

⊕ MÁM RÁDA CHYTRÉ MUŽE, ŘÍKÁ SPISOVATELKA VĚRA NOSKOVÁ

PSYCHOLOGIE DNES

**Zpátky v práci
po mateřské**
Co na to děti?

Dárky

Jak si to nepokazit
u ostatních

Alkohol
po kapkách pro závislé?

**Do módy jdou
duchovní pouti**

⊕ **Skrytý smysl
pohádek**

Melatonin
Na nespavost
pomáhá, ale může
i ublížit

ŠŤASTNÝ
ŽIVOT?
.....
ČÍM SI HO SAMI
KAZÍME

PROŽÍT
Tango

číslo 12, 23. ročník, cena 53 Kč, 2,62 eura, prosinec 2017

Lukáš Kovanda:

Ne, ekonomové nejsou normální lidé...



ISSN 1212-9607
12

9 771212 960000

Nový pohled
na léčbu:

Alkohol po kapkách

ŠÁRKA KUBCOVÁ

Ke standardní nabídce terapeutických služeb pro závislé patří v západních zemích kontrolovaná konzumace. Její autor Joachim Körkel je německými médii nazýván „něžný válečník“ – to proto, že se věnuje celý život úspěšně boji se závislostmi a má s touto nondirektivní metodou velké úspěchy. V čem spočívá takzvaná kapičková metoda?

Jen jednu skleničku...

Körkel se problematice závislostí věnuje již od osmdesátých let 20. století. Mnohaletá zkušenost mu potvrdila to, co známe i z řady studií – většina alkoholiků se po ukončení léčby znovu napije. A jak víme, u alkoholika stačí kapka, aby opět upadl do závislosti. Ne však podle Körkela! Démonizace tohoto tématu podle něj naopak zhoršuje prognózu závislého.

Körkel netvrdí, že programy, které vedou ke kontrolovanému konzumu alkoholu, mohou nahradit léčebné postupy, jež jsou orientovány na abstinenci. Vidí je ale jako další možnost pro klienty, kteří nejsou schopni nebo ochotni se po celý svůj život alkoholu vzdát. Pak může kontrolovaná konzumace představovat realistický cíl.

Nebo mezistupeň na cestě k abstinenci. Körkel v této souvislosti zmiňuje výsledky studie, podle níž průměrně 15 % klientů, kteří zahajují léčbu s úmyslem snížit spotřebu alkoholu, dochází během terapeutického procesu k poznání, že nejsou kontrolované konzumace schopni, a rozhodnou se pro trvalou abstinenci. Nejedná se tedy o otázku „buď kontrolovaná konzumace, anebo abstinence“. Stěžejní myšlenkou je nedirektivní přístup k cíli terapie a přenechání volby terapeutického cíle klientovi.

Nejde o to, „pít méně“ nebo „pít jako ostatní“, ale o konzumaci podle předem stanoveného plánu, přičemž zásadní roli hraje nejen limit denní a týdenní spotřeby alkoholu a počet „suchých dní“ v týdnu (den, kdy nepožijí vůbec žádný alkohol), ale zejména zohlednění okolností a funkce konzumace alkoholu. Klient si tento plán na každý týden určuje sám, podle odhadu svých schopností. Postupným přibližováním se k cíli se upevňuje klientovo vědomí o vlastní kompetenci, a tím se zvyšuje i motivace.

Autonomní klient

V rámci léčebné intervence se pracuje se sankcemi, což se může v kontextu práva každého člověka na autonomii a svobodný rozvoj osobnosti jevit jako eticky problematické. Zde je důležité si uvědomit, že autor pochází z Německa, v jehož ústavě a v kodexu lidských práv pacienta je zakotveno, že každý člověk má mít možnost se svobodně rozhodnout o cíli své terapie a být informován o výhodách i nevýhodách svého rozhodnutí. Lékař tedy může něco klientovi doporučit, ale nemůže ho z léčby vyloučit, když jeho doporučení nebude dodržovat. To se však v případě porušení abstinence běžně děje. Pragmatický aspekt poukazuje na fakt, že klienti, kteří odpovídají pracovní definici „rizikový a škodlivý konzument“, se necítí nabídkou klasických léčebných postupů osloveni. Doživotní abstinenci vnímá většina z nich jako nálepkou alkoholika, se kterou se odmítá identifikovat. Pomoc tedy z těchto důvodů ve fázi abúzu nevyhledávají, přičemž se jejich závislost často postupně nebo nárazově v důsledku stresových životních situací prohlubuje.

Nejde o to, pít méně nebo pít jako ostatní, ale o konzumaci podle předem stanoveného plánu. Zásadní roli hraje také limit denní a týdenní spotřeby alkoholu a počet „suchých dní“.

U mladších uživatelů se jeví možnost jejich podílu na stanovení cíle terapie jako zásadní, a to zejména pro jejich rozhodnutí léčebnou intervencí dobrovolně podstoupit. Celoživotní abstinence je pro ně již z hlediska časového horizontu těžko přijatelná. Není bez zajímavosti, že po dvou letech po ukončení léčby ze skupiny s cílem kontrolované konzumace bylo vyhodnoceno 45 % úspěšných absolventů (abstinovali nebo pili kontrolovaně) a ze skupiny s cílem abstinence pouze 25 %. Terapeutický aspekt se týká skutečnosti, že pokud se závislý z různých důvodů s cílem abstinence vnitřně neztotožní, ovlivní tento fakt úspěšnost či neúspěšnost terapie. Svobodná volba cíle se ukazuje jako jeden z nejdůležitějších faktorů. Tato myšlenka vychází ze sociálně kognitivní teorie A. Bandury, podle níž lidé obecně vyvíjejí větší úsilí k naplňování vlastních cílů než k naplňování cílů určených okolím. K vyšší osobní motivaci jedince vedou úkoly, které mu přináší úspěch. Je tedy smysluplné mu zpočátku klást snadněji dosažitelné cíle a nestavět ho předčasně do situací, které pravděpodobně nezvládne. V této souvislosti Körkel zdůrazňuje, že první a absolutní kontraindikací pro zařazení klienta do programu KKA je jeho přesvědčení, že je schopen abstinenci dodržet.

Jak je to jinde?

Jak to s KKA vypadá v mezinárodním srovnání? V současnosti akceptuje kontrolovanou konzumaci jako konečný terapeutický cíl při léčbě závislosti pouze zhruba 12 % adiktologických pracovišť, a to výhradně při ambulantní formě terapie. Při výzkumu v australském Novém



PhDr. Mgr. Šárka Kubcová, Ph.D.

Studovala na univerzitě v Hradci Králové, Technische Universität Dresden a UK v Praze. Je frekventantkou psychoterapeutického výcviku KBT a výcviku motivačních rozhovorů. Působí ve společnosti AdiCare.

Jižním Walesu se ukázalo, že 72 % terapeutů považuje kontrolovanou konzumaci za vhodný cíl léčby alespoň pro určitou část své klientely. Zatímco ve východní Evropě není téma kontrolované konzumace příliš diskutované, v severských zemích, Švýcarsku a Nizozemsku má otevřenost terapeutického cíle pevné místo v systému adiktologické pomoci závislým. V České republice převažuje spíše striktní přístup k závislosti na alkoholu. Významný český adiktolog Skála, jehož jméno bývá synonymem pro striktní abstinenci, závislost za nemoc – v klinickém slova smyslu – nepovažoval. Chápal ji spíše jako naučené chování, které je posilováno schopností alkoholu změnit nepříjemné psychické stavy a vyvolat euforii. Ačkoliv za primární cestu k léčbě závislosti považoval trvalou a důslednou abstinenci, možnost kontrolované konzumace alkoholu pro určitý typ alkoholismu nevyloučil. ►►

Literatura a další zdroje:

Funke, M. (2015). Kontrolovaná konzumace alkoholu. Otevřenost terapeutického cíle při léčbě závislosti na alkoholu. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
Nováková, E. Kontrolované pití alkoholu. (2015). Praha: Univerzita Karlova.
Skála, J. (1987). Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha: Avicenum.



Struktura terapeutického programu AkT

Základní program zahrnuje tři diagnostické rozhovory (50 min.) a deset skupinových setkání (150 min.), vždy v týdenním odstupu. Celková délka intervence je tedy 3–4 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. Stěžejní 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. Klienti s terapeuty si společně stanovují cíle na další týden. Samozřejmostí je akcentace dosažených úspěchů a v případě neúspěchů podpora, analýza okolností selhání, spouštěčů cravingu a stanovení nového, realistického cíle.