

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie

**KONTROLOVANÉ PITÍ ALKOHOLU PO ABSOLVOVÁNÍ
KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE**



Magisterská diplomová práce

Autor: Gabriela Zagyi

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka PhD.

Olomouc 2019

Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. Romanovi Procházkovi, Ph.D. za jeho vedení a cenné připomínky.

Děkuji účastníkům výzkumu, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout, za jejich ochotu sdílet své zkušenosti. Děkuji své rodině a dětem za podporu.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou práci na téma „Kontrolované pití alkoholu po absolvování kognitivně behaviorální terapie“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího magisterské práce a uvedla jsem všechny podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis.....

OBSAH

ÚVOD	5 -
I. TEORETICKÁ ČÁST	7 -
1. Alkohol	8 -
1.1. Poruchy způsobené užíváním alkoholu	9 -
1.2. Dominující negativní důsledky užívání alkoholu	16 -
2. Teoretické vymezení závislosti	20 -
2.1. Vybrané modely závislosti	20 -
2.2. Modely závislosti na úrovni jednice	22 -
2.3. Model závislosti na úrovni skupiny	24 -
2.4. Komplexní model závislosti	25 -
3. Kontrolované pití	29 -
3.1. Historie kontrolovaného pití	30 -
3.2. Modely kontrolovaného pití	32 -
3.3. Předpoklady pro kontrolované pití	37 -
4. Kognitivně behaviorální terapie závislosti	39 -
4.1. Kognitivní a behaviorální model závislosti	39 -
4.2. Terapeutické postupy	44 -
4.2.1 Úvodní sezení – Bludný kruh a modality, důsledky	45 -
4.2.2 Motivace a motivační váha	46 -
4.2.3 Kognitivní restrukturalizace	47 -
4.2.4 Komunikace – asertivita, kritika, laskavost	48 -
4.2.5 Další kognitivní a behaviorální metody	50 -
4.2.6 Individuální výstupní plán	52 -
II. EMPIRICKÁ ČÁST	53 -
5. Metodologický rámec výzkumu	54 -
5.1. Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek	54 -

5.2. Aplikovaná metodika	- 55 -
5.2.2. Metody zpracování dat.....	- 58 -
5.2.3. Proces analýza dat.....	- 59 -
5.3. Organizace průběhu výzkumného šetření	- 61 -
5.4. Etické problémy související s výzkumem	- 61 -
5.5. Charakteristika zkoumané populace, popis vzorku	- 62 -
6. Výsledky výzkumného šetření.....	- 74 -
6.1 Rozhodování	- 75 -
6.2 Změny po návratu	- 79 -
6.3 Kontrolované pití alkoholu v současnosti.....	- 85 -
6.4 Odpovědi na výzkumné otázky.....	- 93 -
7 Diskuze	- 95 -
8 ZÁVĚRY	- 103 -
SHRNUTÍ.....	- 105 -
Seznam použitých zdrojů a literatury	- 107 -
SEZNAM PŘÍLOH.....	- 114 -

ÚVOD

„Nejhezčí věci si říkáme, když si připijíme“, „Udělejte pro svou lásku něco nevšedního“, „Mužská záležitost“, „Nepijte, objevujte“, „To nejlepší z nás“, „Vyber si svého kapitána“, „Každý má svoje království“, „Společná chuť vítězství“, „Kdo umí, umí“, „Ty právě Vánoce“, „Extra chmelené Vánoce“, „Pivo s charakterem pro muže s charakterem“, „Na zdraví zdravému rozumu“, „Fandíme srdcem“, „Nepřestávejte lovit“, „Život je hořký“, „Párty, která nikdy nekončí“.

Jak je vidět z úvodních reklamních sloganů, neexistuje životní situace, kterou by nebylo možno spojit s konzumací alkoholu. Každá oslava, party, firemní večírek má svůj drink, každý národ má svou specifickou značku alkoholu. Alkohol byl součástí naší kultury, představoval významný prvek v křesťanské liturgii. První zmínky o alkoholu v českých zemích pochází z roku 1088 a týká se výroby piva. V současnosti můžeme pozorovat rozvoj této „kultury“ za nemalého přispění státu v podobě finanční podpory do rozvoje regionu a podnikání. Konzumace alkoholu bude zřejmě dál součástí naší kultury a bylo by pravděpodobně naivní domnívat se, že se situace v blízké budoucnosti výrazně změní.

Abstinovat v současné společnosti se zdá být neskutčné; v době, kdy je na alkohol pohlíženo jako na bezproblémovou látku (neboť se jedná o legální látku), může být pro některé jedince abstinence skoro nemožná. Stát s regulací reklamy a celkově se společenským vnímáním alkoholu dělá jen velmi málo. Neexistuje přímá úměra mezi tím, jak stát umožňuje propagaci životního stylu, ke kterému alkohol neodmyslitelně patří, a propagaci všech důsledků, jež jsou spojeny s konzumací, ale můžeme říci, že jde o velký nepoměr.

Zdravotní rizika spojená s užíváním alkoholu jsou ve společnosti jen minimálně komunikována a můžeme se jen domnívat proč tomu tak ve sféře veřejné politiky je.

Mnohé může naznačit nejen podpora podnikání v oblasti rozvoje regionu – podpora minipivovarů, ale také zapojení společností vyrábějících alkoholické nápoje do společenského a kulturního života. Naproti tomu jsme svědky, že nejsou dostatečně důrazně prezentována údaje o rizicích, právě naopak, od odborníků často zaznívá, že mírná konzumace nejen neškodí, ale dokonce může prospívat zdraví. Vytváří se dojem, že alkohol s sebou nese žádná rizika, pokud se konzumuje v malých dávkách. Studie, které na tento důležitý fakt upozorňují, nejsou ve veřejném prostoru příliš často citovány.

Poukazují nejen na vážné metodologické pochybení ve výzkumech prokazujících protektivní účinky alkoholu, ale také nabádají, aby doporučení vztahující se k frekvenci nebo množství alkoholu nebyla ze strany státních institucí nadále podporována. Z uvedeného pohledu je nutné si uvědomit, že neexistuje bezpečná dávka alkoholu. A ač je tato práce zaměřena na kontrolované pití, chápeme, že jsou zde i jiná rizika, na které má konzumace alkoholu negativní dopad.

Zavádějící a neúplné informace o důsledcích užívání alkoholu, jen minimální regulace reklamy, normalizování užívání alkoholu spojené s životním stylem nedávají moc velký prostor pro změnu.

Považujeme za žádoucí prozkoumat podstatu procesů, které probíhají po ukončení terapie, kdy klient odchází s cílem změnit svůj dosavadní postoj a způsob chování.

Naším zájmem bylo sledovat co se odehrává v postoji klientů, jaké jsou zkušenosti klientů po ukončení léčby, jak se tito jedinci vyrovnávají se změnou a co jim při změně napomáhá. Cílem bylo také zjistit, které dovednosti osvojené během léčby jsou důležité a užitečné při kontrolovaném pití a jakým způsobem dochází ke změnám

V popředí našeho zájmu stojí také kognitivně behaviorální terapeutický přístup a jeho uplatnění v souvislosti s kontrolovaným užíváním alkoholu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

V rámci teoretické části práce chceme čtenáře seznámit s klíčovými pojmy, které tematicky spadají do předkládané práce. Zaměříme se na poruchy způsobené alkoholem včetně důsledků, které s sebou konzumace přináší. Následně se zaměříme na konkrétní teorie závislosti z pohledu jednotlivých paradigmat. V další části představujeme koncept kontrolovaného pití alkoholu a také zde uvádíme srovnání se studiemi, jež byly na toto téma v minulosti realizovány. V poslední části se podrobně věnujeme kognitivně behaviorální terapii a jejímu pohledu na závislost včetně terapeutického procesu.

1. Alkohol

Český statistický úřad (ČSÚ, 2017, dále jen ČSÚ) uvádí, že za posledních 30 let se spotřeba alkoholu na osobu pohybuje v průměru 170 litrů, v hodnotě čistého lihu je to 9,7 litru na osobu za rok. Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (NMS, 2017, dále NMS), který pravidelně vyhodnocuje dopady užívání návykových látek, celkem 9 % populace ve věku od 15 let spadá do kategorie rizikové konzumace alkoholu. Denně konzumuje alkohol 7,7 % populace ve věku od 15 let a nadměrné denní dávky užívá 1,6 % populace. Stabilně patří ČR mezi státy, které se umisťují ve spotřebě alkoholu na předních příčkách.

K základním vlastnostem alkoholu patří jeho schopnost modifikovat naše vnímání, prožívání a jeho dlouhodobé užívání může vyvolat závislost. Alkohol z hlediska chemického složení patří mezi hydroxyderiváty, z nichž mezi nejznámější skupinu patří etanol, který je využíván nejen v potravinářském průmyslu. Jde o látku s vysokou orgánovou toxicitou, pro niž je charakteristické, že je sedativně hypnotická, vstřebává se velmi rychle z trávicího traktu a její maximální hladina se po požití projeví po 30 minutách v krvi. Na membránové úrovni působí na iontové kanály a receptory a zvyšuje účinek inhibičního působení na GABA receptorech. Etanol působí přímo na serotoninové receptory a stimuluje opioidní systém. Již malé množství alkoholu ovlivňuje reaktivitu, soustředění, koordinaci a schopnost adekvátně reagovat na podněty. Při dlouhodobém užívání má alkohol negativní vliv na gastrointestinální a kardiovaskulární systém, ovlivňuje rovněž rozvoj nádorového onemocnění, poškozují CNS a narušuje činnost jater. Konzumace alkoholu patří k rizikovým faktorům vzniku rakoviny a dle našeho názoru je tato skutečnost ve společnosti řešena jen okrajově, a to především u odborné veřejnosti.

Na podobný problematiku přístup upozorňuje již několik posledních let řada studií (Bates, Holmes, & Gavens, 2018; Loconte, Brewster, Kaur, Merrill, & Alberg, 2018; Amin, Siegel, & Naimi, 2018; Connor, 2016). Požadavek na změnu přístupu a větší informovanost veřejnosti je také výsledkem výzkumu, který potvrzuje, že denní konzumace alkoholu je spojena se zvýšeným rizikem úmrtí (Hartz & Oehlert, 2018, Pavarin, Caputo, Zoli, Domenicali, Bernardi, & Gambini, 2017).

Podobné výsledky ukazuje výzkum realizovaný na české populaci, který se zaměřoval na úmrtí spojené z užívání alkoholu u hospitalizovaných osob. Za posledních 30 let zemřelo z celkového počtu 90 tisíc více než 25 tisíc osob a jejich průměrný věk byl 50,8 let.

Z výzkumu dále vyplynulo, že mezi nejčastější diagnózy úmrtí těchto osob patří onemocnění jater, nemoci oběhové soustavy, zhoubné novotvary trávicího ústrojí. Další úmrtí byla spojena s vnějšími příčinami, jako jsou náhodná poranění, kde patří vdechnutí žaludečního obsahu, neurčené pády, dopravní nehody, náhodné otravy alkoholem a sebevraždy (Nechanská, Drbohlavová, & Csémy, 2017).

Mimo zdravotní důsledky má užívání alkoholu z dlouhodobého hlediska rovněž sociální dopady. Jak již bylo v úvodu řečeno, spotřeba alkoholu je velmi vysoká a Česká republika dlouhodobě patří na první příčky ve světě.

V následující kapitole se zaměříme na jednotlivé poruchy způsobené užíváním alkoholu.

1.1. Poruchy způsobené užíváním alkoholu

V následující části jsme se pokusili o deskripci jednotlivých poruch způsobené užíváním alkoholu dle diagnostického manuálu MKN 10 (2018), pro dokreslení uvádíme i příklady klasifikace DSM 5 (2015).

Akutní intoxikace

Akutní intoxikaci lze klasifikovat jako přechodný nebo reverzibilní stav, který následuje bezprostředně po užití alkoholu. Jedná se o stav, jenž závisí na množství a způsobu užití alkoholu, dalšími rozhodujícími faktory jsou zdravotní stav jedince, jeho tělesná konstituce a případné duševní nebo tělesné onemocnění. Akutní intoxikace může představovat závažný stav, který za určitých okolností může skončit smrtí. Podle množství užitého alkoholu rozlišujeme několik stadií:

- **Excitační stadium**, projevující se euforií a zvýšeným sebevědomím, kdy dochází k odstranění zábran. Jsou ovlivněny kognitivní funkce, nastává ztráta sebekritičnosti i zábran. Toto stadium se projevuje při 0,5 až 1,0 ‰;
- **Hypnotické stadium** je typické pomalou reaktivitou, poruchou koordinace, rovnováhy a mírnou podrážděností; odpovídá hladině 1–2 ‰;
- **Narkotické stadium**, je provázeno ztrátou koordinace, dostavuje se hypotenze, hypotermie, objevují se poruchy dechového centra, zpomalené dýchání a přechod do hlubokého spánku. Obvykle lze tyto projevy sledovat u hladiny 2–3 ‰;

- **Asfyktické stadium** je charakteristické hlubokým bezvědomím, může se dostavovat kóma, dochází ke zpomalování reflexů, objevuje se cyanóza, selháním oběhového systému a dýchání může dojít až ke smrti. Hladina alkoholu je více jak 3,5 ‰ (Dvořáček, rok, in Kalina et al., 2015).

Nízký stupeň akutní intoxikace nevyžaduje speciální odborný přístup, vážnější stavy intoxikace se musí v první řadě zaměřit na zajištění základních životních funkcí, zabezpečení dýchacích cest a celkově zvýšeného dohledu s ohledem na možné komplikace. K častým komplikacím patří různá poranění, lehké či závažnější úrazy, vnitřní zranění se stupňujícím se neklidem a projevy agresivity.

Škodlivé užívání

Jedná se o způsob užívání alkoholu, který vede k poškození somatického nebo psychického zdraví jedince. Abychom mohli označit užívání alkoholu za škodlivé, je potřebné vyloučit skutečnost, že se nejedná o jinou poruchu. Diagnostickým kritériem škodlivého užívání je skutečnost, že je prokazatelně spojeno s užitím látky zodpovídající za tělesné nebo psychické poškození. Užívání by mělo trvat alespoň jeden měsíc nebo se vyskytovat opakovaně v průběhu posledních 12 měsíců.

K výrazným somatickým obtížím spojených se škodlivým užíváním řadíme gastrointestinální komplikace, které představují zejména rozvoj superfaciální gastritidy a chronické atrofické gastritidy. K dalším vážným komplikacím patří chronický zánět slinivky a cirhóza jater, která je v počátečních stádiích reverzibilní a dobře reaguje i na snížení příjmu alkoholu (Knox & Wall, 2018, Prathiba, & Malarvizhi, 2018). Kardiovaskulární komplikace se projevují především hypertenzí, kardiomyopatií a rozvojem ischemické choroby srdeční.

Alkohol má přímé toxické účinky na nervové buňky centrální nervový systém (dále jen CNS) stejně jako na periferní nervový systém, narušuje jejich strukturální integritu, funkci i metabolismus. Nejčastěji se u osob závislých na alkoholu objevuje neuropatie, která se v časně fázi projevuje bolestí a pálením, nejčastěji u dolních končetin. Tento stav je způsoben poškozením myelinizovaných i nemyelinizovaných vláken, které velmi citlivě reagují na alkohol a acetaldehyd (Melion et al., 2014).

Při škodlivém užívání dochází také ke komplikacím v reprodukční oblasti, což se projevuje snížením tvorby spermií v důsledku zvýšené produkce estrogenů. Tento stav je doprovázen

snížením libida. U žen se narušení reprodukční oblasti projevuje potížemi s ovulací, snížením plodnosti, případně větší pravděpodobností samovolného potratu (Gilbert, 2017). Tento výčet somatických komplikací není úplný, ale dostatečně ukazuje na závažnost škodlivého užívání, který je předstupněm závislosti. Škodlivé užívání s sebou přináší také narušení sociálních vazeb a vztahů v blízkém okolí (Sharma, Sharma, Ghai, Basu, Kumari, Singh, & Kaur, 2016)

Syndrom závislosti

Rozvoj syndromu závislosti můžeme zaznamenat při opakovaném užívání alkoholu a projevuje se souborem behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů. Hlavní charakteristikou je silná touha užívat psychoaktivní látku. Dle MKN 10 je pro diagnostiku závislosti nutné, aby se u jedince v posledním roce projevil alespoň tři nebo více z následujících symptomů:

- silná touha užívat alkohol;
- obtíže v kontrole užívání s ohledem na množství užitého alkoholu a délky užívání;
- somatické obtíže při vysazení;
- zvýšená tolerance – postupné zvyšování dávek k dosažení stejného účinku;
- postupné zanedbávání zájmů, opouštění životního stylu, který je podřízen získání a užívání alkoholu, případně zotavení se po konzumaci alkoholu;
- pokračování i přes jasně negativní důsledky.

Diagnostická kritéria jsou v tomto ohledu spíše stručná, na rozdíl od klasifikace DSM 5, která, ač požaduje pro stanovení diagnózy dva znaky z celkem jedenácti, se liší jen minimálně. Hlavní rozdíl spočívá v detailnějším popisu jednotlivých charakteristik a v rozlišení závažnosti na lehkou, střední a těžkou s ohledem na počet vyskytujících se znaků. V neposlední řadě DSM 5 dále rozlišuje také remise na časnou, jež se vyznačuje tří až dvanáctiměsíčním obdobím bez příznaků, nebo stabilní remisi, která je charakterizována minimálně dvanáctiměsíčním obdobím bez příznaků (Jeřábek, 2015 in Kalina et al, 2015).

Jellinekova (1960) typologie závislosti na alkoholu je i po šedesáti letech stále používaná a rozlišuje:

- a) Typ alfa, problémové užívání alkoholu, často jako sebemedikace, pití o samotě.
- b) Typ beta, pití ve společnosti, potřeba se nelišit, zvyšuje se frekvence a tolerance
- c) Typ gama, znakem je postupný nárůst tolerance a psychická závislost, postupující ztráta kontroly
- d) Typ delta, protahovaná konzumace, potřeba udržet hladinku
- e) Typ epsilon, epizodické pití, schopnost delší dobu abstinovat poté několikadenní pití (Raboch & Zvolský, 2001).

Odvykací stav

Vysazení alkoholu po dlouhodobém a intenzivním užívání se projevuje odvykacím stavem, který se rozvíjí během několika hodin či dní. Nejvyšší intenzity dosahuje zpravidla druhý den a obtíže se stupňují zejména v noci. Průběh a závažnost odvykacího stavu bývají také častým důvodem k opětovnému užití alkoholu. Jde o dynamický a složitý proces.

V počáteční fázi jsou příznaky obvykle omezeny na autonomní projevy, jako jsou zvýšená tělesná teplota, průjem, nevolnost, třes, úzkost, paranoidní myšlenky a nespavost, což je to jen malý výčet příznaků, které odvykací stav obvykle doprovázejí. Některé z nich mohou přetrvávat po dobu několika týdnů a jen prohlubují obavy u mnohých závislých osob. Výskyt akutních symptomatických stavů se může objevit i po uplynutí 48 hodin od poslední konzumace. Od závažnosti akutní fáze se odvíjí také léčebná intervence, která může probíhat při lehčích formách ambulantně, zatímco při zhoršení stavu bývá nezbytná hospitalizace. Intervence je zaměřena na úpravu vnitřního prostředí organismu, jež je zajišťována podáním infuzí, doplňováním tekutin, iontů a mírněním odvykacích příznaků. Pro odvykací stav dle MKN 10 (2018) platí následující kritéria, přičemž musí být splněna alespoň tři z následujících znaků:

- třes očních víček, jazyka nebo rukou;
- pocení;
- nauzea, pocit dávení nebo zvracení;
- přítomnost tachykardie, hypertenze;

- psychomotorický neklid;
- bolesti hlavy;
- nespavost;
- malátný stav, nebo pocit slabosti;
- přechodné halucinace nebo zrakové, sluchové či hmatové iluze;
- křeče typu grand mal.

Jestliže je odvykací stav komplikován výraznými potíže, může se jeho průběh zhoršit natolik, že dochází k ohrožení života jedince. V uvedené souvislosti záleží na kondici jedince, jeho předcházející výživě a onemocnění. U 3 až 5 % se mohou rozvinout tonicko-klonické, generalizované křeče, jejichž příčiny mohou být různého původu (Jeřábek, 2011, in Praško et al, 2011). K rozvoji epileptických záchvatů přispívá porucha acidobazické rovnováhy, hypoglykémie, hypomagnézie, vysoká hladina sodíku a zvýšená regulace NMDA receptorů. Jak uvádí Praško (Herman, Praško, & Seifertová, 2007) z hlediska prevence záchvatu mimo detoxifikace je nutné současně podávat adekvátní dávky benzodiazepinů. Největší riziko u těchto stavů představuje selhání mechanismu, který zajišťuje ukončení záchvatů označovaných jako Status Epilepticus (SE), jež se vyznačují vysokou morbiditou a úmrtností, přičemž platí, že čím déle záchvat trvá, tím je méně pravděpodobné, že se zastaví. Stává se rezistentním vůči lékům a také komorbidita, která je u osob závislých na alkoholu velmi častá, může situaci výrazně zhoršit (Walker, 2018; Šarbochová & Martinkovič, 2017; Rudler, 2017, Rinck, Wiers, Becker & Lindenmeyer, 2018).

Delirium tremens

Delirium tremens patří k závažným akutním, život ohrožujícím stavům, jež vyžaduje okamžitou léčbu. Tento stav je charakteristický percepčními abnormalitami, psychomotorickou agitací, dezorientací, objevují se při něm sluchové, taktilní a vizuální halucinace a zastřené vědomí. Zde již hovoříme o závažné komplikaci, která se typicky objevuje u osob s dlouhodobou alkoholovou kariérou. Delirium se většinou se dostavuje 48 až 72 hodin po přerušení příjmu alkoholu, přičemž úmrtnost je uváděna od 1 do 20 %

(Jeřábek, rok, in Praško et al, 2011). Léčba závažných stavů nebo osob s vážnými somatickými komplikacemi musí být delegována na jednotku intenzivní péče.

Delirium je typické svým kolísavým průběhem, jeho příznaky se obvykle zhoršují v průběhu noci a průměrná délka trvání činí 3 až 6 dní. K somatickým projevům, jež tento stav zpravidla provázejí, patří tachykardie, hypertenze, třes, pocení, nauzea a ataxie. V rámci psychického stavu je patrná stupňující se úzkost, agitovanost a silné pocity ohrožení (Pecinová, 2011).

Podle psychomotorické aktivity rozlišujeme tři základní typy deliria, a to: hyperaktivní, hypoaktivní a smíšené. Hypoaktivní stav je charakteristický sníženou vzrušivostí a psychomotorickou aktivitou, pacient bývá letargický, jeho pohybový projev má sníženou intenzitu, typická je rovněž nízká spontaneita. Tento stav je většinou diagnostikován a léčen později, což má za následek i horší prognózu (Uhrová & Klempíř, 2011).

Mechanismus vzniku deliria tremens je podobný jako u epileptických záchvatů. Dlouhodobá konzumace se projeví na GABA receptorech, kde dochází ke snížení jejich citlivosti, etanol současně blokuje NMDA receptory, což naopak vede ke zvýšení jejich citlivosti. Pokud dojde k přerušení nebo vysazení alkoholu, dochází k excitaci neuronů a ke zvýšené produkci hormonů serotoninu a adrenalinu, stoupá rovněž hladina katecholaminů. Rozvoj deliria pozorujeme častěji u osob, které vysadí nebo náhle přeruší konzumaci alkoholu, jenž dlouhodobě užívaly. Dalším rizikovým faktorem je špatná životospráva; pravděpodobnost vzniku deliria se zvyšuje rovněž u osob, které již prodělaly delirium nebo epileptický záchvat, ohroženy jsou také osoby s ICHS, infekcí nebo alkoholickou hepatopatií. Vysoké riziko rozvoje deliria nebo epileptického záchvatu představuje též odvykací stav, kdy hladina alkoholu činí 1 až 1,5 ‰, doprovází jej pocení a silný třes. V takovém případě je nutno zahájit okamžitou léčbu (Pecinová, 2011).

Psychotická porucha

Psychotická porucha nastupuje bezprostředně po užití látky, ale může nastat také v průběhu užívání, nejpozději však do dvou týdnů od užití. Pro stanovení diagnózy musí příznaky trvat alespoň 48 hodin, nejdéle však šest měsíců, pokud trvá abstinence. K hlavním projevům patří smyslové halucinace i více smyslů najednou, dále pak bludy různého charakteru, zejména paranoidní, perzekuční a emulační. Psychotická porucha je

provázena narušením psychomotoriky, avšak nenarušením afektů a nálady. (Jeřábek, 2011, in Praško et al., 2011).

Psychotická porucha způsobená návykovou látkou je označována jako toxická psychóza a její projevy se do určité míry prolínají se symptomy akutní intoxikace. V rámci kategorie psychotických poruch rozlišujeme alkoholovou halucinózu a paranoidní alkoholovou psychózu (Orel et al., 2012).

Terapie se zaměřuje především na zajištění bezpečí pacienta a jeho okolí, k medikaci jsou využívána antipsychotika.

Amnestický syndrom

Dlouhodobá konzumace alkoholu a nedostatečná životospráva zvyšuje riziko zdravotních komplikací. V případě amnestického syndromu jde o výrazný nedostatek životně důležitých látek, které se zpočátku projeví narušením kognitivních funkcí a u neléčených stavů může končit smrtí.

Začátek stavu je provázen poruchou rovnováhy, ataxií a ochrnutím okohybných svalů. Etiologie onemocnění zahrnuje nedostatek thiaminu z důvodu nutričního deficitu, který však může být léčbou doplněn. Postižení se projevuje na úrovni hippocampu, corpora mammilaria a thalamu, kde bývají patrné léze v jeho dorsálním jádru (Herman et al., 2007, Leach, 2017).

Pro tento stav je typické výrazné zhoršení recentní paměti; příznaky zahrnují rovněž neschopnost vybavovat si zážitky a učit se novým věcem. Celkově lze tedy říci, že se jedná se o specifické postižení paměťových funkcí (Orel et al., 2012). Často se objevují poruchy vnímání času, řazení událostí, či zastřené vědomí, někdy jsou přítomny konfabulace, postupně dochází ke zhoršení intelektu. S amnestickým syndromem se pojí dvě formy Wernickeova encefalopatie a Korsakovův syndrom, jež jsou někdy také společně označovány jako Wernicke – Korsakovův syndrom. Dle Vodičky (2015) jde však o naprosto odlišné jednotky. Wernickeova encefalopatie je akutní a potencionálně fatální neuropsychiatrický syndrom způsobený deficitem thiaminu, projevuje se ataxií, oftalmoplegií a hypoaktivním deliriem charakteristickým zmateností, dezorientací, případně apatií. Naproti tomu Korasakovova psychóza je dle autora amnestickým syndromem, při němž dominují poruchy paměti, a není přítomno delirium. Deficit thiaminu není přímo způsoben alkoholem, ale nízkým příjmem vitaminů a minerálních

látek, dále jejich horší vstřebatelností ve střevě a omezenou kapacitou jater ukládat vitaminy a snížením přeměny thiaminu na aktivní formu (Vodička, 2015).

1.2. Dominující negativní důsledky užívání alkoholu

Nadměrné užívání alkoholu s sebou nese řadu negativních dopadů na život jedince, a to zejména v oblastech somatického poškození zdraví a sociální. V důsledku orgánové toxicity alkoholu dochází k poškození gastrointestinálního traktu, kardiovaskulárního systému. Pravidelné a dlouhodobé užívání alkoholu je spojováno s poškozením jater.

Změny v neurobiologii

Opakované užívání alkoholu výrazně zasahuje do neurobiologických mechanismů CNS a způsobuje progresivní změny v adaptačních mechanismech. Ovlivňuje rovněž neuronální, synaptickou a molekulární plasticitu, způsobuje přenastavení řady mozkových okruhů, které se projevuje zvýšenou potřebou užívané látky na úkor přirozených podnětů. Změny v mozku se projevují mimo jiné zvýšením emocionality, kompulzivním chováním, dochází rovněž ke zhoršení kognitivních a rozhodovacích procesů. Zranitelnost mozkových mechanismů je dána kombinací faktorů; ať už se jedná o faktory vnější, jako je stres, nebo individuální, tedy na straně jedince, kde můžeme pozorovat vliv genetických předpokladů, nezralost organismu a pohlaví případně další onemocnění (Šustková, 2015, in Kalina et al., 2015).

Užívání alkoholu je spojeno s pozitivním posilováním, a to v rovině vlastního efektu alkoholu propojeného s příjemným prožitkem, a dále pak v rovině parafrenalii – ve spojitosti s prostředím. Rozvoj závislosti následně posiluje negativní posilovače v podobě nepříjemných odvykacích stavů při odnětí drogy. V průběhu užívání alkoholu se dále projevují impulzivní a kompulzivní poruchy, jež ovlivňují základní neuronální okruhy, tzv. cyklus závislosti, který se stává ze tří po sobě jdoucích fází, které se vzájemně ovlivňují a opakují:

- a) *binge* – aplikace a zaplavení organismu návykovou látkou
- b) *withdrawal* – odejmutí návykové látky s negativním dopadem
- c) *craving* – bažení projevující se impulzivním a kompulzivním chováním

Jednotlivé fáze se střídají a vedou k devastaci organismu (Šustková, 2015 in Kalina et al, 2015).

Hlavní roli v oblasti neurobiologie závislosti má systém odměny, který patří k evolučně nejstarším a nezbytným systémům organismu. Systém odměny rovněž náleží k hlavním autoregulačním mechanismům, jež zajišťují potřeby nutné k přežití, reprodukci a udržení homeostázy organismu. Aktivace mezolimbického dopaminergního systému je regulována přirozenými biologickými podněty a spojením s příjemnými pocity je zajištěno jejich opakování. Spojení uvedených procesů následně vede k „zakotvení“ (Jeřábek, 2011 in Praško et al., 2011).

Mozkový systém odměny je morfologicky tvořen mezolimbickým dopaminergním systémem s hlavní strukturou *nucleus accumbens* a *ventrální tegmentální* areou, které jsou propojeny s některými limbickými oblastmi a mozkovým kortexem. Jádro *nucleus accumbens* na základě podnětu zajišťuje výdej dopaminu v počáteční fázi asociování s podmětem, a plní tak důležitou úlohu ve formování spojení, čímž se stává prvním krokem k vytvoření závislosti (Jeřábek, 2011 in Praško et al, 2011).

Výdej dopaminu je na základě prvního užití návykové látky mnohonásobně vyšší a pocit libosti je tak výrazně větší než u přirozených zdrojů. Při užívání alkoholu hraje důležitou úlohu také centrální struktura amygdaly, a to zejména ve spojitosti s abstinenčními příznaky, pocity strachu a při podmiňování anxiety (Šustková, 2015 in Kalina et al, 2015).

Na procesu vzniku závislosti se podílí i další neuromediátorové systémy, k nimž patří serotoningerní, glutamátergní a neuropeptidové systémy (Jeřábek, 2011 in Praško et al, 2011).

Po odejmutí dávky nebo při přerušení jejího užívání, dochází k aktivaci hypotalamicko – hypofýzárně – andernální osy a mozkového stresového systému. Na aktivaci obou se podílí tzv. CRF faktor (kortikotropin releasing faktor) a společně se také podílejí na zvýšeném výdeji adrenokortikotropního hormonu (ACTH), kortizonu (Šustková in Kalina et al, 2015).

Dle výzkumu má CRF významnou roli v řízení závislosti prostřednictvím amygdaly, a to při produkci úzkostného chování. Aktivace CRF v prefrontální kůře přispívá ke ztrátě kontroly a udržení závislosti (Zorrilla, Logrip, & Koob, 2014).

Hlubší pochopení neurobiologické zranitelnosti a odolnosti organismu je zásadním předpokladem pro prevenci rozvoje závislosti a pro rozvoj nových strategií v léčbě. Farmakologická léčba směřuje k neutralizaci adaptivních změn v mozku či podpoře

synaptické plastičnosti, která jedinci pomůže znovu získat kontrolu. Intervence zaměřené k potlačení dysforie nebo posílení kontroly, i když nevede k úplné abstinenci, může zlepšit dopady závislosti z dlouhodobého hlediska a významně přispívá k zotavení. Současné pokroky ve výzkumu neurobiologie se zaměřují na snížení zranitelnosti a zvýšení odolnosti jedince, a tím poskytují prostor pro novou, efektivnější a personalizovanou léčbu závislosti (Miela, Cubała, & Mazurkiewicz, 2018).

Změny v sociálních vztazích

Závislost postupně ovlivňuje změny v sociálním okolí jedince; postihuje všechny členy jeho rodiny, vztahy s blízkými osobami, jakož i pracovní vazby. Důvodem jsou především změny v chování závislého jedince, zejména jeho stupňující se nepředvídatelnost, emoční labilita, agresivita a narušení bezpečí a jistoty ve vztahu s ním, což primárně postihuje právě členy rodiny. Dále dochází k přerušení sociálních vazeb, stále častějším konfliktům na pracovišti z důvodu opakující se pracovní neschopnosti a nízké pracovní výkonnosti. Neschopnost jedince dodržovat závazky a porušování pravidel vede ke zvýšení stresu a konfliktům, které tento jedinec následně řeší alkoholem. Závislost mu nedovoluje z bludného kruhu vystoupit, ač se o to pokouší, ať už sám nebo za přispění okolí.

To vše má velký vliv na rozvoj maladaptivních strategií závislého v rámci celého systému. Důležitá je dynamika jeho závislosti, její udržování většinou trvá velmi dlouho a po počáteční fázi narušení struktury vztahů dochází k určitému maladaptivnímu přizpůsobení jak na straně závislého, tak i na straně jeho okolí. Většinou dochází k tomu, že ve snaze závislému pomoci nebo mu nějak ulehčit, se jeho rodina sžije se závislostí natolik, že zcela přizpůsobí své chování, naplňování svých potřeb a své fungování nové situaci, a zahrne ji do svého systému. V důsledku toho se vytváří situace, kdy okolí umožňuje nebo se podílí na závislosti jedince, ať vědomě či nikoli. Tento stav nazýváme kodependence neboli spoluzávislost, což lze definovat jako takové chování a jednání, které umožňuje pokračovat jedinci v závislosti, nebo ji udržuje.

