

Jaroslava Lysá
Svolinského 3
79604 Prostějov
tel.:606/294711
j.lysa@email.cz

15.2.2004

Závěrečná práce po III.ročníku

Behaviorální teorie léčby alkoholismu

Shrnutí: Práce se v úvodu zabývá ve zkratce obecnými zákonitostmi alkoholové závislosti, jejím vývojem, specifickými aspekty závislosti u žen, vlivu alkoholu na plod v době těhotenství a rizikem suicidality u alkoholiků. Hlavní část této práce je potom věnována behaviorální teorii léčby alkoholismu. Na závěr si troufám přispět některými svými vlastními postřehy, poznámkami či úvahami inspirovanými mou vlastní závislostí a léčbou.

1. Obecné aspekty závislosti:

Alkohol je jednoznačně nejpoblárnější, nejdostupnější a nejzneužívanější drogou. Euforizující, povzbuzující účinky alkoholického nápoje okusila alespoň jedenkrát většina lidí, mnozí z nich pak i následky po jeho předávkování. Jen málokdo z těch, kdo zažili zmíněné nepříjemné pocity, se však s alkoholem navždy rozřehná. Téměř nikdo nepochybuje o tom, že je návykovou látkou, na její škodlivost však nemají všichni stejný názor. Je jisté, že časté používání alkoholu zdraví neprospívá, rovněž větší jednorázová dávka má prokazatelně negativní, někdy až toxické účinky. Alkohol přímo poškozují centrální nervový systém, dráždí zažívací ústrojí a při jeho odbourávání jsou zatěžována játra. Polemiky se vedou o škodlivosti či naopak neškodnosti malých dávek tohoto dávného souputníka člověka.

1.1. Základní faktory vzniku závislosti:

Ve zkratce lze z hlediska jednotlivce problematiku závislosti zjednodušit na opojení a slast. Nelze popřít, že alkohol svými vlastnostmi přináší mnohým a mnohdy úlevu, euforii, odstraní bolest a nepříjemné tlaky, přispívá ke sblížení lidí, usnadňuje komunikaci, rozpouští zábrany v sexuálních kontaktech, atd. Toto všechno může alkohol nabídnout. Zůstává však na člověku, zda tuto nabídku vezme jako dar doplňující jeho vlastní schopnosti a možnosti, nebo jako potřebu, která jeho chybějící schopnosti nahrazuje. V prvním případě se člověk vždy vrací zpět ke svým možnostem a schopnostem. Tato situace se dá nazvat jako „opojení“. Pokud však jedinec sáhne po alkoholu jako po něčem, co mu pomůže nahradit jeho chybějící možnosti a schopnosti, je to cesta, z níž se není postupně ani proč vracet. Tento způsob vývoje je označován jako

„princip slasti“. Vedle již klasického modelu dlouhodobé konzumace s následnou závislostí, vznikající u pijáků po více než deseti letech pravidelného pití, je výše uvedený mechanismus vzniku závislosti stále častější. K základním faktorům podílejícím se na vzniku závislosti patří s velkou pravděpodobností genetická transmise a biochemické zvláštnosti organismu. Dalšími důležitými faktory jsou:

- osobnostní struktury
- prostředí a tolerantní postoje společnosti
- droga a její dostupnost
- podnět-startér

Za přítomnosti těchto faktorů již působí mechanismy průběhové:

- vznik a opakování situací, v nichž se podařilo dosáhnout alkoholem kýženého účinku
- nepřítomnost jiných dostupných alternativ k řešení situací

Rozhodujícími prvky v dynamice rozvoje závislosti jsou dva mechanismy, typicky se měnící v jednotlivých stádiích vývoje. Jsou to tolerance a kontrola. Lidský organismus reaguje typicky na určitou hladinu alkoholu v krvi. Při často opakovaném příjmu alkoholu je k dosažení určité typické reakce potřeba stále větší množství. Tento jev se nazývá tolerance. Tělesný metabolismus se v počátečních fázích nové látky přizpůsobuje a postupně se naučí tolerovat takové množství drogy, které by pro něj na začátku znamenalo ohrožení života. Tolerance se v terminálním stadiu opět snižuje, avšak zpět do výchozí úrovně se již nevrací.

Kontrola je schopnost kriticky a reálně vyhodnocovat situaci z hlediska potřeb a povinností osobních i společenských. Tuto schopnost ovlivňuje alkohol již při hladině kolem půl promile alkoholu v krvi. Při vyšším obsahu dochází ke změnám v psychických procesech a ke změně v kontrole. Tato změna se postupně prohlubuje a stává se méně spolehlivou i při nižší hladině alkoholu v krvi. Interakce mezi změněnou kontrolou a zvýšenou tolerancí pak vede k nutnosti trvalého zřeknutí se alkoholu. Změna v kontrole tvoří podstatu poruchy organismu a chorobného stavu bez možnosti vyléčení-lze dosáhnout jen uzdravení bez odstranění základní poruchy.

1.2. Vývojová stadia závislosti podle Jellineka:

1. stadium: iniciální, počáteční

Během tohoto stadia se budoucí klient navenek neliší svým pitím od svého okolí a společenských norem. Jen on sám by mohl tušit, že pije kvůli psychotropním účinkům alkoholu, protože se pod jeho vlivem cítí mnohem lépe než střízlivý. V intoxikaci dokáže překonávat situace, které pro něj dosud byly bolestné nebo neřešitelné. Pije stále častěji, jeho tolerance roste a s ní i dávka potřebná k vyřešení problému. Má pověst člověka, který „hodně snese a není to na něm vidět“.

2. stadium: prodromální, varovné

Rostoucí tolerance způsobuje, že k vyvolání příjemného pocitu je nutná stále vyšší hladina alkoholu v krvi, jež se blíží hladině, která se již projevuje zřetelnou opilostí. S „hladinkou“ se adept závislosti cítí ve formě, proto vyhledává

příležitosti k pití. Musí pít rychleji než okolí, proto si připravuje náskok v pití a začíná pít potajmu. Uvědomuje si, že jeho pití může být nápadné a začíná se stydět. Proto je citlivý na jakoukoliv zmínku o alkoholu, své pití skrývá a v intoxikaci se maximálně kontroluje. Okolí tedy nadále nic nepozoruje, ale on se díky maximálnímu psychickému vypětí může i po menší dávce etanolu dostat do okénka-palimpsestu. To nadále prohlubuje jeho pocity viny a vyvolává to odhodlání vypořádat se s alkoholem, ovládat jeho účinky. Toto stadium je hranicí možnosti řešit situaci kontrolovaným pitím.

1. a 2. stadium řadíme ještě do předchorobí. Ve chvíli, kdy se k příznakům druhého stadia přidruží okénka, je to neklamná známka toho, že toto stadium končí a začíná 3. stadium-tedy vlastní nemoc.

3. stadium: krucální, rozhodné

Klient snese vysoké dávky alkoholu. Postupně však dochází k tomu, že hladina, kterou vnímá jako příjemnou, už prakticky splývá s hladinou, kdy je zřetelně opilý. Klient při konzumaci dlouho působí střizlivým dojmem a náhle se během jedné sklenky úplně opije. Nedovede včas přestat. Dochází ke změně kontroly v pití. Alkohol se již stal součástí základních metabolických dějů a změnila se reakce organismu na jeho určitou dávku. Stačí podráždit chuťové receptory a rozjíždí se nezadržitelná kaskáda dalšího pití končící opilostí. Jediným řešením situace je nenapít se vůbec, to však pacient dosud neví a ani vědět nechce. Někdy dochází k tomu, že ne každé napití končí opilostí. Mluvíme proto pouze o změně, nikoliv o ztrátě kontroly v pití. Zůstává zde však paradoxní reakce, kdy každé napití nekončící opilostí je pro postiženého falešným důkazem toho, že situaci zvládá, a tím i povzbuzením k dalším snahám pít s kontrolou. Rostoucí frekvence zjevných opilostí vede k narůstání problémů s okolím. Postižený na ně reaguje budováním racionalizačního systému-zdůvodňuje a sobě i svému okolí vysvětluje a omlouvá své pití. Dochází k alkoholocentrickému chování-získávání alkoholu, jeho ukrývání, tajné pití, zdůvodňování a výmluvy se stávají středem vesmíru. Čím více se chování postiženého přičí jeho původnímu systému hodnot, tím více narůstají jeho pocity viny. Aby se snesl ve svých očích, buduje se pocit křivdy, aby bylo proč pít. Začíná se měnit jeho osobnostní struktura, manifestují se negativní stránky jeho osobnosti. Prohlubují se pocity vlastní ubohosti, klient se uzavírá do svého vnitřního světa. Roste vztahovačnost, zoufalá snaha nenechat na sobě poznat, jak je na tom zle. Droga je již tak důležitá, že klient pije vše dostupné, co obsahuje alkohol. Tlak okolí někdy donutí klienta i dlouhodobě abstinovat. Tuto abstinenci však paradoxně nevnímá jako důkaz toho, že může abstinovat, ale jako důkaz toho, že může ještě pít. Původní problémy, které odstartovaly pití, ustupují do pozadí a nastupují problémy způsobené vlastním pitím. Pití je již projevem choroby a ta má svůj spád, který nemůže zastavit pacient ani jeho okolí bez odborné pomoci. Většina pacientů v tomto stadiu ale léčbu nevyhledá a pije dál. Stoupající frekvence opilostí dosáhne stavu, kdy je klient častěji opilý než střizlivý.

4. stadium: terminální, konečné

Charakteristickým znakem je nepříjemný stav po vystřízlivění a objevují se tzv. ranní doušky. Pokud pokračuje pití dál, vzniká tah-několikadenní období, během něhož nevystřízliví. Často dochází i ke konzumaci technických prostředků, které obsahují alkohol. V důsledku vyčerpání rezerv organismu a poškození

jater klesá tolerance. Objevují se různá orgánová poškození-játra, nervový systém, cévy a také duševní poruchy. Nastupuje degradace osobnosti a stav, kdy už to nejde bez drogy, ale ani s drogou. Většinou až v této fázi hledá postižený pomoc, někdy až po pokusu o sebevraždu.

Ve 3. či 4. stadiu může kdykoliv dojít k chronifikaci choroby, kdy se následky abúzu stanou trvalými, neodstranitelnými-vzniká chronické stadium závislosti na alkoholu.

1.3. Alkoholismus u žen-specifická rizika

Dvacáté století a zejména pak období po 2. světové válce přinesly velké změny v postavení ženy ve společnosti. Ruku v ruce s těmito změnami se změnil vztah i postavení žen k návykovým látkám. Zatímco na začátku minulého století připadala 1 pijící a k ústavní léčbě přijatá žena na 20 mužů, v roce 1991 byl tento poměr již 1:5. Abúzus alkoholu u žen má svá specifika. Jedná se většinou o tzv. symptomatický abúzus. Ten je ve svém vývoji a průběhu určován strukturou osobnosti, popřípadě i psychickou odchylkou či chorobou. Vede k závislosti s psychogenním podkladem, někdy se také používá termínu alkoholická toxikomanie. V popředí závislosti je vnitřní potřeba drogy, která má doplnit schopnosti a možnosti. Typické je samotářské pití a snah získat určitý fenomén v oblasti psychiky. Lze například získat schopnost promluvit s určitou osobou, potlačit obavy, změnit špatnou náladu na dobrou.

