou motivací a poskytovat mu předléčebné poradenství. Měl by se tedy orientovat v systému léčby závislosti na alkoholu, aby klientovi mohl poskytnout informace o tom, co ho po nástupu do léčby čeká, a snížil tak míru jeho obav a riziko předčasného ukončení léčby. Sociální pracovník se také může uplatnit v léčebné a doléčovací fázi závislosti na alkoholu, při řešení rodinných, právních a jiných problémů a při resocializaci klienta.

Hlavním cílem práce je podat přehled o možnostech léčby závislosti na alkoholu v České republice a popsat možnosti sociální práce s klienty závislými na alkoholu v různých etapách jejich léčby závislosti.

Práce je teoretická a je rozdělena do 3 kapitol, ve kterých postupně vymezím základní pojmy spojené s konzumací alkoholu a závislostí na alkoholu. Věnuji se příčinám, dopadům a prevenci závislosti na alkoholu. Dále se budu věnovat samotné léčbě. Nejdříve charakterizuji léčbu závislosti podle druhu terapie, následně budu

¹ Podle zprávy Světové zdravotnické organizace z roku 2004 jsme v celosvětovém žebříčku na třetím místě za Ugandou a Lucemburskem v množství vypitého čistého alkoholu na osobu starší 15-ti let. V množství vypitého piva jsme dokonce na místě prvním. Do množství, ze kterého se tvoří statistiky, je však započítáván jen prodaný alkohol, nikoliv alkohol vyráběný doma, alkohol dovezený ze zahraničních cest nebo konzumovaný v zahraničí, pašovaný alkohol a technický alkohol.

² Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů zakazuje prodávat nebo podávat alkoholické nápoje osobám mladším 18 let. V praxi je však zákon často porušován.

popisovat jednotlivé složky systému odborné péče o lidi závislé na alkoholu podle typu zařízení, služeb, které poskytuje a podle režimu v jakém léčba probíhá. Tento systém se skládá z terénních programů, kontaktních center, ambulantních a pobytových zařízení a následné péče. Třetí kapitola popisuje roli sociální práce v systému léčby závislosti na alkoholu. Obsahuje klíčové prvky sociální práce s klienty závislými na alkoholu, charakteristiku tří paradigmat sociální práce a jejich možností v pomoci lidem závislým na alkoholu.

Mnoho skutečností týkajících se léčby závislosti na alkoholu platí pro léčbu všech typů látkových závislostí, z tohoto důvodu hovořím v některých částech práce o závislostech a jejich léčbě obecně.

1 TEORETICKÁ ZÁKLADNA

V úvodní kapitole této práce se zaměřím na stručnou charakteristiku alkoholických nápojů, rozliším a definuji pojmy užívané v souvislosti s požíváním alkoholu - úzus, misúzus a abúzus, a stavy, které požívání alkoholu způsobuje - akutní intoxikace, škodlivé užívání, odvykací stav. Samostatná podkapitola je věnovaná definici závislosti na alkoholu, čtyřem stádiím jejího vzniku a možnosti diagnostiky. Druhá a třetí podkapitola se věnuje možným příčinám vzniku závislosti na alkoholu a jejím dopadům, o které je důležité se zajímat při volbě druhu léčby pro konkrétního klienta.

Alkoholy jsou skupina chemických látek, z nichž druhou nejjednodušší je ethylalkohol (nebo ethanol). Ten v lidovém jazyce převzal název celé skupiny. **Alkohol** je tedy chemická sloučenina získaná kvašením sacharidů. Alkoholické nápoje jsou pak směsí ochucené vody a ethylalkoholu. Ethylalkohol (dále už jen alkohol) byl vyráběn a konzumován už v dávných historických dobách. Díky tomu má dnes ve společnosti své pevné místo a je obecně tolerován.³ Co se týče návykového potenciálu a rizik užívání alkoholu, pohybuje se v rovině tvrdých drog.⁴

Drogou je každá látka, která ovlivňuje naše prožívání okolní reality a naše vnitřní prožívání a může způsobit závislost.⁵ Neutrálním pojmem pro tyto legální i nelegální látky je psychoaktivní látka. Psychoaktivní neznamena výhradně vyvolávající závislost. Psychoaktivní látky jsou takové látky, které mají vliv na duševní procesy.⁶

V souvislosti s konzumací alkoholických nápojů rozlišujeme několik pojmů - úzus, misúzus a abúzus.

Úzusem pojmenováváme mírné požívání alkoholických nápojů. Hladina alkoholu neovlivňuje prožívání a chování. Konzumace nevyvolá vyšší koncentraci alkoholu v krvi než 0,6 promile. **Misúzus** neboli zneužívání znamená, že jedinec požíváním alkoholických nápojů porušuje právní nebo zdravotní normu. Porušení právní normy je například, pokud se řidič napije před jízdou. Zdravotní normu pitím

³ Srov. POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. s. 151.

⁴ Srov. *Drogová poradna : Občanské sdružení Sananim* [online] [cit. 2010-01-18]. Alkohol. Dostupné z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=45>>.

⁵ Srov. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. s. 14.

⁶ Srov. *Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog*. s. 64.

alkoholických nápojů porušují například mladiství, lidé trpící záchvatovitými onemocněními nebo těhotné ženy. **Abúzus** je mnohoznačný termín, který je často užíván nepřesně. Podle jedné z definic je abúzus *způsob maladaptivního užívání, projevující se pokračující konzumací, přestože si konzument uvědomuje, že vyvolává trvalé anebo opakované problémy sociální, pracovní, psychologické nebo zdravotní*.⁷ Přednost se dává termínu závislost.⁸

Dále můžeme v souvislosti s konzumací alkoholu rozlišit několik stavů – je to akutní intoxikace, škodlivé užívání, závislost a odvykací stav.

Akutní intoxikace je přechodný stav, který vznikne po požití alkoholu. Míra intoxikace alkoholem závisí na množství požitého alkoholu a na individuální toleranci. Intoxikace alkoholem se běžně nazývá opilost, odborně ebrieta.⁹ Alkohol působí na centrální nervový systém, který celkově tlumí. Už po požití malého množství má vliv na rychlost reakcí a koordinaci. Tlumí vnímání bolesti. Při vysokých koncentracích tlumí centra pro dýchání a krevní oběh, to může vést až ke smrti. Požití většího množství alkoholu snižuje potenci. Uvolňuje zábrany, způsobuje euforii, lhostejnost a otupělost. Uvolnění zábran může ale také vést k velkým projevům emocí, například agresivity.¹⁰

Škodlivé užívání vede k aktuálnímu poškození tělesného a duševního zdraví^{11, 12}. Několik let škodlivého užívání předchází samotnou závislost na alkoholu. Přechod k závislosti probíhá nenápadně postupnými změnami - zvyšováním tolerance vůči alkoholu, ztrátou kontroly nad pitím, zanedbáváním jiných zájmů. Zároveň dochází ke změnám v myšlení a chování, které jsou vlastně adaptačním mechanismem, kterým závislý jedinec odpovídá na konflikty s okolím a na stále častější problémy, které jeho pití způsobuje.¹³

Definice závislosti na jakékoliv psychoaktivní látce, tedy i alkoholu, podle Světové zdravotnické organizace zní:

⁷ Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog. s. 12.

⁸ Srov. tamtéž, s. 12.

⁹ Srov. tamtéž, s. 39.

¹⁰ Srov. POKORNÝ, V., TELCOVÁ J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. s. 21.

¹¹ Zdraví je podle definice Světové zdravotnické organizace stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnosti nemoci nebo vady. Nemoc je porušení rovnováhy organismu (jeho homeostázy); dojde-li k porušení části těla (tkáně, orgánu aj.) nebo funkční souhry orgánů nebo psychického prožívání.

¹² Srov. NEŠPOR, K. CZÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*. s. 32.

¹³ Srov. *Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online] [cit. 2010-01-18]. Alkohol - podrobně. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/alkohol/alkohol_podrobne>.

***Drogová závislost** je psychický a někdy i fyzický stav vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu, a to stále nebo pravidelně pro její psychologické účinky a někdy i proto, aby se zabránilo nepříjemnostem vyplývajícím z její nepřítomnosti.*¹⁴

Odvykací stav je souborem různých a různě závažných příznaků, které se objevují po přerušení nebo snížení množství alkoholu, které bylo užíváno opakovaně, po delší dobu nebo ve vysokých dávkách. Výskyt odvykacího syndromu u člověka je jedním z příznaků závislosti.¹⁵ Odvykací stav se projevuje třesem, pocením, závratěmi, pocity na zvracení nebo zvracením, bolestmi hlavy, zrychlenou srdeční činností, poruchami koordinace a stability, úzkostí, neklidem, halucinacemi apod. Projevuje se několik hodin až dní po odnětí alkoholu nebo výrazném snížení pravidelných dávek alkoholu. Odeznívá po 4-5 dnech, pokud nedojde ke komplikacím. Některé příznaky jako je například nespavost a úzkost mohou přetrvávat několik měsíců.¹⁶

V souvislosti s léčbou jsou důležité pojmy craving a recidiva, kterým lidé závislí na alkoholu v průběhu své abstinence čelí.

Craving neboli bažení je silná touha nebo puzení po požití alkoholu. Můžeme rozlišit psychické bažení, kdy je myšlení zúženo jen na to, jak si alkohol opatřit, a tělesné bažení, které nastává během odeznívání účinku alkoholu, je to tedy jeden z abstinčních příznaků.¹⁷

Recidiva znamená návrat k předchozímu stupni užívání látky po období abstinence. Rychle se objevuje recidiva příznaků závislosti jako zhoršení kontroly, tolerance a odvykací příznaky. Lapsus nebo také „uklouznutí“ je označení pro izolované, příležitostné užití alkoholu.¹⁸

Abstinencí se pak rozumí vzdání se pití alkoholických nápojů.¹⁹

¹⁴ Srov. POKORNÝ, V., TELCOVÁ J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. s. 21.

¹⁵ Srov. *Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog*. s. 52-53.

¹⁶ Srov. POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I : mezioborový přístup*. s. 153.

¹⁷ Srov. ŘEHAN, V. *Adiktologie* 1. s. 23.

¹⁸ Srov. *Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog*. s. 64.

¹⁹ Srov. tamtéž, s. 12.

1.1 Závislost na alkoholu

Závislost na alkoholu je chápána jako onemocnění, které se postupně rozvinulo u původně zdravého jedince. Vykazuje řadu příznaků, podle nichž se stanovuje diagnóza. Diagnóza závislosti podle MKN-10²⁰ se stanovuje podle toho, zda jedinec během posledního roku vykazuje nejméně tři z těchto fenoménů: jedinec měl silnou touhu užívat alkohol; má potíže v sebekontrolě při konzumaci alkoholu, co se týká začátku a množství vypitého alkoholu; trpí odvykacími stavy a alkohol užívá, aby zmenšil jejich příznaky; postupně zvyšuje dávky alkoholu, aby dosáhl stejných účinků, které původně vyvolávaly nižší dávky; postupně zanedbává jiná potěšení a zájmy ve prospěch konzumace alkoholu, k zotavení z účinků alkoholu potřebuje více času než dříve; pokračuje v pití alkoholu přes zjevné důkazy škodlivých následků.²¹

Vývoj závislosti na alkoholu se dělí do čtyř stádií. Každá fáze má své charakteristické znaky. Osoba ve třetí a čtvrté fázi je osoba závislá.²²

Obsahem **prvního stádia** je první zážitek účinku alkoholu – euforie, uvolnění, zlepšení sociálních dovedností, jako je např. komunikace s ostatními lidmi. Následují zpočátku občasné, později častější opakování těchto zážitků. V této fázi je zachována kontrola nad vypitým množstvím alkoholu, ale zvyšuje se tolerance a pro dosažení stejných účinků jako na začátku je tedy potřeba zvyšovat dávky alkoholu.²³

Znakem **druhého stádia** je nástup různých problémů vyvolaných abúzem alkoholu. Narůstají výčitky, hádky a jiné problémy ve vztazích s druhými lidmi. Člověk může mít problémy v zaměstnání, tělo nezvládá odbourávat zvyšující se dávky alkoholu, a ráno přetrvávají zřetelné stopy po předchozím pití. Tolerance vůči alkoholu se stále zvyšuje a je provázena utajeným pitím (vysokou toleranci nelze již uspokojit společensky přijatelným množstvím alkoholu), zrychleným pitím, cravingem (neboli bažením), neochotou k rozhovoru o alkoholu, atd. Na rozhraní druhého a třetího stádia ztrácí jedinec schopnost kontroly nad pitím. Mění se vnímání a hodnocení reality. Začínají se objevovat i somatické komplikace z nadměrného pití alkoholu.²⁴

²⁰ MKN-10 - 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

²¹ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 14.

²² Srov. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišci a gambléři*. s. 69.

²³ Srov. ŘEHAN, V. *Adiktologie 1*. s. 53-54.

²⁴ Srov. tamtéž, s. 55.

Mezi znaky **třetího stádia** patří agresivní chování, výčitky svědomí, závažné problémy v zaměstnání, ztráta vedlejších zájmů, sebelítost, slibování a odprošování. Tolerance stále stoupá. Ztráta kontroly nad pitím má za následek těžké opilosti a neschopnost další den fungovat běžným způsobem. Následuje několikadenní i několikatýdenní abstinence provázená vnitřním přesvědčováním. Po tomto období nastává opatrná konzumace, která končí excesem a cyklus se znovu opakuje.²⁵

Čtvrté stádium začíná ranními doušky a pitím v tazích. Narůstají projevy vážného zdravotního postižení jater, slinivky, žaludku a nervového systému. Tolerance ještě narůstá, ale pak v důsledku těžkého postižení jater dojde ke značnému snížení až úplnému vymizení tolerance vůči alkoholu. Organismus nezvládne ani malé množství alkoholu. V tomto stádiu se začínají projevovat alkoholické psychózy.²⁶

1.2 Příčiny vzniku závislosti na alkoholu

Tato podkapitola pojednává o biologických, psychologických, sociálních a spirituálních příčinách vzniku závislosti na alkoholu. Toto téma jsem do práce zařadila, protože příčiny vzniku závislosti mohou hrát důležitou roli při volbě druhu léčby.

Příčiny vzniku závislosti na alkoholu jsou komplexní. Dosud nebyla prokázána žádná predispozice pro vznik závislosti na alkoholu. Faktory podílející se na vzniku závislosti jsou na úrovni biologické, psychologické, sociální a spirituální, různě se u jednotlivých lidí kombinují a různě se ovlivňují.²⁷

Do **biologických faktorů** lze zahrnout vlivy prenatální (zda byl plod vystavován účinkům alkoholu), vlivy během porodu (například zda byly použity psychotropní nebo tlumivé látky v době porodu), a vlivy postnatální (traumata a nemoci, které ovlivňují psychomotorický vývoj). Mezi vlivy biologické se řadí genetické vlivy. Děti rodičů alkoholiků mohou mít vrozenou vyšší toleranci vůči alkoholu, snesou větší dávku alkoholu, netrpí nevolnostmi během intoxikace a kocoviny. Stává se tedy, že takový

²⁵ Srov. ŘEHAN, V. *Adiktologie 1*. s. 56.

²⁶ Srov. tamtéž, s. 57-58.

