

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Elizabeth Nováková

Kontrolované pití alkoholu

Controlled alcohol drinking

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Prim. MUDr. Petr Popov MHA

Praha, 20. 7. 2015

Identifikační záznam:

NOVÁKOVÁ, Elizabeth. *Kontrolované pití alkoholu*. [Controlled alcohol drinking]. Praha, 2015. 55 s., Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Popov, Petr.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 20. 7. 2015

Elizabeth Nováková

Podpis

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu, Prim. MUDr. Petru Popovi MHA za cenné podněty a vstřícné jednání během vedení práce. Rovněž děkuji nejbližším za neutuchající podporu nejen během doby vzniku práce, ale po čas celého studia.

Abstrakt

VÝCHODISKA. Spotřeba alkoholu celosvětově stoupá. Česká republika se konstantně drží na prvních příčkách žebříčku největších konzumentů. Tradici u nás má léčba založená na striktní abstinenci. Práce s možností zvolit v některých případech kontrolované pití by rozšířila terapeutické možnosti práce s klientelou zasaženou alkoholem.

CÍLE. Práce se zabývá tématem kontrolovaného pití alkoholu. Cílem je představit aktuální poznatky problematiky a popsat implementaci v praxi. Dalším cílem je popsat typ klienta, pro něž je tato strategie vhodná, a prezentovat některé metody užívané v zahraničí.

VÝZKUMNÉ OTÁZKY. Výzkumné otázky se zabývají typem klientely, pro niž by kontrolované užívání alkoholu mohlo být vhodným terapeutickým cílem, následně také metodami práce s touto klientelou.

METODY. K naplnění cíle byla provedena analýza odborné literatury získané prostřednictvím rešerše na úrovni mezinárodních vědeckých databází provedené v období říjen 2014 – červenec 2015.

VÝSLEDKY. Analýzou dostupné literatury bylo zjištěno, že existuje množina uživatelů, pro něž může být kontrolované pití vhodným cílem, alespoň dle dosavadních výzkumných poznatků. Rovněž vybrané zdroje obsahují popis metod práce s klienty.

IMPLIKACE. Poznatky tématiky jsou vhodné pro rozšíření terapeutických možností práce s vybranou klientelou. Rovněž mohou posloužit jako podklad pro další výzkum.

Klíčová slova

- alkohol – harm reduction - kontrolované pití – abstinence – terapeutický cíl -

Abstract

BACKGROUND. Alcohol consumption is increasing worldwide. The Czech Republic is constantly holding onto the first rungs of the world's biggest drinkers. There is a tradition of treatment based on strict abstinence. Possibility of choosing controlled drinking, in some cases, would expand the therapeutic options for working with clients affected by alcohol.

AIMS. This theses deals with the theme of controlled drinking. The main aim is to present the current knowledge of the issue and to describe impementation in practise. The other aim is to describe type of client for whom this strategy could work, and also to present some methods used abroad.

RESEARCH QUESTIONS. Research questions are dealing with the type of clientele for which controlled drinking could present the right choice, and also with the type of methods used in work with this clientele.

METHODS. To meet the aims, there was made an analysis of scientific literature reached by research made throug international scientific databases in period of October 2014 to July 2015.

RESULTS. By the analysis of available literature, it was found that there is a type of users for which may controlled drinking be appropriately chosen goal, at least according to current research findings. Selected sources also contain a description of methods of work with clients.

IMPLICATIONS. Findings in this issue may be helpful for extension of therapeutic options in work with selected clients. They can also serve as a basis for further research.

Key words

- alcohol – harm reduction – controlled drinking – abstinence – therapeutic goal-

OBSAH

| | |
|---|----|
| I. ÚVOD | 9 |
| II. TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 1. Alkohol..... | 10 |
| 1.1. Epidemiologie užívání ve světě | 10 |
| 1.2. Epidemiologie užívání v České republice..... | 11 |
| 2. Poruchy způsobené užíváním alkoholu..... | 12 |
| 2.1. Akutní intoxikace..... | 12 |
| 2.2. Patologická intoxikace | 13 |
| 2.3. Škodlivé užívání..... | 13 |
| 2.4. Syndrom závislosti..... | 14 |
| 2.4.1. Typologie závislosti dle Jellineka | 15 |
| 2.5. Alkoholový odvykací stav..... | 16 |
| 3. Závislost na alkoholu | 17 |
| 3.1. Teorie závislosti | 17 |
| Morální model..... | 17 |
| Psychologický model | 17 |
| Medicínský model..... | 18 |
| Bio-psycho-sociální model..... | 18 |
| Model minimalizace rizik (Harm Reduction) | 19 |
| 3.2. Nemoc či naučené chování?..... | 20 |
| 3.3. Harm reduction a alkohol..... | 20 |
| 3.2.1. Bezpečnější konzumace alkoholu | 21 |
| 3.4.1. Farmakoterapie..... | 22 |
| 3.4.2. Nové technologie | 24 |
| 4. Kontrolované pití | 25 |
| 4. 1. Historické pozadí | 25 |
| 4.2. Implementace v praxi..... | 26 |
| 4.2.1. Strategie kontrolovaného pití | 27 |
| III. PRAKTICKÁ ČÁST | 29 |
| 5. Cíl, formulace výzkumných otázek..... | 29 |
| 6. Metodologický rámec a strategie výběru výzkumného souboru..... | 30 |
| 6. 1. Etické aspekty práce..... | 30 |
| 7. Výzkumný soubor | 31 |
| 8. Metody práce a výsledky | 32 |
| 8. 1. Hostel W a hostel B | 32 |

| | |
|--|----|
| 8. 2. COVAID | 35 |
| 8. 3. Centrum Jellinek | 36 |
| 8. 4. Ambulantní program v Německu | 39 |
| 8. 5. Zkušenosti z Windsor Clinic | 42 |
| 8. 6. Veteráni z Mississippi | 43 |
| 8. 7. Souhrn | 44 |
| 9. Diskuze..... | 46 |
| IV. Závěr | 49 |
| Seznam literatury | 50 |

I. ÚVOD

Alkohol je celosvětově užívanou psychoaktivní látkou¹⁾. Je to pravděpodobně dáno snadnou dostupností, relativně nízkou cenou a společenskou tolerancí. Jeho konzumace se neváže pouze k příležitostem oslav, ale stal se nedílnou součástí kultury mnoha zemí, Českou republiku nevyjímaje. Již několik let se Česko objevuje na předních příčkách žebříčků mapujících státy s nejvyšší konzumací alkoholu. V roce 2011 to bylo 14, 97 litrů na osobu u populace starší 15 let (WHO, 2011).

Asi 266 milionů dospělých v evropských zemích užívá alkohol v mírných dávkách (do 20 g za den pro ženy, 40 g pro muže), 58 milionů užívá nad tuto míru a celých 23 milionů obyvatel je na alkoholu závislých (Vondráčková et al., 2012). Nadměrná konzumace je spojena s množstvím zdravotních rizik - od úrazů, kriminality, sociálních problémů, po somatické komplikace vyvolané účinky alkoholu. V České republice pije alkoholické nápoje rizikově² a škodlivě³ 29,2% mužů, dalších 3,8% má problém vyžadující odbornou pomoc. 9,3 % českých žen pije rizikově a problémově⁴, 0,3 % má potom s alkoholem vážný problém (Popov, 2013).

V současné době se v Evropské unii léčí méně než 10% osob závislých na alkoholu a každý rok jich asi 120 000 zemře, jedná se o populaci ve věku 15 – 64 let. Pokud by se počet léčených navýšil, vedlo by to ke snížení počtu úmrtí a onemocnění plynoucích z nadměrné konzumace alkoholu. Pokud by se počet navýšil na 40%, dle odhadů dojde ročně k záchraně až 11 700 osob (Popov, 2013). Přes alarmující čísla a zprávy je postoj k alkoholu stále tolerantní. Rizika jsou podceňována a do léčby se dostane jen minimum těch, kteří by jí potřebovali. Samotná léčba je dlouhodobý a namáhavý proces vyžadující úsilí jak na straně pacienta, tak odborníka. Tradici u nás má koncept závislosti jako nevléčitelné nemoci a terapie založená na celoživotní abstinenci. Ta však může pro mnoho osob představovat nereálný a nedosažitelný cíl. Zde se nabízí možnost kontrolovaného pití jako terapeutického cíle, který není vhodný pro všechny, ale existují případy, ve kterých může fungovat. Principem jde o Harm Reduction (dále HR⁵), jež je běžně užíváno u nelegálních drog (výměna injekčního materiálu) i u tabáku (elektronická cigareta). Na kontrolované pití lze tedy pohlížet nejen jako na cíl v terapii, ale i prostředek ke snížení škod plynoucích z užívání alkoholu.

Tato práce si klade za cíl sestavit přehled dosavadních poznatků a zkušeností v oblasti kontrolovaného užívání alkoholu. Vychází z předpokladu, že bude-li současný model léčby doplněn o složku nevyžadující doživotní abstinenci, stane se přístupnější pro konzumenty, kteří zatím nejsou závislí, ale vykazují známky škodlivého či problémového pití, které by v budoucnu k závislosti vedlo.

¹⁾ Každá, která ovlivňuje jakýmkoliv způsobem psychickou činnost (Pavlovský, 2006).

²⁾ Rizikové pití – úroveň konzumace či charakter pití, které pravděpodobně povede k poškození, pokud návyk přetrvá. Uvádí se více než 20 g alkoholu/den u ženy a 40 g/den u muže.

³⁾ Škodlivé pití – frekvence a množství konzumovaného alkoholu způsobuje uživateli somatické poškození, případně také problémy v sociální sféře. Předchází závislosti. Podrobněji viz kapitola 2.3.

⁴⁾ Problémové pití – konzumace vede k problémům plynoucím z pití alkoholu (nebezpečné chování, úrazy, sexuální delikty).

⁵⁾ Pojem se většinou nepřekládá, rozumíme jím snižování škod a rizik (výměna injekčního materiálu, distribuce prezervativů, a jiné).

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Alkohol

Alkohol, chemicky etylalkohol, se připravuje syntetickou cestou nebo lihovým kvašením, nejčastěji látek bohatých na sacharidy (obiloviny, brambory, ovoce), s přidavkem kvasinek. V kvasícím materiálu se vyskytují i látky podílející se na tvorbě aroma a chuti. Pro přípravu čistého etanolu je již vykvašený materiál čištěn rektifikací. Vyšší koncentrace je dosaženo pomocí destilace, kdy jsou aplikovány látky odnímající vodu. Alkoholické nápoje se dělí na destiláty, („tvrdý alkohol“, například rum, vodka) a nededilované (víno, pivo), (Ehrmann, 2006). Aplikace probíhá per os. Jiné způsoby jsou možné, ale nepříliš obvyklé. Látka dobře prochází biologickými membránami. Z trávicího traktu se rychle vstřebává a prochází hematoencefalickou bariérou do mozku (Kalina, 2015).

Nadměrná konzumace těchto nápojů je označována jako alkoholismus, termínem poprvé užitým roku 1849 švédským lékařem Magnussem Hussem. O zhruba sto let později, v roce 1951, již zásluhou Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, dále jen WHO) začal být alkoholismus považován za medicínský problém. Zmínky o nadměrném pijáctví jsou však zmiňovány o mnoho dříve, první definice nemoci pijáctví pochází již z roku 1784 (Popov in Kalina, 2003). Psychotropní účinek je zprostředkován ovlivněním dopaminergního, GABAergního noradrenergního a opiodního neurotransmiterového systému (Kalina, 2015).

Jedná se o látku s orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity (Kalina, 2015). Dlouhodobá konzumace alkoholu s sebou nese řadu somatických, duševních a sociálních poškození. Existuje především vztah mezi množstvím užívaného alkoholu a jeho důsledky. Alkohol je příčinou asi šedesáti různých typů onemocnění a zdravotních obtíží, včetně poruch psychických a poruch chování, úrazů, onemocnění gastrointestinálního traktu, imunologických, plicních a kardiovaskulárních onemocnění, poruch plodnosti atd. Ukazuje se rovněž, že alkohol má za následek předčasnou invaliditu a úmrtí u asi 12% mužů a 2% žen (Vondráčková et al., 2012).

Podoby užívání alkoholu se snaží zachytit a následně popsat obor epidemiologie. Údaje o spotřebě, produkci, vývozu a dovozu shromažďuje WHO (Vondráčková et al., 2012).

1.1. Epidemiologie užívání ve světě

Evropa je regionem s největší spotřebou alkoholu, ta je zhruba posledních pět let konstantní. Naopak nejvíce abstinentů se nachází v rozvojových zemích a státech s převahou obyvatel islámského vyznání, což je zapříčiněno omezením konzumace alkoholu sociálními a právními normami (Vondráčková et al., 2012). Nárůst spotřeby alkoholu byl zaznamenán v Jihovýchodní Asii a v oblastech západního Tichomoří (Šťastná, 2014). Mezi země s nejvyšší spotřebou alkoholu na hlavu patří Česká republika, Andorra a Estonsko.

Asi 266 milionů dospělých v evropských zemích užívá alkohol v mírných dávkách⁶⁾, 58 milionů užívá nad tuto míru a celých 23 milionů obyvatel (1% ženy, 5% muži) je na alkoholu závislých. (Vondráčková et al., 2012). 16% uživatelů vykazuje binge drinking, což je nadměrná

jednorázová konzumace alkoholu (Bareš, NETAD) mající velice škodlivý vliv na lidské zdraví (Šťastná, 2014).

Zpráva WHO upozorňuje na procento úmrtí v souvislosti s konzumací alkoholu (7,6% úmrtí mužů a 4% ženy) a na stálý nárůst užívání mezi ženami (Šťastná, 2014).

Navzdory alarmujícím číselným údajům je poptávka po léčbě malá: v současné době se v Evropské unii léčí méně než 10% osob závislých na alkoholu. Každý rok na neléčenou nebo špatně léčenou závislost zemře přibližně 120 tisíc Evropanů ve věku 15 až 64 let. Pokud by tedy počet léčených stoupl na 40%, mohlo by být zachráněno každoročně až 11 700 nemocných (Popov, 2013).

1.2. Epidemiologie užívání v České republice

Dle údajů WHO je Česká republika zemí s nejvyšší spotřebou alkoholu na osobu za rok. V roce 2011 to bylo 14,97 litrů čistého alkoholu u osob nad 15 let věku (WHO, 2011). Podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013 (NMS, 2014) rizikově alkohol konzumuje 17-20% české populace, tj. 1,5-1,7 mil. dospělých osob, z toho škodlivé pití (ve vysokém riziku nebo závislých na alkoholu) vykazuje 5–8 % populace, tj. 450–700 tis. dospělých osob.

Zhruba 3-4% obyvatel ČR má problém s alkoholem natolik závažný, že vyžaduje odbornou pomoc, dalších více než 20% obyvatel užívá alkohol ohrožujícím způsobem. Pouze malé procento osob s poruchami vyvolanými účinky alkoholu vyhledá pomoc odborníka – léčených je necelých 28 tisíc nemocných (Csémy et al., 2008). Nevyrovnanost v počtu osob zneužívajících alkohol a těch, kteří vyhledali odbornou pomoc, figuruje i v zahraničních zdrojích, kde dochází k poměru 3:1 nebo dokonce 10:1 (Holcnerová, 2010).

⁶⁾ Max. jeden alkoholický nápoj denně pro ženy a seniory, max. dva pro muže (asi 10 – 20 g pro ženy 10 – 40 g pro muže, což je přibližně 0,5 l piva nebo 2 dcl vína), (www.alkoholpodkontrolou.cz).

2. Poruchy způsobené užíváním alkoholu

Poruchy způsobené užíváním alkoholu patří klasifikací mezi duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek, s kódem F10. V ČR probíhá diagnostika a klasifikace dle manuálu MKN-10, v USA DSM-IV.

„Podle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí WHO (MKN-10) mezi duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10 – F19) řadíme každou duševní nebo behaviorální poruchu, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek, bez ohledu na to, zda jsou, či nejsou předepsány lékařem.“ (Popov, 2012, p.208)

Popov (in Raboch et al., 2012) uvádí, že psychoaktivní účinky alkoholu jsou závislé na požití dávce alkoholického nápoje a mají komplexní charakter. Výsledný efekt závisí na vlivech biologických (zdravotní stav), psychologických (očekávaný efekt) a sociálních (prostředí, ve kterém je alkohol konzumován).

Popov (in Raboch et al., 2012) uvádí dělení těchto poruch z hlediska psychiatrie do dvou skupin:

- i. Poruchy způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervovou soustavu či jako následek chronického užívání alkoholu – abúzu.
- ii. Poruchy projevující se návykovým chováním souvisejícím s abúzem alkoholu, které nakonec může vyústit v závislost.

2.1. Akutní intoxikace

Akutní intoxikací se rozumí přechodný stav po užití alkoholického nápoje. Většinou se projevuje jako prostá opilost (ebrietas simplex, prostá ebrieta). Při nižších užitých dávkách má alkohol stimulační účinek. Dochází k povznesení nálady, zvýšení sebevědomí, mnohomluvnosti. Při další konzumaci následuje snížení zábran a sebekritičnosti, může dojít k agresi. Při dlouhotrvající nepřerušené konzumaci nebo rychlé konzumaci dochází k útlumu, což je hlavní účinek alkoholu na CNS. Objevuje se únava, spavost, v extrémních případech k bezvědomí až úmrtí (Popov, in Raboch et al., 2012). Maximální alkoholémie nastává po třiceti až devadesáti minutách. Rychlost odbourávání je konstantní (0,12 – 0,2 ‰ /hod), muži odbourávají rychleji (Kalina, 2015)

Dle množství užitého alkoholu jsou popsána 4 stádia intoxikace:

- i. Excitační, euforické stádium:
alkoholémie dosahuje hodnot do 1,5 g/kg a vede k lehké opilosti. Přítomná je euforie, mnohomluvnost, zvýšené sebevědomí, odstranění zábran, ale také snížená sebekritičnost a zhoršení kognitivních funkcí.
- ii. Hypnotické stádium:
alkoholémie v hodnotě 1,6 – 2 g/kg, jedná se o opilost středního stupně. Dochází k prodloužení reakční doby, poruchám koordinace a zhoršení kognitivních funkcí.

iii. Narkotické stádium:

alkoholémie nad 2g/kg, přítomny výrazné známky opilosti – porucha koordinace, zmatenost, hypotermie, hypotenze, povrchové a zpomalené dýchání, hypotermie, poruchy oběhového a dechového centra.

iv. Asfyktické stádium:

alkoholémie nad 3 g/kg, jedná se o těžkou intoxikaci, riziko zástavy dechu a oběhu, bezvědomí. Vyhasínají reflexy, nastává cyanóza, může dojít ke smrti v důsledku selhání centrálního oběhu a dýchání (Dvořáček in Kalina et al., 2003).