Jak odlišně reaguje organismus žen na alkohol

1. Stejná dávka alkoholu vyvolává u žen vyšší hladinu alkoholu v krvi. Důvodem je nižší obsah celkové tělesné vody a genetická daná nižší aktivita alkoholdehydrogenázy v organismu (enzym na odbourávání alkoholu-játra, sliznice trávicího traktu).
2. Nadměrné požívání alkoholu snižuje tvorbu ženských i mužských pohlavních hormonů. U žen může vést k hormonálním deficitům, poruchám funkce vaječnicků a až k neplodnosti. Zvyšuje riziko spontánních potratů u těhotných žen. Některé z uvedených poruch se projevovaly již při dávkách 36g 100% alkoholu, což odpovídá např. necelému litru piva denně.
3. Poškození organismu žen se projeví po kratší době než u mužů. Jedná se zejména o poškození jater (vznik jaterní cirhózy), kardiomyopatii (poškození srdečního svalu), poškození mozku a vyšší riziko rakoviny prsu. Abúzus alkoholu vede k porušení metabolismu vápníku a vitamínu D v organismu.
4. U žen také dříve dochází ke škodám na duševním zdraví (alkoholické psychózy, alkoholická demence).
5. U žen je častější souběžná konzumace alkoholu a tlumivých léků (benzodiazepiny, barbituráty, fenothiaziny), což s sebou přináší další závažná rizika pro tělesné a duševní zdraví.
6. U žen pití častěji navazuje na zátěžové životní události, deprese a úzkosti. Riziko vzniku závislosti je vyšší u bulimie a anorexie, což jsou poruchy, které se vyskytují převážně u žen.
7. Pro ženy je typičtější tajné a osamělé pití.
8. Zneužívání alkoholu a závislost u žen vede k závažným rodinným problé-

mům, které kromě zmiňovaných zdravotních důvodů přivádějí závislé ženy nejčastěji k léčbě závislosti.

9. Problémy se zákonem a poruchy osobnosti jsou u žen méně časté než u mužů. Naopak žena pod vlivem alkoholu je častěji vystavena násilí, včetně sexuálního.
10. Soužití s mužem, který škodlivě užívá alkohol, představuje pro ženu velkou zátěž a nese s sebou vyšší riziko, že i žena začne mít podobné problémy.
11. K specificky ženským problémům patří rozvoj fetálního alkoholového syndromu u jejich dětí (viz oddíl Alkohol a těhotenství).

1.4. Alkohol a těhotenství

První, kdo upozornil na skutečnost, že alkohol nepříznivě ovlivňuje vývoj plodu, byl již starořecký filozof Platón, který v jednom ze svých spisů uvedl: „Bylo-li dítě počato v alkoholovém opojení, objeví se u něho slabomyslnost a neposlušnost, bývá často nemocné“. Ve starověku byly dokonce vydány zákony zakazující zplodit dítě v alkoholovém opojení. První odborně doložené zprávy o škodlivém působení na vyvíjející se plod pochází z 18. století z Anglie, kde tehdy vzrostla výroba ginu a ve všech vrstvách obyvatel se rozmohl alkoholismus. Sdružení anglických lékařů tehdy vydalo zprávu, v níž bylo uvedeno, že alkoholičkám se nápadně často rodí děti nemocné a slabé, svrašťelé a se stařeckým vzhledem. V roce 1846 se v jednom německém lékařském časopise objevila zpráva o nápadně vysokém výskytu deformovaných a mentálně postižených dětech narozených matkám, které v těhotenství pily podomácku vyrobené pivo.

Ve Francii byla v roce 1968 publikována zpráva o výzkumu provedeném u skupiny 69 alkoholiček, kterým se v době sledování narodilo 127 dětí. Všechny tyto děti měly nižší porodní hmotnost a v dalším vývoji opožděný tělesný i duševní vývoj. U celé čtvrtiny těchto dětí byly zjištěny vývojové vady různé závažnosti. V roce 1973 byla v USA publikována zpráva o souboru dětí narozených alkoholičkám, ve které byl popsán tzv. **fetální alkoholický syndrom**, tj. poškození plodu alkoholem v době jeho vývoje. Alkohol ovlivňuje růst plodu během celého těhotenství a v časně graviditě má teratogenní účinky (způsobující vznik vrozených vad a defektů). Alkohol přestupuje volně bariéru placenty a v těle plodu se nachází v přímém poměru k obsahu vody, následkem čehož orgány s vysokým obsahem vody, např. mozek plodu, jsou obzvláště vystaveny toxickému působení alkoholu. Děti postižené FAS mají charakteristický vzhled (mikrocefalie, mikrooftalmie, krátká oční štěrba, plochý široký nos, nedostatečně vyvinutá rýha horního rtu). Je také postižena centrální nervová soustava (mentální retardace, hyperaktivita, neurologické odchylky, intrauterinní retardace růstu symetrického typu, zvýšená frekvence vrozených malformací srdečních, urogenitálních a centrálních nervových systémů).

Jelikož není možno stanovit hraniční množství matkou požívaného alkoholu, které s jistotou neovlivní plod, je důležité v tomto období nepožívat alkohol vůbec. Totéž platí i pro matky kojící, protože alkohol přechází i do mléka.

1.5. Suicidalita u alkoholiků

Suicidalita u alkoholiků je vedena jako tradiční a velmi častá konsekvence vývoje závislosti. Literární údaje o incidenci suicidálního jednání kolísají, ale

vždy přesahují sedminásobek běžné populace. Např. Jaroslava Skála uvádí v roce 1982 15 až 20 násobek oproti běžné populaci. Téměř totožné jsou údaje v kvantifikaci dokonaných suicidií u hospitalizovaných jedinců, což představuje 1-2% všech léčených pacientů. Etiopatogenetické vlivy lze zkoumat ve třech rovinách:

1. Biologická rovina

Z biologického pohledu zde vstupuje do systému neurotransmiterový přenos, zvláště serotoninový. Depresogenní účinek alkoholu se úzce váže právě na serotoninové hladiny a kvalitu tohoto přenosu. Rozkolísaná hladina serotoninu vede k depresi, ovlivnění emocionality a pocitu beznaděje. Rezultuje pak suicidální jednání. Intoxikační stadium je kritické tím, že se projevuje přímý psychogenní účinek alkoholu na CNS a psychické funkce. Je změněno vnímání reality, kolísá hladina glykemie. Održdění potlačované anxiety může vést ke zkratkovitému řešení konfliktů suicidálním jednáním. U alkoholu je toto toxické působení na CNS umocněno metabolickým produktem odbourávání alkoholu - acetaldehydem, který je mnohem toxičtější a narušuje daleko více integritu psychických funkcí nežli původní etylalkohol.

2. Sociální rovina

V sociální rovině je možno depresi definovat jako abusus smutku. Je výrazně snížena motivace k aktivnímu překonávání překážek a navazování sociálních vazeb. Jedinec je centrován jen na své prožitky a nálady, není schopen nadhledu a následným stavem je rezignace, vyčerpání vnitřní síly. Z pohledu existenciální filozofie je specifika lidské a kladné umění vyrovnat se s neúspěchem. Nosným je obecný princip dobra, v přeneseném smyslu víra. Jedinec propadlý závislosti akceptuje aktuální hedonistický zážitek a nadhodnocuje jej v axiologii na budoucnost. Jestliže se pak má vyrovnat s potřebou abstinence, tak nevidí další perspektivu a existence pro něj již nemá hodnotu. Droga se stala smyslem existence a když se jí má vzdát, tak existence pozbývá smyslu.

3. Psychologická rovina

V psychologické rovině se hovoří o zvýšené hladině agresivity u pijáků alkoholu, o zvýšené úrovni autoagresivity. Hlubinná analýza preferuje pojmy održdění pudových složek s následnou agresivitou. V psychoanalytickém pojetí toxikomanie je diskutován Oidipovský komplex se sebeobviňováním vedoucí k autoagresivitě a masochismu, což může vést k sebetrestajícímu rozřešení suicidem. Neurotické, adaptační problémy vedou k neřešenému vypořádání se s aktuální situací. Je oslaben pocit odpovědnosti, následky jedincova chování se transferují na příbuzné a přátele a suicidální jednání se jeví tomuto jedinci jako trest pro okolí, únik z neřešitelné situace, případně přenesené "cry for help". Psychologická rovina následků abuzu mapuje prožitky izolace, vyčlenění ze society, pocit bludného kruhu, ze kterého není úniku. Suicidální řešení je pak logickým následkem pocitu osamění.

Suicidální jednání se dá specifikovat na dobu intoxikace, následnou dobu prožívání abstinence a potíží a dobu relapsu. V těchto časových relacích jsou různě vyjádřeny biologické, psychologické či sociální roviny motivace suicidálního jednání.

V období intoxikace jsou pokusy nejčastější a reflektují disharmonii celkového stavu. Biologické mechanismy jsou zde vyjádřeny nejvýrazněji. Pokusy v této fázi nemají naštěstí výraznou dynamogenii, ale jsou často opakovány, tak že riziko fatálního zakončení je také reálné.

Období abstinence je obdobím názorových a hodnotových zmatků, na suicidálním jednání se nejvíce podílí psychologická rovina problému. Neschopnost řešit anxieta či depresivní poruchy afektivity vedou k suicidálnímu řešení vnitřního konfliktu. Motivace takového jednání je často racionálně vyhlížející. Odpovídá perspektivní prázdnotě jedince, kterému se zhroutil hodnotový systém s dominancí alkoholu a dosud si nevytvořil nový. Dynamogenie suicidálního jednání v této fázi je výrazná a je zde největší procento dokonaných suicidií. Preventivní rovina této situace spočívá v komplexní psychoterapeutické práci. Zaměření PT přitom není pouze na potřebu abstinence, jako řešení abuzu, ale také na hodnotový systém, zvládnutí anxiety a izolace.

Období relapsu sebou nese výrazné riziko selhání dosavadních terapeutických úspěchů, selhání sebehodnocení a ztrátu víry ve vlastní schopnosti abuzus opustit. Suicidální jednání je často bilanční, chladně racionální a psychopatologie odpovídá výrazné depresivní poruše. Subjektivní pocit beznaděje a bezperspektivnosti životní změny se promítá do motivační škály. Podmínka dlouhodobé abstinence je včasná prevence relapsu. Proto psychoterapeutická práce v doléčovacích klubech či skupinách je vlastně také prevencí suicidálního jednání při relapsu a jeho zvládnutí.

2. Behaviorální teorie léčby závislosti

Behaviorální teorie léčby jsou založeny na principu učení a změny chování u lidí, které zaznamenali experimentální psychologové (Eysenck, 1982). Jsou součástí rozsáhlejší skupiny technik změny chování spadajících do oblasti behaviorální terapie.

2.1. Základní předpoklady

První a nejzákladnější z těchto předpokladů spočívá v tom, že přestože existuje hodně důkazů o biologickém a genetickém podmínění lidského chování, je převážně výsledkem procesu učení. Behavioristé (Bandura, 1977, Eysenck, 1982) předpokládají, že biologické faktory tvoří živnou půdu, ze které lidská zkušenost nechává vyrůst individuální vzorce chování. Učení je tudíž výsledkem interakcí osoba-prostředí. Zatímco proces učení se může různit v závislosti na určitém chování, biologické a genetické faktory představují neměnné pozadí. Z toho důvodu je lepší zaměřit své úsilí na vyšší úroveň, tzn. na chování samotné. Dalším předpokladem je, že situační a environmentální faktory jsou významné pro vznik, udržení a změnu chování. V souladu s tím, že behaviorální teorie jsou založeny na interakci osoba-prostředí, využívají mnohé techniky změn aspektů této interakce jako prostředku změny chování. Některé techniky výrazně využívají změn prostředí (posilování ve skupině), na druhé straně mnohé kognitivní teorie kladou větší důraz na změny individuálních reakcí na prostředí. Všichni ovšem respektují význam situace a prostředí pro etiologii i léčbu závislosti.

Dalším důležitým předpokladem je také to, že chování, které se jeví jako vnitřní nebo skryté (např. myšlenky, pocity a fyziologické změny), lze obvykle změnit prostřednictvím aplikace principů teorie učení. Tento předpoklad potvrdily četné studie změn vnitřních procesů, které se objevují jako reakce na léčbu širokého spektra i jiných poruch, než jsou závislosti.

Techniky by měly zahrnovat situace, ve kterých nové chování probíhá v situa-

cích, které jsou pro klienta problematické. Zatímco nácvik nových dovedností a chování v prostředí ordinace je užitečný jakožto první krok ke změně chování, aktuální konfrontace ve skutečném světě je považována za efektivnější cestu k podpoře trvalých změn chování.

Navzdory všeobecné platnosti principů změny chování, je každý klient jedinečný a vyžaduje v rámci terapie hluboké porozumění. Behavioristé přistupují ke každému klientovi jako k jedinečnému subjektu a snaží se vždy znovu detailně posoudit specifické konfigurace těch sil v klientově životě, které jsou příčinou a udržujícím mechanismem chování, které je třeba změnit. Tohle logicky vede k dalšímu předpokladu: léčbě v behaviorálním pojetí musí předcházet důkladná a přesná diagnostika klientova chování.

Behaviorální teoretici kladou důraz nejen na tyto základní předpoklady povahy závislosti a na proces léčby a změny chování, ale také na empirické ověřování účinnosti svých technik. Přestože behaviorální terapie byla často označována jako nepružný, mechanický a autoritářský přístup ke změně chování, v praxi tomu tak vůbec není. Terapeutický postoj je založen na důsledné ale humanisticky orientované aplikaci dobře ověřených principů, jejichž cílem je pomoci lidem změnit nežádoucí chování, které jim překáží v plnohodnotnějším životě.

2.2. Základní behaviorální procesy a modely léčby závislosti

Existují tři základní procesy teorie učení, které se podílejí na vzniku, trvání a změně chování: klasické podmiňování, operantní podmiňování a učení nápodobou. Tyto tři procesy tvoří jádro většiny behaviorálních teorií léčby závislosti. Od počátku kognitivní revoluce v psychologii někteří teoretici kladli důraz na význam kognitivních procesů pro vznik a trvání chování. Nicméně se dosud předpokládá, že základní procesy klasického a operantního podmiňování a učení nápodobou působí i v rámci kognitivních modelů.

Klasické podmiňování

Klasické podm. poprvé podrobně experimentálně a systematicky studoval ruský fyziolog I.P. Pavlov (1927) a americký psycholog J.B. Watson (1919) na přelomu 19. a 20. století. V typickém vzorci je podnět (podmíněný podnět), který je původně neutrální, tzn. nevyvolává příslušný typ reakce (nepodmíněná reakce) doprovázen ve stejném čase a místě jiným podnětem (nepodmíněný podnět), který přirozenou cestou vyvolává požadovanou reakci. Po opakované expozici začne podmíněný podnět vyvolávat reakci, která je velmi podobná požadované. Tato nová reakce (podmíněná reakce) se ovšem obvykle poněkud svou intenzitou a charakterem liší od nepodmíněné.

Učení formou klasického podmiňování ovlivňuje jak vědomé, tak i bezděčné chování. Procesy fyziologického vzrušení mohou být podmiňovány tak, aby se objevovaly jako reakce na vnější stimulaci, často symbolického charakteru, jako např. pohled na peníze, které mohou být použity k nákupu alkoholu. Zda stimulace vyvolá podmíněný reflex závisí mimo jiné na frekvenci, v jaké byly podmíněné a nepodmíněné podněty kombinovány, na intenzitě stimulace a na fyziologickém a psychologickém motivačním stavu organismu v době vystavení podnětu. Klasické podmiňování bylo nejčastěji vyvoláváno jakožto primární proces, jehož prostřednictvím vnější podněty počínají vyvolávat naléhavou potřebu užít drogu. V 60. letech objevil Wikler, který pracoval ve veřejné nemocnici v Lexingtonu ve státě Kentucky, že někteří z chronických uživatelů heroinu zaží-

vali stav podobný abstinenčním příznakům při pouhém pohledu na náčiní spojené s užíváním heroinu. V řadě studií Wikler a kol. poskytli závislým příslušné náčiní a možnost provádět rituál přípravy a injekční aplikace heroinu s inertní tekutinou, která byla skutečně injektována. U mnohých jedinců pohled na náčiní vyvolal fyziologické a subjektivní známky abstinenčních příznaků, které Wikler začal posuzovat jako fenomény podmíněných abstinenčních příznaků. Ve spojení s možností aplikovat látku, kterou považovali za heroin, zažívali tito jedinci stav podobný efektům heroinu, přestože látka, kterou si injekčně aplikovali, byla pouze inertní tekutina připomínající heroin jen vzhledem. V souladu s modelem klasického podm. hrál v tomto případě roli nepodmíněného podnětu heroin a roli nepodmíněné reakce abstinenční příznaky a následný prožitek účinku drogy, který uživatel pocítil po aplikaci heroinu. Funkci podmíněného podnětu mělo náčiní spojené s přípravou a užíváním heroinu a podmíněnou reakcí byly pseudoabstinenční příznaky a prožitek účinku drogy. Na základě těchto poznatků předpokládají teoretici klasického podmiňování, že uživatelé drog ve skutečnosti podmiňují mnohé podněty z prostředí např. náčiním na užití drogy, pomocí opakovaného užití této drogy v určitém prostředí, s určitými lidmi a dle pravidel určitých rituálů.

Teorie klas. podm. utvořila základ pro čtyři významné metody léčby závislosti: technika vystavování podnětům, technika kontroly podnětu, nácvik relaxace, senzitivizace a jiné techniky averzivní terapie. Kromě toho se rovněž podílela na vytvoření teoretického základu pro nácvik odmítání konzumace alkoholu. Kromě averzivní terapie se všechny tyto metody pokoušejí alespoň částečně přerušit podmíněné spojení mezi určitými aspekty klientova prostředí a podmíněnými abstinenčními příznaky nebo touhou, o nichž se předpokládá, že tvoří motivační základ snah drogu vyhledat a užívat. Averzivní terapie a její varianta senzitivizace aplikují teorii klas. podm. jiným způsobem. Pokoušejí se podmítnout novou, averzivní reakci na užívání drogy a s ní spojené podněty.

Operantní podmiňování

Operantní podmiňování je formou učení, jež je převážně spojována s prací B.F. Skinnera (1953). Vyskytuje se hlavně v souvislosti se záměrným chováním, které se stupňuje nebo zmírňuje v závislosti na reakci okolí. Proces učení prostřednictvím operant. podm. probíhá tak, že chování jedince, zjevné jako např. nalévání skleničky, nebo skryté ve formě myšlenky (potřebuju si dát panáka), vyvolá subjektivně vnímaný pozitivní nebo negativní podnět z vnějšího prostředí. Jakýkoliv vnější podnět, který zvyšuje výskyt následného chování, je zpevněním. Naopak jakémukoliv podnětu, který výskyt chování snižuje, se říká trestající. Při aplikaci operantní teorie na léčbu závislosti se teoretici obvykle zaměřují na zpevňující funkci drog jako na hlavní faktor, který určuje jejich další užívání. Mnoha lidem přináší užívání drogy přirozeně pozitivní účinky, a mnoha lidem rovněž odstraňuje některé negativní účinky. Například alkoholik, který pije po ránu, aby zmírnil abstinenční příznaky, může prožívat pozitivní zpevnění díky uvolnění spojenému s alkoholem jako lékem, stejně jako negativní zpevnění ve formě odstranění abstinenčních příznaků. Pro takového člověka je ranní pití v každém takovém případě dvojnásobně zpevněno.

Operantní teorie nabízí výkladové schéma pro otázku, co vede osoby k dalšímu užívání, navzdory mnoha negativním a poškozujícím důsledkům. Autoři zjistili, že zpevňující faktory, které fungují v době blízké chování, které chceme ovlivnit, mají - byť jsou třeba slabší - větší dopad na chování než zpevňující nebo

trestající podněty, které se projeví ve větším časovém odstupu. Vrátime-li se zpět k příkladu s alkoholikem, pokud někdo pije po ránu, stává se jeho pití mnohem silnějším zpevňujícím faktorem než jsou výčitky nadřizeného za příchod do práce v podnapilém stavu. Jde jednoduše o to, že zpevňující efekt pití se projevuje zanedlouho po vlastním napití, zatímco pokárání šéfa přichází později. Zpevňující podněty neovlivňují pouze zjevné chování, ale také myšlenky a pocity. V uvedeném příkladu může efekt alkoholu rovněž posílit myšlenky vyvolávající pití alkoholu (potřebuju si dát panáka, teď hned), stejně tak jako očekávání účinku alkoholu, který může vyvolat silnou a pozitivní reakci i v případě, že alkohol ještě neměl dost času, aby vyvolal příslušné fyziologické reakce. Tím pádem může alkoholik zažít silný pocit uvolnění bezprostředně po napití, přestože alkohol ještě nebyl vstřebán do krve. Očekávání úlevy je zpevněno stejně jako sklon pít i nadále.

Z tohoto hlediska zahrnuje léčba proměnu reakcí okolí na pití alkoholu, takže je možné zpevňování i jiného chování než pití. To může klient využívat tak, že jím nahrazuje zpevnění spojená s pitím ve prospěch kontroly vlastního chování. Operantní teorie vedla k vývoji specifické metody léčby drogové závislosti: techniky zpevnění. Prostředí jedince lze změnit tak, že zpevňující aspekty související s užíváním drog omezíme a důraz přesuneme na trestající aspekty a zároveň rozvineme zpevňující strategie vázané na abstinenci. To je jádrem uvedené metody. Pro většinu změn chování je vhodnější důraz na zpevnění požadovaného chování spíše než trestání nežádoucího, a to ze dvou důvodů. Za prvé, trest má tendenci vyvolávat negativní pocity a odvetné chování ze strany klienta, což může představovat překážku v procesu změny chování. Za druhé, programy, které jsou ve větší míře založené na trestání, vykazují značně vysoký počet nedokončených procesů léčby.

Učení nápodobou

Z výše uvedených tří základních procesů učení se zdá být učení nápodobou nejefektivnější. Obsahuje pozorování chování druhého člověka a následné provádění tohoto chování za přítomnosti vhodných zpevňujících souvislostí. Moderní teorie učení nápodobou má svůj počátek v práci Alberta Bandury (1977), který byl rovněž jedním ze zakladatelů teorie sociálního učení. Toto učení zahrnuje dva dílčí procesy: učení pozorováním a výkon. Chování se lze naučit jen samotným pozorováním a nově naučené chování může být poměrně přesně reprodukováno bez jakéhokoliv předchozího tréninku. Bandura předpokládá, že proces kognitivního mapování probíhá, když si jedinec vstěpuje aspekty tohoto chování. Ty pak z této kognitivní mapy později reprodukuje. Přiměřenost tohoto kognitivního zobrazení závisí na míře pozornosti, kterou pozorovatel věnoval tomuto chování a procesu kódování napodobovaného chování (verbálního, vizuálního, hmatového...). Čím více forem, tím efektivněji se dané chování naučí. Zda bude chování naučené pozorováním skutečně projevováno, závisí i na jiných faktorech než na přesnosti kognitivní mapy chování. Skutečný výskyt chování je závislý na vlastnostech vzoru (např. stupni úcty či vážnosti), na tom, zda vzor bývá za toto chování odměněn či potrestán, zda je pozorovatel motivován k realizaci napodobovaného chování a zda očekává, že bude jeho chování zpevněno stejně jako vzor.

Učení nápodobou se výrazně projevuje při vzniku závislosti u adolescentů. Když se chce dospívající přítel s vrstevníky, kteří berou drogy, a přitom je považuje za atraktivní a oblíbené, může se naučit závislému chování poměrně

rychle. Učení nápodobou rovněž ovlivňuje udržování závislého chování tak, že lidé se často chovají tak, jak je vlastní členům skupiny, aby si zajistili, že budou touto skupinou nadále přijímáni. Efektivita učení nápodobou vedla k tomu, že začalo být využíváno jako hlavní součást procesu behaviorální léčby závislostí. Závislí lidé často postrádají dovednosti, které by jim mohly umožnit vyrovnat se se situacemi, které předtím vyvolaly užívání drogy. Lidé, kteří nejsou dostatečně asertivní nebo kteří nejsou schopni účinně odmítat, nebo kteří podléhají neadekvátním myšlenkám, jež vedou k braní drog, se mohou naučit novým dovednostem a myšlenkovým postupům prostřednictvím pozorování jedinců, kteří těmito schopnostmi disponují. Teorie učení nápodobou tudíž poskytuje teoretickou základnu pro metody psychologických dovedností, jako jsou např. relaxace, sebevědomý přístup, zacházení se zlostí...

Kognitivní změna chování

Je to čtvrtý základní proces, který behaviorální autoři začali od 70. let využívat pro své úvahy o léčení závislostí. Kladou důraz na roli různých kognitivních procesů pro vznik, udržování a změny závislého chování. Tyto kognitivní teorie se liší v tom, jaký důraz kladou na kognitivní mediátory, ale všechny se odvolávají na proces změny chování, založený na třech základních procesech učení v rámci léčby. Jednou z těchto teorií je teorie sociálního učení (Bandura, 1977), která předpokládá, že lidské chování je výslednicí kombinace klasického podmiňování, operantního podmiňování a učení nápodobou, které vyvolávají nejen vnější chování, ale vedou také ke vzniku vzorců myšlení a citění, které také určují a formují chování. Ústředním konceptem je reciproční determinismus, což znamená, že lidé ovlivňují vnější prostředí a zároveň jsou jím ovlivňováni. Z toho vyplývá, že změna chování může být zapříčiněna změnou prostředí, ale také, že si změny chování může jedinec dosáhnout sám prostřednictvím plánovaného procesu sebekontroly a změnou ve svém prostředí. Tato sebekontrola je hlavním znakem přístupu k léčbě založeného na teorii učení.

Kromě konceptu recipročně determinovaného vztahu mezi prostředím a chováním, zdůrazňuje teorie učení význam myšlení pro kontrolu a vlastní chování. Strategii zvládnání problematických situací ovlivňují myšlenky, pocity a očekávání zaměřená na to, jaká bude odezva jeho chování, zda bude schopen se takto chovat a jak zvládne problémové situace. Interakce očekávání a dovedností je zahrnuta v pojmu sebedůvěra, který je centrální koncepcí teorie sociálního učení. Sebedůvěra odráží očekávání jedince, že bude schopen reagovat adekvátně situaci spolu s očekáváním, zda bude tato reakce přijata a zpevněna.

Teorie učení pohlíží na užívání drog jako na selhání schopnosti zvládat situaci. Toto selhání může být zapříčiněno kombinací nevhodného podmiňování, zpevňujících souvislostí, učení nápodobou nevhodných chování, selhání učení nápodobou vhodných schopností zvládat problémy a potlačené sebedůvěry ve vlastní schopnosti. Na základě tohoto pohledu se v léčbě využívají metody tréninku a procvičování dovedností. Kromě toho tyto metody neusilují pouze o osvojení dovedností na řešení stresových situací, ale rovněž zvyšují možnost se v budoucnosti vyhnout užívání tak, že klient dokáže předvídat situace, ve kterých buď postrádá přiměřené dovednosti nebo si málo důvěřuje, že by je zvládl. Tak se proces výuky klienta zaměřuje na kognitivní aspekty relapsu (Marlatt Gordon, 1985). Léčba v tomto pojetí bývá zahájena po důkladném rozboru klientova chování, který zjistí, zda užívání drog přetrvává kvůli nedostatku schopnosti zvládat problémy, kvůli nízké sebedůvěře nebo zda předpokládá,

že tyto schopnosti nepomohou. Posuzování jeho schopností a očekávání pokračuje v průběhu celé léčby, aby bylo možné měřit pokroky léčby. Léčebné metody, které byly vyvinuty v rámci teorie učení, zahrnují nácvik sociálních a komunikačních dovedností, asertivní trénink, nácvik zvládnání stresu, sebe-kontroly a prevenci relapsu podle modelu Marlatta (Marlatt Gordon, 1985). Za zmínku stojí dvě další kognitivní teorie. Ty vycházejí převážně z práce dvou autorů: Ellise, zakladatele racionálně-emoční terapie (RET) a Becka, zakladatele kognitivní terapie (KT). Obě tyto teorie považují za hlavní etiologický faktor emočních poruch a užívání drog myšlení. Užívání drog je podle nich výrazem snahy vyrovnat se s negativními emočními stavy, které vznikají v důsledku nelogického nebo zkresleného myšlení.

Ellis vyvinul teorii, kterou označuje jako A-B-C model emocí. Podle něj negativní emoce nevznikají v člověku. Vyvolá je až způsob, jakým člověk vykládá nebo interpretuje události. Aby změnil emoce, musí se klient naučit identifikovat a zpochybňovat myšlenky, objevující se na pozici B prostřednictvím racionální diskuse. Ellis identifikoval množství různých iracionálních myšlenek, které spolu s neschopností závislého snášet frustrace a jiné negativní emoce považuje za moment, ve kterém se užívání alkoholu stává prostředkem k vyrovnání se s negativními emocemi. Dalším spouštěčem je dle Ellise nízká tolerance negativních podnětů. To ústí do stavu, který Ellis nazývá „nemohu-to-snést-ismus“. Tento stav vede závislé k tomu, aby impulzivně reagovali a dosáhli tak okamžité úlevy od negativních emocí.

Beck rovněž zformuloval ucelenou teorii negativních emocí, založenou na výčtu nelogických myšlenkových pochodů, pro které používá termín „základní teze“. Jsou to iracionální představy o povaze světa, nebo o tom, co dotyčný potřebuje k tomu, aby vedl spokojenější život. S těmito tezemi jsou spojeny stereotypní automatické myšlenky, které se podobají složce B Ellisova modelu. Jejich účelem je aktivace nutkavých pocitů vzít si drogu, aby se zmírnily negativní emoce vyvolané automatickými myšlenkami.

Mezi techniky léčby závislosti, které jsou odvozeny od kognitivních teorií, patří nácvik zacházení se zlostí, racionální diskuse o pozitivních názorech týkajících se užívání drog a diskuse o souvislosti mezi užíváním a tlumením negativních emočních stavů. Tyto techniky lze úspěšně kombinovat s technikami založenými na teorii učení.

2.3. Zásadní otázky léčby závislosti

Vznik a trvání užívání drog

Podle behaviorální teorie vyplývá závislost z interakce faktorů, které způsobují užívání na základě jedinečných rysů jedince a prostředí. Ač jednoznačně respektují biopsychosociální pohled na původ závislosti, mají behaviorální teorie sklon minimalizovat příčinný vliv genetických faktorů a kladou místo toho větší důraz na interakci faktorů prostředí, biologických komponent určujících temperament a konstituci a procesů učení. Předpokládá se, že individuálně specifická povaha jejich interakce může vyvolat závislost. Začátek užívání vidí jako kombinovaný vliv faktorů vnějšího prostředí (dostupnost drogy, vrstevnické normy) a fyziologických reakcí jedince na první setkání s drogou, z něhož vyplyne, zda užívání drog má pro něj trestající či zpevňující charakter.

Předpokládá se, že farmakologická a sociální zpevnění, která provázejí první užití, zvyšují pravděpodobnost dalšího užívání. Se zvyšující se frekvencí začíná

jedinec zjišťovat, že droga může hrát úlohu při potlačování negativních emocí a přestává využívat alternativní strategie pro jejich zvládnání. Lze také říct že ti, kteří měli obtíže při vytváření vhodných schopností pro zvládnání problému před prvním užitím, mohou začít používat drogu jako kompenzaci svého nedostatku. Někteří uživatelé mohou na základě svého temperamentu, jakými jsou například touha po vzrušujících zážitcích a impulsivita, užívat drogy primárně pro jejich schopnost vyvolat vzrušení, aniž by se potřebovali vyrovnávat s problémy.

Procesy, o nichž se předpokládá, že hrají roli při rozvoji závislosti v nejčasnějším nebo méně závažném stadiu, jsou převážně učení nápodobou, operantní podmiňování (zpevňující účinky drogy) a kognitivní mediátory, jakými jsou například očekávání velice pozitivního výsledku. U závažnějších stadií začínají hrát významnou roli faktory klasického podmiňování prostřednictvím abstinčních příznaků. Existuje rovněž důkaz o tom, že tolerance je, alespoň v jistém rozsahu, naučeným fenoménem (Vogel-Sprott, 1992). U těžších stadií závislosti je užívání často podněcováno zpevňující hodnotou snah předejít abstinčním příznakům (negativní zpevnění) spíše než příjemnými účinky drogy.

Úkoly léčby

Tak jako u všech psychosociálních metod léčby je jejím prvním úkolem zajistit detoxifikaci, pokud užívání ohrožuje život, pokud možno až na úroveň dočasné abstinence, přestože behaviorální teorie zpravidla nepožadují úplnou abstinenci za výchozí podmínku léčby, dokonce ani za nezbytný cíl léčby některých klientů. Po detoxifikaci musí terapeut ve spolupráci s klientem podrobně projít jeho závislé chování prostřednictvím funkční analýzy spouštěcích a udržujících mechanismů. Analýza by se měla zaměřit jak na nedostatky v dovednostech, tak na klientovo prostředí, se zvláštním důrazem na identifikaci těchto faktorů (emoční stavy a myšlenky). Po funkční analýze se klient učí specifický a na míru šitý výběr technik a strategií. Konečným úkolem je pomoci klientovi určovat a vytvářet strategie pro zvládnání vysoce rizikových situací. Tento úkol je koncipován tak, aby klient získal nástroje potřebné k prevenci relapsu. Rovněž se učí, jak se vyrovnávat s lapsy a relapsy, pokud by se objevily a snížit tak délku a intenzitu případného dalšího užívání drogy. Tyto tři základní úkoly léčby – funkční analýza, nácvik dovedností a prevence recidivy – naplňují jak individuální práci s klientem, tak jeho aktivní pokusy o změnu těch vnějších faktorů prostředí, které mohou spouštět nebo udržovat proces užívání drog. Takto je klient veden k tomu, aby dělal takové změny svého životního stylu, své zaběhnuté každodenní praxe či vztahů s rodinou či přáteli, které by podle funkční analýzy mohly zvýšit jeho schopnost vyrovnávat se se situacemi bez pomoci drog.

Cíle léčby

Behaviorálním metodám léčby je vlastní důraz na přizpůsobení léčby specifickým vlastnostem a potřebám klienta, což předpokládá i flexibilitu ve výběru cílů léčby. Na rozdíl od jiných teorií, které trvají na abstinenci jako na jediném skutečném cíli léčby a které často pokládají abstinenci za nezbytný předpoklad vstupu do léčby, poskytují behaviorální teorie flexibilnější a přínosnější přístup k redukci užívání drog, což je mnohdy přitažlivější variantou pro klienty, kteří se jiným, tradičnějším způsobem léčby vyhýbají. Jednotliví terapeuti se

mohou značně lišit v názoru, do jaké míry trvají u klienta na abstinenci.

2.4. Techniky behaviorální terapie závislosti

Budování terapeutického vztahu

Význam pozitivního terapeutického vztahu je zdůrazňován již řadu let. Od doby kdy Rogers (1957) poprvé definoval nepodmíněný pozitivní postoj, přiměřenou empatii a kongruenci jako charakteristiky terapeuta, které jsou nezbytné k dosažení změny, se terapeutická obec věnuje terapeutickému vztahu a míře, kterou přispívá k úspěšnosti terapie. V oblasti závislostí poukázal Valle (1981) na to, že dlouhodobé výsledky u alkoholiků jsou podmíněny stupněm terapeutovy empatie a jeho obecných interpersonálních dovedností. Navíc existuje důkaz, že terapie vykazuje horší výsledky, když terapeut používá konfrontační metody (Liebermann, Yalom Miles, 1973).

Při vytváření vztahu s klientem by měl terapeut věnovat pozornost několika aspektům. Je třeba definovat role klienta a terapeuta a zmapovat očekávání spojená s terapií. Za pozornost stojí i předchozí zkušenosti klienta s terapií a srozumitelně popsaná strategie další terapie. Terapeut by měl pacientovi vysvětlit, co může od terapie očekávat, jak dlouho by mohla trvat, jak jsou jednotlivá sezení strukturována a probrat otázky týkající se důvěrného rázu informací. Pacienty seznamujeme s pravidly terapeutické spolupráce, jde například o docházku na sezení, strízlivost a plnění instrukcí. Pro terapeuty tato odpovědnost zahrnuje dodržování času sezení, poctivost a využívání veškerých schopností ve prospěch klienta.

Dalším důležitým aspektem vztahu je schopnost empatického postoje k pacientovým zážitkům. McCrady (1993) navrhl určité terapeutické činnosti, které mohou zvyšovat empatii k závislému klientovi – například pokusit se o změnu vlastního závislého chování nebo hluboce zakořeněných zvyklostí, účastnit se schůzek svépomocné skupiny, apod. Schopnost skutečně slyšet pacientovy starosti, zážitky a pocity a poskytnout mu pocit, že je vyslechnut a přijímán, je důležitým aspektem ve vytváření empatického vztahu. Účinnou cestou ke zlepšení kvality vztahu může být i to, že si vyčleníme čas na témata týkající se klientovy rodiny, práce, zálib... Teprve pak přistoupíme k anamnéze závislého chování. Posledním důležitým aspektem vývoje terapeutického vztahu je to, že klient v něm získá naději na změnu. Tato naděje se zprostředkovává oceňováním malých krůčků ke změně a pochvalou za jejich úspěch, což zvyšuje sebedůvěru. Také účast klienta ve svépomocných skupinách jako např. Anonymní alkoholici může klientovi poskytnout možnost vidět mimořádné změny, kterých dosáhli někteří závislí.

Důkladné posouzení prostřednictvím funkční analýzy

Charakteristickým znakem dobré behaviorální léčby je to, že porozumíme skutečným obtížím pacienta prostřednictvím důkladného posouzení a diagnostiky. Hledáme faktory, které vyvolávají a udržují závislé chování. Jednou z oblastí tohoto procesu je hledání spouštěčů užívání. To zahrnuje zmapování interpersonálních situací, různých emočních stavů a vnějších situací, které souvisejí s pitím alkoholu. Terapeut rovněž potřebuje zhodnotit následky klientova pití z krátkodobé a dlouhodobé perspektivy a definovat pozitivní a negativní zpevňující faktory s tím spojené. Při identifikaci následků je nutné dotknout se mnoha oblastí života klienta.

-Vztahové problémy.Hádky s rodinou či přáteli týkající se pití,rozchody,rozpa-
dy vztahů či rozvody kvůli pití,roztrpčení a kritika ze strany rodiny a přátel.

-Problémy v práci.Pozdní příchody do práce nebo absence z důvodu intoxikace
nebo kocoviny,napominání či výpověď z práce,samotný vliv alkoholu v praco-
vní době.

-Problémy se zákonem.Zatčení,podmínka nebo uvěznění za přestupky spojené
s pitím,např.řízení vozidla ve stavu intoxikace,narušování soužití...

-Zdravotní problémy.Úrazy spojené s užíváním alkoholu,problémy s játry a
slinivkou v anamnéze,hospitalizace,kocoviny a abstinční příznaky...

-Finanční problémy.Velké dluhy,neplacení účtů,aby bylo možno koupit pití.

-Intrapersonální problémy.Pocity viny,studu a lítosti,depresivní a paranoidní
stavy a úzkosti v důsledku užívání alkoholu.

Je důležité shromáždit dostupné paralelní informace o povaze klientovy závi-
slosti a jejím dopadu na jiné osoby,je-li to možné.Postoj manželky(manžela
nebo partnerky(partnera) mohou být velmi užitečné.Před rozhovorem s blíz-
kými je nezbytné s klientem probrat význam těchto informací a získat jeho
souhlas.

Averzivní léčba

Existuje několik různých léčebných režimů a specifických technik, které jsou
založeny na paradigmatu klasického podmiňování.Jednou z prvních byla
averzivní terapie.Ideou bylo spojit averzivní(odpor vyvolávající) zážitek s
podněty(spouštěči) pití,tak aby klient časem získal negativní reakci na alkohol
a ztratil tím pádem naléhavou potřebu pití.Během let bylo užíváno mnoho
různých typů averze.Mezi tři hlavní patří:

Elektrická averze

Při ní docházelo ke spojování bolestivých elektrických šoků se zrakovým,
chut'ovým a čichovým vjemem klientova oblíbeného alkoholického nápoje.
Vzhledem k extrémně stresující povaze léčby zde byl nezbytný lékařský dozor,
což znemožnilo ambulantní léčbu.Při používání elektrické averzivní terapie
byl,což není nijak překvapivé,vysoký počet klientů,kteří z léčení předčasně
odešli.Užívání elektrické averze se podle Cannona,Bakera a Wehla(1981) uká-
zalo jako neúspěšné.Podle posledních názorů není považována tato metoda za
seriozní léčbu závislosti.

Chemická averze

Zakládá se na předpokladu,že pohled na alkohol,jeho chuť a vůni,lze spojit
s nevolností(která byla chemicky vyvolána),a tak dojde k negativní reakci na
pití,čímž se redukuje naléhavost potřeby pít.Důvodem k užívání chemické
averze bylo,že nevolnost poskytne realističtější averzivní spojení s pitím alko-
holu.U elektrické averze existovalo podezření,že nemůže vyvolat podmíněnou
reakci na alkohol,protože elektrický šok není realistickým,přirozeným násled-
kem pití.V režimu chemické averze byli pacienti zpravidla hospitalizováni na
10 dnů a léčba byla složena z pěti terapeutických sezení.Pacienti byli v místno-
stech zařízených tak,aby bylo minimalizováno jakékoliv rozptýlení a naopak
maximalizována viditelnost podnětů spojených s alkoholem,jakými byla např.
alkoholické nápoje,lahve a plakáty s výjevy,spojenými s pitím.Pacienti dostali
intravenózně drogu,vyvolávající nevolnost(emetin hydrochlorid,lithium nebo
apomorfin),která po dvou až osmi minutách vyvolala nevolnost.Těsně před
prvními příznaky dostal pacient sklenici oblíbeného alkoholického nápoje,aby
se podíval,přivoněl a případně se i napil.Další skleničky byly podávány v prů-

běhu následujících 30-60 minut tak, jak postupovaly příznaky nevolnosti a zvracení. Na konci hospitalizace se předpokládalo, že bylo dosaženo podmíněné averzivní reakce. Doplnková sezení pak probíhal v dalších 6-12 měsících a byla využita buď jako regulérní pokračování nebo jako intervence v případech, kdy pacient znovu zažíval silné nutkání pít. V současné době nejsou techniky léčby chemickou averzí používány v takové míře, jako v 60. a 70. letech. Na menší oblibě se podílí její sporný etický aspekt - podávání alkoholu alkoholikům, míra nepohody a stresu, která tuto metodu provází.

Skrytá senzibilizace

Při této metodě dochází k averzivnímu podmiňování užívání alkoholu prostřednictvím verbálních a imaginativních prostředků. Tento postup opět využívá principu protipodmiňování, ale není tak invazivní ani bolestivý jako léčba chemickou nebo elektrickou averzí. Navíc zde není potřeba lékařský dohled ani speciální zařízení, a tak lze tuto metodu využívat i ambulantně. Při skryté senzibilizaci se shromažďují podrobné informace o obvyklých příčinách a podnětech vedoucích k užívání a také o negativních nebo obávaných následcích. Tyto informace jsou pak použity při podmiňujících scénách. Klient je instruován, aby se uvolnil a představil si co možná nejživěji typickou situaci, která jej vede k napití. V imaginární scéně si pak bezprostředně po užití alkoholu vyslechne znechucující a přesný popis negativních důsledků. Tyto scénáře mohou zahrnovat vizuální obraz nevolnosti, zvracení, kocoviny, popis zrychlené srdeční činnosti, bolesti nebo ustrašený výraz klientových dětí a jiné obávané a přirozené následky. Tyto scény a averzivní obrazy se opakují do té doby, než dojde ke spojení nepříjemných obrazů s užíváním alkoholu a dokud nevymizí nutková potřeba tohoto užívání. Imaginární obrazy mohou být zakončeny sugescí, že se klientovi uleví od těchto příznaků tehdy, když se z této situace vymaní a vyvaruje se užívání alkoholu. V imaginaci lze využít hledání imaginární cesty ze situací, ve kterých by klient začal pociťovat nepříjemná nutkání. V této fázi bývají zdůrazňovány sugesce úlevy a pozitivní výroky o sobě.

Expozice podnětu

Záměrem expozice podnětu je vyhasnutí dříve vyvinutých podmíněných reakcí jakými jsou např. touha po alkoholu, vyšší srdeční frekvence, pocení, třes a konečně užití alkoholu. Jak lze předpokládat v rámci konceptu klasického podmiňování, k vyhasnutí původní reakce dojde prostřednictvím opakované expozice podmíněnému podnětu (stres, vůně piva...), aniž by pacient mohl uskutečnit podmíněnou reakci (napít se). Je samozřejmé, že samotná expozice dlouhodobé terapeutické změny nevyvolá. Je rovněž nutné zaměřit se na subjektivní pohled na vlastní schopnosti, individuální a specifické podněty k užívání alkoholu a nácvik dovedností v řešení problémových situací. Při terapii expozicí se klientovi vysvětlí význam snižování intenzity jeho touhy po alkoholu a potřebu vyrovnat se s nejrůznějšími rizikovými spouštěči. Léčba zpravidla sestává z šesti až osmi sezení, která probíhají v lůžkovém zařízení. Každé sezení začíná a končí hodnocením subjektivních a fyziologických reakcí klienta na alkoholové podněty. Těm je klient opakovaně vystaven a setkává se s alkoholem také po uvedení do negativního emočního stavu. Výsledky kontrolované studie, kterou provedli Monti a kol (1993), naznačily, že alkoholičtí klienti, kteří prošli kombinací terapie expozicí podnětu a nácviku dovedností v překonávání problémových situací, pili výrazně méně než klienti, kterým se dostalo pouze standardní léčby.

Behaviorální nácvik sebekontroly

Jde o krátkodobou, edukativně orientovanou terapeutickou metodu, v jejímž průběhu mohou klienti dosáhnout cíle v podobě bezproblémového pití nebo abstinence. Metodu může provádět buď terapeut nebo klient sám pomocí svépomocného manuálu. Předpokládá se, že aktivními a účinnými složkami jsou klientova sebedůvěra a důraz na strategie zaměřené na získání sebekontroly. Klient dostává instrukce a ponechává si hlavní zodpovědnost za rozhodnutí učiněná v rámci terapie. Průběh terapie představuje 6 až 12 sezení po devadesáti minutách. Poté se běžně zařazují podpůrná sezení, která mají upevnit dosažené výsledky a zachytit ty klienty, kteří by mohli potřebovat dodatečné intervence. Tato metoda je určena nejen klientům závislým, ale i problémovým pijákům a poskytuje možnost výběru cíle terapie. Netrvá na nezbytnosti konečné abstinence. Skládá se ze specifických kroků, které mají toto pořadí:

- 1) stanovení limitu počtu drinků za den a maximální koncentrace alkoholu
- 2) sledování vlastního chování týkajícího se pití
- 3) změna míry pití
- 4) nácvik asertivity v odmítání alkoholu
- 5) stanovení systému odměn za dosažené cíle
- 6) hledání příčin nadměrného pití
- 7) naučení jiných strategií při zvládnání problémů než je pití

Klade se důraz na samostatnou práci doma, hraní rolí a nácvik.

Přestože byl v průběhu posledních let vykonán velký kus práce při výzkumu této metody, výsledky jsou rozporuplné. Různé studie se věnovaly různým skupinám klientů (ti, kteří se dopustili dopravních přestupků pod vlivem alkoholu, chroničtí klienti, veteráni závislí na alkoholu, začínající problémoví pijáci), různým formám terapie (ambulantní nebo lůžkové), programům s různými cíli (abstinence versus kontrolované pití) a různým konceptům terapie (řízená klientem versus terapeutem). Mnohé kontrolované studie naznačují, že behaviorální nácvik sebekontroly si nevede hůř než terapeutické metody usilující o abstinenci a že klienti vykazovali zřetelná zlepšení ve srovnání s kontrolními skupinami.

Terapie s širší působností

Jsou to terapeutické přístupy, které se nezaměřují pouze na klientovu závislost, ale rovněž na jiné problémové zóny, které by mohly mít spojitost s užíváním alkoholu. Základní myšlenkou těchto metod je, že pokud jedinec přestane s pitím, bude čelit množství problémů, které jeho abstinence přinese a přitom nedisponuje dostatkem efektivních schopností řešit problémy. Analýza relapsů alkoholiků ukázala skutečně na to, že jejich většina se pojevila jako reakce na negativní emoční stavy (např. vztek a frustrace) vyvolané interpersonálními konflikty nebo přímým nátlakem okolí na to, aby dotyčný zase pil (Marlatt Gordon, 1985). Terapie s širším spektrem jsou považované za strategie zaměřené především na prevenci relapsu, které se užívají poté, co klient získal určitou stabilitu ve vztahu k závislému chování.

1) Nácvik asertivity

Hlavním cílem tohoto tréninku je pomoci klientovi, aby dokázal přímo a vhodně vyjádřit své myšlenky a pocity. Čím je klient asertivnější, tím je také lépe schopen odolat vnějšímu nátlaku na to, aby opět pil. Klienti se učí nejen jak být asertivní v situacích spojených s pitím, ale také jak prosadit své potřeby v nejrůznějších situacích s jinými lidmi. Pro některé klienty je typické, že jsou přiměřeně asertivní v některých situacích, zatímco v jiných mají potíže

v sebeprosazení. Při budování asertivních dovedností jsou klienti dotazováni na předchozí problematické situace týkající se pití. Terapeut hraje roli osoby, která odolává naléhání. Pak roli hraje klient a zkouší různé strategie odmítání alkoholu. Tyto strategie pomáhají zdržet se dalšího užívání tím, že

- a) klient žádá ostatní, aby na něj přestali naléhat
- b) navrhne alternativní činnost, která se s pitím neslučuje
- c) změni téma hovoru tak, aby se netýkalo pití
- d) dívá se přímo a užívá gest, výrazu tváře a modulace hlasu, které vyjadřují, že je pevně rozhodnut nepít.

2) Zvládání stresu

Stres hraje významnou roli jako prekurzor drogových závislostí a relapsů. Klienti si často přejí dosáhnout dočasné úlevy od stresujících faktorů ve svém životě, což alkohol umožňuje. Vhodným prostředkem ke zvládání stresu je relaxace a jóga. Kromě mírnění stresu, úzkostí a depresí vytvářejí tyto činnosti zdravější životní styl a bezpečnější síť sociálních vztahů.

2.5. Pohled na lapsy, relapsy a jejich terapeutické využití

Závislost je typická chronickými epizodami relapsů, které Prochaska a kol. (1992) považují za „spíše pravidlo než výjimku“. Četnost relapsů se odhaduje na 70-74% během prvního roku (Hunt a kol., 1971). Protože jsou relapsy tak obvyklé, upravili Prochaska a kol. svůj model stadií změn tak, aby relaps byl jedním ze stadií. Jejich model se stal jakousi spirálou, kde se jedinci pohybují kupředu přes jednotlivá stadia, prožívají relapsy a opět se vracejí k ranějším stadiím změny, s tím, že už nezačínají znovu od startovního pole, ale mají poněkud více informací a zkušeností, než tomu bylo u předchozího pokusu o změnu. V tradiční léčbě se projevuje tendence nahlížet na relaps jako na „neslušné slovo“, jehož pouhé vyslovení zvyšuje pravděpodobnost jeho uskutečnění v praxi. Pacienti, u kterých došlo k relapsu, mají sklon prožívat rozpaky, stud a deprese se svého selhání. Subjektivní asociace terapeutů vyvolané slovem relaps zahrnovaly popisy jako „selhání léčby, návrat k nemoci, vina a kolaps“. Z behaviorálního hlediska by se měli terapeuti věnovat možnosti relapsu již v prvních fázích léčby. Terapeut by měl vyjasnit s pacientem rozdíl mezi lapsem a relapsem. Marlatt a Gordon (1985) definují relaps jako návrat k předchozímu stavu, který je charakterizován pocitem ztráty kontroly. Na lapsus se pohlíží jako na událost, ve které může člověk korigovat své chování a neztratit kontrolu. Myšlenkové a citové reakce na první selhání nebo lapsus po období abstinence mají významný vliv, který může určovat to, zda bude následovat úplný návrat k původní formě užívání. Terapeut by měl zdůraznit rozdíly mezi lapsem a recidivou stejně jako fakt, že po lapsu nemusí nutně následovat relaps. Je důležité zdůraznit, že lapsy jsou u mnoha lidí součástí procesu, který vede k vyléčení, a že pokud se taková situace objeví, měl by mít pacient připraven krizový plán, který zabrání tomu, aby se z lapsu stal relaps v plné šíři. Lapsus lze využít jako poučnou zkušenost, díky ní je možné zhodnotit, co se stalo, určit, ve které oblasti nemá pacient žádnou kontrolu a přezkoumat jeho rozhodnutí ke změně. Výhodou takové otevřené diskuse je to, že poskytuje poctivé zhodnocení toho, co pacient může očekávat. Pacienti mohou předpokládat, že pokud udělají chybu, není vše ztraceno, mohou přijít na léčení a využít své chyby k tomu, aby

se naučili více o sobě samých a o přijatých plánech, směřujících ke střízlivosti.

2.6. Motivační trénink

Motivační trénink vznikl jako reakce na trendy léčby závislosti, které zahrnují užití přímé konfrontace a přesvědčování. Konfrontační přístup byl založen na předpokladu, že alkoholicí mají mimořádnou úroveň obranných mechanismů, jakými jsou například popření, projekce a racionalizace, což jsou rysy, o kterých se předpokládá, že způsobují značný nedostatek motivace ke změně. William Miller (1985) vyslovil myšlenku, že do domnělý nedostatek motivace není vrozeným, statickým rysem osobnosti, ale spíše odrazem stavu připravenosti ke změně, která kolísá případ od případu a je ovlivňována množstvím různých vnitřních a vnějších faktorů.

Za významný faktor v interakci klient-terapeut se považuje terapeutův styl. Jeho přístup může být skutečně rozhodující pro to, zda klient zvolí odpor nebo změnu. Carl Rogers (1961) došel k závěru, že pomáhající osoba představuje ústřední faktor, který určuje, zda bude vztah podporovat nebo tlumit. Rovněž si povšiml toho, že klienti nepovažují za užitečné, když terapeut udílí přímé a specifické rady ohledně rozhodnutí. Mnohé současné studie demonstrovaly, že úroveň klientova odporu přímo odpovídá míře konfrontace ze strany terapeuta. Motivační intervence jsou paradoxně obou typů: konfrontační i nekonfrontační. V prvním případě bychom však neměli klienta konfrontovat s jeho popřením problému. Záměrem je spíše vést ho k momentu sebekonfrontace a kognitivního přehodnocení prostřednictvím uvědomování a sebereflexe. Konfrontace v tomto smyslu je spíše cílem než stylem poradenství. Jasně pochopení situace příslušného jedince je prvním krokem ke změně. Z toho plyne, že pro změnu je nezbytná spíše konfrontace se sebou samým než ze strany terapeuta. Základem terapeutického procesu je to, jak klient sám vnímá svou situaci. Brissett (1988) tvrdí, že ti, kteří popírají, že jsou alkoholicí, se nemusí nutně mýlit, nemusí nutně trpět nějakou nemocí. To, co bývá označeno nálepkou „odpor“, může být něčím víc, než jen vyjádřením osobní nezávislosti. Tlak na klienta, aby přijal nálepku „alkoholik“, může být zdrojem jeho odporu a přitom není k procesu změny nutný. Důležitější je pomoci klientovi projít rozhodovacím procesem a posílit jeho rozhodnutí se změnit. Cílem motivačních intervencí je tedy prozkoumat zájem klienta týkající se jeho chování a osobní důvody ke změně.

Pro praktické provádění motivačního tréninku je třeba porozumět dvěma hlavním koncepcím:

- 1) Lidé se nacházejí v různých stádiích připravenosti ke změně
- 2) Ambivalence je normální a pochopitelná

Obě tyto koncepce jsou významnými faktory rozhodovacího procesu a budou mít vliv na to, jak bude klient vnímat jakoukoliv intervenci.

Připravenost ke změně

Model stadií změny, původně vytvořený Prochaskou a DiClementem (1986), je důležitý svou myšlenkou, že změna je spíše než jednotlivou událostí procesem. Úkoly terapeuta se v různých stádiích liší. Jedinec v prekontemplačním stadiu, popisovaný jako „šťastný uživatel“, se na terapeutických sezeních neobjeví, pokud k tomu nebude přinucen zainteresovanou stranou. Lidé ve stadiu prekontemplace jsou tedy označováni jako popírající problém a budou zřejmě léčbu bojkotovat. Cílem v tomto stadiu je probudit v klientovi určité

pochybnosti a umožnit mu vidět rizika spojená s pitím-prostřednictvím informací a zpětné vazby.

Jedinec ve stadiu kontemplace je typický svou ambivalencí vůči pití: „Chci a Nechci“. Lidé často uvíznou ve stavu konfliktu mezi zisky a ztrátami. Konfrontační přístup v tomto stadiu může klienta posunout směrem k obraně výhod dalšího pití, což pravděpodobně vyústí ve zdánlivé odmítání jakéhokoliv problému, který terapeut zdůraznil. Vhodný přístup je ten, že spolu s klientem prozkoumáváme jeho závislé chování z obou stran a hledáme, na kterou stranu se rovnováha vychýlí.

Mezi stadiem kontemplace a akcí leží vlastní rozhodnutí a proces přípravy ke změně. Příprava je pro proces změny důležitá, protože důvody k pokusu o změnu, stejně jako síla původního rozhodnutí ovlivní výsledek, jako například pravděpodobnost relapsu. Také sebedůvěra klienta nebo jeho víra ve vlastní schopnosti ovlivní posun od rozhodnutí k akci, jak se klient pohybuje směrem k okamžiku konečného rozhodnutí, objevuje se často zvýšená ambivalence. Terapeut by měl proto posílit motivaci ke změně tím, že mu pomůže určit nejlepší postup činnosti.

Ve stadiu akce klient realizuje všechny své plány. Potřebuje cítit podporu a ocenění za každý dosažený úspěch. Pro zachování změny je nezbytná bdělost a stálé dosahování osobních cílů. Nezbytná je prevence relapsu.

Principy motivačního tréninku

Existuje pět klíčových principů, které určují praktické vedení motivačního tréninku (Miller, Rollnik, 1991).