Na jedné straně mohou být pohnutky ke spoluzávislosti vedeny výhodami, které z toho plynou: určitá míra jistoty a kontroly, zabezpečení základních potřeb a fungování rodiny či jiného systému, označení konkrétního viníka situace a jiné. Na druhé straně může být přijetí závislosti do systému rodiny naprostou nezbytností. Důvody mohou být různé; buď

se tak děje proto, by ostatní členové mohli fungovat, najít nové jistoty, adaptovat se a hledat východiska z nové situace, nebo prostě nemají dostatek sil na jakoukoli změnu.

Ať z toho pro blízké osoby plynou určité výhody či nikoli, je velmi obtížné určit, co je správně. Často si rodina ani blízké okolí neuvědomuje, že způsob chování a přizpůsobení se situaci nahrává závislosti a de facto ji umožňuje. Jak uvádí Hajný (in Kalina et al., 2008), mezi znaky spoluzávislosti patří přebírání odpovědnosti, uspokojování potřeb na úkor vlastních, zkreslování hranic mezi generacemi a rolemi a tendence ke zvýšené kontrole. Většinu těchto znaků považujeme za důsledek přizpůsobení se situaci v zájmu zachování elementární možnosti fungování v rámci rodinných vazeb. Důležitým prvkem je i potřeba anonymity a ochrany před okolím, závislost v rodině je stále stigmatizující záležitostí. O to více, pokud jde o rodinu, která se stará o nezaopatřené děti nebo rodinu vícegenerační. Přirozeností člověka je snaha o nápravu věcí, o zachování určité hodnoty, byť na úkor vlastních potřeb, porušování hranic, přebírání kontroly, a to minimálně do doby, než dostane možnost o celé situaci přemýšlet s odstupem nebo s pomocí odborníka. Za důležité považujeme odlišit a nespojovat spoluzávislost a umožňování závislosti, neboť zde je předjímana určitá odpovědnost za chování druhé osoby nebo za nedostatečnou aktivitu na straně osoby spoluzávislé. Je jen velmi těžké usuzovat, zda by k tomuto chování (spoluzávislosti) docházelo i v případě, že partner či partnerka nebude závislá. Za problematické považujeme přesun odpovědnosti a nemožnost určit, zda jde o příčinu nebo následek. Tím ovšem nezpochybňujeme, že existují případy, kdy osoby spoluzávislé ze své situace těží a nemají zájem o změnu. Změna může nastat v případě, že dojde k přerušení vazeb a otevře se prostor pro vlastní emoce, pocity a potřeby. Závislost patří k velké zátěži nejen pro osobu závislou, ale celé její sociální okolí.

2. Teoretické vymezení závislosti

Poznání v oblasti závislosti se stále více rozšiřuje v souvislosti na tom, jak se mění možnosti jejího zkoumání. Postupně dochází ke změnám v nahlížení na závislost, její rozvoj, předpoklady vzniku i možnosti intervence. Od striktně medicínského pojetí se postupně dostáváme k širší perspektivě a závislost je vnímána jako komplexní problém. Jednotlivá paradigmatata se vždy opírala o určitou část problému a postupně se tak rozšiřoval jejich počet. Ačkoli se může jevit, že tak velké množství teorií pochopení problematiky závislosti spíše znesnadňuje, není tomu tak; většina teoretických modelů přináší důležité poznatky, jež naopak doplňují celkový pohled na danou problematiku. Vyčlenění některého z množství souvisejících aspektů by bylo chybou a ochuzením pro možnost pochopení všech souvislostí. S ohledem na rozsah a rámec předkládané magisterské práce níže uvádíme vybraná paradigmatata, jež s výzkumným tématem úzce souvisejí. Zajímavý pohled podává například West (2016), jenž se zaměřil na kategorizaci a doplnění novějších poznatků v uvedené oblasti a jehož pojetí se pokusíme přiblížit v následujícím textu.

2.1. Vybrané modely závislosti

Závislost na alkoholu patří v rámci problematiky závislostí k nejčastějším a v celospolečenském měřítku je vnímána jako morální prohřešek. Můžeme konstatovat, že převážně laická veřejnost vnímá závislost jako morální selhání, neschopnost se kontrolovat a dodržovat společenské normy; závislost na alkoholu vnímá jako určitý projev slabosti. V terapeutické praxi se setkáváme s klienty, kteří sami sebe hodnotí jako neschopné jsou konfrontováni s vlastními prožitky selhání, pocity studu, což má vliv na jejich sebehodnocení a motivaci k léčbě a abstinenci.

I přes dostupnost informací se stále setkáváme s nízkou informovaností, která se projevuje například v požadavcích na striktní podmínky v léčbě, v chování vůči závislým osobám, ve snižování jejich důstojnosti (vždyť si za to mohou sami), nebo jejich stigmatizací. Zde hraje důležitou úlohu rovněž sociální postavení jednice ve společnosti, které je spojeno s předsudky. Častěji se můžeme setkat s morálně odsuzujícím jednáním vůči osobám, jejichž sociální status je nižší, a v důsledku toho dochází k ztíženému přístupu k léčbě (Room, 2005).

Jak uvádí Kalina et al. (2015), nelze toto hledisko zcela opustit, neboť nemůžeme rezignovat na osobní zodpovědnost jedince při dodržování norem a zachování určitých hodnot.

Z psychologického hlediska je závislost vnímána jako výsledek procesu učení a adaptace, jednotlivé terapeutické přístupy pak akcentují hledisko různě. Behaviorální teorie hovoří o chování vzniklém na základě procesu učení, kognitivní teorie dávají do popředí dysfunkční schémata vytvořená na základě negativních zkušeností v dětství, a stejně tak se na období dětství odkazují psychodynamické teorie, které hlavní podstatu vzniku závislosti spatřují v problematickém vytváření blízkých vztahů. Naproti tomu sociální teorie se zaměřují na vlivy prostředí, které nepřiměřeně narušuje fungování jedince. Kalina et al. (2015) hovoří o nepřiměřenosti požadavků prostředí a vyvíjení tlaku. Ve společnosti, kde se jedinec musí obhajovat a je pod nepříjemným talkem, když chce odmítnout alkohol, bude obtížné dojít ke změně.

Medicínský model je reprezentován neurobiologickým paradigmatem, které odhaluje mechanismy centra odměny a funkci dopaminergního systému v mozku, a zahrnuje také genetické determinanty závislosti. Tento model je důležitý v rovině terapeutické, kdy informace o působení alkoholu z biologického hlediska vede k lepšímu pochopení a následně i přístupu klienta k terapii. V určitém ohledu dochází k jisté úlevě, že nejde jen o pouhé selhání vůle (Kalina et al., 2015).

Od sedmdesátých let 20. století je v otázce závislosti propagován model bio-psycho-sociální, který je někdy doplňován o spirituální rozměr. Je zde patrná snaha o komplexní a celistvé pojetí a jak uvádí Kalina et al. (2015), tendence k integraci a interdisciplinárnímu uchopení.

Podle Záleského (in Praško, Možný, & Šlepecký et al., 2007) je tento model reprezentován bludným kruhem, v němž je jedinec lapen, aniž by si jej zpočátku uvědomoval, neboť užívání alkoholu je v počáteční fázi spojeno jen s pozitivním účinkem přinášejícím uvolnění. Nedochází jen k příjemné reakci uvolnění a snížení napětí. Dlouhodobé užívání s sebou přináší patrné změny v biochemii CNS, které ovlivňují kognitivní a afektivní stav, mají vliv na emoce, náladu i chování. Vztah úzkosti a škodlivého užívání alkoholu odhaluje nedávný výzkum autorů Goodmana, Stiksma a Kashdana (2018), který se zaměřil na užívání alkoholu pro zmírnění nepříjemných dopadů úzkostí v sociálních interakcích. V komunikaci tváří v tvář dochází u osob s úzkostnou poruchou ke zvýšení subjektivně

vnímané úzkosti, jež se nepřímo vztahuje k ukazatelům zdravé sociální interakce. Konzumace alkoholu způsobuje, že participanti nespojují vnímanou úzkost s kvalitou sociálních situací. Předmětem zkoumání citované studie bylo zjistit, do jaké míry konzumace alkoholu zmírní účinky úzkosti. Výsledky naznačují, že došlo ke zlepšení u 7 z 10 indikátorů kvality situace. Důležitým zjištěním ovšem bylo, že prožívaná úzkost v sociálních interakcích byla spojena s vyšší pravděpodobností konzumace alkoholu v budoucnu. Snaha vypořádat se s negativními pocity, úzkostí a napětím nebo snaha o jejich snížení, tak představuje rizikový faktor pro rozvoj závislosti (Goodman, Stiksmá, & Kashdana, 2018).

Změny CNS, a především pak adaptace způsobují rozvoj bažení a potřebu látku užívat více méně pravidelně. Z psychologického hlediska dochází u závislosti k mnoha dalším důsledkům a zpravidla také ke zvýraznění některých aspektů osobnosti, ať už se jedná o rozvoj úzkosti, depresivní stavy, narušení sebedůvěry, zvýšenou sebelítost, hostilitu, nebo projevy zlosti a vzteku (Záleský, 2007 in Praško et al., 2007).

Závislost se všemi důsledky v biologické a psychologické úrovni má dopad na sociální rovinu, a to v první řadě v rámci narušení vztahů v rodině, kde dochází k zásadním změnám.

2.2. Modely závislosti na úrovni jednice

West (2016) vedený snahou o komplexní pojetí a kategorizaci jednotlivých modelů závislosti a strategií řešení, nabízí rozčlenění modelů na úrovni jednotlivce nebo populace. Hierarchická klasifikace závislosti na úrovni jedince předpokládá konkrétní dispozice nebo prostředky, které vytváří podmínky pro vznik závislosti. Model rozlišuje několik teorií:

a) Teorie automatických procesů

West (2016, str. 36) zde uvádí poměrně širokou kategorii, kterou charakterizuje následovně: *„Závislostní chování vzniká u závislých na základě mechanismů, které formují lidské chování bez potřeby vědomých rozhodnutí či záměrů anebo ovlivňují naši schopnost seberegulace“*.

Do této kategorie řadí teorie učení včetně operantního a klasického, což je jedním ze základních východisek kognitivně behaviorální terapie. K dalším automatickým procesům řadí teorii pudů založenou na konceptu homeostatických mechanismů. Zde můžeme jako příklad uvést medicínské pojetí závislosti, které reprezentují patologické změny mozku.

Narušení mechanismů kontroly je hlavním bodem teorie inhibiční dysfunkce a je považováno za významný rizikový faktor. Nadměrná spotřeba alkoholu je významným prediktorem schopnosti udržet kontrolu především u osob, které nadměrně konzumují alkohol v mladém věku (Leeman et al., 2013). Poslední teorií v této kategorii představuje teorie imitační, jejímž hlavním východiskem je nápodoba chování podle vzoru. Dobrým příkladem je přebírání vzorců chování ve vztahu k alkoholu případně kouření od rodičů anebo vrstevníků. Není však pravidlem, že jedinec následuje své vzory nebo podléhá vlivu prostředí. Reciproční determinismus, jak jej popsal A. Bandura (1977) předpokládá, že jedinec, prostředí a chování se vzájemně ovlivňují.

b) teorie reflexivní volby

Mezi teorie reflexivní volby West (2016) zahrnuje model racionální volby a teorii neobjektivní volby, které se zaměřují na možnost výběru závislého chování stejně jako možnost rozhodnout se přestat. Hlavním kritériem se stává zhodnocení užitku, hodnoty a dopadu, které užívání alkoholu pro jedince představuje. Objektívni zhodnocení dopadů a negativních stránek užívání alkoholu však může být problematické, jestliže stát ekonomicky participuje na spotřebě.

c) teorie usilování a dosažení určitého cíle

Hlavním kritériem je potřeba vyhnout se nepříjemným pocitům diskomfortu, stavům úzkosti či tísně a dosáhnout pozitivní odměny v podobě příjemných prožitků euforie. Do této kategorie patří modely získané potřeby, které patří k nejrozšířenějším a popisují závislost z hlediska získaného návyku na látku a z hlediska potřeby zvyšovat dávky, kdy následně dochází ke vzniku fyziologické adaptace. Další skupinu tvoří teorie preexistující potřeby, u nichž je společným jmenovatelem souvislost mezi depresí, úzkostí v dětství a rozvojem závislosti v pozdějším věku. Poslední skupinu tvoří teorie zaměřující se na vliv identity jako zdroje motivace, pojetí sebe sama.

d) integrativní teorie

Tyto teorie závislosti integrují faktory prostředí, osobnostních rysů a vnitřních stavů jedince, jeho vědomé i nevědomé pohnutky směřující k vyhledávání libosti a odstranění diskomfortu.

e) teorie procesu změny

Důležitým aspektem všech teorií závislosti je životní cyklus od počátku problémového užívání přes rozvoj závislosti až po pokusy o změnu a jednotlivé možnosti ovlivnění intervencemi, které mají přizpůsobit konkrétní fázi změny nebo reagovat na proces relapsu. Mezi nejznámější teorie motivace můžeme uvést TTM – Transteoretický model autorů Prochasky, Diclementa a Norcrosse (1992), který patří k základním konceptům v terapii. V rámci uvedeného modelu je důležitým prvkem tzv. *spirála motivace ke změně*, která představuje určitý časový rozměr, jenž umožní pochopit posun v postoji, záměru a chování jedince a usnadní porozumění tomu, jak se změny projevují. S teorií motivace úzce souvisí téma relapsu. Mezi nejznámější model prevence relapsu patří pojetí Marlata a Gordonové (in Millerová, 2011), který je založen na teorii sociálního učení. Relaps je chápán jako proces, v jehož průběhu dochází k porušení cíle, tedy lapsu, a pro změnu postojů je třeba chápat relaps jako rozhodovací proces a možnost ovlivnit, jak se svou zkušeností klient naloží.

f) biologické teorie

V této kategorii najdeme mnoho různých modelů, které se od sebe mnohdy liší jen v detailech. Hlavním předpokladem je, že závislost je onemocněním mozku, při němž dochází k narušení nervového systému exekutivních funkcí a posílení motivace ve vztahu ke konzumaci konkrétní návykové látky (West, 2016).

2.3. Model závislosti na úrovni skupiny

Modely závislosti na úrovni skupiny dělí West (2016) do následujících čtyř kategorií, jejichž společným určujícím prvkem je vzájemné působení různých parametrů na populační úrovni.

- a) teorie sociálních sítí,
- b) ekonomické modely,
- c) komunikační a marketingové teorie,
- d) modely organizačních systémů.

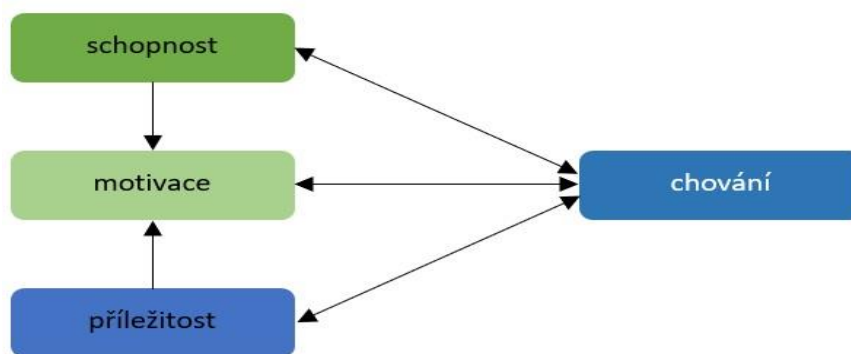
Lze konstatovat, že se jedná o specifické modely závislosti, které poukazují na důležitou funkci sociálních vazeb a jsou zdrojem užitečných informací o chování populace, vlivu

marketingu na spotřebu návykových látek a možnosti snížení iniciace závislostního chování. Ačkoli tyto teorie mohou podat zajímavé a důležité informace pro prevenci a intervenci, jejich prediktivní hodnota je nízká.

2.4. Komplexní model závislosti

Z přecházejících kapitol je zřejmé, že teoretická základna závislosti je velmi široká a při směřování k jednomu komplexnímu pojetí je nutné brát v úvahu řadu ukazatelů. V ideálním případě by komplexní pohled měl obsahovat všechny koncepty, aby bylo možno prezentovat kompaktní výklad závislosti. Společné propojení konstruktů představuje model COM-B (Michie et al., in West, 2016), který obsahuje hlavní komponenty, jimiž jsou schopnost, motivace a příležitost, přičemž jádro konceptu tvoří chování. Model nabízí vysokoúrovňovou analýzu chování a možnosti intervence, jde o systémový přístup, který umožňuje nahlížet na jednotlivce a skupinu jako na součásti celého systému

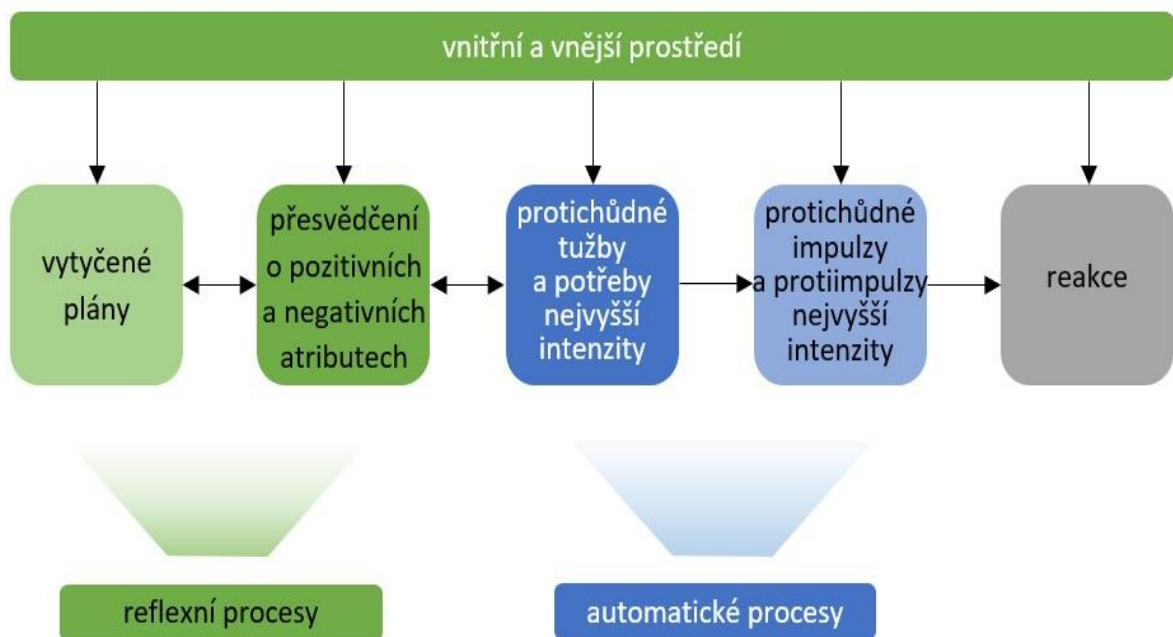
Obrázek 1: Systém COM-B



Zdroj: Michie et al, in West, 2016.

West (2016) se ve své koncepci komplexního modelu PRIME nesnaží nahradit stávající teorie, ale prezentuje snahu integrovat klíčové konstrukty do soudržného celku; hlavním bodem autorova konceptu je motivace jakožto způsob interakce s okolím, a která představuje hybnou sílu jedincova chování. Autor ve svém modelu rozlišuje reflexivní a automatické procesy a dále stanovuje víceúrovňové struktury vlivu, které slouží jako základ pro realizaci přesvědčení prostřednictvím tužeb a potřeb.

Obrázek 2: Model PRIM: Struktura motivace u člověka



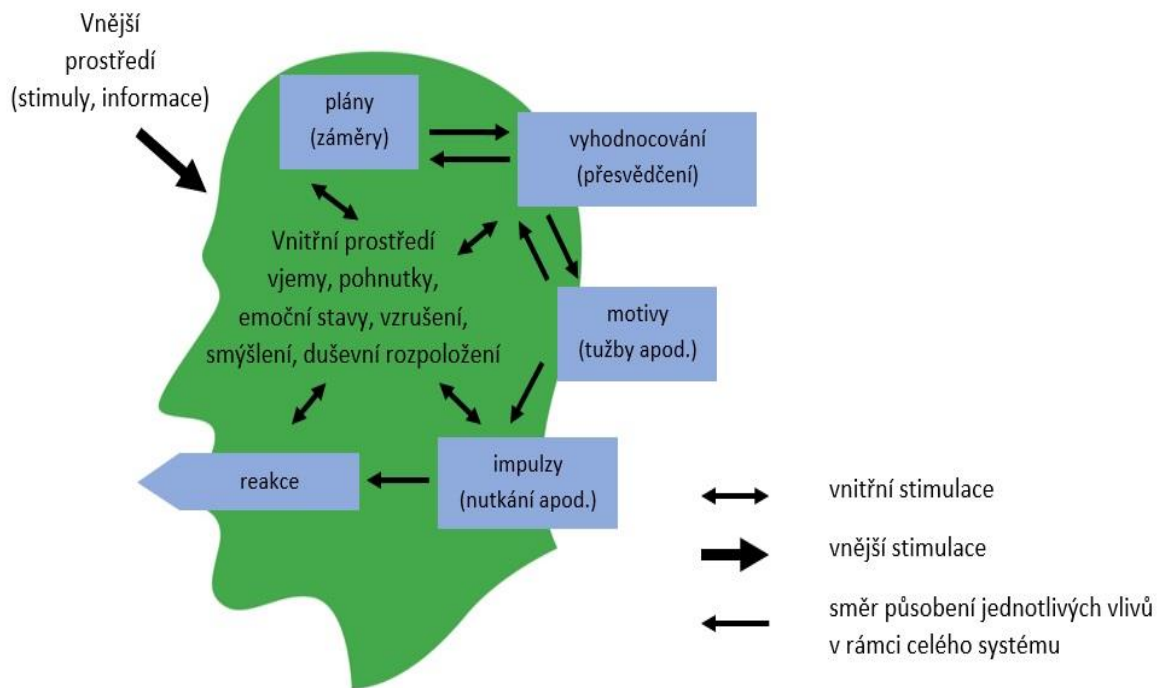
Zdroj: West, 2016.

Podle Bandury (in Praško et al., 2007) má motivace dva základní zdroje, jimiž jsou představa budoucích výsledků neboli očekávání odměn, které mají vliv na chování a přiměřené stanovení úrovně výkonu.

Model PRIME vyjadřuje podstatu chování pomocí pěti úrovní motivačního systému, které jsou ve vzájemné interakci:

- a) plány jako prostředek pro realizaci chování,
- b) reakce,
- c) impulzy,
- d) motivy, které vedou k uspokojení nebo naplnění potřeb,
- e) evaluace –zhodnocení – přesvědčení je zkoumáno prostřednictvím reflexe a analýzy.

Obrázek 3: Model PRIME: Struktura motivace u člověka – jiný pohled



Zdroj: West, 2016.

V uvedeném modelu je za důležité považováno vnitřní nastavení nebo rozpoložení jedince a směr působení jednotlivých vlivů. V rozvoji závislosti se projevují individuální rozdíly, které jsou podmíněné dispozicemi jako je neschopnost realisticky tvořit plány, jež slouží k ochraně před selháním. Mezi další precipitující faktory rovněž patří maladaptivní vyhodnocení situace a neschopnost vytvářet protektivní motivy nebo obtíže při formování a kontrole impulzů.

Autor navrhovaného modelu prezentovaného na obr. č.3 si klade za cíl o přesnější postihnoutí vzájemné interakce mezi schopnostmi, příležitostmi a motivací, které umožňují závislostní chování, a současně jsou jeho hnací silou. Hlavním prvkem modelu je motivace, kterou autor popisuje jako soubor různých vzájemně na sebe působících úrovní, přičemž jedním z nejdůležitějších faktorů je možnost ovlivňovat chování jen na základě bezprostředních pohnutek. Souhrnné znázornění všech faktorů v modelu dokládá, že v každém okamžiku jednáme tak, abychom dosáhli toho, co momentálně nejvíc potřebujeme, zatímco závislost se zakládá na silných tužbách a potřebách a současně oslabené schopnosti tužby a potřeby realizovat. Při vzniku tužeb a přání hraje nezastupitelnou roli identita, jež je základem sebekontroly. Pro dosažení cílené změny

chování je dle autora nutné změnit minimálně jeden aspekt naší identity a vytvořit nová pravidla (West, 2016).

3. Kontrolované pití

Kontrolované pití alkoholu nemá ustálenou definici a výklad pojmu se vztahuje především k dovednostem a technikám, které jedinec využívá v souvislosti s kontrolovaným pitím. Jiné vymezení hovoří o určitém stylu jedince, jenž využívá ve vztahu k alkoholu, případně v sobě nesou výčet zdravotních důsledků. (Marlat, 1983, Sobell, 2004).

Terapeutické programy pro kontrolované pití alkoholu jsou alternativní cestou léčby závislosti na alkoholu, jež je v posledních letech vedle tradičního medicínského přístupu postaveného na plné abstinenci v ČR postupně zaváděna. Model kontrolovaného pití přistupuje k užívání alkoholu jako k realitě a je řazen mezi koncepty minimalizace rizik – *harm reduction*, které byly původně zavedeny pro populaci užívající nelegální látky. Hlavní důraz je kladen realistický prvek léčby v kontextu respektování volby klienta, neboť pro mnoho osob je úplná abstinence nepřijatelná (Millerová, 2011).

Kontrolované pití alkoholu (*controlled, moderate, low-risk drinking*) je standardním cílem léčby závislosti na alkoholu v mnoha zemích, například v Anglii, Švýcarsku, Nizozemsku, Norsku a Austrálii.

Programy umožňující alternativu k plné abstinenci již existují také v ČR postupně jsou nabízeny jak pobytové, tak ambulantní formy. Kontrolované pití je od roku 2014 zahrnuto jako alternativa k abstinenci i v psychiatrických postupech doporučené péče. Volba léčebného postupu zde závisí na posouzení zdravotního stavu jedince, jeho motivaci, případně začlenění do psychoterapeutické skupiny. U rozvinutých závislostí je obecně doporučována naprostá abstinence, kontrolované užívání je naopak vhodné v počátečních stádiích závislosti, kdy se předpokládá určitá zachovalá schopnost kontroly a je možné využít farmakologickou podporu (Raboch, Uhliková, Hellerová, Anders, & Šusta, 2014). Přestože říci, že kontrolované pití je pro mnoho odborníků méně přijatelné. Příčiny jsou různé, od procesních, přes důvody na straně odborníka nebo na straně klienta. Důvodem může být rovněž narušení již zaběhlého programu v organizaci, kdy je těžké pracovat s jiným cílem než tím, na který jsou již definovány oficiální metodické pokyny. Další důvodem je malá zkušenost terapeutů, kdy tento přístup ve své praxi nemají ověřen s čímž souvisí určitá nedůvěra v jeho efektivitu, neboť závislost tito odborníci považují za ireverzibilní. Další příčinou méně častého využívání uvedené metody je také její nevhodnost pro některé klienty, u nichž kontrolované pití není považováno za vhodný typ léčby.

Kontrolované pití má dopad na několik rovin; první z nich představuje skutečnost, že se jedná o nabídku alternativního cíle pro klienty, a tím i získání těch, kteří o změně nejsou ochotni uvažovat. Polovina osob závislých na alkoholu léčbu nevyhledávají z prostého důvodu: protože s pitím skončit nechtějí (Mann, Aubin, & Witkiewitz, 2017, Pendery, Maltzman & West, 1982). Druhou rovinu spatřujeme v uvědomění si vlastního přístupu k alkoholu, a z toho plynoucí připuštění si možného problému. K hlavním přínosům patří, snížení příjmu alkoholu, a především postupné získání kontroly nad vlastním pitím a posílení sebevědomí. Představená terapeutická alternativa, jejíž nácvik a udržování se často děje za podpory kognitivně behaviorální terapeutických programů mimo jiné umožňuje navázání kontaktu s lidmi, kteří pijí problémově, ale nechtějí podstoupit léčbu zaměřenou na trvalou abstinenci. Jde o osoby, které jsou zranitelnější vůči relapsu a tato alternativa jim umožňuje vytyčit si realističtější cíl, zvolit vlastní strategii a získat tak kontrolu nad užíváním alkoholu.

V delším časovém horizontu dochází u osob závislých na alkoholu k výraznému zlepšení, které se projevuje sníženou spotřebou a stabilitou kontrolovaného pití, jež je větší, než se doposud očekávalo (Mann et al., 2017).

3.1. Historie kontrolovaného pití

Mezi prvními, kdo myšlenku kontrolovaného pití jako alternativy k abstinenci popsal na podkladě dlouhodobého sledování závislých pacientů, byl americký psychiatr Davies. Jeho zpráva vyvolala vlnu oprávněné kritiky, neboť se později zjistilo, že jeho interpretace výsledků nebyla zcela správná/korektní/v souladu s požadavky vědeckého zkoumání (Rosenberg, 1993).

Změnu v přístupu k léčbě alkoholové závislosti přinesla studie manželů Sobellových (1989, 1995) v sedmdesátých letech. Jejich výzkum se opíral o studie S. Rachmana a J. Teasdalea (in Sobell & Sobell, 1973), kteří se zaměřili na potlačené reakce a důležitost tréninku reakce. Autoři Cohen, Liebson a Faillace (in Sobell & Sobell, 1973) v roce 1971 popsali možnost kontrolovaného pití u gama alkoholiků. V roce 1965 popsal vliv stresu na užívání alkoholu Hershenson (in Sobell & Sobell, 1973). V neposlední řadě navázali na studie Bandury a návrhy na behaviorální přístup koncipovaný předními odborníky na uvedenou problematiku (Bandura, 1969 in Sobell & Sobell, 1973) při léčbě závislých na alkoholu. Dle Sobella (1973) je užívání alkoholu naučenou reakcí na stresovou situaci, přičemž

podnět ve formě rizikového užívání alkoholu přináší určitou odměnu. Mezi možné odměňující důsledky autor uvádí následující: sedativní účinek alkoholu, který umožňuje utéct ze situace, dále skutečnost, že stav, který provází vyšší konzumace má za následek fyzické oslabení, a v neposlední řadě předpoklad, že alkoholová intoxikace představuje přijatelnou omluvu pro řadu projevů nepřijatelného chování.

Sobellovi provedli výzkum se sedmdesáti muži, kteří byli náhodně rozděleni do experimentální a kontrolní skupiny. Každá skupina byla dále rozdělena na jedince, jejichž cílem byla abstinence a na ty, kdož usilovali o kontrolované pití. Celkem byly vytvořeny čtyři skupiny, přičemž experimentální měla speciální léčebný program zahrnující sedmnáct terapeutických sezení, jejichž součástí byl nácvik behaviorálních technik, jako například vystavení rizikovému prostředí, situacím, identifikace krizové situace a včasné strategie řešení. Kontrola proběhla po šesti týdnech a následně po šesti měsících. Zde se projevila větší pečlivost ve sběru dat i ověřování z více zdrojů – záznamy nemocnice, výpovědi blízkých a jiné dostupné evidence. Nejlepší výsledek zaznamenala experimentální skupina s cílem kontrolovaného pití po šesti týdnech, druhá kontrola prokázala mírné zhoršení. Na druhém místě se umístila experimentální skupina s cílem abstinence; její výsledky byly stabilnější a z hlediska dlouhodobého sledování zde nedocházelo k výraznému propadu (Sobell & Sobell, 1973).

Když odhlédneme od vlny kritiky, kterou výzkum vyvolal z důvodu narušení paradigmatu nevyléčitelné nemoci, nelze výsledky zobecňovat z důvodu výběru respondentů. Ve výzkumu byli totiž zahrnuti jen muži s diagnózou gama alkoholik. Na druhou stranu je třeba uznat, že použití behaviorální terapie došlo k potvrzení její důležitosti a efektivity. U klientů se vliv individuální behaviorální terapie projevil ve zlepšení v rozeznání rizikových situací a vytváření strategií zvládnání. Katamnestická šetření po dvou letech, po třech letech potvrzují výsledky.

Je nutné si uvědomit, že v šedesátých letech se postupně začínaly více šířit myšlenky behaviorismu v rámci psychiatrie a souběžně ubylo psychoanalytického vlivu., Do popředí se následně dostává humanistické hnutí s myšlenkami C. Rogerse a dochází k narušení tradičních léčebných systémů (Mccambridge & Cunningham, 2014).

Kontrolované pití z počátku vyvolalo vlnu kritiky. Byl narušen tradiční přístup, který do té doby předpokládal jen striktní abstinenci. Kritika se objevovala z důvodu malých zkušeností s alternativním přístupem, objevovaly se pochyby o tom, že nelze kontrolovaně

pít déle než šest měsíců a šlo o poměrně velkou změnu v dosavadním přístupu v léčbě závislostí. Panovaly neshody o tom, kdo je vlastně vhodným pacientem, pokud takový vůbec existuje. Objevovaly se argumenty namítající, že sice může dočasně dojít k mírnému poklesu užívání alkoholu, hlavní vliv byl však spatřován v podpoře referenční skupiny a tím spojenou intenzitou vazby ke skupině. Jednoduchý a jasný cíl léčby má mnohem větší výhodu ve formě/ v podobě psychického a fyzického zdraví závislých, zatímco kontrolované pití je nestabilní a podléhá manipulaci ze strany pacientů z důvodu vlastního pohodlí (Galanter et al., 1987).