²⁷ Srov. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. s. 91-92.

jedinec vypije větší množství alkoholu než ostatní, rychleji tak u něj dojde k poškození zdraví.²⁸

Psychologické faktory zahrnují také prenatální a postnatální vlivy. Významnými postnatálními psychologickými vlivy jsou péče o vývoj dítěte, přiměřené uspokojování jeho potřeb, podpora v době dospívání a v krizi hledání identity, adekvátní pomoc v případě duševní poruchy a choroby (například deprese). Pokud v takovém případě jedinci není poskytnuta náležitá pomoc, může být alkohol první sebededikací, která může vést k závislosti. Alkohol na počátku užívání odstraňuje pocity úzkosti a deprese. Později během užívání má však účinky opačné, což paradoxně vede jedince k dalšímu pití.²⁹

Sociální faktory zahrnují mnoho okolností obecných a specifických. Příkladem obecných faktorů je rasa, pohlaví, společenský status rodiny, sociální zajištěnost, prostředí, ve kterém jedinec žije. Specifické okolnosti jsou vztahy v rodině, závislosti v rodině, kolektiv vrstevníků, apod.³⁰

Rodina má zvláště významný vliv na vznik závislosti na alkoholu, proto jí věnuje více prostoru než ostatním faktorům. Jedince ovlivní kvalita konkrétních vztahů s ostatními členy rodiny, případně nepřítomnost rodiny vůbec. Důležitý vliv mají rodinná pravidla, mýty a morálka, zvláště během období dospívání. Stále častěji se i v souvislosti se vznikem závislosti hovoří o rozpadu rodiny, nedostatku času pro děti ze strany rodičů, absenci rituálů, které by napomáhali k pozitivnímu zrání mladého člověka. Mladí lidé hledají vzory, pocity přijetí, sounáležitosti a nezávislosti mimo svoji rodinu. Na místo složitých rituálů sdílených celou rodinou, se vytváří jednoduché rituály kolem užívání drog a pití alkoholu.³¹

Podle výzkumů existují určité charakteristické znaky rodin, které mohou být faktorem vzniku závislosti. Jedním z těchto znaků je nedostatečná pozornost a nepřiměřené reakce ze strany rodiče. Jistota a sebejistota dítěte roste úměrně s mírou rodičovské pozornosti. Zdravý růst podporuje nekolísající dostatečná a věku přiměřená pozornost spolu s oceněním pozitivního chování a uměřenými tresty za chyby.³²

²⁸ Srov. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. s. 91-92.

²⁹ Srov. tamtéž, s. 92.

³⁰ Srov. tamtéž, s. 92-93.

³¹ Srov. tamtéž, s. 93.

³² Srov. HAJNÝ, M. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. s. 140-141.

Dalším faktorem jsou narušené nebo zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem. Typicky je to nadměrně ochraňující a pečující matka a chladný otec nebo nepřítomný otec, konfliktní vztah otce a syna, dále úzkostná, chladná nebo přehnaně racionální matka. Chaotické nebo špatně vymezené hranice mezi generacemi jsou také důležitým faktorem vzniku závislosti na alkoholu. Skryté, nedostatečné nebo naopak excesivní vyjadřování hněvu v rodině a generalizované výroky typu „ve všem lžeš“ dávají podnět ke vzniku a pak i k udržování závislosti.³³

Podstatným faktorem je alkoholová závislost jednoho nebo obou rodičů. Rodič závislý na alkoholu se může dítěti stát špatným vzorem a pití alkoholu se dítěti může jevit jako norma.³⁴ Vztahy v rodině s rodičem závislým na alkoholu jsou dysfunkční. Závislý rodič slibuje nesplnitelné sliby, dítě je vystaveno nejistotě, zneužívání na fyzické a emoční úrovni, kodependenci³⁵, riziku vlastní závislosti.³⁶

Existují **genderové rozdíly** vzniku závislosti na alkoholu. U muže je vznik závislosti ovlivněn spíše sociogenními vlivy jako je například životní styl, sociální tlak skupiny přátel apod. U ženy převažují psychogenní vlivy, jako jsou problémy a násilí v partnerských vztazích, sexuální problémy, osamělost, konflikt rolí (role zaměstnané ženy versus role matky), starosti s výchovou dětí, nízké sebevědomí, pocity méněcennosti, nezvládnuté zátěžové životní situace, apod.³⁷

Dalšími faktory jsou **faktory spirituální**³⁸. Někteří lidé závislí na alkoholu původně hledali naplnění svých spirituálních potřeb v alkoholovém opojení.³⁹

³³ Srov. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. s. 93.

³⁴ Srov. HAJNÝ, M. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. s. 140-141.

³⁵ Kodependence znamená závislost na druhém. Je typickým znakem dysfunkčních rodin. Postihuje jednotlivce i celou rodinu. Vychází z pocitu neadekvátnosti, rozštěpenosti, nízkého sebehodnocení, strachu z opuštění, atd. Jedinec postižený kodependencí, sám sebe hodnotí podle toho, jak si myslí, že ho vidí ostatní. V důsledku nízkého nebo nejasného sebehodnocení je pro kodependenta téměř nemožné vytvořit si zdravé a funkční hranice. Má problém ve vztazích s druhými lidmi. Vytváří si pokřivenou představu o sobě a o světě. Hluboko v sobě nosí pocity hanby, strachu a beznaděje, které se otevrou vždy při nějaké vyvolávající situaci. Kodependence je základnou pro další závislosti a nutkavosti.

³⁶ Srov. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. s. 93.

³⁷ Srov. MATEJOVSKÁ, I. Násilie v partnerských vztazích závislých žen. *Alkoholismus a drogové závislosti. Protialkoholický obzor*. 2007, roč. 42., č. 1, s. 25-36.

³⁸ Spiritualita je vztah člověka k tomu, co ho přesahuje, vztahem k nejvyšší autoritě, řádu či ideji. Spiritualita je intimní prožitek člověka toho, co dává každodennímu úsilí a životu smysl.

³⁹ Srov. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. s. 94.

1.3 Důsledky závislosti na alkoholu

Závislost na alkoholu má značný dopad na zdraví, jak tělesné, tak psychické a na sociální fungování⁴⁰ jedince. Uvádím zde jen stručný výčet nejčastějších dopadů závislosti na tyto oblasti. Míra dopadu na zdraví a sociální fungování může mít vliv na klientovo rozhodnutí nastoupit do léčby. Jak vysoká míra dopadu musí být, závisí na konkrétním jedinci. Pak také záleží na jeho rodině, širším okolí, případně jeho lékaři, zda závislého dokáží podpořit k léčbě správným způsobem.

Komplikace v oblasti **fyzického zdraví** se týkají se všech orgánových systémů lidského těla.⁴¹ Dlouhodobé působení alkoholu na trávicí ústrojí způsobuje potíže a poškození jícnu, žaludku, slinivky a střev. Dále je vysoké riziko vzniku alkoholické jaterní cirhózy⁴². Závažnou komplikací je alkoholická podvýživa. Nadměrné pití často vyvolává chronický zánět sliznice žaludku a postižený potom trpí nechutenstvím. Nedostatek bílkovin a vitamínů ve stravě přispívá následně ke zhoršení stavu jater a nervového systému.⁴³ Nervová soustava je postižena onemocněními, jako je například atrofie⁴⁴ mozku a epileptické záchvaty.⁴⁵ Dále hrozí riziko cévní mozkové příhody, poruch srážení krve a vysokého krevního tlaku.⁴⁶ Lidem závislým na alkoholu také hrozí vznik diabetu.⁴⁷

Závislost na alkoholu způsobuje poruchy v oblasti **psychického zdraví** závislého. Člověk závislý na alkoholu má problém s pozorností a pamětí. Postupem času dochází k úpadku kognitivních schopností až k demenci⁴⁸. Závislý reaguje vztahovačně a cítí se ukřivděně, protože není schopen si správně vyložit reakce

⁴⁰ Sociální fungování – kvalita společenských vazeb jednotlivce, obvykle posuzovaná podle několika kritérií – např. podle kvality vztahů k lidem, využití vlastního potenciálu, plnění požadavků společenského prostředí. Pojem sociální fungování reflektuje jednak schopnost klienta odpovídat na nároky prostředí, jednak samy nároky prostředí.

⁴¹ Srov. POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K, et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. s. 154.

⁴² Alkoholická jaterní cirhóza je onemocnění, při kterém dochází k trvalému porušení jaterní tkáně. Objevuje se nejméně po desetiletém rizikovém pití alkoholu.

⁴³ Srov. *Drogová poradna : Občanské sdružení Sananim* [online] [cit. 2010-01-18]. Alkohol. Dostupné z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=45>>.

⁴⁴ Atrofie je zmenšení normálně vyvinutého orgánu, tkáně nebo buňky.

⁴⁵ Srov. SKÁLA, J. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abusus a závislost*. s. 18.

⁴⁶ Srov. MLČOCH, Z. *Alkoholik.cz* [online] [cit. 2010-01-02]. Tělo a alkohol - jak působí alkohol na orgány a mozek. Dostupné z WWW: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/telo_a_alkohol_jak_pusobi_alkohol_na_organy_a_mozek.html>.

⁴⁷ Srov. POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K, et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. s. 154.

⁴⁸ Demence je organicky podmíněný syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek kognitivních funkcí, především inteligence a paměti. V různé míře jsou postiženy i další psychické funkce. Postupně dochází k degradaci celé osobnosti.

ostatních lidí a nad situací nemá náhled. U lidí závislých na alkoholu se lze setkat s pocity méněcennosti, sebelítosti, ale i s nadměrným sebevědomím. Vlivem závislosti na alkoholu se zvyšuje se tendence k výkyvům nálad, depresím, k emoční dráždivosti, podezřívavosti a nedůvěřivosti. Závislý ztrácí zájem o druhé lidi, ztrácí vůli a schopnost sebeovládání. Člověk závislý na alkoholu se chová egocentricky a bezohledně.⁴⁹ Dále také rozvíjí vlastní mechanismy obrany a zdůvodnění pro své pití. Závislý se tak brání studu, pocitům slabosti a bezmoci, které s sebou závislost na alkoholu přináší.⁵⁰

Závislost na alkoholu má značný **sociální dopad**. Alkoholická závislost jednoho z členů rodiny vnáší do jejího systému mnoho negativních jevů.⁵¹ Závislost devastuje rodinu po stránce psychické, sociální i materiální. Závislý člen není schopný plnit své povinnosti, které mu jeho role ukládá, stává se bezohledným k potřebám partnera a dětí. Členové rodiny se na něho nemohou spolehnout, protože lže a neplní sliby. Postupně v jejich očích ztrácí úctu.⁵²

Člověk závislý na alkoholu selhává v roli rodiče. Závislost rodiče, která v rodině ničí pocity bezpečí a jistoty, způsobuje u dítěte psychickou nerovnováhu, zvyšuje riziko, že bude trpět nějakou formou deprivace a adaptačními potížemi. Problémy dětí alkoholiků mohou přetrvávat do dospělosti.⁵³

Závislost na alkoholu zhoršuje pracovní výkonnost. Závislý jedinec je v zaměstnání nespokojený, vinu však často přičítá ostatním. Není schopný dodržet pravidelnou pracovní docházku, z tohoto důvodu často dochází ke ztrátě zaměstnání.⁵⁴ Mnohdy je potom takový člověk dlouhodobě nezaměstnaný nebo vykonává práci, která je pod jeho původní možnosti a kvalifikaci.⁵⁵

⁴⁹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 557-558.

⁵⁰ Srov. KUDRLE, S. Psychopatologie závislosti a kodependence. In KALINA, K, et al. *Drogy a drogové závislosti I : mezioborový přístup*. s. 108.

⁵¹ Srov. HELLER J., PECINOVSKÁ, O., et al. *Závislost známá neznámá*. s. 77.

⁵² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 570

⁵³ Srov. tamtéž, s. 572.

⁵⁴ Srov. tamtéž, s. 570.

⁵⁵ Srov. MLČOCH, Z. *Alkoholik.cz* [online] [cit. 2010-01-02] Nevýhody alkoholismu a intenzivního pití alkoholu (abúzu). Dostupné z WWW: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/nevyhody_alkoholismu_a_intenzivniho_piti_alkoholu_abuzu.html>.

1.4 Prevence závislosti na alkoholu

Slovo prevence znamená předcházení nebo ochrana.⁵⁶ Prevence závislosti na alkoholu se rozlišuje na primární, sekundární a terciální.

Primární prevence je práce se zdravou populací. Účinná prevence má ovlivnit chování jedince tak, aby chránil své zdraví.⁵⁷ Cílem primární prevence⁵⁸ v souvislosti s alkoholem je tedy snížit škody působené návykovými látkami, jako je intoxikace, úrazy, zdravotní komplikace a závislost.⁵⁹

Můžeme rozlišit prevenci ve smyslu snižování nabídky a ve smyslu snižování poptávky. Pozitivní efekt přináší systematická a soustavná preventivní práce. Existují různé strategie prevence, které jsou více či méně účinné. Například zastrašování a prosté informování se jeví jako neúčinné. U skupin se zvýšeným rizikem je vhodná prevence skrze nabízení lepších alternativ, než je alkohol. Účinné jsou programy zaměřené na snižování dostupnosti alkoholu a tzv. peer programy – aktivní účast předem připravených vrstevníků. Nejčastěji se využívají v prevenci škod působených psychoaktivními látkami u dětí. Velice podstatná je prevence v rodině.⁶⁰

Předcházet vzniku závislosti na alkoholu je účelnější než ji léčit, neboť může zanechat trvalé negativní důsledky v oblasti fyzického a psychického zdraví a sociálního fungování jedince (viz 1.1.2). Závislost na alkoholu způsobuje také společenské škody.⁶¹

Sekundární prevence je souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčbu závislosti na alkoholu.⁶² **Terciální prevencí** se rozumí opatření, která mají zabránit návratu symptomů závislosti, podpora výsledků léčby a odstraňování následků závislosti na alkoholu. Terciální prevence je ve většině případů nezbytná pro udržení stavu úzdravy.⁶³ (viz kap. 2)

⁵⁶ Srov. *Slovník cizích slov*, s. 272.

⁵⁷ Srov. NESPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*, s. 20.

⁵⁸ Podle zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, §18 primární prevenci realizuje, koordinuje a financuje vláda a některá ministerstva.

⁵⁹ Srov. NESPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*, s. 20-21.

⁶⁰ Srov. tamtéž, s. 21.

⁶¹ Srov. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*, s. 20-24.

⁶² Srov. *Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online] [cit. 2010-04-11]. Sekundární prevence. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/sekundarni_prevence>.

⁶³ Srov. NESPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*, s. 21.

2 MOŽNOSTI LÉČBY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

V úvodu kapitoly nejdříve představím obecné principy léčby závislostí na psychoaktivních látkách vyvolávajících závislost, protože většina tvrzení platí pro všechny typy závislostí na těchto látkách, tedy i pro závislost na alkoholu. Dále představuji přístupy v teoretickém výkladu závislosti a přístupu v pomoci uživatelům návykových látek. Věnuji se motivaci, nejpodstatnější podmínce pro nástup do léčby a její úspěšnosti. Dále charakteristice terapií uplatňujících se v léčbě závislosti na alkoholu a charakteristice různých typů léčebných zařízení a služeb pro závislé na alkoholu.

Léčba závislostí na psychoaktivních látkách je pojímána jako odborná práce s klientem, jejímž cílem je dosáhnout abstinence nebo redukce užívání psychoaktivních látek, snížit závažnost lapsu („uklouznutí“) a recidivy, zapojit klienta do běžného produktivního života a zvýšit kvalitu jeho života na nejvyšší možnou míru.⁶⁴ Léčba závislosti na alkoholu však nemůže vést k vyléčení nebo odstranění poruchy kontroly nad pitím. Léčba neodstraňuje chorobný stav, pouze uzdravuje jeho příznaky. Pro udržení stavu údravy je nutné trvale abstinentovat.⁶⁵

V ČR je léčba zajišťována širokým spektrem mezioborových služeb, které lze dle režimu rozlišit na léčbu ambulantní a pobytovou (viz 2.4) a dle délky na léčbu krátkodobou (čtyři až osm týdnů), střednědobou (tři až šest měsíců) a dlouhodobou (déle než půl roku).⁶⁶ Při léčbě se využívají farmakoterapie, skupinová a individuální psychoterapie, a další druhy specifických psychoterapeutických přístupů (viz 2.3). Aby byly tyto služby a metody skutečně účinné, je třeba je vhodně kombinovat a najít ty správné pro každého klienta. Podmínkou efektivnosti je vyjít vstříc skutečným a nikoli domnělým potřebám klienta - brát ohled nejen na specifika závislosti, ale také na individualitu každého klienta.⁶⁷

⁶⁴ Srov. *Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online] [cit. 2009-12-15] Léčba závislosti. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/lecba/lecba_zavislosti>.