1) Vyjádření empatie

Rogers tvrdí, že zásadní složkou v terapeutickém procesu je „přiměřená empatie“. To neznamená, že bychom se s klientem museli zcela identifikovat, stačí dát najevo, že rozumíme a akceptujeme, jak mu je. Jakoukoliv ambivalenci přijímáme jako normální a pochopitelnou, což zmenšuje odpor na straně klienta.

2) Vytvoření rozporu

Terapeut by měl v klientovi vytvořit a zesílit rozpor mezi jeho současným chováním a jeho osobními cíli nebo představami o sobě. Princip pracuje na předpokladu, že ke změně může dojít tehdy, když rozdíl mezi současným chováním a osobními cíli začne být citelný. Cílem klienta je dosáhnout stavu sebekonfrontace a získat důvody ke změně.

3) Vyhybání se sporu

Spory jsou kontraproduktivní a jen zvyšují úroveň klientova odporu a terapeutovy frustrace. Spor s klientem může mít řadu podob (přímá konfrontace, přesvědčování pomocí logiky...). Také „nálepkování“ se může stát zdrojem konfliktu. Pro vlastní léčbu není nutné přijmout nálepku „alkoholik“ nebo „problém“.

4) Práce s odporem

Nejdůležitější funkcí motivačních intervencí je snížení klientova odporu. Spíše než konfrontace pomáhá využít reflexe nebo přerámcování. Energii klientova odporu považujeme za pozitivní znamení a za něco, co vyžaduje

spíše prozkoumat než zlomit. Odpor je rovněž považován za možný projev nesouladu mezi tím, kde se klient nachází v procesu změny a zaměřením terapie.

5) Podpora sebedůvěry

To, jak klient vnímá své schopnosti jednat a dosáhnout cílů, ovlivňuje pravděpodobnost, že se mu podaří změnit své chování. Vzhledem k tomu, že klient sám je odpovědný za pokus o uskutečnění změny, je jeho sebedůvěra základním prvkem procesu změny. Analogií pohybu od rozhodnutí k akci je situace parašutisty, který předtím, než skočí z letadla, věří, že se padák otevře. Abychom klientovi pomohli, musíme mu postupně vštípit pocit důvěry ve vlastní plán činnosti a v dosažení kýženého výsledku.

Strategie

Strategie poskytují podklad pro praktické využití motivačního tréninku. Jejich volba závisí na úrovni raportu mezi klientem a terapeutem, na stadiu změny, kde se klient nachází a na tom, jak terapeut hodnotí jeho motivaci. Existují čtyři klíčové strategie:

1) "Probírání typického dne nebo sezení"

Jde v podstatě o to, získat záběr klientovy situace v souvislosti s drogou. Jde o vstupní strategii, prozkoumání současného a specifického všedního dne klienta, která nám poskytne podklad pro diagnostické posouzení užívání drog. Také nám může poskytnout představu o míře klientovy motivace. Když klienta požádáme, aby nám podrobně popsal jeden den, pomůže nám to při budování raportu, neboť tím vyjadřujeme, že se zajímáme o jeho situaci.

2) "Dobré a méně dobré při užívání drog"

Probírání obou stránek užívání drogy slouží několika cílům. Prvním z nich je empatizovat s tím, jak klientovi je. Když se vyjasní jeho hodnocení pro a proti užívání, získáme lepší představu o stadiu změny klienta a stupni jeho ambivalence. Je ovšem důležité, aby terapeut nepředpokládal, že „proti“ nebo to „méně dobré“ spojené s užíváním, jsou pro klienta zdrojem starostí a aby se vyhnul výrazům jako „problém“ nebo „starosti“. Tato strategie by měla v klientovi spíše vytvářet a zesilovat moment rozhodování a zvažování, pomáhat mu případně vidět více z jeho vlastního hodnocení.

3) "Poskytování informací"

Poskytování informací, zpětná vazba nebo rada se může stát těžištěm poradenství. Způsob, jak jsou informace poskytovány, však ovlivní, zda půjde o boj mezi konfrontací a odporem nebo o terapeutickou interakci. Jedna z pastí, do které se mnozí z pomáhajících chytí, je role odborníka na řešení problémů. Ta zanechá klienta buď v pasivním nebo obranném postoji. Než informace poskytne, je třeba zvážit, zda klient nějaké informace či rady vůbec chce. Je také důležité posoudit, co již klient o alkoholismu ví, abychom nenosili dříví do lesa. Takové posouzení také může zvýšit klientovo sebevědomí. Když už radu nebo zpětnou vazbu poskytneme, je důležité ponechat klientovi trochu času na diskusi.

4) "Probírání problémů"

Účelem této strategie je posunout klienta směrem k cíli motivačního tréninku tak, že s ním detailně probereme příčiny jeho problémů. Důležité je ponechat klientovi čas, aby o své situaci přemýšlel. Zde jen pomáháme klientovi projít rozhodovacím procesem.

Drobné dovednosti

Třetí, ale zásadní úroveň praktického provádění motivačního tréninku je užití „na klienta zaměřených“ terapeutických dovedností. Dovednosti jako „kladění otevřených otázek, reflektující naslouchání, potvrzení a shrnutí“ jsou základní složkou motivačního tréninku, neboť poskytují klientovi příležitost prozkoumat jeho situaci.

Poskládání všech prvků dohromady

Souhra principů, strategií a drobných dovedností představuje praxi motivačního tréninku. Další zásadní složkou je terapeutův styl. Ten do značné míry určuje klientův odpor a změnu. Pro celý proces změny je rozhodující postoj, kterým terapeut dává najevo, že klienta přijímá, rozumí jeho situaci a důvěřuje jeho úsudku a rozhodnutím.

3. Sebezkušenostní postřehy s léčby alkoholismu

Jsem závislá na alkoholu a v letech 1994 až 2000 jsem absolvovala celkem čtyřikrát léčbu (první řádná tříměsíční, zbývající krátkodobé). Byla to komunitní režimová léčba podle modelu Jaroslava Skály. Podstatou tohoto náročného a důsledného modelu je vyvíjet u pacienta volní úsilí, navozovat u něj potřebné stavy přirozené euforie, ale na druhé straně její léčba přivádí do stavu napětí a úzkosti a nutí její vypořádat se s frustračními pocity (citace S. Kratochvíla). Mé hospitalizaci předcházela návštěva psychiatrické ambulance v místě mého bydliště, kde jsem se dohodla na krátkodobé léčbě, jejímž účelem mělo být přerušení „tahu“ a na následné ambulantní léčbě. Tak zněla i objednávka psychiatra při telefonickém zajištění mého pobytu v léčebně. Po příjezdu do léčebny mi bylo v přijímací ordinaci řečeno, že moje hospitalizace bude tříměsíční a že pokud nemám zájem a nehodlám tento kontrakt spolu se závazkem užívat Antabus podepsat, mohu odjet. Cítila jsem obrovské zklamání, ovládaly mě pocity nespravedlnosti, podvedení a agrese. Neměla jsem čas a možnost zařídit si rodinné a pracovní záležitosti na tak dlouhou nepřítomnost. Z toho vyplýval také můj postoj k léčbě, jejíž velkou část jsem byla v odporu (podle zápisů v deníku zhruba 1,5 měsíce). Na této zkušenosti si uvědomuji, jak je důležité před zahájením terapie nebo před hospitalizací vytvořit kontrakt mezi klientem a terapeutem (či léčebnou), kde budou předem ujednány základní podmínky léčby, včetně předpokládané délky trvání. Předěšlo by se tím zbytečným pocitům manipulace, nedůvěry a nespolupráce. Zároveň si uvědomuji, že tak jako většina alkoholiků i já jsem v té době nebyla zralá k tomu, abych mohla objektivně posoudit svůj stav a důležitost dlouhodobé léčby. K ospravedlnění svého pití jsem používala racionalizace (hroutící se manželství a následný rozvod) - viz kapitola 2.6. Motivační trénink. Přesto si myslím, že takové jednání není terapeuticky a už vůbec ne eticky správné. V roli terapeuta bych s klientem v počátcích hospitalizace podrobně probrala jeho situaci, diagnostikovala, ve které fázi alkoholismu se přibližně nachází a až poté vytvořila kontrakt. V této fázi bych podala klientovi potřebné informace,

například co to Antabus je, než jeho užívání potvrdí podpisem, a spíše konfrontačním přístupem bych se snažila ho dovézt k realistickému posouzení jeho situace a nabídnout mu adekvátní způsob léčby. Měla by to být dohoda mezi klientem a terapeutem, ze které vyplynou pro klienta závazky. Myslím si, že přístup pacientů k léčbě po „dohodě“ by byl produktivnější než po „dobrovolně nedobrovolné hospitalizaci“.

V souladu s behaviorálním přístupem se domnívám, že není nutné onálepkovat klienta hned na příjmu názvem alkoholik. Uvědomění si a přijetí tohoto označení by dle mého názoru mělo být popř. až výsledkem následující terapeutické práce. Pro lidi mající problémy s alkoholem a dají se označit názvem „problémový piják“ (podle Jellineka zhruba 2. stadium), se nenabízí žádná alternativa léčby (viz behaviorální nácvik sebekontroly) a budoucí pacient tak vlastně musí „dozrát“ do dalších stadií. Faktem je, že tihle lidé ani pomoc příliš nevyhledávají. To je způsobeno stále trvající stigmatizací psychiatrie v naší společnosti a na druhé straně není vlastně ani taková nabídka ze strany psychiatrických ordinací či léčeben avizována. Vzhledem k finanční náročnosti řádných dlouhodobých hospitalizací a nepřilíš velkých úspěchů při léčbě lidí nacházejících se ve třetím či čtvrtém stadiu nemoci, je absence této nabídky nesmyslná.

Na oddělení byl zaveden bodovací systém. Práce pacienta jako např. úklid, pracovní terapie, psaní deníku, písemné práce z osvěty, atd., byly hodnoceny kladnými body. Nedostatky, např. pozdní příchody, kouření mimo stanovenou dobu, zápornými. Z počtu získaných bodů se odvíjely pro pacienta výhody, např. dovolenky domů. Pro některé pacienty, kteří měli „rozbouřené“ rodinné zázemí a o odjezd domů vlastně ani nestáli, nebylo tohle bodování motivující. Zároveň se kladné body získávaly za činnosti, které pacient stejně musel vykonávat - úklid, pracovní terapie - byla to náplň dne, žádná jiná alternativa k těmto činnostem stanovená nebyla. Do pracovní terapie se nechodilo kvůli bodům, ale kvůli tomu, že tam šli všichni a „něco“ se dělat muselo. Získávání kladných bodů si člověk v podstatě ani neuvědomoval. Zato záporné body byly „strašákem“. Velká část chování pacienta se odvíjela od snahy nechytit „mínusáka“. Tak že docházelo vlastně ve větší míře k trestajícímu zpevňování žádoucího chování. A jak již bylo uvedeno v textu (kapitola 2.2. Operantní podmiňování), je vhodné pro většinu změn chování dávat důraz na zpevnění požadovaného chování spíše než trestání nežádoucího. Trest má tendenci vyvolat negativní pocity a odvetné chování ze strany pacienta. Programy, které jsou založeny ve větší míře na trestání, vykazují také značně vysoký počet nedokončených procesů léčby.

Léčba probíhala v léčebném společenství (komunitě) a práce v tomto systému je náročná. Hrozí nebezpečí vytváření pseudodemokratického stylu řízení, pro který jsou příznačné poruchy komunikace, zvláště toho typu, že dochází k rozporu mezi tím, co se říká, myslí a skutečně dělá. Hra na demokracii je z psychologického hlediska nežádoucí, protože je školou pokrytectví, nepřímého a manipulativního jednání. Ze strany personálu by nemělo jít o metakomplementaritu, kdy „dovolí“ pacientům něco rozhodnout. V době pobytu v tomto společenství jsem měla pocit, že je rozděleno na „my“ (pacienti) a „oni“ (personál), popřípadě „ona“ (psycholog). Tohle rozvrstvení komunity mi nepřipadá ani tak patologické - nakonec je to obraz civilního života, kde ti oni také jsou - nadřizení v zaměstnání, pro někoho rodiče, a je určitě terapeuticky významné sledovat vztahování se a postoj pacientů k autoritám. Chybné mi připadá obcházení léčebného řádu personálem (ať to bylo míněno jakkoliv

dobře) a navození atmosféry, že personál má vždy nakonec právo „veta“. Naštěstí to byly jen výjimečné situace.