2.2. Patologická intoxikace

Rovněž známá jako patická opilost (patická ebrieta) je zvláštní stav následující po vypití relativně malého množství alkoholu, které by běžně nezpůsobilo intoxikaci. Tento stav se projevuje jako kvalitativní porucha vědomí s nepochopitelným jednáním, poruchami emocí, vnímání a myšlení. Můžou se objevovat halucinace, úzkost, paranoidně perzekuční bludy, jedinec je agresivní vůči okolí. Porucha trvá v řádu minut či hodin a je na nečástečná nebo úplná amnézie (Dvořáček In Kalina et al., 2003).

Diagnostikování patické ebriety má význam v soudní psychiatrii. Pokud totiž došlo v průběhu tohoto stavu ke spáchání trestného činu, je pachatel mnohdy přiznána nepřičetnost (Pavlovský, 2012).

2.3. Škodlivé užívání

Škodlivé užívání vede k poškození tělesného i duševního zdraví a většinou předchází samotné závislosti na alkoholu. Dochází k somatickému poškození, často je zasažen gastrointestinální trakt (jícnové varixy, gastritidy). Zvyšuje se riziko rakoviny, zejména jícnu, jater, tenkého střeva, žaludku, u pijáků piva navíc rekta, roste riziko jaterní cirhózy a poškození oběhového systému (kardiomyopatie, hypertenze). Dochází k poškození nervového systému (atrofie, alkoholická epilepsie), avitaminózám, anémii, poruchám krvetvorby. U mužů probíhá snížená sekrece testosteronu, může se objevit impotence. Ženy uživatelky podstupují riziko poškození plodu během těhotenství (FAS, FAE), (Popov In Raboch et al., 2012).

Škodlivé užívání bývá označováno rovněž termínem abúzus (Raboch et al., 2006). Chronický abúzus vede k poruše sekrece inzulínu nebo poruše endokrinního systému, což může vyústit pseudo-Cushingovým syndromem. Chronická deplece thiaminu způsobuje Wernickeovu encefalopatii (Popov In Raboch et al., 2012).

Chroničtí uživatelé mají celkově oslabený imunitní systém, z důvodu častého pobývání v zakouřeném prostředí a mnohdy aktivnímu kouření se častěji vyskytují i bronchitidy a nádory dutiny ústní, močového měchýře a prostaty (Popov In Raboch et al., 2012).

Kromě tělesného poškození vede chronické pití i ke komplikacím psychologickým, sociálním a interpersonálním (Nešpor, 2011). Postižená osoba selhává v plnění povinností,

případně životních rolích, mohou se objevit i právní problémy (opakované řízení pod vlivem alkoholu).

MKN-10 definuje škodlivé užívání jako způsob užívání, který způsobuje fyzické nebo psychické zdraví. DSM-IV poukazuje na souvislost mezi užíváním a neschopností plnit pracovní nebo školní povinnosti, užívání v nebezpečných situacích nebo právní, sociální a vztahové problémy plynoucí z abúzu.

2.4. Syndrom závislosti

Přechod od škodlivého užívání k závislosti se většinou děje nenápadně postupnými změnami, mezi něž patří ztráta kontroly, nemožnost zastavit započaté pití, zvyšování tolerance, zanedbávání zájmů a povinností a také změna v chování a myšlení uživatele. Tyto změny myšlení a chování se označují jako alkoholické obrany, alkoholik jimi racionalizuje své počínání. Příznakem již rozvinuté závislosti je změna tolerance (směrem nahoru či dolů), výskyt škály odvykacích příznaků, ranní doušky, okénka (Popov In Raboch, 2012).

Dle MKN-10 je syndrom závislosti soubor kognitivních, behaviorálních a fyziologických fenoménů vyvíjejících se po opakovaném užití látky. Je uvedeno, že užívání určité látky nebo třídy látek má u jedince větší přednost než chování, kterého si v minulosti cenil více. Hlavní charakteristikou závislosti je touha užít látku i přes její negativní dopady (Nešpor in Kalina, 2003).

Definitivně lze o diagnóze závislosti rozhodnout tehdy, došlo-li v průběhu roku ke třem či více těmto znakům:

- i. silná touha či puzení užít látku (carving, bažení)
- ii. potíže s kontrolou užívání, a to pokud jde o začátek a ukončení konzumace nebo o množství
- iii. somatický odvykací stav, je-li látka užita s úmyslem zmenšit jeho příznaky
- iv. průkaz zvýšené tolerance aby bylo dosaženo stejných účinků jako na začátku užívání
- v. postupné zanedbávání ostatních zájmů
- vi. pokračování v užívání i přes důkazy o poškození organismu

DSM-IV nezahrnuje ve své definici craving, ale klade větší důraz na zhoršené sebeovládání ve vztahu k užívané látce (Nešpor in Kalina, 2003). Závislost se popisuje jako maladaptivní model prokazující se minimálně ve třech bodech v období posledních 12 měsíců:

- i. průkaz tolerance
- ii. příznaky z vysazení látky jako abstinenční příznaky pro danou látku nebo úmyslné užití stejné či podobné látky pro potlačení těchto příznaků
- iii. delší nebo intenzivnější užívání než bylo zamýšleno

- iv. přítomnost trvalé touhy o snížení nebo kontrolu užívání, případně neúspěšné snahy
- v. množství času stráveného aktivitami k získání nebo užití látky, případně k zotavení se po jejím užití
- vi. sociální, profesní či rekreační aktivity potlačeny na minimum nebo zcela chybí
- vii. pokračování v užívání i přes prokazatelné negativní účinky (Millerová, 2005)

Od května 2013 je v platnosti 5. revize DSM (DSM-V), v níž došlo k několika změnám. Literatura užitá při tvorbě práce však pracuje se 4. revizí, proto je primárně popsána právě ta. DSM-IV popisuje zvláště abúzus a alkoholovou závislost, pro něž má výše zmíněná kritéria. DSM-V integruje tyto pojmy do jednotného „*alcohol use disorder*“ AUD (lze přeložit jako porucha způsobená užíváním alkoholu) se škálou od mírného po závažný stupeň, v závislosti dle počtu naplněných kritérií. Mezi kritéria je navíc zařazen craving, a naopak došlo k eliminaci problémů se zákonem jako kritéria (NIAAA, 2013).

2.4.1. Typologie závislosti dle Jellineka

Typologie dle doktora Jellineka rozlišuje pět typu závislosti na alkoholu. Rovněž popisuje vývoj alkoholové závislosti během čtyř fází, stádií: počáteční (symptomatické), varovné (prodromální), rozhodné (krucální) a konečné (terminální), (Popov, 2003).

Typy abúzu:

- i. typ alfa: problémové pití, alkohol slouží jako prostředek sebemedikace (pití o samotě, na úzkost a tenzi)
- ii. typ beta: společenské pití, pití ve společnosti vázané na příležitosti, následkem bývá somatické poškození
- iii. typ gama: jinak označován jako typ anglosaský, převládá pití piva a destilátů, typická je porucha kontroly a zvyšující se tolerance a progresse konzumace, výraznější psychická závislost
- iv. typ delta: jinak označován jako románský typ s preferencí vína, typická je denní konzumace bez výrazných znaků opilosti, ale s udržením „hladinky“, výraznější je somatická závislost
- v. typ epsilon: jinak označován jako kvartální pijáctví, jde o epizodický abúzus s obdobím úplné abstinence, tento typ se může vyskytovat u afektivních poruch (Skála, 1987)

Skála (1987) uvádí, že kontrolované pití přichází v úvahu u abúzu typu alfa a beta, a to u svobodných mladých osob do třiceti let, spíše než u starších s odpovědností za rodinu. Hladina alkoholu nesmí překročit 0,8 promile, spíše však 0,6 promile (Popov, 2012).

2.5. Alkoholový odvykací stav

Vyskytuje se u osob s dlouhou anamnézou abúzu⁷⁾, rozvíjí se během hodin až dnů po vysazení či redukci dávek s maximem během 2. dne, a odezněním zhruba do týdne. Projevuje se třesem, úzkostí, pocením, nauzeou až zvracením, tachykardií, poruchou spánku, slabostí, či psychomotorickým neklidem. Komplikací může být odvykací stav s delíriem. Delirium tremens je závažný, život ohrožující stav doprovázený poruchami vědomí a kognitivních funkcí, halucinacemi (mikrozoopsie – halucinace hmyzu a drobných zvířat), psychomotorickým neklidem (často žádá mechanické omezení jedince) a dezorientací, bludy s paranoidním obsahem, hrubým třesem, pocením a záchvaty křečí. Obtíže dosahují maxima v noci, obvykle dochází k inverzi spánku. Po odeznění hlavní části přetrvávají poruchy spánku, úzkostně-depresivní stavy, i vegetativní potíže, k odeznění dochází v řádu měsíců (Kalina, 2015). V organismu dochází k poruše rovnováhy elektrolytů a k hypoglykémii, což může vyústit v metabolický rozvrat, a vyžaduje intenzivní léčbu (Popov in Raboch, 2012). Jedná se o nejtěžší formu odvykacího stavu s poměrně vysokou mortalitou (Kalina, 2015).

Mezi další poruchy patří poruchy psychotické (alkoholické psychózy), jako následek dlouhodobého abúzu, alkoholické halucinózy a amnestický syndrom projevující se zhoršením paměti krátkodobé, při současném zachování dlouhodobé (Popov in Raboch, 2012).

⁷⁾ Nadměrné užívání.

3. Závislost na alkoholu

Přístupy k závislosti se měnily v čase. V současné době se na léčbě podílí odborníci z několika resortů, současně existují svépomocné organizace a alternativní terapie, což se odvíjí od pojetí závislosti jako komplexní záležitosti pomocí tzv. bio-psycho-socio-spirituálního modelu.

3.1. Teorie závislosti

Millerová (2005) uvádí šest modelů závislosti poskytující pohled na příčiny problémového pití a formy jeho léčby. Jednotlivé modely kladou důraz na různé složky závislosti, mezi které patří:

- i. kulturní faktory, určující postoje jednotlivce k užívání návykové látky, její dostupnost v populaci
- ii. environmentální faktory, zahrnující principy podmiňování a zpevňování (drogy jsou brány pro příjemné účinky na psychiku)
- iii. interpersonální faktory, do nichž patří rodinné faktory (genetika, fungování rodiny) a sociální vlivy (vrstevníci, životní styl)
- iv. intrapersonální faktory, zahrnující osobní vývoj, osobnost, genderové rozdíly

Kalina (2015) užívá namísto modelů termín paradigma⁸⁾.

Morální model

Dle morálního modelu je alkoholismus vnímán jako slabost morálky a člověk závislý na něm je zvrhlíkem, který by místo léčby měl být trestán (Millerová, 2005). Dle morálního paradigma závislost vznikla vlastní vinou jedince, a ten by tedy měl nést následky, přičemž společnost by neměla poskytovat náklady. Toto paradigma není dodnes odbourané u mnoha lékařů, politiků, ale i u některých pracovníků na poli závislosti, kteří upřednostňují „tvrdou“ léčbu před „rozmazlující“ terapií. Nelze jej však zcela zavrhnout – tím by došlo k potlačení tématu osobní zodpovědnosti na konání a důležitosti obnovení morálky při procesu uzdravy (Kalina, 2015).

Psychologický model

Pod psychologické teorie spadá teorie psychodynamická, teorie behaviorálního učení a teorie osobnostních vlivů. Dle psychologických teorií je léčba neúčinná, nedojde-li ke změně v příčinných faktorech. Psychodynamická teorie je zaměřena na osobní patologii uživatelů. V léčbě jde o rozkrytí nevědomých konfliktů – které se ale jeví jako neměnné, proto se nepovažuje za velmi úspěšnou. Teorie behaviorálního učení považuje alkohol za prvek posilování chování (alkohol – odbourání stresu), což lze změnit například změnou prostředí. Prognóza je tedy dobrá, posilující faktory jsou měnitelné. Teorie osobnostních rysů se snaží o změnu osobnostních rysů uživatele (např. řešení úzkostných stavů). Osobnostní rysy jsou však stále, léčba tudíž není příliš úspěšná (Millerová, 2005).

⁸⁾ *Paradigma: soubor předpokladů vytvářející rámec pro existenci určitého jevu; souhrn všech pojetí oboru lidské činnosti v určitém časovém úseku; souhrn základních domněnek, předpokladů, představ určité skupiny odborníků, k němuž patří i metodická pravidla řešení, intuitivní postoje a hodnocení problémů* (Kalina, 2015, p. 101).

Kalina (2015) uvádí, že dle behaviorální teorie je závislost chování naučené prostým procesem učení (nápodoba, klasické a operantní podmiňování), dle kognitivní teorie jde o vzorec chování a dysfunkčních přesvědčení, jež se odvíjejí od jádrových přesvědčení vybudovaných v dětství působením kritických zážitků a zkušeností. Psychodynamické teorie vidí podstatu ve vývojové poruše osobnostní struktury, pramenící z utváření nejužších vztahů v raném období vývoje (Kalina, 2015).

Sociokulturní model

Popisuje sílu vlivu genetické výbavy, uspořádání a fungování rodiny a vliv vrstevníků. Důležité jsou i výchova, kulturní postoje k užívání návykových látek a krizová období (puberta, dospívání). Léčba je tedy zaměřena na změnu environmentálního kontextu a úpravu životního stylu, což zahrnuje i vybudování smyslu pro rodinu, tradici a pospolitost, jelikož nedostatek v této oblasti vede k pocitům odcizení a rozervanosti (Millerová, 2005). Kalina (2015) mluví o sociálním paradigma, kdy je předpokládáno, že sociální prostředí klade nepřiměřené požadavky, narušuje tak sociální fungování a vyvolává problémy klientů (užívání drog).

Medicínský model

V medicínském modelu se uplatňuje model závislosti jako progresivní nemoci s příznaky, jedinec však zodpovědnost za své budoucí jednání a při úzdavě může vyžadovat duchovní pomoc (tento princip částečně akceptován například hnutím Anonymní alkoholici).

Alkoholismus je vnímán jako progresivní onemocnění končící smrtí, u něhož došlo ke ztrátě kontroly nad pitím. Jedná se o onemocnění somatické, psychické a duchovní povahy, za něž postižený není zodpovědný, ale nese odpovědnost za své další působení. Nemocný si musí připustit bezradnost vůči alkoholu a přijmout pomoc Vyšší moci (osud, náhoda, víra).

Léčba prosazuje pohled na jednotlivce jako na celek duchovní, duševní i fyzický. Většinou kombinuje přístup AA s odbornou intervencí (Millerová, 2005).

Kalina (2003) popisuje biomedicínský model rovněž jako nemoc podobnou ischemické chorobě srdeční či diabetu, která je léčitelná za určitých podmínek (doživotní abstinence). Z dnešního pohledu se zdá tento model zúžený pouze na biologickou složku, v minulosti byl však inovativní ve změně pohledu na závislost jako na škodlivou sociální deviaci.

Bio-psycho-sociální model

Tento model pamatuje nejen na samotnou závislost, ale i na faktory, které přispívají ke vzniku a ke komplikacím. Uživatel se má posuzovat individuálně, každá se složek se může u různých klientů vyskytovat v jiné míře. Hlavní myšlenkou tohoto modelu je komplexní pohled, který však zůstává individualizovaný (Millerová, 2005).

Kalina (2003) uvádí, že bio-psycho-sociální model rozšiřuje biomedicínský model o složku psychických funkcí a mezilidských vztahů. Nemoc vzniká v průběhu osobnostního vývoje v interakci s biologickými, psychologickými a sociálními faktory. Důležitými pojmy jsou potom dispozice (genetické, psychologické), zranitelnost a spouštěč, jež může vést k manifestaci poruchy.

Tento model se objevil po druhé světové válce, k rozmachu došel v šedesátých letech, kdy se problematika drog stala problémem společenským, a ne pouze medicínským (Kalina, 2003). Již několik desetiletí je hlavní strategií léčby. Nejedná se o přístup striktně lékařský, reaguje však na definici zdraví dle WHO, kdy se jedná o stav tělesné, duševní a sociální pohody (nikoliv pouze absence nemoci).

Bio-psycho-sociální model narušuje klasické chápání závislosti jako nevléčitelného onemocnění a uznává, že v určitých případech se může dotyčná osoba plně zotavit (splnit své vývojové úkoly, přerůst závislost). Komplexní pojetí závislosti umožňuje transdisciplinární týmovou spolupráci lékařů, adiktologů a terapeutů. Je možné aplikovat poznatky ze širokého pole působnosti (přírodní vědy, psychologie) a pomoci klientům vědecky ověřitelnými postupy (Kalina, 2003).

Bio-psycho-sociální přístup k závislosti umožňuje rovněž řešit souběžně více problémů, v čemž tkívá i jeho nevýhoda, kde není možné vždy apelovat na všechny složky (Millerová, 2005).

Kalina (2003) ještě přidává přístup holistický, celostní, kam patří bio-psycho-socio-spirituální model zahrnující i spirituální a morální aspekty osobnosti. Lze sem také zařadit alternativní terapie (východní medicína, aromaterapie, byliny, holotropní dýchání) a vymezuje zvláště přístupy morální a spirituální, které se zaměřují na jednu ze složek osobnosti – závislost je projevem morálního debaklu. K zotavení je nutné vyhledat pomoc nějaké vyšší instance, odborníci se většinou neuplatňují. Na principech tohoto přístupu pracují svépomocné organizace Anonymních alkoholiků či Anonymních narkomanů.

Model minimalizace rizik (Harm Reduction)

Přístup minimalizace škod, HR, představuje pragmatický přístup zaměřený na individuální potřeby klienta. HR neprosazuje především abstinenci, která je stále žádoucí, ale ne nutně vyžadovaná. Během práce s klientem jí může být dosaženo pomocí plánování postupných realistických kroků (Millerová, 2005). Rovněž je však na zřeteli ochrana společnosti před negativními jevy spojenými s užíváním drog prostřednictvím přístupů Public Health, které se zaměřují spíše na širokou společnost než na individuum (Hrdina in Kalina, 2003).

