

# **Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



## **Kontrolovaná konzumace alkoholu. Otevřenost terapeutického cíle při léčbě závislosti na alkoholu**

Marie Funke

Jednooborová psychologie  
prezenční studium

Vedoucí práce: Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

**Praha 2016**

# Prague College of Psychosocial Studies



## Controlled alcohol consumption

Openness of the therapeutic goal in the treatment of alcohol dependence

Marie Funke

Psychology  
Full-Time study

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

**Prague 2016**

# ANOTACE

Tématem bakalářské práce je non-abstinentní léčba alkoholismu, a to v kontextu vývoje různých pojetí závislosti. Daná problematika je nahlížena z teoretického hlediska, východiskem pro k sepsání práce jsou především rešerše v cizojazyčné odborné literatuře. Autorka přibližuje historii tohoto alternativního přístupu v druhé polovině 20. století, jeho současnou podobu a předkládá výsledky novějšího výzkumu. Stěžejní část práce tvoří podrobnější představení terapeutického programu „Kontrolliertes Trinken“ německého psychologa Joachima Koerkela, přičemž autorka využívá i informací, které získala při osobní účasti na Koerkelově výcviku „Konsumreduktionsprogramme im ambulanten Bereich“.

## **Klíčová slova:**

Kontrolovaná konzumace alkoholu, Otevřenost terapeutického cíle, Non-abstinentní léčba, Abstinence, Alkohol

# **ABSTRACT**

The topic of the bachelor thesis is non-abstinent approach to the treatment of alcoholism in the context of development of the addiction concept . The issue is treated from theoretical perspective, based prevalingly on recherches of foreign research literature on the subject. The history of this alternative approach in the second half of the twentieth century, its present-day state as well as the results of recent research are described and summarized in the thesis. The German psychologist Joachim Koerke's therapeutical approach „Kontrolliertes trinken" is introduced in more detail (as the main contribution to the issue), taking advantage of the information obtained through the attendance in the Koerke's training „Konsumreduktionsprogramme im ambulanten Bereich".

## **Key Words:**

Controlled Alcohol consumption , Openness of the therapeutic goal, Non - abstinent treatment, Abstinence, Alcohol

## **Čestné prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a veškerou použitou literaturu a prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

V Praze, dne .....

.....

Marie Funke

## **Poděkování:**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu bakalářské práce, panu Mgr. Michalovi Slaninkovi, Ph.D., za čas a podporu, kterou mi během psaní práce věnoval. Paní MUDr. Olze Dostálové, CSc. děkuji za cenné konzultace a ochotný přístup.

# OBSAH

<b>OBSAH</b>	<b>7</b>
<b>ÚVOD</b>	<b>9</b>
<b>1. Vymezení pojmů a stručný přehled vývoje konceptu závislosti</b>	<b>10</b>
1.1. Vymezení pojmů	10
1.2. Stručný přehled vývoje konceptu závislosti	14
<b>2. Milníky historie non-abstinentní léčby v druhé polovině 20. st.</b>	<b>17</b>
2.1. Přelomové studie D.L. Daviese	17
2.2. Kontroverzní studie manželů Sobellových	19
<b>3. Koncepce „Kontrolliertes Trinken“ J. Koerkela</b>	<b>25</b>
3.1. Abstinence a kontrolovaná konzumace alkoholu	25
3.2. Krátkodobá terapie s cílem KKA	26
3.3. Argumenty pro ošetřenost terapeutického cíle	27
3.4. Formy terapie KKA, indikace, kontraindikace, cíle	29
3.5. Struktura programu AkT a obsah jednotlivých setkání	32
3.6. Výsledky Koerkelových terapeutických intervencí KKA	33
3.6.1. První studie z roku 2001, studie z roku 2006	33
3.6.2. Případové studie	35
<b>4. Non-abstinentní léčba ve 21. století, novější výzkum</b>	<b>38</b>
4.1. Nejrozšířenější formy non-abstinentní léčby v 21. století	38
4.2. Novější výzkum léčebných intervencí s otevřeným terapeutickým cílem	39
4.2.1. Kvalita terapeutického vztahu, přístup ke klientovi	40
4.2.2. Cílová skupina	41
4.2.3. Farmakoterapie a terapie KKA	42
4.2.4. Shrnutí	43
<b>5. Akceptace KKA jako terapeutického cíle ve světě</b>	<b>44</b>
<b>6. Téma otevřenosti terapeutického cíle v ČR</b>	<b>47</b>
<b>7. DISKUSE</b>	<b>50</b>
<b>8. ZÁVĚR</b>	<b>52</b>
<b>SEZNAM LITERATURY</b>	<b>54</b>

# ÚVOD

Poválečné přístupy k léčbě závislosti na alkoholu vycházely v 50. letech minulého století ze společného základu, jímž byla obecně přijímaná koncepce závislosti jako ireverzibilního, progradujícího onemocnění, jehož hlavním symptomem je ztráta kontroly nad konzumačním chováním. Exklusivním terapeutickým cílem byla trvalá a důsledná abstinence závislého. V americkém kontextu je tato koncepce rozšířena i díky silnému vlivu svépomocných organizací, z nichž nejznámější jsou Anonymní alkoholici.

Ve své práci přibližuji vliv několika stěžejních prací, které vedly v 60. a 70. letech k pozdější revizi pojetí závislosti jako takové. Koncepce kontrolované konzumace alkoholu, jakožto alternativní terapeutické metody k léčbě alkoholismu vyvolalo v této době v americkém prostředí silnou kontroverzi. Předkládám možná vysvětlení vývoje této kontroverze a stručný přehled současné akceptace tohoto tématu v terapeutické praxi.

V dnešní době se při léčbě závislosti v řadě vyspělých zemí etablojí terapeutické programy s otevřeným cílem (viz definice pojmů). I když mezi jednotlivými autory nepanuje úplná jednota, většina z nich se shoduje na indikacích a kontraindikacích non-abstinentní léčby alkoholismu.

K nejrozšířenějším a nejefektivnějším formám non-abstinentní léčby alkoholismu patří krátkodobé terapie, které nesou souhrnný název Behavioral Self-Control Training. K tomuto přístupu se řadí i koncepce „Kontrolliertes Trinken“ německého psychologa Joachima Koerkela. Koerkelel, který je nejen teoretikem, ale má i dlouholeté praktické zkušenosti s léčbou závislých, klade důraz na humanistický přístup ke klientovi a propojení KBT postupů s prvky Motivation Interviewing. Podrobnější představení tohoto terapeutického programu tvoří stěžejní část mého textu. Vycházím přitom nejen z práce s odbornými texty tohoto autora, ale i ze zkušeností, které jsem získala během absolvování Koerkelelova výcviku „Konsumreduktionsprogramme im ambulanten Bereich“ v Mnichově.

Vzhledem k všeobecně známým údajům o míře spotřeby alkoholu v České Republice a deklarované tendenci doplňovat klasickou koncepci léčby o novější postupy, je hlavním cílem mé bakalářské práce předložení uceleného českého textu, informujícího o možnostech rozšíření spektra nabídky psychosociální pomoci závislým.



# 1.VYMEZENÍ POJMU A STRUČNÝ PŘEHLED VÝVOJE KONCEPTU ZÁVISLOSTI

## 1.1. Vymezení pojmů

Abych se mohla v dalších kapitolách věnovat tématu závislosti na alkoholu a přístupům její léčbě, je třeba na úvod vymežit některé terminologické pojmy a uvést pokud možno jednoznačné definice jevů.

### **Závislost na alkoholu**

Závislost na alkoholu vymezuji v této práci v souladu s obecnou definicí syndromu závislosti podle MKN 10 jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití alkoholu. Typickými příznaky těchto stavů jsou:

- i. silná touha po požití alkoholu (bažení),
- ii. snížení ovládacích schopností, a to jak ve smyslu porušení abstinenčního záměru, tak ve smyslu ztráty kontroly co do množství užitého alkoholu,
- iii. přetrvávající užívání i přes prokazatelné negativní důsledky,
- iv. priorita v užívání alkoholu před ostatními aktivitami a závazky doprovázená zanebáváním dřívějších zájmů
- v. zvýšená, resp. změněná tolerance k alkoholu
- vi. somatický odvykací stav, zejména pak užití alkoholu pro zmírnění tohoto stavu (MKN-10, 2008).

Syndrom závislosti na alkoholu je diagnostikovaný, pokud jedinec v posledních dvanácti měsících vykazuje tři a více výše uvedených znaků (srov. NEŠPOR, 2011).

### **Rizikové a škodlivé užívání alkoholu.**

Syndromu závislosti vzniká kontinuálně a předchází mu období rizikového užívání alkoholu a škodlivého užívání, tzv. abúzu alkoholu. Nelze pochopitelně zcela univerzálně stanovit hranice mezi jednotlivými fázemi pomocí kvantifikace požívaného alkoholu, navíc nemůže existovat ani žádná standardizovaná míra konzumace, která by mohla být považována za nerizikovou, vždy je třeba vycházet z individuálních tělesných, psychických a sociálních dispozic jedince. Limity, dané počty gramů konzumovaného alkoholu nám mohou v praxi

posloužit pouze jako vodítka. Za **rizikové užívání** se považuje v souladu s údaji Světové zdravotnické organizace (WHO) každá konzumace alkoholu, která přesáhne denní dávku stoprocentního alkoholu ve výši 40 - 60g u mužů a 20 – 40 g u žen. (srov. MINAŘÍK, 2015) Za škodlivé užívání alkoholu se považuje spotřeba, která přesahuje výše uvedené limity, resp. i spotřeba nižší, která je provázena poruchami somatického nebo psychického zdraví, u abúzu alkoholu například typicky akutní pankreatitida nebo sekundární deprese (MKN-10, 2008 ).

### **Kontrolovaná konzumace alkoholu (KKA)**

Kontrolovaná konzumace alkoholu označuje obecně formu užívání malých dávek alkoholu, která pro jedince nemá negativní psychické a fyzické důsledky a která co do množství nepřesáhne výše uvedenou hranici definovanou rizikovou konzumací (SOBELLS, 2004). Někteří autoři specifikují dále ještě ne zcela jednotně týdenní limity kontrolované spotřeby, tak, že je nutné zařadit v týdnu ještě „suché dny“. Obecněji lze kontrolovanou konzumaci definovat jako užívání alkoholu podle předem stanoveného plánu směřujícímu k její redukci (KOERKEL, 2015).

V tomto ohledu nepadají u různých autorů terminologická jednotka. Davies zavádí pojem „normal drinking/normální pití“ (DAVIES, 1962), dalšími alternativami jsou pojmy jako např. „nonproblem drinking/ bezproblémové pití“, „light drinking/lehké pití“, „low risk drinking/nízkorizikové pití“ nebo „moderate drinking/uměřené pití“ (KOERKEL, 2004).

Žádný z těchto pojmů není optimální a je otázkou, zda je vůbec možné takový termín nalézt. Z klinického hlediska je totiž kontroverzní označovat jakoukoliv konzumaci alkoholu za „normální“; ani výše stanovené dávky alkoholu nemusí být nutně zcela „bez problému“ a představovat „nízké riziko“ (SOBELLS., 2004). Je třeba zohledňovat nejen aktuální stav konzumenta (těhotenství, medikace kontraindikující alkohol apod.), ale i okolnosti a funkci konzumace. Denní limit 24g alkoholu pro dospělého muže s průměrnou hmotností odpovídá například zhruba 3 dcl bílého vína. Je bezesporu rozdíl, pokud tuto dávku vypije uživatel při večeři s přáteli nebo dopoledne před důležitou poradou, aby potlačil úzkost (KOERKEL, 2002).

V roce 1973 užívají v tomto kontextu američtí psychologové, manželé Sobellovi, poprvé pojmu „controlled drinking / kontrolované (řízené) pití“. Tento termín přejímá řada dalších autorů, v prostředí německy mluvících zemí je díky práci Joachima Koerkela „Kontrolliertes Trinken“ v odborné i populární literatuře ustáleným pojmem (KOERKEL, J. 2000c).

„Kontrolované pití“ nejlépe vystihuje způsob užívání malého množství alkoholu, které není provázeno žádnými negativními důsledky. Pojem „kontrola“, který je obsažený v pojmu „kontrolované“ zahrnuje totiž nejen onen minimální požadavek na nejvyšší množství návykové látky, nýbrž i vymezení okolností a funkce její konzumace. (SOBELLS, 2004)

V České Republice je kontrolované pití poměrně novým tématem. Tím není řečeno, že je v prostředí terapeutických komunit a některých psychoterapeutických center kontrolovaná konzumace jakožto cíl léčby zcela odmítána. Neexistuje však dosud žádná publikace či studie, která by se věnovala výlučně tomuto tématu. U Nešpora se např. setkáváme s termínem „pití s mírou“ (srov. např. NEŠPOR, K. 2004). Klinika adiktologie užívá na svých internetových stránkách „*Jak překonat problémy s alkoholem*“ termínu „umírněné pití“ (KLINIKA ADIKTOLOGIE, 2015).

Zdá se tedy, že terminologie není v této oblasti ještě zcela ukotvená. Proto budu pro potřeby této práce používat termínu „kontrolovaná konzumace alkoholu“. S tímto spojením se lze alternativně setkat v některých Koerkelových textech (KOERKEL, 2005). a z čistě jazykových důvodů považuji slovo „konzumace“ za příhodnější, nežli slovo „pití“.

Nicméně i pojem „kontrolované pití či konzumace“ je předmětem časté kontroverze. Podle některých odborníků je právě ona „kontrola“ v koncepčním rozporu se samotnou definicí závislosti, jejímž důležitým diagnostickým kritériem je porušené ovládání, tj. sebekontrola (viz výše ii) (SOYKA, 2005). Narážíme zde na dosud přetrvávající spor o koncepci závislosti v medicínském slova smyslu a modelu bio-psycho-sociálním (RADIMECKÝ, 2005). O tomto tématu budu hovořit podrobněji zejména v kapitole 4.

### **Standardní jednotka (SJ)**

Základním předpokladem pro plánování, redukci a kontrolu konzumace je poměrně přesný přehled o konzumačním chování závislého jedince. Z praktických důvodů se ve většině současných non-abstinentních terapeutických programů zavádí pojem tzv. standardní jednotky. Přesné vymezení standardní jednotky v jednotlivých zemích variuje, v tomto textu pracuji s německou definicí, která je v Evropě nejrozšířenější. Jedna standardní jednotka odpovídá 20g čistého alkoholu. Vzorec pro výpočet standardní jednotky je:

Podíl čistého alkoholu v ml x 0,8 = podíl čistého alkoholu v gramech

Vzorec pro výpočet podílu čistého alkoholu v ml:

objem vypitého alkoholu (ml) x procentuální podíl alkoholu (%)

100

V praxi představuje standardní jednotka zhruba jedno dvanáctistupňové pivo nebo jednu sklenici vína (0,2 l, 12% alkoholu) (srov. např. KOERKEL, 2013).

### **Otevřenost terapeutického cíle**

V odborné literatuře se setkáváme se souhrným pojmem, který označuje nedirektivní přístup k léčbě závislosti ponechávající klientovi možnost svobodné volby cíle terapie [Zieloffenheit in der Therapie, Open-Goal Therapy]. Lze tedy říci, že terapie s otevřeným cílem jsou synonymem pro terapie, které směřují ke kontrolované konzumaci alkoholu. Terapeut předem nepředepisuje závislému abstinenci, jako jediné východisko k řešení jeho problému, ponechává mu čas a svobodnou volbu, aby se sám rozhodl, zda je jeho cílem abstinence či redukce množství konzumovaného alkoholu, popřípadě aby své stanovisko k cíli terapie v jejím průběhu změnil.

### **Harm reduction**

Je třeba rozlišit pojem „snížení rizika konzumace alkoholu“, tedy přístupu Harm Reduction k závislosti na alkoholu a pojem „kontrolovaný konzum alkoholu“. Snížení dávek alkoholu může představovat realistický mezistupeň terapie, přičemž konečným cílem je abstinence nebo kontrolovaný konzum. Tento přechodný cíl spočívá v omezení škody, kterou konzumentovi návyková látka způsobuje, nikoli v nastolení bezproblémové situace. Přestože se tedy postupy HR a KKA mohou v určitých fázích shodovat, jedná se o koncepty, které jsou ze své podstaty odlišné (MARLATT aj., 2011). Je třeba poznamenat, že u některých autorů tyto dva pojmy splývají, což patrně vychází z nejednotnosti v otázce cílové skupiny pacientů, pro niž je kontrolovaná konzumace vhodnou formou léčby (srov. např. VACEK, 2012). O tomto tématu píší podrobněji v kapitole 4.

## 1.2. Stručný přehled vývoje pojetí závislosti na alkoholu

Tolerance k užívání alkoholu v dějinách kolísala, a to v souvislosti s jednotlivými etapami historicko-kulturního vývoje společnosti. Pokud však konzument ztratil kontrolu nad svým životem, pozbyl sociálního postavení a jeho chování začalo být výrazně maladaptivní, projevovala většinová společnost vůči jeho závislosti již od nepaměti nesouhlas. Pro středověké a raně novověké chápání závislosti bylo typické odsuzování alkoholismu jako projevu slabosti, morálního selhání či hříšné neuměřenosti. Z tohoto pohledu bylo přirozené, že závislý jedinec nezasluhoval péči, ale spíše trest.

Již v 18. století se můžeme setkat s modernějšími názory na léčbu a pojetí závislosti. V této souvislosti je třeba zmínit jména Benjamina Rushe a Thomase Trottera, jejich pojetí však nenašlo u tehdejší odborné ani laické veřejnosti potřebnou míru ohlasu. V 19. století to byl především švédský lékař Magnus Huss, který svými výzkumy podpořil vznikající koncept závislosti jako nemoci. V tomto období již existují zmínky o pokrokových ústavách pro závislé na alkoholu, jedná se však o sanatoria pro pijáky z nejvyšších vrstev (PAGE, 1997).

K zásadní změně tohoto přístupu došlo v americkém prostředí ve 30. letech minulého století, a to v důsledku souběhu několika faktorů. Je to období, kdy americká vláda po třinácti letech upouští od největšího sociálního experimentu, kterým chtěla násilným způsobem učinit přítrž alkoholismu, jakožto projevu slabosti a selhání americké společnosti. Dopady této nejznámější a nejdelší prohibice jsou všeobecně známy. Nejenže došlo k dramatickému nárůstu organizované kriminality, ale vzrostl i počet závislých. V této situaci vznikly v Americe různé křesťanské organizace na pomoc závislým, z nichž nejznámější jsou Anonymní alkoholici. Právě křesťanské ideje lásky k bližnímu, odpuštění a pomoci trpícím, které tvoří ideovou základnu těchto sdružení, byly patrně prvotním motorem této změny.