⁶⁵ Srov. HELLER, J. PECINOVSKÁ, O., et al. *Závislost známá neznámá*. s. 83.

⁶⁶ Srov. *Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online] [cit. 2009-12-15] Léčba závislosti. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/lecba/lecba_zavislosti>.

⁶⁷ Srov. MIOVSKÝ, M. Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 15.

Při rozhodování pro typ terapie a zařízení pro konkrétního klienta v dané chvíli, je důležité přihlédnout k těmto kritériím: jakým stupněm závislosti klient prochází, jaký je jeho zdravotní a psychický stav, jak intenzivní jsou příznaky závislosti, zda a jak silně je k léčbě motivovaný, jak silnou potřebuje podporu druhých lidí, jaké jsou jeho vztahy s blízkými i s širším okolím a zda je zaměstnaný nebo studuje.⁶⁸

Léčbu absolvuje klient **dobrovolně** nebo podstupuje **ochrannou léčbu** nařízenou soudem. Soud může podle trestního zákona nařídít léčbu bez ohledu na souhlas nebo nesouhlas uživatele-pachatele, pokud spáchal trestný čin pod vlivem alkoholu nebo v souvislosti s užíváním alkoholu. Soudní ochranná protialkoholní léčba u nás existuje v ambulantní a ústavní formě. Ústavní může uživatel absolvovat při výkonu trestu ve specializovaném oddělení věznice nebo v psychiatrickém zařízení, které stanoví ministerstvo zdravotnictví. Ambulantní lze absolvovat docházkou k psychiatrovi. Většinou je součástí podmíněného trestu, v některých případech je součástí trestu odnětí svobody. O ukončení ochranné léčby rozhoduje opět soud.⁶⁹ Další možností léčby, kdy není třeba pacientova souhlasu, je **nedobrovolné léčení z lékařské indikace**. Jsou to krátkodobé hospitalizace takových pacientů, kteří jsou sobě nebo okolí nějakým způsobem nebezpeční. Nejčastěji je tento postup použit při alkoholických psychózách a vážných sebevražedných pokusech lidí závislých na alkoholu.⁷⁰

2.1 Motivace a úspěšnost léčby závislosti na alkoholu

Úspěšnost léčby určují čtyři základní faktory a těmi jsou stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince, kvalita jeho okolí, včetně sociálního a především motivace závislého.⁷¹

Motivace je proces *usměrňování, udržování a energetizace chování*.⁷² V zaměření motivace se uplatňuje osobnost jedince, jeho hodnoty, dosavadní

⁶⁸ Srov. KALINA, K. Cit podle MÜLLEROVÁ, P., MATOUŠEK, O., VONDRÁŠKOVÁ, A. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, O., et al. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, s. 214.

⁶⁹ Srov. VONDRÁČKOVÁ, P. Charakteristika uživatelů psychoaktivních látek s nařízenou ústavní léčbou. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*. 2008, roč. 8, č. 4. s. 287-298.

⁷⁰ Srov. NESPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. s. 171-172.

⁷¹ Srov. DOBÍÁŠOVÁ, D., BROŽA, J., KALINA, K. Poradenství a práce s motivací. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 121.

zkušenosti, schopnosti a naučené dovednosti.⁷³ Vlivem alkoholu se motivace zásadně mění. Závislý ztrácí zájem o cokoli jiného než alkohol a také postrádá energii k jakémukoliv růstu a prosperitě.⁷⁴ Pro vstup do léčby je důležité, aby závislý sám zhodnotil zisky a ztráty z pití alkoholu. V určitém stádiu závislosti není naděje, že by se postoj závislého k alkoholu změnil. Zisky mohou stále převažovat nad ztrátami, ztráty dokonce nemusí být závislému ani zřejmé.⁷⁵

U velkého počtu klientů jsou však často rozhodující vnější motivační faktory a vnitřní motivace se formují až během samotné léčby. Vnějšími motivačními faktory mohou být hrozba trestního stíhání, tlak ze strany rodiny nebo hrozba ztráty rodiny, obava z toho, že by člověk mohl přijít o své dítě apod.⁷⁶

Posilování motivace je prospěšné i u rodinných příslušníků a u dalších lidí, kteří jsou pro klienta důležití.⁷⁷

2.2 Přístupy k pomoci uživatelům návykových látek

V oblasti závislostí se po několik desetiletí uplatňoval **model biomedicínský**. Ve vnímání závislostí znamenal převrat, protože odmítl tradiční pojetí duševní choroby jako škodlivé sociální deviace, která nese prvky posedlosti, morálního selhání a zločinu. Model biomedicínský však z dnešního pohledu problematiku závislostí zužuje. V současnosti je biomedicínský přístup částečně překryt **přístupem bio-psycho-sociálním**. Je rozvíjen od 60. let 20. století. Spojuje faktory individuální (somatické i psychické), faktory sociální a specifické faktory, které podněcují závislost. Léčení musí zahrnout všechny faktory modelu - detoxifikace, farmakoterapie a psychosociální terapie. (viz níže) Spektrum poskytovaných služeb odpovídajícím způsobem reaguje na měnící se potřeby klientů.⁷⁸ **Bio-psycho-socio-spirituální model** je holistickým přístupem, který vychází z modelu bio-psycho-sociálního. Znamená to tedy navíc faktor

⁷² HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. s. 328.

⁷³ Srov. tamtéž, s. 328.

⁷⁴ Srov. DOBIÁŠOVÁ, D., BROŽA, J., KALINA, K. Poradenství a práce s motivací. In KALINA, Kamil, et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 121.

⁷⁵ Srov. MÜLLEROVÁ, P., MATOUŠEK, O., VONDRAŠKOVÁ, A. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 219.

⁷⁶ Srov. tamtéž, s. 221.

⁷⁷ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*, s. 75.

⁷⁸ Srov. KALINA, K. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I : mezioborový přístup*. s. 78-79.

spirituální. Přihlížet i ke spirituální rovině je velice důležité,⁷⁹ neboť závislost na alkoholu vrcholí v pocitech odcizení, izolace, vnitřní prázdnoty, zoufalství a ztráty smyslu života.⁸⁰ I člověk, který již dokázal stabilizovat svojí abstinenci, může prožívat existenciální prázdno, deprese, může postrádat smysl bytí.⁸¹ Objevují se tvrzení, že závislost je hlavně duchovní krizí.⁸²

Dále se v přístupu k uživatelům návykových látek uplatňuje **sociálně-pedagogický přístup**, který využívá metod jako je poradenství, asistence, resocializace, rekvalifikace a nácvik sociální komunikace. Těžištěm tohoto přístupu je dobrovolná práce, svépomoc a charita, často bez účasti profesionálů. Jako řešení se uplatňují především v přístupu k mladistvým uživatelům psychoaktivních látek.⁸³

Přístupy morální a spirituální aplikují sociální a sociálně pedagogické postupy spojené s křesťanskou morálkou a věroukou. Morální přístup je tradicí práce řádu Selezianů. Spirituální přístup považuje za jedinou cestu ze závislosti na psychoaktivních látkách náboženské obrácení, oddanost víře a životu v úzkém společenství lidí pod stálým duchovním vedením. Tyto dva přístupy nedůvěřují odborníkům a jejich odborným postupům a jsou vůči nim uzavřené. Také svépomocné hnutí Anonymních alkoholiků je založeno na víře, duchovním programu (viz 2.5).⁸⁴

Dalšími přístupy k pomoci uživatelům návykových látek jsou **přístup ochrany veřejného zdraví** a **přístup harm reduction**, které jsou zaměřeny především na nealkoholové závislosti a prevenci šíření infekčních nemocí. Uživatelé alkoholu však ze služeb harm reduction a přístupu ochrany veřejného zdraví nejsou vyloučeni. Přístup harm reduction znamená minimalizaci poškození. Oproti přístupu ochrany veřejného zdraví je zaměřený více na individuálního klienta. Prvořadým cílem tohoto přístupu není klientova abstinence, ale udržet kvalitu jeho zdraví v maximálně možné míře. Co se týká uživatelů alkoholu, snaží se minimalizovat rizika plynoucí z dlouhodobého

⁷⁹ Srov. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. s. 93.

⁸⁰ Srov. WALLACE, J. Teorie modelu 12 kroků (12stupňové teorie). In ROTGERS, F., et al. *Léčba drogových závislostí*. s. 22.

⁸¹ Srov. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. s. 93.

⁸² Srov. GROF, CH. Thirst of wholeness. Cit. podle KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. s. 93.

⁸³ Srov. KALINA, K. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. s. 79-80.

⁸⁴ Srov. tamtéž, s. 81.

působení vysokých dávek alkoholu, předávkování, předejít sociálnímu vyloučení a ztrátě lidské důstojnosti.⁸⁵

2.3 Léčba závislosti na alkoholu podle druhu terapie

Tato podkapitola zahrnuje popis možností využití farmakoterapie a konkrétních farmak při léčbě závislosti na alkoholu. Dále charakteristiku psychoterapie, výčet a představení psychoterapeutických směrů, přístupů a forem psychoterapie, které se uplatňují při léčbě závislosti na alkoholu. Zahrnuje také popis individuální a skupinové psychoterapie.

2.3.1 Farmakoterapie v léčbě závislosti na alkoholu

Farmakoterapie je nedílnou součástí léčby závislosti na alkoholu. Nelze však spoléhat jen na ni. Převahu má psychoterapie a to také z toho důvodu, že existuje jen malý počet prokazatelně účinných farmak, z nichž některé mají návykový charakter. Ale ani tak nelze vyloučit, že u konkrétního pacienta bude možné využít pouze farmakoterapii jako nejlepší možnou metodu léčby.⁸⁶

Farmakoterapii lze obecně rozdělit na medikaci zaměřenou na závislost, medikaci k mírnění škod a medikaci klientů s duální diagnózou^{87, 88}. Při léčbě závislosti jsou užívána farmaka, která mohou účinně podpořit psychoterapeutický proces – anticravingový preparát s účinnou látkou acamprosát (Campral), antidepresiva a senzitivující přípravek disulfiram (Antabus).⁸⁹

Terapie cravingu je součástí prevence recidivy. Léky potlačující craving a obsahující acaprosat a naltrexon lze použít u závislých, kteří netrpí depresemi. Jejich efekt závisí na délce a frekvenci dávkování. U acaprosatu je doporučená doba alespoň

⁸⁵ Srov. KALINA, K. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. s. 79-81.

⁸⁶ Srov. POPOV, P. Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 145.

⁸⁷ Duální diagnóza znamená souběh závislosti na návykové látce a jiné duševní poruchy u jednoho jedince.

⁸⁸ Srov. BAYER, D. Farmakoterapie závislosti a psychopatologických komplikací a komorbidit. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 19.

⁸⁹ Srov. tamtéž, s. 20.

jeden rok, kdy je abstinující člověk léčící se ze závislosti na alkoholu nejvíce ohrožen recidivou.⁹⁰

Senzitizace je farmakoterapie, která spočívá v podávání preparátů, jež zvyšují vnímavost organismu k účinkům alkoholu. Jestliže člověk po aplikaci senzitivizujícího farmaka požije alkohol, dojde k výrazné a nepříjemné reakci organismu⁹¹, která se projeví kolísáním krevního tlaku, tachykardií, zrudnutím v obličeji, bolestmi hlavy, pocitem nevolnosti až zvracením, dále ztíženým dýcháním, kolapsem až bezvědomím. Nejčastěji používaný senzitivizující preparát se nazývá Antabus s účinnou látkou disulfiram.⁹² Podávání Antabusu v kombinaci s psychoterapií je považováno za efektivní léčebnou intervenci.⁹³

Medikamentózní zásah vyžaduje závažný odvykací stav, protože může přímo ohrozit život člověka. Pro zmírnění odvykacího stavu existuje několik tisíců přípravků (klometiazol, diazepam, tiaprid, atd.), které se s odezníváním příznaků abstinčního stavu vysazují. Komplikací odvykacího stavu je delirium tremens⁹⁴. Je to natolik závažný stav, doprovázený poměrně vysokou úmrtností, že si vždy vyžaduje hospitalizaci.⁹⁵ Při léčbě odvykacího syndromu je třeba dbát o dostatečnou hydrataci a dodávání vitamínů a minerálů.⁹⁶

Dlouholetá a neléčená závislost na alkoholu je často provázena alkoholickými psychózami – typická je emulační bludná porucha⁹⁷. Léčba je stejná jako u jiných

⁹⁰ Srov. POPOV, P. Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba. In KALINA, Kamil., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 146-147.

⁹¹ Příčinou této nepříjemné reakce organismu je fakt, že disulfiram blokuje účinek enzymu acetaldehyddehydrogenázy, která oxiduje acetaldehyd. Acetaldehyd vzniká při metabolismu ethanolu (alkoholu). Acetaldehyd je mnohem toxičtější než samotný alkohol a je zodpovědný jak za poškození organismu při dlouhodobém nadužívání pití alkoholu, tak za nepříjemné příznaky po akutní intoxikaci. Proto zkombování disulfiramu s alkoholem způsobí v podstatě otravu acetaldehydem, provázenou nepříjemnými příznaky, podobnými vystupňované kocovině.

⁹² Srov. POPOV, P. Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 147.

⁹³ Srov. BAYER, D. Farmakoterapie závislosti a psychopatologických komplikací a komorbidit. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 19-20.

⁹⁴ Delirium tremens je velice silná reakce organismu na nedostatek potřebné dávky alkoholu. K výrazným somatickým komplikacím se mohou přidat poruchy kvalitativní vědomí. Delirium tremens provází bludy a halucinace, které mají výrazně nepříjemný a ohrožující charakter. Trvá okolo 72 hodin.

⁹⁵ Srov. BAYER, David. Farmakoterapie závislosti a psychopatologických komplikací a komorbidit. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 20.

⁹⁶ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. s. 42.

⁹⁷ Emulační bludná porucha neboli žárlivecká porucha je chronická porucha vyvolaná alkoholem, kdy osoba trpí bludy, že jí je její/jeho partner nevěrný. Bludy jsou doprovázeny intenzivním hledáním důkazů nevěry a obviňováním, které může vést až k násilným sporům.

psychotických poruch, spočívá v podávání léků odstraňujících halucinace a bludy - neuroleptika.⁹⁸

Důležitá je i léčba somatických nemocí, které jsou způsobené nadměrnou konzumací alkoholu. Jde zejména o poškození jater, epileptické záchvaty, poškození krevního obrazu a poškození slinivky břišní, které může vést až k diabetes mellitus.⁹⁹

2.3.2 Psychoterapie v léčbě závislosti na alkoholu

Psychoterapie je klíčovým prvkem v léčbě závislosti na alkoholu, z tohoto důvodu jí věnuji více prostoru než farmakoterapii. Psychoterapie se uplatňuje i v předléčebné fázi a po ukončení samotné léčby. Nejdříve se budu zabývat dělením psychoterapie, psychoterapeutickými směry a metodami s ohledem na jejich uplatnění v léčbě závislostí. Většina tvrzení platí pro všechny typy závislostí na návykových látkách tedy i pro závislost na alkoholu, proto jí zde nezdůrazňuji.