Základními principy HR je akceptace faktu, že drogy (legální i nelegální) jsou a budou součástí našeho světa i přes snahu o snižování poptávky a nabídky, některé způsoby užití drogy jsou bezpečnější než jiné, abstinence nemusí být v daný okamžik nejhodnějším cílem a jakákoliv změna chování směrem k bezpečnějšímu a zodpovědnějšímu užívání je žádoucím jevem, protože prevence progresivního poškození je snadnější a levnější než léčba (Harm Reduction Coalition, 2011 In Vacek et al., 2012)

Kalina (2003) navíc popisuje public health přístup jako prostředku k ochraně veřejného zdraví prostřednictvím ochrany společnosti, která je upřednostněna před ochranou individua. Vznikl jako reakce na šíření viru HIV, nikoliv jako reakce na drogovou situaci, šlo hlavně o šíření osvěty o bezpečném pohlavním styku a bezpečnější intravenózní aplikaci – z toho se vyvinuly programy výměny injekčního materiálu, distribuce prezervativů, screeningové testy na infekční nemoci atd.

3.2. Nemoc či naučené chování?

Pojetí závislosti bylo dlouho omezeno na zařazení mezi nevyléčitelné nemoci, kdy jediným řešením může být přísná doživotní abstinence. Závislý, případně problémový uživatel, se vyznačuje především ztrátou kontroly nad pitím, která nemůže být již nikdy obnovena. Zastáncem tohoto přístupu bylo a je hnutí Anonymních alkoholiků (AA), i množství odborníků. Dle Jellineka (1960) uživatelé typu gama nejlépe splňovali kritéria nemoci. Typ gama se vyznačuje výraznou ztrátou kontroly nad užíváním, která se projeví již po požití malé dávky. Přítomnost alkoholu v krevním oběhu vyvolává fyziologickou reakci projevující se silným cravingem do další dávce. Závislostní nemoc je přirovnávaná k horečce, která je často symptomem jiné fyzické poruchy – ztráta nad kontrolou pití je vlastně symptomem závislostní choroby (Jellinek, 1960). K prohlášení alkoholismu za nemoc došlo po zrušení americké alkoholové prohibice. Předcházelo se tak ostrakizaci uživatelů, mohla jim být poskytnuta odborná péče, zároveň však byl nemocný zbaven části zodpovědnosti za vývoj své závislosti (Heather a Robertson, 2000 In Radimecký, 2005).

Již od šedesátých let se objevují kritické ohlasy. Odpůrci konceptu nemoci vidí pití spíše jako interakci mezi osobností a sociálním kontextem, ve kterém se člověk naučí pít (Heather, 1992) a oponují faktem, že závislost není nemoc s jasnou etiologií, prognózou a jednoznačnou jasnou léčbou, ale spíše příznakem jiného problému (Kooyman, 1993 In: Radimecký, 2005). Případně vyvrací tezi o nemožnosti znovunalezení kontroly (Davies, 1962). Marlatt (1998) vidí hlavní nevýhodu ve vytváření obrazu oběti, která podlehla závislosti v důsledku genetických nebo biologických anomálií, a jež do konce života balancuje na hraně podlehnutí útokům své choroby – tudíž nikdy není uzdravený, pouze uzdravující se.

Radimecký (2005) ve své kritice paradigmatu nemoci pohlíží na problémové pití jako na formu naučeného chování, jež může být pomocí intervencí odnaučeno či přeučeno nejen v abstinenci, ale také v kontrolované (mírné, umírněné, moderované) pití.

Změna v nazírání na problémové pití jako na naučené chování by v praxi znamenala rozšíření pole možných intervencí a přijetí základního principu HR – spíše než eliminace užívání alkoholu je důležitým cílem snížit konzumované množství a to jednak snížením množství zkonsumovaného alkoholu během jedné epizody, tak celoživotně – z toho vyplývá možnost využití kontrolovaného pití jako alternativu k dosavadnímu striktnímu prosazování abstinence, pokud si klient tuto nepřeje (Vavrinčíková, 2012). Přístup k léčbě může být pružnější – terapeuti mohou vypracovat konkrétní, autentické cíle pro jednotlivé klienty (Wanigaratne et al., 1998).

3.3. Harm reduction a alkohol

Radimecký (2005) vychází z Rhodese (1999 In Vacek et al., 2012), a poskytuje přehled HR intervencí dle úrovně. Intervence na strukturální úrovni mají podobu legislativních opatření (zákony, předpisy, vyhlášky), v současnosti se alkoholu ve Sbírce zákonů ČR týká přes 400 předpisů (Vacek et al., 2012). Obecně zde jde o monopol, licencování výroby, regulaci ceny a distribuce, kontrolu dostupnosti věkem, časem a místně, regulaci marketingu atd.

Na komunitní úrovni se jedná o strategie místního omezení prodeje nebo konzumace alkoholu, kontrolu dodržování zákonů, zajišťování bezpečného prostředí a bezpečného návratu domů. Pro plánování a následné uvedení bezpečnějšího nočního života do praxe jsou poskytnuta vodítka *Healthy Nightlife Toolbox* (2010 In Vacek et al., 2012), kde je systematicky popsáno riziko a jsou definovány role zainteresovaných činitelů, a zároveň popsány možné intervence. Na individuální úrovni se intervence HR zaměřují na uživatele – snaží se učit bezpečné konzumaci bez negativních následků a škodlivě užívající zachytit, přivést do léčby a léčit jinak než bezpodmínečnou abstinencí (Vacek et al., 2012). Jako hlavní intervence se doporučuje krátká intervence a screening (Babor et al., 2003 In Vacek et al., 2012).

3.2.1. Bezpečnější konzumace alkoholu

Nelze považovat žádný způsob za bezpečný, jelikož alkohol je příčinou až šedesáti různých typů onemocnění a zdravotních potíží, a u většiny potíží zvyšuje riziko v závislosti na dávkách, přičemž vyšší míra konzumace znamená vyšší rizika (Vondráčková et al., 2012). Některé způsoby konzumace jsou však bezpečnější než jiné.

Od devadesátých let dvacátého století se v literatuře objevují informace o bezpečné týdenní a denní dávce alkoholu, která by pro muže měla být 2-3 standardní jednotky alkoholu, pro ženy 1 až 2. Zároveň by při jedné události neměly být vypity více než 4 jednotky (7 dávek už představuje velké riziko) a jeden den v týdnu by se mělo zcela abstinovat. Tyto limity pokládají základní kámen pro krátkou intervenci (Vavrinčíková, 2012). Jsou-li překračovány, hovoříme o rizikovém nebo problémovém pití. Dle Nešpora (2011) dnes již WHO žádné bezpečné množství neuvádí, jelikož pro mnoho osob je bezpečným množstvím nula.

Další doporučení se týkají nejen množství, ale i způsobu konzumace, která by neměla probíhat nalačno. Zároveň by nápoje měly mít co nejnižší koncentraci alkoholu (víno a pivo spíše než destiláty) a měly by být kvalitní. Riziko je u míchaných drinků, jelikož jde mnohdy o neznámý obsah, s neznámou koncentrací alkoholu, jehož chuť může být přebita množstvím cukru. Nebezpečná je kombinace alkoholických nápojů s jinými drogami. Konzument by si měl předem stanovit výši výdajů, které chce za alkohol utratit, a nepřekračovat jej. Rovněž by měl mít zajištěnou bezpečnou přepravu domů a být informován o možných následcích pití. Během popíjení je důležité prokládat alkoholické nápoje nealkoholickými, nejlépe čistou vodou, aby nebyla ohrožena hydratace (Vavrinčíková, 2012).

Obecně u HR tedy nejde o prostou abstinenci, ale o snížení množství vypitého alkoholu. S tímto konceptem začaly pracovat i adiktologické služby, například RIAPS Trutnov, kontaktní centrum (dále KC). Na AT konferenci konané v roce 2013 proběhl příspěvek shrnující zkušenosti v práci s problémovými uživateli alkoholu, pro něž bylo zřízené kontaktní centrum fungující dva dny v týdnu (úterý a pátek, 9 – 11 hodin). Služba funguje od března roku 2012 a vznikla jako reakce na poptávku uživatelů, kteří mnohdy předstírali nealkoholovou závislost, aby dosáhli na službu KC, protože na běžnou psychiatrickou péči by nedosáhli kvůli vysokému prahu (dlouhá čekací doba) a jako prevence negativních jevů (popíjení na veřejnosti, závislí lidí bez domova), (Čalovka et al., 2013). Specifickou službu provozuje sociální firma organizace SANANIM z. ú.: lze zadat pomocí SMS údaje o věku, pohlaví, váze a množství vypitých alkoholických nápojů, a tím zjistit míru promile v krvi. Služba je anonymní (Vavrinčíková, 2012).

3.4. Léčba alkoholové závislosti

Tradice léčby alkoholové závislosti spočívá v psychoterapii, zejména pak díky práci docenta Jaroslava Skály, ikonické postavy pražského Apolináře, založeného roku 1948 jakožto první specializované lůžkové oddělení při Psychiatrické klinice LF UK. V Apolináři se kombinuje skupinová psychoterapie s prvky terapeutické komunity, zahrnující aktivní účast pacientů, a s farmakoterapií. Důvodem nižšího podílu farmakoterapie jsou důvody především ekonomické – pacient si léky musí hradit sám bez nároku na příspěvek pojišťovny (Popov, 2003). Stejně tak i v zahraniční literatuře se objevují zprávy o zbytečně nízkém užívání těchto léků, zejména z důvodu nedostatečné znalosti klinických pracovníků, a pochybách o efektivitě (Oliva & Harris, 2014).

Kromě ústavní léčby (psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení nemocnic, ostatní lůžková zařízení) je možné absolvovat i léčbu ambulantní. V roce 2012 se takto léčilo 26 280 osob. V lůžkové péči bylo v roce 2012 zaznamenáno 9 544 hospitalizací se základní dg. F10 (poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu). Průměrná doba hospitalizace na lůžku pak byla 50,5 dne (ÚZIS, 2012). Dalším typem je léčba stacionární, založená na pravidelné denní docházce do zařízení poskytující uzavřené skupině psychoterapii s režimovými prvky pod vedením psychologa či psychoterapeuta. Svou roli hrají i svépomocné skupiny a socioterapeutické kluby při psychiatrických odděleních. Kluby jsou zpravidla vedeny odborníkem, zatímco svépomocné skupiny jsou řízeny laikem. Nejznámější mezi těmito skupinami jsou AA, jejichž vznik v USA se datuje k roku 1935. V ČR proběhl první mítink roku 1988 (Anonymní Alkoholici, 1996). V USA se běžně kombinuje účast v AA s odbornou léčbou (drogy-info.cz).

Při terapii alkoholové závislosti se osvědčily kognitivně-behaviorální postupy (rozpoznávání spouštěčů, nácvik odmítnutí), motivační rozhovory, arteterapie, gestalt terapie, účast na svépomocných skupinách, rodinná terapie, jóga (Kalina, 2015).

3.4.1. Farmakoterapie

Již v roce 1925 se objevila novinka v léčbě v podobě averzivní terapie apomorfinem. Tento způsob léčby měl u pacienta navodit podmíněný reflex nechuti k alkoholu. Roku 1947 zavedena léčba emetinem (emetin hydrochlorid), rovněž způsob averzivní terapie způsobující zvracení. Od roku 1948 je používán disulfiram (známější pod názvem Antabus), poprvé na psychiatrické klinice v Plzni. V dnešní době se od averzivní terapie upustilo kvůli nízké efektivitě a mnohým zdravotním komplikacím, používá se spíše výjimečně. Antabus má v léčbě stále své místo, ač jsou údaje o jeho efektivitě velmi rozdílné (Holcnerová, 2010). Kromě disulfiramu může reakci nazývanou také jako „Antabusový efekt“ (zvracení, tachykardie, nauzea, kolapsové stavy) zapříčinit i jiná účinná látka, například metronidazol, ale také některé léky – proto je nebezpečné kombinovat léčiva a alkohol (Popov In Kalina, 2003).

Zásadním průlomem se stalo zavedení anticravingových léků. Prokazatelnou účinnost mají acamprosat (Campral) a naltrexon (ReVia, Naltrexone AOP), v ČR dostupné. V USA jsou rovněž schváleny disulfiram, a anticravingový acamprosat a naltrexon a naltrexon s prodlouženou dobou působení (Vivitrol). Potlačení cravingu se objevuje i při užití tomiramatu, ale jeho používání v této indikaci zatím nebylo FDA (Food and Drug Administration) schváleno (Nešpor, 2011).

Oliva a Harris (2014) ve své meta-analýze shrnují poznatky ze studií mapujících účinky anticravingových preparátů zveřejněných od ledna 1970 do března 2014. Mezi zařazenými preparáty byly acamprosat, naltrexon a disulfiram, ale i dalších 23 látek jako topiramát nebo nalmefen. V porovnání s podáváním placebo byly zjištěny markantní rozdíly ve prospěch anticravingových léků jako nástrojů pro prevenci návratu k těžkému pití, nebo pití vůbec (Oliva & Harris, 2014).

Acamprosat

Strukturou je podobný neuromediátůrom taurinu nebo GABA. Působí jako agonista na GABA receptory a inhibuje aktivitu excitační aminokyseliny glutamátu. Takto je obnovena homeostáza porušená při abstinenci po chronickém užívání alkohol, kdy dochází k dysbalanci mezi inhibičním a excitačním neurotransmitterovým systémem s převahou komponenty excitační – to vede k abstinčním projevům a cravingu. Acamprosat výrazně neovlivňuje respirační, kardiovaskulární, ani gastrointestinální systém, je tedy vhodný i pro osoby, jež si tyto systémy chronickým abúzem poškodily (kontraindikací je renální insuficience). Při kombinaci s alkoholem nedochází k antabusovému efektu, a je možné acamprosat podávat současně s disulfiramelem, což zvyšuje efektivitu léčbu (Láznička, 2011).

Acamprosat je užíván 3x denně po dobu jednoho roku, bez přerušení i v případě recidivy. Užít se může i nárazově v krizové situaci při silném cravingu. Nástup účinku lze urychlit rozkousáním tablety, která je však nepříjemné chuti (Nešpor, 2001).

Naltrexon

Naltrexon je opiod, antagonist opiatových receptorů užívaný ve formě tablet, blokující účinky endogenních i exogenních opioidů. Důvodem pro použití u alkoholové závislosti je blokáda účinku beta endorfinů, které se uvolňují po užití alkoholu (Švestka, 2005). Původně je naltrexon určen zejména k udržení abstinence u osob závislých na opioidech, ale díky částečně zkřížené toleranci u opioidů a alkoholu, jej lze použít i při závislosti na alkoholu (Popov In Kalina, 2003). V preklinických pokusech snižoval spotřebu alkoholu a snižoval euforii (pocit odměny) po požití. Při dalších studiích byl zjištěn významný pokles počtů relapsů, dnů s porušením abstinence, počet nápojů užitých v tyto dny, a také pokles cravingu. Dosažení zlepšení přetrvávalo do půl roku od ukončení léčby. Terapeutický účinek se dostavuje hlavně u motivovaných osob, pokračujících v léčbě i po porušení abstinence (Švestka, 2005).

Nalmefen

Relativně nově diskutovaný, v České republice registrovaný jako SELINCRO tbl (H. Lundbeck A/S), syntetizovaný již v 70. letech jako nalmetren (Šulcová, Popov, 2013). Jde o modulátor endogenního opioidního systému působící antagonisticky na opioidní receptory μ , δ a parciálně agonisticky na receptory κ . Oproti naltrexonu má delší biologický poločas, vyšší biodostupnost při podání per os, a zatím neprokázanou hepatotoxicitu (Šulcová&Popov, 2013).

Nalmefen se používá jako pomoc při snižování konzumace alkoholu u dospělých osob, které konzumují více než 60 g alkoholu/den (muži), nebo více než 40 g/den (ženy). Není tedy vyžadovaná abstinence, podstatou je snížení konzumovaných dávek. Dle oficiální zprávy EPAR (European Public Assessment Report, Evropská veřejná zpráva o hodnocení) by měl být užíván

pouze v kombinaci s psychosociálním poradenstvím, a to u osob, jež nevykazují fyzické abstinenční příznaky, a nevyžadují akutní detoxikaci. Evropská komise udělila rozhodnutí o registraci přípravku Selincro a jeho indikaci k léčbě alkoholismu platné v celé Evropské unii dne 25. února 2013 (EPAR, 2013).

Zahájení terapie nalmefenem předchází dvoutýdenní self-monitoring úrovně konzumace alkoholu, následující po počáteční návštěvě lékaře, který zhodnotí celkový stav pacienta, závislost na alkoholu a míru spotřeby na základě pacientem uvedených údajů. Pokud po dvoutýdenním testu přetrvává konzumace více než 60 g/den u muže, či 40 g/den u ženy, lze zahájit terapii nelmefenem. Pacient by měl užít jednu tabletu s per os jednu až dvě hodiny před zahájením pití.

V preklinických i klinických studiích realizovaných jak v zahraničí, tak u nás, vykazovaly subjekty užívající nalmefen oproti subjektům užívajícím placebo signifikantní rozdíly ve prospěch nalmafenu v míře cravingu, míře denní konzumace alkoholu i množství dnů s vysokou spotřebou alkoholu. Po šestiměsíční léčbě došlo k poklesu příjmu o 57 % nebo o 62 %, po dvanácti měsících o 67% (studie ESENSE 1, van der Brink et al., 2013a; ESENSE 2, van der Brick et al., 2013b a SENSE, van der Brick et al., 2013c In Šulcová&Popov, 2013). Během studií byla léčba tolerována dobře, zaznamenané nežádoucí účinky byly mírného nebo přechodného rázu (Šulcová&Popov, 2013).

3.4.2. Nové technologie

Velkým, a dosud ne zcela využitým prostorem pro léčbu i prevenci, jsou moderní technologie, a zvláště pak internet (Nešpor, 2012). Jako rozvíjející se médium se stává stále přístupnějším a navíc také levným, rychlým a efektivním nástrojem pro komunikaci pomocí obrazu, textu či zvuku (Holcnerová, 2010). Na českých stránkách lze najít takové, poskytující relevantní informace, případně navíc i materiály ke stažení, určené jak klientům a jejich okolí, tak potenciálním klientům, a také online poradny s možností položit dotaz. Na některých stránkách lze vyplnit screeningový test orientačně určující míru problému. Poradna adiktologie nabízí svépomocný intervenční program s názvem Alkohol pod kontrolou (<http://www.alkoholpodkontrolou.cz/>) sestávající ze tří fází – motivační, fáze změny a fáze prevence relapsu.

V České republice zatím neexistuje žádná online svépomocná skupina AA, v zahraničí je však již možné účastnit se setkání „po webu“. V případě kontrolovaného pití fungují stránky Moderation Management.