Kontrolované užívání je často spojováno s nepříznivým výsledkem a změny jsou prezentovány jen jako omezení problematického užívání, což vyvolává dojem, že léčba selhává a je neefektivní. Bohužel je nutné uvést, že není možno takto zjednodušovat, pokud nejsou k dispozici ověřitelná data o průběhu léčby a stanoveném cíli (Snipers & Nielsen, 2006).

Akceptace kontrolovaného pití jako možného cíle léčby byla nadále ověřována výzkumy, při jejichž realizaci byly důležitým prvkem zkoumání možné prediktory, které se týkaly závažnosti závislosti a vhodnosti použití kontrolovaného pití jako cíle léčby. Jednalo se o přezkoumání, do jaké míry má na úspěšnost kontrolovaného pití vliv důvěra a přesvědčení klienta. Dalším předmětem výzkumů byla otázka, jak se postoj závislého jedince mění v průběhu léčby a jaký má vliv při plánování léčby. K dalším důležitým otázkám, na které se dosavadní výzkumné aktivity zaměřují, náleží vztah mezi kontrolovaným pitím a četností léčby, a také otázky, do jaké míry má vliv chování jedince před vlastní léčbou a jak se při uvedené terapii odráží psychická a sociální stabilita jedince a demografické charakteristiky (Rosenberg, 1993). S ohledem na omezený rozsah předkládané magisterské práce v následujícím textu uvádíme pouze některé významné aspekty, které se zkoumanou problematikou kontrolovaného pití úzce souvisejí.

3.2. Modely kontrolovaného pití

Pokus o první model kontrolovaného pití alkoholu s využitím kognitivně behaviorální terapie použili ve svém výzkumu Sobellovi (1973). Jejich práce patří mezi první popsané výzkumy kontrolovaného pití, v němž byla cíleně využita mimo jiných technik, dnes již vnímaných jako kontroverzních, individuální behaviorální terapie. Hlavními prvky léčby se stal nácvik dovedností, simulace, video trénink a jeho rozbor, to vše během 17

individuálních setkání. Výsledky individuálně behaviorální terapie potvrzují, že je vhodným nástrojem pro získání a udržení nových vzorců chování u alkoholiků při léčbě zaměřené na kontrolované pití. Další zde uváděné modely využívaly poznatků z proběhnuvších výzkumů, jejich autoři se jimi pokoušeli nahradit tradiční přístup v léčbě.

Behavioral Self Control Training – BSCT

Jde o první ucelený model kontrolovaného pití, který spojuje prvky kognitivní a behaviorální/kognitivně behaviorální/ terapie společně s motivačními prvky. V praxi se můžeme setkat s různými variantami modelu, obvykle však obsahují prvky zaměřené na následující oblasti:

- vlastní monitoring konzumace nápojů,
- stanovení cíle, většinou stanovení spotřeby při jedné příležitosti a evidence týdenní spotřeby,
- kontrola spotřeby alkoholu pomocí záznamu,
- identifikace spouštěčů konzumace alkoholu,
- plán odměn při dodržování stanovených cílů,
- funkční analýza chování při konzumaci alkoholu,
- prevence relapsu,
- práce s motivací (Raboch et al, 2014).

Dle Rabocha et al. (2014) má při prevenci relapsu klíčovou úlohu rovněž následná péče ve smyslu integrované léčby zaměřené na zotavení. Jedná se například o asertivní komunitní léčbu, asistované a podporované bydlení nebo zaměstnání apod. Význam následné péče stoupá se závažností syndromu závislosti a závažností komorbidit.

BSCT je zdaleka nejintenzivněji studovaným přístupem ke kontrolovanému užívání a v rámci ověřování jeho účinnosti bylo dosud publikováno více než 30 studií. Výsledky ukazují, že tato metoda je stejně účinná jak pro osoby s problémovým užíváním, tak pro osoby závislé, a kontroly provedené po roce potvrzují trvalost touto léčbou dosažených opatření. Absolvování programu BSCT má výrazný vliv na snížení konzumního chování, což dokládá skutečnost, že u jedinců, kteří programem prošli, nebyl pokles jejich spotřeby alkoholu kompenzován zvýšeným užíváním jiných látek. BSCT využívá řadu

behaviorálních technik sloužících k regulaci chování; za důležité prvky jsou u této metody považovány techniky zahrnující vlastní monitoring, nácvik odmítání alkoholu a dodržování stanoveného plánu v užívání. Dnes je možné program absolvovat jak ambulantně, ve formě dostupných on – line programů, což má nesporné výhody ve snížení nákladů, zvýšení dostupnosti a zlepšení komfortu a efektivity (Skutle & Berg, 1987).

Kontrolliertes Trinken

Autorem modelu německý psychiatr J. Körkel (2006). V rámci jeho konceptu se edná o krátkodobou kognitivně behaviorální terapii s důrazem na motivaci klienta. Model Kontrolliertes Trinken navazuje na BSCT, který je na základě výsledků výzkumů považován za stejně účinný jako ostatní intervence, v některých případech prokazuje vyšší účinnost.

Körkel (2006) představuje možnost kontrolovaného pití, jež je pojata jako alternativní cíl, který může přivést do terapie více lidí. Z terapeutického hlediska autor považuje za snazší pracovat s klienty za podmínek, kdy mohou svobodně hovořit o svých skutečných potřebách a cílech. V neposlední řadě je dle autora důležité vnímat i etické hledisko a klientovo právo na sebeurčení a svobodnou volbu ohledně cíle léčby. Na základě BSCT a uvedených argumentů Körkel (2017) sestavil ambulantní program pro řízenou konzumaci alkoholu - Ambulant Kontrolliertes Trinken AKT.

Struktura léčby je v uvedeném konceptu rozdělena na deset strukturovaných skupinových setkání, které mají být vedeny formou behaviorální terapie a motivačních rozhovorů. Před začátkem skupinových setkání by měl klient absolvovat tři individuální konzultace s terapeutem. Terapie se zaměřuje na stanovení cílů a kontrolu záznamů v deníku, který si klienti vedou. Druhá polovina setkání je vyhrazena pro témata související s edukací o alkoholu a závislosti, o jednotlivých cílech terapie, zvládání rizikových situací a plánování aktivit bez alkoholu. Körkel (2017) uvádí, že svůj terapeutický přístup nelimituje jen na některé skupiny závislých osob, ale naopak předpokládá, že dobrého výsledku mohou dosáhnout jak osoby pocházející z kategorie rizikového užívání alkoholu, tak osoby, u nichž se již projevuje těžká závislost. Autorův výzkum prokázal, že pijáci s vysokým příjmem alkoholu vykazují stabilní snížení týdenní spotřeby alkoholu, a jeho výsledky naznačují také genderové rozdíly, kdy u žen byl prokázán pozvolnější pokles alkoholu než

u mužů (Körkel, 2006). Důležitým aspektem je dle Körtela rovněž následná péče o klienta, která by měla probíhat v souladu předcházející terapií a měla by posilovat motivaci klienta.

Covaid – Control of Violence for Angry Impulsive Drinkers

Třetí z uvedených konceptů představuje strukturovaný, individuální program vycházející z kognitivně behaviorální terapie. Zaměřuje se na problémové chování s projevy agresivity v souvislosti s nadměrným užíváním alkoholu. Cílem tohoto programu je změna strategie řešení sociálních problémů, podpora kontroly hněvu a impulsivity a snížení spotřeby alkoholu. Covaid byl původně sestaven pro mladší osoby, které pod vlivem alkoholu páchaly násilnou trestnou činností. Léčebné programy se většinou zaměřovaly na osoby s rozvinutou závislostí a cílem plné abstinence. Tento cíl ovšem pro určité věkové kategorie není atraktivní a motivace ke změně, a to i pod hrozbou trestu, je minimální. Impulsivita, agresivní projevy a hněv mohou být totiž alkoholem ještě více zvýrazněny.

Program Covaid vychází z několika následujících předpokladů:

- Kognitivně behaviorální model je vhodný pro práci s agresí a násilím. Zaměřuje se na spouštěcí mechanismus a situace a experimentuje s nimi. Tento postup pomáhá klientům s identifikací a se změnou chování.
- Informace a zpětná vazba zajišťují, že klienti monitorují svůj hněv a agresi současně s užíváním alkoholu a vyhodnocují tento vztah k množství užitého alkoholu.
- Zvládání stresu, kontrola hněvu, myšlenek pomocí KBT technik a nácviku relaxace.
- Trénink dovedností, řešení problémů s cílem potlačit impulsivitu pomocí techniky STOP – zastavit a přemýšlet, a následná volba jiné strategie.
- Změna užívání alkoholu snížením spotřeby, edukací ohledně sebekontroly, prevence relapsu.
- Změna životního stylu zaměřená na vybudování takového stylu, který podporuje mírné pití a prosociální chování.

Během tréninku si klienti vedou záznamy, které slouží k porovnávání změn, identifikaci spouštěčů, důsledků chování, frekvence a intenzity. Program zahrnuje celkem deset dvouhodinových setkání (McMurrán & Cusens, 2003).

Inhibitory Control Training

Tato metoda se zaměřuje na uplatnění počítačových behaviorálních intervencí, které mají za cíl zlepšit obecnou kapacitu klientů pro inhibiční kontrolu, nebo vytvořit vztahy mezi podnětem souvisejícím s alkoholem a zapojením inhibiční kontroly. Výsledky laboratorních studií naznačovaly, že může dojít k účinnému zásahu a ke snížení konzumace alkoholu. Inhibiční kontrola je definována jako zastavení, zpomalení nebo změna nevhodné odezvy a je součástí širších schémat jakými jsou impulsivita a sebeovládání. Poruchy užívání alkoholu jsou spojeny právě s deficitem inhibiční kontroly, který se prohlubuje v návaznosti na konzumaci alkoholu.

Výsledky výzkumu autorů Jonese et al. (2018) ukazují, že v průběhu tréninku dochází k výraznému snížení konzumace alkoholu. Jejich studie se zaměřila na výuku pomocí internetu. Nicméně, dle závěrečných zjištění lze konstatovat, že z dlouhodobého hlediska ke změně v chování závislých jedinců nedochází.

Moderation oriented cue exposure – MOCE

MOCE představuje program kontrolovaného pití, který se snaží/pokouší reflektovat poznatky současné praxe a rozšiřuje možnosti s ohledem na potřeby klientů. Dosavadní praxe nabízela kontrolované pití výhradně jedincům s mírnou závažností problémů a nacházejícím se v počáteční fázi závislosti na alkoholu. Tento přístup dle autorů vychází spíše z klinických dohod než dosavadních výsledků z praxe. Bohužel, existuje jen málo intervenčních programů, které byly zaměřeny na jedince s problematickou dlouhodobou závislostí. Koncept programu MOCE se zaměřil na řešení otázky, zda se jedinci s dlouhodobou závislostí na alkoholu mohou naučit kontrolovaně pít, a to prostřednictvím metody expozice, jež by měla pod terapeutickým dohledem snížit reaktivitu.

Jednotlivé prvky programu se soustředily na sledování prodloužené expozice u alkoholických nápojů. Výsledky studie ukázaly zajímavá zjištění; a to zejména ve srovnání s modelem BSCT, kde nedochází k rozdílům v celkové úrovni spotřeby alkoholu. Neméně zajímavým zjištěním je, že kontrolované pití je vhodným nástrojem i pro osoby s těžkou závislostí (Dawe, Sitharthan, Rees, Mattick & Heather, 2002).

3.3. Předpoklady pro kontrolované pití

V kontextu uvedených souvislostí považujeme za důležité pokusit se objasnit otázku, zda existují nějaké předpoklady, jež zvyšují šanci na úspěch kontrolovaného pití, a naopak ty které šanci na úspěch jeho aplikace naopak spíše snižují.

Rosenberg (1993) na základě své rozsáhlé studie vyvozuje pro kontrolované užívání jednotlivé prediktory, které mají vliv na celkovou úspěšnost léčby, připustíme-li možnost takového vnímání/pojetí. Za důležitý faktor/aspekt autor považuje rozvoj závislosti; čím dříve jedinec vyhledá pomoc, tím je větší šance na úspěch léčby. Mezi další rozhodující faktory řadí mladší věk, psychologickou a sociální stabilitu v životě a pohlaví, kdy se má za to, ženy jsou v léčbě úspěšnější.

Vhodní klienti pro kontrolované pití jsou především jedinci s kratší dobou závislosti, bez další komorbidity a medikace a v dobrém fyzickém stavu; významnou úlohu hraje i míra sociální podpory (Snipers & Nielsen, 2006).

Kontrolované pití je většinou nabízeno osobám, u nichž je závislost na alkoholu diagnostikována poměrně krátkou dobu, a u osob věkově mladších. Ukazuje se, že ne vždy je toto pravidlo závazné. Dnes je kontrolované pití nabízeno poměrně širšímu okruhu osob, než bylo původně doporučováno. Průběžná kontrola po 6 měsících a 2 letech ukazuje, že neexistují žádné rozdíly mezi problémovými alkoholiky, kteří se po absolvované KBT léčbě rozhodli ke kontrolovanému užívání nebo abstinenci (Mann et al., 2017).

Může se zdát lákavé sledovat jako důležité kritérium závažnost – délku závislosti jako kritickou determinantu toho, zda lze dosáhnout kontroly. Nelze vyloučit, že tento vztah je epifenomémem k jiným životním událostem (Sobell & Sobell, 1995).

Za omezení současného výzkumu, predikce a doporučení pro volbu kontrolovaného pití u jednotlivých osob můžeme považovat skutečnost, že většina výzkumů je založena na předpokladu konstantního rizika. Jak uvádí Shiffman (in Rosenberg, 1993), je nutné v co největší míře postihnout následující faktory: trvalé osobnostní charakteristiky, základní proměnné a precipitanty, tedy rychle se měnící přechodné jevy. Pokud bychom shrnuli doporučení tohoto autora, pak kontrolované pití představuje vhodný cíl pro mladého člověka (spíše ženu) s krátkou historií závislosti, dobrým sociálním zázemím, silnou

motivací, bez další komorbidity a medikace a v dobré fyzické kondici. S určitou nadsázkou lze říci, že tento pacient je snem každého terapeuta.

Na otázku v úvodu kapitoly můžeme odpovědět shrnutím, že určité charakteristiky mohou zvýšit úspěšnost kontrolovaného pití, otázkou však zůstává, co znamená „úspěšnost“. Je třeba definovat, zda jde o trvalou kontrolu nebo uvědomění si vlastních obtíží s kontrolou a získáním nadhledu, nebo zda se jedná o zmírnění celkové konzumace alkoholu.

Sobell a Sobellová (1989) uvádí kontraindikace, které rozlišují z lékařského hlediska. Do této kategorie řadí zejména zdravotní omezení jako je narušené fungování jater, onemocnění, při nichž alkohol může průběh nemoci zhoršit (cukrovka, hypertenze, gastroduodenální vředy), užívání léků, těhotenství. Kontraindikace z hlediska sociálního pak zahrnují zákaz užívání alkoholu z důvodu pracovních závazků, porušení podmínky podmíněného propuštění nebo jiné.

4. Kognitivně behaviorální terapie závislosti

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) je v současnosti v léčbě závislosti velmi rozšířená a patří k ověřeným metodám v klinické praxi. Ačkoli se jedná o poměrně mladý terapeutický směr, jehož počátky se datují od konce 70. let dvacátého století, patří dnes k základním a vlivným terapeutickým směrům. Hlavní východiska KBT pocházejí z práce A. Becka, A. Bandury, J. R. Cautela, D. Meichenbauma, M. Seligmána, A. Ellise a mnoha dalších (Praško et al., 2007). Kognitivně behaviorální terapie klade důraz na interakci mezi emocemi, poznáním a naším chováním. Hlavním cílem je pomáhat jednotlivci v porozumění vzájemného působení mezi těmito rovinami, jež pak slouží jako základ pro změnu v jedincově prožívání, myšlení a následně také chování.

KBT je považována za jednu z nejeftektivnějších metod při léčbě osob se závislostí. Zásadním prvkem v tomto terapeutickém přístupu je snaha porozumět mechanismům, které napomáhají změně chování tak, aby jeho metody mohly být ještě efektivnější a doslova šité na míru konkrétnímu jedinci. V rámci terapeutické činnosti je akcentována snaha o povzbuzení jedince k tomu, aby si uvědomil, jakou roli alkohol v jeho životě představuje, jak ovlivňuje jeho každodenní život, a aby pochopil mechanismus jeho působení a vytvořil si nový a zdravější přístup. Léčba se obvykle zaměřuje na techniky, jež pomáhají klientům zlepšit jejich schopnost zvládat situace, které předcházejí konzumaci alkoholu; cílem je dosáhnout uvědomění si tzv. spouštěčů a situací, které se vyznačují určitými společnými rysy. Důležité je naučit klienta identifikovat negativní myšlenky, tělesné pocity, emoce a důsledky, které jsou s konzumací alkoholu spojeny.

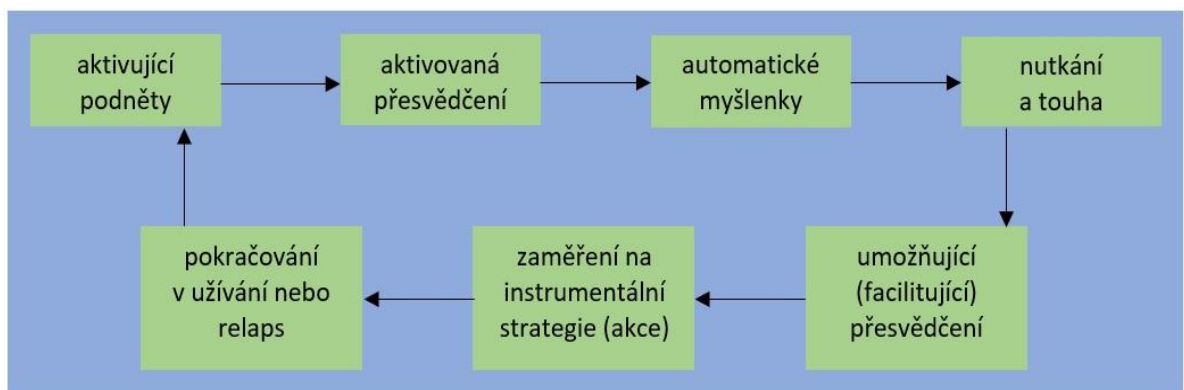
V této kapitole se zaměříme na závislost z pohledu z kognitivního a behaviorálního hlediska, bude popsán terapeutický přístup a konkrétní techniky práce s pacienty v léčbě závislosti na alkoholu.

4.1. Kognitivní a behaviorální model závislosti

Terapeutický přístup KBT chápe závislost jako naučenou strategii, která má napomoci vyrovnání se s obtížemi. Behaviorální teorie vnímá závislost jako výsledek procesu učení a pomocí behaviorální analýzy se zaměřuje na spouštěče, chování ve všech jeho modalitách, a nakonec na následky. Tato analýza je označována také jako model A-B-C a zaměřuje se na popis problému, jeho průběh a následky. Kognitivní teorii modelu A-B-C

v rámci KBT formuloval A. Beck (2018), jenž strukturoval své pojetí na kognitivní události tedy myšlenky, představy s různým emočním nábojem a kognitivní operace jako komplexní děje. Kognitivní model závislosti je charakterizován komplexním procesem založeném na hlubokém maladaptivním přesvědčení, které je označováno také jako „jádrové“, a je utvářeno vlivem negativních zážitků, jež formují zkušenosti společně s prostředím již od časného dětství. Negativní zážitky v raných vývojových stádiích, vznik maladaptivního schématu a užívání alkoholu jako kompenzační strategie vedou k podpoře dysfunkčních předpokladů a rozvoji závislosti (Záleský in Praško et al., 2007).

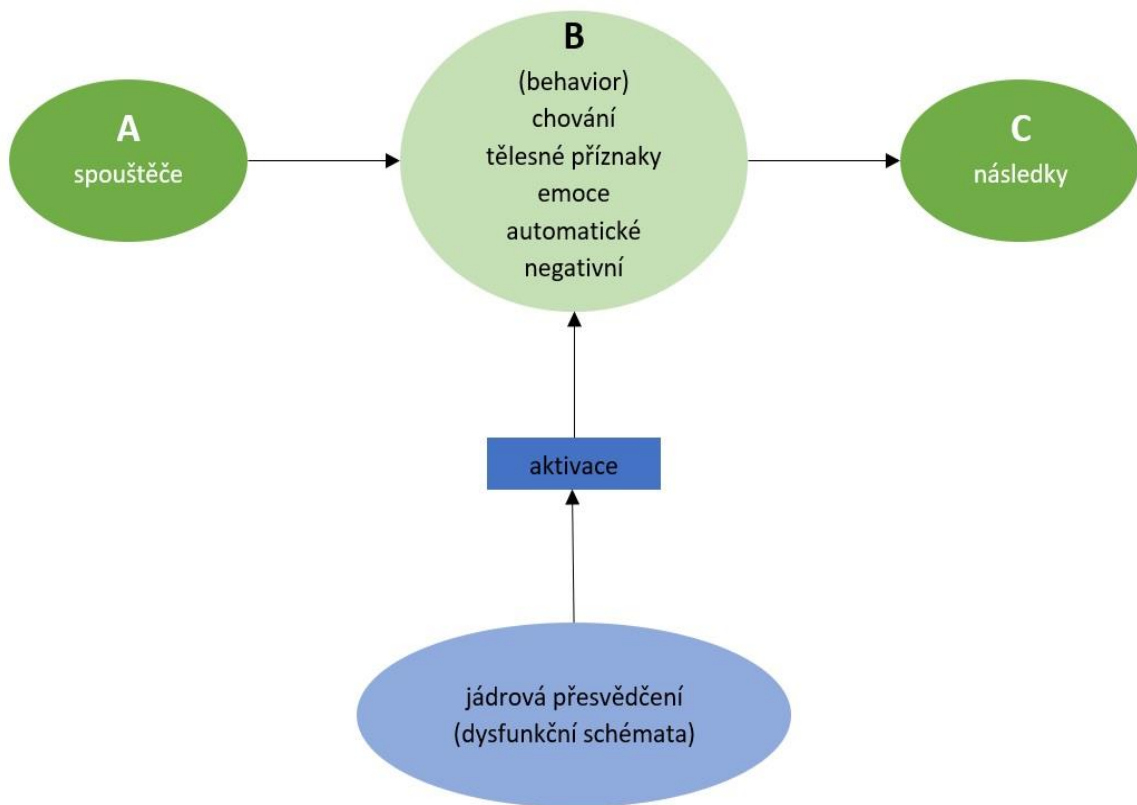
Obrázek 4: Kognitivní model závislosti Salkovskis 1996



Zdroj: Praško et al, 2007

Kognitivně behaviorální model závislosti je chápán jako sjednocení prvků obou teorií. Na rozvoj závislosti má vliv mnoho faktorů z vnějšího prostředí, zejména dostupnost návykové látky, její tolerance a celkový přístup společnosti; určitou roli rovněž hraje skutečnost, zda se jedná o látku legální. Další faktory pro rozvoj závislosti můžeme hledat na straně jedince, a to ve struktuře jeho osobnosti, fyziologické reakci na návykovou látku a v jeho individuálním jádrovém přesvědčení. Na počátku rozvoje závislosti má významný vliv mechanismus operantního podmiňování, dále sociální učení a později klasické podmiňování a kognitivní faktory. Negativní zpevňování se projevuje později, zejména při přerušení užívání alkoholu, a to v podobě abstinčního syndromu. V modelu závislosti jsou opět rozlišeny prvky A-B-C, jak bylo popsáno výše, jež jsou doplněny o složku jádrového přesvědčení a jeho aktivace (Záleský in Praško et al., 2007).

Obrázek 5: KBT model



Zdroj: Praško et al, 2007.

K základním úkolům při léčbě závislosti patří dle Záleského (in Praško et al., 2007) tyto postupy/kroky, které mají za cíl zachytit celý rámec problému a umožnit klientovi porozumět a naučit se zvládat a kontrolovat své emoce, prožívání a chování:

- vybudování fungujícího vztahu s klientem,
- stanovení cíle terapie,
- funkční analýza problému,
- práce s motivací,
- kognitivní a behaviorální techniky,
- práce s relapsem.

Terapeutický vztah je zásadním předpokladem pro terapeutický proces a práci s klientem. Je to počátek všeho a to, do jaké míry se nám podaří navázat vztah, bude mít následně vliv na celý průběh terapie. Co by tedy měl terapeut sledovat, aby se mu podařilo navázat a

udržet vztah s klientem? Jaké jsou důležité aspekty pro vytvoření důvěrného a bezpečného vztahu? Pokud tuto otázku položíme terapeutům, většinou se nám dostane jednoslovných odpovědí, které směřují na dovednosti a schopnosti terapeuta: vřelost, autenticita, empatie, respekt, pozornost, laskavost, podpora, trpělivost, přístup naslouchající, nehodnotící, reflektující..., a mnoho dalších důležitých dovedností, které by měl každý terapeut rozvíjet a aktivně na nich pracovat. Ke způsobu, jak tyto dovednosti v terapeutickém vztahu udržet, uvádí Becková (2018) tato pravidla:

- předvést dovednosti v poradenské práci a porozumění,
- ověřujte a sdílejte plán léčby a ověřujte porozumění situaci,
- vzájemná spolupráce a rozhodování,
- důraz na zpětnou vazbu,
- nebát se změnit svůj styl práce, reagovat na změny u klienta,
- pomáhat mírnit obtíže klienta (Beck, 2018, 32).

Hallgren a Epstein (2019) se ve svém aktuálním výzkumu zaměřili na zkoumání problému/otázky, jaký mají v kognitivně behaviorální terapii vliv aspekty/faktory jako vnímání vlastní zdatnosti (self-efficacy), copingové strategie a terapeutický vztah. Autoři ověřovali, do jaké míry mají tyto koncepty vliv na abstinenci, přičemž předpokládali, že problémy s alkoholem u jedinců způsobují zejména nevhodné copingové strategie a nedostatečná míra vnímání vlastní zdatnosti. Poslední ze zmíněných faktorů, tzv. self-efficacy, představuje koncept, jenž podrobně zkoumal A. Bandura (1977). Na základě svých zjištění formuloval teorii vypovídající o tom, že lidé s vysokou mírou self-efficacy důvěřují svým vlastním schopnostem, dovednostem, jsou schopni si stanovovat cíle a dosahovat jich a věří, že jsou strůjci svého života. Naopak lidé s nízkou úrovní této schopnosti uvedené kvality postrádají, což často vede k tomu, že nedokáží efektivně řešit problémy či zátěžové situace včetně boje s různými typy závislostí (Bandura, 1977). Kognitivně behaviorální terapie se snaží tyto zažití vzorce chování u daných jedinců měnit tak, aby byli schopni detekovat spouštěče, myšlenky, chování nebo situace, které nakonec způsobí, že podléhají své závislosti a opět se přikloní k užívání alkoholu. Porozumění těmto mechanismům umožňuje změnit vzorce chování, a právě na tuto změnu v chování terapie KBT především cílí.

Autoři výzkumu Hallgren a Epstein (2019) předpokládali, že změna copingových strategií napomáhá změnit přístup ke zvládnání problémů a zátěžových situací. Jedním z dalších předmětů jejich zkoumání byl terapeutický vztah, který je nezbytnou součástí navázání spojení mezi terapeutem a klientem. Terapeutická intervence by měla být vedena tak, aby vedla k žádoucím změnám v chování klienta, z něhož budou nakonec těžit obě strany. Terapeutický proces napomáhá klientovi porozumět tomu, jak velké změny do jeho života může terapie přinést, do jaké míry budou tyto změny časově náročné, a jak moc těmto změnám napomáhá samotná abstinence od alkoholu či jiné návykové látky. Předpokládá se provázanost mezi užíváním alkoholu a chováním. Léčba se obvykle zaměřuje na techniky, jež pomáhají klientům zlepšit jejich schopnost zvládat situace předcházející konzumaci alkoholu, kdy smyslem je uvědomit si tzv. spouštěče, a které mají určitý společný rys. Pokud se danému jedinci podaří rozpoznat spouštěč (ať už situaci, myšlenku nebo cokoli dalšího), který vyvolá bažení po alkoholu, a dokáže v tu chvíli odolat pokušení sáhnout po alkoholu, je to bráno jako pozitivní krok na cestě k trvalé abstinenci.

Autoři výzkumu Hallgren a Epstein (2019) předpokládali, že změna copingových strategií napomáhá změnit přístup ke zvládnání problémů a zátěžových situací. Jedním z dalších předmětů jejich zkoumání byl terapeutický vztah, který je nezbytnou součástí navázání spojení mezi terapeutem a klientem. Terapeutická intervence by měla být vedena tak, aby vedla k žádoucím změnám v chování klienta, z něhož budou nakonec těžit obě strany. Terapeutický proces napomáhá klientovi porozumět tomu, jak velké změny do jeho života může terapie přinést, do jaké míry budou tyto změny časově náročné, a jak moc těmto změnám napomáhá samotná abstinence od alkoholu či jiné návykové látky. Předpokládá se provázanost mezi užíváním alkoholu a chováním. Léčba se obvykle zaměřuje na techniky, jež pomáhají klientům zlepšit jejich schopnost zvládat situace předcházející konzumaci alkoholu, kdy smyslem je uvědomit si tzv. spouštěče, a které mají určitý společný rys. Pokud se danému jedinci podaří rozpoznat spouštěč (ať už situaci, myšlenku nebo cokoli dalšího), který vyvolá bažení po alkoholu, a dokáže v tu chvíli odolat pokušení sáhnout po alkoholu, je to bráno jako pozitivní krok na cestě k trvalé abstinenci.

Z uvedeného výzkumu vyplývá, že včasné započítí terapie v kombinaci se zahájenou abstinencí, to vše doplněno případně i o substituční léčbu, je jednou z nejučelnějších metod, jak lidem se závislostí na alkoholu pomoci jejich problém s alkoholem řešit. Respondenti vykazovali menší počet selhání než lidé, kteří sice podstupovali terapii, ale nikdy nezačali plně abstinovat. Trvalá abstinence je samozřejmě podpořena i časem, čím déle je klient

schopen odolávat bažení, tzv. cravingu, bez napití, tím úspěšněji se pravděpodobně se svou závislostí „popere“/ vyrovná. Z toho jasně vyplývá, že započatá abstinence ovlivňuje vzorce chování, které nakonec vedou k abstinenci trvalého charakteru.

Výsledky realizovaného šetření dále poukazují na to, že žádoucí změny v copingových strategiích jedince a zvýšená míra jeho self-efficacy výrazně zvyšují šanci na to, zda klient nakonec vydrží abstinovat trvale. Oproti tomu spojení mezi terapeutem a klientem má na trvalou abstinenci jen nepatrný vliv. Z uvedených faktorů má nejvýraznější vliv na trvalou abstinenci míra self-efficacy. Je-li tato hodnota vysoká, bude klient důvěřovat ve své vlastní schopnosti problém zvládnout a bojovat s ním. Druhým faktorem v pořadí s poněkud nižším vlivem jsou copingové strategie, které determinují, jak klient dokáže zvládat zátěžové situace. Jak již bylo zmíněno, rozhodujícím prediktorem úspěšnosti v trvalé abstinenci je rovněž skutečnost, zda již před samotným vstupem nebo započtím terapie klient zahájil abstinenci či nikoli. Souhrnně lze konstatovat, že faktory, jež autoři citovaného výzkumu (Hallgren & Epstein, 2019) považují za klíčové, jsou: self-efficacy, vhodný coping a zahájená abstinence před vstupem do terapie.

Model kognitivně behaviorální terapie předpokládá, že problémové užívání alkoholu je z velké části udržováno deficitem v dovednostech zvládat abstinenci, tedy velmi rizikové situace bez alkoholu. Zlepšení vnímání vlastní schopnosti abstinovat a zvyšování dovedností v oblasti kognitivních a behaviorálních dovedností je považováno za kritický cíl léčby (Morgenstern & Longabaugh, 2000).

4.2 Terapeutické postupy

V této kapitole se cíleně zaměřujeme na jednotlivé kroky terapeutického programu pro osoby závislé na alkoholu, který zároveň absolvovali účastníci našeho výzkumu, jehož realizace a výsledky jsou popsány v empirické části práce. Autorem metodiky programu je R. Pešek a vychází z publikace – Jak se zbavit závislosti na alkoholu: Příručka pro ty, kdo mají problém s alkoholem. Pohledem kognitivně behaviorální terapie (Pešek, 2018). Program pracuje s celým spektrem kognitivně behaviorálních technik včetně nácviku relaxace, komunikačních technik a tréninku sociálních dovedností. Součástí programu je práce s motivací a relapsem; závěr programu je věnován individuálnímu plánu a plánování/vymezení následné léčby. Program je realizován jako pobytový, a to v délce čtyř týdnů, kombinuje začlenění individuální a skupinové terapie. V průběhu pobytu klient

absolvuje týdně 3 individuální terapie a 5 skupinových setkání. Zde je třeba uvést, že volba abstinence nebo kontrolovaného užívání alkoholu se v průběhu pobytu několikrát mění, a to především s poznáním a pochopením svého vztahu k alkoholu.

4.2.1 Úvodní sezení – Bludný kruh a modality, důsledky

V úvodním terapeutickém setkání je klient seznámen s principy kognitivně behaviorální terapie a jednotlivými kroky v rámci její celkové struktury tak, jak budou použity v praxi. Mimo sestavení anamnézy a získání základních informací o problému, se kterým klient přichází, je důležitým prvkem terapie také edukace o možném psychologickém modelu jeho obtíží. Snaha o detailní popis problémů, doprovodných obtíží, dopadů na vztahy, emoční doprovod spolu s negativními myšlenkami slouží jako dobrý základ pro lepší pochopení tzv. bludného kruhu a modalit s tím souvisejících (Pešek, 2018).