Neexistuje jednotná definice psychoterapie. V oblasti psychoterapie v léčbě závislostí se uplatňují dvě definice. První zní: *Psychoterapie je napomáhání zdraví psychologickými prostředky.*¹⁰⁰ Je formulována s ohledem na definici zdraví podle Světové zdravotnické organizace. Tato definice je východiskem pro bio-psycho-sociální model, který na poli závislostí a léčbě závislostí převládá. Psychologickými prostředky se rozumí vztahy, postoje, komunikace a různé formy učení. Druhá důležitá definice psychoterapie pro oblast léčby závislosti zní: *Psychoterapie je odborné použití mezilidských situací se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky.*¹⁰¹

Psychoterapie může být dělena z několika hledisek. Psychoterapeut působící na klienta přímým usměrňováním, příkazy, radami a zadáváním úkolů využívá **direktivní psychoterapii**. Při **nedirektivní psychoterapii** se psychoterapeut zásadně vyhýbá jakémukoliv udělování rad nebo příkazů. Naopak podněcuje klienta, aby vyslovoval své myšlenky, vyjadřoval své pocity a vytváří klientovi příznivé prostředí pro jeho sebepoznávání. **Symptomatická psychoterapie** se zaměřuje na chorobný

⁹⁸ Srov. BAYER, D. Farmakoterapie závislosti a psychopatologických komplikací a komorbidit. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. s. 20.

⁹⁹ Srov. tamtéž, s. 20.

¹⁰⁰ KALINA, K., MIOVSKÝ, M. Psychoterapie v léčbě závislostí. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 159.

¹⁰¹ Tamtéž, s. 159.

příznak, zatímco kauzální psychoterapie se snaží odhalit a odstranit příčinu. **Psychoterapie podpůrná** poskytuje pomoc klientovi takovému jaký je. **Psychoterapie rekonstrukční** se různými metodami snaží o změnu osobnosti. **Náhledová psychoterapie** podporuje u klienta porozumění problému, akční podporuje zvládání problémů a nácvik nezbytných dovedností. Dále se rozlišuje **psychoterapie skupinová** a **psychoterapie individuální**.¹⁰²

2.3.2.1 Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie probíhá ve dvou klient a terapeut, vzniká tak intenzivní vztah. Hlavním prostředkem individuální psychoterapie je rozhovor.¹⁰³ Individuální psychoterapie je buď zaměřená na ovlivnění symptomu, nebo na osobní růst. Individuální psychoterapie, která je zaměřená na osobní růst, vychází z předpokladu, že symptom je projevem určité nerovnováhy osobnosti.¹⁰⁴

Může probíhat v rámci ambulantní i ústavní léčby, kdy musí být citlivě včleněna do kontextu dalších probíhajících léčebných programů. Za extrémní formu individuální psychoterapie může být považována krizová intervence. Ta má za cíl pomoci klientovi zvládnout aktuální vysoce zatěžující situaci. Další úroveň individuální psychoterapie je podpůrná a motivační psychoterapie, jejímž cílem je motivovat a udržet klienta v léčbě. Dále je to systematická dlouhodobá psychoterapie, jejíž další charakteristika je dána psychoterapeutickým směrem konkrétního psychoterapeuta, jeho zkušenostmi a schopnostmi.¹⁰⁵

Individuální psychoterapie je aplikována v prvních kontaktech s klientem a při motivačních rozhovorech. Dále pokud je pravděpodobné, že klient nebude schopen zvládnout standardní léčbu, nebo pokud je klient motivovaný vstoupit do terapie za účelem osobního růstu. Individuální psychoterapie není v léčbě závislosti pojímána zcela samozřejmě, běžnější je v našem léčebném systému psychoterapie skupinová.¹⁰⁶

¹⁰² Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. s. 15-16.

¹⁰³ Srov. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. s. 67.

¹⁰⁴ Srov. MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 36.

¹⁰⁵ Srov. tamtéž, s. 36-37.

¹⁰⁶ Srov. tamtéž, s. 36-37.

2.3.2.2 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie využívá mnoha účinných faktorů. Mezi ně patří skupinová dynamika, která slouží k ulehčujícímu vzájemnému vyslechnutí, povzbuzení a podpoře, ale také k projevení, pochopení a opravení chyb v chování. Pacienti si mohou ve skupině nacvičovat nové účelnější jednání a osvojit si chybějící sociální dovednosti. Skupina pomáhá klientovi s problémy v mezilidských vztazích, posiluje pocit sounáležitosti, zvyšuje citlivost v porozumění druhým.¹⁰⁷

Při léčbě závislosti následuje většinou po individuální psychoterapii. Skupinová psychoterapie je součástí ambulantní i pobytové léčby a doléčování. Způsob práce skupiny složené ze členů léčících se ze závislosti pracuje podle cíle, který si stanoví a podle zaměření terapeuta.¹⁰⁸

Skupina může být složena podle různých hledisek. Může být uměle vytvořená (sestavená ze členů, kteří se navzájem neznají) nebo přirozená (lidé se setkávají i mimo terapii). Skupina může být také uzavřená (skupina začíná a končí ve stejném složení, pokud jí některý člen neopustí předčasně), nebo otevřená (různí členové v různou dobu přicházejí a odcházejí, každý má stanovenou dobu práce ve skupině). Dále může být skupina stejnorodá či značně různorodá, co se týče věku, pohlaví, řešeného problému. Počet členů by neměl přesahovat patnáct osob.¹⁰⁹

Zvláštní formou skupinové psychoterapie jsou **svépomocné skupiny**, které pracují bez pomoci odborníků, jejich pomoci se ale nezřikají. Odborníci v léčbě závislostí se svépomocnými skupinami také počítají. Svépomocné skupiny jsou pozitivním sociálním fenoménem. Sdružují klienty se stejným problémem. Základem je osobní zkušenost klientů.¹¹⁰ Takovou svépomocnou skupinou jsou Anonymní alkoholici (viz 2.5).

Zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie je i **terapeutická komunita**. Klienti různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a sdílejí společně čas s pracovní a jinou (různorodou) náplní. Do tohoto modelu společnosti mohou promítat problémy, zejména vztahové, ze svého vlastního života. Terapeutická komunita poskytuje klientovi zpětnou vazbu o jeho maladaptivním chování, podporuje

¹⁰⁷ Srov. MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 38.

¹⁰⁸ Srov. tamtéž, s. 38.

¹⁰⁹ Srov. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. s. 69-70.

¹¹⁰ Srov. tamtéž, s. 70.

získání náhledu na vlastní problémy a podíl na těchto problémech. Umožňuje nácvik vhodnějších způsobů chování. V širším smyslu je terapeutická komunita *system organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i pacienti.*¹¹¹ V užším významu je terapeutická komunita chápána jako psychoterapeutická metoda, *při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování.*¹¹²

Principy terapeutické komunity jsou podle Kratochvíla: aktivní podíl pacientů na léčbě; vytvoření dobré obousměrné komunikace na všech úrovních (mezi klienty, mezi klienty a terapeutickým týmem, v terapeutickém týmu); zvýšená rovnoprávnost v rozhodování; kolektivnost; sociální učení, kdy každý člen komunity dostává rychlou zpětnou vazbu o tom, jak jeho chování působí na ostatní.¹¹³

Rodinná psychoterapie přistupuje ke klientovi jako k součásti rodinného systému a v jeho problémech hledá souvislosti s fungováním jeho rodiny. Pochopení rodiny jako jednotky je zapotřebí k léčbě individuálních problémů. V rodinné terapii se závislými se uplatňují psychodynamický, behaviorální a systemický přístup (viz níže). Rodinná terapie se uplatňuje v léčbě závislých dětí a dospívajících a při selhávání závislého v léčbě, kdy je důvodem problém v rodině. Důležité je aby rodina nepřicházela do terapie z donucení, ale protože má zájem na řešení problému.¹¹⁴

2.3.2.3 Psychoterapeutické směry

V psychoterapeutických směrech a školách jsou rozeznatelné dva široké proudy. První z nich je proud zaměřen na změnu osobnosti a podporu jejího růstu a zrání a na změnu vztahů. Do tohoto proudu patří psychoanalýza, psychodynamická a interpersonální psychoterapie, existenciální a humanistická psychoterapie atd. Druhý proud psychoterapií je zaměřen na změnu chování. Tento proud zahrnuje behaviorální a kognitivně behaviorální terapie, systémové, strukturální a komunikační terapie. Oba

¹¹¹ KRATOCHVÍL, S. Cit. podle KALINA, K. Terapeutická komunita – obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. s. 17.

¹¹² Tamtéž, s. 17.

¹¹³ Srov. KRATOCHVÍL, S. Cit. podle NEŠPOR, K. CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. s. 96.

¹¹⁴ Srov. KALINA, K. Rodinná terapie a práce s rodinou. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 45-50.

proudy se v léčbě závislostí uplatňují, někdy se doplňují, někdy si však konkurují.¹¹⁵ V léčbě závislostí je nejvíce využívána behaviorální a kognitivně behaviorální terapie. Ostatní směry se v léčbě závislostí také uplatňují, ve všech typech služeb závislým a dosahují výborných výsledků. Jsou však mnohem méně rozšířené a využívány.¹¹⁶

Behaviorální terapie vychází z konceptu teorie učení, chování člověka je naučené a je třeba najít nacvičovací techniku, která odstraní nežádoucí nebo doplní žádoucí chování.¹¹⁷

Behaviorální terapie využívá technik jako je cílevědomá volba podnětů (vyhýbání se takovým podnětům, které vedou k nežádoucímu chování a zároveň vyhledávání takových podnětů, které jsou s nežádoucím chováním neslučitelné), sebekontrola (zaznamenávání vlastního chování), sebeodměňování a sebetrestání za žádoucí a nežádoucí chování,¹¹⁸ dále expoziční terapie (klient je vystavován obtížným situacím, nejdříve v myšlenkách, pak i ve skutečnosti), relaxační postupy, postupy zaměřené na zvládání akutních stavů úzkosti či paniky, metody odpoutání pozornosti, modelování nového chování, nácviky asertivity a sociálních dovedností.¹¹⁹

Nevýhodou behaviorálních metod je, že mají sice dobré výsledky za relativně krátkou dobu, které ale bez další návaznosti a kombinací s jinými přístupy bývají krátkodobé a rychle se vytrácí. Některé specifické problémy závislých nelze zvládnou pouze behaviorální terapií bez hlubšího zpracování a pochopení problému, např. craving.¹²⁰ Behaviorální terapii je vytýkáno, že se vypořádává s příznaky, ale příčiny zůstávají nedotčeny.¹²¹

Kognitivně-behaviorální terapie je pojmána jako forma behaviorální terapie, která při ovlivňování chování bere na zřetel i psychické procesy nebo jako forma kognitivní terapie, která k dosažení změn v myšlení experimentuje v oblasti chování. Třetí možné pojetí vnímá kognitivně-behaviorální terapii jako pomoc klientovi uvědomit si své zkreslené myšlení a disfunkční chování a měnit je skrze systematický

¹¹⁵ Srov. KALINA, K., MIOVSKÝ, M. Psychoterapie v léčbě závislostí. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 159-160.

¹¹⁶ Srov. MIOVSKÝ, M. BARTOŠÍKOVÁ, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 39-41.

¹¹⁷ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. s. 59.

¹¹⁸ Srov. tamtéž, s. 66.

¹¹⁹ Srov. MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 40.

¹²⁰ Srov. tamtéž, s. 40.

¹²¹ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. s. 65.

rozhovor a zadávání behaviorálních úkolů. V kognitivně-behaviorální terapii vzniká mezi terapeutem a klientem vztah spolupráce. Všechny léčebné postupy jsou klientovi jasně vysvětleny. Behaviorální a kognitivní techniky jsou využívány podle aktuální potřeby. Hlavními rysy jsou časová omezenost, aktivní spolupráce, východisko v teoriích učení, zaměření na přítomnost, zaměření na konkrétní přístupy, zaměření na to, co je pozorovatelné, stanovení konkrétních cílů, směřování k soběstačnosti klienta, důraz na vědeckost.¹²²

Do proudu **hlubinné psychoterapie** můžeme zařadit psychoanalýzu, adlerovskou psychoterapii a jungovskou psychoterapii.¹²³ Nejširší definice teorie a praxe psychoanalýzy *se soustředí na to, jak se nevědomé stává vědomým, přičemž mezi nevědomý materiál jsou zahrnuty jak vnitřní pudy, tak i reprezentace vztahů k druhým.*¹²⁴ Teorie se snaží vysvětlit, co jedince vede k užívání a udržování závislosti na návykové látce. Závislost je výsledek konfliktu potlačené myšlenky a obrany proti ní. Cílem psychoanalytické terapie je zvědomit tento nevědomý konflikt.¹²⁵

Dynamická psychoterapie odvozuje svůj vznik od psychoanalýzy. Přijala učení o významu nevědomé psychické činnosti, vnitřních konfliktech a zážitcích z dětství. Zkoumá interpersonální vztahy a aktuální konflikty klienta, ve kterých lze odhalit důsledky nepřizpůsobivého společenského chování, které souvisí s minulými zážitky, minulými konflikty, frustracemi a traumaty. Dynamická psychoterapie směřuje k dosažení náhledu, prožití korektivní emoční zkušenosti, zkoušení nového chování, k dosažení zdárné sociální adaptace.¹²⁶

Humanistická psychoterapie obsahuje několik směrů, jež vnímají každého člověka jako jedinečnou, výjimečnou a nepředvídatelnou osobu. Humanistická psychoterapie je zaměřena na pomoc v duchovním růstu a realizaci duševního potenciálu člověka. Psychoterapeutický vztah je vztahem bratrským, kde je terapeut autentický, nehraje žádné předepsané role a je sám sebou.¹²⁷ Humanistická

¹²² Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. s. 75-77.

¹²³ Srov. tamtéž, s. 20-40.

¹²⁴ LEEDS, J., MORGENSTERN, J. Psychoanalytické teorie zneužívání návykových látek. In ROTGERS, F., et al. *Léčba drogových závislostí*. s. 59.

¹²⁵ Srov. tamtéž, s. 60.

¹²⁶ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. s. 41.

¹²⁷ Srov. tamtéž, s. 90.

psychoterapie (spolu s behaviorální psychoterapií) je často uplatňována v ústavní střednědobé léčbě závislosti (viz 2.4.5).¹²⁸

Systemická psychoterapie je používána v rámci rodinné terapie.¹²⁹ Pojímá rodinu *jako uzavřený celek, který je autonomní a sám sebe regulující*.¹³⁰ Hlásí se k teorii poznání, která říká, že *vnější svět naším poznáním neodhalujeme, ale vytváříme si ho*.¹³¹

Gestalt terapie je formou expresivní terapie, jenž je zaměřená na přítomnost, prožívání a vyjadřování emocí. Zakladatel Perls je přesvědčen, že nedostatečné uvědomování si svých pocitů vede ke vzniku problémů. Gestalt terapie je v léčbě závislosti na alkoholu užitečná tím, že klienta orientuje na přítomnost a pomáhá mu zlepšit sebeuvědomování na tělesné i duševní rovině, rozvíjí spontánnost a zodpovědnost.¹³²

Každý psychoterapeutický směr má v oblasti léčby závislosti mnoho co nabídnout a každý má také své nedostatky. Kalina a Miovský vidí přínos ve využití **transteoretického přístupu** v léčbě závislosti, který využívá účinných faktorů, které jsou společné všem nebo většině psychoterapií, i když některé je nereflektují nebo s nimi v praxi nepočítají. Těmito účinnými faktory jsou pozitivní očekávání, věnování pozornosti, terapeutický vztah, zvyšování vědomí, emoční uvolnění, katarze, konfrontace, volba alternativ a tvarování chování.¹³³

2.3.2.4 Specifické terapeutické metody

Dalšími druhy specifických terapeutických metod, které se uplatňují v léčbě závislosti na alkoholu, jsou nácvik rolí a asertivních dovedností, systematická desenzitizace, psychodrama, muzikoterapie, arteterapie, psychogymnastika, biblioterapie, socioterapie a pracovní terapie.

¹²⁸ Srov. DVOŘÁČEK, J. Střednědobá ústavní léčba. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 197.

¹²⁹ Srov. *Drogy.info.cz : Informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online] [cit. 2010-04-12]. Systémový přístup. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/systemovy_pristup>.

¹³⁰ KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. s. 266.

¹³¹ Tamtéž, s. 261.

¹³² Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*. s. 90.

¹³³ Srov. KALINA, K., MIOVSKÝ, M. Psychoterapie v léčbě závislosti. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 159-160.