Komunikace na těchto webech probíhá synchronizovaně – v reálném čase (na stránkách bývá zveřejněn týdenní rozpis chatovacích časů a místností), nebo asynchronizovaně formou diskuzních skupin otevřených po určitý čas. Výhodou je anonymita a časová flexibilita, uživatel však může být ochuzen o sociální kontakt. Právě anonymita je zřejmě příčinou toho, proč online skupiny vyhledávají více ženy (stigmatizace žen uživatelék), a flexibilní online forma je zase důvodem pro mladé uživatele, pro něž je tento způsob přirozený (Humphreys, Klaw, 2001).

Dalším užitečným nástrojem internetu mohou být alkoholometry, které lze užít online, či stáhnout v podobě aplikace do telefonu¹⁸. Výsledné hodnoty nejsou přesné, ale mohou pomoci v zaznamenávání vypitých nápojů, a poskytnout orientační odhad, kdy lze znovu usednout za volant.

4. Kontrolované pití

Definice kontrolovaného pití se může mírně odlišovat dle typu služby, obvykle však zahrnuje limity množství a frekvence pití alkoholu, kdy by zároveň konzument neměl vykazovat známky závislosti (abstinenční syndrom), ani sociální nebo zdravotní problémy související s užíváním alkoholu (Rosenberg, 1993). Pojmu kontrolované pití (v anglickém jazyce *controlled drinking*) se dá rozumět dvojitým způsobem. Jednak jde o soubor dovedností a technik, pomocí nichž lze klienta naučit znovu získat kontrolu nad užíváním alkoholu, tedy jakýsi tréninkový program, a také jako styl užívání, ze kterého neplynou žádné závažné problémy (sociální, zdravotní) související s pitím alkoholu (Marlatt, 1983, Rosenberg, 1993). Pro tento způsob pití se rovněž užívá pojem mírné pití (*moderate drinking*). Klíčovými prvky strategie kontrolovaného pití je tedy snížení či omezení celkové konzumace alkoholu (*Total Alcohol Consumption*) a snížení či omezení rizikového způsobu pití včetně redukce těžkých pijáckých dní (*Heavy Drinking Days*), (Popov, 2012).

4. 1. Historické pozadí

Jak již bylo zmíněno v předešlých kapitolách (viz 3. 2.), závislost na alkoholu byla dlouhodobě vnímána jako nemoc, při jejíž terapii se vyžaduje striktní abstinence. Teorii doživotní abstinence jako jediného účinného léčebného cíle utvrzovaly zejména studie prezentující výsledky, z nichž vyplývalo, že po dlouhodobém pravidelném užívání alkoholu dochází v mozku k neuronální sensitizaci – nelze proto dosáhnout kontroly v užívání právě kvůli těmto změnám (Owen et al., 2001 In: Vacek et al., 2012).

V sedmdesátých nastal zlom s publikací studie manželů Sobellových, kteří přišli v roce 1973 se závěrem, že kontrolované pití je pro některé osoby možným cílem (Vacek et al., 2012). Tomuto tvrzení předcházela studie, do níž bylo zapojeno během pobytu ve Patton State Hospital 70 mužů klasifikovaných jako gamma pijáci (Jellinek, 1960). Subjekty dostaly možnost vybrat si cíl – 30 si zvolilo abstinenci, 40 kontrolované pití. Dále došlo k dělení na kontrolní a experimentální skupiny. Experimentální skupině byla poskytnuta během sedmnácti sezení individuální behaviorální terapie (dále IBT), kontrolní postoupila běžnou nemocniční terapii. Rok po ukončení studie vykazovala nejlepší výsledky experimentální skupina s cílem kontrolované pití (ta, jež absolvovala IBT), rovněž tak po dvou letech. Autoři však ve své tezi uvádějí, že tento způsob terapie je vhodný pouze pro některé osoby, a zároveň klade nároky na schopnosti personálu, jež by měl být znalý metodologie, výhod i rizik a limitů této alternativy (Sobell, 1976).

Publikovaná studie manželů Sobellových rozdělila zainteresované odborníky na dva tábory. Argumenty proti zahrnovaly komentáře o etice, o nemožnosti znovunabytí kontroly nad pitím, nebo o hazardním přístupu k léčbě (Glatt, 1995). Abstinence byla tedy stále preferovaným léčebným cílem, a je jím ostatně dodnes, avšak kontrolované pití začíná být akceptovatelným cílem a nástrojem sekundární prevence, a to i v České republice. Zahraniční výzkumy ukazují, že se přijímání a implementace liší v závislosti na zemi, charakteristice klienta (stupeň závislosti) a typu služby (ústavní, ambulantní), (Klingemann, 2009).

4.2. Implementace v praxi

Akceptace kontrolovaného pití se různí dle zemí i typu služby. Více je prosazován ve Skotsku, než v Anglii, ve které je ale mnohem více přijímán než v kontinentální Evropě a v USA (Glatt, 1995). V severní části USA nejsou alternativy k abstinenci příliš akceptovány, což je nejspíš dáno silným vlivem AA. Sobell (2011) vysvětluje distanc služeb v USA tím, že většinu pracovní síly v oblasti alkoholu tvoří trénování profesionálové (psychiatrické zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové), ale osoby, které samy mají v anamnéze problémy s užíváním alkoholu (ex-useři), a které mají vlastní zkušenost s AA nebo obdobným programem. V raných 70. letech došlo díky investici financí od NIAAA do alkoholového sektoru k rozpuštění programů školících v alkoholovém poradenství, a podstatnou část účastníků tvořily právě osoby s vlastní zkušeností. Pracovník v oblasti adiktologického poradenství nemusí mít univerzitní vzdělání, výcvik probíhá formou práce po určité množství hodin pod supervizí jiného pracovníka (apprenticeship model), zatímco v jiných zemích je k výkonu třeba univerzitního vzdělání, které poskytuje učení na bázi medicíny založené na důkazech (evidence-based model).

Naopak k přijetí kontrolovaného užívání jako léčebného cíle se přiklíněly nizozemské služby (Schippers et al., 2006). Programy začaly vznikat i v Kanadě, Austrálii, Německu, Skandinávii a v dalších zemích. Duckert (1989) uvádí, že až 90 % norských ambulantních a 59 % ústavních služeb umožňuje klientům zvolit si alternativní cíl. Takimura et al. (2014) uvádí, že dle průzkumu v Japonsku vnímají dvě třetiny lékařů kontrolované pití jako přechodný stav na cestě k abstinenci, a třetina jako finální cíl. Jako přijatelná metoda se jeví dle názoru lékařů asi u 25 % klientů. Koerkell (2002) podal argumenty pro zavedení kontrolovaného užívání do systému služeb v Německu: a) většina uživatelů se v daný moment nepovažuje za závislé, a nechce abstinovat, b) měla by být respektována autonomie a individuální přání klienta, c) pro klienta je přínosnější stanovit si reálný cíl, kterému bude věřit, a kterému může věřit i terapeut, d) mnoho výzkumů potvrdilo pozitivní výsledky při studii kontrolovaného pití.

V České republice s tímto přístupem pracují například brněnské A Kluby, již zmíněný RIAPS a na svých stránkách to deklaruje i Centrum Alma (centrum-alma.cz), která na přelomu ledna a února letošního roku (2015) zavádí přímo program kontrolovaného pití. Ten by měl být složen z individuálního i skupinového poradenství, a trvat 3 měsíce. Cílem je naučit klienty rozeznat rizikové situace v souvislosti s pitím, a redukci množství a posílené kontroly. Dílčím cílem je potom motivace klienta k abstinenci. Těžištěm léčby stále zůstává psychoterapie, ovšem s důrazem na individualitu a respektování stádia změny v každém jednotlivém případě. Svou nezastupitelnou roli má i farmakoterapeutická podpora (Popov, 2012). Kontrolované užívání je dle Doporučených postupů psychiatrické péče (2014) možno volit v případě pacientů, kteří se nachází v počáteční fázi závislosti a je u nich zachovaná kontrola. Při kombinaci postupů směřujících ke snížení konzumace a farmakologické podpory (nalmefen, viz kapitola 3.4.1.) lze výrazně snižovat rizika spojená s nadměrnou konzumací alkoholu (Popov et al., In Raboch et al., 2014).

Výhodou přístupu je možnost přivést do léčby i uživatele, pro které je abstinence z jakéhokoliv důvodu nereálným cílem, anebo k ní mají ambivalentní vztah. Zároveň však i v tomto stádiu mohou těžit z terapie benefity (snížení konzumace – menší poškození). Během analýzy téměř 15 000 klientů registrovaných ve Švýcarském národním monitorovacím systému během let 1995 – 2001 bylo zjištěno, že 45 % bylo rozhodnuto pro doživotní abstinenci, 19 %

chtělo dosáhnout kontrolovaného pití, 22 % se rozhodlo pro dočasnou abstinenci před opětovným zahájením pití a 14 % bylo nerozhodnutých, nebo bez vůle změnit vzorce pití (Klingemann et al., 2009) Vacek (2012) uvádí, že osoby, které se rozhodnou pro kontrolované pití jsou v porovnání s uživateli volící abstinenci mladší, užívají menší dávky a jejich historie užívání je méně závažná, více odmítají označení alkoholik a méně pocházejí z alkoholických rodin. Toto potvrzuje většina výzkumů, zmiňujících jako předzvěst úspěchu intervence navíc víru ve zvolený cíl a úspěch, sociální stabilitu, zaměstnání a příznivý psychický stav (Rosenberg, 1993). Booth (2006) zmiňuje navíc pití ve společnosti, nikoliv o samotě, a také vyhýbání se destilátům.

Kontraindikací pro možnost kontrolovaného pití je těhotenství, vysoký stupeň závislosti, nebo nízká sociální stabilita (Klingemann et al., 2009).

4.2.1. Strategie kontrolovaného pití

Behaviorální trénink

Program je většinou realizován formou nácviku kognitivních a behaviorálních dovedností a strategií zvládnání. Terapeut je v programu klientovi průvodcem a zprostředkovatelem, což je podmíněno tezí, že vyšší hodnotu má stav dosažený vlastním úsilím, než ten, který pro klienta stanoví někdo jiný, včetně terapeuta. Se vzrůstáním klientovy vlastní účinnosti roste i sebevědomí, sebeúcta a schopnost převzít nad svým jednáním kontrolu. Pokud půjde o skupinu smíšenou, kde část klientů inklinuje k abstinenci, a část ke kontrole, je důležité, aby nebyl ve skupině pouze jeden člověk s odlišným cílem – ocitnul by se v izolaci. Nejmenší životaschopná část skupiny s alternativním cílem je 25 % (Wanigaratne et al., 1998). O účinnosti této strategie je mnoho důkazů. Součástí terapie může být i podávání anticravingových preparátů. Dalším krokem by mělo být zprostředkování tréninku na internetu, což bude levnější, dostupnější, a v případě poskytnutí svépomocných manuálů bude třeba pouze minimální zapojení terapeuta (Saladin, 2004).

Program kontrolovaného pití založen na výše popsaných principech může být poměrně snadno upraven i pro specifické cílové skupiny. Ve Velké Británii existuje program pro osoby s poruchou učení v ústavní péči (Brown et al., 2006) nebo pro bezdomovce pobývajících v domech na půl cesty, kteří vykazují známky problémového pití (Gillian et al., 1983). To nabízí výhledově možnost realizace programů nejen pro primárně osoby rizikově nebo škodlivě užívající, ale i pro ty, které mohou být alkoholem v budoucnu ohroženy, a jež nemusí mít dostatek informací nebo zkušeností (osoby s mentálním postižením, osoby v ústavní péči připravující se na přechod do chráněného bydlení nebo bytu, osoby ve výkonu trestu). Slabou stránkou výzkumů tohoto typu strategie je zaměření na mužskou klientelu. V budoucnu by se tedy měly rozšířit o poznatky v generových rozdílech, a také o poznatky z oblasti duálních diagnóz (Saladin et al., 2004).

Asistovaná svépomoc

Tato strategie je koncipovaná tak, aby pomohla problémovým uživatelům rozpoznat problém a zmobilizovat vlastní síly k jeho řešení, a vychází z předpokladu, že pro tyto uživatele není abstinence atraktivním cílem, stejně jako nástup do léčby. Prostor pro pomoc může být přenesen do technologické sféry, kdy jsou na webových stránkách umístěny svépomocné manuály a další materiály, dostupné většinou zdarma. Dostupné může být i telefonické poradenství. V případě face-

to-face terapeutického setkání je součástí strategie motivace klienta ke změně chování a poradenství (Saladin et al., 2004).

Svépomocné organizace

V roce 1994 vzniklo hnutí Moderation Management (dále MM), jako alternativa k svépomocnému hnutí AA. Principem MM je přijmout zodpovědnost za vlastní konání a rozhodnutí, včetně konzumace alkoholu a včas rozeznat rizikové návyky. Cílem je předejít excesivnímu pití a problému z něj plynoucích, naučit se konzumovat bezpečněji. Program má devět kroků zahrnujících informace o alkoholu, guidelines (pokyny) a limity pro kontrolované pití, materiály pro monitoring užívání, self-management strategie a další (www.moderation.org/whatisMM.shtml).

Před zahájením samotného plánu je doporučována třicetidenní abstinence. Guidelines pro kontrolované pití doporučují a) konzumovat potravu před, během nebo brzy po pití alkoholu, b) nepít déle než hodinu či dvě v kuse, c) nepít více než jeden alkoholický nápoj během třiceti minut, d) nepít v situaci, kdy by mohlo dojít k ohrožení sebe nebo jiných, e) abstinovat alespoň 3 až 4 dny v týdnu, f) nekonzumovat více než 3 nápoje denně, a 9 týdně v případě ženského pohlaví/ 4 a 14 v případě mužského. Osoby nad 55 let věku by neměly konzumovat více než 1 nápoj denně (<http://www.moderation.org/press/ControlledDrinking.htm>)

Mezi další strategie patří **vystavení podnětu**, nebo **harm reduction** (viz kapitola 3.3.) Při první ze zmíněných strategií je dotyčný systematicky vystavován podnětu, v tomto případě oblíbenému alkoholickému nápoji, bez možnosti jeho pozření. Při této strategii bylo však prokázáno vysoké množství relapsů (Saladin et al., 2004).

III. PRAKTICKÁ ČÁST

5. Cíl, formulace výzkumných otázek

Hlavním cílem práce je poskytnout přehled poznatků z oblasti výzkumu kontrolovaného pití alkoholu a prezentovat jejich využití v praxi. Dalším cílem je popsat typ klienta, pro něž je taková strategie možným vhodným řešením při výběru terapeutického cíle a popsat široké možnosti práce s touto klientelou.

Výzkumné otázky:

- 1) Existuje množina uživatelů, pro něž může být kontrolované užívání vhodným cílem?
- 2) Pokud ano, jak je tato strategie realizována v praxi?

6. Metodologický rámec a strategie výběru výzkumného souboru

V období říjen 2014 – červenec 2015 byla provedena rešerše článků a výzkumných studií prostřednictvím mezinárodních vědeckých databází EBSCO, ProQuest Central, Google Scholar a PubMed. K vyhledání byla nejprve užita klíčová slova „kontrolované pití, léčba alkoholové závislosti, program kontrolovaného pití“ / „controlled drinking, alcohol dependence treatment, controlled-drinking programme“, a dále potom „moderované pití, moderation management“ / „moderate drinking, moderation management“.

K podrobné analýze byly vybrány studie a články zabývající se tematikou kontrolovaného pití jednak jako terapeutického cíle, a dále ty, které zkoumaly akceptaci a implementaci ve službách. Dále byly analyzovány doplňující materiály týkající se harm reduction, svépomocných organizací, farmakologických preparátů a vývoje nahlížení na paradigma alkoholové závislosti jako nemoci.

Po dohledání původních zdrojů tvořily výzkumný soubor téměř tři desítky prací, z nichž byly čerpány informace užité v teoretické i praktické části této práce. Detailně je představeno v praktické části šest prací, publikovaných v letech 1978 – 2006, v oblasti Evropy a USA. Tyto popisují realizaci strategie kontrolovaného pití v praxi a zároveň definují typ uživatelé, pro nějž je vhodná. Tento postup byl zvolen jako nejvhodnější vzhledem k typu práce, a měl by pomoci k zodpovězení výzkumných otázek.

6. 1. Etické aspekty práce

Informace, které nejsou původními myšlenkami autorky práce, jsou řádně citovány. Zdroje jsou uvedené v seznamu literatury.

7. Výzkumný soubor

Tabulka 1. Souhrnný přehled prezentovaných prací.

| VÝZKUMNÉ STUDIE | KRITÉRIA | | | |
|-----------------------------|----------------|----------------------|---|--|
| | STÁT | POČET RESPONDENTŮ | SPECIFIKA RESPONDENTŮ | METODY |
| Schippers & Nelissen (2006) | Nizozemsko | 202 | X | Lifestyle trénink |
| Koerkel (2006) | Německo | 53 | X | BSCT: Behaviorální self-control trénink |
| McMurrán (2006) | Velká Británie | 6 | 21-31 let, muži, v konfliktu se zákonem | Kognitivně-behaviorální trénink (COVAID) |
| Gilligan (1983) | Velká Británie | 15 + 13 | Bezdomovci | Trénink osobnostních dovedností (PST) |
| Pachman et al. (1978) | USA | 61 | Váleční veteráni | KBT, interaktivní aktivity |
| Booth (2006) | Velká Británie | 10 | X | KBT |

8. Metody práce a výsledky

Tato kapitola obsahuje popis práce s klienty v odlišných službách i kontextu, pro lepší orientaci je členěna do podkapitol. Na konci následuje souhrn a přehled výsledků.

8. 1. Hostel W a hostel B

Gilligan et al. (1983) prezentují výsledky programu kontrolovaného pití realizovaného v rezidenčním prostředí. Od šedesátých let minulého století vznikaly ve Velké Británii jako reakce na šířící se bezdomovectví hostely a domy na půl cesty určené lidem bez přístřeší. Většina klientely vykazovala závažné problémy plynoucí z nadměrné konzumace alkoholu, proto bylo hlavním cílem poskytnout bezpečné, stabilní, abstinentské prostředí. Postupně se začaly v některých z domů zapojovat terapeutické prvky (skupinová terapie, návštěvy terapeutů) a cílová skupina se tak rozšířila. V některých případech pak dům sloužil spíše jako rezidenční rehabilitační jednotka, spíše než jako místo pro osoby bez domova. Autoři ve své práci srovnávají dvě zařízení během dvanácti měsíců fungování. Hostel v Birminghamu (dále dům B) pracující s cílem abstinence a hostel ve Wolverhamptonu (dále dům W). V Birminghamu v době vzniku domu již fungovala nemocnice pro léčbu osob závislých na alkoholu, poradenské centrum a hostel nabízející dlouhodobý pobyt pro závislé bezdomovce. Rovněž tam působily dvě skupiny AA. Dům W byl jedinou službou svého druhu dostupnou v dané oblasti. Během prvního roku fungování byl určen primárně klientům s cílem kontrolovaného pití.