Komunita byla rozdělena do dvou skupin, které se scházely ke skupinové PT. Jednu skupinu vedl psycholog, druhou střední zdravotní personál (kdo měl zrovna službu). Už z tohoto důvodu (a některých dalších - jedna vždy dole, druhá nahoře) byla jedna považována za lepší a druhá za horší. Nikdy jsem nepřišla na to, jakým klíčem je ten který pacient přiřazován do té které skupiny. Mezi pacienty panoval s trochou humoru názor o osobních sympatiích či antipatiích psychologa k pacientům. V takto „uzavřené“ společnosti a v pocitech osobního „debaklu“ funguje myšlení lidí trochu odlišným způsobem než obvykle. Myslím si, že když už tento model fungoval (lepší a horší), dalo se toho psychoterapeuticky využít. Například tak, že postupem „nahoru“ by mohl získat pacient v druhé půlce léčby pocit růstu, pocit dílčího úspěchu v procesu léčby, a tím by určitým způsobem mohlo narůstat jeho sebevědomí, jeho pocit, že už v léčbě někam dospěl, něco dokázal a o něco se zasloužil. Bylo by vhodné tento postup nějak ritualizovat. Na druhé straně by mohl být propad z lepší skupiny do horší alternativou trestu propuštění z léčby po hrubém porušení léčebného řádu, např. porušení abstinence (což mi připadá méně kruté). V souvislosti s tím mě napadá vždy paralela s hospitalizovaným diabetikem, který neodolá a v důsledku špatné sebedisciplíny pozdě v nemocničním bufetu věneček se šlehačkou a je záhy po měření krevního cukru vyhozen. Ještě bych chtěla dodat, že vnímání obou skupin jako jedné horší a druhé lepší mi připadá nešťastné (vzhledem k tomu, že právě procházím výcvikem, kde si tuhle alternativu nedovedu představit), a navrhované řešení bych označila termínem „z nouze ctnost“.

Podle mého názoru by měli být ve skupinách terapeuté dva, nejlépe muž a žena a ještě lépe jeden z nich abstinující alkoholik (laický terapeut, koterapeut). Ovšem při dnešní situaci ve zdravotnictví je takový nárůst personálu asi nemožný.

Když zpětně hodnotím svou první léčbu, mám pocit, že mi umožnila náhled (verbální a produktivní a asi po dobu dvou let i efektivní). Po ukončení léčby jsem se zařadila do normálního života, našla jsem si práci, která byla ještě lepší než předchozí, a ač se mi zdálo bezprostředně po návratu ostatní lidé „jako z Marsu“, zase jsem s nimi tak nějak splynula. Pomalu jsem začala zapomínat na to, že jsem přece jen trochu jiná, že mám nějaký handicap (v této pijící společnosti, kde je alkohol všude, kam se člověk podívá, od televize až po trafiky - je to docela významný handicap). Postupně jsem získala dojem, že jsem jako oni a že toho nakonec o alkoholu vím tolik, že si dovedu poradit. V tomto rozpoložení se mi dokonce několikrát podařilo napít se alkoholem a nic se nestalo. Nerozjel se žádný tah, neopila jsem se do „usnutí“, neměla jsem abstinenci příznaky. Navíc jsem se o alkoholismus dost zajímala, četla jsem různé knihy a časopisy, z těch jsem si vybírala hlavně to, co se mi hodilo (kontrolované pití, apod.). Až se „ucho utrhlo“ a následoval asi sedmidenní tah, ze kterého nešlo vystoupit. Zhruba po dvou letech jsem absolvovala druhou léčbu v trvání šesti týdnů. V souvislosti s těmito lapsy a relapsem mě oslovil behaviorální pohled na ně (kapitola 2.5.). Po mém debaklu a znovuhospitalizaci jsem prožívala obrovské pocity studu a zklamání. Dlouho mi trvalo, než jsem se z toho dostala a začala vůbec vnímat, co se kolem mě děje. V léčbě panovalo ovzduší, že porušení abstinence je něco „nehorázného a odsouzeníhodného“ (alespoň já jsem to tak vnímala). Nějaké scénáře ke

zvládnutí recidivy se nenacvičovaly. Když jsem se rozpila, bylo mi asi po dvou dnech jasné, že to sama nezvládnou, ale obávala jsem se přijet zpět do léčebny a zastavit co nejrychleji pití. Měla jsem zafixováno, že to bude hrozná ostuda a že tam budu muset zůstat zase celé tři měsíce. Proto si myslím, že je důležité považovat relaps jako jedno ze stádií a připravovat se během léčby na jeho zvládnutí. Pacient si tím nadělá jednak méně problémů v osobním životě (rodina, zaměstnání) a jednak není nutná dlouhodobá léčba. Bylo by vhodné pracovat na tom, jak se naučit zvládnout porušení abstinence v samém zárodku. Vidím v tom i paralelu k suicidalitě alkoholiků (kapitola 1.5.), kdy nastavení terapie „musím abstinovat a porušení abstinence je trestuhodné“, vede k selhání sebehodnocení, ke ztrátě víry ve vlastní schopnosti a potažmo k bilančnímu suicidu.

Dále bych chtěla poukázat na prospěšnost a důležitost doléčovacích či svépomocných skupin. Sama doléčovací skupinu navštěvuji a troufám si říct, že je to jedna z věcí, která mi pomáhá v abstinenci. Je to skupina otevřená, na sezení bývá kolem 25 lidí, z nichž někteří jsou pacienti přílehlé detoxikační jednotky a vede ji psychiatr. Mezi členy jsou i lidé, kteří neprodělali ústavní léčbu, přestože jsou to těžcí alkoholici, jejich cesta k dlouhodobé abstinenci vedla „jen“ detoxikační jednotkou a účastí v této skupině (abstínují 5-8 roků). Dění ve skupině je zaměřeno převážně na zvládání abstinence. Vždy je tam někdo, kdo je na začátku této dlouhé cesty a nebo by se chtěl na ni vydat, ale bojí se udělat ten první krok. Skupina je pro tyto „nerozhodné“ velkým přínosem. Dostávají od ostatních informace o tom, že to co se jim děje, jaké problémy alkohol přináší, prožívali také, a že jsou to obvyklé symptomy závislosti. Myslím, že pro „neznalé“ je důležité si pojmenovat věci, které se s nimi dějí, zjistit, že abstinence příznaky, ranní doušky, noční třesy a halucinace, sprosté obelhávání rodiny i sebe, nejsou známky toho, že se „dočista zbláznili“, ale „pouhé“ symptomy závislosti. A že v tom nejsou sami. A že to není napořád a že se to dá zvládnout. Těm zkušeným a dlouhodobě abstínujícím zase dělá radost, že někomu pomohli (altruismus-účinný faktor skup. PT). Důležitým tématem jsou také pocity viny, hlavně k dětem, které se zákonitě objevují. V některých léčebnách se provádějí tzv. opakovací léčby, což je také dobrý způsob, jak si zpevnit poznatky a postoje získané léčbou. Ze skupiny vím, že klienti se na tyto „opakovačky“ těší a po návratu z nich vyzařuje jakési intenzivnější odhodlání pokračovat v abstinenci.

Léčbu považuji za první krok k řešení problémů s alkoholem. Je zajímavé, že okolí ji vnímá spíše jako krok poslední. Po léčbě by měla následovat účast v doléčovacích skupinách či v opakovacích léčbách. Ze své zkušenosti vím, že pokud na léčbu nic nenavazuje, pokud je vržen člověk zpět do normálního života a pokud u něj během léčby nedošlo k významné osobnostní změně, tak jeho předsevzetí, zdravé návyky a odhodlání abstinovat pomalu vyhasínají. Doléčování je podle mého názoru nutné alespoň tak dlouho, dokud si klient nevytvoří a neuspořádá novou „životní mapu“, tentokrát bez alkoholu (přátelé, rodina-často kodependence, určitý profit z partnerova alkoholismu, zájmy, apod.). Návštěva psychiatrické ambulance, např. při farmakoterapii Antabusem, není dostačující. Většinou nemá psychiatr dost času se pacientovi věnovat a pacient tam vystupuje v roli ne-mocného, což není vhodné. Skupina naopak vyvolává pocity „moci“ být za svůj život odpovědný. V průběhu mých opakovaných léčení se měnil i terapeutický vztah s psychologkou na oddělení. Nazvala bych to „Od konfrontace

k Rogersovi“. Neřekla bych, že ta změna byl nějaký její terapeutický záměr, ale že to byla změna kontinuální, oboustranná. Tak jako já jsem pomalu (velmi pomalu) ustupovala od svých negativních postojů k léčbě, od jakéhosi nihilismu a zpochybňování všeho a všech (včetně jí samé) směrem k úsilí si porozumět a pracovat na sobě, tak i ona mě v podstatě doprovázela, povzbuzovala a dávala mi pocit, že za něco stojím. Když jsem na této cestě stagnovala nebo se zase vracela zpět, dala mi to vědět. Zpočátku jsem ji vnímala až magicky, byla dokonale „bílé plátno“, na které jsem si mohla projíkat a přenášet cokoli. Někdy jsem ji milovala i nenáviděla, jindy jsem ji považovala za slabou a chtěla jsem ji chránit, někdy jsme ji obdivovala, jindy to byla moje nejlepší kamarádka. Teď je to člověk, kterého si nesmírně vážím a který je tak nějak zakotven v mém životě.

Mám dojem, že jsem se v posledních letech abstinence posunula o velký kus dál. Abstinence se pro mě nestala cílem, ale spíš prostředkem k naplňování smysluplného života. Už se nemusím nějak rigidně vyhýbat nebezpečnému prostředí, kde se pije, nechodit ustrašeně kolem regálů s alkoholem, nepřepínat programy při „vodce na ledu“. Spíš se bavím paradoxními intencemi (to si zítra určitě koupím!). Když ještě občas od někoho slyším, že mám pevnou vůli, tak vím, že to není žádná pevná vůle, žádné odříkání a boj s touhou, ale že je to odvaha být sama sebou. Nebát se být s ostatními i sama se sebou taková, jaká jsem, v ryzí podstatě, se všemi chybami, hříchy a snad i nějakými přednostmi. Snad se to dá nazvat „pokorné přijetí daností“ (to je věta mé terapeutky, která mi asi navždy utkvěla v mysli a se kterou jsem si velmi dlouho pohrávala, než jsem ji pochopila).

Studium Psychoterapeutické fakulty mi otevřelo dříve neznámé pohledy na člověka, na jeho bytí ve zdraví i nemoci. Nabídlo mi tolik odpovědí a snad ještě více otázek, tolik podnětů k hlubšímu přemýšlení a studiu a umožnilo mi nahlédnout alespoň z části „pod pokličku terapeutického myšlení“. Díky tomu se docela těším, jaké otázky mi život ještě položí.

Tolik moje myšlenky, které mě napadaly při psaní této práce a při pohledu na mou vlastní závislost.

Použitá literatura:

- F. Rotgers a kol., Léčba drogových závislostí, Grada Publishing, 1999
- Doc. MuDr. J. Skála, ... až na dno?, Avicenum Praha, 1988
- J. Heller, Závislost známá neznámá, Grada Praha, 1996
- K. Nešpor, L. Csémy, Léčba a prevence závislostí, PCP, 1996
- S. Kratochvíl, Základy psychoterapie, Portál 1998
- L. Chvíla, časopis Závislosti a my, 2/1996