Desenzitizace je technika, kdy je klient vystavován podnětům, které u něj vyvolávají patologickou reakci. Vše se děje v modelových a bezpečných podmínkách. Postupným opakováním se patologická reakce snižuje, případně zcela odbourá.¹³⁴

Psychodrama se uplatňuje při skupinové psychoterapii a znamená přehrávání scének s cílem umožnit klientovi porozumět svým problémům, odreagovat se a případně se naučit jinému chování.¹³⁵

Muzikoterapie je cílené využití zvuku a hudby k terapeutickým účelům při individuální i skupinové psychoterapii. Může mít pasivní (poslouchání a prožívání hudby, které je následně podnětem k rozhovoru) nebo aktivní (klienti sami provozují zpěv a hudbu) formu.¹³⁶

Arteterapii lze využít při individuální i skupinové psychoterapii, při práci s klientem využívá různých uměleckých činností. Styl práce umožňuje vést postupně klienta k sebepoznání a možnosti konfrontace s nevědomým materiálem.¹³⁷

Psychogymnastika se používá při skupinové psychoterapii, je neverbální technikou, která využívá gest, mimiky a pohybu.¹³⁸

Biblioterapie je psychoterapeutické využití vhodné literatury – četba a rozbor určitých pasáží nebo knih, které mají psychoterapeutický potenciál a umožňují například identifikaci s hrdiny, z jejichž zkušeností si lze odnést poučení.¹³⁹

Socioterapie je jedním z prostředků resocializace. Základem je využití pozitivního potenciálu mezilidských vztahů, společně sdílené činnosti a sociálního učení. Do socioterapie můžeme zařadit např. cílené sociální učení, programy zaměřené na zlepšení sociálních dovedností, zvýšení vnímavosti a náhledu na mezilidské vztahy, socioterapeutické kluby či jiné programy vedené profesionálem, ale i svépomocné aktivity. Skupinová terapie je svým dílem i socioterapií. Socioterapeutickou funkci má rovněž podpora dobrovolníky. Socioterapeutický rozměr má i vlastní dobrovolnická činnost léčících se osob.¹⁴⁰

¹³⁴ Srov. HELLER, J., PECINOSVSKÁ, O., et al. *Závislost známá neznámá*. s. 89.

¹³⁵ Srov. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. s. 76.

¹³⁶ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. s. 89.

¹³⁷ Srov. *Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online] [cit. 2010-02-08]. Arteterapie. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/a/arteterapie>.

¹³⁸ Srov. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. s. 77.

¹³⁹ Srov. tamtéž, s. 87.

¹⁴⁰ Srov. *Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online] [cit. 2010-02-08]. Socioterapie. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/socioterapie_social_therapy>

2.4 Systém léčby závislosti na alkoholu

Systém péče o závislé na alkoholu zahrnuje terénní programy, nízkoprahová zařízení, detoxifikační jednotky, ambulantní léčbu, denní stacionáře, pobytovou léčbu na zvláštním oddělení nemocnice, v psychiatrické léčebně a v terapeutické komunitě a doléčovací programy.

Zákonnými úpravami pro tyto služby jsou zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů a zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Ačkoliv jsou terénní programy a nízkoprahová zařízení zaměřena především na uživatele nealkoholových návykových látek, uživatele alkoholu ze svých služeb nevylučují. Doléčovací programy spadají do terciální prevence, ale měli by být nezbytnou součástí léčby závislosti na alkoholu, pro udržení abstinence. Z těchto důvodů je zařazují do této kapitoly.

2.4.1 Terénní programy a kontaktní centra

Terénní programy a kontaktní centra¹⁴¹ poskytují nízkoprahové služby. Znamená to, že jsou dostupné klientům bez nutnosti objednání se a bez nutnosti udávat svoji totožnost.¹⁴²

Služba terénních programů je realizována na ulici, kdy terénní pracovník aktivně vyhledává a oslovuje potencionální zájemce o službu. Principem jsou přístupy ochrany veřejného zdraví a harm reduction (viz 2.2), které umožňují pracovat s klientem v kterékoliv fázi jeho závislosti bez ohledu na jeho motivaci ke změně životního stylu.¹⁴³

¹⁴¹ Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou kontaktní centra nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

¹⁴² Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. s. 126.

¹⁴³ Srov. TĚMÍNOVÁ, RICHTEROVÁ, M. Systém péče a jeho složky. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 370.

Cílovou skupinou terénních programů jsou především uživatelé nealkoholových návykových látek, kteří zároveň mohou zneužívat i alkohol, a uživatelé alkoholu ze služeb nejsou vyloučeni.¹⁴⁴

Nízkoprahová kontaktní centra mohou uživatelům alkoholu nabídnout včasnou intervenci, krizovou intervenci, zdravotní a sociální poradenství. Cílem je minimalizace zdravotních a sociálních rizik a motivace klientů ke změně životního stylu směrem k abstinenci.¹⁴⁵

2.4.2 Detoxifikační jednotky

Detoxifikační jednotky slouží ke zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací alkoholem. Mohou být součástí zařízení pro léčbu závislostí nebo jsou to samostatné jednotky v rámci nemocnic. Domácí detoxifikace je v České republice využívána minimálně.¹⁴⁶ Detoxifikace může probíhat bez léků nebo s léky.¹⁴⁷

Na detoxifikační jednotku jsou přijímáni klienti, kteří jsou z důvodu intoxikace nebo odvykacího stavu nebezpeční sobě nebo svému okolí a klienti u kterých je třeba určit, zda jsou intoxikovaní nebo trpí duševní chorobou. Dále ti klienti, kteří se připravují na další léčbu, protože většina rezidenčních zařízení vyžaduje před nástupem klienta do léčby, aby prošel detoxifikací.¹⁴⁸

2.4.3 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je poskytována ve zdravotnických i nezdravotnických zařízeních.¹⁴⁹ Ambulantní léčba spočívá v tom, že klient pravidelně dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, aniž by byl nějak vyčleněn ze svého původního prostředí. Délka a frekvence návštěv se liší podle typu zařízení. Stanoveny jsou v kontraktu. Za účinnou

¹⁴⁴ Srov. GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog : důkazy o účinnosti*. s. 14.

¹⁴⁵ Srov. TĚMÍNOVÁ, RICHTEROVÁ, M. Systém péče a jeho složky. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 371.

¹⁴⁶ Srov. tamtéž, s. 375.

¹⁴⁷ Srov. NEŠPOR, K. CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. s. 39-40

¹⁴⁸ Srov. TĚMÍNOVÁ, RICHTEROVÁ, M. Systém péče a jeho složky. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 375.

¹⁴⁹ Srov. tamtéž, s. 378.

se považuje léčba, která trvá déle než tři měsíce a návštěvy probíhají alespoň dvakrát týdně.¹⁵⁰

Ambulantní typ léčby je vhodný pro klienty, kteří mají dobré sociální zázemí, ve kterém mohou najít podporu a pro klienty, kteří jsou motivovaní a schopni sebekontroly v prostředí, kde drogu užívali.¹⁵¹

Mezi cíle ambulantní léčby patří podpora ke změně životního stylu, jejíž součástí je abstinence, popřípadě snížení množství konzumovaného alkoholu, dále také stabilizace životní situace klienta, příprava na léčbu v rezidenčním zařízení.¹⁵²

V ČR existují různá zařízení, která klientovi poskytují ambulantní péči.

Jedna z nich jsou **AT poradny** nebo **AT ordinace**, kde AT znamená alkohol a jiné toxikomanie. Tato zdravotnická zařízení tvořila před rokem 1989 celostátní síť, protože byla povinnou součástí oddělení psychiatrie. Po roce 1989 mnoho těchto ordinací zaniklo, některé se privatizovaly, některé jsou v kompetenci státu nebo obcí. Většina z nich se zaměřuje na problematiku spojenou s alkoholem.¹⁵³

Jsou to nízkoprahová centra, to znamená, že jejich služby jsou určeny pro všechny, kteří je mohou potřebovat bez jakýchkoli omezení a také bez ohledu na to jestli jsou klienti závislí, experimentátoři nebo konzumenti. AT poradny nabízí své služby i lidem, kteří jsou v kontaktu s osobou, která má problém s návykovou látkou (příbuzní, přátelé, apod.).¹⁵⁴

AT poradny a AT ordinace poskytují široké spektrum služeb – poradenství, léčebnou péči – farmakoterapii, psychoterapii, sociální práci,¹⁵⁵ dále doléčovací abstinční klub, terapii s laickými terapeuty, kteří jsou vyléčení ze závislosti a kteří prošli speciální přípravou, párovou nebo manželskou terapií. AT poradny by měli spolupracovat se svépomocnými skupinami a dalšími resocializačními kluby.¹⁵⁶ Klient do poradny dochází podle potřeby dvakrát až třikrát týdně na pohovor s lékařem.¹⁵⁷

¹⁵⁰ Srov. *Drogová poradna : Občanské sdružení Sananim* [online] [cit. 2010-01-03] Léčebné programy. Dostupné z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=51#ambulantni>>.

¹⁵¹ Srov. tamtéž. [cit. 2010-01-03].

¹⁵² Srov. TĚMÍNOVÁ, RICHTEROVÁ, Martina. Systém péče a jeho složky. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 378.

¹⁵³ Srov. *Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online] [cit. 2010-03-11]. AT ordinace. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/a/at_ordinace>.

¹⁵⁴ Srov. HELLER, J. PECINOVSKÁ, O., et al. *Závislost známá neznámá*. s. 96-97.

¹⁵⁵ Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. s. 30-31.

¹⁵⁶ Srov. HELLER, J. PECINOVSKÁ, O., et al. *Závislost známá neznámá*. s. 96-97.

¹⁵⁷ Srov. HAMPL, K. Lékařská ambulantní péče o závislé. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. 172-173.

Další možností jsou **ambulantní skupiny** scházející se alespoň jednou týdně. Tyto skupiny fungují v rámci terapeutického zařízení nebo jako svépomocné skupiny.¹⁵⁸ Další možností jsou **socioterapeutické kluby**, které jsou založeny na vzájemné pomoci, ale zároveň využívají i pomoci profesionálů.¹⁵⁹

2.4.4 Denní stacionáře

Denní stacionáře¹⁶⁰ jsou na pomezí ambulantní a pobytové léčby. Poskytují celodenní nelůžkovou péči zpravidla v pracovní dny. Minimální počet hodin strávených v léčbě je 20 hodin týdně.¹⁶¹

Taková péče je vhodná pro klienty, kteří mají kde bydlet, mají zázemí, ale z různých důvodů není vhodné, aby zůstávali během dne sami, nebo pro ně běžná ambulantní péče není dostačující, ale zároveň není třeba, aby byli hospitalizováni v nemocnici.¹⁶²

Cílem léčby je navodit změnu životního stylu směrem k abstinenci. Dalšími cíly jsou zlepšení fyzického a psychického zdraví, změna ve vztazích s druhými lidmi, v sebepojetí, postojích a chování. Dále podpora a udržení sociálních dovedností.¹⁶³

Základem léčby v denních stacionářích je strukturovaný program, to znamená přesný časový rozvrh, soubor pravidel a podmínek léčby a případných sankcí za jejich nedodržení a vyvážená skladba programu - skupinové terapeutické aktivity, pracovní terapie, sportovní a kulturní aktivity.¹⁶⁴

¹⁵⁸ Srov. *Drogová poradna : Občanské sdružení Sananim* [online] [cit. 2010-01-03] Léčebné programy. Dostupné z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=51#ambulantni>>

¹⁵⁹ Srov. HAMPL, K. Lékařská ambulantní péče o závislé. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 175.

¹⁶⁰ Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se v denních stacionářích poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

¹⁶¹ Srov. KALINA, K. Denní stacionáře. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 179-180.

¹⁶² Srov. tamtéž, s. 179-180.

¹⁶³ Srov. TĚMÍNOVÁ, RICHTEROVÁ, M. Systém péče a jeho složky. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 380.

¹⁶⁴ Srov. tamtéž, s. 380-381.

2.4.5 Pobytová léčba

Pobytová léčba (nebo také rezidenční či ústavní léčba) probíhá ve zdravotnických zařízeních (v psychiatrické léčebně zaměřené na léčbu závislostí nebo na oddělení pro léčbu závislostí) nebo v terapeutických komunitách. Oproti ambulantní léčbě nabízejí bezpečnější prostředí, kde je nepřetržitě k dispozici odborná péče. Možnost dostupnosti alkoholu je nízká a je zde méně spouštěčů než v přirozeném prostředí.¹⁶⁵

Ústavní léčba trvá 3-6 měsíců, tzn., že je střednědobá.¹⁶⁶

Ústavní léčba ve **zdravotnických zařízeních** je žádoucí u pacientů, kteří potřebují nepřetržité nebo průběžné sledování zdravotníky, z důvodu těžkého odvykacího stavu, somatických komplikací, psychických komplikací, nebo představují nebezpečí pro sebe či okolí, dále u pacientů se závažnými emočními problémy, u pacientů, kteří nemají dobré sociální zázemí.¹⁶⁷ Je vhodná pro klienty, kteří nejsou schopni v původním prostředí abstinovat.¹⁶⁸

Cílem takové léčby je změna životního stylu směrem k abstinenci, vybudování náhledu, přebudování motivace z vnější na vnitřní a pozitivně formulovanou, zvnitřnění abstinenčních norem a běžných norem chování, identifikace rizik recidivy a nalezení strategie minimalizace těchto rizik, změna sebepojetí a zlepšování prožívání.¹⁶⁹

Tradici v České republice má specifická forma přístupu terapeutické komunity, který je uplatňován v mnoha nemocnicích a v psychiatrických léčebnách pro léčbu závislosti na alkoholu. Tento model se nazývá podle svého zakladatele – Skálův (nebo Apolinářský). Spojuje zásady terapeutické komunity a behaviorální přístupy. Je to přísný režim s bodovacím systémem, který klade důraz na individuální odpovědnost každého pacienta a také na odpovědnost kolektivní.¹⁷⁰ Strukturovaný program modelu

¹⁶⁵ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. s. 114.

¹⁶⁶ Srov. TĚMÍNOVÁ, RICHTEROVÁ, M. Systém péče a jeho složky. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 381.

¹⁶⁷ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. s. 114.

¹⁶⁸ Srov. TĚMÍNOVÁ, RICHTEROVÁ, M. Systém péče a jeho složky. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 381.

¹⁶⁹ Srov. tamtéž, s. 381.

¹⁷⁰ Srov. KALINA, K. *Terapeutická komunita : obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. s. 66-67.

zahrnuje komunitní setkání, skupinovou a individuální psychoterapii, rodinnou a partnerskou terapii, poradenství, pracovní terapii a dobrovolnické aktivity.¹⁷¹

Nevýhodou léčby v psychiatrické léčebně může být, že je zaměřena na problém závislosti, ale ne na ostatní problémy spojené se závislostí a na resocializaci, která je důležitá pro návrat do běžného života. Nutné je tedy navázat na léčbu doléčovacím programem.¹⁷²

Po léčbě v psychiatrické léčebně je možné navázat léčbou v **terapeutické komunitě**¹⁷³.¹⁷⁴ Pobyt v terapeutické komunitě je vhodný pro klienty, kteří jsou závislí už velmi dlouho, mají další problémy a nemají dobré sociální zázemí. V terapeutické komunitě by se měl člověk naučit znovu se postavit na vlastní nohy a pokračovat normální život.¹⁷⁵

V terapeutické komunitě pro léčbu závislostí existují rozdíly mezi členy. Členové, kteří jsou v komunitě déle, mají určité výhody a také se od nich očekává větší odpovědnost a podíl na léčbě ostatních. Terapeutická komunita pro závislé má jasná, všeobecně známá pravidla. Porušení pravidel znamená podle závažnosti ukončení léčby, pokles v hierarchii komunity nebo zrušení výhod.¹⁷⁶ Podle Skály musí být režim komunity pro léčbu závislých na alkoholu skutečně důsledný a náročný, založený na požadavcích, tak aby klient mohl pociťovat euforii a byl vystaven stresu, napětí a úzkosti a musel se vypořádat s pocity frustrace. Díky tomu se naučí čelit kritickým stavům a posílí se jeho osobnost. Navíc se během léčby musí klient přesvědčit o nutnosti trvalé abstinence.¹⁷⁷

V terapeutických komunitách je dán strukturovaný program. Probíhají skupinová sezení, dále také pracovní terapie, dobrovolnické a sportovní aktivity a sociální poradenství. Je zde kladen důraz na odpovědnost a samostatnost klienta. Léčba je

¹⁷¹ Srov. TĚMÍNOVÁ, RICHTEROVÁ, M. Systém péče a jeho složky. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 381.