METODY. Oba domy zprostředkovávaly systematický poradenský program. Byly koncipovány jako rezidenční rehabilitační zařízení, kde klienti setrvávají 3 – 4 měsíce. V každém z nich byl zaměstnán klinický psycholog a dva další pracovníci vzdělaní v sociální práci. Klienti (15 v domě B, 13 v domě W) byli ubytováni v jednolůžkových či dvoulůžkových pokojích. Kromě programu se podíleli na společném nákupu potravin, vaření a stolování, a v péči o prostředí.

Stěžejní metodou práce s klienty byl nácvik dovedností (*Personall Skills Training, PST*). PST bylo navrženo k učení klientů alternativnímu chování v rizikových situacích, ve kterých obvykle pili a ke zvýšení sebeúčinnosti, a tím snížení závislosti. Klienti pracovali ve skupinách o třech či čtyřech členech vedených pracovníkem. Součástí tréninku bylo zadávání domácích úkolů – obvykle šlo o praktickou činnost, kterou měl klient provést ve volném čase. Rámec psychologické práce a poradenství byl inspirován prací manželů Sobellových (1978). Každý z klientů musel podepsat kontrakt obsahující práva a pravidla. Při porušení kontraktu musel dotyčný službu opustit. Zahájení provozu domů předcházela dlouhá diskuze, jak má být definován zákaz pít. Většina alkoholových hostelů stojí na pravidlu „jedno uklouznutí a jsi venku“, čemuž byla tendence se vyhnout. Klienti měli možnost poučit se ze své chyby. Pokud klient pil nad rámec plánu, projednal se jeho kontrakt, a rozebíraly se příčiny vedoucí k pití. Projednávalo se i dosavadní fungování, a názor ostatních klientů zařízení.

Dům B pracoval na principu suchého domu (*dry house*), oficiálně bez tolerance pití. V domě W museli klienti po příchodu zahájit abstinenci trvající 6 až 8 týdnů, po níž byly v případě zájmu poskytnuty instrukce pro kontrolované pití. Toto období bylo důležité kvůli snížení poškození, ke kterým mohlo v průběhu dlouhodobé předchozí konzumace alkoholu dojít. Nebylo však nikdy povoleno konzumovat alkohol v prostorách domu, což zaručovalo bezpečné prostředí a také přijetí služby veřejností. Instrukce pro kontrolu zahrnovaly informace o bezpečných a

nebezpečných situacích, množství pití, rozdílech v kontrolovaném pití a pití klienta v minulosti, specifické aktivity navržené k nácviu dovedností potřebných pro kontrolu etc. Následně mohl klient redefinovat po souhlasu zaměstnanců kontrakt. Kontrakt obsahoval pravidla týkající se frekvence pití (ne více než 2x týdně, a to pouze večer) a množství (ne více než 2 penty piva, což jsou přibližně 2 velká piva). Po sepsání kontraktu bylo klientovi umožněno vyzkoušet si pití venku, s následným reportem a diskusí této zkušenosti s pracovníky i ostatními klienty.

Tabulka 2. Srovnání vybraných kritérií klientů Domu B a domu W.

| Kritéria | Dům B | Dům W |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|
| Počet klientů za rok | 26 (8 žen) | 26 (4 ženy) |
| Průměrná doba pobytu (měsíce) | 5,3 | 4,6 |
| Průměrná doba setrvání v programu KP (týdny) | X | 4,0 |
| % odchodu během 4 týdnů či dříve | 24,0 | 14,0 |
| Věk | 25 – 54 (průměr 35,8) | 17 – 52 (průměr 33,2) |
| Rodinný stav | 44 % rozvedených 28 % single | 42,3 % rozvedených 42,3 % single |
| Nejdelší období pobytu na jedné adrese (měsíce) | 67,8 | 63,2 |
| Nejdelší období zaměstnání na jednom místě (měsíce) | 76,1 | 72 |
| Věk začátku pobytu na ulici | 28,7 | 27,3 |
| Věk prvního konfliktu se zákonem | 26,4 | 23,6 |

KLIENTI. Ačkoliv se zdají být obě skupiny podobné, existovaly mezi jejich členy výrazné rozdíly. Skupiny jsou si podobné ve věku, kdy započaly problémy plynoucí z alkoholové kariéry, rezidenti domu B vykazovali signifikantně delší období problémového pití (6,04 roku v porovnání s 3,24 roky). Rezidenti domu B měli rovněž více závažné problémy související s konzumací alkoholu. Lišily se rovněž odpovědi na otázky týkající se stávající situace. Klienti domu W měli za sebou více dnů strávených v zaměstnání během posledních tří měsíců (33,9 versus 9,7). Klienti domu W rovněž vykazovali více kontaktu s přáteli a blízkými osobami v tomto období, a méně často pili o samotě (48 % oproti 91 % klientů domu B, pijících běžně o samotě).

Pokud klient opouštěl službu, pracovníci vyplnili dotazník, který kromě jiných jevů zaznamenával důvod odchodu. Většinou byli klienti vyloučeni kvůli pití (7x v domě B, 9x v domě W). Každé 4 týdny pak klienti vyplňovali dotazník týkající se spokojenosti se zapojením do tvorby pravidel a s pravidly zařízení. V domě B bylo 10 % rezidentů nespokojených s pravidly týkající se pití, v domě W to bylo již 31 %. Pouze 10 rezidentů domu W započalo program kontrolovaného pití. Šest z nich jej ukončilo v období do tří týdnů, buď z důvodů překročení stanovených limitů množství pití, či z důvodu nevole respektovat tyto limity. Dva z rezidentů, kteří měli možnost začít program, se rozhodli neučinit tak, a pokračovali v abstinenci. Hlavním negativním jevem v domě W bylo množství „nedovoleného“ pití a z toho plynoucích problémů.

Důležitou částí evaluace programu by dle autorů měla být evaluace proveditelnosti. „Nedovolené pití“ v programu je rušivým elementem, který s sebou nese množství následků (útrata peněz na nájem, špatná nálada ve skupině). Otázkou zůstává, do jaké míry by na takové „uklouznutí“ mělo být pohlíženo jako na poučnou zkušenost a nakolik jde o neúspěšnou snahu kontrolovaně pít. Klient vlastně může pít kontrolovaně, avšak mimo dohodnutou událost. Autoři se pokusili diskutovat rozdíly, které mohly vést k častějšímu „nedovolenému“ pití v domě W.

VÝSLEDKY. Klienti domu W měli více sociálních kontaktů a byli častěji zvyklí pitím vyplňovat volný čas, což mohlo způsobit, že byli vystaveni většímu tlaku zvenčí. Největší nevýhodu spatřoval personál v přítomnosti pravidel týkajících se pití, která nebyla dostatečně definována, a následně ani dodržována. Další hypotézou byl názor, že klienti volící kontrolované pití jsou méně motivováni a zaměstnanci služby jsou příliš tolerantní. Klienti domu W byli však klasifikováni jako více aktivní v zapojování do aktivit, zatímco klienti domu B trávili většinu času pozorováním TV a hraním karet. Vyšší tolerance domu W spočívala v možnosti vícekrát redefinovat kontrakt, avšak v mnoha směrech byl personál méně tolerantní než v domě B, kde bylo v některých případech umožněno klientovi po lapsu v programu pokračovat, i přes nesouhlas ostatních klientů.

Pracovníci podali po roce fungování zařízení argumenty a návrhy na zlepšení. Kontrolované pití by dle jejich zkušeností mělo fungovat v jiném kontextu služby: ambulantní nebo denní centrum, s dobře definovanými a dodržovanými pravidly týkající se pití a intoxikace během přítomnosti v zařízení. V případě realizace v ústavních podmínkách by měl být přítomen někdo ze zaměstnanců 24 hodin denně, a klienti by po návratu zvenčí měli být testováni na přítomnost alkoholu v dechu, aby se předcházelo porušování pravidel i problémů z toho plynoucích.

Fungování domu W se po tomto experimentu změnilo. Bylo to z důvodu snahy o eliminaci problémů přítomných během předchozího fungování, a také z důvodu, že šlo o jedinou službu svého druhu v okolí, která však měla pouze úzké zaměření – problémoví uživatelé s cílem kontrolovaného pití. Proto změnil dům W své fungování na rezidenci pro problémově pijící osoby bez domova s cílem abstinence, spolu s denním poradenským centrem pro osoby s cílem kontrolovaného pití.

8. 2. COVAID

Další specifickou cílovou skupinou se zabýval McMurrán (2006). Ve své práci se zaměřil na mladé muže mající v souvislosti s konzumací alkoholu problémy se zákonem (*offenders*). Tito konzumenti provozují binge drinking, a následně se dopouštějí násilné trestné činnosti. Ročně se dle záznamů jedná až o 1, 2 milionů incidentů v Anglii a Walesu. Většinou jde o incidenty páchané v centrech měst o víkendech, kdy dochází nejen ke vzájemným útokům a provokacím, ale i k útokům na policisty, taxikáře, nebo obsluhu fast foodů. Alkoholové násilí není v Británii novým jevem, mění se jen kontext. Hobbs (2002) tvrdí, že mnoho britských měst se definovalo jako místa ideální ke konzumaci alkoholu a trávení volného času díky velké koncentraci tzv. super-pubs, což jsou ohromné party haly přezdívané „binge-o halls“, diskoték, nočních klubů a dalších zařízení s prodlouženou otevírací dobou, a s širokým výběrem alkoholických nápojů.

Vězeňské a probační služby nedokážou pružně reagovat vytvářením alkoholových strategií, a pokud jsou intervence dostupné, tak jsou omezeny jen na osoby s rozpuklou závislostí, tudíž abstinencně orientované. Pouze jedno ze 138 vězení v Anglii a Walesu provozuje program pro osoby s abúzem alkoholu. Pokud jsou přítomné služby pro vězně, kteří mají problém s alkoholem, bývá to většinou výsledkem lokální dostupnosti drogových služeb, jež jsou ochotné rozšířit své pole působnosti i na tyto klienty. Probační služby provozují jeden akreditovaný program péče zaměřený na řidiče, a na abúzus návykových látek celkově.

Drogové programy ve vězeňském prostředí jsou akreditované pouze tehdy, cílí-li na závislé uživatele a za cíl si kladou abstinenci od návykových látek. V tomto se skrývá riziko pro možné budoucí vznikající alkoholové programy, kdy by akreditace a financování byly vyhrazené pouze pro osoby s rozvinutou závislostí, jež by byly terapeuticky vedeny k abstinenci. Tím by došlo k exkluzi množství uživatelů, kteří jsou trestáni za činy spáchané pod vlivem alkoholu (problémové uživatele). Tito uživatelé jsou většinou mladí muži, pro něž je binge drinking styl pití kulturní normou. Většina z nich není na alkoholu závislá, a také odmítá abstinenci. Terapeutický cíl by měl být redukcí agrese a násilí spojených s konzumací alkoholu, který mívá na toto chování iniciační efekt. Výzkumy agresivity spojené s konzumací alkoholu poukazují na souvislost mezi jevy. Spíše než frekvence pití je rizikovým podnětem intoxikace útočnicka. A čím je ta větší, tím je vyšší pravděpodobnost vážného zranění či útoku (Graham et al., 2001 In: McMurrán, 2006). Alkohol vede k násilnému chování díky několika mechanismům: a) při konzumaci je potlačen strach a úzkost, b) v nízkých dávkách má alkohol stimulační účinky, c) analgetické účinky vedou k menšímu prožívání bolesti, a tím k úsudku, že násilí není problém, d) pozornost a uvažování jsou narušené.

Z výše popsaného vychází tvrzení, že je pro redukcí násilí nutné snížit stupeň intoxikace. Zde by abstinence sice fungovala, ale pokud dotyčná osoba není ochotná na ni přistoupit, nebo ji dodržet, intervence zůstane bez účinku. Rovněž tak, bude-li mířit pouze na redukcí agrese bez práce s konzumací alkoholu a naopak. Proto by bylo na místě zavést komplexní program - COVAID (*Control Of Violence for Angry Impulsive Drinkers*), (McMurrán et al., 2003).

COVAID je individuální, strukturovaný, kognitivně behaviorální program zahrnující 10x dvouhodinové sezení. Intervence míří na porozumění agresivního chování a jeho změnu, a na redukcí pití jako na cestu k redukcí agresivního chování. Během pilotní studie dokončilo COVAID

šest osob ve věku 21 – 31 let. Program měl na účastníky očekávaný efekt – bylo zaznamenáno zlepšení v oblastech týkajících se zvládnání zlosti, impulzivity a agrese spojené s konzumací alkoholu. Žádný z účastníků v době trvání programu nebyl obviněn z žádného násilného útoku. Čtyři měsíce po dokončení bylo šest zúčastněných porovnáváno s deseti, kteří program nepodstoupili nebo nedokončili. V porovnání s absolventy programu měla kontrolní skupina 2x vyšší šanci na opětovné odsouzení. Změny v konzumaci alkoholu byly různé: ze šesti účastníků se ve dvou případech situace zlepšila směrem k nižší nebo bezpečnější konzumaci, u tří zůstala stejná jako před programem, v jednom případě došlo ke zhoršení. Měřená však byla celková konzumace, ne případy silné intoxikace. Výsledky podpořily hypotézu, která tvrdí, že očekávat výběr abstinence jako cíle je v britské mladé společnosti nerealistické, a proto by se cílem mělo stát snižování škod. Kromě cílených programů by měla fungovat krátká intervence zahrnující rady, manuály pro svépomoc a motivační rozhovory. Tato strategie by měla fungovat zejména u méně závislých mladších osob. Na komunitní úrovni by potom mělo docházet k redukcí binge drinking (McMurran, 2006).

8. 3. Centrum Jellinek

Schippers & Nelissen (2006) popisují práci s klienty v nizozemském ambulantním centru Jellinek v Amsterdamu. Od osmdesátých let zdejší služby přijímají behaviorální model závislosti. Ambulantní služby mnohdy pracují s cílem kontrolovaného užívání drog a alkoholu. I v případě, že si klient přeje pracovat s cílem, jenž mu není doporučován, není toto důvodem pro vyloučení z péče. Stejně tak ani relaps. Výzkumníci se snažili zjistit, jak často je kontrolované užívání voleno nebo nedoporučováno, a jaké jsou k takové volbě důvody. Snažili se popsat, jak je terapeutický cíl realizován a jaké faktory jej ovlivňují, a také nastítnit, jak souvisí výběr cíle s výsledky.

Centrum Jellinek je hlavní službou v oblasti péče pro uživatele návykových látek v Amsterdamu. Tým tvoří 22 pracovníků poskytujících všechny ambulantní služby pro klienty s alkoholovým a/nebo drogovým problémem s výjimkou doléčovacího centra. Ročně čítá klientela kolem sedmi set členů.

TYP POSKYTOVANÉ PÉČE. Hlavní formou terapie je aplikace modulu zvaného „lifestyle training“ (trénink životního stylu) dostupné v kratší dvouměsíční verzi zahrnující 4 sezení (absolvuje asi 40% klientů) nebo delší půl roční s deseti sezeními (60% klientů), (de Wildt et al., 2000). Cílem je zvýšit klientovu motivaci, poskytnout trénink sebekontroly a prevenci relapsu. Moduly jsou stavěny na principu motivačních rozhovorů a kognitivně behaviorální terapie (dále KBT). Klíčovou charakteristikou je možnost změnit cíl během započaté terapie dle potřeb a možností klienta. Instrukce pro sebekontrolu a prevenci relapsu jsou poskytnuty formou manuálů obsahujících doporučení pro kontrolované užívání a pro abstinenci. Moduly jsou koncipovány pro problémové uživatele alkoholu, konopných drog a kokainu. Uživatelé heroínu a uživatelé kombinující více látek jsou zřídka kdy do ambulance indikováni. Pokud se tak stane, jsou tito uživatelé v péči podstatně delší dobu a pracuje se s nimi způsobem zaměřeným na individuální potřeby. Manuály obsahující specifické guidelines jsou dostupné pro jednotlivé druhy návykových látek. Centrum Jellinek hrálo zásadní roli ve vývoji modulů a tvorbě manuálů, které jsou dnes užívány ve většině nizozemských ambulantních služeb.

KLIENTI. Pro účely studie bylo vybráno 202 klientů, kteří splnili podmínky: a) byli zapsáno do jednoho z modulů, b) absolvovali nejméně dvě sezení, c) v prvních devíti měsících roku 2003. Do výzkumu byli zapojeni všichni pracovníci kromě jednoho. Průměrný věk klientů byl 40, 5 let a 19 % z nich bylo odlišného než nizozemského původu. Většina, 72 % byla v péči pouze pro problémy způsobené alkoholem. Kritéria pro závislost na alkoholu nebo jiných substancích dle DSM-IV splňovalo 95 %.

Pracovníci vyplňovali během studie reporty a dotazníky mapující životopisná data klientů, počet sezení a důvod ukončení péče. Důvody pro ukončení byly definovány jako vypadnutí z léčby, společné dohodnutí o předčasném ukončení nebo dokončení léčby (absolvování všech čtyř nebo deseti sezení – krátkého či dlouhého modulu). Dále pracovníci vyplňovali dotazník zahrnující dvě hlavní otázky:

- 1) Jste ochotni akceptovat kontrolované užívání jako terapeutický cíl, a pokud ano, pracovali jste v uplynulém roce s klientem, který měl odlišný cíl než abstinenci?
- 2) Jaké byly výsledky péče? Jakých (pokud takové byly) změn bylo dosaženo (a byly udrženy po dobu nejméně tří měsíců)?

Terapeutické cíle byly definovány jako abstinence, přechodná abstinence nebo kontrolované užívání. Výsledky byly omezeny pouze na ty případy, které mohly být pozorovány tři měsíce během a/nebo po ukončení terapie. Při uvádění výsledků byla možnost vybírat z kategorií abstinents, téměř abstinents, žádné problematické užívání, redukováné problémové užívání nebo žádná výrazná změna.