Praško et al., (2007) uvádí, že v této fázi vyšetření musíme o klientovi vědět všechno, abychom získali co možná nejvěrnější obraz jeho situace. Úvodní setkání s klienty je vždy plánováno na delší časový úsek, a to s ohledem na množství informací, které potřebujeme získat. Je vhodné terapii strukturovat a postupně naplňovat jednotlivé kroky.

Struktura úvodního setkání je tvořena následujícími kroky/prvky:

1. Anamnéza klientovy situace, vznik, průběh a současný stav problému, popis poslední situace, která vedla k nástupu léčby.
2. Edukace o závislosti, dále o kognitivně behaviorální terapii, představení bludného kruhu a vlivu modalit na utváření problému s využitím poslední situace klienta.
3. Sestavení seznamu/přehledu hlavních životních obtíží, které chce klient řešit.
4. Zadání domácího úkolu – vytvoření bludného kruhu za pomoci ilustrativního příkladu na jiné situaci, sestavení cílů terapie, na kterých chce klient ve spolupráci s terapeutem v průběhu pobytu pracovat (Praško et al., 2007).

Cílem prvního setkání je pochopení vlivu jednotlivých modalit na udržení problému. V tomto případě se u závislých často setkáváme s potížemi pojmenovat vlastní emoce a tělesné projevy, které je doprovázejí/a jejich doprovodné tělesné projevy. Na druhou stranu dochází často k velkému uvolnění v důsledku pochopení, jak závislost funguje na biologické úrovni, jak spolu souvisí spouštěče, emoce, chování, myšlení a tělesné příznaky, a jaké důsledky to přináší v životě klienta.

Mimo strukturu je třeba mít na paměti i další méně viditelné a měřitelné aspekty terapie. Tím je myšleno budování vztahu s klientem, důvěra a otevřenost. Jde o nezbytnou součást terapeutického působení, která má velký vliv na pozitivní výsledek terapie. Jak uvádí Beck (2018), na zájem a porozumění lze poukazovat empatickými výroky, tónem hlasu, mimikou a intonací hlasu terapeuta. Vyjádřením pochopení, oceněním a laskavým přístupem můžeme klientům usnadnit situaci a umožnit mu tak hovořit otevřeně a nic nezamlčovat. Je třeba si uvědomit, že klienti se závislostí přicházejí do terapie s velmi narušeným sebevědomím a s pocitem opakovaného selhání, často pod nátlakem svého okolí. Necitlivý nebo chladný přístup může jejich stav zhoršit. Vztah mezi terapeutem a klientem patří mezi hlavní účinné faktory terapie, můžeme říci, že terapeut má odpovědnost za vztah, klient přichází s důvěrou a očekáváním, že se mu dostane pomoci (Kratochvíl, rok, in Kalina, 2013).

4.2.2 Motivace a motivační váha

Další významným tématem v kontextu terapie závislosti je otázka motivace, která pro mnoho klientů přináší větší porozumění vlastnímu problému a obtížím při pokusech abstinovat.

Motivace je poměrně složitý fenomén a je výsledkem vrozených a získaných faktorů. Na motivaci se můžeme dívat ze dvou pohledů, kdy motivy chápeme na jedné straně jako vnitřní pohnutky, zatímco druhý přístup je zaměřen na vnější podněty, které motivaci ovlivňují (Plháková, 2003).

Základním východiskem pro práci s motivací klienta je objasnění hlavních aspektů, které umožňují změnu. Klienti závislí na alkoholu vnímají motivaci ke změně jako něco, co se jim někdy více a někdy méně daří, zažívají stavy ambivalence, nerozhodnosti, nechuti něco měnit, aniž by si uvědomovali důvody takového prožívání. V průběhu terapie mají možnost popsat situace, kdy pociťují větší motivaci, což jim pomáhá porozumět, jaký vliv to má na jejich prožívání.

Součástí terapie je seznámení se s cyklickým modelem změny a jednotlivými fázemi tak, jak je popsali například Prochaska a Di Clementi (rok, in Kalina, 2013):

1. Prekontemplace – stádium, kdy motivace ke změně chybí, dochází k popírání problému, většinou dochází ke konfliktům v okolí klienta.

2. Kontemplace – klient začíná pozvolna vnímat souvislost závislosti a problémů s tím spojených, objevuje se ambivalence, strach.
3. Rozhodnutí – problémy způsobené užíváním alkoholu jsou již znatelné, klient chápe souvislosti a má dostatek energie, objevuje se první motivace ke změně.
4. Akce – klient realizuje změny, dochází na terapii, dodržuje režimová opatření.
5. Udržení změny – klient dosáhl změny a je před další výzvou ji udržet i běžném životě, přičemž pokud nastanou aktivní změny v životním stylu, je udržení snazší.
6. Relaps – narušení abstinence, návrat k užívání.

V rámci terapie jsou diskutovány výhody a nevýhody abstinence nebo kontrolovaného pití a stejně tak výhody a nevýhody návratu k užívání, kdy si klienti zvědomují své vlastní zkušenosti a spolu porozuměním cyklických změn motivace získávají lepší náhled na situaci.

V průběhu individuální terapie je využívána technika motivačních rozhovorů (Motivational Interviewing, MI) Millera a Rolnicka (in Kalina, 2013), která se pro práci se závislostí uplatňuje již od roku 1991 a je vhodným nástrojem pro klienty, kteří pociťují ambivalenci a obavy ze změny. Technika MI je postavena na čtyřech základních principech:

- empatie, kdy vytvoření atmosféry přijetí má velký význam pro klienta a navozuje důvěru a respekt k jeho osobě a prožívání,
- rozpor a poukázání na to co klient chce, jaké hodnoty jsou pro něj důležité a co ve skutečnosti dělá,
- motivace a hledání zdrojů klienta,
- odpor, jako přirozená součást změny, kdy klient pociťuje přílišný tlak a jenž může být také signálem nesouladu (Miller, Rolnick, 1991 in Kalina, 2013).

4.2.3 Kognitivní restrukturalizace

Kognitivní restrukturalizace patří k hlavním metodám KBT. Její hlavní východiska poskytli A. Ellis a A.T.Beck, kteří vycházeli ze zjištění, že ve stavu emoční poruchy, úzkosti, deprese je schopnost myslet racionálně a konstruktivně snížena, neboť jedinec pod vlivem automatických negativních myšlenek nedokáže myslet racionálně, dochází ke zkreslení skutečnosti a logickým omylům. Příklady takových omylů jsou nepodložené

závěry, generalizace, vztahovačnost, černobílé vidění, čtení myšlenek a argumentování za pomoci emocí (Možný & Praško, 1999).

Cílem kognitivní restrukturalizace je dosažení změny prožívaných emocí plynoucích z negativních myšlenek a majících vliv na prožívání a chování klienta. U osob závislých na alkoholu se často objevují negativní myšlenky, jež bývají často přehnané a nepřiměřené, a proto následně vedou k nepřiměřené emoční reakci. Právě tento vztah mezi myšlením, pocity a chováním je nutné v rámci kognitivní restrukturalizace klientům objasnit. K tomu jsou využívány příklady z vlastní zkušenosti. Negativní myšlenky klienta často není snadné odhalit; klienti často opakují, že je v tu chvíli nic nenapadá a na nic nemyslí. Důvodem takových pocitů může být skutečnost, že tyto myšlenky neupoutávají pozornost, jsou velmi rychlé a prchavé, často také může docházet k jejich nevědomému potlačování. Je pochopitelné, že práce s automatickými negativními myšlenkami je pro mnoho klientů náročná. Návčik v této oblasti bývá náročný; v terapii se zaměřujeme na rozbor posledního klientova zážitku a pomocí přehrávání ve skupině se snažíme navodit konkrétní situaci, v níž se klient v daný kritický okamžik nacházel. Můžeme mu rovněž napomoci tím, že mu připomeneme, co mu v danou chvíli běží/běželo hlavou. V některých případech lze rovněž využít viditelné změny nálad v průběhu terapie se snahou zachytit myšlenky, které se v danou chvíli objeví. Jedná se o poměrně náročné, nicméně velmi účinné cvičení, proto je mu během celého programu věnováno poměrně dost času. Klient nacvičuje jednotlivé situace, rozebírá negativní myšlenky pomocí důkazů pro a proti a vytváří si nový náhled.

4.2.4 Komunikace – asertivita, kritika, laskavost

Deficit sociálních dovedností u závislých osob je významným doprovodným faktorem, který se podílí na zvyšování míry prožívaného stresu. Sociální dovednosti jsou chápány jako dovednost jasně a srozumitelně sdělovat své pocity a obtíže. Jedná se o schopnost konstruktivně řešit problémy a dosahovat cílů. Liberman (1989, in Praško et al., 2009) uvádí tři základní složky sociálních dovedností. Jsou jimi schopnost přiměřeného vnímání sociálních situací, jejich správná interpretace a porozumění a v neposlední řadě také schopnost umět sdělovat vlastní potřeby a pocity svému okolí.

Návčik komunikace se stává z několika složek, za důležitý je považován návčik těchto oblastí:

- neverbální dovednosti, navazování a ukončení konverzace,
- naslouchání, zpětná vazba, kladná i záporná,
- vyjadřování pocitů,
- asertivní pravidla,
- vyjadřování hněvu,
- přijímání, dávání kritiky, žádost o laskavost (Praško et al., 2009, s.144).

V průběhu skupinových terapií jsou klienti seznámeni s jednotlivými složkami komunikace, jsou vyčleněna témata, která jsou v průběhu pobytu realizována/probírána. Zpočátku je hlavní prostor věnován edukaci, ujasnění si pravidel komunikace a asertivitě, která má pozitivní účinek na pochopení toho, jak sami klienti komunikují, co vyjadřují a jaká jsou jejich očekávání. Zde se velmi dobře projevuje efekt skupiny, která poskytuje důvěrný prostor pro nácvik nových dovedností. Závislost do jisté míry zneschopňuje komunikaci, doprovází ji pocity selhání, hněvu, úzkosti, strachu a podráždění, což významně ovlivňuje způsob, jak jedinec dokáže vyjadřovat své potřeby. Asertivita někdy na klienty působí jako zjevení; představa, že mohou říct ne, změnit názor, že mohou dělat chyby nebo nelogická rozhodnutí je pro mnoho z nich osvobozující. To platí zejména pro ty, kteří si přinášejí nevhodné komunikační strategie, jež mají zažitá ze svého okolí. Přijímání kritiky je téma, které je pro většinu klientů obtížné, s kritikou se špatně vyrovnávají, jsou citliví a vztahovační. Dost často dochází ke změně chápání kritiky až po nácviku, kdy se klienti sami ve skupině učí správně kritizovat své kolegy. Dalším důležitým tématem je žádost o laskavost, o pomoc. Klienti se zamýšlejí nad důvody, které jim brání v tom o něco požádat, říct, že něco potřebují nebo že potřebují s něčím pomoci. Pocit provinění, slabosti a vlastní neschopnosti jim většinou brání v tom, aby otevřeně pojmenovali své potřeby, aby byli schopni si říct o pomoc a také ji byli schopni přijmout. Tyto obtíže jsou spojeny s narušenou sebedůvěrou, pocitem viny, ztrátou úcty a respektu k sobě i okolí.

V uvedeném kontextu je zajímavé hovořit o tom, co nám pomoc přináší, jaké důsledky to má na nás, na naše prožívání a na naše vztahy. Nácvik sociálních dovedností, a především komunikace považujeme za nejdůležitější prvek terapie. To, jak mluvíme, jak o věcech přemýšlíme, utváří naše vztahy a má vliv na kvalitu života.

4.2.5 Další kognitivní a behaviorální metody

Kognitivně behaviorální terapie využívá nespočetně mnoho metod, důležité je ovšem respektovat konkrétní léčebný plán. Níže uvádíme metody využívané v rámci programu

Relaxace a všímavost

Ovlivnění tělesných příznaků je důležitým prvkem pro zvládání nepříjemných stavů, proto se klienti v programu zaměřují na nácvik svalové relaxace a nácvik kontrolovaného dýchání již od počátku, a tyto techniky jsou vždy společným začátkem a ukončením skupinové terapie. Aktivně ji klienti procvičují v rámci domácích cvičení, relaxaci volí buď Jacobsonovu nebo Östeovu. Samostatným tématem je pak zařazení nácviku všímavosti (*mindfulness*), kterému se klienti věnují jedenkrát týdně.

Využití všímavosti má již dlouhou tradici a první zmínky o jejím použití v léčebném procesu se objevily již v roce 1979 kdy Jon Kabat –Zinn (2015) vytvořil program pro zmírňování stresu a některé z jeho zásad se postupně začaly využívat u jiných skupin klientů (Šlepecký, Praško, Kotianová & Vyskočilová, 2018).

Důležitým aspektem terapie je edukace, která umožní pochopení a aktivní používání relaxačních technik. Pro mnohé klienty a zvláště pro muže je tento nácvik a provádění vlastních/konkrétních cvičení ne vždy příjemný, což často souvisí s potlačovanými emocemi a s horší schopností popisovat vlastní tělesné prožívání.

Expozice

Principem expozice je vystavení se nepříjemným situacím. Konfrontace s vyhýbavým chováním představuje pro klienty závislé na alkoholu důležitý moment v terapii. Klienti mají možnost být konfrontováni s běžným prostředím restaurací a barů, kde je alkohol dostupný. Práce spočívá v edukaci, sestavení plánu možných reakcí a z domácí přípravy. V průběhu terapie se klient učí rozlišit situace, kterým se vyhýbá a činnosti, které jsou ohrožující a mohou vyvolávat nepříjemné stavy. Nakonec si klienti v rámci domácí přípravy popisují strategie, které využívají pro vyhnutí se kritickým situacím nebo pro účinné odvedení pozornosti. Expozice je prováděna různými způsoby, například expozice *in vivo*, tedy „na živo“ neboli také exteroceptivní, znamená vystavení se vnějším podnětům. Tato expozice může probíhat například jako reálná návštěva restaurace. Jinou cestou je

expozice interoceptivní, kdy se klient vystavuje svým vnitřním pocitům, vnitřní situaci, a která může probíhat například jako vystavení se bažení nebo v imaginaci.

Hraní rolí

Tato metoda se uplatňuje především v rámci nácviku komunikace a sociálních dovedností ve skupinové terapii. Jedná se o velmi účinnou metodu. Lidé závislí na alkoholu mají často pocit, že to co zažívají oni sami je jen těžko sdělitelné ve skupině. Často si neví rady jak se v některých situacích zachovat, spolupráce ve skupině jim pak dává nový impuls a určitou důvěru v sebe sama. Hraní rolí se využívá při nácviku komunikace, asertivity, odmítání, žádosti o laskavost, dávání a přijímání komplimentů a další. Nejistota, která je u klientů z počátku patrná, se rychle ztratí. Nácvik dovedností a komunikace se stává/je důležitým zdrojem užitečných informací.

Životopis

Práce na psaní vlastního životopisu začíná bezprostředně po nástupu do programu, jde o první domácí úkol. Klient dostane základní instrukce a doporučení, jak životopis zpracovat a co by mělo být jeho součástí. Důležité oblasti jsou rozděleny do jednotlivých věkových kategorií jako je vlastní vývoj v dětství, v předškolním a školním věku, vzpomínky, vztahy, rodinné vazby, ale také důležité události, které si klient pamatuje. Další oblasti, jež by měl životopis obsahovat, jsou vzdělání, zaměstnání, psychosexuální vývoj, partnerství, manželství. Klient může v životopise popsat sám sebe, jak vnímá své potíže a očekávání, které má od terapie. Zkušenost ukazuje, že jde o velmi dobrý nástroj, jehož pomocí lze dosáhnout toho, aby si klient uvědomil důležité aspekty svého života, přičemž zpětně může zhodnotit některé situace, jež mají vliv na jeho současný život. Životopis také slouží k bližšímu představení klienta ve skupině; klient sděluje své pocity, jež zažíval při psaní, a momenty, které jsou pro něj důležité.

Terapeutické dopisy

Jedná se o další kognitivní techniku, která slouží k ošetření traumatických emocí, jež jsou spojeny s blízkými nebo významnými osobami v životě klienta, a které se podílely na vytvoření a udržování jeho jádrových schémat (Praško, 2007). Dopisy klienti připravují za

domácí úkol. Necenzurovaný dopis, který by měl obsahovat neučesané a syrové emoce, neuspokojené potřeby, nespravedlnost nebo jiné traumatizující události, je prezentován ve skupině. Druhý dopis, který klient píše a který představuje ideální odpověď, je klientovi a celé skupině přečten terapeutem. Tím je zdůrazněn prožitek u klienta, který má možnost znova si uvědomit své potřeby, přečtení druhého dopisu může výrazně přispět k narušení klientových maladaptivních schémat. Třetí dopis je koncipován jako odpověď klienta, mělo by v něm zaznívat určité pochopení, akceptace situace, respekt k tomu, co pro něj daný člověk udělal a čeho si na jejich vztahu váží.

4.2.6 Individuální výstupní plán

Klienti na svém individuálním plánu pracují průběžně, ke konci pobytu každý klient svůj plán konzultuje v rámci individuální terapie a také v rámci skupiny. Zde se mu dostává zpětné vazby na jednotlivé kroky jeho plánu. Cílem je, aby si klient vytvořil vlastní představu o tom, co chce ve svém životě změnit a jakým způsobem to bude realizovat. Důležitými tématy jsou:

- abstinence nebo kontrolované pití,
- plán spotřeby, určení suchých dnů a maximální spotřeby,
- rizikové situace, plán na jejich řešení,
- relaps,
- následná péče,
- změny v osobním, pracovním životě, realizace,
- úprava životního stylu.

V případě, že se klient rozhoduje pro kontrolované pití alkoholu, sestavuje si konkrétní plán užívání včetně množství, maximální spotřeby, stanovení suchých dní. Pro tyto účely je doporučováno vést záznamy. Před ukončením pobytu kontaktují terapeuta v místě bydliště pro následnou terapii.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

5. Metodologický rámec výzkumu

Závislost na alkoholu představuje v životě jedince vážné omezení nejen pro něj samotného, ale také pro jeho okolí. Důsledky, které s sebou přináší, se projevují v průběhu celého života a zasahují do všech jeho vztahů.

Problematika závislosti na alkoholu je tématem řady vědeckých výzkumů, z nichž velká část se zaměřuje na dopady/důsledky závislého chování, možnosti intervence a práci s motivací klienta. Další velkou skupinu představují výzkumy zaměřující se na proces léčby a individuální faktory, které tyto procesy ovlivňují.

Empirická část předkládané práce je zaměřena na otázky mapující změnu v užívání alkoholu po absolvování KBT terapie a cílí na otázky ohledně toho, jaké důležité zkušenosti se v této etapě v životě klienta odehrály, jak se změna projevila v jeho chování a také v chování jeho okolí, jakou podporu v době abstinence či kontrolovaného pití potřeboval a jaký druh podpory byl pro něj užitečný.

Klíčovým cílem výzkumu je rozšířit poznatky v dané oblasti a přispět k hlubšímu poznání specifických faktorů, jež ovlivňují jedince a jeho vývoj na cestě ke změně terapeutického cíle. Poznání osobních zkušeností může přispět k dosavadním poznatkům a terapeutickým přístupům při léčbě závislosti a sloužit k reflexi během terapie.

5.1. Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek

Hlavním cílem výzkumného šetření prezentovaného v předkládané magisterské práci je popsat aspekty provázející kontrolované pití u osob závislých na alkoholu po ukončení léčby v kognitivně behaviorální terapii. Základní snahou bylo prozkoumat, zjistit a popsat, jaké jsou hlavní protektivní faktory, které vedou k podpoře a udržení cíle. Záměrem je sledování variability v jednotlivých případech a zprostředkování interpretace zjištěných poznatků o tom, jak klienti vnímají svou zkušenost, jak se vyrovnávají s obtížemi a jaké zdroje pomoci jim pomáhají situaci zvládat. Období po ukončení léčby je pro mnohé klienty náročné, dostávají se z chráněného prostředí zpět do prostředí, které bylo spojeno po dlouhou dobu s problémovým zvládáním a ztrátou kontroly, kterou se v průběhu léčby snažili najít a osvojit si nové vzorce chování v řešení náročných situací. Respondentům byla v průběhu šetření nabízena příležitost k zamyšlení a zhodnocení svých zkušeností. Reflexe absolvované terapie nabídla dotazovaným rovněž možnost uvědomění si některých

důležitých skutečností, které mohou být v současné době pro ně užitečné pro udržení stanoveného cíle.

Předmětem našeho zájmu byly možné interakce a rozdíly ve zkušenosti po ukončení léčby, jejich prožívání a vyrovnání se změnou, dovednosti, které se klienti v rámci KBT naučili, co ve své současné situaci považují za důležité. Jedná se zejména o otázku, které faktory považují za důležité pro udržení kontroly a v čem jim pomáhají.

Cílem našeho výzkumu je poskytnout odpověď na tyto výzkumné otázky:

- 1. Jak respondenti vnímají, prožívají a vyrovnávají se se změnou po ukončení léčby.**
- 2. Jaké důležité prvky terapie KBT vnímají respondenti jako podpůrné pro udržení kontrolovaného pití.**

5.2. Aplikovaná metodika

Pro řešení výzkumného problému byl zvolen kvalitativní přístup, který umožňuje podrobné a hluboké poznání zkoumaného jevu v průběhu explorační v jeho přirozených podmínkách, celkovém kontextu, s důrazem na jeho jedinečnost a neopakovatelnost. Důležitou úlohu hraje dynamika jednotlivých procesů, jak jednotlivé fenomény vznikají a rozvíjí se, čím jsou ovlivněny a jaké nabývají kvality (Miovský, 2009).

K realizaci výzkumného šetření byla použita forma případových studií, kterou používáme v situacích, kdy máme omezenou či žádnou kontrolu, zajímá nás, jak nebo proč se určité jevy dějí a odvíjí se od toho, jak je sledování dobře zaostřeno (Zaháněl, Hellbrandt, & Sebera, 2014). V našem případě tvoří cílovou skupinu klienti se závislostí na alkoholu po ukončené kognitivně behaviorální terapii a se stanoveným cílem kontrolovaného užívání alkoholu.

Případová studie je považována za vhodnou metodu především tehdy, kdy jde o velmi ojedinělé jevy či kombinace vlastností, které se vyskytují jen vzácně. Dalším důvodem pro použití případové studie je podle Břicháčka (1981, in Miovský, 2009) popis případně analýza typického či atypického případu, jenž zastupuje určitou skupinu, nebo pokud jde o dlouhodobé studie, u nichž je důležité hluboké poznání všech okolností. Případovou studii

můžeme vnímat jako výchozí bod pro hledání, popis a také vysvětlení různých vlivů a jiných faktorů v konkrétních souvislostech daného případu.

5.2.1. Metody získávání dat

Tvorba dat probíhala několika způsoby, a to za použití polostrukturovaného interview, dále pak metodou časové křivky a pozorování. Byla využita rovněž metoda triangulace dat, která může výrazně rozšířit a obohatit jejich následnou analýzu a interpretaci, jak uvádí Miovský (2009).

Interview patří k nejčastěji užívaným metodám, semistrukturované interview předpokládá určitou přípravu a tvorbu schémat, které generují okruh otázek. Náročnější příprava je v tomto ohledu vykoupena velkou mírou flexibility, která dává výzkumníkovi možnost přizpůsobit interview tak, aby došlo k co možná největšímu vytěžení dat. Nespornou výhodou je možnost klást doplňující otázky, nechat respondenta vysvětlit podrobněji určité jevy, myšlenky, situace. K důležitým momentům podle Smitha (2012, in Řiháček et al, 2013, 15) patří nečekané změny v průběhu interview, které poukazují na nové fenomény a které respondent vnímá jako významné.

Pro dobře vedené interview je důležitá příprava jednotlivých okruhů, z nichž každý obsahuje sadu otázek, jež výzkumník musí položit. Při samotné realizaci interview je žádoucí dodržet pravidla týkající se kladení otázek, a to od běžných osobních údajů k citlivým tématům, od zjišťování obecnějších informací ke konkrétním. Za vhodné se považuje také předem zvolit místo, které poskytne bezpečí a anonymitu. K dalším doporučením patří také nezávislé ověření okruhů, styl kladení otázek a vhodnost pořadí otázek na pilotním rozhovoru, (Mioviský, 2009). V našem případě byla interview pořizována osobně, první kontakt proběhl telefonicky a následně byla domluvena osobní schůzka. Schůzky probíhaly na třech místech: v Praze, Brně a Ostravě. Prostředí bylo voleno s ohledem na zachování soukromí a rozhodnutí respondenta, ve většině případů byly použity kanceláře, v jednom případě kavárna.

Průběh interview byl vždy zaznamenán pomocí předem připraveného dotazníku zjišťujícího obecné informace a celý rozhovor byl se souhlasem respondentů nahráván na diktafon. Pořadí otázek bylo přizpůsobeno vývoji atmosféry a směřování rozhovoru a konkrétní situaci, v některých případech docházelo k usměrňování a návratu respondenta k položeným otázkám. Základním předpokladem bylo určit směr témat, která se pro daný

výzkumný záměr jevíla podstatná a domnívali jsme se, že mohou přispět k lepšímu poznání zkoumaného jevu. Struktura interview byla rozdělena do 4 částí:

- obecné informace, sociodemografické údaje,
- důvody pro vyhledání odborné pomoci,
- změny po ukončení léčby,
- důležité aspekty terapie,
- jak se daří změnu udržet.

Před každým rozhovorem proběhla neformální konverzace, která sloužila k uvolnění respondenta, vysvětlení výzkumného záměru, cíle výzkumu a udělení souhlasu s účastí na výzkumu a s pořízením audiozáznamu. Všichni respondenti souhlasili a svůj souhlas stvrdili podpisem Informovaného souhlasu, jehož znění je uvedeno v Příloze č.2.

Rozhovory včetně záznamu časové osy trvaly v celkové délce od 95 minut do 115 minut. V průběhu a po skončení interview byly zaznamenány poznatky z pozorování projevů klienta do záznamového archu a osobních poznámek.

Časová křivka

V literatuře je metoda časové křivky uváděna také jako metoda životní křivky; bývá často využívána právě při realizaci případových studií jako doplňková metoda a jejím autorem je J. Tyl. Původně byla metoda časové křivky vytvořena jako projektivní technika. Různé modifikace využití se objevují v pracích také dalších autorů, jako například Čermák, Plumer (Mioviský, 2006).

V našem případě byla časová křivka použita k dokreslení historie životního příběhu respondenta a k zachycení důležitých událostí v jeho dosavadním životě, které se vztahovaly k problémům s rizikovým užíváním, jež vyústily v závislost na alkoholu.

Časová křivka byla respondentům předkládána před samotným interview a sloužila tak k otevření a navození atmosféry. Proces sběru dat respektoval doporučení, které uvádí, že je vhodné postupovat ve dvou fázích (Mioviský, 2006). Respondentům byl předložen list papíru a byli požádáni, aby na něj zaznamenali svůj život ve formě křivky. Po dokončení tohoto úkolu byli respondenti požádáni o popis jednotlivých významných bodů, jež na křivce vyznačili, a jejich vysvětlení.

Pozorování

Pozorování patří k základním a nejstarším metodám v psychologii. V našem případě šlo spíše doplňkovou metodu, která se zaměřila na obecné kategorie, jako jsou znaky chování – mimika, výraz tváře, gesta, dále na verbální projevy chování – intenzita, tón a výška hlasu, plynulost řeči či celková úprava zevnějšku a dojem. Tato data mohou pouze naznačit a dokreslit základní rámec výzkumu, jak uvádí Maršálová a Mikšík (1990, in Miovský, 2009). Jednotlivé pozorované skutečnosti byly zaznamenávány v průběhu rozhovoru do bloku, po ukončení interview výzkumník doplnil další informace týkající se reflexe události. Zpětně tak bylo možné vybavit si nejen celý průběh interview, chování respondenta a atmosféru, ale také vlastní myšlenky a postřehy výzkumníka.

5.2.2. Metody zpracování dat

Získaná data byla zpracována prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy (dále jen IPA), která staví/je založena na porozumění žité zkušenosti, tedy snaží se porozumět konkrétní zkušenosti člověka a postihnout význam, který tomu připisuje (Koutná Kostínková, & Čermák, rok, in Řicháček, Čermák, Hytych a kol., 2013).

Teoretická východiska IPA jsou založena na fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu a představují původní kvalitativní přístup, který je rozvíjen od 90. let minulého století. Díky použití principů jmenovaných směrů dochází k propojení při hledání individuálního a jedinečného pohledu participanta a vlivu výzkumníka v jeho vlastním vidění světa a porozumění založeném na jeho zkušenostech, přičemž určitou roli hraje i interakce obou jedinců. Analytický proces je vždy interpretací a v procesu IPA je zkušenost chápána jako výsledek společného sdílení výzkumníka a participanta (Koutná Kostínková, & Čermák, rok, in Řicháček, Čermák, Hytych a kol., 2013).

Jak uvádí Filip (2005), pro výzkumníka je důležité si uvědomit, že charakteristikou interpretace je skutečnost, že se vždy opírá o nějaký zdroj informací mimo data, přitom důležitý je právě kontext, kterým může být vlastní zkušenost, (Filip, rok, in Miovský, Čermák, & Chrz, 2005).

Polostrukturované interview poskytuje dostatek prostoru a volnosti pro rozvíjení tématu a zachycení myšlenek tak, aby měl respondent možnost hovořit otevřeně o tom, co mu připadá významné a důležité (Koutná Kostínková, & Čermák, rok, in Řicháček, Čermák,

Hytych a kol., 2013). V průběhu realizovaných interview byly pokládány otevřené otázky a respondentům byl dán dostatečný prostor pro volné vyjadřování svých myšlenek., Tento způsob napomáhá k rozvinutí skrytých témat, která jsou pro výzkum důležitá.

Transkripce dat proběhla bezprostředně po interview. Vyžaduje minimalizaci vlivu výzkumníka a z toho důvodu je nutné dodržovat několik pravidel. V našem případě bylo použito opakovaného poslechu s časovým odstupem k porovnání přepsaného textu. Mezi dalšími možnostmi je uváděn vnější nebo vnitřní audit, kdy je text porovnáván s původním záznamem buď členem týmu nebo najatým auditorem (Miovský, 2006). V poslední fázi systematizace dat bylo provedeno třídění a řazení k jednotlivým výzkumným otázkám a následně bylo provedeno kódování.

5.2.3. Proces analýza dat

Data ve formě transkripcí všech realizovaných interview, záznamových archů z pozorování a audiozáznamů byla transformována a následně interpretována s cílem co nejvěrněji zachytit komplexní jev. Zde je důležité si uvědomit, že organizace dat a jejich analýza začíná již ve fázi sběru. Kvalitativní analýza je nazývána uměním jak data smysluplně, užitečně zpracovat (Hendl, 2016).

Proces analýzy dat se řídil postupem IPA a byl rozdělen do několika kroků, tento postup dle Smitha, Flowerse a Larkina (2009, in Řicháček, Čermák, Hytych a kol., 2013) zahrnuje následující fáze:

Reflexe výzkumníka je určitým předstupněm v procesu analýzy, kterým můžeme podrobit své motivy, vlastní zkušenost a vztah k danému tématu, jenž může ve výsledku ovlivnit interpretaci. Naše reflexe spočívala v uvědomění si změny náhledu na téma závislosti, kontrolovaného užívání a abstinence. Naším zájmem bylo zjistit, do jaké míry bude mít vliv na interpretaci získaných dat naše pracovní zkušenost s touto skupinou respondentů. Domnívali jsme se, že se mohla projevit tendence hodnotit některé situace a témata jinak, s větším porozuměním, nebo snad nesprávná interpretace. V průběhu reflexe byly zaznamenávány všechny myšlenky a témata respondentů tak, abychom se k nim mohli zpětně vracet a případně je zohlednili ve vlastním procesu analýzy dat.

Opakované čtení dat probíhalo vždy s několikedenním odstupem, stejně tak bylo postupováno v případě nahrávky, která byla pouštěna opakovaně. Výhodou nahrávky bylo

vybavení si atmosféry, uvědomění si detailů, které nám při prvním poslechu unikly, poslech nahrávky nám umožnil vnitřně se nastavit na prožívání klienta. Nakonec byla nahrávka poslouchána současně se čtením přepisu. Hlavním cílem opakovaného čtení dat je podle Koutné Kostínekové a Čermáka (2013, in Řicháček, Čermák, Hytych a kol., 2013) rozvíjet perspektivu respondenta, poznat jeho vidění světa.

Psaní komentářů a poznámek sleduje především nutnost zaznamenat všechny detaily, které se mohou v průběhu analýzy objevit. Cílem bylo zachytit vše, co se může jevit zajímavé, ale i zdánlivě marginální; v této fázi je důležité být maximálně otevřený. Komentáře mohou být deskriptivní, tedy zaměřující se na obsah sděleného, strukturu a zkušenost respondenta. Dalším typem komentářů jsou dle autor (2013) komentáře lingvistické, které sledují jazykové zvláštnosti, metafory, pojmenování, které respondent využívá k popisu událostí. Posledním typem komentářů jsou komentáře konceptuální, které mají povahu otázek, jenž nás napadají při čtení textu a měly by korespondovat se slovy respondenta (Řicháček, Čermák, Hytych a kol., 2013). V našem případě jsme postupovali tak, že text byl několikrát vytištěn a ke čtení a zapisování poznámek byl použit vždy ten novější. Nakonec byl text rozstříhán na několik částí a čten samostatně. Poté bylo vše přepsáno do elektronické podoby.

V další fázi se *vynořují nová témata* a postupně byla vypsána všechna témata tak, aby je bylo možné v celé šíři prozkoumat. Důležitým aspektem je zachytit podstatnou kvalitu výpovědi respondenta. U každého respondenta tak vznikl seznam vynořených témat uspořádaný postupně, jak se v textu objevovala.

Hledání souvislostí napříč tématy umožňuje sledovat, jaký je vztah mezi jednotlivými tématy u všech respondentů, které téma můžeme prezentovat jako nadřazené a které naopak nemá žádnou souvislost. Důležitým kritériem je také četnost výskytu jednotlivých témat a jejich síla. Výsledný seznam nám tak odkryl hlavní témata a podtémata, která jsou založena na přímých citacích respondentů.

5.3. Organizace průběhu výzkumného šetření

Výzkum byl rozdělen do několika fází, jak je doporučováno (Miovský, 2009). V první fázi byli osloveni klienti, kteří absolvovali léčbu v zařízeních, kde autorka pracovala. Jde o zařízení zaměřené na léčbu závislosti, v němž je jako hlavním terapeutický přístup používána kognitivně behaviorální terapie. Pro zachování anonymity a na přání participantů zde není uváděn název zařízení. Klienti byli osloveni telefonicky, následně bylo domluveno osobní setkání. Důležitou podmínkou bylo, aby participanti měli absolvovanou léčbu v minimální délce 4 týdnů a aby prošli kompletním programem zaměřeným na závislost na alkoholu. Z důvodu zajištění optimálního výzkumného vzorku byli osloveni muži i ženy. Tvorba dat probíhala od prosince 2018 do ledna 2019.

5.4. Etické problémy související s výzkumem

Při realizaci výzkumného šetření byla dodržena etická pravidla; snahou bylo především zachovat bezpečí a anonymitu všem respondentům. Základním východiskem byla etická pravidla uvedená v Manuálu pro psaní diplomových prací (Kolařík et al., 2017). Pro zachování anonymity a důvěrnosti sdělení bylo potřeba zvážit veškeré etické aspekty výzkumu. Každý participant byl v úvodu telefonického kontaktu informován o záměru výzkumníka, při osobním setkání byly všem předány informace o cíli a důvodu výzkumu.

- *Informovaný souhlas*: Každý respondent byl seznámen s výzkumným záměrem
- a cílem výzkumu. V rámci informovaného souhlasu byl každý účastník seznámen s možností kdykoliv z výzkumu odstoupit, neodpovídat na otázky a dále se skutečností, že se jedná o dobrovolnou a anonymní účast. Respondenti byli na závěr požádáni o vyjádření, zda všemu rozumí a byla jim nabídnuta možnost zeptat se na další informace, pokud by něčemu nerozuměli, stejně tak jako rozhovor přerušit nebo svůj souhlas zpětně odvolat.
- *Ochrana soukromí a osobních údajů účastníku výzkumu* byla v souladu se Zákonem o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb. V našem případě jde především o neposkytování materiálu neoprávněným osobám, kdy oprávněnou osobou je výzkumník. Pro zajištění ochrany soukromí a osobních údajů byla všem účastníkům výzkumu změněna jména a nejsou uvedena ani odborná pracoviště, kde

respondenti absolvovali léčbu, a to proto, aby nemohlo dojít k identifikaci a případně k následné stigmatizaci.

- *Účast ve výzkumu nebyla nijak odměňována.*
- *Výzkumný proces byl koncipován tak, aby nedošlo k poškození či újmě respondenta, především byl brán zřetel na citlivost tématu výzkumu/zkoumané problematiky. Všechny rozhovory probíhaly v bezpečném prostředí. V průběhu dotazování byla respondentům nabídnuta možnost vyjádřit se k procesu vedení rozhovoru, respondentům bylo umožněno kdykoli ukončit rozhovor nebo neodpovídat, pokud by otázky pro ně byly nepříjemné. Po celou dobu se výzkumník snažil reflektovat, zda dochází k nějakým změnám v projevu respondenti. Na závěr byli participanti požádáni o zpětnou vazbu.*

5.5. Charakteristika zkoumané populace, popis vzorku

Důležitým požadavkem je homogenita vzorku, aby respondenti dobře reprezentovali daný jev, stanovujeme kritéria záměrného výběru (Řicháček, Čermák, Hytych a kol., 2013). Záměrný nebo také účelový výběr předpokládá volbu takových účastníků výzkumu, kteří budou mít určité vlastnosti, nebo budou reprezentovat určitý stav, v našem případě bylo stanoveno několik kritérií (Miovský, 2009).

Kritéria pro výběr výzkumného souboru:

- závislost na alkoholu,
- absolvování kognitivně behaviorální terapie v pobytové zařízení,
- plnoletost,
- doba od ukončení terapie trávající minimálně jeden rok,
- zdravotní stav bez komorbidity.

Výzkumný soubor je tvořen dospělými osobami, jež se potýkají se závislostí na alkoholu, a které prošly léčbou ve formě terapie KBT. Léčba probíhala v zařízení, kde autorka předkládané magisterské práce v době realizace výzkumu pracovala a s respondenty měla osobní kontakt v rámci jejich pobytu. Věk participantů je v rozmezí od 37 let do 65 let. Horní věková hranice nebyla stanovena, minimální věk byl stanoven na 25 let s ohledem

na zletilost a vývoj závislosti. Typologie závislosti dle Jellinka, která je podrobněji rozpracována v kapitole 1.1., nebyla pro náš výzkumný záměr určující, neboť se domníváme, že zajímavá zjištění mohou poskytnout i respondenti s jiným typem závislosti, než je gama, u nichž je dle výzkumů vyšší předpoklad úspěšnosti (Cohen, Liebson, & Faillace, 1971, in Sobell, 1973; Mann, Aubin, & Witkiewitz, 2017). Výzkumný soubor je tvořen třemi muži a třemi ženami, přičemž věk žen se pohyboval v rozmezí od 37 do 56, a věk mužů od 44 do 65. Vzhledem ke skutečnosti, že si uvědomujeme rozdíly mezi závislostí u mužů a žen, bylo naší snahou při výběru výzkumného vzorku poskytnout oba pohledy. Ačkoli si uvědomujeme, že velikost výzkumného vzorku mohla být větší, nutno konstatovat, že i přes veškerou snahu se nepodařilo tento požadavek naplnit z důvodu, že u této populace se velmi často objevuje komorbidita, která proces léčby závislosti výrazně ztěžuje. Odstup od absolvované terapie byl stanoven na minimálně 12 měsíců. Po návratu z léčby dochází k velkým změnám v životě jedince, a nejen na osobní úrovni kdy po dlouhé době zažívá život bez alkoholu v abstinenci, ale také v očekávání jeho blízkého okolí. Zde mohou vyvstávat určité obtíže v přivyknutí si na nové okolnosti. V následujících řádcích se pokusíme čtenáře seznámit s respondenty výzkumného souboru ve formě krátkých příběhů, jež ilustrují jejich cestu k závislosti a následné problémy s ní spojené.

Martin

Martin byl prvním respondentem, jehož jsme oslovili a byl také prvním, s nímž byl realizován vlastní rozhovor. Byl osloven prostřednictvím e-mailu a následně telefonicky. V době realizace rozhovoru uběhlo 15 měsíců od ukončení jeho léčby. Jeho pobyt v zařízení trval 30 dní. Nástup do léčby provázely těžké somatické obtíže, abstinenci snášel velmi těžko. Během programu z jeho strany nedošlo k porušení abstinence, jeho nástup do programu byl pozvolný z důvodu pokračujících zdravotních obtíží. Martin postupně absolvoval celý program individuální i skupinové terapie. Nácvik relaxace a mindfulness byl pro něj obtížný, uváděl potíže se soustředěním a udržení pozornosti. Na konci pobytu reflektoval svou pozitivní zkušenost bez alkoholu. V individuálním plánu se zaměřil na kontrolované pití, hlavním důvodem bylo, aby se necítil vyčleněn z kolektivu svých známých.

Martin má v současné době 44 let, je ženatý a má jednoho dospělého syna a dvě mladší dcery dvojčata ve věku 13let. Bydlí s manželkou v domě po jejich rodičích, který nákladně zrekonstruovali. Rodiče již nežijí. Martin poslední rok pracuje ve firmě svého otce společně se svým bratrem. Předtím pracoval v nadnárodních firmách, kde zastával vysoké funkce. Většinou na pozici vydržel dva až tři roky, pak odešel, jak říká, z důvodu, že ho práce začala nudit a on potřeboval nový impuls. Ve firmě vychází dobře s otcem, který je rád, že tam Martin pracuje. Méně však vychází se svým bratrem. Jejich vztah nikdy nebyl moc vřelý, spíše mezi sebou bojovali. Otec na jejich výchovu neměl moc času, vše zastávala maminka. Od dětství zažíval pocity osamělosti, ve škole vnímal, že je odlišný, neměl moc kamarádů. Střední škola byla pro něj utrpením, necítil se součástí kolektivu. Změna nastala na VŠ, kde měl dobrou partu.

Obtíže s užíváním alkoholu uvádí Martin od svých pětatřiceti let, kdy se dostává pod tlak v práci a zároveň se cítí nespokojený v manželství. Vše řeší alkoholem a nevěrou. Několikrát od manželky odešel, nerozumí si s ní. Vždycky se kvůli dětem vrátil, v současné době má přítelkyni, se kterou plánuje společný život. Postupně se konzumace alkoholu stala součástí jeho každodenního života, popíjí v průběhu dne a nejvíc večer, aby mohl usnout. Popíjení v práci si všiml jeho bratr, a to je příčinou jejich neshod. Několikrát byl bratrem konfrontován, došlo k hádce, ale otec se za něj postavil a spíše situaci bagatelizoval. Postupně své stavy zvládal hůře, nebyl schopen chodit pravidelně do práce. Situace se nadále zhoršovala, nepomáhala ani intervence rodičů. Tento/Jeho typ závislosti, můžeme dle Jellinka označit jako alfa. Před nástupem do léčby se seznámil s nynější přítelkyní a ta, jak uvádí, byla i impulsem pro jeho snahu o změnu.

Rozhovor trval nejdéle ze všech, téměř dvě hodiny. V době rozhovoru Martin působil velmi uvolněně, je dobře naladěný. Je na něm patrná změna vzhledu není již tak oteklý, jak byl v době pobytu, třes rukou ani jiné projevy nejsou vidět. Uvádí, že se cítí skvěle, že dokončuje rozvod a bydlí s přítelkyní. Po návratu z léčby se držel svého plánu na kontrolované pití, ale jeho oblíbené pivo už mu nechutnalo a na tvrdší alkohol neměl odvalu. Několikrát to zkusil a dopadlo to špatně. V kresbě časové křivky vyznačil nejčastější životní okamžiky spojené s pracovními úspěchy, kterých bylo několik. Jednalo se například o dosažení pracovních pozic, vedení týmu, ukončené projekty. Následné propady, které vnímal především z pozice, že nebyl doceněn či mu nebylo umožněno, aby rozvíjel firmu, nespojoval s alkoholem, i když přiznává, že v té době konzumoval alkohol denně. K dětství, školní docházce se nijak nevyjadřoval, hodnotil ji jako neutrální, mírné

zlepšení vnímal na VŠ. V křivce není zaznamenán vztah s manželkou, narození dětí, ani rozchod. Je zaznamenán nástup léčby a nová partnerka. V následném rozhoru uvádí, že to byla pro něj velká změna a bez podpory nové partnerky by ji nezvládl.

Lukáš

Pan Lukáš byl osloven pouze telefonicky a s rozhovorem ihned ochotně souhlasil. Od ukončení jeho léčby uběhlo v době realizace rozhovoru 14 měsíců. Jeho pobyt v zařízení trval celkem 28 dní, během nichž absolvoval kompletní program zahrnující individuální terapie, skupinové terapie, nácvik relaxačních technik a mindfulness. Obecně platnou podmínkou nástupu do programu je abstinence, a tuto Lukáš dodržel po celou dobu programu. V individuálním plánu se zaměřil na abstinenci po dobu několika týdnů, následovanou režimem kontrolovaného pití. Jak sám uvádí, pobyt mu ukázal, že dokáže zvládat bažení, pokud bude myslet i trochu na sebe; dokázal si odpočinout a urovnat si myšlenky. Naučil se lépe zvládat návaly úzkosti a tenze.

Lukáš má 46 let, je ženatý, s manželkou mají dva syny ve věku 13 a 15 let. Bydlí v rodinném dvojdomku společně s Lukášovými rodiči. Má dva starší bratry, s nimiž udržuje jen minimální kontakt. Příčinou je věkový rozdíl, vzdálenost, (oba bratři bydlí na opačném konci republiky). Nejdůležitějším důvodem jsou však neshody s otcem, s nímž oba bratři nemluví již několik let. Především despotické chování otce k matce a synům již od samého dětství. Otec vyžadoval naprostou kázeň, rád druhé ponižoval a urážel. Ani jeden syn si k němu nenašel cestu, výchova byla velmi citově chladná. Matka ze strachu z otce se nikdy nepostavila na jejich stranu ani když je fyzicky trestal. Starší synové se brzy odstěhovali a Lukáš zůstal s rodiči sám.

Lukáše můžeme charakterizovat jako jedince, který užívá alkohol pro zmírnění tenze, úzkosti a jako sebededikaci, podle Jellinekovy typologie bychom tento typ označili jako alfa. Lukáš svůj vztah k alkoholu začal hledat již v době dospívání, snažil se zapadnout do party, a ještě na střední škole zažil svou první těžkou intoxikaci, kdy musel být odvezen na JIP. V té době mu bylo 17 let. Po návratu se pohádal s otcem a odešel bydlet k bratrovi, kde ovšem vydržel jen půl roku.

Po nástupu do zaměstnání při zpětné reflexi událostí vnímá, že alkohol začal užívat především pro uklidnění a zvládnutí různých bolestí. Jako problémové užívání označuje období posledních tří let, kdy začal podnikat, což vyžadovalo velké nasazení. Potíže

s alkoholem zhoršoval také fakt, že musel zastavit dům svých rodičů, aby mohl dostat půjčku. Po celou dobu jeho podnikání je terčem posměchu svého otce, který nevynechá příležitost, aby jej ponížil. To se odráží i na vztahu s jeho manželkou, která jej kritizuje za jeho pití a nedostatek času na děti a společné zážitky.

Lukáš v rozhoru působí trochu strnule, přiznává, že kontrolované pití není schopen udržet a pociťuje vinu. Uvádí, že cítil, že by se měl objednat na terapii, ale neměl odvahu zavolat. Docházel na svépomocné skupiny, ale nevyhovovaly mu z důvodu, že tématem byla abstinence a kontrolované pití bylo tabu. Po několika setkáních tam přestal docházet. Po návratu z léčby dodržel svůj plán nepít po dobu dvou měsíců, poté chtěl začít s kontrolovaným pitím. Toto se mu dařilo po nějakou dobu, avšak před koncem roku se zhoršila situace ve firmě a musel vyplatit společníka. Nárůst stresu a pocit selhání vyústily před koncem roku v několikadenní pití, které skončilo hospitalizací.

Náš rozhovor trval 110 minut, při kresbě časové křivky vyznačil především období, která se týkala jeho úspěchů a propadů v práci a pak v podnikání, velmi okrajově zmiňuje seznámení a sňatek s manželkou, stejně tak i narození synů. Mluví o mnoha věcech otevřeně, na ose zaznamenává důležité milníky, které se týkají alkoholu a práce. Uvědomuje si, že není schopen kontrolovaně pít bez pomoci, potřebuje podporu a ocenění ze strany manželky, vnímá, že selhává jako vzor pro své syny.

Karel

Pan Karel byl nejstarším respondentem výzkumu; v současné době je mu 65 let. Ve srovnání s ostatními respondenty v jeho případě dosud uběhla nejkratší doba od ukončení jeho pobytu v léčebném zařízení. Léčbu ukončil před 12 měsíci. Délka jeho pobytu činila 28 dní, během nichž absolvoval kompletní program zahrnující individuální terapii, skupinovou terapii, nácvik relaxace, mindfulness. Nástup byl pro něj komplikovaný, neboť si nedokázal představit, že bude muset abstinovat po celou dobu pobytu. Za poslední dva roky pil denně jen s občasnými výjimkami. Od počátku měl jasný cíl, jímž bylo kontrolované pití, jiná varianta nepřipadala v úvahu. Nechce přijít o své kamarády, s kterými se schází několikrát během týdne. Před odjezdem svůj záměr nastoupit léčbu sdělil svému kamarádovi, který byl velmi překvapen. A od plánu jej zrazoval, protože to nepovažoval za dobrý nápad. Každý den spolu pili u něj doma. Pro léčbu měl několik důvodů, manželka s ním odmítala nadále zůstat ve společné domácnosti, syn s dcerou ho

odmítali navštěvovat. Jak uvádí, jeho chování, když byl opilý, bylo pro okolí těžko snesitelné, byl agresivní, slovně na druhé útočil, rád vyvolával konflikty. Během pobytu pociťoval silnou touhu se napít a od počátku se zaměřil na osvojení si dovednosti, jak bažení překonat. V tomto ohledu k sobě projevoval velkou přísnost a odhodlání.

Rodiče již nežijí, má o čtyři roky mladšího bratra, s kterým nevychází. Na dětství nemá pěkné vzpomínky, vztahy v rodině byly velmi chladné, otec byl velmi autoritativní, vyžadoval naprostou poslušnost a řád, často používal fyzické tresty, stejně jako matka. Otec rozhodoval ovšem, nic se nesmělo dít bez jeho vědomí, vztah s matkou neměl žádný, dle jeho slov si jej nevšímala, pořád mu jen něco zakazovala a někdy byla horší než otec. Po ukončení základní školy se vzepřel otcí, který nechtěl, aby šel na internát do Brna. Od té doby se začal starat o sebe sám, vystudoval VŠ a po jejím ukončení si našel zaměstnání v oboru. Díky své pracovitosti se brzy stal vedoucím pracovníkem, práce jej naplňovala, uznává, že byl nesnesitelný šéf a stejně jako doma, se projevoval chladně, bez citu, arogantně. Ve své funkci nemohl projevovat emoce, byl tvrdý a totéž vyžadoval od všech svých podřízených. V práci poznal svou ženu, po svatbě se jim narodila dcera a za dva roky syn. V rodině působil spíše jako dozorčí, jak sám uvádí, na city byla manželka. Uznává, že se choval a chová despoticky, ale nemůže za to, byl tak vychován. Neumí a nechce projevovat emoce, i když si uvědomuje, že to druhým může způsobovat bolest. Není si jistý, že by to dokázal a neznělo by to podle něj upřímně.

Alkohol Karla provází celý život, ale dříve jej uměl mít pod kontrolou. V práci se pilo na poradách a o víkendu, když se něco slavilo. Nikdy však nepociťoval problém. Potíže začíná vnímat před odchodem do důchodu a pak v důchodu, kdy začal popíjet at' s kamarády nebo sám denně. Rok před nástupem léčby byla situace natolik vážná, že manželka podala žádost o rozvod, několikrát odešla ze společné domácnosti.

V současnosti se snaží o kontrolované pití, jak uvádí, je na sebe přísný. Svůj plán na množství alkoholu, maximální příjem a suché dny si připravil během pobytu. Jako nejtěžší vnímá první půlrok; vyrovnat se změnou konzumace bylo náročné a neobešlo se bez lapsu, přiznává, že to několikrát „nevychytil“. Dnes už lépe dokáže odhadovat situace a dává si větší pozor, aby nepřekročil dávku. Uvědomuje si, že je to to pro něj náročné, ale je zvyklý dodržovat pravidla. Těžké bylo vyrovnat se s tlakem okolí, přivyknout kamarády na změnu. Za pozitivní hodnotí změnu ve vztazích s manželkou, jejich vztah se stabilizoval. Několikrát spolu navštívili vnoučata. Celkově změnu hodnotí pozitivně.

Rozhovor trval 110 minut, čára života byla minimálně členitá. Karel svůj životní běh hodnotí s mírným despektem, pokud se mu něco podařilo tak to nebyla ani tak jeho zásluha, ale vliv okolností nebo toho, že se dokázal přetvařovat a manipulovat s druhými. Dětství hodnotí jako zkažené, nemá žádné hezké vzpomínky. V průběhu hovoru používá sousloví, jako „byl jsem připraven bojovat“, „musel jsem tvrdě jít za svým“, „nic jsem neměl zadarmo“, „nemůžu říkat pravdu“.

Anna

Paní Anna byla druhou nejstarší respondentkou výzkumu, má 56 let. Program v délce 30 dní dokončila před 17 měsíci. Anna má předcházející zkušenost s léčbou, byla dobrovolně hospitalizována v nemocnici na oddělení závislosti před 6 lety. Léčbu však nedokončila, důvodem byl způsob léčby, který tam byl nastaven. Od té doby nepravidelně chodila na terapie k různým terapeutům. Závislost zvládala čím dál hůř. Její epizodické, kvartální pití se postupně proměnilo v konzumaci během víkendu, někdy alkohol užívala i větší část týdne. Do programu se přihlásila na doporučení dcery. Přišla s tím, že chce abstinovat a také porozumět své závislosti, mrzelo ji, že to nedokáže zvládnout sama, že se neumí ovládat, připadala si neschopná. Prožívá úzkostné stavy, vytváří si katastrofické scénáře. Před nástupem měla potíže s dodržením abstinence. Silné bažení se u ní v různé intenzitě objevovalo po celou dobu pobytu. Během pobytu se účastnila všech aktivit, absolvovala individuální a skupinovou terapii. Velmi kladně hodnotila nácvik všímavosti a aktivity zaměřené na relaxaci.

Anna je 15 let rozvedená, žije sama. Má dlouhodobý vztah, s partnerem se potkávají v práci a během víkendů. Anna má jednu dospělou dceru, která žije ve stejném městě, mají hezký vztah. Pochází z úplné rodiny, ale větší část dětství prožila se svou mladší sestrou u své babičky. Rodiče pracovali na směny a domů jezdili jen na víkendy. Změna nastala v době, kdy nastoupila do školy, matka změnila zaměstnání a přestěhovali se od babičky z vesnice do města. Tuto změnu nesla Anna těžce, byla zvyklá na babičku a jen těžko hledala svůj vztah k otci, ze kterého měla strach, protože pořád na všechny křičel. Matka byla velmi submisivní a před vztekem otce se s dětmi často zavírala do koupelny. Rodiče ji nikdy za nic nechválili, ve škole se učila velmi dobře, šla na gymnázium a poté na vysokou školu, která pro ni byla vysvobozením. Bydlela na kolejích z dosahu svých rodičů, zde se seznámila se svým budoucím manželem.

Manželství trvalo několik let, jak uvádí Anna, našla si muže, který byl kopií jejího otce a ona přijala stejnou roli jako její matka. Dlouhé roky tolerovala jeho urážky a nevěry. Po rozvodu se odstěhovala i s dcerou. Uvědomuje si, že v té době si občas otevřela láhev vína.

Obtíže s alkoholem se začaly objevovat před sedmi lety, kdy na Annu dolehla povinnost postarat se o své rodiče, kteří vyžadovali stále větší pomoc vzhledem ke svému věku. Sestra ji s péčí o rodiče zpočátku pomáhala, ale neustále docházelo k hádkám s otcem, který byl čím dál agresivnější a vulgárnější, bez ochoty spolupracovat. Sestra se rozhodla, že za takových okolností se o své rodiče starat nebude. Vše zůstalo na Annu.

Svůj pobyt a účast v léčebném programu směřovala ke kontrolovanému užívání, kterému bude předcházet abstinence v délce tří měsíců. Byla přesvědčena, že jde o správný směr, nechtěla se vzdát představy, že dokáže překonat svoje obtíže a získá zpět kontrolu.

Návrat do reality byl pro Annu náročný, kontaktovala svou sestru, aby se dohodly na rozdělení péče o rodiče. K dohodě došlo, ale nedlouho poté jejich maminka zemřela a péče o otce byla o to náročnější. V té době se přidaly také problémy v práci, které vyústily v její odchod. Náročné období se odrazilo v její schopnosti udržet kontrolu příjmu alkoholu a postupně začala překračovat svůj denní i týdenní limit. Návrat ke stanovenému režimu nebyl možný, její léčba pak pokračovala v režimu abstinence prostřednictvím psychiatrické ambulance, kde užívala disulfiramin.

Náš rozhovor trval celkem 100 minut, Anna působila klidně, byla jako vždy pečlivě upravená, na dohodnutou schůzku přišla s předstihem. Kresba životní křivky byla velmi detailní, zaznamenávala události z dětství, dospívání, změny povolání, rozvod a historii závislosti včetně pokusů o léčbu.

Kristýna

Program absolvovala před 12 měsíci, její nástup byl ovlivněn mimo jiné situací v rodině, kdy manžel z důvodu její závislosti podal žádost o rozvod a žádost o svěření dětí do výlučné péče. Na druhou stranu sama měla motivaci a chtěla svou závislost řešit, uvědomovala si, že bez cizí pomoci ji není schopna zvládnout. Rozhodnutí manžela tak její nástup urychlil. Léčebný program absolvovala v plném rozsahu, dle vlastních slov měla dostatek času uspořádat osobní záležitosti. Svou závislost považovala za „exces“, který přestala mít pod kontrolou. V terapii se snažila být stále pozitivní, ve skupině se projevovala excitovaně, přehnaně mile, druhé povzbuzovala, radila. Často na sebe

strhávala pozornost. Vždy chodila skvěle upravena, dbala o svůj vzhled. Její projev nekorespondoval ze situací doma, kterou popisovala. Abstinenci zvažovala, ale nechtěla být vyčleněna z kolektivu svých přátel. Kontrolované pití vnímala jako dobrou možnost užívat alkohol s mírou. Své rozhodnutí nezměnila ani v průběhu pobytu.

Kristýna má 37 let, je vdaná a s manželem vychovávají dvě dcery ve věku 9 a 4 roky. Kristýna pracovala jako asistentka, po narození první dcery je v domácnosti. Manžel podniká a je často mimo domov. Jejich vztah poznamenaly jeho časté nevěry; když se narodila mladší dcera, manžel odešel z domu a bydlel u své milenky. Po půl roce, když se Kristýna zhroutila, se vrátil domů a vztah obnovili.

Kristýna pochází z úplné rodiny, má mladšího bratra. Na své dětství nevzpomíná jako na radostné období. Vztah rodičů nebyl idylický, oba hodně pili a hádali se. Kristýna se musela starat o sebe i o bratra. I dnes mají k sobě velmi blízko. Ve škole se učila dobře, ale necítila se tam příjemně, často byla terčem posměchu kvůli své nadváze. Velmi se tím trápila, kluci se jí smáli, měla spoustu hanlivých přezdívek. Narážky na její nadváhu slyšela i doma od svých rodičů. Pohybovala/oscilovala mezi/Střídaly se u ní stavy přejídání a hladovění. Během dospívání začala cvičit, postupně se jí podařilo zhubnout a posilovna se stala její posedlostí. Denně trávila čas cvičením, zaměřila se na zdravou stravu, kombinovala různé dietní přípravky. Tento standard se snaží udržet i dnes. Po střední škole odjela do zahraničí, kde chvíli pracovala. Po návratu nastoupila do zaměstnání, kde se seznámila se svým manželem, a po dvou letech se vzali. Pro Kristýnu bylo manželství splněným snem: spokojená rodina, děti, to bylo vše, co chtěla/po čem toužila. První obtíže nastaly s manželovou nevěrou, kterou jí oznámil. Řekl, že život s ní je pro něj utrpením, že s ní nechce dál žít. Přesto doma zůstal, jejich vztah se změnil, byl k ní hrubý, urážel ji a ponižoval.

Obtíže s kontrolou pití alkoholu uvádí Kristýna po narození druhé dcery, kdy je manžel opustil a půl roku bydlel u své milenky. Z pár skleniček se postupně stala celá láhev; aby mohla fungovat, musela udržovat hladinu alkoholu po celý den. Pokud nepila, projevovaly se u ní silné abstinenci příznaky. Po návratu manžela, se marně snažila schovávat láhve a pít tajně. Před nástupem do léčebného zařízení jí manžel řekl, že chce rozvod a děti si vezme do své péče.

Rozhovor s Kristýnou trval 110 minut, její projev byl velmi uvolněný, byla pozitivně naladěna. Na první pohled byla patrná změna vzhledu, nebyla již tak výrazně nalíčena, ani

oblečena, jak tomu bylo v době jejího pobytu. Svůj plán na kontrolované pití po dvou měsících přehodnotila, uvádí, že kamarády, které měla, teď už nevidá, a že se celkově s manželem dohodli na změně stylu života. Alkohol již nepotřebuje a s manželem si teď konečně rozumí, je rád že přestala pít a plánují odstěhovat se do hor. Na otázku, zda zatím došlo k nějakému lapsu uvádí, že ne.

Kresba časové křivky je detailní, jsou popsány situace z dětství, šikana. Hlavní změna je zřejmá v období sňatku a narození dětí, manželova nevěra ani odchody z domova nejsou reflektovány. Na křivce je patrný výrazný propad v období závislosti a opět velká změna po léčbě. Kristýna se cítí spokojená, věří, že s manželem bude vše dobré, a těší se na společnou budoucnost. Alkohol vnímá jako minulost.

Jana

Paní Jana absolvovala program před 16 měsíci, pro léčbu se rozhodla sama, ale uvádí, že ji podpořil syn s dcerou a současný přítel. Pobyt v léčebném zařízení trval celkem 30 dní, během nichž absolvovala jak skupinové, tak individuální terapie. V rámci pobytu absolvovala rovněž hypnózu, nácvik relaxace a program mindfulness. Před nástupem abstinovala asi 14 dní a následně pak po celou dobu programu. V rámci programu měli během týdne několikrát nácvik dovedností spojených s odmítáním alkoholu, expozice v restauraci. Problémy začala pociťovat až před odjezdem domů, stupňovaly se u ní obavy a úzkost, zda situace doma zvládne. Přítel Jany velmi často zval své kamarády domů, kde popíjeli, a Jana tyto situace považuje za rizikové. V individuálním plánu se zaměřila na kontrolované pití, protože nechce stále odmítat alkohol nebo odcházet ze společnosti, jak to dělala doposud. Její plán zahrnoval maximální množství alkoholu na den, týden a počet dní bez alkoholu. Vypracovala si havarijní plán pro případ, že nezvládne situaci.

Jana má 51 let je vdova, žije s přítelem v jeho domě. Má dceru, která žije v zahraničí a syna, který donedávna bydlel s Janou. Život Jany byl poznamenán mnoha tragickými událostmi. Když jí bylo sedm let, její mladší bratr se utopil v rybníku, kde si s dětmi chodili hrát. Rodinu to velmi poznamenalo, Jana dodnes cítí vinu za smrt bratra, i když ji z toho nikdo neobviňoval. Vztahy v rodině byly chladné, Jana se velmi bála otce, kterého označovala za despotického člověka, který každého rád trápil. Často chodil domů opilý. S matkou také neměla hezký vztah, chovala se chladně. Jana se vyučila, brzy se vdala a odešla z domu. V manželství se jim postupně narodili dcera a syn, manželství však

nefungovalo. Manžel měl potíže s alkoholem, ve třiceti letech zemřel, když se opilý vracel domů z restaurace, srazilo ho auto. Jana zůstala s dětmi sama, podruhé se už nevdala. V té době již měla potíže s alkoholem a nastoupila do denního stacionáře pro léčbu závislosti. Abstinovala několik let. Před dvěma lety její maminka spáchala sebevraždu; důvodem byla rakovina. Rok nato spáchal sebevraždu i její otec. Jana o těchto událostech mluví velmi věcně a chápavě.

Před nástupem do léčebného programu pila epizodicky, dokázala se kontrolovat i přes časté návštěvy kamarádů, kteří se k nim chodili domů opíjet. Poté se ale opila a její pití pokračovalo několik dní. Hlavním motivem k léčbě byla snaha tento stav změnit, a naučit se zvládat situace, kdy se cítí relativně dobře a má potřebu se napít.

Jana v rozhovoru působí klidně a vyrovnaně, přiznává, že ač je spokojená s kontrolovaným pitím, není to pro ni vůbec jednoduché. Velmi těžké to je pro ni v situacích, kdy se pije u nich doma a ona se snaží vypít jen své naplánované množství (jednotky). Pak bývá často našťvaná na sebe, že nedokáže odmítnat, a tak odchází spát. A také to vyvolává konflikty mezi ní a přítelem, kterému vyčítá, že neumí odmítnout společnost kamarádů. Stále spolu řeší pravidla a uvědomuje si, že potřebuje více soukromí. Časté návštěvy za účelem konzumace alkoholu jsou pro ni stresující.

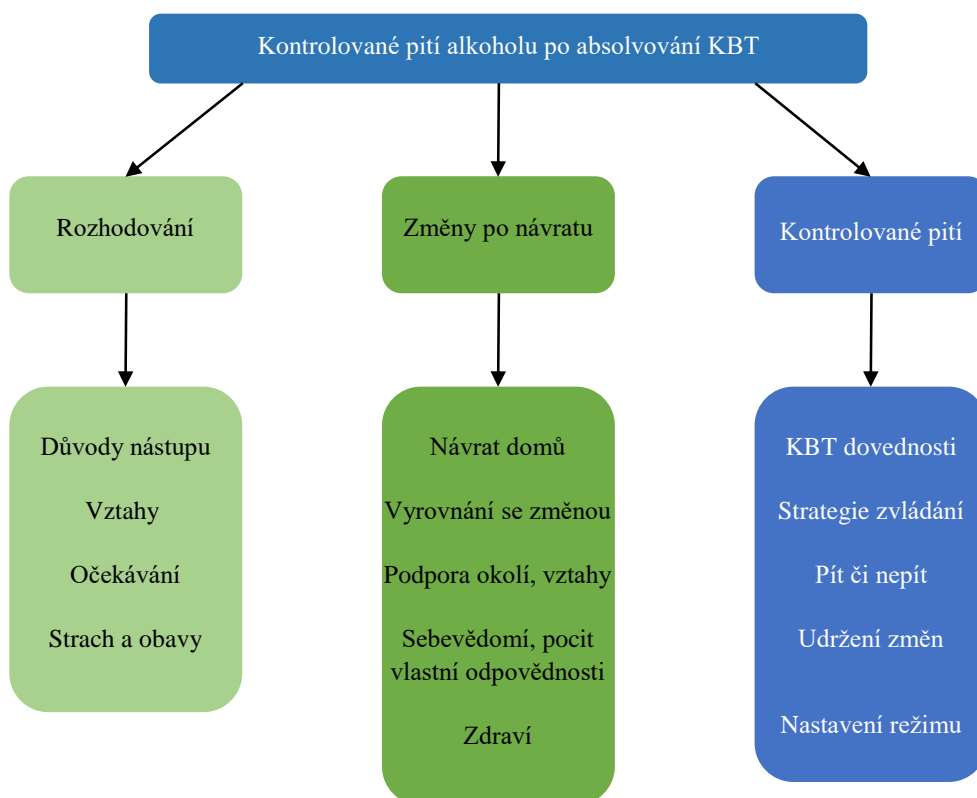
Náš rozhovor trval 110 minut, kresba časové křivky byla nijak zvlášť členitá, výrazné propady, které by korespondovaly s událostmi, které Jana v životě zažila, nebyly vyznačeny. Významnou událost zakreslila při úmrtí manžela a při seznámení s nynějším přítelem. Jana si je vědoma skutečnosti, že pro zvládnutí kontroly alkoholu potřebuje větší pocit soukromí a pozornost přítele.

Tabulka 1: Základní údaje o respondentech (N = 6)

Respondent	Věk	Stav	Vzdělání	Pravidelné užívání alkoholu	Problemat. užívání	Předcházející léčba	Zkušenost s KBT terapií	Doba od ukončení programu	KP	Současný stav
Martin	44	Ženatý	VŠ	30	35	Ne	Ne	15 měs.	Ano	Abstin.
Lukáš	46	Ženatý	SŠ	17	43	Ne	Ne	14 měs.	Ano	Abstin.
Karel	65	Ženatý	VŠ	35	64	Ne	Ne	12 měs.	Ano	KP
Anna	56	Rozvedená	VŠ	47	49	Ano	Ne	17 měs.	Ano	Abstin.
Kristýna	37	Vdaná	SŠ	33	35	Ne	Ne	12 měs.	Ano	Abstin.
Jana	51	Vdova	SŠ	30	33	Ano	Ne	16 měs.	Ano	KP

6. Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole uvedeme výsledky realizovaného výzkumného šetření, a to ve vztahu k jednotlivým výzkumným otázkám. Data, jež byla získána prostřednictvím realizace polostrukurovaných rozhovorů, během nichž jsme se snažili doptávat na další detaily a vysvětlení nám postupně poskytla čtyři hlavní témata, jednotlivá hlavní témata jsou dále podrobněji rozpracována v rámci dalších podtémat. Jednotlivé podtémata jsou prezentována doslovnými citacemi respondentů s následnou interpretací autorky. Snahou je poskytnout ucelený pohled na problematiku kontrolovaného pití u respondentů, kteří prošli kognitivně behaviorální terapií a v rámci jednotlivých tematických okruhů jsme se pokusili poukazovat na podobnosti i rozdíly napříč jednotlivými případy. Tematické okruhy postihují změny, které se udály v životě respondentů, ukazují na důležité skutečnosti, které s sebou závislost a její zvládání přináší. Některá témata se mohou překrývat a výpovědi respondentů se mohou objevovat u více podkategorií.



Obr. č. 7: Schéma okruhů a kategorií ve výsledcích výzkumného šetření

6.1 Rozhodování

První tematický okruh se zaměřuje na období, které předcházelo nástupu k léčbě. U většiny respondentů se jednalo o velmi zdlouhavý proces, který je provázen mnoha zvraty.

Důležitým okamžikem je vlastní rozhodnutí, jenž následuje většinou po zásadním kolapsu. Připustit si, že něco nezvládám, že mám nějakou slabinu, je pro většinu z nás obtížné, a ne jinak tomu je u osob závislých. V rámci tematického okruhu bylo žádoucí se zaměřit rovněž na aspekty, které předcházely vlastnímu rozhodnutí nastoupit léčbu, neboť tyto jsou určující i pro následný průběh samotné terapie. Naše pozornost tak směřovala na důvody, které vedly k jejich rozhodnutí a objasnění, do jaké míry na toto rozhodnutí mají vliv vztahy s blízkými osobami (například z řad přátel) a rodinou. Důležitým faktorem se jeví být také vlastní očekávání od samotné terapie a jejího průběhu. Zde se objevuje především strach a obavy, zda mají klienti dostatek sil na zvládnutí, a to především z důvodu, že mnoho z nich nemá zkušenost terapií a ani nerozlišuje KBT přístup.

V tematickém okruhu jsou řešeny následující podtémata:

- důvody nástupu k léčbě ,
- vztahy s okolím,
- očekávání,
- obavy a strach.

Rozhodnutí a důvody k nástupu léčby

Rozhodnutí k léčbě bývá zdlouhavý a náročný proces; ačkoli si jedinec uvědomuje, že ztrácí kontrolu, období rozhodování trvá někdy velmi dlouho. Velkou roli hraje i „vlastní **slepota**“, jak to nazval Karel, nebo také **neochota opustit rituál**, který přináší velké výhody a hlavně uspokojení. Tenze a úzkost, kterou jedinec vnímá, má pro něj velkou váhu. Naučená zkratka – napětí – napiju se – bude mi fajn, představovala doposud jediný nástroj, jak tuto tenzi zvládnout, přičemž alkohol a přesvědčení, že má nad pitím **kontrolu**, jsou charakteristickými průvodními prostředky objevujícími se shodně u všech respondentů.

„No já byl asi slepej. Dva a půl roku až tři, než jsem se rozhodl.“ (Karel)

„No mi to trvalo 10 let.“ (Martin)

„Ty bláho, říkám od těch 38 na 40 a ten extrémní problém, to se potom stupňuje, člověk si říká je to dobrý, mám to pod kontrolou, pod kontrolou, pod kontrolou a pořád si to myslí, že to má pod kontrolou.“ (Lukáš)

Nezřídká je rozhodnutí učiněno na základě **zdravotních komplikací**, které v některých případech mohou být i život ohrožující. V případě Lukáše šlo o **epileptické záchvaty**, které se projeví v době diagnostikované závislosti. *„To, že jsem cítil, že to sám nezvládnou. Mně se stalo, že jsem v té době měl dva kolapsy za rok. Začal jsem pít a nemohl jsem se zastavit.“ (Lukáš)*

Za důležitý moment vedoucí k rozhodnutí, že by se svým stavem měla něco dělat, považuje Kristýna situaci, kdy se opila doma. Její stav byl vážný a manžel přivolal RS z obavy o její **život**.

„V dané chvíli mi to asi pomohlo, když se zamyslím zpětně, ale pomáhalo mi to k tomu, abych se stala tím, kým dneska jsem. Nebýt té situace (intoxikace, nalezena doma manželem), která mě k tomu dostala, do té situace jsem se dostala i díky tomuhle, díky jiným jednáním. Já jsem za to dneska svým způsobem ráda.“ (Kristýna)

Vztahy

Rozhodnutí nastoupit léčbu vnímají všichni respondenti jako své vlastní, tedy skutečnost, že se přihlásili sami. Často však v pozadí stojí konflikty v rodině, narušené vztahy s partnery nebo blízkými. Vztah je významným prvkem v celém procesu v době rozhodování, v průběhu terapie a také v době udržení změny. Nezřídká posledním pokusem, jak přimět závislou osobu k léčbě, je **hrozba rozchodu a ukončení vztahu**.

„Myslím, že ano. Říkali mi to lidi okolo, ale to rozhodnutí bylo opravdu moje, kdy jsem si řekl, že s tím chci něco dělat. Začal jsem hledat na internetu.“ (Lukáš)

Anna se zmiňuje o situaci, kdy dlouhou dobu věděla, že situaci sama nezvládne a bude potřebovat **pomoc druhých**, ale tyto myšlenky vždy nějakým způsobem zahnala a snažila se je ignorovat. Pomoc přišla až ve formě výhružky od dcery, která už nebyla ochotna dále jí pomáhat.

Já to věděla dlouhodobě, že potřebuji pomoci, ale ten impulz byl pod nějakou výhružkou.“ (Anna)

Rodina se v tomto období ocitá ve velmi nepříjemné situaci, jednotliví členové mají často ambivalentní pocity, kdy už vědí, že je to nad jejich síly vše zvládat, které se prolínají s pocity strachu, že může dojít k tomu nejhoršímu. Jde o **náročné období** pro všechny zúčastněné, doprovázející pocit, že už nevíte co dál, potřebuje řešení.

„Bylo to ze dne na den, protože to bylo pod tlakem mého muže, protože jsme měli děti, tam byl ten impulz.“ (Kristýna)

Jana uvádí, že již nebylo možné v rámci rodiny normálně fungovat a **sama si pomoci neuměla**, postupně se tlak rodiny stupňoval a Janu to znervózňovalo, což řešila častějším pitím.

„Všechno dohromady, nefungovalo mi soužití, tak to bylo, řeknu to zjednodušeně, rodina se na mě nemohla dívat. Prala jsem se s tím a nikam to nevedlo.“ (Jana)

Narušení vztahů může vyústit v **rozchod partnerů**, který je v těchto případech častý. Martin svou zkušenost s rozchodem vnímá jako vyřešení jedné etapy života a začátek nové. Nový vztah s sebou přináší i pocit uspokojení a může člověku dodat potřebnou sílu zkusit změnit svůj postoj k alkoholu.

„Asi to, že jsem si našel novou přítelkyni, ale nebyla jedinou příčinou.“ (Martin)

Klienti si uvědomují, co přesně provází jejich závislost, často jde o dlouhodobé skrývání a **přetvařování, lhaní** svým blízkým, v práci, které s sebou přináší **konflikty**, ztrátu důvěry **narušení sebeúcty**. Prohlubují se pocity **viny**.

„Narušený partnerský vztah, problémy v práci, protože jsem na týden vypadl, nebo na 14 dnů. Vždycky jsem na tom měl nemocenskou, chřipku, ale už mi to dělalo problémy. Nekomunikoval jsem po období, když jsem pil, nebral jsem telefony. Začalo to narušovat práci.“ (Lukáš)

„Ne, protože jediný, kdo to věděl, byl manžel, a ten to věděl, protože jsem schovávala různě po baráku, takový ty skryše, co my umíme, že jo, jsme uměli, ne že umíme.“ (Kristýna)

„Byl to i stres v práci, alkohol mi to nějakým stylem kompenzoval. Když jsem večer přišel na byt, kde jsem bydlel mimo, tak jsem si dal víno a hned mi bylo lépe, ale už jsem nedokázal s tím přestat.“ (Martin)

„Jak jsem byla na víno, byla jsem vínový typ, tak jsem měla flašku v práci, to je šílený, když to člověk řekne zpětně, ale tak to je. V kartotéce zašitou, ty bláho, já jsem si za ten den, za 8 hodin jsem tu sedmičku v práci vypila.“ (Anna)

„Ztratila respekt a úctu.“ (Jana)

Očekávání

Klienti, kteří se rozhodnou nastoupit do programu, se musí vypořádat s **nejistotou** v podobě strachu, zda zvládnou nepít, jestli budou schopni **mluvit o sobě** o svém životě, uvědomují si, že největší ztrátu představuje ztráta **svobody**, jak uvádí Lukáš:

„To znamená, tady toho se zbavit (závislosti), to jsem očekával, že to tak asi dopadne, abych měl tu svobodu, mluvím jak feťák, ale to tak v podstatě je.“ (Lukáš)

Většina klientů má jen minimální představu o terapii, která často bývá dost zkreslená. Obavy Martina směřovaly k tématu **otevření** se před cizími lidmi.

„Já jsem původně měl obavu z toho, že před lidmi nebudu mluvit, což zpočátku nevím, jak to definovat, jako nějaké otevření se, ale to asi nebude přesná definice.“ (Martin)

Podobnou zkušenost uvádí Karel, kterému největší potíže činí **emoce**, které nikdy nedával najevo, přišlo mu nepatřičné o nich mluvit, nebo se **svěřovat** ve skupině osob. Pociťuje to jako velmi **intimní záležitost**, kterou si nechává raději pro sebe.

„Jestli musím mluvit před lidmi a jestli musím něco plnit nebo tak.“ (Karel)

Naproti tomu Kristýna žádná očekávání neměla a byla velmi **otevřená všemu**, co ji čeká.

„No, že ve chvíli, když jsem přijížděla, jsem neměla žádné očekávání.“ (Kristýna)

Často je u klientů **očekávání** spojeno s výsledkem, kterého by chtěli dosáhnout a uvědomují si, že jde o **příležitost ke změně**.

„Vrátit se do života, do nového života.“ (Anna)

Strach a obavy

Závislost přináší klientům i zisky v podobě **umožnění zvládat úzkost, strach, napětí**, nepříjemné situace nebo se prostě něčemu vyhnout. Ve své podstatě jde o důležitou dovednost, kterou mají a mohou se na ni spolehnout, mohou ji použít kdykoli potřebují. Při představě, že by o tuto dovednost najednou měli přijít, se objevuje strach, **jak to pak zvládnou, co budou dělat**. S tím je i spojena představa, že pokud budu abstinovat, **bude mi hůř**. Kristýna popisuje svůj stav, co jí to přinášelo a popisuje, že si vůbec nepřipouštěla, že její situace by se mohla zlepšit.

„Odjížděla jsem jako troska, jako zlomený člověk, kdy v tu chvíli byl v bahně, pod vrstevnicemi, až v bahně až někde níž a nevnímala jsem, že cesta může jít nahoru. Mi tam bylo chvílku dobře, člověk se plácal v sebelítosti, obviňoval všechno okolo, jak za to všichni můžou, jen já jsem skvělá.“ (Kristýna)

Naproti tomu Anna svoje **obavy měla podložené vlastní zkušeností**, která byla pro ni zásadní a ovlivnila její postoj k léčbě na dlouhou dobu. V ústavní léčbě se cítila nepříjemně, připadala si *„jako ve špatném filmu, jako kdybychom byly na táboře, ale nebyl zde žádný respekt, byla jen další alkoholik... Měla jsem strach, protože mám zkušenost z minulé léčby, to jsem raději odešla. Byla jen další ženská, která chlastá.“ (Anna)*

6.2 Změny po návratu

Druhý tematický okruh cílí na deskripci procesu návratu z léčby, tedy období, kdy respondenti dokončili program a vrací se z relativně bezpečného prostředí zpět domů. V tomto ohledu zvažují, zda jde o příznivé prostředí pro nastavení nového režimu nebo se objevují potíže.

Jedná se o období, kdy za sebou mají měsíční intenzivní program, jenž vyústil v jejich rozhodnutí změnit své chování. Výpovědi směřovaly zejména k tomu, jaké podpory se jim dostalo a od koho, co bylo pro ně důležité, s čím se museli vyrovnat a také, jak se celkově změnil jejich vztahy. V průběhu jednotlivých rozhovorů se objevují i témata směřující k tomu jakou změnu pocítují u sebe, zda se vnímají jinak než dříve. Důležitou změnou je vlastní sebepojetí, pocit kompetence k vlastnímu životu se projevuje vyšším sebevědomím.

Návrat domů

Na straně respondentů se objevují **obavy** z toho, jak návrat zvládnou. Co je doma čeká, zda partneři či rodina budou mít nějaké představy a zda je budou schopni splnit. Objevují se rovněž obavy z toho, že nebude možná otevřená **komunikace**, že **nezvládnou své emoce**, že natolik **zklamali své blízké**, že jim **nikdo nebude věřit**.

„Já jsem věděla, že když přijedu tak budeme řešit rozchod, stěhování, jen musím mít své děti, to je důležité.“ (Kristýna)

Karel hovořil o tom, že v daném období vnímal, že se mu budou **některé věci vysvětlovat těžko** a že nedokáže s manželkou mluvit o tom, jak se cítí, co prožívá.

„Co jí tak můžu říct, stejně by mi to nevěřila, že je mi to líto, že vím, že jsem ji zklamal.“ (Karel)

Přijetí a důvěra jsou témata, která v Anně vzbuzovala největší obavy, zda jí dokáže dcera ještě věřit. Když o tom mluvila, bylo zřejmé, že **pocítovala silné emoce**.

„Vím, že se omluvím, ale nevím, jestli to bude stačit.“ (Anna)

Některé změny, které by měly nastat, jsou pro Renatu při návratu důležité, obává se, že **nedokáže najít způsob, jak s přítelem nastavit nová pravidla** pro jejich kamarády.

„Oni jsou pro něho důležití, hodně mu pomáhají, i on jim. Ale já je tam prostě už nechci, potřebuji klid.“ (Jana)

Naproti tomu stojí reakce respondentů, kteří **jasně umí formulovat**, co potřebují. Jaké **změny musí nastat**, aby návrat domů byl pro ně možný.

„Prostě jsem si řekl, že nastanou změny, bude to jinak, a buď to vezme, nebo ne.“ (Martin)

Zlepšení komunikace, nový začátek, optimismus, uvolnění atmosféry a otevřená komunikace, vyjasnění si postojů, to byly cíle Lukáše:

„Věřil jsem, že to bude dobrý, že začneme znova a řekneme si, co chceme.“ (Lukáš)

Vyrovňávání se změnou

Změny, které se odehrávají po návratu domů, bývají prožívány různě, mohou se dostavovat **pocity osamění**, nebo se naopak může projevit také prožitek **spokojenosti, nové energie**.

„Být sám se sebou. Sám se sebou v tom nejhlubším.“ (Martin)

„Ale ano, aby to neznělo sebestředně, nicméně všichni byli překvapeni a v šoku, ale v dobrým slova smyslu. Jednak z toho, že jsem se vrátila usměvavá, bylo krásné počastí, takže opálená, odpočatá, plná energie, života, elánu.“ (Jana)

Změna se v mnoha ohledech projeví rychle, **mění se pohled** na mnoho věcí, jejich důležitost, pořadí, a dostávají jiný směr. Někteří respondenti uvedli, že **prožívají radosti**, které dlouho nezažili, svět byl více méně černobílý a teď **vidí barvy**, Život dostává **nový směr**, mohou dělat věci, ze kterých mají radost a nepotřebují se k tomu povzbudit alkoholem. Zjišťují, že se dokáží radovat a cítit dobře i bez něj.

„Že jsem tím prošel a jak je vše krásné a nové. Jak se posouvají mimo psychické problémy a to všechno.“ (Martin)

„Když jsem přijela v listopadu, všichni na mě koukali, že jsem asi magor, a čím jsem naspeedovaná, ale mě baví život. Já jsem ráda, že konečně žiju.“ (Kristýna)

„No člověk tam dostane nový směr.“ (Karel)

Lukáš si uvědomuje, že vnímá **dvě období** ve svém životě, které jsou kvalitativně odlišné, dokázal objevit činnosti, na které kvůli pití neměl prostor.

To znamená, že bych to hloubkově rozdělil na dvě doby, to co bylo nestálo za nic, takové temno. Teď vím, že můžu normálně žít, já se věnuji i věcem, co už jsem nedělal jak dlouho. A já tam normálně modelařím.“ (Lukáš)

Vztahy a podpora okolí

Tato podkategorie v rámci druhého tematického okruhu se objevuje i v souvislosti s návratem, kdy se respondenti spontánně vraceli k důležitým změnám. Jsou zde patrné dvě roviny, kdy na jedné straně dochází k ocenění důležitosti vztahů a v druhé rovině se respondentům **dostává uznání a podpory**. Lze konstatovat, že ve zkoumaném vzorku je shoda, podpora blízkých a dobré vztahy jsou u všech důležitým faktorem. U Martin dochází k určité sebereflexi a **uvědomění si důležitosti vztahů s blízkými**.

„Ano protože, kdybych se vrátil do jiných podmínek, že by mi bylo neumožněno, takhle nenásilně pokračovat a napravit to, co považuji, že jsem zdrbal, a ještě můžu to napravit.“ (Martin)

Karel svůj návrat vzal jako příležitost **vyjádřit omluvu** za své chování vůči dceři. Což vnímal jako **velký zlom**, protože se toho velmi obával, většinou své blízké jen kritizoval, nikdy se za nic neomlouval.

„Já jsem se omluvil dceři, řekl jsem jí věci, které bych střízlivý nikdy neřekl, a neměl v té době, kdy jsem nemohl pokračovat nebo když jsem pil.“ (Karel)

Kristýna vnímá **podporu jako důležitou** a je za ni ráda, uvědomuje si, že je někdy pro ni ještě **těžké přijmout ocenění** od manžela.

„Úžasní. Nevím, mužský říká, že je na mě pyšný. Já to nepotřebuji slyšet.“ (Kristýna)

Návrat je pro Annu dobrou **příležitostí**, jak napravit vztahy s blízkými a **dodává jí sílu** pokračovat i když si uvědomuje, že nemá ještě vyhráno.

„Napravila jsem spoustu věcí po návratu a bylo to pro mě motivační.“ (Anna)

„Napravit ty myšlenky lidí v práci, že každý poznal, že se se mnou něco děje a vrátit se do života, do nového života.“ (Martin)

Přes komplikované vztahy s otcem, si je Lukáš **vědom podpory**, kterou po celou dobu od svých blízkých dostával. **V nejhorším ho vždy podrželi.**

„Rodiče jsou rádi a podrželi mě nejvíce, a to jsem jim i řekl.“ (Lukáš)

Lukáš si také uvědomuje, že i u něj po návratu došlo ke změně, podpora okolí má na něj vliv, kdy pociťuje **větší energii**, chuť a dokáže **sám sebe ocenit.**

„Super. Všichni mě nějakým stylem podporovali manželka, rodiče, tam s tím nebyl problém. Naopak. Já jsem se vrátil plný energie, sám jsem překvapoval své okolí, jak jsem to zvládl a dokázal jsem se pochválit.“ (Lukáš)

Ve vztazích ovšem může dojít také k opačnému fenoménu, kdy místo podpory se respondenti setkávají s **odstupem** nebo **menším kontaktem** ze strany přátel. Jde o změnu, ke které dochází přirozeně a jejíž důvody bývají různého původu. Okolí může mít **obavy z toho, jak se chovat**, lidé se mohou cítit nejistí z toho, co mohou říct, o kterých tématech raději nemluvit, mohou **cítit rozpaky** i z důvodu narušených partnerských vztahů. Někdy mají strach, že i oni sami budou muset **měnit své návyky** ohledně alkoholu, aby zbytečně nevyvolávali u jedince, jenž prošel léčebným programem, chuť na alkohol.

„Určitě se tam eliminovala spousta lidí kolem nás. U nás to bylo o tom, že manžel tam všem kolem, co jsme bydleli všechno řekl.“ (Kristýna)

„Když mě viděli, tak nevěděli, co mi mají říct, jak se mají zachovat, protože oni to věděli, všichni to věděli, co se děje, každý na mě sice koukal, ale nevěděli jak jako, co se děje. Potkala jsem sousedku v cukrárně, když jsem tam šla pro dort. Jen ahoj, rozpaky, velký rozpaky z toho okolí.“ (Jana)

„Takže hodně se mi eliminovali známí, protože jsem odjížděla s tím, že jsem to těm svým pro mě důležitým v té době, v té daný chvíli řekla.“ (Anna)

Kristýna po svém návratu sice prožívala podporu ze strany rodiny a manžela, ale objevují se i situace, jež ukazují, že **hledání důvěry je obtížné** a chce dlouhý čas.

„Dodnes to tak má, to je pravda, to má dodnes asi takový strach, nevím. Bavili jsme se o tom, manžel mi říká - to je můj problém, já se omlouvám tobě, že přijde ke mně a teď se na mě podívá a ujišťuje se. Pila jsi dneska něco?“ (Kristýna)

Kristýna dále uvedla, že nejčastěji se ze strany partnera setkávala s momenty, kdy měl potřebu se ujišťovat, zda pila, pořád ji kontroloval:

„Za tu dobu, co jsem zpátky, je to rok, tak se mě zeptal, tak 6krát. První, co udělal můj muž na dovolené, až zpětně, když si to teď uvědomím, i v té době šel a prohlížel, kde má jaký talíře, skříně, galerky a nese někam nějakou tašku. A já, co blbneš, pojd' mi tady pomoci, do sklepa nějaký věci a on ne já taky uklízím. Tak jsem se ptala, co dělal a on uklízel flašky vína, piva, veškerý chlást, který tam zůstal po někom před námi. Překvapilo mě, že místo, aby mi šel pomoci, tak jde a dělá očistu. Ano, protože alkohol u nás doma není, ale on má pořád tendenci.“ (Kristýna)

Sebevědomí, pocit vlastní odpovědnosti

Na základě získaných výpovědí můžeme konstatovat, že u jednotlivých respondentů dochází k **posilování pocitu vlastní hodnoty, sebevědomí a respektu** k sobě. Ukazuje se, že sebevědomí posiluje **vnímání kontroly** nad závislostí a má pozitivní dopad na **zvládnutí rizikových situací**, je zdrojem síly.

„Nenechám si tzv. srát na hlavu a dokážu říct ne, což jsem neuměla.“ (Jana)

Kristýna hovoří přímo o **sebevědomí**, které v době před terapií a vlastně po celý život postrádala.

„Dospěla jsem. Odcházela jsem dospět a být silným dospělým, zdravým člověkem se zdravým sebevědomím a sebedřívěním, což je důležité a vím, co chci.“ (Kristýna)

Lukáš uvedl, že nyní pocituje větší **kontrolu nad situacemi**, ve kterých v minulosti nedokázal **reagovat přiměřeně** a s odstupem.

„Manželka obdivovala, jak jsem v pohodě. Dokázal jsem, když už byl průser a nastal, tak jsem to dokázal rozchodit, rozdýchat, promyslet si to a neřešit to hned. Bylo to super.“ (Lukáš)

Jana se vyjádřila podobně a popsala momenty pokušení ze strany okolí:

„No on (soused) to zase zkoušel, že by jako večer přišel, ale já jsem mu řekla, že ne, že máme jiný plány a ať vůbec nechodí. Jen na mě koukal.“ (Jana)

Podobnou zkušenost sděluje i Martin; souvisí s **prožitkem důvěry a hodnoty** ve vlastním chování.

„Je fajn vědět, že je tam zodpovědné chování, za kterým si můžu stát, že je dobře, co jsem udělal, předtím to bylo jinak.“ (Martin)

Na jedné straně můžeme vidět nárůst sebedůvěry, ocenění a respektu k sobě, na druhou stranu ovšem můžeme také pozorovat, že ne vždy dochází k úplnému přijetí nové hodnoty. Někteří respondenti se **vracejí k sebeobviňování** nebo **předávání odpovědnosti** za svůj život a pohybují se v modu jisté bezmoci a odevzdání se.

„On v tom žil v tom mindfulness, dá se říct, on žil tady a teď a narážel jenom na mě, protože já jsem vlastně nerozuměla vnímání jeho života a byla jsem v tom typickým komerčním a ženským a lidským, ale on se mnou nemohl sdílet to, tady a teď, takže jsme naráželi jeden na druhého a já jsem pak přijela, vyrovnaný člověk.“ (Kristýna)

„(Manželka) Vede mě k tomu, abych se o sebe staral a abych byl v pohodě.“ (Lukáš)

Zdraví

V rámci tématu změn po návratu domů, se u respondentů objevila důležitá oblast zdraví; u některých respondentů šlo o významný **posun v kvalitě**. Martin, který měl epileptické záchvaty, a celkově na něm užívání alkoholu bylo vidět, svůj současný zdravotní stav komentoval jako skvělý.

„No já jsem měl zdravotní potíže, já to mám i v horoskopu, že jdu na doraz, ale teď jsem v naprosto dokonalé formě.“ (Martin)

„Moc se mi ulevilo, cítím se volněji a snažím se i sportovat, tenkrát to nešlo“ (Kristýna)

„Byla jsem u obvodáka, na krev, říkal, že je to lepší a já se tak i cítím“ (Anna)

Potíže se spánkem se projevovaly u Karla a Lukáše, oba uvádí, že po absolvování léčebného programu postupně došlo ke **zlepšení**.

„Teď už funguji dobře, ze začátku to bylo nic moc, ale teď už spím a prášky brát nepotřebuji.“ (Karel)

„Já se pořád budil, spal jsem jen hodinu nebo dvě a pak zas nic, až nad ránem, Teď spím ani nepotřebuji nic na spaní.“ (Lukáš)

6.3 Kontrolované pití alkoholu v současnosti

V tomto tematickém okruhu je pozornost věnována popisu toho, jak se daří respondentům udržovat kontrolu nad užíváním alkoholu a co jim tom pomáhá. Respondenti se zaměřují především na otázku, zda udržovat kontrolované pití či abstinovat a co je v danou chvíli pro ně přínosné. Pozornost se také soustředila na dovednosti, které si během programu osvojili a aktivně je nyní používají. Důležitým aspektem se v kontextu kontrolovaného pití jeví strategie zvládání a s tím i související nastavený režim.

KBT dovednosti

Většina respondentů v rozhovorech uvedla, že největší přínos pro ně představuje **změna komunikace**. Komunikace s okolím u nich často probíhá v rovině soupeření, **nevhodná komunikační schémata** jsou **příčinou nedorozumění** a prohlubujících se problémů. K nejčastěji respondenty zmiňovaným současným dovednostem získaným díky léčebnému programu patří asertivita.

„Asertivita, víte, to mi utkvělo v paměti hodně a mám to spojené.“ (Martin)

Karel si uvědomuje, že asertivní pravidla komunikace v jeho případě velmi ovlivnila, jak o věcech přemýšlí. Z jeho výpovědi je patrné, že změna způsobu myšlení může mít dopad na **schopnost otevřeně pojmenovat své potřeby**.

„Já jsem ty věty otevřel naposledy minulý týden, já jsem si vybavoval, že jsme se učili věty, které mi předtím nedávaly smysl. To je, že můžu říct ne a nemusím to zdůvodňovat, nemusím se odvíňovat celý život, že jsem pil, a to je spojené s tou asertivitou. Toto je výborná věc pro mě.“ (Karel)

„Asertivita, změnit názor a dělat chyby, to můžu, vlastně je to logické, ale měl jsem z toho špatný pocit.“ (Lukáš)

Podobně reaguje Kristýna, pro kterou je asertivita jednou ze základních dovedností, kterou znala, ale nepoužívala ji tak, aby z ní měla užitek.

Asertivita, protože dodnes jsem to neuměla použít, teď to umím, ale do té doby jsem to vůbec nepoužívala. Učit se vůbec ty možnosti, že člověk má právo se rozhodovat sám za sebe, přijmout jaký je, to je fakt mazec.“ (Kristýna)

Říct si o pomoc je další dovedností, která například pro Lukáše znamená **říct blízkým, co potřebuje**.

„Já jim to říkám. Ta situace na konci září, já jsem byl na pokraji sil a to věděli, to jsem probíral.“ (Lukáš)

Za náročné považují Karel a Jana metodu psaní **dopisů**, což bylo pro oba velmi **emotivním zážitkem**. Při psaní dopisů si uvědomili své **potřeby, jejichž naplnění se jim nedostalo** v dětství, a doposud o tom nemluvili.

„Určitě dopisy, ty byly těžké a dlouho jsem s tím bojovala.“ (Jana)

„Asi to nejhorší, psát otci, a pak to ještě pochopit.“ (Karel)

Podobně reaguje také Kristýna, která psala manželovi a měla možnost **reflektovat** všechny **křivdy**, které si nedovolila vyslovit nahlas.

„Dopisy, to je prostě mazec, ale neskutečně úžasný mazec, to je neuvěřitelný. Terapeutický dopis, životopis to je další. Vypsát se jen tou rukou, s propiskou, z myšlenek. Neuvěřitelné. Povykládat si, nebo přiznat si...“ (Kristýna)

U některých respondentů se objevují potíže vůbec dopis napsat, dát **prostor svým emocím**, které vůči důležitým osobám pociťují.

„Pro mě bylo nejtěžší vůbec něco stvořit dohromady.“ (Martin)

Pro Lukáše byly dopisy příležitostí poprvé **popsat své traumatizující zážitky, uvědomit si své potřeby** a vlastní pocity.

„Napsat dopis otci. To, že až tam mi došlo, co všechno jsem snášel.“ (Lukáš)

Podobné pocity zažívala také Anna:

„To, že já to neumím popsat, zjišťuji, že za tu dobu jsme prošli vztahama od narození.“ (Anna)

Dalším tématem, který se ve výpovědích se opakoval, byla **relaxace a mindfulness**. Většina respondentů neměla před nástupem do programu s používáním relaxace ke **zvládnutí nepříjemných stavů** praktickou zkušenost. Někteří všímavost a relaxaci znají, ale ne ve spojení s terapií.

„Největší přínos, musím říct, bylo mindfulness. To musím říct, že s tím žiju do dnes.“ (Anna)

Stejnou zkušenost mají také Jana a Kristýna.

„To rozdýchání, nebo se zastavit a jít se projít, to ano. To, že najednou si začnu analyzovat emoce, myšlenky, chování a začínám si to spojovat v hlavě, k tomu se taky vracím. Úplně si to nerozepisuji, ale probírám to ve své hlavě.“ (Jana)

„Emoce, myšlenky, zvládání tělesných příznaků, chování. Člověk si to dokáže analyzovat. Mindfulness některé techniky, ne všechny.“ (Kristýna)

Naproti tomu Karel má jinou zkušenost a relaxaci nepovažuje za potřebnou.

„Zkoušel jsem dýchání do břicha, ale nějakým způsobem jsem to ze zvědavosti zkoušel ještě doma, ne že bych to potřeboval.“ (Karel)

Lukáš uvádí i další přesah při využívání relaxace, a to vliv na jeho **postoj k sobě samému**, snaží se nepodceňovat odpočinek, brát ohled na vyváženost práce a odpočinku.

„Naučil jsem se, jak se mám o sebe starat. To jsem předtím nevěděl.“ (Lukáš)

Strategie zvládnutí

Důležitým faktorem, který ovlivňuje proces kontrolovaného pití je způsob, jak se respondenti vyrovnávají se změnou, jaké volí strategie nebo co jim pomáhá změnu zvládnout.