¹⁷² Srov. *Drogový informační server* [online] [cit. 2010-03-18]. Ambulantní léčba. Dostupné z WWW: <http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/lecba-zavislosti/ambulantni-lecba/ambulantni-lecba_2007_04_18.html>.

¹⁷³ Podle zákona č. 108/2006 Sb., O sociálních službách terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.

¹⁷⁴ Srov. *Drogový informační server* [online] [cit. 2010-03-18]. Ambulantní léčba. Dostupné z WWW: <http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/lecba-zavislosti/ambulantni-lecba/ambulantni-lecba_2007_04_18.html>.

¹⁷⁵ Srov. tamtéž. [cit. 2010-03-18].

¹⁷⁶ Srov. NEŠPOR, K. CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. s. 96.

¹⁷⁷ Srov. SKÁLA, J. Cit. podle KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. s. 225-226.

rozdělena na několik fází, během kterých se klient učí určité dovednosti a plní určité úkoly.¹⁷⁸

Terapeutické komunity pro závislé na alkoholu jsou v České republice ojedinělé.¹⁷⁹ V roce 2008 bylo v České republice registrováno patnáct terapeutických komunit,¹⁸⁰ které jsou zaměřené především na léčbu nealkoholových závislostí, ale řada klientů těchto terapeutických komunit má také závažné problémy s alkoholem a snížení užívání alkoholu patří mezi pozitivní účinky pobytu v terapeutické komunitě.¹⁸¹

2.4.6 Následná péče a doléčování

Pojmy doléčování a následná péče¹⁸² se částečně překrývají a často jsou používána jako synonyma.¹⁸³ *Smyslem následné péče je udržet u klienta změny, které nastaly v průběhu léčby, popřípadě spontánně nebo po předchozích intervencích.*¹⁸⁴ Doléčování je definováno takto:

*Doléčování se týká především podpory a udržení abstinence po léčbě. V širším pojetí, vycházejícím z bio-psycho-sociálního modelu, lze doléčování definovat jako soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita atd.) a které ve svém souhrnu pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě.*¹⁸⁵

S termínem doléčování je v praxi spojována spíše podpora v abstinenci po ukončení základní léčby závislosti na alkoholu, bez ohledu na stabilizaci životního stylu a sociální integrace osob závislých na alkoholu. Pojem následná péče však lépe vystihuje spektrum služeb, které klient v této fázi potřebuje. Důležité je, že je

¹⁷⁸ Srov. Drogový informační server [online] [cit. 2010-04-12] Ambulantní léčba. Dostupné z WWW: <http://www.drogy.net/portal/illegalni-drogy/lecba-zavislosti/ambulantni-lecba/ambulantni-lecba_2007_04_18.html>

¹⁷⁹ Srov. KALINA, K. *Terapeutická komunita : obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. s. 280.

¹⁸⁰ Srov. *Výroční zpráva ve věcech drog v České republice v roce 2008*. s. 38.

¹⁸¹ Srov. KALINA, K. *Terapeutická komunita : obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. s. 280.

¹⁸² Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou služby následné péče terénní služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstíní. Podle zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů programy následné péče zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení; obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence.

¹⁸³ Srov. KUDA, A. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti : mezioborový přístup*. s. 208.

¹⁸⁴ KUDA, A. Sociální rehabilitace a následná péče. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 215.

¹⁸⁵ Tamtéž, s. 215.

poskytována klientům nejen po základní léčbě v psychiatrické léčebně nebo terapeutické komunitě, ale i po detoxifikaci nebo spontánním abstinování. Cílem následné péče je upevňování motivace k pokračování v abstinenci a podpora klienta ve vytváření životních podmínek pro abstinenci.¹⁸⁶

Následná péče by měla obsahovat podpůrnou psychoterapii, rodinnou terapii, volnočasové aktivity, prevenci recidivy, sociální práci, poskytování chráněných pracovních míst, rekvalifikace, chráněného bydlení a lékařské péče.¹⁸⁷

Jednou z forem následné péče jsou tzv. **opakovací léčby**. Opakovací léčby jsou týdenním opakovaným absolvováním programu základní léčby, které má za cíl posílit motivaci k pokračování v abstinenci a sdílení zkušeností vyléčených klientů s klienty, kteří léčbou aktuálně procházejí.¹⁸⁸

Další formou následné péče jsou **doléčovací skupiny**. Doléčovací skupiny se scházejí jednou týdně a také se zde setkávají klienti po ukončení základní léčby a klienti, kteří se aktuálně léčí. Jejich cíl je stejný, jako je u opakovacích léčeb - posílení udržení abstinence a výměna zkušeností.¹⁸⁹

Následná péče může mít formu **individuálních pohovorů**, zajišťovaných AT ordinacemi nebo klinickými psychology. Také tady je kladen důraz na posilování udržení abstinence. Svoji roli hrají v následné péči také **svépomocné skupiny**.¹⁹⁰

Specializovaná pracoviště pro následnou péči se většinou nazývají **doléčovací centra**.¹⁹¹ Doléčovací centra využívají obvykle strukturovaný program, který obsahuje ambulantní individuální a skupinovou terapii a poradenství v sociální oblasti. Případně zde probíhají volnočasové aktivity, na jejichž přípravě se klienti podílí. Program je koncipován časově tak, aby do něj mohli docházet klienti i po té, co si najdou po léčbě práci nebo studují, probíhá většinou ve večerních hodinách.¹⁹²

¹⁸⁶ Srov. KUDA, A. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti : mezioborový přístup*. s. 208.

¹⁸⁷ Srov. KUDA, A. Sociální rehabilitace a následná péče. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 217-221.

¹⁸⁸ Srov. *Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online] [cit. 2010-03-08]. Opakovací léčba. Dostupné z WWW: < http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/o/opakovaci_lecba>.

¹⁸⁹ Srov. *Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online] [cit. 2010-03-11]. Následná péče. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/n/nasledna_pece_aftercare>

¹⁹⁰ Srov. tamtéž. [cit. 2010-03-11].

¹⁹¹ Srov. tamtéž. [cit. 2010-03-11].

¹⁹² Srov. *Drogová poradna : Občanské sdružení Sananim* [online] [cit. 2010-03-18]. Následná péče, doléčování. Dostupné z WWW: < <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=52>>.

Chráněné bydlení¹⁹³ je vhodné pro klienty, kteří se nemají po absolvování léčby kam vrátit, jejich rodinné a sociální zázemí není bezpečné nebo se do něj nechtějí nebo nemohou z nějakých důvodů vrátit. Chráněné bydlení je pro ně jedinou možností jak začít budovat nový život bez alkoholu. Podmínkou poskytnutí služby chráněného bydlení je účast klienta na doléčovacích aktivitách, hledání zaměstnání a následně vykonávání zaměstnání. Klient platí nízký nájem a musí dodržovat pravidla bezalkoholového prostředí.¹⁹⁴

Pokud klient ihned po léčbě není schopen získat zaměstnání na otevřeném trhu práce, je tu pro něj možnost získávat základní pracovní návyky a rekvalifikaci v chráněné dílně nebo na **chráněném pracovišti**^{195, 196}. Chráněné pracovní místo je placené a domluvené na několik měsíců, po kterých je klient schopen lépe zajistit své další zaměstnání.¹⁹⁷

2.5 Anonymní alkoholici

Anonymní alkoholici jsou celosvětové svépomocné hnutí. Svépomocné hnutí může být definováno jako *podpora, kterou může uživatel získat mimo formální péči, když se pokouší abstinovat*.¹⁹⁸ Závislému může pomoci v kterékoliv fázi jeho snahy závislost překonat.

Hnutí Anonymních alkoholiků vzniklo v roce 1935 v USA. V roce 1989 začali fungovat i v tehdejší Československé republice. Sami sebe charakterizují jako *společenství mužů a žen, kteří spolu vzájemně sdílejí své zkušenosti, sílu a naděje, aby*

¹⁹³ Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je chráněné bydlení pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

¹⁹⁴ Srov. KUDA, A. Sociální rehabilitace a následná péče. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 215.

¹⁹⁵ Chráněná dílna/chráněné pracoviště je pracoviště zaměstnavatele vymezené na základě dohody s ÚP a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců.

¹⁹⁶ Srov. KUDA, A. Sociální rehabilitace a následná péče. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 218.

¹⁹⁷ *Drogová poradna : Občanské sdružení Sananim* [online] [cit. 2010-03-18]. Následná péče, doléčování. Dostupné z WWW: < <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=52>>.

¹⁹⁸ Department of Health of UK. Cit podle VOBOŘIL, J., KALINA, K. Svépomocné programy. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 84.

*mohli řešit svůj společný problém a pomáhat ostatním uzdravovat se z alkoholismu. Jedinou podmínkou členství je přání přestat pít.*¹⁹⁹

Místní skupiny pořádají pravidelná setkání, která jsou uzavřená (pouze pro členy) nebo otevřená (i pro veřejnost). Setkání zahajuje vedoucí, každý člen (případně host) se představí. Následuje diskuze o problémech, se kterými se členové ve svém životě potýkali a v současnosti potýkají. Jsou to problémy, kterým mohou rozumět jen ostatní členové. Kromě vyprávění vlastních příběhů a diskuze nad nimi, čtou členové Dvanáct kroků a Dvanáct tradic²⁰⁰. Setkání končí modlitbou Anonymních alkoholiků a pozváním na další setkání. Obvykle mezi členy proběhne sbírka, členové podle aktuálních možností přispívají na provozní náklady.²⁰¹

Hnutí Anonymních alkoholiků má propracovaný systém patronství. Skupinová patroni vítají příchozí, představují nové členy a také jim poskytují informace o tom, jak probíhá setkání a o fungování Anonymních alkoholiků. Krátkodobé patronství spočívá v podpoře nových členů k účasti na setkáních, pomoci při vysvětlení situace rodině. Dlouhodobými patrony se stávají členové, kteří abstinují delší dobu. Pomáhají ostatním členům překonávat krize a recidivy, poskytují emoční oporu.²⁰²

Základem pro uzdravení je přijetí Dvanácti kroků. Jsou založeny na zkušenostech předchozích členů. Přijetí Dvanácti kroků není povinné, je však zřejmé, že členové, kteří Dvanáct kroků přijmou a praktikují, získají daleko více než členové, kteří tak neučiní.²⁰³

Principy Dvanácti kroků jsou dobře srozumitelné a slučují se s principy psychoterapie. Jsou obohaceny o duchovní aspekt, který dává programu Anonymních alkoholiků zvláštní sílu, která umožnila i „beznadějným alkoholikům“ vrátit se do života. Duchovní aspekt může být zároveň pro některé závislé jedince překážkou a nemůže oslovit každého.²⁰⁴ Anonymní alkoholici však zdůrazňují koncept *Vyšší moci*

¹⁹⁹ *Anonymní alkoholici - Česká republika* [online] [cit. 2010-04-22]. Kdo jsou anonymní alkoholici? Dostupné z WWW: <<http://www.anonymnialkoholici.cz/index.html>>.

²⁰⁰ Plné znění Dvanácti kroků a Dvanácti tradic je dostupné z WWW: <<http://www.anonymnialkoholici.cz/odpovedi/004.html>>

²⁰¹ Srov. *Anonymní alkoholici - Česká republika* [online] [cit. 2010-04-22]. Skupinová setkání. Dostupné z WWW: <<http://www.anonymnialkoholici.cz/odpovedi/003.html>>.

²⁰² Srov. NEŠPOR, K. CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. s. 109.

²⁰³ Srov. *Anonymní alkoholici - Česká republika* [online] [cit. 2010-04-22]. Program uzdravování. Dostupné z WWW: <<http://www.anonymnialkoholici.cz/odpovedi/004.html>>

²⁰⁴ Srov. VOJTOVÁ, H. Anonymní alkoholici a ich program dvanácti kroků. *Psychiatria*. 2006, roč. 13, č. 3-4. s. 177-181.

*a Boha, jak mu rozumíme my sami.*²⁰⁵ Za tyto pojmy si každý člen může dosadit vlastní představu těchto pojmů. Víra ve Vyšší moc je tu hlavním faktorem uzdravení. Dává možnost opustit staré zvyky a lépe čelit realitě, která se člověku závislému na alkoholu může často jevit jako ohrožující.²⁰⁶

Dalšími účinnými faktory členství v hnutí Anonymních alkoholiků jsou přiznání si ztráty kontroly nad pitím alkoholu; přijetí modelu nemoci; zbavení se obranných mechanismů, které člověk závislý na alkoholu vytváří; uznání negativních dopadů konzumace alkoholu; společné přání všech členů abstinovat; identifikace s lidmi, kteří se potýkají s podobnými problémy; pocity sounáležitosti; vzájemné poskytování emoční podpory; zmírňování pocitů viny; posilování motivace k abstinenci a uvědomění si vlastních slabých stránek a odpovědnosti.²⁰⁷

Ačkoliv program Anonymních alkoholiků nezahrnuje žádnou kvalifikovanou odbornou pomoc, je po několik desetiletí jedním z nejefektivnějších programů pro stabilizaci závislosti na alkoholu.²⁰⁸ V zahraničí je využití efektivní podpory svépomocného hnutí Anonymních alkoholiků v kombinaci s odbornou léčbou běžnou praxí. Na podobných principech bylo založeno mnoho dalších svépomocných hnutí (Anonymní narkomani, apod.).²⁰⁹

²⁰⁵ Srov. *Anonymní alkoholici – Česká republika* [online] [cit. 2010-04-23]. Vyšší síla. Dostupné z WWW: <http://www.anonymnialkoholici.cz/jsme_k/008.html>

²⁰⁶ Srov. VOJTOVÁ, H. Anonymní alkoholici a ich program dvanácti kroků. *Psychiatria*. 2006, roč. 13, č. 3-4. s. 177-181.

²⁰⁷ Srov. WALLACE. Cit. podle VOBOŘIL, J., KALINA, K. Svépomocné programy. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 86-87.

²⁰⁸ Srov. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. s. 94.

²⁰⁹ Srov. VOBOŘIL, J., KALINA, K. Svépomocné programy. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 84.

3 MOŽNOSTI SOCIÁLNÍ PRÁCE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

V úvodu této kapitoly vymezím co je to sociální práce, jaké jsou její cíle a co je sociální fungování. Dále se věnuji základním principům sociální práce se závislými klienty. Zaměřuji se na uplatnění tří paradigmat sociální práce v pomoci závislým klientům a na možnosti sociální práce v jednotlivých složkách systému léčby závislosti na alkoholu.

Závislost na alkoholu má na život závislého značný negativní sociální dopad (viz 1.1.2). Z tohoto důvodu má sociální pracovník v rámci multidisciplinárního týmu odborníků velký prostor působnosti.²¹⁰

Existuje mnoho definic sociální práce. Podle Matouška zní definice sociální práce takto:

*Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci.*²¹¹

V současnosti se můžeme setkat s vymezením cíle sociální práce, jež se opírá především o koncept sociálního fungování. Cílem sociální práce je *pomáhat jednotlivcům a sociálním systémům zlepšovat své sociální fungování a měnit sociální podmínky tak, aby chránily tyto jednotlivce a systémy před potížemi ve fungování.*²¹² Termín sociální fungování je mnohoznačný a je různě interpretován.²¹³ Matoušek uvádí definici sociálního fungování takto:

Sociální fungování je kvalita společenských vazeb jednotlivce, obvykle posuzovaná podle několika kritérií – např. podle kvality vztahů k lidem, využití

²¹⁰ Srov. MAHROVÁ, G., Sociální práce s uživatelem návykových látek. In MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., et al. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*.

²¹¹ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. s. 213.

²¹² SHEAFOR, W., B., HOREJSI, CH., R., HOREJSI, G., A. *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. Cit. podle NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. s. 11.

²¹³ Srov. NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. s. 12.

*vlastního potenciálu, plnění požadavků společenského prostředí. Pojem sociální fungování reflektuje jednak schopnost klienta odpovídat na nároky prostředí, jednak samy nároky prostředí. Problémy v sociálním fungování jsou důvodem toho, aby se klient spojil se sociálním pracovníkem a společně je pokoušeli řešit.*²¹⁴

Koncept sociálního fungování zdůrazňuje schopnost člověka zvládat obtížné životní situace, které vznikají jako důsledek nevyvážené interakce se sociálním prostředím. Cílem sociální práce je podpora člověka v těchto obtížných situacích. Lidé závislí na alkoholu se z jejich vlastního úhlu pohledu pohybují ve společnosti, která po nich požaduje splnění požadavků, které pro ně mohou být nesrozumitelné, příliš složité a těžko přijatelné.²¹⁵

Sociální práce s lidmi závislými na psychoaktivních látkách, tedy i s lidmi závislými na alkoholu, se vyznačuje několika principy. Sociální pracovník musí mít systematické znalosti o závislosti, o souvislostech jejího vzniku, vývoje a důsledcích. Sociální pracovník musí mít systematické znalosti o člověku, společnosti a jejích systémech. Musí být seznámen se širokým spektrem teorií vysvětlujících individuální, institucionální, komunitní a organizační chování lidí ve společnosti, aby byl schopen pomoci závislému klientovi v problémech, kterým čelí. Dále je také nezbytné systematické sebepoznání, protože osobnost sociálního pracovníka je nejdůležitější nástroj při jeho práci s lidmi. Měl by také reflektovat své vlastní závislosti a také to z jakých představ o dobru a zlu a o účelném a neúčelném jednání vychází při hodnocení klientova jednání a klientovi situace. Sociální pracovník musí mít víru v hodnotu a důstojnost každého člověka. Sociální pracovník musí věnovat pozornost nejen zjevným problémům, které klient prezentuje, ale také širším souvislostem jeho situace. Cílem sociální práce se závislým člověkem musí být klient i prostředí, neboť sociální fungování je otázkou rovnováhy mezi požadavky prostředí a schopnostmi člověka tyto požadavky plnit.²¹⁶

²¹⁴ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. s. 209.

²¹⁵ Srov. NAVRÁTIL, P. Sociální práce. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 70.

²¹⁶ Srov. tamtéž, s. 74.

3.1 Paradigmata v sociální práci

V sociální práci vykryštovaly během 20. století tři odlišné přístupy, tzv. malá paradigmata. Jsou to přístupy, které se liší svými filozofickými východisky a také praktickými důsledky. Tyto tři paradigmata jsou: sociální práce jako terapeutická pomoc, sociální práce jako reforma společenského prostředí, sociální práce jako sociálně právní pomoc.²¹⁷ Každé z těchto paradigmat nabízí v práci se závislými nějaké přednosti, žádné však nenabízí takové pojetí klientovy situace, které by poskytovalo dostatečně komplexní reflexi faktorů klientova sociálního fungování.²¹⁸ Představím tedy každé z nich, jejich východiska a praktické využití v práci se závislými klienty.

První paradigma sociální práce jako **terapeutická pomoc** považuje za hlavní faktory sociálního fungování duševní zdraví a pohodu člověka. Sociální práce je chápána v tomto přístupu jako *terapeutická intervence, která si klade za cíl pomoci jednotlivcům, skupinám i komunitám zabezpečit psychosociální pohodu*.²¹⁹ Prostředky tohoto přístupu jsou podpora a pomoc v rozvoji. Důraz je kladen na komunikaci a vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem.²²⁰

Profesní vybavení sociálního pracovníka se v tomto přístupu opírá o psychologické znalosti a terapeutický výcvik.²²¹

Příkladem tohoto pojetí sociální práce je Rogersova²²² humanistická koncepce. Přístup sociálního pracovníka ke klientovi má být podle Rogerse nedirektivní, nehodnotící a obsahovat ze strany sociálního pracovníka aktivní naslouchání²²³, pozitivní zpětnou vazbu, empatii a autentické přátelství. Dále je podle Rogerse osobnost člověka neustále se měnící proces, jejímž právem je důstojnost a rozvoj, zasluhuje respekt a je ze své podstaty dobrá. Člověk je také schopen uvědomovat si své hodnoty,

²¹⁷ Srov. NAVRÁTIL, P. Současné pojetí a dilemata disciplíny. In MATOUŠEK, O., et al. *Základy sociální práce*. s. 187.

²¹⁸ Srov. NAVRÁTIL, P. Sociální práce. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 70, 73.

²¹⁹ NAVRÁTIL, P. Současné pojetí a dilemata disciplíny. In MATOUŠEK, O., et al. *Základy sociální práce*. s. 187.

²²⁰ Srov. tamtéž, s. 187.

²²¹ Srov. tamtéž, s. 187.

²²² Carl R. Rogers je významný humanistický autor, který nepřímě ovlivnil sociální práci.

²²³ Aktivní naslouchání je technika užívaná sociálními pracovníky k povzbuzení klientovi schopnosti vyjádřit se, k překonání zábran a studu, k navození pocitu důvěry. Obsahuje empatické reflektování toho, co klient sděluje, parafrázemi a shrnováním. Velký význam má neverbální projev sociálního pracovníka.

být odpovědný, změnit se, rozvíjet se a žít plný a upokojivý život.²²⁴ Cílem terapie je odstranit bloky, které klientovi brání v dalším vývoji. V praxi je rogerovská terapie vhodná tam, kde je pití alkoholu spojeno s potřebou zvládat otázky svého sebepojetí a osobního růstu. Neřeší sociální aspekty závislosti, například zaměstnání, a neřeší ani praktické problémy.²²⁵

Druhé paradigma je sociální práce jako **reforma společenského prostředí**. Princip sociálního fungování je opřen o vizi společenské rovnosti na různých úrovních života společnosti. Snahou tohoto přístupu je zmocňování jednotlivců a skupin a úsilí o jejich podíl na tvorbě a změnách společenských institucí. Ve společnosti podle tohoto přístupu existují elity, jež hromadí zdroje a moc ve svůj prospěch. Vzniká tak útlak jedné skupiny lidí jinou skupinou,²²⁶ který způsobuje lidem problémy a utrpení.²²⁷ Podle reformního paradigmatu musí nejdříve dojít ke společenské změně, pak se teprve může uskutečňovat osobní rozvoj tak, jak o něj usilují terapeutické a poradenské paradigma.²²⁸

Profesní vybavení sociálního pracovníka se v tomto pojetí sociální práce opírá o znalosti z oblasti politologie, sociální filozofie a sociologie.²²⁹

V praxi je paradigma reprezentováno strukturálním přístupem. Strukturální přístup k uživatelům psychoaktivních látek obecně je sporný, protože cílem úsilí je změnit pohled společnosti na tyto uživatele, tak aby byl i pro ně vytvořen prostor, kde jsou akceptováni. Strukturální přístup je přínosný v tom, že vnímá širší společenské souvislosti, ale naopak nevnímá specifickou problémů jednotlivých klientů. Nevnímá konzumaci alkoholu a jiných drog jako problém, problém vidí v netoleranci společnosti vůči uživatelům těchto látek.²³⁰

Třetím paradigmatem sociální práce je **sociálně právní pomoc**. Sociální fungování je podle tohoto pojetí sociální práce podmíněno schopností zvládat problémy

²²⁴ Srov. ROTGERS, C., R. Cit. podle NAVRÁTIL, P. Humanistické a existenciální teorie. In MATOUŠEK, O., et al. *Základy sociální práce*. s. 203.

²²⁵ Srov. NAVRÁTIL, P. Sociální práce. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 71.

²²⁶ Srov. NAVRÁTIL, P. Současné pojetí a dilemata disciplíny. In MATOUŠEK, O., et al. *Základy sociální práce*. s. 187-188.

²²⁷ Srov. NAVRÁTIL, P. Sociální práce. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 71-72.

²²⁸ Srov. NAVRÁTIL, P. Současné pojetí a dilemata disciplíny. In MATOUŠEK, O., et al. *Základy sociální práce*. s. 188.

²²⁹ Srov. tamtéž, s. 188.

²³⁰ Srov. NAVRÁTIL, P. Sociální práce. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 71-72.

a přístupem k odpovídajícím informacím. Tento přístup vychází vstříc individuálním potřebám klientů a zároveň usiluje o zdokonalování sociálních služeb a institucí. V praxi je přístup založen na poskytování informací, poradenství a zprostředkování služeb. Dále také na úsilí o přizpůsobování společnosti a jejích institucí potřebám klientů.²³¹

Profesní vybavení sociálního pracovníka se v pojetí sociální práce jako sociálně-právní pomoci opírá o znalosti z psychologie, sociologie a práva.²³²

Paradigmatu odpovídá úkolově orientovaný přístup, jehož východisky jsou tvrzení, že malý úspěch rozvíjí sebedůvěru a každý člověk se nasazuje nejvíce pro úkoly, který si sám zvolí. Sociální pracovník má pomoci klientovi stanovit si vlastní cíle. Klient má dostatek síly na to, aby si sám stanovil úkoly, kterých chce dosáhnout. Úkolově orientovaný přístup je vhodný při řešení problémů, jako jsou interpersonální konflikty, neuspokojení v sociálních vztazích, konflikty s formálními organizacemi, potíže v naplňování rolí, problémy vznikající v souvislosti se sociálními změnami, reaktivní emocionální úzkost, neadekvátní zdroje a problémy v chování.²³³

Realizace úkolově orientovaného přístupu spočívá v šesti krocích, kterými jsou příprava, explorace problému, dohoda o cílech, formulace úkolů, plnění úkolů a ukončení. Sociální pracovník se při využití tohoto přístupu nezajímá o klientovu minulost a příčiny problému, zaměřuje se spíše na řešení jeho životní situace a jeho problémů.²³⁴

Sociální pracovník přijímá klientův úhel pohledu a vytváří otevřený prostor pro vyjádření jeho potřeb, což je dobrý předpoklad pro úspěšnou práci s člověkem závislým na alkoholu. Sociální pracovník předpokládá, že každý má možnost měnit své jednání a není nijak determinován vnějšími ani vnitřními faktory. V tom mohou být výhody i nevýhody tohoto přístupu při práci se závislými.²³⁵

²³¹ Srov. NAVRÁTIL, P. Současné pojetí a dilemata disciplíny. In MATOUŠEK, O., et al. *Základy sociální práce*. s. 188.

²³² Srov. tamtéž, s. 188.

²³³ Srov. NAVRÁTIL, P. Sociální práce. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. s. 72.

²³⁴ Srov. tamtéž, s. 72-73.

²³⁵ Srov. tamtéž, s. 73.

3.2 Možnosti sociálního pracovníka při práci s klientem závislým na alkoholu

Sociální pracovník může pracovat s člověkem závislým na alkoholu v kterékoliv fázi jeho závislosti nebo v kterékoliv fázi jeho potřeby závislost překonat.²³⁶

V předléčebné fázi je důležitým úkolem pracovat na motivaci klienta k léčbě a na jeho sebedůvěře. Sociální pracovník může posilovat klientovu motivaci následujícími způsoby: projevením respektu a empatického porozumění, využitím aktivního naslouchání, napomáháním k uvědomění si rozporu mezi tím jak klient žije a jak by žít chtěl. Sociální pracovník by neměl konfrontovat klientův odpor, s motivací by měl pracovat průběžně a podporovat klientovu soběstačnost a důvěru ve vlastní schopnosti.²³⁷

Během práce na podpoře klientovi motivace musí sociální pracovník umět najít správnou míru angažovanosti. Nízká angažovanost se může projevovat jako udílení expertních rad ve chvíli, kdy klient není připravený na jejich přijetí. Přílišná angažovanost a přebírání zodpovědnosti za klienta může vyvolat v závislém odpor k léčbě a dlouhodobě ho zablokovat k odhodlání nastoupit na léčbu. Klient sám musí dokázat zhodnotit zisky a ztráty z pití alkoholu (viz 2.1). Ve fázi kdy si klient začne přiznávat problémy spojené s pitím alkoholu, je prací sociálního pracovníka zesilovat rozpor mezi tím jak klient vnímá svojí závislost a jak vnímá jiné hodnoty, v jejichž naplnění mu alkohol brání. Nesmí však na klienta vyvíjet tlak, používat pro označení klienta, jeho chování a příznaků závislosti odstrašujících diagnostických nebo jiných nálepek. Tím by rozhovor dostával nežádoucí konfrontační ráz.²³⁸

Když začnou v klientově vidění jeho situace převažovat ztráty, nachází se ve „stádiu odhodlání“. Nyní může sociální pracovník klientovi pomoci s řešením druhotných problémů a současně mu poskytovat informace o možných způsobech léčby. Informace musí být přesné a srozumitelné tak aby klient věděl, co ho během léčby čeká a jaké na něj budou kladeny nároky. Riziko vypadnutí z léčby se tak snižuje. Dobrý je i kontakt s někým, kdo v minulosti léčbou prošel. Důležité je, aby

²³⁶ Srov. MÜLLEROVÁ, P., MATOUŠEK, O., VONDRÁŠKOVÁ, A. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, O., et al. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 217.

²³⁷ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 75.

²³⁸ Srov. MÜLLEROVÁ, P., MATOUŠEK, O., VONDRÁŠKOVÁ, A. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, O., et al. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 219-220.

sociální pracovník nepromeškal okamžik, kdy je klientovo motivace k léčbě nejvyšší. Motivace se může zdát stále nízká, protože alkohol snižuje u člověka motivaci a energii k čemukoliv. Sociální pracovník může nabídnout kontakt s rodinou klienta, aby usnadnil její orientaci v celé situaci.²³⁹

Sociální pracovník podporuje také klientovu sebedůvěru. Vyhýbá se všem intervencím, které by mohly klientovu sebedůvěru snižovat a je empatický i v takovém případě, že se s klientovým chováním nedokáže ztotožnit. Dále také pozorně vnímá každou klientovu snahu o změnu a tuto snahu podporuje.

V **terénních programech** a **kontaktních centrech** poskytuje informace o rizicích užívání alkoholu, sociální poradenství, pomoc s hledáním zaměstnání, asistenci při vyřizování úředních záležitostí, pomoc při řešení trestněprávních záležitostí, pomoc při řešení dluhů.²⁴⁰

Během pobytu na **detoxifikační jednotce** pomáhá klientovi zajistit další léčbu, kontakt s rodinou a úřady.²⁴¹

V průběhu **ambulantní léčby**, léčby v **denním stacionáři** je sociální práce zaměřena na stabilizaci životní situace klienta, řešení dluhů, bydlení a zaměstnání. Poskytuje poradenství a pomáhá v získávání dovedností, které vedou ke zvládnutí života bez alkoholu.²⁴²

Během léčby v **pobytovém zařízení** spočívá práce sociálního pracovníka v postupném obnovování kontaktů s vnějším sociálním světem, například skrze rodinnou terapii. Práce sociálního pracovníka v této chvíli spočívá také ve zvyšování kvality klientova sociálního fungování. Mnoho klientů přichází do léčení ve velmi komplikované situaci (pokud již nebyla vyřešena během předchozích fází) – mohou být zadluženi, mohou řešit problémy z okruhu občanského nebo rodinného práva. Sociální pracovník se tedy musí vyznat v zákonech a možnostech řešení takových problémů, aby

²³⁹ Srov. MÜLLEROVÁ, P., MATOUŠEK, O., VONDRÁŠKOVÁ, A. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, O., et al. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 219-220.

²⁴⁰ Srov. TĚMÍNOVÁ, RICHTEROVÁ, M. Systém péče a jeho složky. In KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. s. 370-374.

²⁴¹ Srov. tamtéž, s. 376.

²⁴² Srov. tamtéž, s. 379.

klienta mohl podpořit při jeho vlastním řešení.²⁴³ Propuštění do nezměněné sociální situace je nejčastějším důvodem neúspěchu.²⁴⁴

Pomoc sociálního pracovníka při řešení úředních, právních rodinných a občanských záležitostí pokračuje i během **doléčování**. Dále také pomáhá klientovi při hledání zaměstnání. Pokud dojde u klienta k lapsu, který může být přirozenou součástí doléčovacího procesu, pracuje s ním sociální pracovník jako s příležitostí k poučení. Také je nezbytné, aby spolu s klientem zmapovali příčiny, které k lapsu vedly, a hledali strategie, jak se těmto příčinám vyvarovat.²⁴⁵

Při sociální práci s klienty závislými na alkoholu je žádoucí brát v úvahu i zájmy a potřeby lidí v nejbližším okolí klienta a pomáhat usnadňovat nelehkou situaci i jim. Mohou to být jejich děti, rodiče, partnerky nebo partneři.²⁴⁶

²⁴³ Srov. MÜLLEROVÁ, P., MATOUŠEK, O., VONDRÁŠKOVÁ, A. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, O., et al. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 222.

²⁴⁴ DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. s. 167.

²⁴⁵ Srov. MÜLLEROVÁ, P., MATOUŠEK, O., VONDRÁŠKOVÁ, A. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, O., et al. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 223.

²⁴⁶ Srov. HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., et al. *Závislost známá neznámá*. s. 61.

ZÁVĚR

Hlavním cílem práce bylo podat přehled o možnostech léčby závislosti na alkoholu v České republice a popsat možnosti sociální práce s klienty závislými na alkoholu.

Závislost na alkoholu vzniká ve čtyřech fázích. Je charakteristická postupnými změnami. Je jak psychická, tak somatická. Vznik závislosti na alkoholu může mít mnoho příčin, je to komplexní problém vzniklý působením biologických, psychologických, sociálních a spirituálních faktorů. Závislost na alkoholu má výrazný negativní dopad na psychické a fyzické zdraví a na sociální fungování jedince.

Závislost na alkoholu je léčitelná nemoc, ale nikoliv vyléčitelná. Léčba uzdravuje příznaky této nemoci. Cílem léčby je dosáhnout abstinence a vrátit klienta do běžného produktivního života a zvýšit jeho kvalitu na nejvyšší možnou míru.

Léčbu podstupuje klient dobrovolně nebo nedobrovolně, pokud je mu nařízena soudem. Motivace k léčbě ze strany klienta je zásadním faktorem úspěšné léčby.

V léčbě závislosti na alkoholu se uplatňuje farmakoterapie a psychoterapie. Farmakoterapie závislosti na alkoholu zahrnuje farmaka, která mohou podpořit psychoterapeutický proces, odstraňovat bažení a senzitivující farmaka, která způsobí po požití alkoholu značně nepříjemnou tělesnou reakci. Psychoterapie hraje v léčbě závislosti na alkoholu klíčovou roli. Může probíhat ve formě individuálních nebo skupinových sezení. Skupinová psychoterapie převažuje. Skupinová psychoterapie poskytuje členům skupiny, která správně funguje, povzbuzení, pocit sounáležitosti, možnost projevit se a opravit chyby ve svém jednání. Za specifickou formu skupinové psychoterapie je považována terapeutická komunita. Významná je v léčbě závislosti na alkoholu také rodinná terapie. V léčbě závislosti na alkoholu se uplatňují další specifické terapeutické metody – jako je socioterapie apod. Mezi psychoterapeutickými směry v léčbě závislosti převažuje behaviorální a kognitivně behaviorální terapie. Behaviorální terapie je zaměřena na změnu chování skrze rozmanité techniky (cílevědomá volba podnětů, sebekontrola, sebeodměňování, modelování nového chování, apod.). Kognitivně behaviorální terapie, která je považována za formu terapie behaviorální, bere na zřetel i psychické procesy jedince.

Systém odborné léčby a pomoci lidem závislým na alkoholu se skládá z terénních programů, kontaktních center, ambulantních zařízení (AT ordinace),

denních stacionářů, pobytových zařízení (psychiatrické léčebny a specializovaná oddělení nemocnic a terapeutické komunity). Výsledky léčby je nutné podpořit nabídkou následné péče – chráněné bydlení, chráněné zaměstnání, opakování léčby, docházkou na ambulantní skupiny. Svojí roli hrají v překonávání závislosti i svépomocné aktivity hnutí Anonymních alkoholiků.

Sociální práce má v pomoci a léčbě závislosti na alkoholu široké pole působnosti vzhledem k velkému sociálnímu dopadu závislosti. V sociální práci existují tři paradigmaty, každé z nich nabízí v práci se závislými nějaké přednosti, ale žádné z nich nenabízí komplexní reflexi faktorů klientova sociálního fungování.

Sociální práce s lidmi závislými na alkoholu spočívá především v podpoře motivace k léčbě a motivace k abstinenci, podpoře sebedůvěry, poskytování informací, pomoci s úředními a právními záležitostmi, pomoci při obnovování kontaktů s rodinou a návratem do rodiny.

ZDROJE

Prameny

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.

Literatura

BAYER, David. Farmakoterapie závislosti a psychopatologických komplikací a komorbidit. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 19-24. ISBN 80-86734-05-6.

DOBIÁŠOVÁ, Dana, BROŽA, Jiří, KALINA, Kamil. Poradenství a práce s motivací. In KALINA, Kamil, et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. s. 121-128. ISBN 978-80-247-1411-0.

DÖRNER, Klaus, PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha : Grada, 1999. 356 s. ISBN 80-7169-628-55.

DVOŘÁČEK, Jiří. Střednědobá ústavní léčba. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 195-200. ISBN 80-86734-05-6.

GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog : důkazy o účinnosti*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2009. 104 s. ISBN 978-80-87041-81-9.

HAJNÝ, Martin. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 140-144. ISBN 80-86734-05-6.

- HAMPL, Karel. Lékařská ambulantní péče o závislé. In KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 172-178. ISBN 80-86734-05-6.
- HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
- HELLER, Jiří, PECINOVSKÁ, Olga, et al. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha : Grada, 1996. 162 s. ISBN 80-7169-277-8.
- KALINA, Kamil, MIOVSKÝ, Michal. Psychoterapie v léčbě závislostí. In KALINA, Kamil, et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. s. 159-185. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KALINA, Kamil. Cit. podle MÜLLEROVÁ, Pavlína, MATOUŠEK, Oldřich, VONDRÁŠKOVÁ, Andrea. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, Oldřich, et al. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005, s. 211-226. ISBN 80-7367-002-X.
- KALINA, Kamil. Denní stacionáře. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 179-180. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, Kamil. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 78-82. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, Kamil. Rodinná terapie a práce s rodinou. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 45-50. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita : obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. 394 s. ISBN 978-80-247-2449-2.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 2. vyd. Praha : Portál, 1998. 400 s. ISBN 80-7178-280-7.
- KUDA, Aleš. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 208-214. ISBN 80-86734-05-6.

- KUDA, Aleš. Sociální rehabilitace a následná péče. In KALINA, Kamil, et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. s. 215-224. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KUDRLE, Stanislav. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In KALINA, Kamil, et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. s. 17-23. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KUDRLE, Stanislav. Psychopatologie závislosti a kodependence. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 107-113. ISBN 80-86734-05-6.
- KUDRLE, Stanislav. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 145-149. ISBN 80-86734-05-6.
- LEEDS, Jeremy, MORGENSTERN, Jon. Psychoanalytické teorie zneužívání návykových látek. In ROTGERS, Frederick, et al. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha : Grada, 1999. s. 59-72. ISBN 80-7169-863-9.
- MAHROVÁ, Gabriela. Sociální práce s uživatelem návykových látek. In MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina, et al. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MARHOUNOVÁ, Jana, NEŠPOR, Karel. *Alkoholici, fetišáci a gambléři*. 1. vyd. Praha : Empatie, 1995. 110 s. ISBN 80-901618-9-8.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
- MIOVSKÝ, Michal, BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 25-29. ISBN 80-86734-05-6.
- MIOVSKÝ, Michal, BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 :*

- mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 36-44. ISBN 80-86734-05-6.
- MIOVSKÝ, Michal. Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 15-18. ISBN 80-86734-05-6.
- MÜLLEROVÁ, Pavlína, MATOUŠEK, Oldřich, VONDRÁŠKOVÁ, Andrea. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi : Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. s. 211-226. ISBN 80-7367-002-X.
- NAVRÁTIL, Pavel. Sociální práce. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 70-76. ISBN 80-86734-05-6.
- NAVRÁTIL, Pavel. Současné pojetí a dilemata disciplíny. In MATOUŠEK, Oldřich, et al. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. s. 183-192. ISBN 978-80-7367-331-4.
- NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno : Marek Zeman, 2001. 168 s. ISBN 80-903070-0-0.
- NEŠPOR, Karel. CZÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislosti*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. 199 s. ISBN 80-85121-52-2.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3. vyd. Praha : Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
- POKORNÝ, Vratislav. TELCOVÁ, Jana. TOMKO, Anton. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno : Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. 194 s. ISBN 80-86568-02-04.
- POPOV, Petr. Alkohol. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 151-158. ISBN 80-86734-05-6.
- POPOV, Petr. Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba. In KALINA, Kamil, et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. s. 145-158.. ISBN 978-80-247-1411-0.

- ŘEHAN, Vladimír. *Adiktologie*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 130 s. ISBN 978-80-244-1745-5.
- SKÁLA, J. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abusus a závislost*. Praha : Avicenum, 1986. 92 s. ISBN 08-090-86.
- Slovník cizích slov*. Praha : Encyklopedický dům, 1998. 366 s. ISBN 80-90-1647-8-1.
- TĚMÍNOVÁ, RICHTEROVÁ, Martina. Systém péče a jeho složky. In KALINA, Kamil, et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. s. 369-385. ISBN 978-80-247-1411-0.
- Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. 80 s. ISBN 80-85121-08-5.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rošířené vyd. Praha : Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VOBOŘIL, Jindřich, KALINA, Kamil. Svépomocné programy. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 84-89. ISBN 80-86734-05-6.
- VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 2. aktualizované vyd. Praha : Grada, 2003. 264 s. ISBN: 80-247-0253-3.
- Výroční zpráva ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2009. 131 s. ISBN 978-80-87041-99-4. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocnizpravy/vyrocnizprava_o_stavu_ve_vecch_drog_v_cr_v_r_2008>
- WALLACE, John. Teorie modelu 12 kroků (12stupňové teorie). ROTGERS, Frederick, et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha : Grada 1. vyd. 1999. s. 17-34. ISBN 80-7169-836-9.
- ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Univerzita Palackého : Olomouc, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

Internet

Anonymní alkoholici – Česká republika [online]. 2006 [cit. 2010-04-23]. Vyšší síla.

Dostupné z WWW: <http://www.anonymnialkoholici.cz/jsme_k/008.html>

Anonymní alkoholici – Česká republika [online]. 2006 [cit. 2010-04-22]. Program

uzdravování. Dostupné z WWW:

<<http://www.anonymnialkoholici.cz/odpovedi/004.html>>

Anonymní alkoholici - Česká republika [online]. 2006 [cit. 2010-04-11]. Duchovní?

Dostupné z WWW: <http://www.anonymnialkoholici.cz/jsme_k/001.html>

Anonymní alkoholici - Česká republika [online]. 2006 [cit. 2010-04-22]. Kdo jsou

anonymní alkoholici?. Dostupné z WWW:

<<http://www.anonymnialkoholici.cz/index.html>>.

Anonymní alkoholici - Česká republika [online]. 2006 [cit. 2010-04-22]. Skupinová

setkání. Dostupné z WWW:

<<http://www.anonymnialkoholici.cz/odpovedi/003.html>>.

Drogová poradna : Občanské sdružení Sananim [online]. 2002-2010, 2010 [cit. 2010-

01-18]. Alkohol. Dostupné z WWW:

<<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=45>>.

Drogová poradna : Občanské sdružení Sananim [online]. 2002-2010, 2010 [cit. 2010-

03-18]. Následná péče, doléčování. Dostupné z WWW: <

<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=52>>.

Drogová poradna : Občanské sdružení Sananim [online]. 2002-2010. 2010. [cit. 2010-

01-03] Léčebné programy. Dostupné z WWW:

<<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=51#ambulantni>>.

Drogový informační server [online]. 18.04.2007 [cit. 2010-03-18]. Ambulantní léčba.

Dostupné z WWW: <[http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/lecba-](http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/lecba-zavislosti/ambulantni-lecba/ambulantni-lecba_2007_04_18.html)

[zavislosti/ambulantni-lecba/ambulantni-lecba_2007_04_18.html](http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/lecba-zavislosti/ambulantni-lecba/ambulantni-lecba_2007_04_18.html)>.

Drogy.info.cz : Informační portál o ilegálních a legálních drogách [online]. 23.04.2003,

04.10.2005. [cit. 2010-04-12]. Systémový přístup. Dostupné z WWW:

<http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/systemovy_pristup>.

- Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 31.03.2003, 16.01.2009 [cit. 2010-01-18]. Alkohol - podrobně. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/alkohol/alkohol_podrobne>.
- Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 23.04.2003, 04.10.2005 [cit. 2010-02-08]. Arteterapie. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/a/arteterapie>.
- Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 23.04.2003, 04.10.2005 [cit. 2010-03-11]. Následná péče. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/n/nasledna_pece_aftercare>.
- Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 23.04.2003, 04.10.2005 [cit. 2010-03-08]. Opakovací léčba. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/o/opakovaci_lecba>.
- Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 23.04.2003, 04.10.2005 [cit. 2010-02-08]. Socioterapie. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/socioterapie_social_therapy>.
- Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 23.04.2003, 04.10.2005 [cit. 2010-04-11]. Sekundární prevence. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/sekundarni_prevence>.
- Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 23.04.2003, 04.10.2005 [cit. 2010-03-11]. AT ordinace. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/a/at_ordinace>.
- Drogy-info.cz : informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 13.8.2008. [cit. 2009-12-15] Léčba závislosti. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/lecba/lecba_zavislosti>.
- MLČOCH, Z. *Alkoholik.cz* [online]. c 2003-2010. [cit. 2010-01-02] Nevýhody alkoholismu a intenzivního pití alkoholu (abúzu). Dostupné z WWW:

<http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/nevyhody_alkoholismu_a_intenzivniho_piti_alkoholu_abuzu.html>.

MLČOCH, Zbyněk. *Alkoholik.cz* [online]. 2003-2010 [cit. 2010-01-02]. Tělo a alkohol - jak působí alkohol na orgány a mozek. Dostupné z WWW: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/telo_a_alkohol_jak_pusobi_alkohol_na_organy_a_mozek.html>.

Periodika

MATEJOVSKÁ, I. Násilie v partnerských vztáhech závislých žien. *Alkoholismus a drogové závislosti : Protialkoholický obzor*. 2007, roč. 42., č. 1, s. 25-36. ISSN 0862-0350.

VOJTOVÁ, H. Anonymní alkoholici a ich program dvanácti krokov. *Psychiatria*. 2006, roč. 13, č. 3-4. s. 177-181. Dostupné z WWW: <<http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-4-2006/PSY34-2006-cla14.pdf>>

VONDRÁČKOVÁ, P. Charakteristika uživatelů psychoaktivních látek s nařízenou ústavní léčbou. *Adiktologie : Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*. 2008, roč. 8, č. 4. s. 287-298. ISSN 1213-3841.