Všichni z jednadvaceti pracovníků centra uvedli, že pracují s cílem kontrolovaného užívání. V 37 % případů byla při práci s klienty volena abstinence, v 36 % případů přechodná/dočasná abstinence, a 27 % tvořilo kontrolované užívání. Kontrolované užívání bylo voleno v 33 % případech u klientů, jejichž hlavní užívanou látkou byl alkohol, v 25 % u uživatelů konopných drog a v 6 % (1 případ z 16) u uživatelů kokainu.

Pět důvodů volby alternativního cíle, které pracovníci uváděli v pořadí dle frekvence: a) pokud je klient motivován a poskytuje relevantní argumenty pro kontrolované užívání, b) pokud jde o první léčbu, c) pokud je klient indikován do krátkého modulu terapie, d) pokud klient uvádí nepravidelné užívání s dny abstinence, e) pokud se kontrolované užívání jeví jako jediná možnost jak klienta udržet ve službě.

Pět důvodů pro nevolení alternativního cíle dle frekvence: a) klient kromě legálních látek užívá i nelegální, b) vykazuje silný stupeň závislosti, c) vykazuje výraznou ztrátu kontroly nad užíváním, d) vykazuje výrazné známky somatického poškození, e) vykazuje známky výrazné psychologické fixace na užívanou látku.

POSTUP VÝBĚRU CÍLE. Cíl navržený pracovníky byl odsouhlasen pouze v 15 % případů, cíl navržený klientem v 57 %. V dalších 28 % byl cíl tvořen vyjednáváním trvajícím obvykle déle než jedno sezení. V některých případech se opakovaly podobné scénáře při výběru cíle: a) klient volí abstinenci kvůli nevýhodám plynoucím z užívání (n = 25), b) klient je silně motivován k dodržení cíle (n = 16), c) klient abstinents již před nebo v začátku terapie (n = 16), d) klient nezvolil primárně abstinenci, ale přiklonil se k ní po poskytnutí informací (n = 15), e) pracovníci souhlasili s cílem navrženým ze strany klienta, ale až po vyjádření nesouhlasu s jeho

rozhodnutím (n = 11), f) klient souhlasil s cílem navrženým ze strany pracovníka, ale až po silném přemlouvání a podávání argumentů (n = 11), g) cíl byl stanoven metodou zvažování pro a proti již po začátku terapie (n = 11), h) klient přijal abstinenci po selhání při realizaci původně zvoleného kontrolovaného užívání (n = 10).

VÝSLEDKY. Průměrné množství týdnů absolvovaných během krátkého modulu bylo 3,5 a 6,9 v případě dlouhé verze, a zároveň se neprokázala souvislost mezi počtem absolvovaných sezení a typem cíle. Dostupná data (n = 181) uvádí, že 26,5 % případů z terapie vypadlo, 26,0 % ukončilo terapii předčasně po dohodě a 47,5 % jeden z modulů dokončilo, jak je znázorněno v tabulce níže.

Tabulka 3. Srovnání výsledků dle typu zvoleného cíle.

| Terapeutický Cíl | Abstinence (%) | Přechodná abstinence (%) | Kontrolované užívání (%) | Celkem (%, n) |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|
| Ukončení terapie | | | | |
| Vypadnutí | 30,3 | 32,3 | 14,0 | 26,5 (48) |
| Ukončení po dohodě | 22,7 | 26,2 | 30,0 | 26,0 (47) |
| Dokončení modulu | 47,0 | 41,5 | 56,0 | 47,5 (86) |
| Výsledky léčby | | | | |
| Beze změny | 14,1 | 14,5 | 17 | 15,1 (27) |
| Snížení probl.pití | 7,8 | 25,8 | 37,7 | 22,9 (41) |
| Umírněné, neproblémové pití | 4,7 | 9,7 | 32,1 | 14,5 (26) |
| ABS s relapsem | 17,2 | 17,7 | 7,5 | 14,5 (26) |
| Abstinence | 56,3 | 32,3 | 5,7 | 33,0 (59) |

Pracovníci pozorovali 179 klientů po dobu nejméně tří měsíců během nebo po terapii. U 15,1 % klientů nezaznamenali výrazné změny v problematickém užívání, 22,9 % výrazně redukovalo problémové užívání po zahájení terapie, 14,5 % pokračovalo v užívání neproblematickým způsobem, 14,5% byli abstinenti s případem relapsu a 33 % mohlo být klasifikováno jako abstinenti. Existuje souvislost mezi výsledky a volbou cíle (viz tabulka X).

Abstinence byla dosažena nejčastěji těmi klienty, kteří přistoupili na cíl (přechodné) abstinence a neproblémové užívání tehdy, byl-li zvolen cíl kontrolovaného užívání. Více než 13% uživatelů s původním cílem kontrolovaného užívání prokazovalo během pozorované doby abstinence (s relapsem), i když toto původně nebylo cílem.

8. 4. Ambulantní program v Německu

Koerkel (2006) popisuje vznik a vývoj služby pracující s uživateli alkoholu v Německu. Ta vznikla na podkladě manuálu, který tým kolem Koerkela (2001) zpracoval. Argumenty pro vznik podrobněji viz kapitola 4.2. Na principu behaviorálního sebekontrolního tréninku (*Behavioral self-control training*, dále BSCT) vznikl ambulantní skupinový terapeutický program pro kontrolované pití (*Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken*, AkT), poprvé zahájen v říjnu roku 1999 v Norinberku jako dodatečná služba ke stávajícímu „tradičnímu“ modelu abstinence orientované služby pro uživatele legálních látek, a ukončen byl po deseti skupinových sezeních v lednu následujícího roku.

METODY. Asi tři čtvrtiny klientů byly rekrutovány prostřednictvím masmedií (rádio, noviny, TV) a čtvrtina převzata z místních institucí, které nepracovaly s kontrolovaným užíváním. Potenciální klienti byli telefonicky nebo prostřednictvím krátkého rozhovoru informováni o detailech a byl proveden screening pro zjištění vhodnosti. Šlo o osoby závislé nebo užívající škodlivým či rizikovým způsobem, které byly motivovány změnit své pití, kdy však upřednostňovaly pití umírněné spíše než abstinenci (cílem bylo však možné během tréninku kdykoliv změnit na abstinenci). Všichni respondenti uváděli, že pití považují za hlavní problém, který jim působí problémy i v dalších oblastech (práce, rodina). Do tréninku byly přijaty i osoby s fyzickým poškozením vzniklým jako následek konzumace alkoholu (diabetes, poškození jater), pokud nechtěly nebo nedokázaly dodržet abstinenci. Samotnému programu předcházela dvě až tři sezení. Pokud klient zjevně nebyl vhodný pro tento druh programu, byl mu doporučen jiný typ péče.

Kritéria nepřijetí do programu: a) aktuálně abstinující po předchozí diagnostice alkoholové závislosti, b) závažná psychiatrická komorbidita, c) závažné kognitivní nedostatky, d) současná přítomnost závislosti na další látce, s výjimkou nikotinu, e) bariéry v účasti (sluchová omezení, nebo plánovaná dovolená během doby trvání programu).

Celkem bylo vybráno 58 subjektů (23 žen, 35 mužů), pro pět AkT skupin v Norinberku. Pouze pět klientů (2 ženy, 3 muži) ukončilo terapii předčasně. Důvody k ukončení byly: a) přechod do abstinence orientované léčby (n = 2) nebo jiného typu služby (n = 1), b) onemocnění vyžadující hospitalizaci (nezpůsobené konzumací alkoholu), (n = 1), c) nezáměr o další setrvání v programu (n = 1). Ostatní z 53 klientů (21 žen, 32 mužů) absolvovali nejméně 8 z deseti setkání. Průměrný věk tohoto vzorku byl 48,9 let (v rozmezí 31 – 63 let), 66 % bylo v manželském svazku, a 76 % mělo stálé zaměstnání. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) bylo 34 klientů klasifikováno jako závislí, 18 vykazovalo abúzus nebo škodlivé užívání, u jednoho klienta data chybí. Pro dvě třetiny klientů (n = 34) to byla první zkušenost s adiktologickou péčí.

Zahájení tréninku předcházely tři individuální konzultace trvající asi 60 minut. Během prvního a druhého sezení byla mapována aktuální konzumace alkoholu, konzumace v minulost

(uplynulý týden, uplynulý měsíc, uplynulých 12 měsíců), užívání dalších drog, problémy související s konzumací alkoholu, předchozí zkušenosti s léčbou, požadovaný cíl (s diskuzí o kladech a záporech abstinence), a demografická data. Ke sběru dat byly využity tyto nástroje: a) krátká verze dotazníku EuropASI, b) diagnostický manuál MKN-10, c) DIA-X-Interview ke screeningu psychiatrické komorbidity, d) KAZ-35 zjišťující nakolik klient věří ve svou schopnost dodržet stanovený limit konzumovaného alkoholu.

Na konci prvního sezení byl klientovi předán deník, do kterého si měl zaznamenávat své pití. Během třetího sezení potom probíhala kontrola zdravotního stavu a byly odebrány vzorky krve pro měření enzymů (nadměrná konzumace alkoholu se může projevit změnami v krevním obrazu). V této fázi klient podepsal informovaný souhlas. První tréninkové skupinové sezení započalo týden či dva po absolvování úvodních setkání.

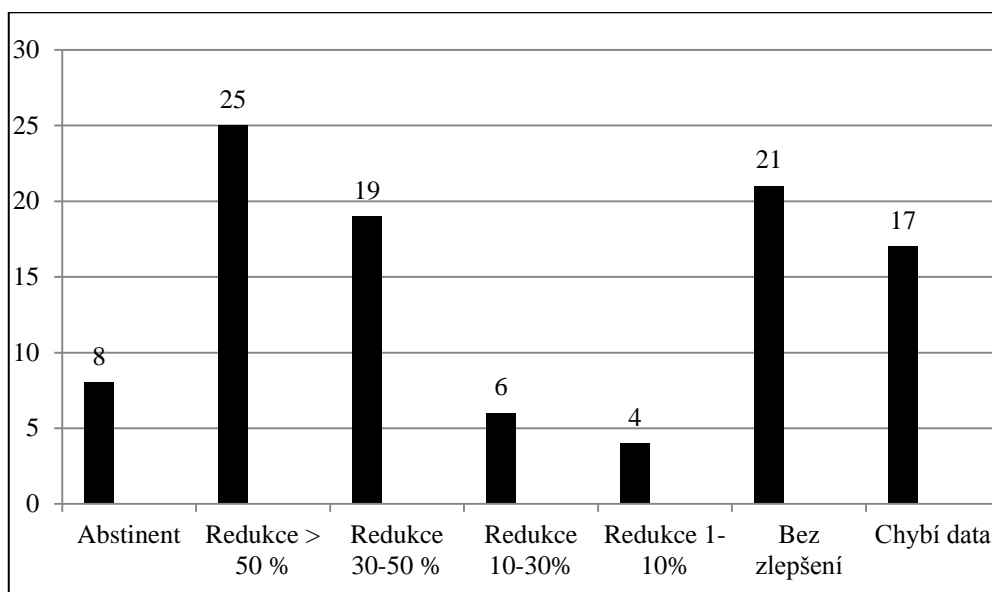
Vlastní trénink sestával z deseti týdenních sezení dlouhých 135 minut, s patnáctiminutovou přestávkou. Sezení byla koncipována dle podrobného manuálu (Koerkel et al., 2001) založeného na principech behaviorální terapie, nácviku dovedností a motivačních rozhovorů. První polovina každého setkání patřila probrání záznamu pití za předchozí týden, stanovování cílů na následující týden a doporučení pro užívání deníku. V druhé polovině se probírala témata typická pro BSCT: podávání informací o alkoholu, důvody pro změnu, týdenní nastavování cílů, zvládání vysoce rizikových situací, během nichž by mohlo dojít k excesivnímu pití, strategie nutné pro dodržení stanovených limitů či odmítnutí pití, tipy ke zvládnutí sociálního tlaku a lapsu, plánování volnočasových aktivit bez alkoholu, a strategie řešení problémů bez konzumace alkoholu. Setkání byla interaktivní, zahrnovala kromě zmíněných témat i hraní rolí, práci s tištěnými materiály a podobně. Terapeutický tým tvořil sociální pracovník, lékař a psycholog, všichni s předchozí praxí v alkoholovém terapeutickém sektoru. Každý týden probíhala supervize týmu.

Týden po ukončení programu následovalo dvouhodinové setkání, kdy se znova vyplňoval dotazník EuropASI a KAZ-35. Opět se odebíraly krevní vzorky. Toto se opakovalo 6 a 12 měsíců po ukončení programu v místě předchozí realizace terapie. Pokud klient nemohl dorazit, bylo s ním interview prováděno telefonicky.

VÝSLEDKY. Z celkového počtu účastníků 43 absolvovalo všechny fáze – sezení před tréninkem, po něm a testování rok po ukončení. Dva z klientů odmítli kontakt po roce, sedm nebylo možné zastihnout a jedna osoba se z místa bydliště odstěhovala.

Celkově došlo k 45% redukci alkoholických nápojů konzumovaných za týden v porovnání stavu před a po programu (dle pohlaví šlo u 47 % u mužů a 42 % u žen) a 25% redukci množství alkoholu konzumovaného během jedné události. Rovněž se zvýšilo množství dnů abstinence o 89 %. Individuální změny byly posuzovány podle šesti kategorií, viz graf 1.

Graf 1. Posuzované kategorie.



Dvanáct měsíců po ukončení programu 8 % klientů abstinovalo, 25 % zredukovalo svůj příjem alkoholu o 50 %, 19 % klientů snížilo příjem alkoholu o 30 – 50 % a dalších 6 % alespoň mírně snížilo příjem. Klienti, kteří snížili příjem o méně, než 10 % byli klasifikováni jako skupina bez zlepšení. U 17 % klientů se data nepodařilo zajistit.

ZÁVĚR. Tento typ léčby byl atraktivní pro osoby, které neměly předchozí zkušenost s adiktologickou institucí. Souvislost mezi počtem absolvovaných léčebných intervencí a schopností kontroly uvádí i Rosenberg (1993) a Schippers et al. (2006). Mnohdy platí, že čím méně zkušeností klient s léčbou má, tím pro něj může být kontrolované užívání atraktivnějším cílem, a také je spíše schopný stanovené limity dodržovat.

Výsledky ukazují, že trénink byl efektivní pro snížení konzumace alkoholu nejméně po dobu jednoho roku, a to i pro osoby závislé, které bývají z výzkumů kontrolovaného pití často vyloučeny. Celých 52 % klientů lze hodnotit jako úspěšné, navíc s 8% podílem abstinentů. U těch, kteří zlepšení nevykázali, fungoval trénink alespoň jako harm reduction. Drobné rozdíly nastaly v podskupině mužů a žen ve prospěch mužského pohlaví, u něž došlo k výraznějšímu poklesu množství alkoholu konzumovaného za týden (47 %, u žen 42 %) i množství drinků během jedné konzumace. K navýšení počtu abstinence dnů došlo u obou pohlaví. Tyto rozdíly nejsou sice statisticky signifikantní, ale zasloužily by si hlubší prozkoumání. Výzkumy ohledně generových odlišností jsou nejednotné. Některé uvádějí stejnou úspěšnost či neúspěch u obou pohlaví, jiné referují o výrazně vyšší úspěšnosti u jedné ze skupin. Nicméně obecně platí, že pro ženy je snadnější dodržet stanovené limity pití, protože jsou v průměru menší, pijí méně a potřebují méně alkoholu k intoxikaci (Rosenberg, 1993).

Vzhledem k výsledkům nepovažují výzkumníci za překážku vstupu do programu těžké pijáctví s pravděpodobně vyšším stupněm závislosti. Tato teze dala vzniknout v roce 2004 programu kontrolovaného pití pro chronicky závislé osoby bez domova setrvávající v chráněném bydlení v Mnichově. Mnoho z nich dobrovolně podstoupilo program, a podařilo se jim snížit spotřebu alkoholu, nebo se přiklonit k abstinenci (Koerkel et al., 2005).

Absolventi AkT programů založili svépomocné skupiny (první v červnu roku 2000 v Norinberku), sestávající průměrně z deseti členů, většinou s intervalem měsíčních setkání. Skupiny mají neformální charakter, jde především o sdílení zkušeností, ne o fixní program jako u Moderation Management.

Pro stabilizaci efektu, který trénink zprostředkovává, považuje autor za přínosné rozšířit pole následné péče o online poradenství, opakovací setkání a další služby. Rovněž považuje za vhodné zakomponovat práci s kontrolovaným pitím do drogových služeb a to z důvodu, že kombinace nelegálních látek a alkoholu vede k těžšímu poškození organismu, HIV terapie může být následkem nadměrného užívání alkohol neúčinná, a konkrétně například mnoho uživatelů heroinu v německých ambulantních metadonových programech vykazuje pití na úrovni, jenž vyžaduje odbornou pomoc. Alkohol a metadon se navíc potencují ve svých tlumivých účincích na mozek, může tím pádem dojít ke ztrátě vědomí spojené například s útlumem dechového centra. Tento program řeší samozřejmě i české služby. Randák (2013) uvádí, že pokud se klienti metadonových programů rozpili, museli podstoupit detoxifikaci organismu, jinak hrozilo, že jim metadon nebude během alkoholové intoxikace podán.

Od roku 2001 podstoupilo v Německu asi 400 odborníků na závislost (sociální pracovníci, psychologové, lékaři, a další) výcvik formou tří až sedmidenního workshopu o práci s AkT skupinou a jejími variantami, zvláště s EkT, což je verze pro individuální terapii. Osoby provozující trénink kontrolovaného pití lze snadno dohledat na internetové adrese <http://www.kontrolliertes-trinken.de/>.

8. 5. Zkušenosti z Windsor Clinic

Booth (2006) popisuje zkušenosti z Windsor Clinic, jejíž provoz začal v sedmdesátých letech v Liverpoolu, a která je unikátní tím, že klienti mají možnost vybrat si typ péče – ambulantní, stacionární nebo rezidenční. Následně volí mezi abstinencí a alternativním cílem. Nejčastěji volí kontrolované pití klienti ambulantního typu péče (67 %), následně stacionární (60 %) a nejméně často potom rezidenční klienti (46 %). Existuje vztah mezi volbou typu péče a závažností problémů, které klientovi vznikly následkem nadměrné konzumace alkoholu. Většina (75 %) volí ambulantní či stacionární typ a většina z této skupiny si stanovuje alternativní cíl. Ve své studii autor popisuje vzorce užívání, které si osvojily osoby úspěšné při dodržování kontrolovaného pití. Jedná se o vzorek deseti klientů, u nichž kontrola přetrvávala v průměru pět let.