Jeden ze stěžejních bodů filosofie Anonymních alkoholiků spočívá v tom, že si závislý přizná svou absolutní bezmoc vůči alkoholu a uvědomí si, že se jeho život stal neovladatelný (ANONYMNÍ ALKOHOLICI, 1996). A právě ona naprostá bezmoc, v odborných kruzích definovaná jako ireverzibilní ztráta kontroly, je základním kamenem nové koncepce alkoholismu, pro níž se ustálil pojem „disease model of alcoholism“. Hlavní postavou z řad odborné veřejnosti, která má zásluhu na změně pojetí závislosti je slavný adiktolog Elvin Morton Jellinek, který až do roku 1948 působil v Centru pro alkoholové studie (Yale Centrum for Alcohol Studies). Doboví odborníci prohlašují alkoholismus za nemoc a usilují o změnu nepřátelského pohledu „nepijící části společnosti“ na alkoholiky, který by umožnil lepší

zacházení a poskytnutí odpovídající pomoci. V roce 1956 je díky Americké zdravotnické asociaci schválen zákon, kterým je závislost oficiálně uznána za nemoc a její léčba tak může být hrazena ze zdravotního pojištění. (HANSON, 2014)

Na konci 50. let je již v USA koncepce alkoholismu jako ireverzibilního a progresivního onemocnění, jehož základem neurobiologický je rozdíl mezi „alkoholiky“ a „ne-alkoholiky“, obecně přijímaná. Tento rozdíl (ať již vrozený nebo získaný) způsobuje, že závislý jedinec zcela ztratí schopnost kontroly nad svým konzumačním chováním (SOBELLS, 2004). V dnes již klasické práci Elvina Jellineka „The Disease Concept of Alcoholism“ nalezneme přes sto různých teorií, které vykládají alkoholismus v tomto duchu. Autor sám však své dřívější stanovisko problematizuje a vyslovuje přesvědčení, že alkoholismus není možno vidět v bipolárním světle „alkoholik“ versus „ne-alkoholik“. Definuje svou dodnes známou typologii alkoholiků<sup>1</sup> a dodává, že plošné chápání závislosti jako choroby je značně zjednodušující. Alkoholismus považuje za nemoc jen v nejtěžším stádiu, u některých typů (alfa, beta a delta) je sice schopnost kontroly omezená, nedochází však k její naprosté ztrátě (srov. i BLUME, 2013).

Nechci se na tomto místě nijak podrobně věnovat konceptu závislosti jako nevléčitelného a progradujícího onemocnění. Ostatně ačkoliv z řady studií (včetně studií prováděných na jednovaječných dvojčatech) vyplývá, že se teorii o pre-existenci somatické abnormality v mozku závislých nepodařilo vědecky doložit, je debata mezi zastánci konceptu nemoci a jejími odpůrci v modifikované formě živá dodnes (RADIMECKÝ, 2005).

Z tohoto konceptu však plyne důležitý závěr, kterému podléhala jakákoliv léčebná intervence. Pokud alkoholik nevratně ztrácí schopnost svou konzumaci kontrolovat, může být základní podmínkou údravy pouze doživotní, přísná „alkoholová dieta“. Trvalá a důsledná

---

<sup>1</sup> Jellinek rozlišuje pět typů alkoholiků. Pro typ **ALFA** je typická konzumace o samotě, přičemž alkohol pro konzumenta zastává spíše funkci psychofarmak, pomáhá zahnat úzkost, depresi, stres. Spotřeba závisí na aktuální míře prožívaného psychického dyskomfortu. Pro typ **BETA** je příznačná častěji se opakující, nadprůměrná spotřeba alkoholu při společenských příležitostech, typická jsou již různě rozsáhlá somatická poškození. Typ **GAMMA** je sice schopen delších abstinentských období, ty jsou však střídány někdy až několikadenními fázemi, kdy konzumuje vysoké dávky alkoholu a intoxikuje se až na hranici vědomí. Vzhledem k tomu, že je schopen určité období nepít, bývá přesvědčen, že se u něj o alkoholismus nejedná. Typ **DELTA** bývá lidově označován jako „hladinkář“, pije v průběhu celého dne menší množství alkoholu (většinou víno), nejví výraznější známky opilosti, abstinentských fází není schopen. U typu **EPSILON** (kvartální alkoholismus) se střídají dlouhodobější abstinentské fáze, popř. fáze se zcela umírněnou spotřebou s epizodami excesivního abúzu, během nich je schopnost kontroly výrazně narušena (JELLINEK, 1960).

abstinence se tedy stala v tomto období jediným akceptovatelným terapeutickým cílem (ROSENBERG 2004).

V 60. letech minulého století se však objevují doklady o těžkých alkoholicích, kteří jsou schopni po absolvování léčby konzumovat alkohol v umírněném množství. V 70. letech minulého století jsou publikány první studie dokládající úspěšnost terapií, jejichž cílem není abstinence, ale umírněná, kontrolovaná konzumace alkoholu. Podrobněji se tomuto tématu věnuji v kapitole 2. V této souvislosti později dochází k pokračující revizi otázky nezvratnosti závislostního onemocnění a ke vzniku alternativního pohledu na samotnou podstatu tohoto jevu, jímž může být interakce mezi osobností a sociálním kontextem, ve kterém se člověk naučí pít, resp. patologický návyk (PAGE, 1997).

Světová zdravotnická organizace nahrazuje na počátku 60. let pojem závislost (Addiction), který implikuje biologické chápání jevu termínem závislé chování (dependence), který má komplexnější bio-psycho-sociální charakter. Jelinnekův termín „loss of control“ se nahrazuje pojmem „impaired control“, resp. snížení ovládacích schopností (RADIMECKÝ, 2005).

Historie terapeutických přístupů, jejichž cílem není trvalá abstinence je velmi turbulentní (viz kap. 2). V současnosti již disponujeme řadou studií k tomuto tématu, léčebné postupy s terapeutickým cílem kontrolované konzumace alkoholu se precizují, byly stanoveny limity této léčby, její indikace i kontraindikace (viz kap. 3). Ačkoliv určitá kontroverze ohledně tohoto tématu stále přetrvává, je terapie s cílem kontrolovaného konzumu v řadě zemí odbornou veřejností vnímána jako efektivní doplnění terapeutické pomoci závislým (KOERKEL, 2002c).

Až na sporadické výjimky se v České republice zatím neetabloval žádný ucelený program, který by tento léčebný přístup uživatelům ohroženým závislostí nabízel. Důležitým cílem mé práce je, jak již naznačila v úvodu, blíže představit terapii „Kontrolliertes Trinken“ německého psychologa Joachima Koerkela, která je v sousedním Německu rozšířena a představuje významný prvek na paletě nabídky léčebných služeb pro alkoholiky a rizikové, resp. škodlivé uživatele této masově rozšířené drogy.

## 2. MILNÍKY HISTORIE NON-ABSTINENTNÍ LÉČBY ALKOHOLISMU V DRUHÉ POLOVINĚ 20. STOLETÍ

### 2.1. Přelomové studie D.L. Daviese

Za počátek historie intervencí s otevřeným terapeutickým cílem považuje většina autorů zveřejnění dvou studií britského psychiatra D. L. Daviese. Davies se prakticky věnoval léčbě alkoholismu v nemocnici v Maudsley, stěžejním tématem jeho badatelské práce byl výzkum v oblasti farmakoterapie závislých na alkoholu. Davies spolu se svými dvěma kolegy uveřejnil v roce 1956 studii, ve které okrajově zmiňuje případ několika pacientů, kteří jsou schopni poté, co absolvovali stacionární léčbu v přísně abstinentním duchu, běžně konzumovat alkohol v kontrolované míře (DAVIES, aj. 1956). Tento fakt zaujal Daviesův tým natolik, že se rozhodl zrealizovat další studii, jejíž hlavním výzkumným tématem bude schopnost kontrolované konzumace u závislých pacientů.

V roce 1962 pak Davies publikuje v odborném časopise *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* slavnou studii „*Normal Drinking in recovered alcohol addicts*“ (DAVIES, 1962). Tento text vyvolal ve své době, kdy bylo přesvědčení o neurobiologicky podmíněné, ireverzibilní ztrátě kontroly závislých ještě obecně přijímané, mimořádný ohlas. Vydavatelé periodika sami oslovili odbornou veřejnost s žádostí o kritické články. Některé z nich, například Lemereův komentář „*Comment on 'Normal drinking in recovered alcohol addicts'*“, který vyšel v témže časopise v roce 1963, dobře ilustrují dobové pojetí alkoholismu. Lemere je přesvědčen, že ti účastníci studie, kteří jsou schopni po určité problémové fázi pít umírněně, ze své podstaty žádní alkoholicí nejsou, a to nehledě na to, jak závažné byly projevy jejich problému před zahájením léčby (SOBELLS, 2004).

Davies ve své studii podrobně referuje o sedmi pacientech, kteří byli diagnostikováni a léčeni jako závislí alkoholicí. Jejich konzumačních vzorce chování zkoumá v katamnstickém šetření mezi sedmi a jedenácti lety po ukončení léčby. Z jeho šetření vyplývá, že žádný z těchto sedmi mužů nebyl od doby svého propuštění z nemocnice opilý (DAVIES, 1962). S použitím současné terminologie bychom mohli říci, že dávky konzumovaného ethanolu nepřesáhly limity, stanovené pro kontrolované užívání.

Sám Davies tento fakt přičítá působení dalších faktorů, vedoucích k rehabilitaci závislého. Je přesvědčen, že pokud jsou příčiny závislosti na alkoholu mnohvrstevné, nemůže být ani cesta k uzdravení zcela unimodální. Zdá se tedy, že mohou existovat případy, u nichž mají



faktory v oblasti sociální nebo profesní zásadní vliv na vznik závislosti, resp. na její zvládnutí. Vzhledem k povaze těchto faktorů je možná náprava pomocí obecnějšího přístupu, který není omezený předpojatým stanoviskem „jednou alkoholik, navždycky alkoholik“. Tím předjímá jedno z pozdějších pojetí závislosti, které definuje závislost jako interakci mezi osobnostními rysy a sociálním kontextem. Přes svůj otevřený přístup ale Davies zastává ke kontrolované konzumaci opatrné stanovisko. Abstinenci považuje za hlavní cíl léčby, neboť většina alkoholiků není podle jeho názoru umírněného pití schopná a uvedené případy jsou spíše výjimečné (DAVIES, 1962).

Ironií osudu zůstává, že se Daviesův tým, jak se zjistilo o více než dvacet let později, dopustil ve svém katamnestickém šetření celé řady vědeckých přehmatů a nepřesností a výsledky této studie tedy nelze z dnešního pohledu považovat za relevantní (EDWARDS, 1994).<sup>2</sup>

K podobným výsledkům však dochází i řada pozdějších studií, z nichž nejvýznamnější je rozsáhlá randomizovaná studie „*Alcoholism and treatment*“ z roku 1978, která mapuje konzumační chování pacientů, kteří absolvovali tradiční, abstinentně orientovanou léčbu ve 45 různých léčebných centrech po celém území USA. Autoři této studie docházejí ke zjištění, že 22% probandů je 18 měsíců po ukončení léčby schopno konzumovat alkohol v míře, kterou lze označit za neproblematickou. Navíc u této skupiny probandů nezjišťují vyšší míru pravděpodobnosti k relapsu, nežli u skupiny abstinující. Z katamnestického šetření, které bylo realizováno u téhož souboru po čtyřech letech po ukončení léčby, vyplývají poměrně stabilní výsledky, schopnost neproblematické konzumace alkoholu byla zjištěna u 18% účastníků. Vzhledem k rozsáhlosti studie a účasti renomovaných výzkumných organizací není možné tyto výsledky ignorovat (SALADIN, 2004).

Na konci šedesátých se se sice objevují další texty, které se vyjadřují kriticky k výlučnosti terapeutického cíle při léčbě alkoholismu, zatím však tehdy nebyla k dispozici žádná

---

<sup>2</sup> Tento fakt vyplývá z follow-up výzkumu, kterou po dvaceti třech letech od Daviesovy studie realizoval Edwards (EDWARDS, 1985). O svých zjištěních uveřejnil článek *D. L. Davies and 'Normal drinking in recovered alcohol addicts': the genesis of a paper* (EDWARDS, 1994). Edwards, prost jakékoli osobní zášti, Daviesovi nepřisuzuje nějaké postranní motivy, neobviňuje ho například z podvodu apod., prostě jen konstatuje, že v případě jeho studie došlo k omylu<sup>o</sup>; Daviesovo katamnestické šetření totiž nebylo provedeno precizně, nezkoumal např. stav pacientů podrobně, a ušlo mu tedy, že pacienti uvádějí záměrně nepravdivé informace. Davies rovněž nezkoumal záznamy z dalších nemocnic, nezjistil totiž, že většina jeho pacientů byla v letech po propuštění opakovaně hospitalizována kvůli problémům s alkoholem (EDWARDS, 1993).

studie prověřující účinnost léčebné intervence, která by byla na kontrolovanou konzumaci explicitně zaměřena.

## 2.2. Kontroverzní studie manželů Sobellových

Průlom představují dvě studie, zveřejněné na počátku sedmdesátých let. První z nich, studie australských psychologů Lovibonda a Caddyho s názvem „*Discriminated aversive control in the moderation of alcoholics' drinking behavior*“ z roku 1970, referuje o průběhu a výsledcích terapie, jejímž cílem je vyvolání podmíněné averzivní reakce při požití vyššího množství alkoholu, než je stanovená hranice. Probandi absolvovali nácvik odhadu koncentrace alkoholu v krvi a bylo jim povoleno konzumovat pouze do úrovně cca 0,6 ‰. Po překročení této hranice se experimentátoři pokoušeli vyvolat u účastníků averzivní reakce pomocí elektrošoku. Lovibond a Caddy dosáhli poměrně příznivých výsledků, sami však uznávají, že k jejich potvrzení by bylo potřeba delšího follow-upu (jejich nepřekračuje 50 týdnů). Poznávají dále, že se u většiny subjektů podmíněná averzivní reakce, která byla původně cílem terapie, nakonec nevytvořila. Změna proběhla spíše na úrovni motivační, proto autoři zdůrazňují důležitost motivačních faktorů při léčbě závislosti. Lovibond a Caddy na závěr připouští, že terapie je spíše vhodnější pro rizikové či škodlivé konzumenty alkoholu nežli pro těžké alkoholiky. Právě problémoví pijáci totiž pravděpodobně odmítnou podstoupit terapii, pokud by měla mít za cíl abstinenci, ale bude-li jejím výsledkem pouze kontrolovaná konzumace alkoholu, je mnohem větší šance, že léčbu podstoupí (LOVIBOND, aj. 1970).

Druhou studii s názvem „*Alcoholics treated by individualized behavior therapy: One year treatment outcome*“ uveřejňují v USA manželé Sobellovi v roce 1973. Jedná se o podobně vedený výzkum, studie Sobellových je však podrobnější, rozsáhlejší a katamnéza je zjišťována po dvanácti měsících.

Sobellovi, oba behaviorální psychologové, ve své studii zdůrazňují okolnostní charakter patogenní konzumace alkoholu na úkor chápání alkoholismu jako biologické danosti již zcela explicitně. Nadměrné pití alkoholu je podle nich třeba chápat jako naučenou reakci a může být způsobeno zvýšeným stresem či jinými vnějšími okolnostmi, vyvolávajícími potřebu „rychlé odměny“: „Behavioral approach to alcoholism [...] considers heavy drinking of alcoholic beverages as an alcoholic individual's predominant learnt response to a stressful, anxiety-laden situation. The response of drinking is conceived as having been acquired because the problem drinker has been rewarded, consciously or not, for such drinking (SOBELLS, 1973, s. 51). Mezi

tyto „odměny“ patří např. ztráta zábran, která umožňuje jinak nepříjemné a neomluvitelné společenské chování etc. (SOBELLS, 1973).

Studie dále poukazuje na fakt, že neexistuje kvalitativní rozdíl mezi alkoholiky a „nealkoholiky“, Sobellovi jsou přesvědčeni, že se jedná mnohem spíše o kontinuální přechod. Hovoří o tzv. rizikových či škodlivých pijácích alkoholu (což jsou pojmy, se kterým adiktologie pracuje dodnes), což je východisko pro diferenciaci závislostní poruchy. To, co se dnes zdá samozřejmé, znamená v tehdejší době velký pokrok, neboť rizikový piják byl tehdy většinou považován za alkoholika, který je jen o pár kroků pozadu, ale jehož přechod k těžkému alkoholismu se neúprosně blíží. (SOBELLS, 2004). Sobellovi označují právě problémové pijáky za jednu z hlavních cílových skupin non-abstinentní terapie. Tito lidé si často odmítají připustit, že mají problém, právě proto, že jedinou dostupnou variantou řešení jejich problému je doživotní abstinence<sup>3</sup> (SOBELLS, 1973).

Samotný výzkum byl prováděn na souboru sedmdesáti mužů diagnostikovaných jako gamma alkoholici podle Jellinekove typologie. Účastníci byli na základě náhodného výběru rozděleni do čtyř skupin. Dvě skupiny absolvovaly experimentální léčbu, první z nich s cílem kontrolované konzumace, druhá s cílem abstinence. Zbylé dvě zrcadlové skupiny podstoupily klasickou léčbu, první z nich opět s cílem KKA a druhá s cílem abstinence. Experimentální léčebný program zahrnoval sedmnáct terapeutických bloků s výraznými prvky behaviorální psychologie. Probandi byli vystavováni rizikovému prostředí a situacím, prostor byl např. přizpůsoben do podoby baru a využívalo se mimo jiné i šokové terapie. Dalším důležitým tématem byla včasná identifikace krizové situace a náhradní strategie jejího řešení bez pomoci alkoholu (SOBELLS 1973)<sup>4</sup>.

Výsledek experimentu Sobellových byl v době publikace studie poměrně zřejmý. Do studie byla zahrnuta data ze šestitýdenního follow-upu u všech subjektů a šestiměsíčního follow-upu u čtyřiceti osmi ze sedmdesáti subjektů. Experimentální skupina zaměřená na

---

<sup>3</sup> Sobellovi v novějším textu uvádějí, že vhodnost non-abstinentní léčby pro cílovou skupinu rizikových a škodlivých uživatelů potvrzuje i pozdější studie Orforda a Oppenheimera „*Abstinence or control: The outcome for excessive drinkers two years after consultation*“ z roku 1976. Z této studie vyplývá, že krátkodobé terapie mužů s nižším stupněm závislosti vykazují vyšší efektivitu nežli standardní, dlouhodobé terapie. U úspěšných účastníků významně převažuje kontrolovaná konzumace nad abstinencí (SOBELLS, 2004).

<sup>4</sup> Na tomto místě je třeba poznamenat, že ačkoliv se některé z tehdejších behaviorálních metod mohou zdát z dnešního pohledu značně obskurní, určité prvky „sobellovské“ experimentální léčby jsou dodnes nedílnou součástí léčby závislosti na alkoholu (srov. např. *Práce se spouštěči* in: NEŠPOR, 2011).

kontrolovanou konzumaci alkoholu vykázala nejlepší výsledky. Poměr dnů s nadměrnou spotřebou a „suchých“ dnů, popř. dnů s kontrolovanou konzumací, je nejpříznivější, ač zdaleka ne dokonalý. Sobellovi uvádějí v šestitýdenním follow-upu poměr 15:85, z šestiměsíčního šetření vyplývá mírné zhoršení, poměr je 22,2:77,8. Na druhém místě se ve srovnání umísťuje skupina, která podstoupila experimentální léčbu s cílem abstinence (26,6:73,4 a 25:75). Ta projevuje nejstabilnější výsledky, v prvním follow-upu jsou rozdíly mezi ní a kontrolní abstinenci skupinou statisticky nevýznamné, v druhém už se propast značně prohloubuje. Nejméně příznivé jsou výsledky kontrolní skupiny, která absolvovala klasickou léčbu s otevřeným terapeutickým cílem.

Na subjektech je patrné, že u nich došlo v rámci terapie k učení, jsou schopni krizové situace rozpoznávat a vytvářet adaptivní strategie k jejich zvládnutí (SOBELLS, 1973).

Co do metodologie sběru dat je studie velmi důkladná, autoři se nedopouštějí podobných přehmatů jako Davies a nespolehnou pouze na výpovědi klientů. Data jsou na jedné straně ověřována z objektivních pramenů jako jsou zdravotní dokumentace či policejní hlášení a na druhé straně i na základě výpovědí blízkých osob, rodinných příslušníků, známých či lidí, sdílejících stejné prostředí jako probandi.

Sobellovi svou studii uzavírají v optimistickém duchu a vyjadřují přesvědčení, že další katamnestická šetření pouze potvrdí již dosažené výsledky (SOBELLS, 1973). Následující follow-upy, z nichž jeden realizují sami Sobellovi po dvou letech a druhý s tříletým katamnestickým obdobím, jehož autorem je Caddy et al., výsledky skutečně potvrzují (SOBELLS, 1976; CADDY aj., 1978).

Zatímco studie Lovibonda a Caddyho nevyvolala v Austrálii žádný větší kritický ohlas, práce Sobellových se ocitla v následujících deseti letech pod palbou ostré kritiky. Do celé záležitosti se zapojují hlavně média a hlavní proud vášnivé kritiky se nese nikoli ve vědeckém duchu, ale v duchu moralistickém a emočním. Tuto atmosféru dobře ilustruje např. jeden z tehdejších z televizních pořadů, který informuje o experimentálním výzkumu Sobellových, přičemž reportér stojí u hrobu jednoho z mrtvých pacientů ze skupiny s cílem KKA a z jeho smrti dramaticky viní autory studie (MARLATT, 1983).

Nejnámější kritická studie byla publikována v roce 1982 v časopise Science pod názvem "*Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study*", jejími autory byli M. L. Pendery, I. M. Maltzman a L. J. West.

V rámci své práce tým M. Pendery znovu ověřuje data získaná z follow-upů a uvádí, že se neshodují se skutečností. Ilustruje to na konkrétních příkladech: z dvaceti subjektů z experimentální skupiny zaměřené na kontrolovanou konzumaci alkoholu se podle jejich zjištění

zlepšil pouze jeden. V tomto případě se však dle autorů jedná o chybnou diagnózu jeho závislosti, ve skutečnosti nešlo o gamma alkoholika, ale o alkoholika typu alfa. Dva další, podle Pendery špatně diagnostikované subjekty, vykazují nezměněné vzorce konzumačního chování. Čtyři účastníci studie dokonce kvůli příčinám spojeným s alkoholem zemřeli. Zbýlá část skupiny pije alkohol nadále, a to nikoli kontrolovaně, ale velmi mnoho a se značnými následky. Pendery výslovně říká, že si se svými spoluautory nepokládají otázku, proč experimentální skupina s cílem kontrolované konzumace dopadla lépe než kontrolní skupina s cílem abstinence. Dochází totiž k závěru, že kontrolovaná konzumace alkoholu představuje velmi pochybný cíl, a je spíše otázkou, zda by se jej měl někdo, kdo je ohrožen závislostí na alkoholu, vůbec snažit dosáhnout (PENDERY, aj. 1982).

Proti této kritice vystupují nejen Sobellovi, ale i řada dalších autorů. Obrana je nutná nejen z hlediska zachování vědecké reputace Sobellových, ale hlavně proto, že závěry týmu M. Pendery se zdají být tak neslučitelné s výsledky původní studie Sobellových, že mnozí podezírali tyto autory z podvodu. Tato obvinění sílila natolik, že v červnu roku 1982 ustanovil prezident Nadace na výzkum závislostí nestrannou komisi, jejímž úkolem bylo veškerá dostupná data prověřit a vynést rozsudek. Po podrobné revizi všech postupů a výsledků zveřejnila komise v listopadu téhož roku své stanovisko, v němž uvádí, že jsou podle dostupných zdrojů data kritizované studie v pořádku a komise tak nenachází žádný důvod, proč zpochybňovat vědeckou či osobní integritu Sobellových (DICKENS, aj. 1982).

Sobellovi uveřejňují v reakci na tuto kritiku repliku s názvem „*The aftermath of heresy: A response to Pendery et al.'s critique of 'Individualized behavior therapy for alcoholics'*“ (SOBELLS, 1984). O pět let později publikují rozsáhlý komentář, který se opírá o výsledky osmi nezávislých studií a vyčítají svým kritikům posun z exaktní roviny výzkumu závislosti do roviny populárního, tradicí ovlivněného chápání závislosti. Vymezuji se zejména vůči citacím fragmentárních částí jejich závěrů, které jsou vytrženy z kontextu, dále vůči dezinterpretaci jejich metodologie i výzkumných výsledků a nakonec vůči záměrnému pomíjení důkazů, které jsou v rozporu s přesvědčením kritiků (SOBELLS, 1989).

Podobné stanovisko zastávají i další autoři. Gordon A. Marlatt např. také spatřuje největší slabinu studie M. Pendery v tom, že se zaměřuje pouze na jednu skupinu, s níž Sobellovi pracovali, a ostatní skupiny ignoruje. Dále upozorňuje na to, že všichni účastníci, jejichž výsledky Pendery označila jako zcela neuspokojivé, podstoupili po ukončení experimentu v různých zdravotnických zařízeních i klasickou protialkoholní léčbu. Výsledek tedy lze připisovat stejně klasické jako i experimentální léčbě Sobellových. Vzhledem k tomu, že se v rámci experimentu pracovalo s probandy s nejtěžší formou závislosti, skončili i účastníci

z kontrolních skupin "špatně" – o těch se však nehovoří ani ve studii Pendery, ani v televizním pořadu, který o kontroverzi informoval (MARLATT, 1983).

Marlatt – ač sám přiznává, že není nezávislým vědcem, protože je výzkum kontrolované konzumace hlavním předmětem jeho badatelského zájmu – vysvětluje také příčiny nebývalé míry kontroverze, kterou studie Sobellových vyvolala. Vyjadřuje údiv na tím, že ve srovnání s vědeckým pokrokem, k němuž společnost během posledního století dospěla, všeobecný postoj k závislosti a problémům s alkoholem ustrnul ve svém vývoji před více než padesáti lety. Sice se již alkoholismus plošně nepovažuje za hřích či slabost charakteru, ale jeho pojetí jako nevyлéčitelné, nezvratné nemoci, s nímž odborná komunita operovala již na počátku dvacátého století, stále ještě nevmizel.

Toto pojetí závislosti ovlivňuje ve Spojených státech plošný přístup k její léčbě, na němž se významně spolupodílí abstinenční skupiny se silnými religiózními prvky a ucelenými systémy mýtů i rituálů. Jako příklad uvádí zážitek člena AA, který popisuje svůj přerod k abstinenci téměř jako zkušenost náboženského typu. Charakterem těchto uskupení a mírou jejich vlivu na celkový přístup k alkoholové problematice pak Marlatt vysvětluje horoucnost, citovost a nevědeckost celé kontroverze. Někdo kdo by chtěl prosazovat KKA, je podle jeho názoru v optice těchto skupin d'áblem pokušitelem, který se snaží svést nebohého alkoholika znova na scestí: „From this viewpoint, alcohol for the abstinent alcoholic symbolizes the forbidden fruit (a fermented apple?), and a lapse from abstinence is tantamount to a fall from grace in the eyes of God. Clearly one bite of the forbidden fruit is sufficient to be expelled from paradise. Anyone who suggests controlled drinking is branded as an agent of the devil tempting the naive alcoholic back into the sin of drinking“ (MARLATT, 1983, s. 1107).

Dalším klíčovým tématem je vlastní status škodlivých či rizikových pijáků; kteří tvoří hlavní cílovou skupinu terapií s otevřeným cílem. Pro ty, kteří chápou alkoholismus jako nemoc, je rozdělení mezi alkoholikem a škodlivým či rizikovým konzumentem alkoholu nesmyslné ex definitione. Jedná se pouze o různá stádia téže nemoci, ztrácí-li někdo kontrolu částečně, ztratí ji bezpochyby někdy zcela a jediná cesta k jeho záchraně je co nejčasnější přechod k úplné abstinenci. Mnohé studie však ukazují, že právě u těchto klientů je terapie s cílem KKA neúčinnější. Marlatt rovněž předkládá zajímavou analýzu brzkých relapsů u pacientů léčených touto metodou a navrhuje, že je možné chápat relaps jako prostor pro učení nové kompetence. V brzké době po naučení nové schopnosti/ zdatnosti bude nezdaru více, neboť člověk ji ještě nemá zažitou, později se nezdary budou vyskytovat čím dál řidčeji (MARLATT, 1983).

Časopis *Addiction* věnuje v roce 1995 problematice kontrolované konzumace celé jedno číslo. Sobellovi ve svém úvodníku, který nese název „*Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate*“, shrnují nabyté poznatky a snaží se navrhnout nový směr jejich praktického využití. Po více než čtvrt století po uveřejnění své kontroverzní studie konstatují dva hlavní závěry:

- i. Při rehabilitaci jedinců, kteří jsou těžce závislí na alkoholu, je třeba pracovat převážně s cílem abstinence.
- ii. Při rehabilitaci jedinců, kteří nejsou těžce závislí na alkoholu, je třeba pracovat převážně s otevřeným terapeutickým cílem.

Sobellovi se již nevztahují k ideové základně sporu, neboť podle nich již dávno není důležitá. Vyjadřují sice jisté roztrpčení nad tím, že zatímco se na poli vědeckém podařilo jejich reputaci obhájit, odpovídají mediální rehabilitace se jim v tomto ohledu již nedostalo. Podstatné je pro ně však to, aby se v budoucnu podařilo spojit síly teoretické, praktické i strukturální a vyvinout takový systém péče, který by byl finančně výhodný pro stát a zároveň by byl schopen efektivně pomoci co nejvíce lidem, ať už jsou jejich problémy s alkoholem jakéhokoli typu. Navrhují odstupňovanou zdravotní péči, což je užitečné nejen z důvodu finančních úspor. Méně závislí jedinci často odmítají navštívit adiktologická pracoviště, protože mají z části dojem, že tuto formu intervence ještě nepotřebují a z části i kvůli sociálně stigmatickému charakteru „pobytu v protialkoholní léčebně“. A právě těmto klientům mohou programy s otevřeným terapeutickým cílem pomoci, aby poté, co začali řešit svůj problém dříve, než dojde k jeho eskalaci. (SOBELLS, 1995).

### 3. KONCEPCE „KONTROLLIERTES TRINKEN“ JOACHIMA KOERKELA

#### 3.1. Abstinence a kontrolovaná konzumace alkoholu

Německý adiktolog a profesor psychologie Joachim Koerkel se problematice závislosti věnuje již od osmdesátých let minulého století. K vytvoření konceptu kontrolovaného konzumu ho přivedla systematická výzkumná i terapeutická práce v oblasti relapsu. Jak potvrzují četné studie, je v případě ukončení léčby relaps spíše pravidlem nežli výjimkou. Je-li však správně zpracován, nemusí nutně znamenat opětovné „propadnutí se do závislosti“. Naopak démonizace tohoto tématu, spjatá s okamžitým vyloučením z léčby, tak jak bylo v osmdesátých letech v Německu běžné, zhoršuje prognózu závislého (srov např. KOERKEL, 2003).

Jelikož koncept terapie Kontrolovaného konzumu vyvolal v 80. letech i Německu určitou kontroverzi, bude užitečné na začátek shrnout několik základních tezí, tak, jak je formuluje sám Koerkel (KOERKEL, 2005).

Největší nedorozumění způsobuje podle Koerkela chybná interpretace jeho základní myšlenky. Programy, které vedou ke kontrolovanému konzumu alkoholu nelze chápat jako **náhradu** léčebných postupů, které jsou orientovány na abstinenci, nýbrž jako jejich **rozšíření** pro uživatele, kteří nejsou schopni nebo ochotni se po celý svůj život alkoholu vzdát. Abstinenci chápe jako nejspolehlivější cestu, jak redukovat psychické, somatické i sociální problémy, které závislému abúzus této návykové látky způsobil. V tomto smyslu může kontrolovaná konzumace představovat realistický cíl nebo dokonce velmi poučný mezistupeň na cestě k abstinenci (KOERKEL, 2004). Koerkel v této souvislosti zmiňuje výsledky Millerovy studie „*Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers*“ z roku 1983 podle níž průměrně 10-30% klientů, kteří zahajují léčbu s úmyslem snížit spotřebu alkoholu, dochází během terapeutického procesu k poznání, že nejsou kontrolované konzumace schopni a rozhodnou se ještě v jejím průběhu nebo po jejím ukončení pro trvalou abstinenci (srov. KOERKEL 2015). Nejedná se tedy o otázku „buď kontrolovaná konzum – a nebo abstinence“, ačkoliv k ní povrchní chápání tohoto tématu svádí, stěžejní myšlenkou je spíše nedirektivní přístup k cíli terapie a přenechání volby terapeutického cíle klientovi (KOERKEL, 2014).



Další nedorozumění pak podle Koerkela způsobuje dezinterpretace samotného pojmu kontrolovaný konzumace. Nejde o to, „pít méně“ nebo „pít jako ostatní“, jde o konzumaci podle předem stanoveného plánu, přičemž zásadní roli hraje nejen limit denní a týdenní spotřeby alkoholu a počet „suchých dní“ v týdnu, ale zejména zohlednění okolností a funkce konzumace alkoholu, tak jak bylo zmíněno již v kap. 1. Závislý si tento plán každý týden určuje sám, podle vlastního odhadu svých schopností. Postupným přibližováním se k cíli se upevňuje jeho vědomí o vlastní kompetenci, a tím i motivace (KOERKEL 2002).

### **3.2. Krátkodobá terapie s cílem kontrolovaného konzumace alkoholu**

Koerkel navazuje na tradici terapií Behavioral Self-Control Training (BSCT), což je pojem, který používá poprvé Miller v roce 1977 jako souhrnný název pro terapeutické přístupy s prvky behaviorální, kognitivní a motivační psychologie, které směřují k redukci konzumaci alkoholu, resp. ke kontrolovanému konzumu (srov. např. KOERKEL, 2002).

Jedná se o krátkodobou, kognitivně-behaviorální terapii; kognitivně behaviorální charakter se vztahuje především k jednotlivým postupům této terapie, samotný psychologický přístup k závislému jedinci Koerkel charakterizuje jako humanistický. Behaviorální i KBT programy se díky své pevné struktuře setkávají s kritikou, která se týká zejména rizika určité mechaničnosti, neautentičnosti, potlačení individuality klienta či nedostatečného terapeutického vztahu, resp. skupinové dynamiky v případě skupinové terapie. Tuto kritiku Koerkel vnímá jako částečně oprávněnou (KOERKEL, 2012). Základní platformou pro jeho koncepci KKA jsou psychologické a komunikační zásady Motivational Interviewing (MI) Rollnicka a Millera. Primárním cílem MI je vzbudit v závislém jedinci, který má ke svému problému ambivalentní postoj, motivaci ke změně, upevnit jeho rozhodnutí ke změně a podpořit ho v konkrétní realizaci změny (tou je např. zahájení následné léčby nebo ukončení či redukce konzumace). Základním kamenem je uplatnění pěti postupů:

- i. bezpodmínečné přijetí klienta,
- ii. rozvíjení rozporů,
- iii. vyhýbání se argumentaci,
- iv. využití odporu
- v. podpora vlastních schopností klienta (MILLER, aj. 2003).

Koerkel považuje tyto zásady za neméně efektivní i v situaci, kdy již závislý potřebné rozhodnutí ke změně učinil, protože vedou k posílení terapeutického vztahu, redukuje předčasné přerušování terapie a zlepšují její dlouhodobý efekt (KOERKEL, 2012). Na dalším místě zdůrazňuje, že se koncepce terapie KKA zcela identifikuje s tím, co se v rámci MI nazývá „spirit“, tedy jakýsi „duch“ terapie. Pro ten je charakteristické především:

- i. partnerství terapeuta a klienta,
- ii. ochrana autonomie klienta,
- iii. evokativní přístup ke klientovi
- iv. empatie.

V praxi se tedy klade důraz na to, aby byl terapeut:

ad i. rovnocenným partnerem klienta, vyvaroval se role experta zejména v souvislosti s životními hodnotami a rozhodnutími klienta, redukční strategie nabízel klientovi jako možnosti pro jeho vlastní volbu, nikoliv jako ultimativní doporučení, rady či příkazy;

ad ii. °připraven plně akceptovat svobodu volby, jednání klienta a jeho individualitu;

ad iii hluboce zaujat postojem klienta, snažil se porozumět jeho myšlenkovým pochodům, rozhodnutím, preferencím a pokoušet se odhalit smysl jeho jednání;

ad iv empatickým partnerem, který klienta nesoudí a vcit'uje do jeho situace a životních perspektiv, které jsou bohužel často limitující (KOERKEL, 2012).

### **3.3. Argumenty pro otevřenost terapeutického cíle při léčbě závislosti na alkoholu**

Koerkel uvádí tři hlavní argumenty, proč by měl být kontrolovaná konzumace alkoholu přijata jako alternativní cíl léčby závislých, přičemž zohledňuje aspekt etický, pragmatický a terapeutický (KOERKEL, 2002).

- i. Etický aspekt

To, že se v rámci léčebné intervence pracuje se sankcemi, se může v kontextu práva každého člověka na autonomii a svobodný rozvoj osobnosti, jevit jako eticky problematické. Každý

člověk by měl mít možnost se svobodně rozhodnout o cíli své terapie, být informován o všech výhodách i nevýhodách svého rozhodnutí (KOERKEL, 2015).

#### ii. Pragmatický aspekt

Lze předpokládat, že akceptace kontrolovaného konzumu jako alternativního terapeutického cíle přispívá k tomu, že léčebné intervence osloví mnohem širší cílovou skupinu konzumentů. Nelze totiž stanovovat ostrou hranici mezi závislým a bezproblémovým uživatelem, jde daleko spíše o kontinuální přechod, v tomto ohledu se Koerkel zcela shoduje s přesvědčením některých ze svých předchůdců (KOERKEL, 2004). Z tohoto pohledu představuje jednotný terapeutický cíl pro všechny závislé určité zjednodušení, které sice usnadňuje léčebný postup, nicméně není zcela konzistentní. Heterogenost závislostních problémů totiž koresponduje s rozmanitostí individuů u nichž se tyto problémy manifestují (KOERKEL, 2002).

Uživatelé, kteří odpovídají pracovní definici rizikový a škodlivý konzument se necítí nabídkou klasických léčebných postupů osloveni. Doživotní abstinenci vnímá většina z nich jako nálepku alkoholika, se kterým se odmítá identifikovat. Pomoc tedy z těchto důvodů ve stádiu abúzu nevyhledávají, přičemž se jejich závislost často postupně nebo nárazově důsledku stresových životních situací prohlubuje (RUMPF aj., 2000). U mladších uživatelů se jeví možnost spolurčení cíle terapie jako velmi podstatná pro jejich rozhodnutí léčebnou intervencí dobrovolně podstoupit. Celoživotní abstinence je pro ně již z hlediska časového horizontu tohoto záměru těžko přijatelná. Volmmer et al. ošetřovali kognitivně-behaviorálními postupy kohortu mladých závislých na alkoholu ve věku od 19 do 30 let, více než polovina z nich s účastí v programu souhlasila pouze poté, kdy jim byla nabídnuta možnost volby mezi abstinencí a kontrolovaným konzumem. Není bez zajímavosti, že po dvou letech po ukončení léčby ze skupiny s cílem kontrolovaného konzumu bylo vyhodnoceno 45 % úspěšných absolventů (abstinovali nebo pili kontrolovaně) a ze skupiny s cílem abstinence pouze 25% (srov. KOERKEL, 2002).

#### iii. Terapeutický aspekt

Pokud závislý z různých důvodů nevěří ve svou schopnost abstinovat a s tímto cílem se vnitřně neztotožní (nevytvoří se u něj tzv. commitment), koreluje tento fakt s úspěšností resp. neúspěšností terapie. Svobodná volba cíle se ukazuje jako efektivní nejen u mladých uživatelů (viz ii.), odpovídá i lépe ambivalenci, kterou pociťuje během terapie každý závislý (KOERKEL, 2002). Nejlepších výsledků dosahuje terapie, jejíž oficiální cíl je v co největší shodě s vlastním cílem klienta, což je potvrzeno i řadou studií. Koerkel uvádí jako příklad studii R. Heathera „*A Summary of the review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*“

z roku 2006 nebo studii G. Tryona a G. Winograda „*Goal consensus and collaboration*“ z roku 2011. (KOERKEL 2014). Tato myšlenka vychází ze sociálně kognitivní teorie A. Bandury, podle níž lidé obecně vyvíjí větší úsilí k naplňování vlastních cílů, nežli k naplňování cílů určených okolím. K vyšší osobní motivaci jedince vedou úkoly, které mu přinášejí úspěch, je tedy smyslupné mu zpočátku klást snadněji dosažitelné cíle a nestavět ho předčasně do situací, kde je pravděpodobné, že ji nezvládne (srov. JANOUŠEK, 1992 a SOBELLS, 2004).

V této souvislosti je třeba zmínit fakt, který Koerkel výslovně zdůrazňuje na mnoha místech a ke kterému se vrátím v kapitole o kontraindikacích terapie s cílem kontrolovaného konzumu. První a absolutní kontraindikace pro zařazení závislého do programu KKA je jeho přesvědčení, že je schopen abstinenci dodržet (KOERKEL, 2005).

### **3.4. Formy terapie KKA, indikace a kontraindikace, cíle:**

Koerkel rozpracovává léčebnou intervenci s cílem KKA ve formě individuálního ambulantního programu (EkT), skupinového ambulantního programu (AkT) a autodidaktického programu s využitím svépomocného manuálu. Vytváří i speciální ambulantní skupinové a individuální programy pro klienty s problematickým socioekonomickým zázemím, zejména pro závislé bez domova (EkT-Walk a AkT-WALK). Kombinované programy KKA spojují psychologickou intervenci s anticravingovou farmakoterapií. Samostatný léčebný postup aplikuje pro klienty ve stacionárním léčebném režimu (KOERKEL, 2015).

V této kapitole se pokusím shrnout hlavní rysy ambulantních intervencí KKA, podrobněji se pokusím popsat pouze ambulantní skupinovou formě terapie „Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken - AkT“. (KOERKEL, 2002b). Nemohu se z důvodu obsáhlosti tématu podrobně věnovat všem výše zmíněným intervencím, AkT je v Německu se v současné chvíli ze všech programů KKA nejvyužívanější (KOERKEL, 2014).

#### *Diagnostický rozhovor, screening*

Před zahájením skupinové terapie se doporučují tři diagnostická setkání, jejichž závěrem by měla být indikace, resp. kontraindikace pro další intervenci. Terapeut provádí screening pomocí diagnostického manuálu (KOERKEL aj. 2006), přičemž zjišťuje míru a specifika konzumace alkoholu, závažnost tělesných abstinčních příznaků, přidružené psychické obtíže, paralelní užívání dalších psychoaktivních látek, stupeň sociální integrace aj.

Klientovi je předána žádanka pro jeho ošetřujícího lékaře o celkový screening somatického stavu s ohledem na zvýšenou konzumaci alkoholu (zejména ultrazvukové vyšetření abdomenu, krevní obraz, hodnoty GAMMA-GT, albumin, bilirubin, aj). Na základě těchto podkladů a dalšího terapeutického rozhovoru, by měl terapeut spolu s klientem zodpovědně vyhodnotit jeho výchozí pozici, ujasnit si všechny výhody abstinence, resp. rizika kontrolovaného konzumu a teprve poté společně stanovit cíle terapie (KOERKEL 2002b).

### *Indikace léčebné intervence*

Koerkel uvádí tyto indikace pro přijetí do skupinového terapeutického programu s cílem kontrolované konzumace alkoholu:

- míra konzumace alkoholu je v pásmu rizikového nebo škodlivého užívání
- uživatel vyjadřuje záměr množství konzumovaného alkoholu redukovat
- uživateli se nedaří snížit množství alkoholu svépomocí
- uživatel se není schopen nebo ochoten se s abstinenčním cílem identifikovat, popř. není v současné chvíli abstinence schopen (KOERKEL, 2002b).

### *Kontraindikace skupinového ambulantního programu KKA*

Koerkel rozlišuje absolutní a relativní kontraindikace pro přijetí do terapeutického programu KKA. Absolutní kontraindikace se vztahují na všechny formy intervencí KKA. Relativními nazývá Koerkel ty kontraindikace, při nichž je abstinence jednoznačně první volbou a tento fakt by měl být s klientem během diagnostického rozhovoru zcela jednoznačně komunikován. I v těchto situacích však Koerkel terapeutovi doporučuje uvážit, jaké důsledky může mít pro závislého klienta přerušování terapeutického dialogu a účast v programu nevyklučuje (KOERKEL, 2014). Opírá se v tomto bodě patrně nejen o etické zásady práce se závislými, ale i o studii, shrnující výsledky programů z let 1999, 2000 a 2001, podle níž 3% účastníků nastoupilo během ambulantního programu do tradiční stacionární léčby. (KOERKEL, 2002a).

Za absolutní kontraindikaci považuje:

- i. Již dosaženou abstinencí  
Abstinující klienty je jednoznačně třeba podporovat v již dosaženém cíli. Koerkel zdůrazňuje, že abstinujícímu klientovi je

třeba zprostředkovat další psychologickou pomoc zejména při zvládání stresových životních situací a varovat ho před jejich „řešením“ v podobě kontrolovaného konzumu.

ii. Rozhodnutí k dlouhodobé abstinenci

Pokud se klient s abstinenčním cílem identifikuje, je jednoznačně nutné ho v tomto úsilí podpořit (srov. KOERKEL, 2002; KOERKEL, 2002a; KOERKEL 2005; KOERKEL, 2014 a další)

Relativní kontraindikace:

iii. chronický alkoholismus, těžký somatický abstinenci syndrom

iv. negativní následky spojené s konzumací i nízkých dávek alkoholu:

- těhotenství, kojení
- křížová závislost (včetně THC, hypnotik a benzodiazepinů)
- duální psychiatrická diagnóza (především psychotické poruchy, těžká depresivní porucha, BAP a další)
- dlouhodobá farmakoterapie, která interaguje s alkoholem
- stávající somatická poškození v důsledku abúzu alkoholu
- negativní sociální důsledky konzumace (např. násilné delikty) (KOERKEL, 2014)

### *Cíle léčebné intervence*

Terapeutický program KKA sleduje tyto cíle:

- motivovat k řešení problému osoby, které se necítí být osloveny klasickou nabídkou léčebných postupů s výlučnou podmínkou abstinence;
- poskytovat konkrétní pomoc vedoucí k redukci konzumace, resp. k dodržení abstinence při dosažení motivace k abstinenci;
- motivovat účastníka k následné péči, vedoucí k redukci sociálních, psychických i somatických škod, které zvýšená konzumace alkoholu způsobila.<sup>5</sup> :

---

<sup>5</sup> Koerkel chápe v tomto smyslu krátkou intervenci (program trvá zpravidla 13 týdnů) jako jakýsi „začátek cesty“ a ve studii, která shrnuje terapeutické výsledky let 1999, 2000 a 2001 uvádí, že 47% absolventů programu vyhledalo po jeho ukončení následnou péči -individuální, skupinovou, rodinnou terapii, párové poradenství, dluhové poradenství apod. (KOERKEL, 2001).

- zprostředkovat účastníkům programu, kterým se nedaří uspokojivě redukovat spotřebu alkoholu, resp. abstinovat, stacionární nebo ambulantní léčbu orientovanou na abstinenci (KOERKEL, 2002h).

Za základní cíl všech programů KKA považuje Koerkel zlepšení kvality života závislého jedince (KOERKEL, 2014).

### **3.5. Struktura terapeutického programu AkT a obsah jednotlivých skupinových setkání**

Základní program zahrnuje tři diagnostické rozhovory (50 min) a deset skupinových setkání (150 min), a to vždy v týdenním odstupu. Celková délka intervence je tedy cca 3 měsíce. Jednotlivá skupinová setkání mají v souladu s jejich kognitivně-behaviorálním charakterem (a na rozdíl od individuální terapie) poměrně přesně stanovenou programovou strukturu, jednotlivé terapeutické postupy mají být pro klienta zcela transparentní, klienti zpracovávají domácí úkoly, využívá se psychoedukativních prvků, prvků autoregulačních technik a technik sebekontroly. Stěžejním součástí terapie je průběžné vedení deníku, klient monitoruje svou spotřebu s ohledem na denní a týdenní množství, počet „suchých“ dní a okolnosti, resp. spouštěče konzumace. I když zatím nejde o žádné omezování, nastavit v tomto smyslu „zrcadlo“ svojí závislosti je pro řadu klientů mimořádně obtížné a jejich podpora a motivace je jedním z největších nároků, které jsou kladeny na schopnosti terapeuta.

Psychologický přístup ke klientovi je v rámci všech intervencí humanistický, v duchu - „spiritu“ MI (jak jsem již podrobně uvedla v úvodu této kapitoly) (KOERKEL, 20012).

První část setkání se klienti společně s terapeutem pravidelně věnují reflexi minulého týdne i jejich aktuálnímu stavu (nejen ve vztahu ke spotřebě alkoholu) a společnému stanovení cílů na následující týden. Velmi důležitým aspektem terapeutické práce je akcentace dosažených úspěchů, ocenění a upevňování víry klienta ve vlastní schopnosti. V případě neúspěchů je důležitá podpora, analýza okolností selhání, spouštěčů cravingu a stanovení nového, realistického cíle (KOERKEL, 2006).

V druhé části každého setkání terapeut zpracovává spolu s klienty stanovená témata. V této části se střídají krátké řízené vstupy terapeuta se spontánní skupinovou odezvou, samostatnou prací klientů, edukativní bloky, skupinovou prací a dalšími technikami (např. hraní

rolí). Tato část má mnoho společných prvků s terapií závislých na alkoholu s cílem abstinence (srov. např. NEŠPOR, 2011).

Každé z deseti setkání má hlavní téma:

- i. Edukativní úvod: základní informace o průběhu terapie, působení ethanolu, obsahu ethanolu v jednotlivých alkoholických nápojích, definice a výpočet standardní jednotky atd;
- ii. Motivace I: individuální podrobná analýza pozitivních a negativních stránek konzumace, upevnění a konkretizace motivačních prvků
- iii. Osobní bilance: spouštěče, okolnosti vedoucí ke snížení spotřeby, analýza „suchých“ dní, resp. dnů s maximální spotřebou;
- iv. Stanovení konkrétních cílů pro následující týden s ohledem na množství, funkci a okolnosti konzumace;
- v. Strategie ke zvládnutí cílů s ohledem na vnitřní a vnější spouštěče
- vi. Rizikové situace, vnější spouštěče
- vii. Zvládnutí relapsu, neúspěchu, zejména vlastní reakce na relaps;
- viii. Stres a individuální práce se stresem, priority, volný čas;
- ix. Řešení problémů, vnitřní spouštěče, automatické myšlenky;
- x. Umění odmítat, rekapitulace úspěchů, plán na další 3 měsíce, zprostředkování následné péče (KOERKEL, aj. 2006).

### **3.6. Výsledky Koerkelových terapeutických intervencí KKA**

#### **3.6.1. První studie z roku 2001 a studie z roku 2006**

Studie z roku 2001 se zaměřovala na první výsledky ambulantního programu AkT, které byly realizovány od října 1999 do června 2001 v Norimberku (KOERKEL, 2001). Studie se účastnilo 58 probandů, 19 žen a 39 mužů, průměrný věk 48 let. Dvě třetiny účastníků splňovaly diagnostická kritéria syndromu závislosti dle MKN–10. Průměrná týdenní spotřeba alkoholu činila 28 standardních jednotek, přičemž tato hodnota u jednotlivých účastníků variovala od 0 do 70 standardních jednotek. Změna konzumace sledované skupiny byla srovnávána s kontrolní



skupinou čekatelů. U sledovaného souboru se týdenní konzumace během programu snížila o průměrně 15 SJ, což představovalo ve srovnání s kontrolní skupinou (týdenní snížení o 0,5 SJ) významnou redukci. Rovněž počet „suchých“ dní v týdnu se zvýšil u účastníků programu o 1,7 dní zatímco u kontrolní skupiny pouze o 0,2 dne.

Téměř polovina účastníků studie (47%) využila po ukončení programu možnost následné péče, ať již orientované na další pomoc při řešení závislosti nebo i další přidružené psychosociální problémy.

Roční kataméza byla v době uveřejnění studie k dispozici pouze u 11 účastníků programu. Po ukončení programu došlo v průběhu prvních šesti měsíců k mírnému zvýšení týdenní spotřeby (průměrně o 2,4 SJ), v následujícím půl roce však opět klesla přesně na úroveň bezprostředně po ukončení programu. Podobný vývoj zaznamenal i počet „suchých dní“ v týdnu. Po počátečním zvýšení (po 6 měsících o 0,5 dne) se hodnota opět snížila na úroveň, které účastníci dosahovali bezprostředně po ukončení programu (KOERKEL, 2001).

Ve studii, kterou Koerkel realizoval v roce 2006, prezentuje výsledky terapeutických intervencí AkT a EkT bezprostředně po ukončení terapie a po uplynutí jednoho roku, přičemž diferencuje účastníky podle míry závislosti. Studie se zúčastnilo 53 probandů s průměrným věkem 49 let a různou mírou závislosti (alkoholici, rizikovní a škodliví konzumenti), diagnostická kritéria syndromu závislosti podle MKN-10 splňovalo 64% z nich. Follow-up studie se zúčastnilo 81% probandů, z nichž 52% vykazovalo významné zlepšení (8% abstinujících a 44% snížilo svou týdenní spotřebu o více než třetinu). Uživatelé se syndromem závislosti vykazovali výraznější zlepšení nežli škodliví a rizikovní uživatelé (týdenní spotřeba nižší než 40 SJ). Tato studie potvrzuje podle Koerkela výsledky dřívějšího výzkumu (srov. např. SOBELLS, 1973), podle něhož syndrom závislosti není kontraindikací pro léčebnou intervenci s cílem KKA (KOERKEL, 2009). Dodává, že „...nějaká magická, snad i biologicky podmíněná hranice, od níž by již kontrolovaný konzum nebyl možný, z výsledků žádné dosavadní studie nevyplývala. Závislí na alkoholu profitují z redukčních programů stejně jako rizikovní, resp. škodliví konzumenti“ (KOERKEL, 2015, s. 168 [vlastní překlad autorky]).

### **3.6.2. Případové studie. Kontrolovaná konzumace jako cíl i jako cesta**

Koerkel zaznamenává anamnestická data a dvouletou katamnézu dvou účastníků ambulantního skupinového programu (AkT), která podle něj charakterizují dva typické postintervenční průběhy. Kontrolovaná konzumace se tak v prvním případě stává

terapeutickým i osobním cílem, v druhém případě představuje důležitý mezikrok na cestě k trvalé abstinenci (KOERKEL aj., 2002c)

*i. Klient H.*

Klient H, 60 let, údržbář, bez předchozí adiktologické intervence. Je vdovec, má tři dospělé děti, je finančně zajištěn, žije ve vlastním bytě. Má partnerku, nesdílí však společnou domácnost. S dětmi i partnerkou má častý kontakt. O možnosti skupinové terapie AkT se dozvídá z novinového článku. Při všech třech diagnostických rozhovorech vyjadřuje výlučný zájem o redukci spotřeby alkoholu, k abstinenci není motivován. Pan H. uvádí jako hlavní důvod ke snížení konzumace především nespokojenost partnerky, hrozbu rozpadu vztahu, časté hádky a jeho neadekvátní reakce pod vlivem alkoholu. Dále udává subjektivní pocity snížené míry koncentrace a výkonnosti, zájmu o volnočasové aktivity, zvýšenou míru zapomnětlivosti autoakuzativních stavů, které přičítá nadměrnému pití. Jeho průměrná týdenní spotřeba činí 37 standardních jednotek, alkohol užívá dlouhodobě každý den, „suchých“ dní není schopen. Podle MKN-10 splňuje 3 diagnostická kritéria syndromu závislosti, přičemž jeho stupeň závislosti lze podle dalších diagnostických nástrojů označit jako lehký. Z lékařské zprávy a dalších dotazníků nevyplývají žádná závažná somatická, psychická nebo sociální narušení, která by byla podmíněna abúzem alkoholu. Na skupinová setkání dochází pravidelně, je jedním z neaktivnějších členů. Reflektuje své osobní vnitřní i vnější spouštěče, ve spolupráci s ostatními členy i terapeuty vytváří strategie zvládnání rizikových situací, věnuje se nácviku odmítání. Ukazuje se, že odmítání je pro něj hlubším tématem, a to nejen ve vztahu k alkoholu.

Svou výchozí spotřebu se mu daří snížit ze 35 SJ týdně na 13 SJ, přičemž dodržuje jeden až dva „suché“ dny v týdnu. Hodnota enzymu GGT klesá z 44,8 (před zahájením programu) na 15,0 (po ukončení programu). Po šesti měsících se mu daří udržet limit týdenní spotřeby, co do množství, hodnota GGT dále klesá, ovšem daří se mu udržet průměrně pouze dva „suché“ dny za měsíc. Některé dny překračuje svůj osobní cíl 2-3 SJ, tyto výkyvy ovšem kompenzuje sníženou konzumací v následujících dnech, tak aby zůstal limit jeho týdenní spotřeby nedotčen. Pan H. vnímá podporu ze strany své partnerky (např. společné abinentní večery, oceněňování jeho snahy atd.) a velmi ji oceňuje. Po dvanácti měsících týdenní spotřeba pana H. lehce vzrůstá na 15 SJ, stoupá i hodnota GGT na 19,9. Klient kompenzuje překročení svých vlastních denních limitů zvýšením počtu „suchých dní“ (v průměru 3 během 14 dní).

Panu H. je doporučena účast na svépomocných skupinách, které začne pravidelně navštěvovat. Subjektivně udává, že se cítí dobře, nepříjemné symptomy spojené s abúzem ustoupily, jeho výkonnost se zvýšila, došlo i k harmonizaci rodinných vztahů. Pana H. nejvíce

motivuje vědomí, že je již dlouhodobě schopen zvládnout svůj týdenní cíl a že má nástroj k tomu, jak případný laps kompenzovat a vyrovnat se tak s pocitem, že selhal. Výslovně říká, že jeho dřívější samostatné pokusy o abstinenci ztroskotaly po prvním selhání, které v něm vždy vyvolalo trýznivé pocity viny a snížené sebeúcty. Následně měl tendenci reagovat prudkým zvýšením spotřeby, ve smyslu: „ted' už je to stejně všechno jedno“, což postupně oslabovalo víru v jeho vlastní schopnosti a motivaci.

Z katamenstického šetření po 24 měsících vyplývá, že pan H. snížil týdenní spotřebu na původních 13 SJ, s tím, že během posledních 12 měsíců zaznamenal zhruba 5 týdnů, kdy dosáhla spotřeba hodnoty 20-25 SJ. Je pozitivní, že tyto relapsy byly spojeny pouze s výjimečnými událostmi typu narozeninových oslav a Silvestra. Pan H. se cítí nadále dobře, hodlá pokračovat v účasti na svépomocné skupině, další následnou péči nevnímá jako potřebnou (KOERKEL, 2002).

## ii. Pan A.

Klient A., 56 let, softwarový specialista. Je ženatý, dvě dospělé děti, je nadstandardně finančně zajištěn. S příbuznými a přáteli udržuje pravidelné a časté kontakty. O možnosti skupinové terapie AkT se dozvídá z novinového článku. Pan A. uvádí jako důvod k redukci spotřeby alkoholu především zvýšenou iritabilitu vedoucí k častým verbálním útokům na jeho manželku, které v posledním případě vyvrcholily i jejím fyzickým napadením. Za poslední dva roky sleduje v profesní oblasti sníženou míru koncentrace a výkonnosti. Uvádí poměrně vysokou týdenní spotřebu, průměrně 61,6 SJ, „suché dny“ jsou výjimkou. O víkendu pije výrazně méně. Podle MKN-10 splňuje 4 diagnostická kritéria syndromu závislosti. Tělesný odvykací syndrom neudává, z lékařské zprávy nevyplývá žádné somatické poškození, hodnoty GGT jsou v normě. Při diagnostických rozhovorech působí pan A. velmi nejistě a uzavřeně. Abstinční cíl vehementně odmítá, není schopen si představit jiný způsob, jak by odpoledne a večer odbourával stres, který je spojen s jeho pracovním dnem.

V rámci skupiny se pan A. začíná projevovat velmi aktivně a otevřeně, již po čtyřech setkáních se mu daří redukovat denní spotřebu z původních cca 9 SJ na 4,5 SJ, přičemž o víkendech abstinuje. Hlavním terapeutickým tématem je zvládání stresu a hlubší reflexe životních priorit. V dalších týdnech se mu nedaří denní spotřebu snižovat, a ačkoliv sám udává, že se během víkendové abstinence cítí po fyzické i psychické stránce jako „znovuzrozený“, na počátku pracovního týdne opět podlehně dřívějšímu vzorci chování. Na konci programu je již schopen tři dny v týdnu abstinovat, ve zbývajících dnech konzumuje průměrně 4,5 SJ denně.

Tuto situaci nepovažuje za uspokojivou, avšak možnost následném péče odmítá, s tím že se pokusí svépomocí během následujících šesti měsíců snížit denní spotřebu na maximálně 2-3 SJ.

Z katamnestického šetření vyplývá, že se po půl roce denní spotřeba mírně zvýšila (5 SJ), pan A. již však není schopen dodržovat „suché dny“ a proto výrazně vzrůstá týdenní spotřeba (35 SJ). S tím souvisí i opětovné napětí ve vztahu i v profesní oblasti. Pan A. dochází k poznání, že bez pravidelné účasti ve skupině není samostatné redukce schopen. Souhlasí s nástupem do individuální terapie, během prvního setkání si již pohrává s myšlenkou na trvalou abstinenci. Ke změně jeho stanoviska ho podle jeho slov dovádí pozitivní zkušenost s abstinentskými dny. Terapeut pomáhá klientovi formou motivačních rozhovorů toto rozhodnutí upevnit a doporučuje stacionární léčebnou intervenci, kterou pan A. za podpory své rodiny skutečně osm měsíců po ukončení programu AkT zahajuje.

Z katamnestického výzkumu, který byl realizován po 12 a po 24 měsících vyplývá, že se panu A. daří abstinenci dodržet.

Koerkel poukazuje na to, že oba výše uvedené případy mají několik společný aspektů. Oba klienti byli ochotni vyhledat psychosociální pomoc pouze za podmínky, že jim bude ponechána možnost otevřené volby terapeutického cíle. V obou případech se také podařilo „položít výhybku“ v situaci, kdy jejich závislost ještě nebyla ve zcela devastujícím stádiu. Koerkel zdůrazňuje, že jeho koncepce KKA si nenárokují žádný ideologický dogmatismus, jejím hlavním cílem je zapojit do systému psychosociální pomoci osoby, které ji potřebují a zlepšit tak kvalitu jejich života (KOERKEL, 2010).

## 4. NON-ABSTINENTNÍ LÉČBA V 21.STOLETÍ, SOUČASNÝ VÝZKUM

### 4.1. Nejrozšířenější formy non-abstinentní léčby v 21. století

Léčebné intervence s otevřeným terapeutickým cílem se v průběhu své více než padesátileté historie vyvíjely, jejich konkrétní obsah ovlivňovaly různé psychoterapeutické směry. Využívalo se prvků behaviorálních terapií jako je např. klasické podmiňování, observační učení, expozice, dále práce s kognitivními automatismy, prvky motivační psychologie a psychologie seberegulace. Nepříliš rozšířené jsou např. psychoanalytické intervence k redukci spotřeby alkoholu (ROSENBERG, 2004).

V současné době se v tomto ohledu etablojí tři intervenční formy. Nejrozšířenější jsou již od 70. let terapeutické programy nesoucí souhrnný název *Behavioral Self Control Training* (BSCT), k nimž se řadí i Koerkelova koncepce *Kontrolliertes Trinken* (KOERKEL, 2015), kterou jsem podrobně představila v předcházející kapitole. Proto je také BSCT předmětem nejvíce studií, které prověřují účinnost non-abstinentní léčby závislosti. Další, z hlediska účinnosti častěji diskutovanou formou intervence, je tzv. *Moderation oriented cue exposure* (MOCE), terapie s prvky expozice rizikovým podnětům pod terapeutickým dohledem. MOCE využívá i dalších metod, které jsou podobné s BSCT, pracuje například také s vyhodnocováním spouštěčů a vytvářením strategií ke zvládnutí nebezpečných situací (SALADIN, 2004). Z hlediska účinnosti je na tom expoziční terapie víceméně srovnatelně jako BSCT, její nevýhodou však zůstává velká náročnost na terapeutický personál (KOERKEL, 2015). Zatímco oba výše zmíněné programy jsou svým obsahem více či méně behaviorálního charakteru, krátkodobé terapie, které jsou známé pod názvem *Guided Self-Change* (GSC), obsahují prvky především kognitivní psychologie. Závislí pod terapeutickým vedením mění přesvědčení o sobě a o funkci alkoholu pro vlastní život. Tato metoda nebyla podrobně ověřena, existují pouze 3 studie efektivity s delším katamnestickým obdobím, které ukazují, že se jedná o program vhodný především pro škodlivé uživatele (SALADIN, 2004).

Kontrolovaná konzumace, resp. otevřenost terapeutického cíle, je předmětem několika tisíc zahraničních článků, studií a publikací. V rámci této kapitoly pracuji se sborníkem, který shrnuje současné poznatky o kontrolované konzumaci „*Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens*“ (KLINGEMANN, aj. 2004) a s rozsáhlým narativním přehledem Saladina a Santa Clary „*Controlled Drinking: More Than Just*

a *Controversy*“ (SALADIN, aj. 2004), který mapuje vývoj tohoto tématu především po roce 2000. Dále se opírám o Waltersovu statistickou metaanalýzu „*Behavioral Self Control Training for problem Drinkers: A meta-analysis of randomised control studies*“, která shrnuje výsledky 17 randomizovaných kontrolních studií k účinnosti programů BSCT (WALTERS, 2001) a je jedním z nejcitovanějších zdrojů k tomuto tématu. V textu dále využívám Adamsonovu analýzu výsledků nejrozšířenější britské studie alkoholismu „*United Kingdom Alcohol Treatment Trial - UKATT*“ z roku 2001 (ADAMSON, 2010).

Výše uvedené zdroje doplňuji zatím nejnovějším a nejrozsáhlejším systematickým přehledem „*Kontrolliertes Trinken bei Alkoholstörungen: Eine systematische Uebersicht*“, který uveřejňuje tým Joachima Koerkela. Podkladem této přehledové práce byla rozsáhlá rešerše v databázích PsycINFO, Psyn dex a Medline, jejímž výsledkem byla identifikace 2595 příspěvků k tomuto tématu. Po vyřazení dublet a irelevantních příspěvků zahrnují autoři do své systematické review 676 publikací (KOERKEL aj., 2015).

## **4.2. Současný výzkum účinnosti léčebných intervencí s otevřeným terapeutickým cílem**

Z Waltersovy metanalýzy vyplývá, že léčebné intervence BSCT jsou bezprostředně po jejich ukončení účinnější, nežli ostatní intervence s otevřeným cílem a co do výsledku srovnatelné s programy, které jsou orientované na abstinenci. Z katamnestických šetření ( $\geq 1$  rok) vyplývá, že BSCT vykazují z dlouhodobého hlediska mírně lepší výsledky, nežli klasická léčba (WALTERS, 2001). Je však třeba poznamenat, že tento údaj není vzhledem k počtu srovnávaných studií ( $n=6$ ) významný (SALADIN, 2004).

Adamson dochází na základě analýzy výsledků UKATT k analogickým závěrům. Z ročního katamnestického šetření dvou mnohem rozsáhlejších souborů probandů, kteří podstoupili léčbu s cílem abstinence (soubor A,  $n=357$ ) a léčbu s cílem KKA (soubor Non-A,  $n=316$ ) vyplývá, že jsou obě intervence co do výsledku víceméně srovnatelné. Zkoumanými proměnnými byl počet „suchých“ dní, počet standardních jednotek během konzumačního dne a závažnost závislostní symptomatiky (podle Leeds Dependence Questionnaire). „Abstinentní“ soubor A vykazoval po 12 měsících lepší výsledek co do počtu „suchých dní“ zatímco výsledky screeningu LCD a redukce spotřeby během konzumačního dne byly po 12 měsících v obou souborech téměř shodné. Dále se zkoumala úroveň změny podle kategorií: abstinence, kontrolovaná konzumace, výrazné zlepšení, určité zlepšení, beze změny a zhoršení. Ze souboru

A splnilo terapeutický cíl 21, 7% respondentů, ze souboru Non-A 29,7% respondentů. Pokud ovšem budeme za úspěch v souboru A považovat nejen abstinenci, ale i redukci spotřeby na úroveň KKA, pak vykazuje soubor A mírně lepší výsledek (29,5%). Po roce udává 46,1% respondentů ze souboru A návrat k původním konzumačním vzorcům chování, popř. zhoršení stavu, zatímco v souboru non A pouze 40,2%. Lze tedy shrnout, že z Adamsonovy analýzy nevyplývá co do zkoumaných kategorií žádný významnější rozdíl, přičemž terapie orientované na abstinenci vykazují po roce mírně lepší výsledky co do počtu abstinujících a kontrolovaně konzumujících probandů (ADAMSON 2010).

Adamson však poznamenává, že probandům byla ohledně cíle léčby ponechána zcela svobodná volba a žádný z nich nebyl pro intervenci KKA předem kontraindikován. Pro kontrolovanou konzumaci se rozhodli uživatelé s vyšší mírou závislosti. Adamsonova dřívější studie „*Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review*“ z roku 2009 potvrdila, že významným prediktorem úspěchu léčby alkoholismu je míra závislosti a úroveň mentálních schopností závislého (srov. ADAMSON, 2010).

Koerkel uvádí, že ze souhrných analýz výsledků katamnestických šetření ( $\geq 1$  rok) vyplývá průměrná procentuální míra úspěšnosti programů KKA 65%, přičemž za úspěch se považuje úprava spotřeby na míru KKA či přechod k abstinenci. Poznamenává však, že se jedná o aritmetický průměr, do tohoto souhrného výsledku byly zahrnuty různé typy intervencí co do délky i intenzity, pracovalo se s různými stupni závislosti a s různými časovými intervaly po ukončení léčby a spektrum úspěšnosti je z toho důvodu značně variabilní (25% - 90%) (KOERKEL, 2015).

#### **4.2.1. Kvalita terapeutického vztahu, přístup ke klientovi**

Vzhledem k tomu, že byly výsledky absolventů programu BSCT významně lepší nežli výsledky kontrolní skupiny, která neabsolvovala žádnou léčbu, předpokládá Walters i značný vliv souběžných efektů jako je terapeutický vztah, resp. skupinová soudržnost (WALTERS, 2001). Koerkel doplňuje, že podle závěrů novější studie Millera a Moyersové „*The forest and the trees: Relational and specific factors in addiction treatment*“ z roku 2014 je kvalita terapeutického vztahu nejvýznamnějším faktorem, který ovlivňuje úspěch závislostní terapie, a to bez ohledu na formu a cíl intervence (KOERKEL, 2015).

Walters dále uvádí, že důležitou podmínkou pro realizaci terapeutické změny je zohlednění klientových osobních postojů a víry ve schopnost dosáhnout stanoveného cíle. Subjektivní vnímání hodnoty abstinence, resp. kontrolované konzumace a možnost svobodné

volby mezi terapeutickým cílem jsou dle Walterse významným prediktorem úspěchu léčebné intervence. Proto by měla být před zařazením závislého do konkrétního druhu terapie věnována zvýšená pozornost podrobné analýze jeho vlastních pohnutek a hodnot, motivačních faktorů a míry důvěry ve vlastní schopnosti. Významným posilujícím motivačním faktorem v léčbě závislého je jeho vlastní zkušenosti s tím, že je schopen konzumaci ovládat. Získaná sebedůvěra se osvědčuje zejména v situacích, kdy dojde k lapsu a je dobrý prediktorem toho, že tato situace nevyústí v těžký relaps (WALTERS, 2000). Tento fakt dobře ilustruje Koerkelova případová studie pana H., kterou jsem uvedla v předchozí kapitole.

Koerkel klade kvalitu terapeutického vztahu rovněž na přední místo a uvádí příklady různých studií, z nichž vyplývá, že klienti, kteří si zvolí za cíl kontrolovanou konzumaci mají vyšší míru sebedůvěry co do schopnosti vytýčeného cíle dosáhnout, nežli klienti zařazení do programu s abstinenčním cílem (KOERKEL, 2015).

#### **4.2.2. . Cílová skupina**

Walters upozorňuje na značnou nejednotnost analyzovaných příspěvků v otázce, zda z programu BSCT profitují více riziková a škodliví konzumenti, nežli klienti se syndromem závislosti.

Na základě výsledků longitudinální studie efektivity BSCT „*Long-term follow-up of behavioral self-control training*“ z roku 1983 předložil Miller odborné veřejnosti tzv. „*Severity of dependence hypothesis*“, podle níž je míra úspěšnosti terapie nepřímo úměrná míře závislosti klienta (srov. např. KOERKEL, 2015). Sobellovi tuto hypotézu přejali a ve své souhrnné práci „*Controlled Drinking after 25 years: How important was the great Debate?*“ formulují později často přijímaný závěr: „...recoveries of individuals who have been severely dependent on alcohol predominantly involve abstinence“ (SOBELLS, 1995, s. 1149). Walters uvádí, že tuto Millerovu hypotézu integrují do svých přehledových studií k tématu KKA i další autoři. Například Harold Rosenberg ve svém příspěvku „*Predictions of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers*“ z roku 1993 již hypotézu o míře závislosti předkládá jako tezi (WALTERS, 2000 ).

Z většiny studií však podle Walterse vyplývá, že úspěšnost terapie nekoreluje se stupněm závislosti: „The extent, severity, and chronicity of problem drinking appears to have little bearing on who will and will not profit from enrollment in a program of behavioral self control training“ (WALTERS, 2000, s. 145). Ke stejnému výsledku dochází Saladin (SALLADIN aj., 2004) i Koerkel (KOERKEL, 2009). Koerkel dodává, že Millerova hypotéza



vychází z výsledků studie, která se neopírala o kontrolní skupinu s léčbou orientovanou na abstinenci a problematizuje vágní pojem „chronický nebo těžký alkoholik“. Zároveň však dodává, že těžcí alkoholici nejsou indikováni pro standardní BSCT vzhledem k formě, délce a intenzitě terapie a souhlasí, že pro závislé s těžkým tělesným odvykacím syndromem je abstinence metodou první volby (KOERKEL, 2015).

Rosenberg svoje přesvědčení po uveřejnění Waltersovy metanalýzy částečně relativizuje s odůvodněním, že stanovit přesnou míru závislosti probanda je na základě stávajících diagnostických pomůcek téměř nemožné. Zároveň předpokládá, že i mezi „těžkými“ alkoholiky existuje celá řada typů a připouští, že se některým z nich může podařit svoji spotřebu dlouhodobě snížit (ROSENBERG, 2004a). Sobellovi na indikaci terapie kontrolovaného konzumu pro mírnější stupně závislosti trvají i v novějších příspěvcích, i když připouští, že je výzkum v této oblasti značně nejednotný (SOBELLS, 2011). Lze se domnívat, že tento postoj ovlivnila i nepříjemná zkušenost, kterou Sobellovi učinili se svým experimentálním výzkumem, který byl zaměřen na alkoholiky v nejtěžším stadiu.

#### **4.2.3. Farmakoterapie a terapie KKA**

Vývoj v oblasti farmakoterapie závislosti na alkoholu je víceméně analogický k vývoji, kterým procházely koncepce terapeutických intervencí. Zatímco dřívější farmaka, používaná k chemické averzi a senzitivaci, podporovala výhradně abstinenci závislého, novější preparáty snižující craving a subjektivní požití z užití alkoholu mohou být vhodným doplňkem nejen abstinence intervence, ale i programů s otevřeným terapeutickým cílem (KOERKEL, 2015).

Podstatou averzivní terapie bylo podávání silných emetik (mezi nejznámější patří apomorfín) a následné spojení s některou z podstatných charakteristik alkoholu (vůně, chuť vzhled). Silná nevolnost, zvracení a další nepříjemné pocity měly vyvolat podmíněnou reakci odporu vůči alkoholu. Zatímco chemická averzivní terapie již patří historii, léky zvyšující vnímavost organismu vůči alkoholu (disulfiram, známý pod názvem antabus) mají své místo při léčbě závislosti s jistými rozpaky dodnes. Aplikace disulfiramu a současné požití alkoholu vyvolá velmi nepříjemný somatický stav, který je charakteristický nejen nauzeou a zvracením, ale i kolísáním krevního tlaku, tachykardií, resp. kolapsovými stavy. Pacient má přirozeně z takové reakce obavy a proto raději abstinuje. Princip této terapie je z řady důvodů kritizován, nejčastěji kvůli nemožnosti přesně ovlivnit intenzitu reakce, takže může v některých případech dojít i k poškození zdraví pacienta (DVOŘÁČEK aj., 2015).

Zásadním průlomem se ve farmakologické léčbě závislosti stává zavedení anticravingových léků, především naltrexonu a nalmefenu, které jsou dostupné i na českém trhu. Tato farmaka lze totiž využít nejen při abstinenčně orientované léčbě, ale i při intervencích vedoucích k redukci spotřeby alkoholu. Naltrexon je opioidní antagonist s dlouhodobým účinkem, který blokuje vznik euforie. Významně snižuje frekvenci a množství požitého alkoholu, craving a odměňující účinek alkoholu (ŠVESTKA, 2005). Španělský adiktolog Rubio realizoval studii s cílem zjistit, zda naltrexon zvyšuje efektivitu BSCT programů k redukci spotřeby alkoholu. Sledoval dva soubory (n=30) pacientů s podobnými užívateľskými vzorci chování, kteří absolvovali tříměsíční program BSCT s cílem kontrolované konzumace. U probandů v prvním souboru (NXT soubor) byl terapeutický program doplněn farmakoterapií (probandi užívají jednu tabletu naltrexonu – 50 mg denně), probandi v druhém souboru (Non-NXT soubor) absolvovali pouze terapeutický program bez farmakoterapie. Během léčby vykázali účastníci podporovaní naltrexonem významně nižší úroveň cravingu, z ročního katamnestického šetření vyplývá, že se u souboru NXT významně snížil počet dní s překročeným konzumačním limitem, počet „suchých“ dní se zvýšil a subjekty udávali jednoznačně nižší úroveň cravingu. Na základě těchto údajů označuje Rubio naltrexon jako vhodný doplněk terapeutické intervence s cílem kontrolované konzumace alkoholu (RUBIO, 2002).

Novější Nalmefen (známý pod obchodním názvem Selincro) je opioidní antagonist, který výrazně omezuje subjektivní požitky z konzumace alkoholických nápojů, a to zejména na chuťové úrovni. Je indikován přímo ke snížení spotřeby alkoholu u dospělých osob, abstinence v rámci této farmakoterapie není vyžadována. Koerkel považuje zejména nalmefen za velmi efektivní doplněk terapeutických intervencí s otevřeným cílem, v této oblasti je však ještě třeba podpořit dosavadní pozitivní výsledky dalším výzkumem (KOERKEL, 2015).

#### **4.3.4. Shrnutí**

Na základě předložených studií se tedy zdá, že programy s otevřeným terapeutickým cílem vykazují víceméně srovnatelné výsledky, jako programy orientované na abstinenci. Otázka indikace a kontraindikace vzhledem k závažnosti závislostního onemocnění nebyla spolehlivě prokázána, zdá se však, že v praxi jsou chroničtí alkoholici indikováni pro abstinenci léčbu (KOERKEL, 2002). Programy s otevřeným terapeutickým cílem favorizuje především fakt, že do systému psychosociální pomoci „přitahují“ i osoby, které systém tradiční léčbu závislosti odmítají. Mají tak své pevné místo i na poli sekundární prevence.

Walters připouští, že studiím efektivity KKA bývá vytýkán jejich zatím omezený rozsah co do počtu studií a délky katamnestického období. Je však přesvědčen, že by bylo přínosnější zanechat úmorného sporu, jestli je lepší intervence s otevřeným cílem nebo s cílem striktně formulovaným a zaměřit síly a omezené výzkumné zdroje na studium faktorů, které ovlivňují reakce klienta na léčbu závislosti, a to bez ohledu na její terapeutický cíl (WALTERS 2000). Koerkel otázku upřednostňování jedné metody před druhou zásadně odmítá. Programy KKA vidí jako užitečné doplnění tradičních postupů orientovaných na abstinenci, které mají při léčbě závislosti nezastupitelné místo (KOERKEL, 2014).

## 5. AKCEPTACE KONTROLOVANÉ KONZUMACE JAKO TERAPEUTICKÉHO CÍLE VE SVĚTĚ

Ke zjištění míry akceptace kontrolované konzumace alkoholu byla realizována celá řada výzkumů. Odborná kritika a posléze zejména mediální bouře, která doprovázela po dlouhá léta po jejím uveřejnění studii manželů Sobellových (SOBELLS, 1973) ve Spojených státech, ovlivnila přístup k tomuto tématu po mnoho dalších desetiletí. V současnosti akceptuje v USA kontrolovanou konzumaci jako konečný terapeutický cíl při léčbě závislosti pouze zhruba 12% adiktologických pracovišť, a to výhradně při ambulantní formě terapie (ROSENBERG, 2004b). Je zajímavé, že ačkoliv australští psychologové Lovibond a Caddy došli ke srovnatelným výsledkům ještě o tři roky dříve (LOVIBOND aj., 1970), nevyvolala jejich práce žádný zřetelnější negativní ohlas a v současné době je na tomto kontinentě otevřenost terapeutického cíle při léčbě závislosti široce přijímaným modelem.

Donovan a Heather realizují v roce 1997 výzkum míry akceptace kontrolovaného konzumu mezi adiktologickými zařízeními ve státě New South Wales a docházejí k souhrnému zjištění, že 72% terapeutů považuje kontrolovanou konzumaci za vhodný cíl léčby alespoň pro určitou část své klientely (ROSENBERG, 2004). V Evropě je situace velmi rozdílná. Zatímco zejména ve východní Evropě není téma kontrolovaná konzumace příliš diskutované, v severovýchodních zemích, Švýcarsku a Holandsku má otevřenost terapeutického cíle pevné místo v systému adiktologické pomoci závislým. Duckert například v roce 1989 zjišťuje, že v Norsku nabízí pacientům možnost svobodné volby 90% ambulantních terapeutů a 59% stacionárních léčeben (KOERKEL, 2015). V Německu pracuje v současnosti asi 1400 ambulantních terapeutů s programy KKA podle konceptu Joachima Koerkela. Z šetření mezi 84 vedoucími pracovníky AT ambulancí v Bavorsku vyplývá, že u rizikových a škodlivých konzumentů akceptuje kontrolovanou konzumaci 62% pracovišť a u závislých alkoholiků 33% pracovišť (DRINKMANN, 2015).

Zajímavé výsledky přináší studie realizovaná v Japonsku mezi členy *Japanese Society of Alcohol-Related Problems*, kde kontrolovanou konzumaci akceptuje jako dočasný cíl 64,8% a jako konečný cíl 31,5% adiktologů s lékařským vzděláním (KOERKEL, 2015).

Je obtížné provést zjednodušené srovnání akceptace kontrolovaného konzumu mezi zeměmi, v nichž proběhla výzkumná šetření. Jednotlivé studie totiž poptávají různé typy zařízení, v různých obdobích, liší se výzkumné otázky, pouze v některých studiích je zohledněn

rozdíl mezi závislými alkoholiky a škodlivými konzumenty, akceptací kontrolované konzumace jako přechodného, resp. konečného cíle, atp.

Situaci ve vybraných zemích můžeme zobrazit pomocí grafu, který sice nemá z výše zmíněných důvodů přesnou výpovědní hodnotu, ale poskytuje alespoň jakýsi hrubý přehled. Pro tyto účely využijí především údaje z přehledových prací Koerkela a Rosenberga (KOERKEL, 2015; ROSENBERG, 2004). V rámci jednotlivých studií byla zjišťována míra akceptace non-abstinentních cílů, respondenti z řady jednotlivých adiktologických pracovišť (blíže viz legenda) byli tázáni na postoj k non-abstinentnímu cíli léčby u jejich pacientů. U většiny studií byla otázka diferencována na akceptaci KKA jako přechodného cíle a konečného cíle. Graf zachycuje pouze míru akceptace kontrolované konzumace jakožto konečného cíle a zachycuje vybrané výsledky následujících studií:

Německo	DRINKMANN, A. a LETTL, B. Die Akzeptanz von kontrolliertem Konsum als Behandlungsziel unter Suchthilfefachkräften in Bayern. <i>Suchttherapie</i> , 2015
USA	DAVIS, Alan K. a ROSENBERG, Harold. Acceptance of non-abstinence goals by addiction professionals in the United States. <i>Psychology of Addictive Behaviors</i> , 2013
Velká Británie	ROSENBERG, Harold a. MELVILLE, John. Controlled drinking and controlled drug use as outcome goals in British treatment services. <i>Addiction Research &amp; Theory</i> , 2005
Švýcarsko	KLINGEMANN, Harald a. ROSENBERG, Harold. Acceptance and therapeutic practice of controlled drinking as an outcome goal by Swiss alcohol treatment programmes. <i>European addiction research</i> , 2009
Kanada	ROSENBERG, HAROLD a. DEVINE, ERIC G.; ROTHROCK, Nan. Acceptance of moderate drinking by alcoholism treatment services in Canada. <i>Journal of studies on alcohol</i> , 1996
Japonsko	HIGUCHI, Susumu, et al. Acceptance of controlled drinking among treatment specialists of alcohol dependence in Japan. <i>Alcohol and alcoholism</i> , 2014
Francie	LUQUIENS, A.; REYNAUD, M.; AUBIN, H. J. Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists. <i>Alcohol and alcoholism</i> , 2011
Finsko	REHM, Jürgen, et al. Alcohol dependence treatment in the EU: a literature search and expert consultation about the availability and use of guidelines in all EU countries plus Iceland, Norway, and Switzerland. <i>The International Journal of Alcohol and Drug Research</i> , 2013

GRAF

## 6. TÉMA OTEVŘENOSTI TERAPEUTICKÉHO CÍLE V ČESKÉ REPUBLICE

Významný český adiktolog Skála, jehož jméno bývá synonymem pro striktní abstinenci, závislost za nemoc v klinickém slova smyslu nepovažoval. Chápal jí jako naučené chování, které je posilováno schopností alkoholu změnit nepříjemné psychické stavy a vyvolat euforii. Ačkoliv považuje trvalou a důslednou abstinenci při léčbě závislosti za primární, možnost kontrolované konzumace alkoholu pro určitý typ alkoholismu nevyklučuje. Vychází přitom Jellinekovy klasifikace alkoholiků a uvádí, že: „...alternativa kontrolované konzumace přichází v úvahu při abúzu typu alfa a beta, a to spíše u mladých a svobodných osob do 30 let, než u osob starších, ženatých s odpovědností k rodině“ (SKÁLA, 1987, s. 80).<sup>6</sup>

Ke zjištění tematizace kontrolované konzumace alkoholu v české odborné literatuře jsem realizovala v květnu 2016 rešerši v databázích: EBSCO, Google Scholar, Books.google a Web of SCIENCE, přičemž jsem sledovala klíčová slova: „kontrolovaná konzumace alkoholu“, „kontrolovaný konzum alkoholu“, „kontrolované pití“, „umírněné pití“, „pití s mírou“, „alkohol pod kontrolou“.

Toto téma je zmíněno v některých novějších člancích a příspěvcích z adiktologických konferencí. Prozatím jsem však nenalezla žádnou publikaci, která by se věnovala výhradně tomuto tématu. Výjimku tvoří bakalářská práce studentky adiktologie E. Novákové, která vznikla pod vedení primáře Kliniky adiktologie 1. Lékařské fakulty, Petra Popova, v roce 2015. V témže roce přednesla spolu s Popovem k tomuto tématu příspěvek na Adiktologické konferenci v Seči. Výchozí bodem pro její práci je fakt, že se Česká Republika v celosvětovém srovnání spotřeby alkoholu drží konstatně na prvních příčkách, přičemž tradiční adiktologická koncepce je založena na striktní, doživotní abstinenci. Podrobnou analýzou výsledků šesti zahraničních studií (z nichž jedna je Koerkelova studie z roku 2006) odpovídá na výzkumnou otázku, zda existuje množina uživatelů, pro něž je kontrolovaná konzumace vhodným terapeutickým cílem. Zjišťuje, že pro určitou klientelu se tento druh intervence prokazuje jako přínosný, což by mělo mít za důsledek budoucí rozšíření možností terapeutické práce se závislými (NOVÁKOVÁ, 2015).

---

<sup>6</sup> Tématu vývoje pojetí závislosti v ČR jsem se věnovala pouze okrajově, protože obsahově zcela přesahuje rámec mé práce. Zdá se však, že některé myšlenky Skály a Rubeše byly ve srovnání s vývojem v USA na svou dobu velmi pokrokové.

Petr Popov přednesl příspěvek o nutnosti reformy systému léčebných intervencí pro závislé na AT konferenci již roce 2012. Podle Popova je úplná a trvalá abstinence pro řadu pacientů obtížně představitelný, natož dosažitelný cíl. Někteří pacienti nejsou k úplné abstinenci rozhodnutí, což je jeden z důvodů, proč specializované adiktologické pracoviště vůbec nenavštíví, svou léčbu oddalují a závislost prograduje. Podle Popova je třeba urychleně doplnit současný způsob léčby alkoholové závislosti o postupy zvyšující dostupnost a efektivitu léčby. Nezastupitelné místo zde mají programy HR a intervence s otevřeným terapeutickým cílem (POPOV, 2012). Klinika adiktologie nabízí na svých internetových stránkách *“Alkohol pod kontrolou”* svépomocný online program, který uživatele provází třemi fázemi – fází motivační, fází změny a fází prevence relapsu – a jehož cílem je redukce spotřeby alkoholu na úroveň kontrolované konzumace. Nespornou výhodou tohoto programu je jeho dostupnost a anonymita (KLINIKA ADIKTOLOGIE, 2015).

Vacek považuje programy s otevřeným terapeutickým cílem za vhodné doplnění tradiční abstenenční léčby. Zařazuje programy kontrolované konzumace mezi intervence určené k minimalizaci rizik spojených s nadměrným užíváním alkoholu (VACEK, 2012).

Nešpor je velkým propagátorem abstinence a svépomocné organizace Anonymní alkoholici. Připouští však, že pro úzkou skupinu uživatelů může být pití s mírou vhodným cílem léčby. Ve své prakticky orientované příručce *“Jak překonat problémy s alkoholem”* tomuto tématu věnuje jednu kapitolu a předkládá v ní konkrétní rady, jak konzumaci svépomocí omezit a jak hladinu intoxikace kontrolovat. Doporučuje každému, kdo by chtěl začít pít s mírou předchozí *“třicetidenní alkoholovou dietu”*, opírá se přitom o koncepci kontrolované konzumace podle G. A. Marlatta (NEŠPOR, 2004).

K tomu je možné podotknout, že podle zjištění shrnující Koerkelovy analýzy nebyl vliv předchozí časově omezené abstinence na efektivitu následné terapeutické intervence KKA prokázán (KOERKEL, 2015).

Kritikou koncepce závislosti jako nemoci, ale zejména vlivem tohoto chápání na konkrétní podobu léčby, se zabývá ještě o několik let dříve Radimecký. Spor mezi odpůrci a zastánci konceptu závislosti jako nemoci podle něj totiž není pouhou akademickou disputací, nýbrž má praktické důsledky, ovlivňující přístup k závislému na úrovni individuální, komunitní a intervenční (RADIMECKÝ, 2005). Radimecký připouští, že pojetí závislosti jako nemoci pomáhá v domácím prostředí měnit odmítavý postoj veřejnosti a represivních složek ke vnímání závislého jedince, což je důležité zejména u drogové závislosti. S tímto odsuzujícím postojem, který akcentuje míru osobního zavinění na vzniku závislosti, upřednostňuje represii před pomocí a je zcela poplatný moralistickému náhledu, se totiž setkáváme dodnes, a to nejen u laické



veřejnosti (RADIMECKÝ, 2007). Je příznačné, že ostrakizovaná je zejména drogová závislost, se kterou nemá většinová společnost osobní zkušenost.

Upozorňuje však, že koncept nemoci implikuje celou řadu negativních faktorů a je přesvědčen, že je jako základ pro moderní formu léčby závislosti neudržitelný. Kromě toho, že se dosud nepodařilo tezi o biologické odlišnosti závislých prokázat a jeví se tak jako nevědecká, vidí Radimecký hlavní deficit medicínského pohledu v jednostranném zaměření léčby. Je přesvědčen, že by účinná intervence měla zasahovat nejen rovinu biologickou, ale v mnohem širší míře i rovinu psychologickou a sociální, což zatím není v rámci v medicínském modelu psychiatrické péče z důvodu přístupu zdravotních pojišťoven dostatečně realizovatelné (RADIMECKÝ, 2007).

Ve svém příspěvku „*Úzdava bez léčby, léčba bez údravy – je to možné?*“, který přednesl na konferenci Úzdava a drogy v roce 2015, shrnuje Radimecký hlavní důsledky obou pojetí závislosti takto:

<b>Závislost jako nemoc</b>	<b>Závislost jako naučené chování</b>
Biologické faktory jsou primární	Nevýznamnější roli hrají sociální vztahy a vliv prostředí.
Nelze vyléčit, jediným východiskem je doživotní abstinence od návykové látky	Lze přeučit ve smyslu kontrolovaného užívání (i když ne u všech uživatelů)
Experti na léčbu jsou lékaři a zdravotníci	Expertem je sám uživatel s pomocí multidisciplinárního týmu
Nemocní jsou považováni za bezmocné, bez lékařské pomoci svoji situaci nemohou změnit	Nedirektivní, partnerský přístup k závislému
Závislý je pro společnost přijatelnější, jeho závislost je „omlouvána“ nemocí	Pro společnost méně přijatelné, odpovědnost je na straně závislého

(RADIMECKÝ, 2015)

Další významný tématem je v této souvislosti rozšíření spektra nabídky pomoci a její akceptovatelnost, resp. atraktivita v očích uživatelů. Cíle léčby by měly být realistické a oslovovat i ty klienty, pro něž není doživotní abstinence z různých důvodů přijatelná. Takový přístup může přispět k včasnému vyhledání odborné pomoci, resp. rozpoznání a korekci patologického chování. „Legitimním cílem práce s problémovými uživateli alkoholu už tak – samozřejmě s ohledem na jejich individuální situaci a podmínky - nemusí být „jenom“ totální a celoživotní abstinence od alkoholu, ale i intervence s cílem změnit rizikové formy pití alkoholu, jež mohou vést k poškozením, na kontrolované nebo umírněné pití“

(RADIMECKÝ, 2005, S. 280).

Obecně lze tedy říci, že se otevřenost terapeutického cíle při léčbě alkoholismu tematizuje během posledních deseti let i v České Republice, zatím především na akademické úrovni. Kontrolované užívání alkoholu je podle Doporučených postupů psychiatrické péče možno volit v případě pacientů, kteří se nachází v počáteční fázi závislosti a je u nich zachovaná kontrola. Při kombinaci postupů směřujících ke snížení konzumace a farmakologické podpory lze výrazně snižovat rizika spojená s nadměrnou konzumací alkoholu (POPOV, 2014).<sup>7</sup>

Lze však poznamenat, že na úrovni aplikace těchto poznatků do klinické praxe se jeví nabídka ucelených terapeutických služeb v České Republice ve srovnání s mnoha jinými vyspělými zeměmi jako nedostatečná.

---

<sup>7</sup> Jedná se o *Doporučené postupy psychiatrické péče IV* z roku 2015. Je zajímavé, že v *Doporučených postupech psychiatrické péče III* z roku 2009 není o kontrolované konzumaci alkoholu zmínka (srov. NEŠPOR, 2009).

## 7. DISKUSE

Při zpracovávání daného tématu jsem se soustředila na rešerši textů adiktologů a psychologů, kteří se k tématu otevřenosti terapeutického cíle staví kladně, reps. neutrálně. V mnohém jsem se opírala o nejnovější metaanalýzu Joachima Koerkela, která přináší skutečně velmi precizní a obsáhlý přehled dosavadního bádání. Je však z mého pohledu koncipována jako apologetika otevřenosti terapeutického cíle při léčbě závislosti. Z kapacitních důvodů jsem nezpracovala pohled Koerkelových největších odpůrců, jimiž jsou v Německu např. adiktolog a psychiatr Michael Soyka nebo profesor psychiatrie Karl Mann.

Zahrnula jsem však do své práce i výsledky přehledových prací a výzkumů, jejichž záměrem nebylo předložit argumenty pro kontrolovanou konzumaci, zmínila bych především Waltersovu studii a analýzu výsledků nejrozšířenější britské studie alkoholismu UKATT.

Jsem si však vědoma toho, že se text v tomto ohledu může jevit jako nevyvážený. Cílem mé práce bylo předložit informativní text o tomto u nás ne zcela známém tématu. Zpracovat neutrální kritickou studii by bylo v současné chvíli nad mé časové i odborné možnosti.

Velmi zajímavé by bylo podrobnější zpracování tématu vývoje pojetí a přístupů k léčbě závislosti v domácím prostředí a uvedení tohoto tématu do kontextu vývoje v USA. Toto téma jsem pojednala pouze okrajově v kapitole 6.

Na poli klinickém zatím není zmapováno, do jaké míry a jakými institucemi je otevřenost terapeutického cíle akceptována, popř. v rámci nějakého uceleného terapeutického programu aktivně nabízena. Toto téma bych chtěla rozpracovat ve své diplomové práci, jejíž částí by měl být i výzkum akceptace a aktivní nabídky otevřeného terapeutického cíle při léčbě závislosti na alkoholu jednotlivými adiktologickými pracovišti v České Republice.

## ZÁVĚR

Poslední dva roky se v rámci svých stáží a dlouhodobé praxe soustřeďuji na práci se závislými. I na základě svých, zatím skromných zkušeností, považuji otevřenost terapeutického cíle při léčbě alkoholismu za velmi přínosné doplnění tradiční nabídky léčebných opatření. Z mnoha rozhovorů ze závislými vyplynulo, že postrádají odpovídající pomoc v situaci, kdy ještě nejsou odhodláni k naprosté a trvalé abstinenci. Největší deficit pociťují v nabídce ambulantních služeb.

Určitě mě moje praxe ani teoretické znalosti neopravňují k tomu, abych mohla činit nějaké objektivní závěry o systému léčebných intervencí v České Republice. Často jsem se však setkávala se zkušeností, kterou učinili především mimopražští klienti, kteří vyhledali pomoc v některé z AT ambulancí. Setkali se zde s velmi restriktivním přístupem a častým předpokladem k přijetí do léčby byl souhlas pacienta s s některou formou farmakoterapie. Vyloučení z ambulantního léčebného programu pro porušení abstinence bývá rovněž častým pravidlem. Takový klient je pak za předpokladu, že si není schopen nebo ochoten hradit soukromou psychoterapeutickou péči, odkázán již jen na klasickou stacionární léčbu v psychiatrických nemocnicích, která trvá minimálně tři měsíce. Té se řada problematických uživatelů alkoholu velmi obává, a to nejen z důvodů určité stigmatizace, ale i z praktických příčin, jako je např. hrozba ztráty zaměstnání. V tomto úhlu pohledu se tak laps stává skutečnou katastrofou, přičemž se závislý v situaci, když potřebuje největší podporu, ocitá prakticky bez pomoci. Je přirozené, že je tento stav doprovázen masivními pocity viny, poraženectví, ztráty sebedůvěry a motivace a tyto trýznivé pocity pak vyvolávají ještě silnější touhu po návykové látce.

Zdá se mi tedy, že se v takových případech pracuje s efektem „strachu“, a to ať již je to např. při nejčastěji volené farmakoterapii disulfiramem obava ze silné nevolnosti nebo obecněji obava z vyřazení z léčebného programu a nutnosti absolvovat „pobyt v blázinci“. Tento strach sice může mít určitou psychologickou účinnost, nicméně s relapsem závislých je třeba počítat jako s přirozenou součástí změny závislého chování. Kromě toho jsem přesvědčena, že by strach neměl být nosným základem žádné terapie.

Výcvik „Konsumreduktionsprogramme im ambulanten Bereich“ pro mě byl mimořádně podnětný. Nabyla jsem dojmu, že se Koerkelovi skutečně daří propojovat poměrně mechanické techniky kognitivně-behaviorální terapie s humanistickým přístupem ke každému jedinci. Základní hodnoty jako je svoboda, autonomie, nehodnotící přijetí každého individua tvoří skutečnou podstatu jeho terapeutické metody. Vzhledem k prostředí, v němž jsem byla naší

školou „vychována“ jsou pro mě tyto hodnoty zásadní a právě proto mě otevřenost terapeutického cíle při léčbě závislosti tolik oslovila.

V českém prostředí mě inspiruje přístup českého adiktologa Josefa Radimeckého, který se věnuje problematice závislostí klinicky (je zakladatelem a ředitelem TK White Light), teoreticky i na úrovni strukturálně-politické. Velmi mě mimo jiné oslovilo jeho pojetí závislosti, Radimecký uvažuje o další stránce bio-psycho-sociálního konceptu její geneze a úzdravy, a to o stránce spirituální.

V kontextu kontrolované konzumace si pochopitelně nemyslím, že by tříměsíční intervence mohla vyřešit podstatu závislosti jako takové. Vnímám ji jako projev hlubšího a čistě individuálního problému každého člověka. Je však pravda, že vzhledem k fyziologické reakcím, které návyková látka vyvolává, začně tento projev po čase „žít svým vlastním životem“, a to nezávisle na jeho podstatě. V určitém okamžiku závislého zotročí, „sváže mu ruce a zaváže oči“, takže již není s to porozumět nebo řešit příčiny svého utrpení. Krátkodobou terapii, ať už s cílem abstinence nebo s cílem kontrolované konzumace chápu jako jakousi „první pomoc“ závislému, tak aby se mu rozvázaly ruce a on byl schopen sám nebo s pomocí psychoterapeuta pokračovat v další cestě po hledání otázek, na nichž je problém závislosti pouhou odpovědí.

## SEZNAM LITERATURY

1. *Anonymní alkoholici: příběh o tom, jak se tisíce mužů a žen vyléčilo z alkoholismu. 2.* vyd. New York: Alcoholics Anonymous World Services, 1996. ISBN 978-0-916856-28-1
2. BLUME, Arthur W. Disease Model. In: MILLER, Peter M. *Comprehensive addictive behaviors and disorders*. Amsterdam: Academic Press/Elsevier, 2013. ISBN 978-0-12-398336-7.
3. DRINKMANN, Arno. Die Akzeptanz von kontrolliertem Konsum als Behandlungsziel unter Suchthilfefachkräften in Bayern. *Suchttherapie*. 2015, **16** (02), 82-89. ISSN 1439-9903. .
4. Dvořáček, Jiří a KALINA, Kamil. Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek. In: Kamil KALINA. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
5. EDWARDS, Griffith. D .L. Davies and ‘Normal drinking in recovered alcohol addicts’: the genesis of a paper. *Drug and alcohol dependence*. 1994, **35** (3), 249-259. ISSN 03768716.
6. JELLINEK, E. M. *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press, 1960. ISBN 0-19-872045-9.
7. KÖRKEL, Joachim. Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *SUCHT*. 2015, **61**(3), 147-174. ISSN 0939-5911.
8. KÖRKEL, Joachim. Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. *Suchtherapie*. 2002a, **19**(3), 87 – 96, ISSN 1439-9903.
9. KÖRKEL, Joachim a. LANGGUTH, Wilfried a. SCHELLBERG, Birgit. Kontrolliertes Trinken als Ziel und als Weg. Zwei Fallvignetten. *Suchtherapie*. 2002c, **19**(3), 112-116, ISSN 1439-9903.
10. KÖRKEL, Joachim. Das „ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (Akt)“. *Suchtherapie*. 2002b, **19**(3), 106-111, ISSN 1439-9903.

11. KÖRKEL, Joachim. Kontrollierter Alkoholkonsum – Strategien der Risikominimierung. In: HEUDTLASS Jan u. STOEVEER, Heino. *Risiko mindern beim Drogengebrauch: Verbrauchertipps, Beratungswissen, Praxishilfen*. Frankfurt am Main: Verlag für angewandte Wissenschaft, 2005. ISBN 978-3936065299.
12. KÖRKEL, Joachim. *Kontrollierter Alkoholkonsum. So reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum*. Stuttgart: Georg Thieme, 2013. ISBN 9783830469247.
13. KÖRKEL, Joachim. *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen*. Heidelberg: Springer, 2003b. ISBN 978-3-540-41157-4.
14. KÖRKEL, Joachim. Pro. In: KÖRKEL, Joachim. Pro und Kontra: Kontrolliertes Trinken als sinnvolle und notwendige Behandlungsoption. *Psychiatrische Praxis*. 2005, Vol. **32**, 324-326. ISSN 0303-4259.
15. KÖRKEL, Joachim. 30 Jahre Motivational Interviewing: Eine Übersicht und Standortbestimmung. *Suchttherapie*. 2012, **13** (03), 108-118. ISSN 1439-9903.
16. KÖRKEL, Joachim. Kontrolliertes Trinken als legitimes Behandlungsziel bei alkoholbezogenen Störungen–Pro. *Suchttherapie*, 2010, **11** (04), 179-180. ISSN 1439-9903
17. KÖRKEL, Joachim. Das paradigma der Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder - Oder. *Suchttherapie*. 2014, 15( 01), 165-173. ISSN 1439-9903.
18. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.
19. MARLATT, G. Alan a. LARIMER, Mary E. a. WITKIEWITZ, Katie (ed.). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York: Guilford Press, 2012. ISBN 978-1-4625-0256-1.
20. MARLATT, G. A. The controlled-drinking controversy: a commentary. *The American psychologist*. 1983, **38** (10), 1097-1110. ISSN: 0003-066X.
21. MILLER, William Ross a.ROLLNICK, Stephen. *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003. ISBN 80-86620-09-3.

22. MINAŘÍK, Jakub a KMOCH, Vladimír. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
23. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
24. PENDERY, Mary L. a. MALTZMAN, Irving M. a. WEST, L. Jolyon. Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. *Science*. 1982, **217** (4555), 169-175. ISSN 1095-9203.
25. POPOV, Petr. Syndromy závislosti. In: RABOCH, Jiří. *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče IV*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2015. ISBN 9788023985016.
26. RADIMECKÝ, Josef. Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání alkoholu? *Adiktologie – časopis pro prevenci, léčbu a výzkum v adiktologii*. 2005, **5** (2), Supplementum, 275-280. ISSN 1213-3841.
27. RUMPF, Hans-Jürgen, et al. Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und-mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *Sucht*. 2000, **46** (1), 9-17. ISSN 0939-5911.
28. SOBELL, Mark B. a. SOBELL, Linda C. Moratorium on Maltzman. An appeal to reason. *Journal of studies on alcohol*. 1989, **50** (2), 473-480 ISSN 0096-882X.
29. SOBELL, Mark B. a. SOBELL, Linda C. Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy*. 1973, **4** (1), 49-72. ISSN 00057894.
30. SOBELL, Mark B. a. Linda C. SOBELL. Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: Results. *Behaviour Research and Therapy*. 1976, **14**(3), 195-215. ISSN 00057967.
31. SOBELL, Mark B. a. SOBELL, Linda C. The aftermath of heresy: A response to Pendery et al.'s (1982) critique of "Individualized behavior therapy for alcoholics". *Behaviour research and therapy*. 1984, **22** (4), 413-440. ISSN 00057967.
32. SOBELL, Mark B. a. SOBELL, Linda C. Moratorium on Maltzman. An appeal to reason. *Journal of studies on alcohol*. 1989, **50** (2), 473-480. ISSN 0096-882X.



33. SOBELL, Mark B. a. SOBELL, Linda C. Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate? *Addiction*, 1995, **90** (9), 149-1153. ISSN 0965-2140.
34. SOYKA, Michael. Contra. In: KÖRKEL, Joachim. Pro und Kontra: Kontrolliertes Trinken als sinnvolle und notwendige Behandlungsoption. *Psychiatrische Praxis*. 2005, **32** (1), 324-326. ISSN 0303-4259.
35. SKÁLA, Jaroslav. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987.
36. ŠVESTKA, Jaromír. Naltrexon v léčbě závislosti na alkoholu. *Psychiatrie - časopis pro moderní psychiatrii*. 2005, **8** (2), 109-116. ISSN 1211-7579.
37. VACEK, Jiří. Přístup harm reduction k užívání alkoholu. *Adiktologie – časopis pro prevenci, léčbu a výzkum v adiktologii*. 2012, **12** ( 2), 138-151. ISSN 1213-3841.

### Internetové zdroje

38. ADAMSON, S. J., N. HEATHER, V. MORTON a D. RAISTRICK. Initial Preference for Drinking Goal in the Treatment of Alcohol Problems: II. Treatment Outcomes. *Alcohol and Alcoholism* [online]. 2010, **45**(2), 136-142 [cit. 2016-07-19].ISSN 0735-0414. Dostupné z:  
<http://www.alcalc.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/alcalc/agq005>
39. CADDY, Glenn R., Harold J. ADDINGTON a David PERKINS. Individualized behavior therapy for alcoholics: A third year independent double-blind follow-up. *Behaviour Research and Therapy* [online]. 1978, **16**(5), 345-362 [cit. 2016-05-17]. ISSN 00057967. Dostupné z:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0005796778900049>
40. HANSON, David. J. *Is Alcoholism a Disease?* [online]. © 2008, [cit.2016-07-02]. Dostupné z: <https://archive.is/Vj5lu> HYPERLINK "https://archive.is/Vj5lubatte" HYPERLINK "https://archive.is/Vj5lubatte" HYPERLINK "https://archive.is/Vj5lubatte"batte
41. JANOUŠEK, Jaromír. Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. *Československá psychologie* [online]. 1992, **1**(4), 437-444 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z:  
[http://is.muni.cz/el/1451/podzim2013/nk2270/um/um/A\\_Bandura\\_napsal\\_Janousek.pdf](http://is.muni.cz/el/1451/podzim2013/nk2270/um/um/A_Bandura_napsal_Janousek.pdf)
42. KLINIKA ADIKTOLOGIE. *Alkohol pod kontrolou* [online]. © 2015 [cit. 2016-07-01]. Dostupné z: <http://www.alkoholpodkontrolou.cz/index.php>

43. KÖRKEL, Joachim. Kontrolliertes Trinken als neue Behandlungsoption. *Ars Medici* [online]. © 2004, [cit.2016-07-07]. Dostupné z: <https://www.rosenfluh.ch/media/arsmedici/2004/06/Kontrolliertes-Trinken-als-neue-Behandlungsoption.pdf>
44. KOERKEL, Joachim. Behavioural self-management with problem drinkers: One-year follow-up of a controlled drinking group treatment approach. *Addiction Research & Theory* [online]. 2009, **14**(1), 35-49 [cit. 2016-07-19]. ISSN 1606-6359. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16066350500489253>
45. LOVIBOND, S.H. a G. CADDY. Discriminated aversive control in the moderation of alcoholics' drinking behavior. *Behavior Therapy* [online]. 1970, **1**(4), 437-444 [cit. 2016-05-08]. ISSN 00057894. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005789470800697>
46. NEŠPOR, Karel. *Jak překonat problémy s alkoholem?* [online]. © 2004, [cit.2016-03-27]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/>
47. NEŠPOR, Karel. Syndromy závislosti. In: RABOCH, Jiří. *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče III* [online]. ©2009, [cit.2016-07-05]. Dostupné z: [http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/deni\\_v\\_oboru/blok-algoritmy-format-2.8.05\\_08\\_10\\_09\\_31\\_00.pdf](http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/deni_v_oboru/blok-algoritmy-format-2.8.05_08_10_09_31_00.pdf)
48. PAGE, Penny Booth. E. M. Jellinek and the evolution of alcohol studies: a critical essay. *Addiction* [online]. 1997, **92** (12), 1619-1637 [cit. 2016-03-18]. ISSN 09652140. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1360-0443.1997.tb02882.x>
49. POPOV, Petr. *Jak vlastně léčíme závislosti? Současné možnosti léčby závislosti na alkoholu.* [online].© 2012 [cit.2016-07-07]. Dostupné z: [http://www.at-konference.cz/data/2014/12/01/12/symposium\\_lundbeck\\_-\\_jak\\_vlastne\\_levime\\_zavislost\\_na\\_alkoholu.ppt?id=686](http://www.at-konference.cz/data/2014/12/01/12/symposium_lundbeck_-_jak_vlastne_levime_zavislost_na_alkoholu.ppt?id=686)
50. RADIMECKÝ, Josef. *Jeden krok vpřed a dva vzad....? Kritika konceptu závislosti jako nemoci* [online]. © 2008 [cit.2016-07-07]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/122/1224/Jeden-krok-vpred-a-dva-vzad-Kritika-konceptu-zavislosti-jako-nemoci>
51. ROSENBERG, Harold. International research – Target groups. In: KLINGEMANN, Harald, et al. *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel–Bestandesaufnahme des*

*aktuellen Wissens* [online]. © 2004 [cit.2016-07-07]. Dostupné z:

<http://www.ama.lu/docs/KT-Literaturbericht.pdf>

52. ROSENBERG, Harold. Theoretical explanations for controlled drinking. In: KLINGEMANN, Harald, et al. *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel– Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens* [online]. © 2004 [cit.2016-06-01]. Dostupné z: <http://www.ama.lu/docs/KT-Literaturbericht.pdf>
53. RUBIO, Gabriel, et al. Naltrexone improves outcome of a controlled drinking program. *Journal of Substance Abuse Treatment* [online]. 2002, **23**(4), 361-366. [cit. 2016-07-10]. Dostupné z: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43141811/Naltrexone\\_improves\\_outcome\\_of\\_a\\_control20160227-10394-1h1kwpg.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43141811/Naltrexone_improves_outcome_of_a_control20160227-10394-1h1kwpg.pdf)
54. SALADIN, Michael E.; SANTA ANA, Elizabeth J. Controlled drinking: More than just a controversy. *Current Opinion in Psychiatry* [online]. 2004, **17**(3), 175-187 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://www.doctordeluca.com/Library/AbstinenceHR/ControlledDrinkingMoreThanControversy04.pdf>
55. SOBELL, Mark B. a. SOBELL, Linda C. A brief History of Controlled Drinking. In: KLINGEMANN, Harald, et al. *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel– Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens* [online]. © 2004 [cit.2016-07-07]. Dostupné z: <http://www.ama.lu/docs/KT-Literaturbericht.pdf>
56. SOBELL, Mark B. a. SOBELL, Linda C. Semantics and Definitions. In: KLINGEMANN, Harald, et al. *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel– Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens* [online]. © 2004 [cit.2016-03-27]. Dostupné z: <http://www.ama.lu/docs/KT-Literaturbericht.pdf>
57. SOBELL, Mark B. a. SOBELL, Linda C.. It is time for low-risk drinking goals to come out of the closet. *Addiction* [online]. 2011, **106** (10), 1715-1717 [cit. 2016-07-19]. ISSN 09652140. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1360-0443.2011.03509.x>
58. WALTERS, Glenn D. Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior Therapy* [online]. 2000, **31**(1), 135-149 [cit. 2016-07-19]. ISSN 00057894. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005789400800088>

## **Bakalářské práce**

NOVÁKOVÁ, Elisabeth *Kontrolované pití alkoholu*. Bakalářská práce, Praha, 2015.

Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta, Studijní obor: Adiktologie. Vedoucí práce:

Prim. MUDr. Petr Popov MHA.

## **Nepublikované zdroje**

RADIMECKÝ, Josef. *Úzdrava bez léčby, léčba bez úzdravy?* Text od autora, v tisku ve sborníku ke konferenci Úzdrava a drogy 2015.

KÖRKEL, Joachim. *AkT Trainer-Manual*. Heidelberg: GK Quest, 2006.

1. SALADIN, Michael E.; SANTA ANA, Elizabeth J. Controlled drinking: More than just a controversy. *Current Opinion in Psychiatry* [online]. © 2004, (17) 3, 175-187 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://www.doctordeluca.com/Library/AbstinenceHR/ControlledDrinkingMoreThanControversy04.pdf>
2. SOBELL, Mark B. a. SOBELL, Linda C. A brief History of Controlled Drinking. In: KLINGEMANN, Harald, et al. *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel– Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens* [online]. © 2004, [cit.2016-07-07]. Dostupné z: <http://www.ama.lu/docs/KT-Literaturbericht.pdf>
3. SOBELL, Mark B. a. SOBELL, Linda C. Semantics and Definitions. In: KLINGEMANN, Harald, et al. *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel– Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens* [online]. © 2004, [cit.2016-03-27]. Dostupné z: <http://www.ama.lu/docs/KT-Literaturbericht.pdf>
4. SOBELL, Mark B. a. SOBELL, Linda C.. It is time for low-risk drinking goals to come out of the closet. *Addiction* [online]. © 2011, (106) 10, 1715-1717 [cit. 2016-07-19]. ISSN 09652140. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1360-0443.2011.03509.x>
5. WALTERS, Glenn D. Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior Therapy* [online]. © 2000, 31(1), 135-149 [cit. 2016-07-19]. ISSN 00057894. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005789400800088>

## Nepublikované zdroje

6. Nováková, Elisabeth, *Kontrolované pití alkoholu*. Bakalářská práce, Praha, 2015. Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta, Studijní obor: Adiktologie. Vedoucí práce: Prim. MUDr. Petr Popov MHA
7. RADIMECKÝ, Josef. *Úzdava bez léčby, léčba bez úzdavy?* Text poskytnut přímo autorem, bude uveřejněn ve sborníku ke konferenci Úzdava a drogy 2015.
8. KÖRKEL, Joachim. *AkT Trainer-Manual*. Heidelberg: GK Quest Verlag, 2006

# **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autorky:** Marie Funke

**Studijní program:** Psychologie

**Studijní obor:** Psychologie

**Název práce:** Kontrolovaná konzumace alkoholu. Otevřenost terapeutického cíle při léčbě závislosti na alkoholu

**Počet stran (bez příloh):** 57

**Počet titulů literatury a pramenů v českém jazyce:** 17

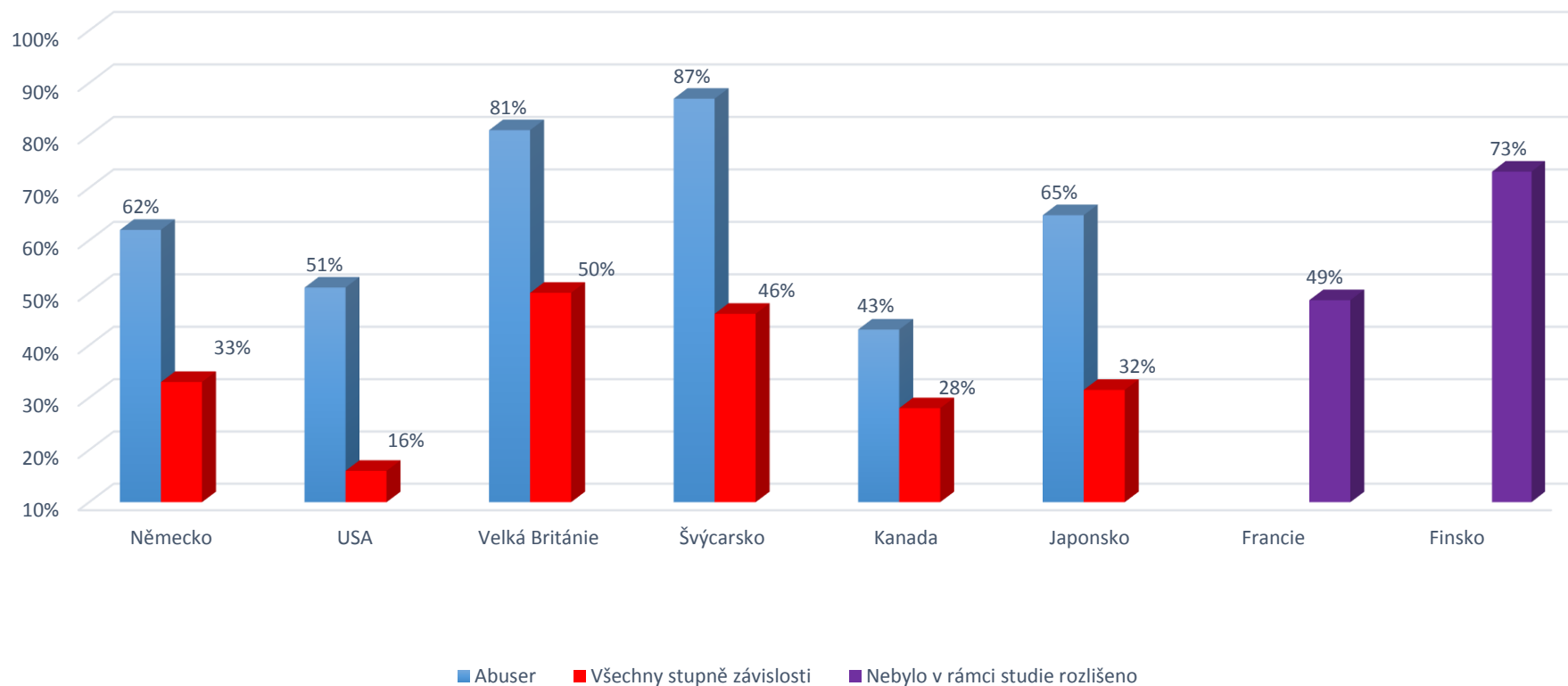
**Počet titulů cizojazyčné literatury a pramenů:** 44

**Vedoucí práce:** Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

**Rok dokončení práce:** 2016



## Akceptace KKA při léčbě alkoholismu ve vybraných zemích



### Údaje o respondentech:

**Německo:** 84 vedoucích ambulantních center pro léčbu závislosti

**USA:** 913 pracovníků National Association of Alcoholism and Drug Addiction Counselors

**Velká Británie:** 404 pracovníků ambulantních center pro léčbu závislosti

**Švýcarsko:** 138 vedoucích ambulantních center pro léčbu závislosti

**Kanada:** 178 ředitelů stacionárních léčebných center

**Japonsko:** 156 adiktologů s lékařským vzděláním

**Francie:** 263 adiktologů s lékařským a psychologickým vzděláním

**Finsko:** 568 adiktologů s lékařským vzděláním



**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky Mgr. Marie Funke

Obor studia: Psychologie

Název práce: Kontrolovaná konzumace alkoholu. Otevřenost terapeutického cíle při léčbě závislosti na alkoholu

Vedoucí/oponent\* práce: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 57

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury: 17+44

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

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

	x			
--	---	--	--	--

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

	x			
--	---	--	--	--

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

	x			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

x				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

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

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

x				
---	--	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnosť prezentácie záverů práce (publikácie, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a námety k diskusi při obhajobě:

<p>1. Čo si myslí autorka, dal by sa prístup KKA použiť aj v prípade drogových závislostí či v prípade závislostí nelátkových?</p>
--

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

<p>Mgr. Marie Funke predkladá veľmi kvalitnú prácu v oblasti alkoholovej závislosti. Práca je dobre štruktúrovaná, prináša nové poznatky a výsledky výskumov ohľadne programu kontrolovanej konzumácie alkoholu (ktoré dnes rozvíja Joachim Koerkel), ktorý v Čechách i na Slovensku ešte nie je rozvinutý, a v prevažnej väčšine ani akceptovaný. Práca obsahuje množstvo cudzojazyčných zdrojov. Podľa výsledkov výskumov, ktoré autorka v práci predkladá, program KKA prináša rovnocenné výsledky liečby v porovnaní s výsledkami liečby orientovanej na úplnú abstinenciu. Oceňujem, že Mgr. Funke sa sama zúčastnila výcviku orientovaného na kontrolovanú konzumáciu alkoholu.</p> <p>Práca je teoretická, splňa všetky predpoklady bakalárskej práce po formálnej i obsahovej stránke. Nakoľko je novým prínosom v Čechách v oblasti liečby alkoholovej závislosti, odporúčam ju autorke publikovať, prípadne na nej ďalej pracovať i v oblasti výskumu. Napokon chcem autorku povzbudiť k tomu, aby budúce práce viac obohatila svojimi názormi a skúsenosťami.</p> <p>Poznámka: Autorka zmenila pôvodne avizovaný názov bakalárskej práce po vzájomnej dohode so mnou.</p>
--

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji\*

Navrhovaná klasifikace: výborne

Datum, podpis: 15.8.2016

  
Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

Posudek oponenta bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studenta/-tky: Marie Funke  
 Obor studia: jednooborová psychologie  
 Název práce: Kontrolovaná konzumace alkoholu – otevřenost terapeutického cíle při léčbě závislosti na alkoholu  
 Oponent\* práce: Mgr. Michaela Titmanová

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 57

Počet stránek příloh: bez příloh

Počet titulů v seznamu literatury: 17 české literatury, 44 zahraniční literatury, 21 internetových odkazů

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

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

		2		
--	--	---	--	--

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

	1			
--	---	--	--	--

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

		2		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

0				
---	--	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

0				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

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

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

0				
---	--	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

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

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Co brání zavedení a rozvinutí metody otevřenosti terapeutického cíle v českých podmínkách? Co by se mělo změnit a kdo by se o to měl pokoušet?

V závěru práce zmiňujete plány do budoucna. V rámci DP plánujete výzkum se zaměřením na ochotu jednotlivých českých adiktologických zařízení pracovat s otevřeným terapeutickým cílem při léčbě závislosti na alkoholu. Myslíte, že vzdělání v oboru psychologie je dostatečné k provedení takového výzkumu? Pokuste se srovnat s možnostmi dalších oborů (adiktologie, psychiatrie,...).

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Studentka ve své bakalářské práci zpracovává téma „Kontrolovaná konzumace alkoholu“ se zaměřením na otevřenost terapeutického cíle během léčby. Jedná se o teoretickou práci bez aplikace empirických metod. Jedná se však o rozsáhlou teoretickou rešerši, mapující zásadní historický vývoj neabstinenční léčby závislosti na alkoholu.

Práce stručně vymezuje vývoj konceptu závislosti na alkoholu, dále milníky neabstinenční léčby v druhé polovině 20. let. Studentka je absolventkou německého výcviku Kontrolliertes Trinken, jehož zakladatelem je J. Koerke. Koncept Kontrolliertes Trinken rozvíjí přístup otevřeného terapeutického cíle, který studentka podrobně rozpracovává.

Téma neabstinenční léčby u závislosti na alkoholu je v ČR stále kontroverzním tématem, přestože již máme k dispozici studie, které potvrzují účinnost tohoto přístupu.

V práci postrádám empirické šetření, které by mohlo poukázat na přístup aktuální české společnosti k tomuto tématu, případně zmapování pohledu na tento typ léčby u samotných osob závislých na alkoholu. Studentka si je tohoto faktu však vědoma a sama ho v závěru práce reflektuje. Také má v plánu pokračovat rozpracováním tohoto tématu v diplomové práci a zaměřit se právě na jednotlivá česká adiktologická pracoviště a jejich ochotu pracovat s otevřeným terapeutickým cílem.

Práce (zejména prezentace jednotlivých studií dokládající funkčnost neabstinenční léčby) obsahuje velké množství informací na malé ploše a některé části působí extrémně hutně až na hranici čtenářských možností.

V některých místech práce se vyskytují překlepy a chyby.

Citace jsou jednotné, práce však obsahuje 53 stran textu, ne 57 stran textu. Rozdíl 4 stran tvoří seznam literatury, který není jednotný a opakují se tam některé části (např. nepublikované zdroje).

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis:

16.8. 2016 