Kristýna si uvědomila, že nechce být zklamaná, pokud se její představa nenaplní. Snaží se **zůstat v přítomnosti** a zbytečně se nestresovat tím, co bude nebo jak by to mělo být.

„Já jsem se na tom naučila mít ráda nemít očekávání. Protože jak ho člověk má, tak je zklamaný. Tak mám proto tady a teď.“ (Kristýna)

Podobně situaci popisuje i Jana, **uvědomuje si, že nelze vše naplánovat**, často bojovala s nepříjemnými představami.

„Já jsem jako v klidu furt, říkám si žiju tady a teď. To si říkáme s mužským, že co nám vesmír dá, nám dá, a co se má stát, se stane.“ (Jana)

Lukáš naproti tomu pocítuje změnu především v jeho **životním stylu**, vyhledává **činnosti, které mu přinášejí radost** a uspokojení.

„Ještě jsem jednu věc zjistil, nevím, jestli je to dobře nebo špatně. Když mám strašný názor na dnešní konzumní společnost, ale brutálně. Přestal jsem se dívat na televizi, více méně čtu a poslouchám hudbu, začal jsem dělat zpátky letadla, co byl můj životní koníček, já jsem byl a v té době na motorkách, na které jsem si vydělal modelařinou.“ (Lukáš)

Karel nedokáže konkrétně definovat, co mu pomáhá změnu zvládnout, a popisuje spíše svůj celkový stav a **náhled na situaci**.

„Já si myslím, že to, co jsem absolvoval, mi dalo možnost to zvládat a nehrouřit se, nepřipouštět si nic, abych se stresoval a nepřidávat si nic takového.“ (Karel)

Anně pomáhá uvědomění si, že i **nepříjemné věci může zvládat**, pokud si ponechá čas.

„Snažím se to logicky vysvětlit, proč to nejde. I když mi to není příjemné, tak si řeknu, že to nemá smysl.“ (Anna)

Důležitým faktorem je pro Martina **možnost volby** a současně **důvěra** ve vlastní **schopnosti rozeznat ohrožující situace**, kterou jak uvádí, se naučil během terapie.

„Velice pozitivně s tím, že mě to zastavilo na cestě, kterou jsem šel. Dalo mi to možnost se zastavit. To směřování obrátit. Mám pořád možnost jít tam i tam, ale dokážu a naučil jsem se tam to, jak rozpoznat to nebezpečí a jak to řešit a eliminovat.“ (Martin)

Pít či nepít

Z rozhovorů vyplynulo, že u většiny respondentů sledovaného výzkumného souboru došlo ke změně postoje ke kontrolovanému pití. Pouze dva respondenti pokračují ve svém původním cíli. Zbytek respondentů se na základě zkušenosti a zhodnocení svých možností rozhodl pro abstinenci. Náhled na sebe se může projevit i v rovině toho, že se alkoholu vzdají úplně. Po zkušenosti, kterou si projdou, dokáží vyhodnotit svou vlastní situaci. U jednotlivých členů výzkumného souboru se prohloubil jejich náhled na vlastní situaci, a to můžeme vnímat jako důležitou pozitivní změnu. Tam, kde kontrolované pití není možné, je důležité vědět, že **existuje i jiná cesta, varianta**, kterou může klient zvolit. Pokud není program primárně od počátku striktně nastaven na jednu nebo druhou možnost, buď abstinence, nebo kontrolované pití, má klient prostor a čas prozkoumat a zjistit, jak to vlastně má on sám. Rozhodnutí, které je učiněno až po absolvování programu, poskytuje větší šanci na to, že je činěno na základě zralejší úvahy. Může tak přispět ke skutečnosti, že klient je lépe připraven pracovat jak s motivací, tak i s cílem svého snažení. V případě změny režimu z kontrolovaného pití na abstinenci není toto rozhodnutí prožíváno jako další neúspěch, ale jedinec si je vědom skutečnosti, že jeho cesta je v tuto chvíli jiná. Odpovědnost za své rozhodnutí, které může změnit, je pro mnoho lidí osvobozující, respondenti mají kontrolu nad vlastním rozhodnutím. K tomu Martin uvádí, že tato volba pro něj znamená **osvobození**.

„Tak. Došlo k tomu několikrát, že jsem řekl, že nebudu a pak jsem si dal dvě piva a víc jsem nechtěl, i když bych chtěl. Chtěl jsem, ale říkal jsem si, že ne.“ (Martin)

Rozhodnutí nepřijmout režim kontrolovaného pití popsal Martin následujícími slovy:

„Já jsem za to moc rád, když nemusím myslet na to, že si dám jen skleničku nebo dvě a pak nic. Ano, šlo to. Naplánoval jsem si to, ale cítil jsem, že chci víc a víc. Já jsem došel k tomu, že to nemá smysl. Kontrolované pití pro mě není.“ (Martin)

Podobnou zkušenost popisuje i Lukáš, v jeho případě ovšem jde o **ztrátu kontroly** a následně pak propady do **škodlivého užívání**.

„Já jsem došel k názoru, že bych to neměl dělat, protože už jsem si sám říkal, že bych to nezvládnul. Mě to, tak akorát nabudilo. Já jsem potom měl období, kdy jsem nepil vůbec, pak jsem se záměrně napil. Kdybych se měl dostat do stavu po dvou, třech pivech, já nevím, jak mě to ovlivní a kolik piv. Dva dny si pak nic nedám, ale pak zase budu shánět piva. Mezi alkoholikem a menším alkoholikem je jedno pivo. Jestli si dám dva kozly a pak jsem se dostal na 12, tak to nechci zkoušet.“ (Lukáš)

Za důležité Lukáš považuje, jak k rozhodnutí došel, že měl **možnost to vyzkoušet**, jak to bude na něj působit.

„Ano, šlo to. Naplánoval jsem si to, ale cítil jsem, že chci víc a víc. Já jsem došel k tomu, že to nemá smysl. Kontrolované pití pro mě není.“ (Lukáš)

U respondentů se vůči užívání alkoholu projevuje **ambivalentní vztah**, hledají **vlastní optimální cestu** a uvědomují si, že **množství alkoholu musí snížit**.

„Tak rád bych vrátil to, co jsem odpil za 10 let, ale tak na 60 let a dávkoval si to jako normální člověk. To bych vrátil, že po volejbale, tenise bych si dal pivo s klukama. Ted' jdu na sodovku. To bych změnil, ale potom se dostat tam, kde jsem dostal, že jsem to potřeboval. Do toho nechci.“ (Martin)

Jana se naopak o kontrolované pití snaží a přiznává, že v průběhu roku občas nastanou **náročné situace**, které nezvládá. Většinou jsou tyto okamžiky **spojeny s neočekávanou situací**, na kterou není připravená. Je pro ni těžké dodržet kontrolu vypitého množství alkoholu.

„Paradoxně spíš nějaký silvestr, Vánoce, to zvládnou bez problémů. Jsou situace, kdy s těmi lidmi z práce, kdy jsou to spíš tyhle situace. Kdy přijde nečekaná návštěva a nějakým stylem nabízí, všichni a pijou.“ (Jana)

Jana k tomu dodává, že zažívá nepříjemné chvíle, když se snaží **dodržovat limit** ve společnosti, přijde jí to **omezující**.

„Tváří se, že je to normální, že někdo nepije, ale vidíte, že to berou, že je člověk jiný. A pak ty řeči, tak si dej ještě jednu.“ (Jana)

Naproti tomu Kristýna dochází ke změně v návaznosti na **situaci v rodině**, pokud se cítí dobře a **spokojená, alkohol nepotřebuje**. Přiznává, že určitou roli hraje také manžel, který je abstinent.

„A mě to jako neláká. Já to neumím dost dobře vysvětlit. Já jsem asi vnitřně spokojena a vyrovnaná a nemám tu potřebu. Pořád to beru, že jsem nebyla vyrovnaná sama se sebou, byla to možnost berličky.“ (Kristýna)

Vrátit se k alkoholu, byť v kontrolovaném množství, Kristýna již nechce:

„Beru to jako návrat k normálu. Nebát se toho vypít skleničku na oslavě, já se toho nebojím ani dneska, ale nechci.“ (Kristýna)

Nemožnost kontrolovaně pít si Anna vyzkoušela po dokončení terapie. **Náročné životní situace**, ztráta maminky, péče o otce a odchod ze zaměstnání nebylo možné zvládnout, což u ní následně **vedlo to k porušení nastaveného režimu**. Anna pak musela vyhledat odbornou pomoc. Důležitým prvkem je pro ni **uvědomění si vlastních možností** a schopnost zhodnotit **situaci, ve které se nachází**.

„Tenkrát to nešlo, dnes se cítím dobře pro jiné věci než proto, že nepiju. Cítím se dobře, protože to všechno jde jinak. Nevím, jestli budu schopna to někdy zvládnout. Ideální by to bylo úplně bez alkoholu.“ (Anna)

Karel kontrolovaně pije od ukončení programu, dokáže **být k sobě přísný** a uvědomuje si, že ho **kamarádi respektují** a nenutí jej k porušování limitu, vše si řídí sám. Po návratu z terapie všem **řekl pravidla**, jak to bude.

„Mám to vyzkoušené, že to jde. Někdy raději odcházím. Ale když to jednou nepůjde, tak ne, jsem s tím smířený.“ (Karel)

Připouští, že mohou nastat okolnosti, které by ho od kontrolovaného pití odradily, v tomto ohledu zmiňuje **zdravotní komplikace**.

„Ano, ale mám v hlavě, že to není ideální a přemýšlím, že jednou nebudu pít vůbec. Někdy mám obavy, že to kontrolované užívání se může zvrtnout. Je tam taková malá hranice, která se chce lehce překročit.“ (Karel)

Karel vidí také důležitý posun ve svém **vnímání rizikových situací**, které u něj vedou k větší chuti se napít. Ta se u něj projevuje nikoli ve stresu, ale ve chvílích, kdy má potřebu se za něco odměnit.

„Paradoxně, já nemám chuť, ne že nemám chuť. Při stresových situacích mě to neuvádí do stavu, kdy se chci napít, jako spíš to, že je pohoda a spíš teď jsem něco udělal dobře a mám radost, a to je situace, kdy je to horší než stresové jednání.“ (Karel)

Udržení změn

Zvědomením si toho, co pomáhá nastavenou změnu udržet, je velmi důležité. Respondenti se shodují na tom, že velkou roli hraje rodinné zázemí a možnost podpory ze strany odborníků v případě, že si nejsou jisti svým rozhodnutím nebo se nacházejí v náročné životní fázi. Tento bod je velmi důležitý zejména pro Annu, která přiznala, že pod **vlivem náročných životních situací** nebyla schopna zvládat kontrolovaně pít a byla nucena vyhledat odbornou pomoc.

„Já jsem musela jít k doktorovi, už to přesáhlo hranici a nešlo to, potřebovala jsem pomoc.“ (Ana)

Lukáš využil také možnosti **podpůrných skupin**, avšak sdílení vlastní zkušenosti nenaplnilo jeho očekávání. V době, kdy cítí, že jeho stav je jen těžko zvladatelný, **obrací se k rodině**, dnes již s nimi o tom dokáže otevřeně hovořit.

„Já jim to říkám. Ta situace na konci září, já jsem byl na pokraji sil a to věděli, to jsem probíral. Pořád jsou pozitivní i rodiče, manželka mě podporují.“ (Lukáš)

Naproti tomu Martin si **uvědomuje**, že některé věci možná nesprávně vyhodnotil a mohl je v minulosti **zvládnout lépe**.

„Že budu chodit na terapii, to jsem nedržel, asi to byla chyba.“ (Martin)

Za důležitý aspekt považují respondenti i **ocenění**, a to jak ze strany rodiny nebo přátel, tak ve formě **drobné radosti**, kterou si dopřejí.

„Vidím to, že je ráda (manželka) je to takové klidné a vím, že je to dobře, a ona to umí, řekne mi to. Pak vím, že je to v pořádku.“ (Karel)

„No hledám si něco, čím bych se odměnil něčím jiným, třeba koupím letenky a jedeme pryč.“ (Lukáš)

Nastavení režimu

Rozdílů můžeme spatřovat u respondentů, kteří se rozhodli abstinovat. U nich je jasné omezení nepít po dlouhou dobu vůbec, přičemž nevylučují, že tomu v budoucnu bude jinak. V současnosti však tito jedinci vnímají kontrolu množství alkoholu jako velmi zatěžující a náročnou. Martin si uvědomuje, že své rozhodnutí učinil pod vlivem neschopnosti zůstat jen u určeného množství a jeho režim se postupně měnil. Na začátku se snažil režim dodržovat, od počátku bylo důležité stanovit si množství a dny, kdy pít bude a kdy ne. Zůstat u stanoveného množství v situaci, když se nacházel v dobré společnosti, bylo pro něj velmi obtížné.

„Prostě to nešlo, musel jsem to změnit, teď jde o to zůstat čistý, a to zatím jde.“ (Martin)

Naproti tomu Lukáš ukončil pokusy o kontrolované pití po dvou měsících. Po návratu z léčby chtěl ještě nějakou dobu abstinovat a poté kontrolovaně pít. **Více experimentoval**, z počátku ani nepocíťoval potřebu užívání alkoholu a pak chtěl vyzkoušet, co to s ním udělá. Zde již nastal problém a střet s nemožností udržet stanovený limit, **pocíťoval větší chuť**. V té době zažíval i větší **pocity napětí a stresu** v práci, které následně vyústily v jeho hospitalizaci.

„Asi to nebylo pro mě dobré, myslel jsem, že ta chuť nebude tak velká. Možná jsem všechno chtěl hned.“ (Lukáš)

Naproti tomu Jana má k udržení režimu jasnější postoj, snaží se akce dopředu **plánovat**. Svůj denní ani týdenní **limit většinou nepřekračuje**. Suché dny plánuje tak, **aby měla jistotu**, že je zvládne. Plánuje si také **program mimo domov**, aby snížila riziko, že se objeví nečekaná návštěva. Postupně se i tyto komplikace učí zvládat.

„No on (soused) to zase zkoušel, že by jako večer přišel, ale já jsem mu řekla, že ne, že máme jiný plány a ať vůbec nechodí. Jen na mě koukal.“ (Jana)

Pro Janu je důležitá určitá **míra jistoty**, že dokáže kontrolovat sebe i některé okolnosti, které **zvyšují riziko selhání**.

Karel svůj **režim nastavil od počátku**, omezil setkávání s kamarády na jeden den v týdnu. Během týdne má jasně **strukturovaný program**, skoro denně jezdí na kole, pravidelně zahrnuje do programu i aktivity s manželkou. Setkání, která vždy provází pití alkoholu, se snaží zvládnout a **dopředu si plánuje**, jak dlouho se zdrží, kolik alkoholu vypije. Karel má

přirozenou autoritu a je pro něj snazší odmítnout nabídky alkoholu a prosadit svá pravidla.

„Jak bych to definoval, jinak, že to jde podle pravidel. Ani o tom nediskutujeme.“ (Karel)

6.4 Odpovědi na výzkumné otázky

V následujícím textu jsou prezentovány odpovědi na stanovené výzkumné otázky, jež byly zpracovány na základě analýzy dat zjištěných realizací polostrukturovaných rozhovorů s jednotlivými respondenty výzkumného souboru.

1. Jak respondenti vnímají, prožívají a vyrovnávají se změnou po ukončení léčby?

Bylo zjištěno, že na prožívání a vyrovnávání se změnou po ukončení léčby mají velký vliv i faktory, které předcházely samotné léčbě. Okolnosti, za kterých se respondenti rozhodovali k řešení své závislosti na alkoholu, jsou důležité i pro její průběh a následné subjektivní vnímání její úspěšnosti. Významným prvkem se jeví být především vztahy s blízkými, které jsou determinujícím faktorem pro odhodlání k léčbě a následné vyrovnávání se se změnou po jejím ukončení. Podpora, uznání, přijetí a důvěra jsou posilujícími faktory, jež mají vliv na prožívání vlastní sebedůvěry a schopnosti zvládat závislost. Respondenti po návratu do svého běžného prostředí prožívají pocity spokojenosti, dostatek energie. Mění se jejich pohled na svět, prožívají dostatek radosti a lépe zvládají rizikové situace. Můžeme konstatovat, že dochází k posilování vlastní hodnoty a respektu vůči vlastní osobě. Vyšší sebevědomí posiluje i vnímání vlastní kontroly a má pozitivní dopad na zvládání rizikových situací. V neposlední řadě se projevuje i zlepšení po stránce fyzické, kdy dochází v posunu ve vnímání kvality zdraví a snaze o její zlepšení.

2. Jaké důležité prvky KBT vnímají respondenti jako podpůrné pro udržení kontrolovaného pití?

Všichni respondenti se shodli, že významným výsledným prvkem terapie je změna komunikace, osvojení si schopnosti otevřeně pojmenovat své potřeby, požádat o pomoc, popsat své emoce; tyto nově nabyté dovednosti jsou považovány za důležité všemi respondenty z našeho výzkumného souboru. Změna komunikačních vzorců a pochopení komunikačních schémat jsou významnými činiteli, jež se podílejí na úspěšném zvládnutí a udržení kontrolovaného pití. Uvedené změny závislým jedincům umožňují otevřeně

popisovat jedinečnost svého prožívání a důvody/příčiny, které jej způsobují. Respondenti se často zmiňovali o jednotlivých metodách, jež měly zásadní vliv na proces pochopení vlastních dysfunkčních schémat. Všichni účastníci realizovaného výzkumného šetření se shodují na vnímané důležitosti změn v jejich životním stylu. Tyto změny podporují žádoucí kontrolu. Dalším významným prvkem, který byl zmiňován téměř ve všech výpovědích, byla vnímaná nutnost naučit se žít v přítomnosti a předem si důkladně plánovat činnosti, které přinášejí radost a uspokojení. Jako nejvýznamnější předpoklad úspěšného překonání závislého chování/závislosti na alkoholu se jeví změna celkového pohledu na vlastní dysfunkční chování i smýšlení, kterou lze označit jako dominující prvek v rámci celkové změny vztahu k alkoholu.

7 Diskuze

Cílem studie bylo popsat jednotlivé aspekty provázející kontrolované pití u osob závislých na alkoholu po ukončení léčby v kognitivně behaviorální terapii. Základní snahou bylo prozkoumat, zjistit a popsat, jaké jsou hlavní podpůrné faktory, které vedou k podpoře a udržení cíle. Záměrem bylo sledování rozmanitosti v jednotlivých případech a zprostředkování interpretace zjištěných poznatků o tom, jak klienti vnímají svou zkušenost, jak se vyrovnávají s obtížemi a jaké zdroje jim pomáhají situaci zvládat. Cílem bylo popsat a interpretovat individuální změny osobní zkušenosti jednotlivých respondentů. Cíl se podařilo naplnit prostřednictvím subjektivního pohledu participantů na jejich vlastní zkušenost a hodnocení vlivu kognitivně behaviorální terapie v souvislosti s kontrolovaným užíváním alkoholu v rámci jejich procesu léčby závislosti na alkoholu.

Rovněž jsme se snažili zachytit podobu změn s ohledem na individuální prožívání respondentů a pozorované/vnímané dopady na jejich sebepojetí. V rámci diskuze jsou výsledky studie komentovány a porovnány s teoretickými poznatky z jiných studií z oblasti léčby závislosti a kontrolovaného užívání alkoholu.

První výzkumná otázka směřovala ke zjištění: ***Jak respondenti vnímají, prožívají a vyrovnávají se se změnou po ukončení léčby.***

Získaná data a z nich plynoucí zjištění otevřela prostor pro vymezení tří hlavních tematických okruhů zaměřujících se na následující stěžejní oblasti: *rozhodování, změny po návratu, kontrolované pití v současnosti.*

V tematickém okruhu ***Rozhodování*** se postupně objevily další specifické kategorie, jimiž jsou: *důvody nástupu k léčbě, vztahy, očekávání, strach a obavy.*

Důvody nástupu k léčbě byly respondenty popisovány jako náročný proces, při kterém si dlouho nechtěli připustit skutečnost, že situaci nezvládají. Většina členů zkoumaného souboru se shodovala na tom, že stavy napětí a úzkosti, které pocítovali, pramenily ze silné *neochoty opustit rituál popíjení*. Přehlížení důsledků, jež s sebou závislost přináší, označují/označovali někteří respondenti jako *slepotu*, která jim pomáhá/pomáhala udržovat se v přesvědčení, že stále mají nad svým rozhodnutím *kontrolu*.

Strach a úzkost společně se stresem jsou při zneužívání alkoholu obecně uznávanými faktory. Na jedné straně, ve shodě s dosavadními výzkumy (Armeliét al., 2003; Dvorak et

al., 2018) konstatovat, že alkohol působí anxiolyticky a vede k odstranění nebo zmírnění nepříjemných stavů.

Na straně druhé, se však alkohol samotný projevuje jako stresor, když svými účinky aktivuje osu hypothalamu – hypofýzy – adrenokortikální, a je hlavní složkou neuroendokrinního stresu (Smith & Vale, 2006). V jednotlivých výpovědích všech respondentů se shodně objevují sdělení, že stres je významným faktorem užívání alkoholu.

Základním východiskem v léčbě závislosti na alkoholu je práce s motivací klienta, kterou popisujeme v kapitole 4.2.2. Na tomto místě se otevírá možnost zpětně ilustrovat celý proces, jenž se na straně klienta odehrává ještě před vlastním rozhodnutím k léčbě.

Důležitým motivačním prvkem ovlivňujícím samotné rozhodnutí klienta nastoupit/zahájit léčbu své závislosti jsou *vztahy*, respektive konflikty, které se objevují a postupně dále narůstají společně s rozvojem závislosti. Respondenti se shodují v tvrzení, že narušení a *hrozba rozchodu a ukončení vztahu* měla významný vliv na jejich konečné odhodlání k léčbě.

Vztahy jsou důležitým prvkem nejen v samotném procesu léčby, ale rovněž při prevenci relapsu. S tímto východiskem také pracuje párová kognitivně behaviorální terapie Behavioral Couples Therapy for Alcohol Use Diseases (dále jen ABCT, McCrady, Epstein, Cook, Jensen, & Hildebrandt, 2009), která je založena na předpokladu, že chování partnera může iniciovat užívání alkoholu. Funkční partnerské vztahy mohou pozitivně působit na motivaci osob směrem ke kýžené změně chování, odstraňovat tenzi a podporovat abstinenci. Terapeutická spolupráce je založena na zvyšování pozitivní párové interakce, zlepšování vzájemné komunikace a konstruktivním řešení problémů, zvládnání technik prevenci relapsu (Druhý tematický okruh, jenž dále rozpracovává problematiku **změn po návratu**, zahrnuje charakteristiku a popis nových skutečností v následujících oblastech: *návrat domů, vyrovnávání se změnou, podpora okolí, vztahy, sebevědomí, pocit vlastní odpovědnosti, zdraví*).

Jak již bylo zmíněno výše, vztahy se jeví být stěžejním opěrným bodem/pilířem pro dosažení a udržení terapeutického cíle, přičemž jejich pozitivní a protektivní funkce není omezena pouze na proces samotného rozhodování o vstupu do procesu léčby, ale rovněž na období následující po jejím ukončení a návratu do běžného prostředí klienta. V předkládané práci bylo zjištěno, že projevené uznání a podpora ze strany blízkých posiluje sebedůvěru léčené osoby, která následně významně ovlivňuje její schopnost

udržení abstinence. Uvedená zjištění úzce korespondují s poznatky autorů Hallgrena, McKellara, & Tieta (2005), kteří se zabývali vztahem sebedůvěry a abstinence po ukončení léčby. V jejich pojetí měla míra sebedůvěry významný vliv na udržení abstinence, a to i s časovým odstupem, čímž se stala důležitým prediktorem pro udržení abstinence v dlouhodobém horizontu. Respondenti participující na našem výzkumu dále vypovídali, že díky ocenění ze strany blízkého okolí se zvýšila mimo jiné jejich sebeúcta, na jejímž základě došlo ke změně jejich vlastního hodnocení. Výsledkem bylo, že se dokázali ocenit a uvědomit si pozitivní přínosy změn, které následně zakomponovali do svého života.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na sledování problematiky ***Jaké důležité prvky terapie KBT vnímají respondenti jako podpůrné pro udržení kontrolovaného pití?***

Odpověď na výzkumnou otázku nám poskytuje třetí z hlavních tematických okruhů, jenž nese název **Kontrolované pití**, a jehož kategorie jsou: *KBT dovednosti, strategie zvládání, pít či nepít, udržení změn, nastavení režimu.*

KBT dovednosti: Během terapeutického procesu v rámci léčebného programu, jenž vycházel především z principů KBT, si respondenti osvojovali techniky, které jim měly umožnit zvládat případné propady a pomoci jim také detekovat oblasti, které by mohly být zdrojem jejich problémů. Mezi respondenty z našeho výzkumného souboru byl nejvíce oceňovanou technikou nácvik komunikace, jejíž prvky následně uplatňovali i po návratu z léčebného procesu ve svém přirozeném prostředí. Za důležitý označili především nácvik asertivních technik, které velkou měrou ovlivnily způsob jejich myšlení. Díky osvojené asertivitě byli respondenti schopni otevřeně pojmenovávat své pocity, potřeby a zažádat o pomoc ve chvílích, kdy ji nutně potřebovali. Tyto procesy v komunikaci jsou velice důležité pro budoucí udržení stanovených cílů.

Strategie zvládání: Pro respondenty bylo klíčové naučit se rozeznat rizikové situace vedoucí k opakovanému užívání alkoholu, byli schopni získat náhled na situaci, ve které se nachází a důležité pro ně bylo také uvědomění, že ne všechny okolnosti ve svém životě mohou ovlivnit. Účinnou strategií pro zvládání závislosti bylo praktikování technik, dnes označovaných také jako mindfulness, žítí v přítomném okamžiku. Probandi uváděli změny v celkovém životním stylu, které měly rovněž významný vliv na jejich celkové zdraví a ochotu nepodceňovat odpočinek a brát ohled na vyváženost aktivit ve svém životě. Výsledky našeho šetření korespondují s výzkumem, který publikovali Hallgren, Epstein, & McCrady (2019) jejichž zjištění dokládají, že u osob abstinujících, které podstoupily

KBT narůstají jednotlivé strategie zvládnání a jejich význam postupně roste, na rozdíl od jedinců, kteří nadále alkohol užívají.

Za důležité považujeme zmínit, že metodu kontrolovaného pití užívají pouze 2 z 6 našich respondentů, kteří se účastnili našeho výzkumného šetření. To souvisí s tématy, která se během analýzy vynořila jako nosná. Respondenti udávali, že pro ně bylo osvobozující získat díky svým vlastním zkušenostem náhled na svůj problém a také si uvědomit, že neexistuje pouze jedna jediná cesta, která by vedla k jeho řešení. Pokud se po ukončení terapie odhodlali k trvalé abstinenci, nepopisují to jako selhání, ve smyslu změny svého terapeutického cíle. Vědí totiž, že zvolená strategie vychází z jejich vlastních přesvědčení, a jedná se o cestu, kterou vyhodnotili jako pro ně výhodnější a vhodnější. Tato zjištění lze srovnat se závěry autorů Schipperse a Nelissena (2006), kteří na základě svého výzkumného šetření udávají, že není neobvyklé, že klienti, kteří si zvolí za cíl kontrolované pití, nakonec přejdou k abstinenci. Jejich výsledky ukazují, že dohodnutá abstinence má větší šanci na úspěch, naproti tomu kontrolované pití vykazuje vyšší retenci léčby, ale menší pravděpodobnost na úspěch. Oproti tomu Haug, Eggli a Schaub (2017) hovoří o tom, že klienti, kteří se od počátku zaměřují na abstinenci, opakují léčbu významně/výrazně častěji než osoby s cílem kontrolovaného pití/pít kontrolovaně. Jedinci, kteří se rozhodnou kontrolovaně užívat alkohol častěji léčbu dokončí a nevrací se. Z jejich výzkumu vyplývá doporučení věnovat zvláštní pozornost terapeutickému vztahu, zdůraznili, že je důležité vést terapii tak, aby klient neměl pocit viny z případného relapsu či ze změny cíle. Mezi další důležité aspekty podporující volbu kontrovaného pití Knox a Wall (2018), kteří jako pozitivní výsledek uvádí výrazné zlepšení zdravotního stavu; jejich studie potvrdila, že snížení konzumovaných dávek alkoholu má na organismus člověka pozitivní vliv.

Validita výzkumu

Validita výzkumu se opírá o kombinaci několika zdrojů dat, která byla zjišťována pomocí polostrukturovaného rozhovoru, pozorování, četby zápisu z léčebného pobytu a interpretace časové křivky.

Limity studie

Jak uvádí Miovský (2015, in Kalina et al, 2015) patří kvalitativní přístup a jeho metody k důležitým a nenahraditelným zdrojům poznání a úzce navazuje na klinickou práci. Kvalitativní přístup představuje důležitou oporu kvantifikujícího přístupu a stává se inspirací v mnoha ohledech.

V rámci realizace naší výzkumné studie jsme zvolili kvalitativní přístup pro jeho výhody v kontextu zaměření výzkumu; za zásadní výhodu považujeme především možnost získání hloubkového popisu případu, sledování jeho vývoje a příslušných procesů. Je citlivě zohledněn kontext, konkrétní situace a podmínky (Hendl, 2016). V tomto výzkumu bylo využito právě znalosti kontextu v průběhu léčby a po jejím skončení, mohli jsme zhodnotit kontext situací, ve kterých se respondenti nacházeli, a také způsob, jak se v průběhu času vyvíjel. Znalost konkrétních situací a životního příběhu nám dává ucelenější pohled a poskytuje množství potřebných detailů pro pochopení a interpretaci jednotlivých výpovědí.

Limity výzkumu můžeme spatřovat především v možném zkreslení v rámci interpretace zjištění, kdy nelze zcela zamezit vlivu vlastní zkušenosti a pohledu na danou problematiku. Omezením vlivu jsme se v našem případě snažili předejít psaním podrobných poznámek a záznamů z pozorování.

Pro zajištění bezpečného prostředí a dostatečného klidu pro zaznamenání rozhovoru, byla respondentům vždy nabídnuta možnost výběru místa setkání tak, aby byla zachována pro ně komfortní atmosféra.

Výsledky výzkumu s ohledem na výběr respondentů, kteří absolvovali měsíční program kognitivně behaviorální terapií v konkrétním zařízení, jenž se řídí vlastní metodikou není možné zobecnit.

Celkové množství probandů a nemožnost generalizovat obecné výsledky platné pro většinovou populaci osob bojujících se závislostí na alkoholu; nicméně individuální prožitky každého s respondentů mohou být inspirující pro osoby, které se potýkají s obdobným problémem a také mohou pomoci rozšířit znalosti odborné veřejnosti, která se touto problematikou zabývá.

Věkový rozptyl probandů – jistě by bylo žádoucí zahrnout do výzkumu všechny věkové kategorie od doby dosažení plnoletosti, což bylo jedním z kritérií pro vstup probanda do našeho výzkumu. Při průřezu věkového rozpětí bychom by bylo možné zjistit, zda se strategie přístupu ke kontrolovanému pití liší napříč věkovými spektry.

Samotný limit výzkumu vnímáme v použitém způsobu sběru dat, kterým byl polostrukturovaný rozhovor. Díky tomuto přístupu je možné přizpůsobovat výzkumnou situaci na míru respondentovi, což je žádoucí, nicméně během rozhovoru musíme počítat s tím, že některé tematické okruhy zůstanou nezodpovězeny, musíme spoléhat pouze na vymořené zkušenosti respondentů.

Většina respondentů našeho výzkumu ve výsledku změnila svůj terapeutický cíl na abstinenci, což není v souladu s naší prací, kdy jsme chtěli osvětlit přínosy kontrolovaného užívání alkoholu, nicméně toto zjištění nemusíme chápat negativně, naopak skrz žité zkušenosti jedinců vnímáme, jaké strategie zvládnání své závislosti byly pro ně po ukončení terapeutického procesu účinnější.

Implikace zjištěných poznatků

Podářilo se nám přinést poznatky řešící problematiku kontrolovaného užívání alkoholu skrz prožitou zkušenost respondenta, což je jistě velice cenné nejen pro osoby potýkající se se stejným problémem, ale také pro odbornou veřejnost.

Na základně zjištěných poznatků je možné vyhodnotit, které terapeutické metody a techniky považovali respondenti jako přínosné pro svůj proces boje se závislostí. Tyto informace mohou být nosné pro práci s dalšími klienty do budoucna.

Zjistili jsme, že za nejvýznamnější z metod, které jsou v rámci KBT využívány, byl považován nácvik komunikace a osvojení si asertivních technik, které jedinci uváděli jako nosné pro svůj další život v období po ukončení léčby. Uvedené poznatky je možné chápat jako vodítko pro odborníky zabývající se zkoumanou problematikou, kteří se mohou na tyto techniky v terapeutickém procesu více zaměřovat.

Zjistili jsme, že klíčové jsou pro respondenty funkční a harmonické mezilidské vztahy, je proto možné uvažovat o kontextu rozšíření terapie nejen při práci se samotným klientem potýkajícím se se svou závislostí, ale vtažením jeho rodiny či blízkého okolí do terapeutického procesu, což potvrzuje i výzkum McCrady et al (2009).

Upevňování harmonických vztahů má pozitivní dopad na sebedůvěru a sebepojetí respondentů; víme proto, že je důležité tuto oblast práce s klientem nebagatelizovat a věnovat jí zvýšenou pozornost. Sebeúcta je ovlivněna celkovým postojem okolí, pozitivní zkušeností respondentů při překlenutí zátěžových situací spojených s užíváním alkoholu.

Z poznatků našeho výzkumu vyplynulo, že pro probandy je velice důležité uvědomění, že situaci mají ve svých rukou; jedná se o ujištění, že oni sami mohou volit, jakou cestou se vydají a jaké strategie řešení zvolí. Z výše uvedených tvrzení vychází, že v rámci procesu terapie je nezbytné věnovat se právě procesu budování těch schopností a rozvíjení takových kvalit, které vedou ke zlepšenému sebepojetí daného jedince.

Zjištěné nové souvislosti nám mohou pomoci lépe porozumět zkušenostem osob, které se potýkají ze závislostí a snaží se najít způsob, jak se s ní vyrovnat.

Návrhy pro výzkumná šetření

Klienti by měli podstoupit plnohodnotný KBT program a teprve poté, až se naučí lépe pracovat a ambivalencí, motivací, relapsem, by se měli rozhodovat pro kontrolované pití nebo trvalou abstinenci. Na následujících řádcích souhrnně uvádíme naše doporučení, k nimž jsme dospěli na základě realizace našeho výzkumného šetření.

Jiné složení výzkumné populace (buď napříč věkovými spektry, nebo výběr zaměřený na konkrétní skupinu respondentů; např. mladé osoby, které konzumaci alkoholu nevnímají jako problematickou nýbrž jakou součást svého životního stylu).

V případě zkoumání mladé populace bychom doporučili zaměřit se na využití moderních technologií (např. aplikací na podporu kontroly nad alkoholem; tyto aplikace se již ve světě v omezené míře využívají, chybí však provázanost s předcházejícím terapeutickým procesem, který vnímáme jako důležitý); výsledky výzkumu by mohly pomoci přizpůsobit tuto aplikaci v souladu s kulturními zvyklostmi v ČR a sloužit jako podpůrný prostředek po ukončení léčby a pokračování v následování stanoveného cíle.

Vzhledem k tomu, že teoretická východiska, jež jsme získali na základě studia odborné literatury, uvádí, že metoda kontrolovaného pití je výhodná zejména pro mladé osoby s krátkou historií závislosti, navrhujeme ověřit, zda jsou tato tvrzení platná na větším výzkumném souboru.

Nabízí se také možnost navázat na realizované šetření formou longitudinální studie, která by sledovala probandy s časovým odstupem od ukončení léčby, kdy by bylo možné získat validnější data o tom, jak se jedincům dařilo v režimu kontrolovaného pití pokračovat, zda se objevovaly relapsy a pokud ano, jakým způsobem je řešili. Na základě rozboru

případných selhání respondentů by bylo možné sestavit souhrn doporučení pro osoby potýkající se se stejným problémem.

8 ZÁVĚRY

V této kapitole se věnujeme nejdůležitějším zjištěním vyvstanuvším z realizovaného výzkumného šetření zaměřeného na problematiku kontrolovaného pití po absolvování KBT:

- **Vztahy s blízkým okolím** se jeví jako významný prvek, a to hned ve dvou oblastech. První oblastí je **odhodlávání se k podstoupení samotné léčby**, kdy celkový proces vstupu do terapie uspišil tlak ze strany okolí a obava ze ztráty vztahů. Klíčovými byly mezilidské **vztahy rovněž po ukončení terapie**, kdy respondenti oceňovali podporu ze strany blízkých. Na druhou stranu však museli také čelit narušení důvěry v jejich schopnost zvládat svou závislost. Dalším aspektem byla ztráta nebo narušení některých přátelských vztahů, což se projevovalo nižší frekvencí setkávání či celkovým odstupem. Respondenti popisovali změny v komunikaci a vnímané rozpaky, a to jak ze strany přátel, tak širšího okolí.
- Nejvýznamnější přínos terapie všichni respondenti spatřovali zejména v nabyté **sebedůvěře** a změněném **sebepojetí**. Díky tomu si uvědomovali, že oni sami jsou kompetentní měnit svá rozhodnutí.
- Klíčové změny v rámci sebepojetí a nabyté/obnovené důvěry ve vlastní schopnosti nastaly především na základě **osvojení si komunikačních dovedností** během terapeutického procesu. Tyto změny v komunikaci respondenti hodnotili jako nejprínosnější, neboť díky nim byli schopni popsat své vlastní potřeby. Získaná sebereflexe jim pomohla naučit se jasněji a srozumitelněji reflektovat své emoce; a právě tato schopnost byla pro všechny členy zkoumaného souboru v období před nastoupenou terapií velice problematická.
- Během zvládání nastaveného režimu a dodržování stanovených cílů všichni respondenti považovali za důležité strategie zvládání spojené se schopností **žít přítomným okamžikem** a uvědoměním si, že **ne vše** ve svém životě **mohou plánovat a mít plně pod kontrolou**. Nápomocným faktorem byla **změna životního stylu** a věnování se aktivitám, které jim přinášely radost a uspokojení.
- Přínos terapie spatřovali respondenti v **prohloubení náhledu** na užívání alkoholu, v rámci svých výpovědí popsali, že díky nově nabytému odstupu v rámci terapie si

byli schopni více uvědomit, že **existují i jiná řešení**, která mohou při zvládnání svého pití volit. Prohloubená **sebereflexe** vedla u většiny respondentů k tomu, že od kontrolovaného pití, které vyhodnotili jako pro ně nevhodné, **přešli k abstinenci**. Zásadní změnou pro ně bylo uvědomění, že k dosažení stanovených cílů vedou různé cesty a je jen na nich, kterou zvolí.

- Souhrnně lze konstatovat, že hlavními přínosy terapie byly následující výstupy: **prohloubení náhledu, schopnost uvědomění si, že existuje i jiná varianta, kterou může zvolit (úplně se vzdají alkoholu, prohloubí se náhled; uvědomí si, že pro ně není kontrolované pití vhodné a zvolí jinou cestu (abstinenci))**. Respondentům pomáhala integrovat abstinenci do svého života zejména skutečnost, že cesta k abstinenci byla podepřena jejich vlastním rozhodnutím.
- Ačkoli bylo primárním cílem všech respondentů využití/praktikování/dodržování varianty/metody **kontrolovaného pití**, většina z nich se na základě **vlastního rozhodnutí** či **vlivem okolností** nakonec přiklonila k **trvalé abstinenci**. Tato skutečnost může to ovlivněna mimo jiné i tím, že kontrolované pití s sebou neodmyslitelně nese zvýšené nároky na režim, strukturu a plánování, což u některých jedinců může vyvolávat zvýšené pocity nepříjemného napětí a stresu.

SHRNUTÍ

Předkládaná diplomová práce je věnována kontrolovanému pití alkoholu u osob, které v rámci léčby závislosti na alkoholu absolvovaly program integrující metody kognitivně behaviorální terapie. Ve snaze přiblížit zkušenosti jednotlivých respondentů s absolvovanou terapií jsou podrobně popsány především jejich vlastní prožitky a způsoby vyrovnávání se s procesem změny po ukončení léčby. Dále je prostor věnován charakteristice a analýze způsobů, jak nově nastolené změny ovlivnily vztahy respondentů s jejich blízkým okolím a jaký typ podpory považovali z hlediska udržení svého cíle do budoucna za důležitý/významný.

Práce tak může na základě uvedených žitých zkušeností respondentů pomoci zefektivnit terapeutický proces a prostřednictvím autentických výpovědí odhalit, které užívané metody vnímali účastníci terapie jako podpůrné a významné. V průběhu výzkumného šetření jsme zaznamenali přínos také pro samotné probandy/respondenty, kteří prostřednictvím výzkumných dotazů procházeli sebereflexí, jež jim umožnila ujasnit si důležité skutečnosti, které jsou užitečné pro udržení stanovených cílů.

Teoretická část práce zahrnuje čtyři kapitoly. První kapitola vymezuje pojem alkohol a důsledky jeho užívání; prostor je věnován rovněž poruchám, které jsou s jeho užíváním spojeny, a následně je řešena problematika zdravotních a sociálních dopadů závislosti. Druhá kapitola představuje vybrané modely závislosti jak na úrovni jedince, tak skupiny. Třetí kapitola se zaměřuje na kontrolované pití, přičemž zmiňuje jeho historii, užívané modely s důrazem na KBT a doporučené /předpoklady/nároky na/předpoklady u uživatelů/jedinců na uživatele/, jejichž cílem je právě kontrolované pití. Vzhledem k řešené problematice našeho výzkumu je největší důraz kladen na kapitolu čtvrtou, která detailně popisuje modely závislosti, terapeutický proces a jednotlivé terapeutické postupy užívané v rámci KBT.

V empirické části práce formulujeme výzkumné cíle a výzkumné otázky, popisujeme aplikovanou metodiku, řešíme metody a proces samotné analýzy dat. Dále se zaměřujeme na popis výzkumného šetření, odpovídáme na možné etické problémy objevující se v souvislosti s naší studií a charakterizujeme zkoumanou populaci. V další části se věnujeme výsledkům výzkumu, představujeme vynořená témata, která dále rozvíjíme v diskuzi.

V rámci naší studie jsme využili postupů metodologie zaměřené na kvalitativní přístup. Výzkumný vzorek čítal dohromady/celkem 6 osob; jednalo se o 3 muže a 3 ženy ve věkovém rozmezí/rozpětí 37 až 65 let. Kritériem výběru zkoumané populace bylo dosažení plnoletosti, prokázaná závislost na alkoholu, absolvování KBT terapie a časový odstup od ukončené terapie v délce minimálně jednoho roku, bez prokazatelné komorbidity. Tvorba dat probíhal za využití polostrukturovaného rozhovoru umožňujícího flexibilitu v kladení otázek a přizpůsobení výzkumné situace na míru respondentovi. Rozhovor byl zaznamenán prostřednictvím nahrávacího zařízení a pro potřeby další práce přepsán do elektronické podoby a následně analyzován za využití IPA.

Výsledná analýza přinesla 3 hlavní tematické okruhy, z nichž se postupně vynořila další podtémata, na jejichž základě zodpovídáme výzkumné otázky. Prvním tematickým okruhem je proces rozhodování k léčbě zahrnující podtémata dotýkající se důvodů k nástupu do léčebného procesu, s tím spojené strach a obavy. Jako nejdůležitější faktor při rozhodování, zda vstoupit nebo nevstoupit do léčebného procesu, se jeví vztahy s blízkými. Druhé téma zaznamenává změny v životě respondenta po návratu do běžného fungování. Tyto byly nejvíce ovlivněny vztahy s okolím, sebevědomím závislého jedince a jeho pocitem vlastní zodpovědnosti. Poslední téma se zaměřuje na kontrolované pití jako cíle po ukončení léčby. Jsou popisovány jednotlivé dovednosti, které respondenti získali v rámci terapeutického procesu. Zaměřujeme se na strategie zvládnání, udržení změn a nastavení režimu, z nichž klíčovým se jeví změna stanoveného cíle, kdy 4 ze 6 respondentů nakonec přešli od kontrolovaného pití k abstinenci.

Cílem výzkumného šetření bylo přiblížit problematiku kontrolovaného pití tak, jak ji popisovali respondenti a tím přispět k hlubšímu poznání specifických faktorů, které mají vliv na jedince a jeho vývoj ke změně terapeutického cíle. Získané poznatky mohou být dále využity v psychologické poradenské praxi.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Alcoholics Anonymous World Services. (2016). *Anonymní alkoholici: Příběh o tom, jak se tisíce mužů a žen vyléčilo z alkoholismu*. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc.
- Amin, G., Siegel, M., & Naimi, T. (2018). National Cancer Societies and their public statements on alcohol consumption and cancer risk: Cancer society statements on alcohol risk. *Addiction*, *113*(10), 1802-1808.
- Armeli, S., Tennen, H., Todd, M., Carney, M., Mohr, C., Affleck, G., & Hromi, A. (2003). A daily process examination of the stress-response dampening effects of alcohol consumption. *Psychological Addiction Behavior*, *17*(4): 266–276.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215.
- Bates, S., Holmes, J., Gavens, L. et al. (2018). Awareness of alcohol as a risk factor for cancer is associated with public support for alcohol policies. *BMC Public Health*, *18*(1), 688.
- Beck, J. (2018). *Kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Triton.
- Connor, J. (2017). Alcohol consumption as a cause of cancer. *Addiction*, *112*(2), 222-228.
- Český statistický úřad. (2018). Získáno 5. února 2019 z: https://www.czso.cz/documents/10180/62755322/32018118_0303.pdf/d7db0579-8a3f-43ec-b8c8-73337ca696d5?version=1.0.
- Dawe, S., Sitharthan, T., Rees, W., Mattick, R., & Heather, N. (2002). Efficacy of moderation-oriented cue exposure for problem drinkers: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting*, *70*(4), 1045-1050.
- DSM-5®. Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček, R. (Eds.) Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015.
- Dvorak, R., Stevenson, B., Kilwein, T., Sargent, E., Dunn, M., Leary, A., Kramer, M. (2018). Tension Reduction and Affect Regulation: An Examination of Mood Indices on Drinking and Non-Drinking Days among University Student Drinkers. *Exp Clin Psychopharmacol*. Aug; *26*(4): 377–390.

- Galanter, M., Suwaki, H., Madden, S., Feuerlein, W., Spratley, & T. Merry, J. (1987). Is controlled drinking possible for the person who has been severely alcohol dependent?. *British Journal of Addiction*, 82(8), 841-847.
- Gilbert, D. Treating addicted women during pregnancy. *Psychology Today*. (2017), 50(3), 25-25.
- Goodman, F., Stikma, M., & Kashdan, T. (2018). Social anxiety and the quality of everyday social interactions: The moderating influence of alcohol consumption. *Behavior Therapy*, 49(3), strany od-do. Případně doi:
- Hallgren, K., Epstein, E., & McCrady, B. (2019). Changes in hypothesized mechanisms of change before and after initiating abstinence in cognitive-behavioral therapy for women with alcohol use disorder. *Behavior Therapy*, 19, strany od-do.
- Hartz, S., & Oehlert, M. (2018). Daily drinking is associated with increased mortality. *Alcoholism: Clinical*, 42(11), 2246-2255.
- Haug, S., Egli, P., & Schaub, M. Drinking Goals and Their Association With Treatment Retention and Treatment Outcomes Among Clients in Outpatient Alcohol Treatment. *Substance Use*. 2017, 52(3), 313-321.
- Hendl, J. (2016). Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál.
- Herman, E., Praško, J., & Seifertová, D. (Eds.) (2007). Konziliární psychiatrie. Praha: Medical Tribune Cz.
- Jones, A., McGrath, E., Robinson, E., Houben, K., Nederkoorn, CH., & Field, M (2018). A randomized controlled trial of inhibitory control training for the reduction of alcohol consumption in problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(12), 991-1004.
- Kabatt-Zinn, J. (2015). Uvědomujte si přítomnost, meditace všímavosti v každodenním životě. Český Těšín: Anag.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
- Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

- Knox, J., Wall, M., Witkiewitz, K., Kranzler, H. R., Falk, D., Litten, R., & Mann, K., O'Malley, S. S., Scodes, J., Anton, R., Hasin, D. S. (2018). Reduction in nonabstinent WHO drinking risk Levels and change in risk for liver disease and positive AUDIT-C scores: Prospective 3 follow-up results in the U.S. general population. *Alcoholism Clinical Experimental Research*, 42(11), 2256-2265. doi:10.1111/acer.13884.
- Koerkel, J. (2006). Behavioural self-management with problem drinkers: One-year follow-up of a controlled drinking group treatment approach. *Addiction Research*. 14(1), 35-49. Doi: 10.1080/16066350500489253.
- Koerkel, J. (2017) Kontrolliertes Trinken Viele Wege führen nach Rom – oder in andere schöne Städte. *Sozialpsychiatrische Informationen*. 47(4), 18-22
- Leeman, R., Corbin, W., Nogueira, Ch., Krishnan-Sarin, S., Potenza, M., & O'Malley, S. (2013). A human alcohol self-administration paradigm to model individual differences in impaired control over alcohol use. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 21(4), 303-314.
- Leach, J. (2017). Should GPs prescribe vitamin B compound strong tablets to alcoholics?. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*. 67(656), 134-135. DOI: 10.3399/bjgp17X689809.
- Loconte, N., Brewster, A., Kaur, J., Merrill, J., & Alberg, A. (2018). Alcohol and cancer: A statement of the American Society of Clinical Oncology. *Journal Of Clinical Oncology: Official Journal Of The American Society Of Clinical Oncology*, 36 (183-93).
- Mann, K., Aubin, H., & Witkiewitz, K. (2017). Reduced drinking in alcohol dependence treatment: What is the evidence? *European Addiction Research*, 23(5), 219-230.
- Marlatt, G., Deming, B., & Reid, J. (1973). Loss of control drinking in alcoholics: an experimental analogue. *Journal of Abnormal Psychology* 81:233–41.
- Marlatt, G. (1983).The controlled-drinking controversy. A commentary. *The American Psychologist*. 38(10), 1097-110
- Mastroleo, R., & Monti, M. (2013). Cognitive-behavioral treatment for addictions. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (391-410). New York: Oxford.

- McCambridge, & J.,Cunningham, J. A. (2014). The early history of ideas on brief interventions for alcohol. *Addiction (Abingdon, England)*, 109(4), 538-546.
- McCrary, B., Epstein, E., Cook, S., Jensen, N., & Hildebrandt, T. (2009) A Randomized Trial of Individual and Couple Behavioral Alcohol Treatment for Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 243-256.
- McMurrin, M., & Cusens, B. (2003). Controlling alcohol-related violence: A treatment programme. *Criminal Behaviour*, 13(1), 59-76.
- Mellion, M., Silbermann E, Gilchrist J., Machan J., & Leggio, L. (2014). Small-fiber degeneration in alcohol-related peripheral neuropathy. *Alcoholism, Clinical And Experimental Research*, 38(7), 1965-1972.
- Mezinárodní klasifikace nemocí 10 revize. (2018). Získáno 5.února 2019 z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
- Miela, R., Cubała, D. Mazurkiewicz, W., & Jakuszkowiak-Wojten, K. (2018). The neurobiology of addiction: A vulnerability/resilience perspective. *The European Journal of Psychiatry*, 32(3), 139-148.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
- Miovský, M. (2009). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Miovský, M., Čermák, I., Chrz, V. eds. (2005). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku IV. Vybrané aspekty teorie a praxe*. Olomouc: Upol.
- Morgenstern, J., & Longabaugh, R. (2000). Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: A review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction (Abingdon, England)*, 95(10), 1475-1490.
- Možný, P., & Praško, J. (1999). *Kognitivně – behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton.
- Národní monitorovací středisko. (2017). Získáno 5.února 2019 z: https://www.drogyinfo.cz/data/obj_files/32962/837/VZdrogy2017_web181207.pdf
- Nechanská, B., Drbohlavová, B., & Csémy, L. (2017). Struktura mortality osob ústavně léčených pro poruchy vyvolané alkoholem v ČR v letech 1994–2013. *Adiktologie*, 17(2), 84–91.
- Orel, M. et al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.

- Pavarin, R., Caputo, F., Zoli, G., Domenicali, M., Bernardi, M & Gambini, D. (2017). Mortality risk in a cohort of Italian alcoholic individuals treated for alcohol dependence. *Drug*. 36(2), 186-191.
- Pecinová, O. Delirium u závislosti na návykových látkách. (2011). *Neurologie pro praxi Solen*, 12(5), 317-320.
- Pendery, M. L., Maltzman, I. M., & West, L. J. (1982). Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. *Science*, 217, 169-174.
- Pešek, R. (2018). Jak se zbavit závislosti na alkoholu: Příručka pro ty, kdo mají problém s alkoholem. Pohledem kognitivně behaviorální terapie. Praha: Pasparta.
- Plháková, A. (2003). Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia.
- Prathiba, P., & Malarvizhi, P. (2018). Risk of fatty liver disease in alcoholics. *International Archives of Integrated Medicine*. 5(7), 56-61.
- Praško, J. (2007). *Jak vybudovat a posílit sebedůvěru*. Praha: Grada.
- Praško, J. et al. (2009). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- Praško, J. et al. (2011). *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigris.
- Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. et al (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.
- Prochaska, J., Diclemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Raboch, J. et al. (2014) *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče* (4. vyd.). Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně.
- Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Rinck, M., Wiers, R., Becker, E., & Lindenmeyer, J. (2018) Relapse prevention in abstinent alcoholics by cognitive bias modification: Clinical effects of combining approach bias modification and attention bias modification. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 86(12), 1005-1016. DOI: 10.1037/ccp0000321.
- Room, R. (2005), Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24: 143-155.

- Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*, 113(1), 129-139.
- Rudler, M. (2017). Status epilepticus in patients with cirrhosis: How to avoid misdiagnosis in patients with hepatic encephalopathy. *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 45, 192-197.
- Sharma, N., Sharma, S. Ghai, S. Basu, D., Kumari, D. Singh, D., & Kaur, G. (2016). Living with an alcoholic partner: Problems faced and coping strategies used by wives of alcoholic clients. *Industrial Psychiatry Journal*. 25(1), 65-71. DOI: 10.4103/0972-6748.
- Schippers, G., & Nelissen, N. (2006). Working with controlled use as a goal in regular substance use outpatient treatment in Amsterdam. *Addiction Research and Theory*, 2006, 14(1), 51–58.
- Skutle, A., & Berg, G. (1987). Training in Controlled Drinking for Early-stage Problem Drinking. *British Journal of Addiction*, 82(5), 493-501.
- Smith, M., & Vale, W. (2006). The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in neuroendocrine responses to stress. *Dialogues in Clinical Neuroscience*.; 8:383–395.
- Sobell, M., Sobell, L. Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy*. 1973, 4(1), 49–72.
- Sobell, L., & Sobell, M. (1989). Treatment outcome evaluation methodology with alcohol abusers: strengths and key issues. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 11(3), 151–160.
- Sobell, M., & Sobell, L. (1995). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, 90(9), 1149-1153.
- Sobell, M., & Sobell, L. (2004). The Role of Low Risk Drinking in the Treatment of Alcohol Problems: A Commentary. *Verhaltenstherapie* .14(2), 127-131. Doi: 10.1159/000079431.
- Šarbochová, I., & Martinkovič, L. (2017). Status epilepticus u dospělých pacientů v neurointenzivní péči. *Neurologie pro praxi*, 18(2): 88-93.
- Šlepecký, M., Praško, J., Kotianová, A., & Vyskočilová, J. (2018). *Třetí vlna v kognitivně – behaviorální terapii. Nové směry*. Praha: Portál.

- Uhrová, T., & Klempíř, J. (2011). Delirium – obecný úvod do problematiky. *Solen*, 12(5), 304-306.
- Vodička, M. (2015). Wernickeova encefalopatie. *Neurologie pro praxi*, 16(6), 360-364.
- Walker, M. (2018). Pathophysiology of status epilepticus. *Neuroscience Letters*, 667, 84-91.
- West, R. (2016). *Modely závislosti*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Zaháněl, J., Hellebrandt, V., Sebera, M. (2014). *Metodologie výzkumné práce*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Zorrilla, E., Logrip, M., & Koob, G. (2014). Corticotropin releasing factor. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(2), 234-244.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Příloha č. 3: Seznam obrázků, tabulek

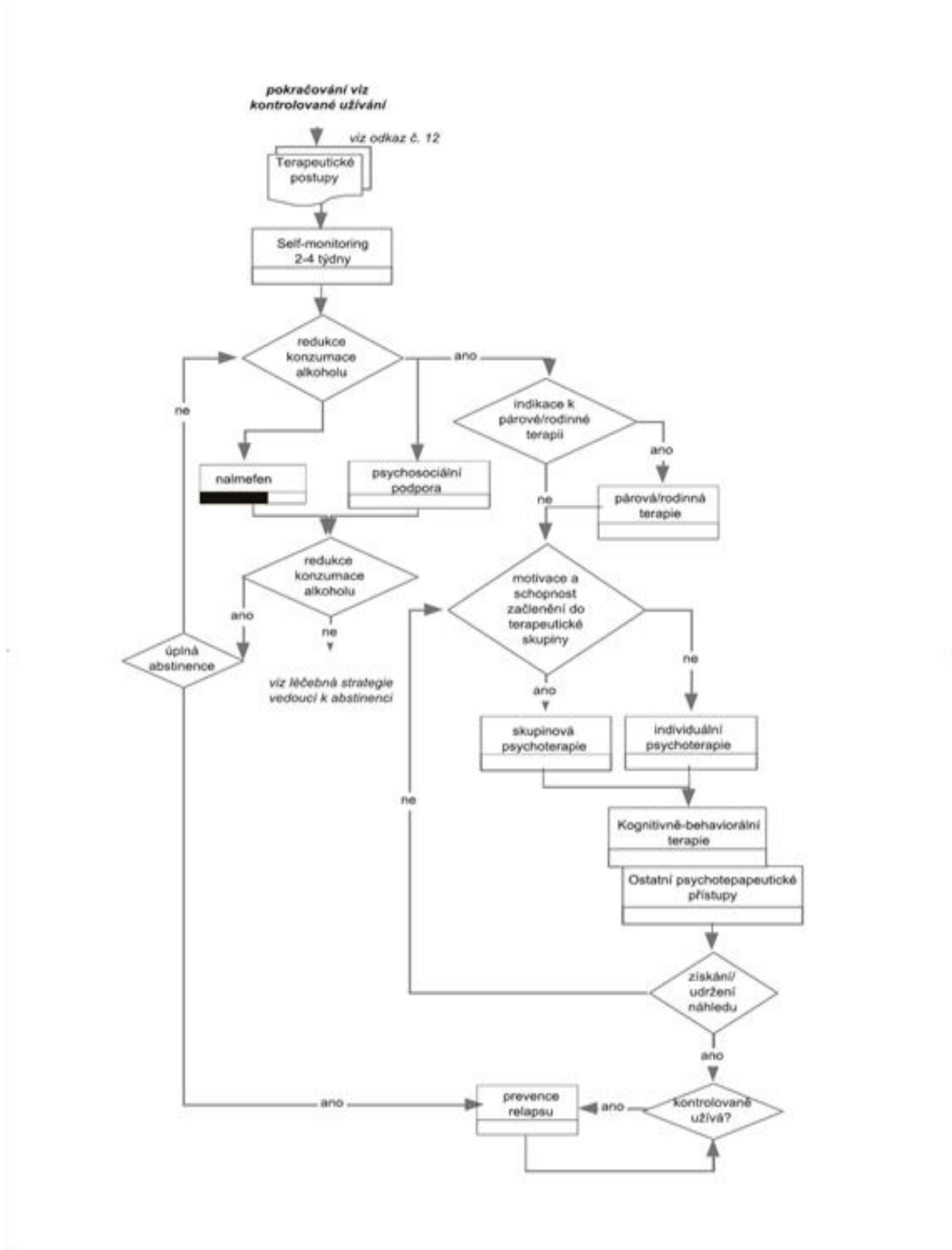
Příloha č. 4: Záznamový arch

Příloha č. 5: Schéma rozhovoru

Příloha č. 6: Abstrakt

Příloha č. 1:

Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče



Příloha č. 2:

Informovaný souhlas

Název práce: **Kontrolované pití alkoholu po absolvování kognitivně behaviorální terapie**

Autor práce: Mgr. Gabriela Zagyi

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph. D.

Termín realizace: prosinec 2018–únor 2019

Instituce: Univerzita Palackého v Olomouci, FF, katedra psychologie

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Kontrolované pití alkoholu po absolvování kognitivně behaviorální terapie“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce. Záznamy nebudou poskytovány třetí osobě. Rovněž beru na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, odstoupit.

Dne:

Jméno a příjmení:

Podpis:

Příloha č. 3

Seznam obrázků

Obrázek 1: Systém COM-B	- 25 -
Obrázek 2: Model PRIM: Struktura motivace u člověka	- 26 -
Obrázek 3: Model PRIME: Struktura motivace u člověka – jiný pohled.....	- 27 -
Obrázek 4: Kognitivní model závislosti Salkovskis 1996	- 40 -
Obrázek 5: KBT model.....	- 41 -

Seznam tabulek:

Tabulka 1: Základní údaje o respondentech (N = 6)	- 73 -
---	--------

Příloha č. 4

Záznamový arch

Pohlaví:

- a) žena b) muž

Věk:

Stav:

Děti:

Vzdělání:

- a) základní
b) vyučen
c) střední
d) vyšší odborné
e) vysokoškolské

Zaměstnání:

Doba uplynutí od ukončení terapie:

Kontrolované pití:

- a) Ano b) Ne

Abstinence:

- a) Ano b) Ne

Následná péče:

Pozorování:

Příloha č. 5

Schéma rozhovoru

I. ÚVOD

Seznámení s cílem výzkumu popsat, zmapovat a porozumět změnám po ukončení terapie.

Zadání

Respondenti dostali následující instrukci:

1. „Nakreslete čáru, která zobrazuje, zachycuje Váš vlastní život. Čára může mít jakýkoliv tvar, délku, polohu apod, záleží jen na vás, jak ji pojmete, na vašem osobním pocitu“ (čára vlastního života) Po dokreslení byl respondent požádán o další úkol.
2. „Nyní vyznačte na čáře události, které považujete ve svém životě za nevýznamnější“ a napište na dolní okraj stručně, o jaké události šlo (významné události)
3. Poté byl respondent vyzván, aby o jednotlivých událostech stručně vyprávěl (popis označených událostí)

Interview

Seznámení s cílem výzkumu, vysvětlení, proč je výzkum realizován.

Cíle:

1. změny po návratu z léčby,
2. co udržuje – pomáhá udržovat KP

Povězte mi prosím o Vaši zkušenosti po ukončení terapie

Okruhy:

- důvody pro vyhledání odborné pomoci
- změny po ukončení léčby
- důležité aspekty terapie
- jak se daří změnu udržet

Doplňující otázky rozhovoru:

I. Důvody pro vyhledání odborné pomoci

- *Kdy jste si uvědomil, že musíte vyhledat od.pomoc*
- *Jak dlouho trvalo, než jste ji vyhledal*
- *Rozhodnutí bylo vaše?*

- *Co tomu předcházelo*
- *Obtíže, které s tím souvisely*

II. Změny po ukončení léčby, jak vnímají, prožívají a vyrovnávají se změnou

- *Jak byste popsal/a Váš návrat domů?*
- *Jak jej prožíváte nyní? (co se změnilo?)*
- *Jak na návrat reagovala rodina, partner, blízké okolí?*
- *A jak je tomu nyní?*
- *Jaké konkrétní činnosti*
- *Popište mi, co se změnilo pro vás*
- *Pro partnera, okolí*

III. Důležité aspekty terapie, co si z terapie odnáší.

- *Aktivita – které vám přišli přínosné, které jste se v terapii naučil*
- *Kdy je využíváte a za jakých okolností,*
- *popište danou situaci*
- *V čem vám pomáhají*

IV. Jak se daří změnu udržet

- *Pravidla pro užívání, kontrolu*
- *jak jsou nastaveny*
- *ideální užívání*
- *vztah ke kontrol. užívání*
- *porušení kontroly*
- *reakce okolí*
- *Co děláte,*
- *Jak udržujete režim, co v tomu pomáhá*
- *Popište váš nastavený režim*
- *Jsou situace, kdy se chtějí napít jak se daří to zvládnout*
- *Jak na reaguje okolí, rodina*

Co v současnosti považuje za důležité pro udržení stanoveného cíle

Příloha č. 6

ABSTRAKT MAGISTERSKÉ PRÁCE

Název práce: Kontrolované pití alkoholu po absolvování kognitivně behaviorální terapie

Auto práce: Mgr. Gabriela Zagyí

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka Ph.D.

Počet stran a znaků: 114, 221 983

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 81

Abstrakt:

Diplomová práce je zaměřena na zkušenosti závislých osob, které absolvovaly kognitivně behaviorální terapii a kontrolovaně užívají alkohol. Důraz je kladen zejména na to, jak vnímají, prožívají a vyrovnávají se se změnou v souvislosti s ukončenou terapií a jaké aspekty terapie jsou důležité pro udržení kontrolovaného pití. Teoretická část se věnuje obecnému fenoménu závislosti a popisuje jednotlivé modely. Dále se zaměřuje na kontrolované pití a možnosti kognitivně behaviorální terapie. Součástí je přehled dosavadních výzkumů a poznatků. Empirickou část představuje kvalitativní výzkum, realizovaný prostřednictvím případové studie. Data byla tvořena na základě polostrukturovaných interview se šesti respondenty ve věku 37 až 65 let. Pro zpracování byla použita interpretativní fenomenologická analýza. Výsledky výzkumu ukazují, že vnímání, prožívání a vyrovnávání se se změnou ovlivňují vztahy, které mají vliv na počátku i po ukončení terapie a souvisí se změnou sebepojetí a celkového pohledu na závislost.

Klíčová slova: alkohol, závislost, kontrolované pití, kognitivně behaviorální terapie

ABSTRACT OF THESIS

Title: Controlled drinking of alcohol in cognitive behavioral therapy.

Author: Mgr. Gabriela Zagyi

Supervisor: PhDr. Mgr. Roman Procházka Ph.D.

Number of pages and characters: 114, 221 983

Number of appendices: 6

Number of references: 81

Abstract:

This Diploma Thesis is focused on the addicted persons' experiences who went through the cognitive behavioral therapy and who have been under supervised alcohol-consumption. The emphasis is put especially on that how they perceive, experience and cope with the changes related to the finished therapy and what therapy aspects are important for keeping the monitored alcohol-drinking. The theoretical part applies to the common phenomenon of addiction and describes the single models. Subsequently it focused on the monitored alcohol-drinking and the possibilities of cognitive behavioral therapy. It includes the summary of existing researches and findings. The qualitative research realized by case study comprises the empirical part. Data were created on the basis of half-structured interviews made with six respondents at the age bracket 37 - 65 years. The interpretative phenomenal analysis was used for the processing. The results of the research denote that perception, experience and coping with the change can influence the relationships which have effects at the beginning and at the end of therapy and they are related to the change of self-consciousness and the general addiction-view.

Key words: alcohol, addiction, controlled drinking, cognitive behavioral therapy