Vzorek je složen z devíti mužů a jedné ženy, průměrný věk je 51 let, věkové rozmezí pak 36 – 60 let. Osm z klientů je v manželském svazku. Průměr délky alkoholové kariéry je 17 let, s rozpětím 7 – 37 let. Všichni vybraní pijí většinou o samotě, 8 vykazuje denní pravidelné pití a 2 nárazové. Sedm z klientů preferují lihoviny, tři pivo. Polovina z klientů vykazovala některou z poruch jaterních funkcí.

Výstupní data uvádí, že průměrná doba sledování klientů byla 5 let, v rozmezí jednoho až jedenácti let. Průměrný počet týdnů před konzumací prvního alkoholického nápoje byl 15 (s rozmezím 4 – 26). Počet sezení absolvovaných během prvních dvanácti měsíců byl v průměru 36 (s rozmezím 17 – 49). Polovina klientů pila pravidelně, druhá polovina pouze při zvláštních

příležitostech (uváděny byly Vánoce, narozeniny, dovolené). Osm z klientů referovalo společenské pití, další dva pokračovali v pití o samotě. Sedm osob uváděla preferenci piva, dvě osoby uvedly víno, jedna osoba lihoviny. Šest osob prodělalo během pozorování relaps.

Všichni sledovaní po absolvování programu podstoupili doléčování a zůstali tak v kontaktu s institucí. To autor považuje za jeden z důležitých aspektů pro úspěch. Rovněž tak období abstinence před zahájením samotného plánu kontrolovaného pití. O důležitosti zahájení plánu kontrolovaného pití určitou dobou abstinence mluví i další autoři, například ve studii Gillien et al. (2006), šlo o 6 až 8 týdnů. Rovněž svépomocný online program Alkohol pod kontrolou podrobněji popsany v kapitole 3.4.2. ve svých doporučeních zmiňuje třicetidenní test abstinence před opětovným pitím. Obraz zvládnutí tohoto období může navíc ukázat, zda je tento způsob léčby pro klienta vhodný. Při objevení abstinenciho syndromu je třeba léčebný plán přehodnotit (www.alkoholpodkontrolou.cz).

Autor si je vědom nemožnosti vytvářet široce aplikovatelné závěry z tak malého vzorku, avšak definuje, co mohlo pomoci úspěšně udržet cíle sledovaných klientů: a) počáteční období abstinence před zahájením vlastního plánu kontrolovaného pití, b) pravidelný kontakt s adiktologickou institucí, zejména v prvním roce po absolvování terapie, c) abstinence mezi jednotlivými epizodami pití v rozmezí dnů až týdnů, d) vyvarovat se osamělého pití a pití lihovin.

8. 6. Veteráni z Mississippi

Pachman et al. (1978) ve své studii srovnávali rozdíly mezi americkými veterány, kteří si za cíl stanovili abstinenci (n = 49) a těmi, kteří volili zodpovědné mírné pití (n = 12). Porovnávány byly vzorce užívání, vzorce chování, osobnostní charakteristiky i demografické údaje. Vzorek byl tvořen jednašedesáti klienty v rezidenčním typu péče trvajícím čtyři měsíce (dobrovolný program péče pro alkoholiky v Jacksonu, Mississippi). Klientovo stanovení cíle je personálem akceptováno, pokud to klientům somatický stav dovoluje.

METODY. Klientům bylo zadáno vyplnění několika testů a dotazníků. Kromě mapování znalostí alkoholu, míry kontroly a úrovně sebedůvěry byly zjišťovány i údaje týkající se délky alkoholové kariéry a dalších oblastí: vzdělání, rodinný stav, věk, preferovaný alkoholický nápoj, subjektivní vnímání účinků alkoholu, vzorce užívání (binge drinking nebo pravidelné pití), postoj rodičů k alkoholu, sebehodnotící odhad úspěšnosti intervence na škále od nuly po 100 %. S klienty byly dále pořizovány videozáznamy, na kterých hráli určené role. Nezávislý pozorovatel potom hodnotil záznam a posuzoval dle něj osobnostní předpoklady a nedostatky.

VÝSLEDKY. Porovnávané skupiny se zásadně lišily ve třech oblastech. Abstinující skupina referovala delší alkoholovou kariéru (průměrně 11,5 let oproti 6, 5 let u skupiny volící kontrolu), a nižší vzdělání (10,8 let ve vzdělávací instituci oproti 12,5 roků). Pacienti volící kontrolované pití častěji v dotazníku uváděli svou šanci na úspěch až 100 %.

8. 7. Souhrn

V prezentovaných pracích lze vysledovat některé opakující se informace. Klienti, u nichž by se kontrolované pití dalo považovat za adekvátně zvolený terapeutický cíl, jsou většinou mladší, než osoby volící abstinenci, a mají kratší historii užívání. Rovněž jsou u nich problémy způsobené užíváním méně závažné, právě tak i tak somatické či psychické poškození. Tito jedinci jsou považováni za méně závislé (Gilligan, 1983, Pachman et al., 1978, Schippers & Nelissen, 2006). Ve většině případů figuruje také lepší sociální situace – zejména ve sféře vztahů a zaměstnání. Tito klienti rovněž pijí spíše ve společnosti než o samotě (Gilligan, 1983, Booth, 2006). Dalším z důvodů indikace k volbě kontroly je první léčba klienta, případně také snaha udržet jedince v léčbě – zde pak funguje kontrolované užívání jako harm reduction (Schippers & Nelissen, 2006, Koerkel, 2006). Výzkumníci jako další okolnosti, které mohou vést k úspěšnému výsledku, zmiňují možnost změny cíle v průběhu léčby a účast v doléčování (v instituci, případně ve svépomocné skupině). Jako důležité se jeví víra klienta ve vlastní úspěch (Pachman et al., 1978). Osvědčilo se i vedení deníku, do kterého klient zaznamenával pití (množství, příležitosti, pocity), (Koerkel, 2006). Vedení deníku je formou self-monitoringu, práce se zápisky může pomoci všimnout si opakujících se vzorců. Přínos této metody zmiňuje i Nešpor (2006). Dle Doporučených postupů psychiatrické péče (2014) by v případě volby kontrolovaného užívání měl následovat self-monitoring trvající po dobu dvou až čtyř týdnů s následným zhodnocením úrovně redukce konzumace alkoholu (Popov et al., In Raboch et al., 2014).

Obecně by se klient, pro nějž může být kontrolované pití vhodné, dal definovat jako mladší, motivovaný, bez závažné alkoholové kariéry a z ní plynoucích problémů, bez rozsáhlých předchozích zkušeností s léčbou, s dobrou sociální situací a vírou v úspěch terapie. Mělo by se jednat spíše o ambulantní formu léčby.

Dalším typem může být klient, u kterého může být primárně vyjádřen jiný problém, ale snížení dávek konzumovaného alkoholu by mohlo mít formu hard reduction a přispět tak ke zlepšení zdravotního stavu (osoba s duální diagnózou, uživatel nelegálních drog).

Pro snadnější orientaci ve výsledcích prezentovaných prací je na následující straně uveden přehled, popisující rozdíly mezi klienty, kteří zvolili abstinenci, a těmi, jenž volili alternativní cíl. Rovněž jsou uvedeny prvky v terapii, které se ukázaly jako vhodné.

Tabulka 4. Přehled výsledků prezentovaných studií.

| VÝZKUM | KONTROLA | ABSTINENCE | OSVĚDČILO SE |
|-----------------------------|---|---|---|
| Gilligan (1983) | Kratší doba problémového pití (3,24 let). Méně závažných problémů způsobených užíváním. Pití ve společnosti (o samotě 48 %). Širší sociální síť. Více dnů v zaměstnání za poslední 3 měsíce (33,9). Aktivní zapojení do aktivit. | Delší doba problémového pití (6,04 let). Závažné problémy způsobených užíváním. Pití o samotě (91 %). Méně dnů v zaměstnání za poslední 3 měsíce (9,7). Pasivní účast v programu. | Ambulantní forma léčby místo rezidenční. Možnost změnit cíl i během započaté terapie. |
| McMurrin (2006) | Vhodné pro mladší, méně závislé jedince. | <i>Klienti selektováni pro program kontrolovaného pití, nejde o srovnání s paralelní skupinou volící abstinenci.</i> | Terapie současně cílená na metody zvládnání agrese a zodpovědnou konzumaci alkoholu. |
| Schippers & Nelissen (2006) | Motivovaný klient, volba podložena relevantními argumenty. První léčba. Nepравidelné užívání, dny abstinence. | Polymorfni závislost. Silná závislost. Somatické poškození. Výrazná ztráta kontroly. | Přistoupit na kontrolované užívání pokud je to jediná možnost, jak klienta udržet v léčbě, i v případě že by pro něj byla vhodnější abstinence. |
| Koerkel (2006) | První léčba. Rizikové nebo škodlivé užívání, motivace ke změně. | <i>Klienti selektováni pro program kontrolovaného pití, nejde o srovnání s paralelní skupinou volící abstinenci.</i> | Přijetí osob s vyšším stupněm závislosti, včetně somatických komplikací. Vedení deníku pití. Doléčování. |
| Booth (2006) | Ambulantní či stacionární klient. | Klient rezidenčního typu léčby. Závažnější problémy způsobené užíváním. | Období abstinence před zahájením plánu kontrolovaného pití. Vyhýbání se lihovinám a pití o samotě. Doléčování. |
| Pachman et al. (1978) | Kratší období užívání (6,5 let) Delší doba ve vzdělávací instituci (12,5 let) Víra v úspěch terapie. | Delší období užívání (11,5 let) Kratší doba ve vzdělávací instituci (10,8 let) | Neuvedeno, zkoumány byly primárně rozdíly mezi klienty volícími odlišné cíle. |

9. Diskuze

Při porovnávání výsledků je nutné zmínit nejednotnost vybraných studií. Záměrně byly zvoleny ty, popisující metody práce s cílem kontrolovaného pití u odlišných typů klientely, v odlišném kontextu, i typu služby. Důvodem pro takový výběr byla snaha poukázat na širokou aplikovatelnost práce s alternativním cílem napříč nejen alkoholovými službami. V současné době se nejčastěji využívá v sekundární (Koerkel, 2006, McMurrán, 2006, Pachman et al., 1978) nebo terciární prevenci (Gilligan, 1983).

Prezentované výzkumy popisují metody práce realizované ve většině případů v ambulantní či stacionární formě (Koerkel, 2006, McMurrán, 2006, Schippers & Nellisen, 2006). Gilligan (1983) popsal model realizovaný v rezidenčním prostředí, avšak po roce fungování byla služba upravena dle zkušeností získaných během této doby. Výzkumný tým navrhl přenesení programu kontrolovaného pití do ambulantního typu zařízení. Využití ambulantního rámce souvisí s charakteristikou klientů, kteří si cíl kontrolovaného pití volí. Většinou jde o osoby mladší, méně závislé, s kratší alkoholovou kariérou (Gilligan, 1983, Rosenberg, 1993, Schippers & Nelissen, 2006), s lepší sociální situací, což koresponduje s teoretickými východisky, kde byly osoby rozhodnuté pro kontrolu definovány v porovnání s těmi, které volí abstinenci, jako mladší, užívající nižší dávky alkoholu, s méně závažnou alkoholovou kariérou, více odmítající označení alkoholik a méně pocházející z alkoholových rodin (Vacek, 2012). Jako kontraindikace pro možnost kontrolovaného pití bylo uvedeno těhotenství, vysoký stupeň závislosti, nebo nízká sociální stabilita (Klingemann et al., 2009), což některé výzkumy (Koerkel, 2006) nepotvrzují.

Otázkou zůstává výběr vhodných klientů. Většina výzkumů eliminuje z výběru osoby s duálními diagnózami (nejčastěji jde o deprese a úzkosti), osoby se somatickým poškozením způsobeným nadměrnou konzumací, a polymorfní uživatele drog – tím však dochází k vyčlenění skupiny, pro kterou je naučit se zacházet s alkoholem klíčové. Koerkel (2006) do svého experimentu zařadil i klienty se somatickým poškozením (diabetes, poškození jater) a rovněž prezentoval myšlenku zapojení práce s kontrolovaným pitím do „klasických“ drogových služeb. Klient může sice preferovat jinou drogu, ale díky částečně zkřížené závislosti některých látek je například u uživatelů heroínu běžné potlačovat negativní projevy odvykacího syndromu alkoholem (drogy-info.cz). Nadměrná konzumace alkoholu je popsána i u pacientů metadonových programů (Randák, 2013), což nese vážná zdravotní rizika. Torrens et al. (1996, In Nešpor et al., 1999) uvádějí, že klientova konzumace alkoholu zhoršuje spolupráci v těchto programech a snižuje retenci v nich. K přijetí takových opatření však bude nutné přestat oddělovat léčbu duálních diagnóz i polymorfních závislostí.

Vybrané studie popisují mnohdy i složení terapeutického týmu. Většinou jde o spolupráci několika odborníků, převážně se jedná o klinické psychology, lékaře a sociální pracovníky (Gilligan, 1983, Koerkel, 2006), což odpovídá trendům v adiktologické péči. Přístup by měl být komplexní – tj. na podkladě bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti (viz kapitola 3. 1.) a zahrnovat týmovou spolupráci lékařů, psychologů, terapeutů, psychoterapeutů, adiktologů, sociálních pracovníků a dalších (Popov, 2012).

Kontrolované pití bylo v prezentovaných studiích většinou realizováno formou účasti ve strukturovaném programu po předem přesně vymezený počet setkání. Stěžejní metodu tvořily kognitivně-behaviorální přístupy upravené pro individuální potřeby cílové skupiny programu.

Jednou z cílových skupin byly osoby bez domova (Gilligan, 1983). Výzkum pracující s touto specifickou skupinou byl prezentován záměrně. Bezdomovectví a závislost je tématem vyvolávajícím emoce i v našich končinách. Mezi lidmi na ulici je mnoho rizikově pijících nebo závislých konzumentů. Alkohol u nich může fungovat jako prostředek pro mírnění úzkosti a zároveň uspokojuje bazální potřeby: zahřeje, zasytí, napojí (Martinková, 2009). Výzkumy provedené v zahraničí ukazují, že závislost v některých případech bezdomovectví determinuje, a v některých naopak bezdomovectví determinuje závislost (Šupková, 2008). Poskytované služby (noclehárny, azylové domy, domy na půli cesty) vyžadují abstinenci, což je pro osoby bez domova nepřekonatelnou překážkou, a často se tak uchylují k setrvání na ulici (Martinková, 2009). Autor studie zaměřené na tuto cílovou skupinu popisuje chod dvou zařízení po dobu dvanácti měsíců. Ač se zavedený program neosvědčil z několika důvodů, zkušenost nebyla důvodem k ukončení činnosti služby, ale naopak k její úpravě: vedle rezidenční služby pro osoby bez domova začalo fungovat denní poradenské centrum pro zájemce o kontrolované pití (Gilligan et al., 1983). Krokem vpřed řešení této problematiky v ČR byl počín Regionálního institutu ambulantních a psychosociálních služeb (RIAPS) Trutnov, které od března roku 2012 provozuje kontaktní centrum pro problémové uživatele alkoholu, ve většině případů bez domova. To je v souladu s Akčním plánem realizace národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015, kde je uvedeno: „Rozšíření cílové skupiny nízkoprahových služeb pro uživatele návykových látek i o uživatele alkoholu a zavádění služeb minimalizaci rizik pro tuto cílovou skupinu (otravy, předávkování, binge drinking atd.)“ (Úřad Vlády, 2013, p. 25) Kromě hygienického a potravinového servisu je zajištěno minimálně jednou týdně proběhnutí motivačního rozhovoru na téma HR při konzumaci alkoholu. Personálně je služba zajištěna sociální pracovníci a zdravotní sestrou (Čalovka et al., 2012).

Další specifickou skupinu tvořili mladí muži, kteří se pod vlivem alkoholu dopouštěli většinou násilné trestné činnosti (McMurrán, 2006). Alkohol má iniciační charakter, působí odstranění morálních a sociálních zábran. Kromě činnosti manifestující agresivitu se intoxikované osoby mohou dopouštět verbální trestné činnosti, sexuální trestné činnosti, trestné činnosti proti životu a zdraví, činnosti spáchané z nedbalosti a také trestné činnosti v dopravě (alkohol je příčinou 8 – 10 % vážných dopravních nehod), (Fidesová, 2012). Ve Velké Británii se osvědčilo zavést komplexní program, který řešil současně problém alkoholu a agrese, nikoliv pouze se zaměřením na jednu ze složek. Obdobné programy by měly být vytvořeny i pro řidiče. Současná právní úprava požaduje po osobách s diagnózou závislosti na alkoholu jako podmínku oprávnění řídit motorové vozidlo dvouletou abstinenci. Toto počínání je sporné přinejmenším z důvodu, že počet diagnostikovaných osob v České republice je mnohem menší než skutečný počet osob závislých na alkoholu. Počet jedinců s vyjádřeným syndromem závislosti na alkoholu pravděpodobně převyšuje 300 tisíc (Kalina, 2015). Účelnější by bylo vycházet z behaviorálních projevů (řízení pod vlivem, dopravní nehoda pod vlivem, násilné chování pod vlivem), (Nešpor & Csémy, 2008) a s těmi pracovat komplexně, spíše než striktně uplatňovat represivní postupy.

Studie z Nizozemí (Schippers & Nelissen, 2006) popisuje práci s kontrolovaným užíváním alkoholu i nelegálních drog. Tvorbu cíle popisují jako proces vyžadující spolupráci terapeuta i klienta. Klientovo rozhodnutí je respektováno do míry, kdy neohrožuje jeho zdravotní stav. Stejná praxe se opakuje v práci Pachmana et al. (1978). Možnost zvolit si cíl vychází z předpokladu, že takové jednání přinese jedinci vyšší uspokojení, než když je mu cíl stanoven ze strany terapeuta

(Rosenberg, 1993, Wanigaratne et al., 1998). Již více než třicet let probíhají výzkumy kontrolovaného užívání nelegálních drog. V České republice se tímto tématem ve svých absolventských pracích zabývali například Morávek (2007) či Nesládek (2013). Využitelnost výsledku vidí autoři v možnosti sekundární prevence mezi pravidelnými uživateli (marihuany), vývoje screeningových nástrojů a možnosti stanovovat jiné než abstinenční cíle při neochotě klientů takový cíl dodržovat (Morávek, 2013). Využitelnost vidí Nesládek (2013) i při tvorbě drogové politiky. Morávek (2007) navíc zmiňuje nebezpečí sebenaplňujícího prorocství. Bude-li jedinec vystaven jednoznačnému a nezpochybnitelnému tvrzení, že kontrolovaně užívat nelze, nebude se při užívání kontrolovat. Vznikne tak u něj pocit bezmoci a dojem, že kontrola musí přijít zvenčí. Záleží tak, jak bude s touto myšlenkou zacházeno. Například pracovník terénních programů konající pod filosofií harm reduction může klientovi nabízet kontrolu jako relevantní cíl (Nepustil, 2015). Z výzkumů vyplývá, že kontrolovaně v některých případech užívat lze. Většinou je kontrola podmíněna multifaktoriálně, některé prvky se však opakují: set & setting, sociální stabilita, životní struktura, předchozí zkušenosti (Nesládek, 2013). Stejně tak se opakují některé prvky ve výzkumech kontrolovaného užívání alkoholu: kognitivně-behaviorální přístupy, nácvik dovedností, nácvik zvládnání rizikových situací, motivační rozhovory, víra ve vlastní úspěch, možnost změnit cíl v abstinenci, monitoring pití, a v neposlední řadě pokračování v kontaktu s institucí nebo svépomocnou skupinou, zejména v prvním roce po absolvování terapie. Nejčastěji volí kontrolované pití osoby mladší, s menším stupněm závislosti, více sociálně stabilní, pro něž jde o první léčbu, absolvovanou většinou ambulantní či stacionární formou.

Cílem práce bylo poskytnout přehled dosavadních poznatků z oblasti kontrolovaného pití a prezentovat implikaci v praxi. Dílčím cílem bylo popsat cílovou skupinu uživatelů, pro něž by mohla kontrolovaná konzumace alkoholu představovat alternativu k tradičnímu abstinenčnímu léčebnému modelu, a definovat její postavení v systému léčebné péče.

Poskytnutí přehledu veškeré publikované literatury relevantní pro této téma by několikrát překročilo možný rozsah práce a je nad autorčiny možnosti. Vybrány proto byly konkrétní práce popisující metody postupování s klienty, kteří zvolili alternativní cíl, a z nich byly vyvozeny výše uvedené závěry.

Rozličnost prezentovaných studií však znemožňuje plošnou aplikaci výsledků, jelikož při malém výzkumném vzorku nelze poznatky paušalizovat, a naopak při hromadném výzkumu může dojít ke ztrátě možnosti rozpoznání drobných nuancí a důležitých osobnostních předpokladů predikujících k úspěchu ve strategii kontrolovaného pití.

Poznatky tematiky kontrolovaného pití jsou důležité a využitelné při rozšiřování terapeutických možností práce s uživateli alkoholu, kteří nemusí být závislí, ale pijí problémově nebo rizikově, případně škodlivě. Spíše než s „ideálními“ klienty (mladí, sociálně stabilní, bez výrazně dlouhé alkoholové kariéry) by bylo vhodné začít pracovat se skupinami, pro které je schopnost zacházet s alkoholem klíčová. Zároveň by měly být více prozkoumány genderové rozdíly, většina výzkumů je totiž zaměřená na muže. Hlubší prozkoumání by si zasloužily i další specifické skupiny, například vysokoškolští studenti.

IV. Závěr

V teoretické části práce je uvedena charakteristika psychoaktivní látky, alkoholu, a prezentována epidemiologická situace ve světě, i v České republice. Dále jsou popsány poruchy způsobené užíváním této psychoaktivní látky. Podrobněji je potom popsána závislost na alkoholu, teorie závislosti, paradigma nemoci a přístupy snižování škod. Následuje kapitola věnující se představení léčby závislosti na alkoholu, se zahrnutím kapitoly o farmakoterapii a možnosti využití nových technologií. Čtvrtá kapitola se potom teoreticky věnuje stěžejnímu tématu práce. Pojem kontrolované pití je na počátku kapitoly definován, následuje popis historického pozadí, které stále za veřejným zájmem o toto téma a následuje část popisující implementaci v praxi. Ta je věnována vnímání a akceptace kontrolovaného pití napříč službami, i zeměpisnými šířkami. Uvedeny jsou výhody alternativního přístupu i popis klienta, pro nějž může být vhodný. Poslední kapitola je věnována popisu strategií kontrolovaného pití.

V praktické části jsou představeny konkrétní výzkumy a jsou prezentovány jejich výsledky.

Cílem práce bylo poskytnout přehled teoretických poznatků tématu a prezentovat metody práce v praxi. K realizaci byla provedena rešerše výzkumných studií, které byly selektovány dle druhu zaměření. Data z nich byla užitá při zpracování teoretické i praktické části práce. Vybrané byly detailně prezentovány v praktické části. Analýza studií poskytla odpověď na výzkumné otázky.

Bylo zjištěno, že existuje množina uživatelů, pro něž může být kontrolované pití vhodným cílem. Dále bylo zjištěno, že terapie bývá většinou realizována formou strukturovaného programu využívajícího prvky KBT, motivačních rozhovorů a nácviku dovedností. Přínosným poznatkem je i možnost transformace programu a využitelnost pro práci se specifickou cílovou skupinou.

Seznam literatury

1. Anonymní Alkoholici (1996). Druhé české vydání, český překlad z originálu Alcoholics Anonymous world services, inc. New York.
2. Bareš, J. Česko-anglický převodník anglické terminologie. Výstup projektu NETAD. Dostupné z casopis.adiktologie.cz/cs/download/5?filename=terminologicky_prevodnik_CJ_AJ_2014.pdf netad prevodnik anglicke terminologie
3. Booth, P. G. (2006). Idiosyncratic patterns of drinking in long-term successful controlled drinkers. *Addiction Research and Theory*, 14 (1): 25 – 33.
4. Brown, G. & Coldwell, B. (2006) Developing a controlled drinking programme for people with learning disabilities living in conditions of medium security, *Addiction Research and Theory*; 14(1): 87–95.
5. Csémy, L., et al. (2003). Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice. Praha: Státní zdravotní ústav.
6. Čablová, L. (2012). Svépomocné skupiny. *Adiktologie*. 12(2), 161-163
7. Čalovka, O. et al. (2013). Problémoví uživatelé alkoholu v kontaktním centru – zkušenosti z Podkrkonoší. Příspěvek na AT konferenci. Prezentace dostupná z <http://www.at-konference.cz/data/2014/12/01/12/calovka-kozakovaradonova-problemovi-uzivatele-alkoholu-v-kontaktnimcentru-zkusenostiz-podkrkonosi.ppt?id=827>
8. Davies, D. L. (1962). Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Quarterly journal of studies of Alcohol*, 23, 94 – 104.
9. De Wildt, W. A. et al. (2000). Life style training module 1 and 2. Therapist manual and klient workbook. Zeist: Cure and Care.
10. Drogy-info.cz (2005) Zkřížená závislost. Glosář pojmů, dostupné z http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/glosar_pojmu/z/zkrizena_zavislost
11. Duckert, F. (1989). Controlled drinking: A complicated and contradictory field. *Perspective on controlled drinking*. Nordic council for alcohol and drug research, Helsinkí. 39 – 54.
12. Dvořáček, J. (2003). Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek. In: Kalina, K. a kol. (2003), *Drogy a drogové závislosti*, Úřad vlády České republiky.
13. Ehrmann, J. et al. (2006) *Alkohol a játra*. Praha: Grada.
14. European Medicines Agency, 2013. EMA/826403/2012 EMEA/H/C/002583. Souhrn zprávy EPAR určený pro veřejnost. http://www.ema.europa.eu/docs/cs_CZ/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/002583/WC500140303.pdf dostupné dne 11. 6. 2015
15. Fidesová, H. (2012) *Alkohol a kriminalita*. Prezentace pro účel výuky předmětu Kriminologie.
16. Gilligan, T. et al. (1983). Management Problems in a Small Hostel with a Controlled Drinking Programme. *British Journal Of Addiction*, 78(3), 277-290
17. Glatt, M. M. (1995). Comments on Sobell & Sobell's editoval „Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate?“ *Addiction* (90) 1157 – 1177.

18. Heather, N. (1992). Why alcohol is not a disease. *Medical Journal of Australia*, 156 (3), 212-215.
19. Hobbs, D. (2002). The night time economy. In *Alcohol Concern (Ed.), 100% proof: Research for action on alcohol*. London: Alcohol Concern.
20. Holcnerová, P. (Vondráčková), 2010. *Alkohol – Prevence a léčba*. CA – výukový text.
21. Holcnerová, P., & Vacek, J. (2010). Využití internetu v léčbě poruch vyvolaných užíváním alkoholu. *Adiktologie*, 10(2), 110 – 117.
22. Hrdina, P. (2003). Harm Reduction – Snižování poškození drogami. In: Kalina, K. a kol. (2003), *Drogy a drogové závislosti*, Praha: Úřad vlády České republiky
23. Humphreys, K., Klaw, E. (2001). Can targeting non-dependent problem drinkers and providing internet-based services expand access to assistance for alcohol problems?: A study of the Moderation Management self-help/mutual aid organization. *Journal of studies on alcohol*, 62, 528-532.
24. Jak omezit pití? Strategie zvládnání dostupné na webu Alkohol pod kontrolou. Dostupné z <http://www.alkoholpodkontrolou.cz/index.php/strategie-zvl%C3%A1d%C3%A1n%C3%AD/jak-omezit-pit%C3%AD>. Klinika adiktologie UK, Praha.
25. Jellinek, E. M. (1960). The disease concept of alcoholism. Oxford, England: Hillhouse, 219 – 240.
26. Kalina, K. (2003) Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In Kalina et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky.
27. Kalina, K. et al. (2015) *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
28. Klingemann, H. (2009). Acceptance and therapeutic practice of controlled drinking as an outcome goal by Swiss alcohol treatment programmes. *European Addiction Research* 15(3):121-127. doi: 10.1159/000210041.
29. Koerkel, J., & Projektgruppe kT. (2001). *Trainer-Manual für das “Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AkT)”*. Heidelberg: GK Quest Akademie
30. Koerkel, J. (2006) Behavioural self-management with problem drinkers: One year-follow-up controlled drinking group treatment. *Addiction Research and Theory*, 14 (1): 35 – 49.
31. Láznička, L. (2011) Farmakoterapeutické možnosti léčby závislosti na alkoholu. *Praktické lékařství*. 7 (6): 262 - 264.
32. Marlatt, G. A. (1983). The controlled-drinking controversy: A commentary. *American Psychologist*, 38(10), 1097-1110. doi:10.1037/0003-066X.38.10.1097
33. Marlatt, G. A. In Wanigaratne, S. et al. (1998). *Prevence relapsu pro závislá chování*. UK v Praze. Sdružení SCAN.
34. Martinková, L. (2009) *Bezdomovectví a závislost na alkoholu*. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Vedoucí práce Mgr. Petr Vrzáček.

35. McMurrán, M., & Cusens, B. (2003). Controlling alcohol-related violence: A treatment programme. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13, 59–76
36. McMurrán, M. (2006). Controlled drinking goals for offenders. *Addiction Research & Theory*, 14(1), 59-65. doi:10.1080/1606635050048928
37. Miller, G. (2011). Adiktologické poradenství. Přeloženo z originálu Learning the language of addiction ocunselling. Second edition by Geraldine A. Miller. Praha: Galén.
38. Mírné pití. Dostupné z <http://www.alkoholpodkontrolou.cz/index.php/kdy-je-pit%C3%AD-probl%C3%A9m/m%C3%ADrn%C3%A9-u%C5%BE%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD>.
39. Morávek, J. (2007). „Kontrolované užívání drog: co nám přináší výzkum uživatelů, kteří s drogami umějí zacházet“. *Adiktologie* 7 (4): 445-455.
40. Mravčík et al. (2014) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013. Praha: Úřad vlády České republiky.
41. National institute of alcohol abuse and alcoholism (2013). Alcohol use disorder: A comparison between DSM-IV and DSM-5. NIH Publication. 13-7999. Dostupé z <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/dsmfactsheet/dsmfact.htm>
42. Nepustil, P. (2015) Drogy neberu, jenom občas heroin. Dostupné z <http://www.magazin-legalizace.cz/cs/articles/detail/1550-drogy-neberu-jenom-obcas-heroin>
43. Nesládek, M (2013). Kontrolované užívání nelegálních drog: Controlled illicid drug use. Bakalářská diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce Mgr.Miroslav Charvát, PhD.
44. Nešpor, K. & Csémy, L. (2008). Závislost na alkoholu a řízení motorového vozidla. *Adiktologie*, (8)3, 236-241.
45. Nešpor K. (2011). Návykové chování a závislost, 4. aktualizované vydání. Praha: Portál.
46. Nešpor K. (2012) Léčba závislosti na alkoholu podle NIAAA. Dostupné z www.drnespor.eu/ATpNiaaa2.doc
47. Nešpor, K. et al. (2001) Sublinguální užití acamprosátu jako krizové intervence ke zvládnutí bažení. *Česká a slovenská psychiatrie*. 8: 411 – 413.
48. Nešpor, K.&Csémy, L. (1999). Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami. Důsledky pro prevenci i léčbu. Praha: Sportpropag. Dostupné z: www.drnespor.eu/at11w.doc
49. Nešpor, K. & Csémy, L. (2008). Závislost na alkoholu a řízení motorového vozidla. *Adiktologie*, (8)3, 236-241.
50. Oliva, E. M., Harris, A. S. (2014). If pharmacotherapies for alcohol use disorders are effective, why are they underutilised?. *Evidence Based Medicine*, 19(6), 230-231. doi:10.1136/ebmed-2014-110050.
51. Pachman et al. (1978). Goal choice of alcoholics: A comparison of those who choose total abstinence vs. those who choose responsible controlled drinking. *Journal of Clinical Psychology*, 34 (3).

52. Pavlovský, P. (2012). Patická opilost. *Psychiatrie pro praxi*, 13(2): 58-60. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/02/04.pdf>
53. Popov, P. (2003), Alkohol. In: Kalina, K. a kol. (2003), *Drogy y drogové závislosti*, Praha: Úřad vlády České republiky.
54. Popov, P. (2012). Farmakologická léčba závislosti – nový koncept terapie alkoholismu. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/farmakologicka-lecba-zavislosti-novy-koncept-terapie-alkoholismu-467035>
55. Popov, P. (2012). Jak vlastně léčíme závislost? (současné možnosti léčby závislosti na alkoholu). Příspěvek na AT konferenci v Seči dne 16. 5. 2012m, dostupné z http://www.at-konference.cz/data/2014/12/01/12/symposium_lundbeck_-_jak_vlastne_lecime_zavislost_na_alkoholu.ppt?id=686
56. Popov, P. (2013). Nalmefen – nová možnost v léčbě závislosti na alkoholu. *Farmakoterapie*, (6), 587-589.
57. Popov, P. (2001) *Návykové poruchy*. In: Raboch, J., Zvolský P., et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén.
58. Popov, P. (2013). Problematika alkoholu v ČR z pohledu adiktologie (a krátce o historii přístupu k alkoholismu). *Revue České lékařské akademie*, (9), 6-7.
59. Raboch, J. et al. (2014) *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče IV*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně.
60. Radimecký, J. (2005). Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání alkoholu? *Adiktologie*, 5 (Supplementum), 275-280.
61. Randák, D. (2013) *Léčba závislosti na alkoholu*. Dostupné z <http://www.edekontaminace.cz/clanek/2/323/lecba-zavislosti-na-alkoholu.html?warning=kill>
62. Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*, 113(1), 129-139. doi:10.1037/0033-2909.113.1.129
63. Rosenberg, H. & Davis, L. A. (1994) Acceptance of moderate drinking by alcohol treatment services in the United States. *Journal of studies on Alcohol*, 55, 167 – 172.
64. Rosenberg, H. & Melville, J. (2005) Controlled drinking and controlled drug use as outcome goals in British treatment services. *Addiction Research and Theory*, 13 (1): 85 – 92.
65. Saladin, M. E. (2004). Controlled Drinking: More Than Just a Controversy. *Current Opinion in Psychiatry* 17(3):175-187
66. Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2013). *Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015*. Úřad vlády České republiky, Praha. Dostupné z http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/strategie_a_plany/akcni_plan_realizace_nspp_2013_2015
67. Schippers, G. M. & Nelissen, H. (2006) Working with controlled use as a goal in regular substance use outpatient treatment in Amsterdam. *Addiction Research and Theory*, 14 (1): 51 – 58.
68. Skála, J. (1987) *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum.

69. Sobell, M. C. & Sobell L. C. (2011) It is time for low-risk drinking goals to come out of the closet. *Society for the Study of Addiciton*. Vol. 106, (10) 1715 – 1717.
70. Sobell, L. C. & Sobell M. B. (1976) Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: results . 14(3):195-215.
71. Šulcová, A., & Popov, P. (2013). Nalmefen v léčbě alkoholové závislosti. *Psychiatrie*, 17(3), 151-155.
72. Šupková, D. (2008). Závislost jako jeden z aspektů života bezdomovců. *Adiktologie* (8)1, 44-51.
73. Švestka, J. (2005). Naltrexon v léčbě závislosti na alkoholu. *Psychiatrie, časopis pro moderní psychiatrii*, Praha: Tigris, (8) 2.109 - 116. Abstrakt dostupný z: <http://www.muni.cz/research/publications/564995/>
74. Takimura, T. et al. (2014) Acceptance of cotrolled dinking as a treatment goal of alcohol dependence: Current conditions in Japan. *The Canadian journal of addiction*, (5)2, 25p.
75. ÚZIS. (2012). Psychiatrická péče. Dostupné z <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiatricka-pece>
76. Vacek, J., Vondráčková, P. (2012). Přístup harm reduction k užívání alkoholu. *Adiktologie*, (12)2, 138-151.
77. Vavrinčíková, L. (2012). Harm reduction a alkohol – učební texty. Praha: TOGGA.
78. Vondráčková, P., Šťastná, L. (2012). Epidemiologie užívání alkoholu ve světě a v ČR: spotřeba, abúzus, závislost, morbidita a mortalita. *Adiktologie*, (12)2, 114-127.
79. Wanigaratne, S. et al. (1998). Prevence relapsu pro závislá chování. UK v Praze. Sdružení SCAN.
80. World Health Organization (2011). Global status report on alcohol and health.

<http://www.alkoholpodkontrolou.cz/index.php/kdy-je-pit%C3%AD-probl%C3%A9m/m%C3%ADrn%C3%A9-u%C5%BE%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD>