

Masarykova Univerzita

Filozofická fakulta

Psychologický ústav



Markéta Štikarová

**Zkušenost alkoholově závislých s terapeutickými deníky:
analýza rozhovorů s alkoholiky v aktuální léčbě**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Marie Havigerová, Ph.D.

2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v Ústřední knihovně FF MU a používána ke studijním účelům.

V Brně, dne 31. 5. 2020

.....
Markéta Štikarová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat doc. PhDr. Janě Marii Havigerové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a vstřícnost při konzultacích této bakalářské práce. Mé díky patří i Kristině Privarčákové za poskytnutí dat k analýze, a poděkování patří též jejím respondentům, kteří souhlasili s provedením rozhovorů.

ABSTRAKT

Cílem práce je prozkoumat, jak pacienti v rezidenční protialkoholní léčbě vnímají povinnost vést si terapeutický deník. Skromný počet dosavadních provedených studií poukazuje na velký potenciál terapeutického deníku – podpora sebereflexe má pozitivní vliv na pokrok v léčbě. V interpretativní fenomenologické analýze dvou polostrukturovaných rozhovorů bylo zjištěno, že respondenti mají k deníku vesměs kladný přístup. Oceňují především možnost uspořádat si myšlenky, udržovat se v aktivitě či vnímat změny ve vývoji svých životních situací při pročitání starších zápisů. Velmi důležitá je pro ně zpětná vazba od terapeutů, která však dle jednoho z respondentů někdy není dostačující, což vnímá jako velké negativum.

Klíčová slova: závislost na alkoholu, léčba závislosti, terapeutický deník, interpretativní fenomenologická analýza

Obsah

Úvod	6
1. Alkohol.....	8
1.1. Klasifikace látky, účinky alkoholu na lidský organismus	8
1.2. Zdravotní rizika nadměrné konzumace alkoholu	9
2. Závislost	10
2.1. Definice a diagnostická kritéria podle MKN	10
2.2. Definice a diagnostická kritéria podle DSM-V	11
2.3. Porovnání definic MKN a DSM	13
2.4. Vysvětlení klíčových pojmů vztahujících se k závislosti	13
2.5. Rizikové faktory	14
2.6. Stádia vývoje závislosti	16
3. Terapie	18
3.1. Fáze léčby	18
3.2. Specifická vs. nspecifická léčba	20
3.3. Diferencovaná péče.....	21
3.4. Harm reduction vs. abstinence	21
3.5. Ambulantní a pobytová léčba.....	22
3.6. Typy terapie závislosti na alkoholu.....	24
4. Deník jako nástroj při léčbě závislosti na alkoholu	30
4.1. Psaní v psychoterapii	30
4.2. Fenomén deníku	31
5. Empirická část	33
5.1. Výzkumná metoda.....	33
5.2. Výzkumná otázka	34
5.3. Metoda získávání dat.....	34
5.4. Vzorek	34
5.5. Postup analýzy dat.....	35
6. Výsledky.....	37
6.1. Pacient 1.....	37
6.2. Pacientka 2	39
6.3. Porovnání případů.....	41
7. Diskuse.....	43
8. Zdroje.....	46

Úvod

Závislost na alkoholu je vážným psychickým onemocněním recidivujícího charakteru. Data jednoznačně vykreslují alkohol jako nebezpečnou substanci, která je přesto ve společnosti stále velmi tolerována a často vnímána pozitivně či ve společenském kontextu jako nedílná součást kultury (World Health Organization, n.d.).

Alkohol je psychoaktivní látka s vysokým potenciálem vytvořit u svých uživatelů závislost (World Health Organization, n.d.). Tato chemická sloučenina je pro lidský organismus toxická a její nadužívání má za následek vážné zdravotní problémy; chronické zneužívání alkoholu si vybírá daň například na srdci (vysoký krevní tlak, nepravidelný tep, vyšší riziko infarktu), játrech (steatóza či cirhóza jater, alkoholická žloutenka), slinivce břišní (pankreatitida), a dále též významně zvyšuje riziko nádorových onemocnění (Galbicsek, 2019), (Bagnardi, 2015). Mozek pod vlivem chronického pití může atrofovat, alkohol způsobuje potíže s učením a pamětí (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2004).

Ve statistikách Světové zdravotnické organizace vychází alkohol jako největší rizikový faktor předčasné mortality (10% úmrtí ve věkové skupině 15-49), celkově pak škodlivé užívání této látky zodpovídá za 9,3% globální zátěže nemocemi (7,1 % u mužů a zbylá 2,2 % u žen). (World Health Organization, n.d.). V roce 2016 hrála konzumace alkoholu roli u přibližně 3 milionů úmrtí, z nichž nejvíce bylo v evropských zemích způsobeno nádory, kardiovaskulárními nemocemi a onemocněními trávicího ústrojí (World Health Organization, 2018). Mortalita související s užíváním alkoholu (5,3 % z celkové populace) je vyšší než u nemocí jako např. tuberkulóza, AIDS nebo cukrovka (World Health Organization, 2018).

K nejvíce úmrtím souvisejících s konzumací alkoholu dochází Evropě, která v celosvětovém průměru konzumace alkoholu dál zůstává na první místě (World Health Organization, 2018). Vrchní příčky tohoto nechvalného žebříčku již tradičně zahrnují Českou republiku – podle nejnovější dostupné statistiky Světové zdravotnické organizace obsadilo Česko třetí místo na světě ve spotřebě alkoholu na obyvatele (Csémy, 2020). Na rozdíl od většiny ostatních států, ve kterých trend konzumace alkoholu klesá, úsečka České republiky v grafu spotřeby v průběhu let svůj sklon téměř nemění (OECD, 2020). Podle průzkumu Státního zdravotního ústavu (Csémy, Dvořáková, Fialová, Kodl & Skývová, 2019) v Česku v roce 2018 vysoce rizikově pilo 11,9 % obyvatel (časté pití = prediktor problémů s alkoholem) a dalších 6,7% obyvatel tvořili „problémoví konzumenti“ (do této skupiny patří i osoby závislé na alkoholu) -

dohromady je to přes milion lidí s vysokým sklonem k nebo již aktuálním problémovým pitím.

Z dat vyplývá nepopiratelná vážnost a rozsáhlost problému. Bez intervencí či velkých změn systému můžeme očekávat pokračující nárůst případů nebezpečného užívání alkoholu a závislosti na něm, téma je tedy aktuální a důležité. Cílem této práce je zmapování současného stavu poznatků o léčbě alkoholové závislosti, od tradičních rozšířených způsobů terapie až po nedostatečně prozkoumanou metodu terapeutického deníku.

1. Alkohol

Tato práce se zabývá problematikou alkoholově závislých v rezidenční léčbě. Dříve než se přesuneme k definování závislosti, jejích důsledků a léčby, je důležité objasnit, jakým způsobem alkohol působí na lidský organismus.

1.1. Klasifikace látky, účinky alkoholu na lidský organismus

V běžném projevu můžeme jako „alkohol“ označit jakýkoliv nápoj obsahující chemickou sloučeninu označovanou jako etylalkohol (etanol), řadící se do početné chemické skupiny alkoholů (Milam & Ketcham, 1981), z nichž je spousta nevhodná ke konzumaci, či přímo jedovatá (Sournia, 1999, p. 13). Alkohol je označován za sedativum/hypnotikum, jehož účinky se podobají barbiturátům (WHO, 1994).

Alkohol se po vypití rychle rozmístí po těle do vysoce prokrvených oblastí, především mozku. Při pití nalačno je 10-20 % požitého alkoholu vstřebáno břišní stěnou, hlavní absorpce však probíhá v tenkém střevě; nejvyšší úroveň alkoholu v krvi nastává 30-60 minut po požití, v kombinaci s jídlem však může dosažení nejvyšší úrovně alkoholu nastat až za 6 hodin.

„Mechanismu toho, jak alkohol dokáže způsobit intoxikovaný stav, zůstává málo pochopený.“ (Doweiko, 2012, p. 37). Dříve se mluvilo o membránové fluidizaci či membránové hypotéze (alkohol se váže na molekulární strukturu lipidů v neurálních stěnách), v dnešní době je ale spíše přijímaná teorie, že alkohol se neváže na žádné konkrétní oblasti receptorů, nýbrž mění funkce různých neurotransmiterů (např. GABAa, glutamát, nikotinový acetylcholinový receptor, endokanabinoidy...) a zasahuje do procesu předávání zpráv uvnitř neuronů (Doweiko, 2012).

Nízké množství alkoholu v krvi způsobuje vedlejší účinky, které po několika hodinách ustoupí. Čím vyšší koncentrace alkoholu v krvi, tím komplexnější a vážnější tyto účinky budou (Galbicsek, 2019). Galbicsek (2019) uvádí přehled účinků alkoholu na lidské tělo podle koncentrace alkoholu v krvi: mezi 0.033 a 0.12 % dochází ke zlepšení nálady, zčervenání ve tváři, zvýšení sebevědomí a zhoršení jemné motoriky, úsudku a rozsahu pozornosti. Se vzrůstající koncentrací alkoholu v krvi (0.09 – 0.25 %) přichází větší uvolněnost, nastávají potíže s rovnováhou, hybností, vidění je rozmazané a schopnost porozumění a paměti zhoršená. Při 0.25 – 0.40 % alkoholu v krevním oběhu se zpomaluje tepová frekvence a respirační procesy, objevuje se zvracení nebo inkontinence, typickým jevem je amnézie (neschopnost vybavit si události proběhlé za intoxikace) a dochází k výpadkům vědomí (v

extrémním případě může jedinec upadnout do plného bezvědomí). Obecně mezi 0.35 – 0.80 % alkoholu v krvi dochází k nebezpečnému snížení tepové frekvence a vážnému potlačení respiračních procesů, a tehdy může nastat kóma a v krajním případě smrt.

1.2. Zdravotní rizika nadměrné konzumace alkoholu

„Alkohol je schopný působit jak neobyčejné potěšení, tak neobyčejnou bolest“, píše Milam & Ketcham (1981, pp. 20-21). Většina lidí se po skleničce nebo pár locích bude cítit uvolněněji, sebevědoměji, budou více společenští, lépe se bavit a mít více nápadů (Milam & Ketcham, 1981), což je jedním z důvodů, proč je užívání alkoholu tak oblíbené a rozšířené. Když se však kontrolované užívání „přehoupne“ v rizikové, negativa neúměrně převažují. *„Alkoholici pijí, protože pití jim dělá dobře. Teprve když přestanou, začínají naplno cítit alkoholem způsobené narušení těla“* (Milam & Ketcham, 1981, p. 20).

Alkohol ovlivňuje všechny systémy těla (Gold, 2010, p. 193), a velkým problémem je, že *„škodlivé účinky často zůstanou neobjeveny až do pozdějších stádií života, kdy už je velmi těžké zvrátit některé zdravotní komplikace“* (Galbicsek, 2019). Alkoholici jsou v porovnání s běžnou populací více ohrožené rakovinou prsu, muži i ženy závislí na alkoholu mají větší riziko různých typů rakoviny – např. rakovina jícnu, ústní dutiny, krku, jater a tlustého střeva; Gold (2010) zmiňuje zvýšené riziko onemocnění jater u obou pohlaví – nejčastěji zmiňovaná je jaterní cirhóza, která se nedá léčit jinak než transplantací jater; tato nemoc má z dosud neznámého důvodu u žen rychlejší průběh. Dále mají alkoholici větší sklon ke gastrointestinálním onemocněním, pankreatitidě, různým avitaminózám a další.

Zneužívání alkoholu je každoročně zodpovědné za velké množství ztracených životů; v roce 2016 jím bylo způsobeno něco přes 3 miliony (5,3 % z celkového počtu) úmrtí - 1.2 milionu lidí zemřelo na následky trávicích a kardiovaskulárních onemocnění, 400 000 na rakovinu a necelý milion na následky zranění (způsobené při nehodách, sebepoškozování, napadení) (World Health Organization, 2018). Počet úmrtí souvisejících s konzumací alkoholu převyšuje součet úmrtí na tuberkulózu, HIV/AIDS a cukrovku (World Health Organization, 2018).

Vzhledem k tomu, že pacienti do léčby často přicházejí až ve velmi pokročilých stádiích závislosti na alkoholu, můžeme očekávat výskyt výše popsaných zdravotních problémů a jejich reflektování v terapeutických denících.

2. Závislost

Hrdina (2003) definuje následující modely pohlížení na závislost: **morální pohled** vidí uživatele drog jako nějakým způsobem morálně zkažené, postrádající vůli a sílu – jedná se o zkratkovité a na pravdě nezaložené uvažování, které už se ve světle vědeckých poznatků považuje za překonané, ale ke kterému může tu a tam mít sklon neinformovaná veřejnost. **Model nemoci**, nebo **tradiční medicínský model**, závislost vnímá jako chronickou nemoc, jejíž charakteristikou je ztrátou kontroly; sociální a zdravotní důsledky jsou projevy nemoci, kterou lze udržovat od znovuvypuknutí pouze pomocí celoživotní abstinence. **Adaptivní model** zdůrazňuje dopad vývojových problémů, traumat a adaptivních selhání v průběhu dospívání, které jedince vedou k užívání drog; závislost je pak možné vyléčit, pokud správně odhalíme a vyřešíme příčinu problému. Všechny tři uvedené způsoby pohlížení na závislost jsou však samy o sobě příliš zjednodušující a zastaralé, a proto Hrdina (2003) zmiňuje i model založený na nejmodernějších poznatcích, který se označuje jako **bio-psycho-sociální**. Tento humanistický model bere v kontextu závislosti v potaz všechny dosud potvrzené faktory spolupodílející se na jejím rozvoji – tedy vlivy biologické (např. genetika), psychologické (osobnostní vlastnosti, psychopatie) a environmentální (životní zkušenosti, mezilidské vztahy, kultura). Tři oblasti bio-psycho-sociálního modelu můžeme vidět i v léčbě, ačkoliv v posunutém významu. Pacientova cesta k vyléčení začíná detoxem, stabilizací funkcí lidského těla, ošetřením případných zdravotních problémů (*bio-*). V psychiatrické nemocnici jsou pak v rámci terapie řešeny psychické aspekty závislosti a případné další psychické potíže (*psycho-*), s čímž vším je úzce propojený aspekt pacientových mezilidských vztahů, problémů v rodině – zkrátka celkově prostředí, ve kterém se pohybuje (*-sociální*).

2.1. Definice a diagnostická kritéria podle MKN

Závislost na alkoholu je v Mezinárodní klasifikaci nemocí zařazena pod kategorii označenou jako Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (F10). Samotná závislost je potom definovaná pod názvem Syndrom závislosti, kód F1_.2, přičemž na vynechané místo se doplní číslo přidělené příslušné skupině látek (například 1 znamená opioidy, 6 = halucinogeny) nebo samostatné látky (7 pro tabák, 0 pro alkohol). Definice závislosti na alkoholu podle Světové zdravotnické organizace (2016) je následovná:

Syndrom závislosti (F10.2)

„Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance, a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritní v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.“

Jednou z hlavních charakteristik závislosti podle Nešpora (2007) je touha po psychoaktivní látce; příznaky syndromu závislosti jsou, kromě již zmíněného pocitu bažení (craving) a přehlížení dříve důležitých zájmů, potíže v sebeovládání, odvykací stav při vysazení látky, tolerance vůči látce a užívání látky navzdory jejím zřejmě škodlivým následkům. Z těchto šesti znaků podle MKN-10 (World Health Organization, 2016) uvedených v Nešporovi (2007) se pro diagnózu Syndromu závislosti musí v průběhu jednoho roku objevit alespoň tři.

2.2. Definice a diagnostická kritéria podle DSM-V

V páté edici Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (American Psychological Association, 2015) najdeme popis alkoholové závislosti v kapitole *Poruchy spojené s užíváním látek a poruchy se závislostí*. Tyto se dělí na *Poruchy užívání látek*, do kterých patří závislosti na různých substancích, a *Poruchy vyvolané užíváním látek*, kde najdeme například psychotické poruchy vyvolané látkou (American Psychological Association, 2015) – obdoba diagnóz F11-F19 v MKN-10 (World Health Organization, 2016).

Za základní znak poruch užívání látek je v DSM-V, podobně jako v MKN-10, označen *„soubor kognitivních, behaviorálních a fyziologických fenoménů, které svědčí o tom, že uživatel pokračuje v užívání látek i přes významné škodlivé následky“* (American Psychological Association, 2015, p. 507). Popsány jsou příznaky tělesné a behaviorální (např. odvykací stav, tolerance, bažení) i látkou způsobené změny v neuronálních okruzích, jež mohou vést k častějším relapsům v případě vystavení podnětu, který nějak souvisí se zneužívanou substancí (American Psychological Association, 2015).

DSM-V rozlišuje jedenáct kritérií, z nichž se pro diagnózu poruchy spojené s užíváním alkoholu musí v průběhu jednoho roku projevit alespoň dvě; seznam kritérií níže převzat z

Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (American Psychological Association, 2015, p. 515-516):

1. „Alkohol je často konzumován ve větších dávkách nebo po delší dobu, než bylo plánováno.
2. Přítomnost přetrvávající touhy nebo neúspěšných pokusů omezit nebo kontrolovat užívání alkoholu.
3. Je vynaloženo podstatné množství času snahou o získání alkoholu, užíváním alkoholu nebo zotavováním se z účinků alkoholu.
4. Bažení nebo silná touha či nutkání užít alkohol.
5. Opakované užívání alkoholu, které má za následek selhávání v plnění důležitých povinnostech v práci, škole nebo doma.
6. Pokračování v užívání alkoholu, i přestože způsobuje přetrvávající a opakující se sociální a mezilidské problémy, které jsou vyvolány nebo zhoršovány účinky alkoholu.
7. Užívání alkoholu má za následek, že se jedinec vzdá nebo omezí důležité sociální, profesní a rekreační aktivity.
8. Opakované užívání alkoholu v situacích, ve kterých to může být fyzicky nebezpečné.
9. Pokračování v užívání alkoholu, i přestože si je jedinec vědom, že přetrvávající a opakující se problémy jsou vyvolány nebo zhoršovány užíváním alkoholu.
10. Tolerance je definována jednou z následujících položek:
 - a. Potřeba výrazně vyššího množství alkoholu, aby bylo docíleno intoxikace nebo požadovaných účinků.
 - b. Výrazně snížené účinky po užívání stejného množství alkoholu.
11. Odvykací stav, který se projevuje jedním z následujících případů:
 - a. Charakteristický alkoholový odvykací syndrom (zmíněný v sadě kritérií A a B pro alkoholový odvykací syndrom, p. 524)
 - b. Alkohol (nebo blízké příbuzná látka, jako například benzodiazepiny) je užíván ke zmírnění nebo vyhnutí se odvykacím příznakům.“

Aktuální závažnost stavu se pak dělí na mírnou (vyskytují se 2-3 příznaky), středně těžkou (4-5 příznaků) a těžkou (6 a více příznaků z celkových 11) (American Psychological Association, 2015).

2.3. Porovnání definic MKN a DSM

Obě definice vycházejí z kognitivně-behaviorálních (např. touha po droze, zhoršené sebeovládání) i fyziologických (tolerance, odvykací stav) dopadů závislosti. V Evropě používaná kritéria MKN-10 (World Health Organization, 2016) se od amerických (American Psychological Association, 2015) neliší obsahově, ale pouze rozsahem, dá se identifikovat pět hlavních oblastí příznaků: craving, odvykací stav, tolerance, zanedbávání běžných aktivit a pokračování v užívání látky navzdory jejím špatným účinkům. Na rozdíl od MKN však DSM rozlišuje tři kategorie závažnosti stavu podle počtu vyskytujících se příznaků. Definování stupňů diagnózy podle vyskytujících se příznaků by dle mého nebylo od věci formálně zavést i v MKN, protože brát v potaz individuálnost každého případu a přiřazovat pacienty k léčebným intervencím nejlépe vhodným pro kategorii jejich potíží je velmi důležité.

2.4. Vysvětlení klíčových pojmů vztahujících se k závislosti

- **Craving**

V češtině překládáno jako *bažení*, je to projevující se touha po užití psychoaktivní látky, na které je její uživatel závislý. Může se objevit kdykoliv a kdekoliv, ale místa, kde pacient dříve získával a požíval látku, budou toto nutkání spouštět pravděpodobněji (American Psychological Association, 2015).

Věda vysvětluje bažení různě – původní modely předpokládaly základ v teorii klasického podmiňování – tedy že stimuly nějak související s drogou (v případě alkoholu tedy například sklenička na víno, lahev, hospoda), se stanou základem pro podmíněnou reakci. Spustí tak mechanismus psychologicky a fyziologicky identický s tím, který jedinec zažívá při požití alkoholu. Pokud nemá příležitost okamžitě konzumovat alkohol, dostaví se bažení (Iwanicka & Olajossy, 2015). Tento model označují jako emočně-motivační. Jako druhou možnost pohlížení na koncept bažení uvádí Iwanicka & Olajossy (2015, p. 299) kognitivně-behaviorální modely, jejichž součástí je „očekávání pozitivního účinku alkoholu nebo individuální přesvědčení o schopnosti zvládnutí bažením“. V riskantních situacích je úspěch v překonání bažení podmíněn jedincovou důvěrou ve vlastní odhodlání odolat pokušení, čemuž se léčba snaží pacienty naučit.

- **Tolerance**

Pravidelné nadměrné užívání alkoholu může vést k takzvanému „zvýšení tolerance“, což znamená, že aby se závislému dostalo účinků, na které je od látky zvyklý, musí neustále zvyšovat dávku. Na EEG vyšetřeních byl prokázán dvojfázový účinek alkoholu – příjemné pocity vyvolané konzumací alkoholu jsou blízce následovány účinky nepříjemnými. Tyto se pozvolně hromadí, a bez neustálého doplňování alkoholu mohou přejít v abstinenční příznaky (Lindenmeyer, 2009). Závislý jedinec tedy pro dosažení kýženého příjemného stavu přes všechny nahromaděné účinky nepříjemné potřebuje větší a větší množství alkoholu (Lindenmeyer, 2009, p. 37).

- **Abstinenční syndrom**

S abstinenčním syndromem se často setkáváme v nemocničním prostředí. Je to akutní stav, který nastává v okamžiku, kdy jedinec přestane pít alkohol po dlouhé době užívání (minimálně déle než dva týdny) (Ostrovsky, 2018). Příznaky abstinenčního syndromu obvykle začínají pár hodin po poslední požití dávce alkoholu. Nejběžnější projevy abstinenčního syndromu jsou neklid, insomnie, noční můry, nadměrné pocení, tachykardie, horečka, nevolnost, zvracení, zvýšená podrážděnost, třes („tremulousness“) (Sachdeva, Choudhary, & Chandra, 2015). Při vážném průběhu abstinenčního syndromu se mohou vyskytovat halucinace, záchvaty, nebo delirium tremens (Sachdeva, Choudhary, & Chandra, 2015). Tento syndrom je nutno léčit, protože ponechaný „jen tak“ může být pro pacienta i fatální. K léčbě příznaků se nejčastěji používají (v tomto případě bezpečné a efektivní) benzodiazepiny, jako např. diazepam, chlordiazepoxide, nebo lorazepam (Sachdeva, Choudhary, & Chandra, 2015). Delirium tremens bylo poprvé popsáno Pearsonem jako „akutní mozková horečka opilců“, dnes používaný název použil ve stejném roce nezávisle na Pearsonovi T. Sutton (Erwin, Williams, & Speir, 1998). Tento stav běžně nastupuje mezi třetím a pátým dnem abstinence, či omezení příjmu alkoholu. Jeho příznaky mohou být zmatenost, halucinace, zvýšená reaktivita autonomního nervového systému, hypertenze a tachykardie (Erwin, Williams, & Speir, 1998).

2.5. Rizikové faktory

„Základní pravidla behaviorální psychologie říkají, že pokud nějaké chování (a) přináší zvýšený pocit potěšení nebo (b) snižuje neklid, člověk bude mít tendenci toto chování provádět opakovaně“ (Doweiko, 2012, p. 11). Na rozvoji závislosti se však podílí mnoho dalších faktorů,

některé méně ovlivnitelné než jiné, které tato behaviorální definice nepokrývá. Podle současného poznání je závislost geneticky podmíněná z 40 až 60 % (Volkow & Li, 2005). Je známo, že konzumace alkoholu během těhotenství s sebou přináší rizika zdravotních komplikací pro dítě (např. fetální alkoholový syndrom, NHS, 2020); zajímavé ale je, že děti, jejichž matky v těhotenství užívají alkohol, mají v pozdějším věku větší riziko rozvoje závislosti (Wang et al., 2019). Ke genetickým a biologickým vlivům se přidávají faktory environmentální a společenské. V dětství a dospívání existuje řada věcí, jež přispívají k případnému rozvoji závislosti. Děti rodičů užívajících návykové látky mají oproti potomkům „zdravých“ rodičů dvakrát vyšší šanci, že sami začnou brát drogy nebo pít alkohol (Chassin, Pitts, & DeLucia, 1999). Ve studii autorů Zimić & Jukić (2012) uváděla signifikantní část participantů ze skupiny závislých na alkoholu a/nebo jiných drogách to, že byli v dětství častěji než kontrolní skupina odloučení od rodičů. Necelá polovina (46 %) závislých oproti čtvrtině drogy nezneužívajících participantů při dospívání zažilo traumatické či stresové situace (týrání, domácí násilí, zneužívání, válečné události), členové jejich rodin častěji páchali trestné činy. Jedním z identifikovaných faktorů byly také špatně fungující vztahy s rodiči (především otcem) v období dětství a adolescence: negativita, agrese, nezáměr či úplná absence rodiče byly identifikovány jako rizikové faktory, stejně jako vadná komunikace mezi rodiči (nerovné rozdělení autority, rozhodnutí vždy ve prospěch jednoho z rodičů), jejich rozvod nebo úmrtí. Roli také hraje nedostatečná podpora ze strany rodičů a menší dohled na aktivity dětí. Podle dostupných statistických údajů (Marion & Oliver, 2014) je pravděpodobnost rozvoje závislosti daleko vyšší u dětí a teenagerů, než u dospělých. Mladí lidé jsou vulnerabilnější k účinkům návykových látek – dokud se mozek vyvíjí, hrozí větší riziko rozvoje závislosti; na druhou stranu, pokud je problém zachycen včas, probíhající vývoj mozku pomáhá rychlejšímu uzdravení.

Dalším z podstatných rizikových faktorů je psychiatrická komorbidita – mezi lety 1990-1992 51,4 % respondentů s chronickou poruchou užívání látek připustilo současnou diagnózu jiného duševního onemocnění, a 50,9 % respondentů s historií psychiatrického onemocnění mělo k diagnóze přidáno zneužívání návykových látek (Kessler et al., 1996, citováno v Morisano, Babor, & Robaina, 2014). Novější data (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2013), citováno v Morisano, Babor, & Robaina, 2014) odhadují, že 40,7 % dospělých diagnostikovaných s poruchou zneužívání návykových látek v minulém roce současně mělo v anamnéze komorbidní psychickou nemoc. Nejčastějšími problémy přidruženými k závislostem bývají úzkostné poruchy, deprese nebo posttraumatická stresová porucha – tyto těžkosti mohou jedince vést k potřebě ulevit svým

příznakům pomocí psychoaktivních látek; psychicky nemocní lidé rekreačně užívající návykové látky tak mají větší riziko rozvoje závislosti než lidé bez psychiatrických obtíží (Marion & Oliver, 2014). Nešpor & Csémy (2007) na základě medicínské praxe identifikují čtyři rizikové skupiny, které jsou více ohrožené návykovými látkami. Kromě již zmíněných duševně nemocných uvádí ještě skupinu pacientů s chronickým bolestivým onemocněním (může vést k závislosti na analgetících), okruh lidí s nediodnostikovaným škodlivým užíváním nebo závislostí na lécích nebo alkoholu, a dále určité profese – zdravotníci, pracovníci zahraničního obchodu, dělníci, čišníci (kvůli dostupnosti návykových látek, stresu z povolání, prostředí, ve kterém se pohybují...).

Studie prokázaly, že „vypisování se“ z traumatických zážitků má příznivý vliv na psychické i fyzické zdraví. Pacienti s poruchami užíváním látek mají oproti běžné populaci častěji za sebou traumata, a tedy by doporučování a podporování psaní o nich v rámci terapie mohlo být přínosem.

2.6. Stádia vývoje závislosti

Doweiko (2012) identifikuje čtyři stádia závislosti. Toto kontinuum je samozřejmě jen uměle vytvořený konstrukt, nelze tudíž říct, že dokážeme ukázat, kdy a proč se jedinec „posune“ z jednoho stádia do dalšího.

- Úroveň 0:** Totální abstinence (člověk nekonzumuje rekreačně žádné látky)
- Úroveň 1:** Vzácné či společenské („rare to social use“) užívání rekreačních látek (může zahrnovat i experimentování s ilegálními substancemi)
- Úroveň 2:** Silné společenské užívání / rané problémové užívání (jedinec konzumuje látku/látky v množství očividně nadprůměrném v porovnání se společenskou normou, mohou se vyskytnout společenské nebo zdravotní konsekvence či potíže se zákonem)
- Úroveň 3:** Pozdní problémové užívání / raná závislost (může už mít vypěstovanou fyzickou závislost, objeví se abstinční příznaky)
- Úroveň 4:** Střední až pozdní etapa závislosti (demonstruje všechny klasické znaky závislosti; dostavují se fyzické a psychické problémy, mohou nastat potíže se zákonem, problémy v práci a v osobním životě...)

Výzkumná část této práce se zaměřuje na klienty v pobytové léčbě, podle Doweika (2012) jde tedy o klienty řadící se do třetího až čtvrtého stádia závislosti. Reflexe některých z témat typických pro tyto dvě „úrovně“ (abstinenční příznaky, problémy s fyzickým i psychickým zdravím, vztahové potíže atp.) se pravděpodobně objeví v deníkových zápiscích v průběhu léčby.

3. Terapie

„Ve vzácných případech jsou klienti autonomně motivovaní k léčbě. Nicméně, kvůli farmakologickým odměnným účinkům látky, kterou zneužívají, většina závislých nebude mít o abstinenci či vyléčení zájem,“ (Doweiko, 2012, p. 387). Závislí se většinou dostávají do léčby důsledkem nějakého externího tlaku (problémy se zákonem, tlak ze strany rodiny), a ve velké části případů nezbyvá než doufat, že si pacient v průběhu léčby uvědomí, jak špatné má závislost na jeho život následky, a autonomní motivaci, která je pro úspěšnost léčby velmi důležitá, získá. Moderní přístupy se ale, namísto přímé konfrontace pacientů ve fázi zapírání problému, tlaku ze společnosti a vyžadování abstinence jako hlavní priority léčebného procesu, soustředí spíše na „motivační strategie“ - formování terapeutického vztahu, mírnění škod, a současné léčení případných přidružených psychiatrických diagnóz (Heather & Stockwell, 2004).

3.1. Fáze léčby

Proces léčby závislosti tradičně začíná **detoxifikačně-stabilizační fází**, která může mít u pacientů prožívajících abstinenci příznaky po dlouhodobém užívání drogy velmi dramatický průběh. Detoxifikace obecně zahrnuje zdravotnickou péči v kombinaci s farmakoterapií (hlavně u opiátové, barbiturátové nebo benzodiazepinové, ale i amfetaminové a kokainové závislosti) - cílem je, aby pacient dosáhl abstinence s co nejmenšími možnými tělesnými nebo psychickými obtížemi, a předcházet vážným komplikacím - u alkoholu například epileptickým záchvatům, deliriu tremens a jiným komplikacím, které mohou bez lékařské pomoci být život ohrožující (Berglund et al., 2003). Tento proces je spíše přípravnou fází v procesu léčení, je velmi nepravděpodobné že by samotný dokázal pacienta ze závislosti dostat (Alcohol.org, 2019).

Heather & Stockwell (2004) ve své příručce popisují čtyři fáze, kterými si závislí modelově procházejí v průběhu léčby. Každá z fází s sebou nese charakteristické postoje, chování a cíle léčeného pacienta, na které má terapie odpovídat odpovídajícími intervencemi. Fázemi léčby jsou podle autorů Heather & Stockwell (2004) **zapojení** (engagement stage), **přesvědčování** (persuasion stage), **aktivní léčba** (active treatment stage) a **prevence relapsu** (relapse prevention stage).

Cílem **první fáze** je navázání terapeutického vztahu mezi klientem a odborníkem a zapojení závislého do léčby, čehože lze dosáhnout pomocí nejrůznějších strategií mírnění škod,

můžeme například klientovi pomoci vyřešit nějakou krizi nebo nabídnout asistenci s uspokojením některých základních potřeb (autoři uvádějí jako příklady lékařskou asistenci nebo bydlení). V této fázi zatím zneužívání návykové látky není tématem rozhovoru.

Tato intervence nastává až ve **fázi přesvědčování**, kde se odborník snaží klienta, se kterým navázal „alianci“, konfrontovat s negativními účinky, jež má zneužívání látky na jeho zdraví a život celkově. Cílem je, aby si klient uvědomil, že závislost u něj představuje vážný a reálný problém, a získal autonomní motivaci pro léčbu. Užitečnou strategií jsou v této fázi například motivační rozhovory (o nich podrobněji v následujících částech kapitoly), v kterých se snažíme zvýšit klientovu motivaci ke změně, self-efficacy a sebevědomí. Někteří klienti více získají z intervencí typu behaviorální aktivace (Martínez-Vispo, Martínez, López-Durán et al., 2018) či posilování (reinforcement) (Meyers & Miller, 2001) nebo cílené věnování se aktivitám nesouvisejícím s užíváním látky – Heather & Stockwell (2004) například uvádí jako možnost pomoci závislému s nákupem v den, kdy obdrží invalidní důchod.

Klient vstupuje do fáze **aktivní léčby** motivován ke změně, snaží se užívat menší množství návykové látky, připravuje se dosáhnout abstinence. V této fázi se využívá například kognitivně-behaviorální terapie nebo nácviku vysoce rizikových situací, užitečné jsou svépomocné skupiny, trénink sociálních dovedností, nebo například volnočasové a profesní poradenství pomáhající klientovi vrátit se do normálního života – o možnostech léčby závislosti na alkoholu více v následujících částech kapitoly. Pouhé absolvování terapie však neslouží jako jednosměrná jízdenka do zotavení; uvádí se, že až 66 % pacientů do devadesáti dnů od ukončení léčby prodělá relaps (Dimeff & Marlatt, 1998; Hunt, Barnett, & Branch, 1971).

Poslední fází je **prevence relapsu**. V medicíně relaps označuje „návrat příznaků a symptomů nemoci po období remise“ (Shiel, n.d.). V kontextu užívání alkoholu tedy máme na mysli narušení procesu změny chování (v tomto případě udržování abstinence) (Marlatt & Donovan, 2005, p. 4). Adiktologie navíc rozlišuje předstupeň relapsu, tzv. laps – „uklouznutí“, kdy pacient krátce sklouzne zpět k užívání návykové látky, ale dokáže přestat dost brzy na to, aby se toto „pochybení“ nezvrhlo v plný relaps (The Recovery Village, 2020); klient má být v léčbě ujištěn, že není žádoucí laps vnímat jako vlastní selhání či absenci síly vůle (Witkiewitz & Marlatt, 2004). „Zabránit tomu, aby se z lapsu stal kompletní relaps, je jedním z hlavních cílů programu PR [prevence relapsu]. (...) Je rozhodující, aby byl klient naučen rekonstruovat vlastní negativní myšlenky týkající se lapsů, tedy nevnímat je jako „selhání“ či náznak postrádání síly vůle“ (Kuda, 2003, p. 118). Pacientovi pomáháme získat a udržet

kontrolu nad nutkáním užívání drogy, chceme zlepšit jeho fungování ve společnosti a celkové zdraví (Alcohol.org, 2019).

Prevence relapsu v praxi zahrnuje nejprve identifikaci spouštěčů a vysoce rizikových situací následované volbou způsobu léčby s důrazem na trénink kognitivně-behaviorálních schopností pacientů a upevňování adaptivních copingových strategií (Hendershot, Witkiewitz, George, & Marlatt, 2011; Marlatt & Donovan, 2005).

Kognitivně-behaviorální model prevence relapsu (Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999) ukazuje dvě možné odpovědi pacientů závislých na alkoholu na vysoce stresové situace: efektivní coping a vysoká míra self-efficacy povedou k nižší šanci relapsu, zatímco neefektivní copingová odpověď, snížená self-efficacy a pozitivní očekávání efektů alkoholu mohou vést k lapsu, v důsledku čehož se může objevit efekt porušení abstinence (*abstinence violation effect*, možná emoční odpověď pacienta v reakci na prvotní laps; pacient reaguje na pocíťovanou vinu z porušení abstinence, která může být tak silná, že jej dovede k pokračování v pití ve snaze uniknout tomuto pocitu selhání) a vnímání pozitivních účinků alkoholu, což podstatně zvýší pravděpodobnost plného relapsu. U pacientů, kteří prodělají relaps, se v porovnání se skupinou úspěšně abstinujících alkoholiků častěji setkáváme s rodinnou anamnézou užívání návykových látek, problémy v společenském životě, práci, rodině apod.; tito pacienti uvádějí více obtížných životních událostí a trpí ve větší míře negativními náladami (Chauhan, Nautiyal, Garg, & Chauhan, 2018).

3.2. Specifická vs. nespecifická léčba

V článku porovnávajícím efektivitu různých typů terapie identifikují Berglund et al. (2003) specifickou léčbu prokazatelně efektivnější než léčbu standartní či nespecifickou. Nespecifická léčba se většinou skládá z kombinace podpůrného poradenství a intervence sociálních pracovníků; není tak přesně definována a neukazuje se být zdaleka tak účinná (ve 22 případech porovnáních specifické vs nespecifické léčby „zvítězila“ specifická léčba 16x (Berglund et al., 2003). Specifickou léčbu provádí vyškolení terapeuti, metody léčby vycházejí z teorie. Jedná se například o kognitivně-behaviorální terapii (zahrnující posilování komunitních vazeb), 12-stupňovou léčbu, dialektickou behaviorální terapii, nebo tzv. cue-exposure therapy (Nešpor & Csémy, 2007).

3.3. Diferencovaná péče

Pojem diferencované péče v knize Léčba a prevence závislostí popisují autoři Nešpor & Csémy (2007, p. 18): „*K diferencované péči má blízko anglický pojem “matching”. Znamená přiřazení optimální léčebné intervence k určitému pacientovi (...) podle jeho specifických charakteristik a potřeb.*“ – to by znamenalo např. naučit relaxaci pacienta, který nezvládá stres a úzkost (Nešpor, n.d. a). Různá stádia závislosti vyžadují různé přístupy ve volbě způsobu terapie (jinak je třeba léčit pacienta s akutním abstinčním syndromem v porovnání s klidným, stabilizovaným jedincem motivovaným spolupracovat) – více v seznamu sedmi faktorů, které je třeba brát v potaz, podle Nešpora & Csémyho (2007, p. 17):

- *tělesný stav pacienta* (ne/přítomnost abstinčního syndromu, jiné poškození související s návykovými látkami)
- *duševní stav pacienta* – ať už poruchy související se škodlivým užíváním alkoholu (např. toxická psychóza, poškození mozku) nebo na poruše nezávislé na působení návykové látky (např. některá z poruch osobnosti, deprese, schizofrenie...)
- *druh návykové látky, délka škodlivého užívání*
- *rodina* – je dysfunkční, nebo zdrojem emoční podpory? společná domácnost, podpora v léčbě, adaptace na změnu situace po terapii
- *síť sociálních vztahů* – má pacient přátele pouze v okruhu uživatelů návykové látky, nebo i zdravé vazby?
- *širší sociální systémy* – možnosti trávení volného času, vliv drogové subkultury ve společnosti, reklama na alkohol, legislativa
- *možnost léčby* – kapacita zařízení, kvalifikace a zkušenost profesionálů, ochota pacienta ke spolupráci, přijatelnost léčebných intervencí pro pacienta.

Terapeutický deník jako součást léčby by mohl psychologům pomoci osvětlit oblasti, na které v rámci terapie na oddělení třeba nepříjde řada (klient může mít například problém mluvit o svém rodinném zázemí, ale do deníku své myšlenky rozepíše, nebo v jeho písemném projevu bude možné pozorovat varovné signály možné nediagnostikované psychické nemoci) a tím pomoci vybrat a upravovat vhodný postup léčby.

3.4. Harm reduction vs. abstinence

V léčbě zneužívání návykových látek a závislosti na nich existují dva pohledy: první, tradiční, tvrdí, že přístup „nulové tolerance“ drog je jediným opravdu správným způsobem, cílem je

vždy naprostá abstinence. Od osmdesátých let minulého století se však začal objevovat přístup „harm reduction“, neboli mírnění škod, který Hrdina (2003, p. 263) popisuje následovně: „*Místo toho, aby usiloval o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, které je podle historické zkušenosti neodstranitelné, snaží se s ním pracovat tak, aby negativní důsledky takového chování byly co nejmenší*“. Podle Vavrinčíkové (2012, p. 21) koncept vnímání závislosti jako naučeného chování vytváří „*prostor pro intervence, které mají ambice reedukace a resocializace, s cílem změnit chování na méně škodlivé a rizikové*.“ Harm reduction klade důraz na individuální přístup přizpůsobený klientově situaci uplatňováním nízkoprahového přístupu – totální abstinence jako cíl léčby se může klientovi zdát příliš radikální a nedosažitelná, zatímco mírnějším intervencím harm reduction v „*přirozeném prostředí*“ má tendenci dát šanci 70-80 % rizikových uživatelů drog (Hrdina, 2003). Přístup mírnění škod vnímá abstinenci jako ideální stav, kterého se ale ne vždy podaří dosáhnout – proto přichází se strategií udržovat uživatele drog v co nejlepší možné zdravotní kondici, edukovat a motivovat ke změně chování a případnému snížení/ukončení konzumace návykových látek. Harm reduction na rozdíl od klasického přístupu „*nulové tolerance*“ považuje za úspěch jakýkoliv pozitivní posun na kontinuu závislost-abstinence (Marlatt, Larimer, Baer, & Quigley, 1993; Marlatt & Witkiewitz, 2002). „*Kombinace vysokého stupně potenciální škodlivosti alkoholu a vysoké míry rozšíření jeho užívání vede k úvaze, že právě u alkoholu je uplatňování pragmatického harm reduction přístupu žádoucí*“, píše Vavrinčíková (2012, p. 10). Ačkoliv harm reduction prokazatelně pomáhá (např. Collins, Clifasefi, Nelson et al., 2019), není dobrou metodou pro všechny. Zatímco harm reduction vnímá závislost jako naučené chování a nabízí strategie pro jeho změnu (Vavrinčíková, 2012), obecně dominantním konceptem zůstává „*závislost jako nemoc*“. Tento pohled zdůrazňuje, že pro mnoho závislých je střídmé či kontrolované užívání látky obrovsky složité, mnohdy stejně nesnadno dosažitelné jako střízlivost, která přináší podstatnější fyzické i psychické výhody (The Cabin, 2014).

Ačkoliv se tato bakalářská práce zaměřuje na klienty v rezidenční léčbě, tedy na osoby směřující k udržování abstinence, přístup harm reduction je třeba zmínit pro jeho vzrůstající popularitu a rozšířenost. Je navíc možné, že se někteří z nyní hospitalizovaných mohli s harm reduction setkat a své prožitky budou v denících reflektovat.

3.5. Ambulantní a pobytová léčba

Ambulantní léčbou projde 85 % všech pacientů léčících se se závislostí na psychoaktivní látce (Tinsley, Finlayson, & Morse, 1998), někteří z nich však nejprve projdou hospitalizací a

ambulantní léčba je pro ně mezistupněm před samostatnou prací na udržování střízlivosti. Ambulantní léčba bývá založená na principu dvanáctistupňových programů, a v rámci rehabilitace se klienti často účastní pravidelných schůzek podpůrných skupin. Individuální terapie (tedy sezení „jeden na jednoho“ s odborníkem) je nejvhodnější pro motivované klienty, kteří „jsou ochotni plnit mezi sezeními zadané projekty (například si za úkol něco přečíst) a využít dalších existujících podpůrných služeb (12-stupňové skupiny apod.)“ (Doweiko, 2012, p. 389). Ambulantní léčba může zahrnovat **motivační rozhovory, kognitivně-behaviorální** či **12-stupňové přístupy**. Dále se ambulantní léčba hodí klientům, kteří se dopustili svého prvního přestupku řízení pod vlivem alkoholu; Doweiko (2012) píše o 8-12 hodinách terapie + výuky v individuálních či skupinových sezeních zaměřených především na nebezpečí řízení pod vlivem alkoholu. **Krátkodobá ambulantní léčba** je většinou nabízena klientům s mírně až středně závažnými problémy se zneužíváním návykové látky a kombinuje zde individuální i skupinová sezení. Intenzivním typem krátkodobé ambulantní léčby jsou **denní stacionáře**, které mohou sloužit jak jako první intervence, tak zároveň jako logický mezistupeň mezi pobytovou a ambulantní léčbou (Kleber et al., 2006). „*Ambulantní léčba je velmi praktická, má ale svá omezení. Jestliže se pití někomu vymklo z rukou takovým způsobem, že i přes upřímnou snahu se mu hromadí problémy a pije dále, měl by uvažovat o rezidenční léčbě*“ (Medicina.cz, 1999).

Intenzivnější řešení problémů souvisejících se zneužíváním návykové látky zajišťuje **rezidenční léčba**. Její výhodou je, že nabízí prostředí bez dostupnosti návykových látek – méně „spouštěčů“ dělá prostředí bezpečnějším. Tento typ léčby však stojí hodně peněz a pacienti jsou omezeni tím, že nemohou pokračovat ve svém zaměstnání po dobu léčby, která většinou trvá kolem tří měsíců (Polách, 2015). Existuje i krátkodobá rezidenční léčba, která je vhodná pro „*absolventy ústavních střednědobých léčeb, kteří si potřebují utužit abstinenci nebo se ocitli v tísnivé situaci a nechtějí na ni být sami*“ (Plocová, 2012, p.24) a naopak léčba dlouhodobá (tzv. ochranná), které předchází soudní nařízení. Nešpor & Csémy (2007) jako indikace k pobytové léčbě uvádějí např. vážné zdravotní stavy (odvykací syndrom, psychóza, suicidální chování, těžké emoční potíže), potřebu intenzivní práce na motivaci (klienti rezistentní vůči léčbě), nebezpečné sociální prostředí pacienta, nařízení soudem či úřadem. Tato práce je zaměřena na zkušenost pacientů ve střednědobé (tříměsíční) rezidenční léčbě na oddělení Psychiatrické nemocnice Brno.

Podle statistiky ÚZIS ČR (2019) tvořili pacienti hospitalizováni pro diagnózu patřící pod Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu 18,3 % pacientů

v psychiatrických léčebnách (nejvíce ze všech skupin diagnóz) a 10,8 % na psychiatrických odděleních nemocnic. Z celkového počtu pacientů v ambulantní psychiatrické péči bylo 4,4 % evidováno s diagnózou spadající pod F10 oddíl Mezinárodní klasifikace nemocí (World Health Organization, 2016).

3.6. Typy terapie závislosti na alkoholu

Existuje obrovské množství terapeutických směrů a přístupů, které se v léčbě závislosti využívají. Následující výčet popisuje některé z těch nejrozšířenějších, jejichž principy se v léčbě mohou různě kombinovat a doplňovat.

- **Krátká intervence / velmi krátká intervence** je „časově omezené poradenství s cílem změnit pacientovo chování“ (Nešpor, n.d. a, p. 2). Jedná se o rozhovor, doporučení pacientovi, aby přestal pít – doktor například konfrontuje pacienta s fakty o škodlivosti alkoholu a jeho nebezpečném vlivu na lidské zdraví. Velmi krátká intervence je efektivní především u pacientů, kteří v souvislosti s užíváním alkoholu nedávno zažili nějakou závažnou situaci, v důsledku čehož jsou motivováni ke změně (např. ve studii Chauhan, Nautiyal, Garg, & Chauhan (2018), 50 % pacientů, kteří neprodělali relaps uvedli, že pod vlivem alkoholu byli účastníky nějaké nehody). Studie z lékařského prostředí poukazují na zřejmý, signifikantně pozitivní, vliv krátkých intervencí na pacienty zneužívající alkohol (Berglund et al., 2003), (Kristenson, Osterling, Nilsson, & Lindgärde, 2002). Tyto rozhovory nemusí však vznikat jen v lékařském prostředí; neformální intervence mohou vypadat například jako „buď a nebo“ situace nastavené kamarády či partnerem/partnerkou závislého (Doweiko, 2012) – např. „Pokud nepřestaneš pít před zápasy, nemůžeš s námi trénovat“, „Jestli neomezíš pití, rozejdu se s tebou“, atd. V kontextu pracovního prostředí může člověk snadno přijít o své místo pokud neposlechne zaměstnavatele a nenastoupí léčbu nebo nezačne abstinovat; ultimáta postulována rodinou či blízkými však nebývají vždy dodržena, a jakákoliv další varování tak závislý snadno přejde jako plané výhrůžky.
- **Motivační rozhovor:** Jedná se o terapeutický přístup, při kterém má terapeut klientovi umožnit uvědomit si jeho současné potíže a motivovat klienta k tomu, aby situaci chtěl začít řešit. Pět obecných principů, které by terapeut měl při motivačním rozhovoru dodržovat jsou: vyjádření empatie, rozvíjení rozporů (v jaké situaci je klient teď vs. v jaké by být chtěl?), vyhýbání se sporům, využití odporu (když klient brání své špatné chování

a nechce se mu do změny), a podpora důvěry v klientovy vlastní schopnosti (Miller & Rollnick, 2003).

- **Kognitivně-behaviorální terapie a prevence relapsu (KBT):** Základní myšlenka kognitivně-behaviorálního přístupu v terapii závislosti je, že zneužívání látek je naučeným chováním, které jedinec provádí jako coping mechanismus. Je tedy třeba identifikovat maladaptivní myšlenkové vzorce a pracovat na jejich změně. Terapeut pacientovi pomáhá naučit se nové odpovědi na negativní myšlenky či emoce, a tím snižovat risk relapsu (Alcohol.org, 2019).

Konkrétně v závislosti na alkoholu se kognitivně behaviorální terapie zaměřuje na zdůraznění negativních účinků alkoholu na fyzické zdraví, mezilidské vztahy, kariéru atd. Pacienti se učí, jak zvládat bažení (craving), a vyrovnávat se s nepříjemnými psychickými stavy adaptivně. Principem je identifikovat spouštěče (psychické stavy nebo okolnosti, ve kterých se pacient nachází), které aktivují závislost, a nácvikem či zvládnutím situací se je pacient učí zvládat (Alcohol.org, 2019).

Spouštěčem může být například pozvání ke schůzce v hospodě (rizikové prostředí), a KBT používá různé techniky pro zvládnutí takových situací.

Trénink asertivity je obzvláště důležitou součástí léčby závislosti na alkoholu. Po odchodu z léčebny se v naší alkohol tolerující společnosti pacient bude často dostávat do situací, kde by měl mít na paměti, že má vždy na výběr, jak se v kterém okamžiku rozhodne (Epstein, 2009). Schopnost odmítnout alkohol patří mezi asertivní dovednosti, a je klíčová částí v předcházení relapsu – třetina relapsů u léčících se alkoholiků je způsobena nátlakem společnosti či přátel (Epstein, 2009).

- **Dialektická behaviorální terapie (DBT):** Vychází z KBT, její principy jsou mindfulness (všímavost), efektivní mezilidská komunikace, regulace emocí (vztah emocí a chování, škodlivé vzorce chování...), a distress tolerance. DBT pomáhá pacientům získat jistotu ve zvládnutí potenciálních stresových situacích; učí se jak zvládat stres a vypořádat se se spouštěči, které se mohou kdykoliv objevit (Scott, 2019).
- **Trénování schopností zvládnutí (coping skills):** Tento přístup vychází z teorie sociálního učení (jistě situační faktory mohou zvýšit pravděpodobnost relapsu, když je alkoholik konfrontován s náročnou situací či situací s vysokým rizikem pití alkoholu – např. účast na party) a trénování schopností vyrovnávat se se stresovými situacemi; cílem je zvýšit pacientovy schopnosti zvládnutí. Zahrnuje vystavení „nápořádím“ (cues) ve snaze

odstranit asociaci náповědi týkající se alkoholu → vyhledávání či užívání látky (Witkiewitz & Marlatt, 2011). Faktory zvyšující riziko relapsu jsou tedy např. nedostatečné schopnosti zvládnání v riskantních situacích, očekávání příjemného pocitu po požití alkoholu, myšlenky stylu „pokud se nenapiji, nemám šanci tuto situaci zvládnout“ (tedy nízké očekávání v self-efficacy) (Monti & Rohsenow, 1999). Trénování schopností zvládnání má pacientovi pomoci zlepšením jeho schopnosti zvládat specifické vysoce rizikové situace (např. když mu někdo nabídne drink) a celkových společenských schopností (formování nových „střízlivých“ vztahů sníží četnost rizikových situací, a podpora okolí v střízlivosti je velmi důležitá). Důsledkem zlepšení v těchto oblastech pacient dosáhne vyšší důvěry v self-efficacy, a tedy bude tyto nové schopnosti využívat v potřebných situacích (Witkiewitz & Marlatt, 2011).

- **Contingency management:** Chování, pokud je posilováno odměnou, se bude opakovat častěji. Na této teorii staví tzv. contingency management – typ behaviorální terapie, který zahrnuje „odměňování“ pacientů za prokázané pozitivní změny v chování – nejčastěji hodnotné ceny výměnou za např. vyhovující výsledky drogového testu. Bývá pravidlem, že se hodnota ceny v průběhu času, po který pacient zůstává střízlivý, zvyšuje (Petry, 2011).
- **Behaviorální párová/rodinná terapie:** Obsahem této terapie je práce se vztahovými faktory přispívajícími k užívání alkoholu, snaha o rozvíjení vztahů, které povedou k abstinenci. Do toho patří trénink komunikačních schopností, identifikace potencionálních spouštěčů, podpora v pozitivních aktivitách (Witkiewitz & Marlatt, 2011). Behaviorální párová terapie průkazně více než terapie individuální zvyšuje úspěšnost abstinence, zlepšuje fungování vztahů. Lépe také pracuje s domácím násilím a emočními problémy dětí páru. Pacient léčící se se závislostí uzavře s partnerem „Recovery Contract“ – každodenní smlouvu, ve které se zavazuje k záměru nepít či nebrat drogy, zatímco jeho partner/ka slibuje bezmeznou podporu v jeho cestě ke střízlivosti (O’Farrell & Fals-Stewart, 2000).

Podobné je to s rodinou – „rodina je systém, (...) a změna v jakékoliv z částí systému přinese změny ve všech jeho ostatních částech.“ (Center for Substance Abuse Treatment, 2004, p. 19). V léčbě závislostí má rodinná terapie dva hlavní cíle – využít síly a zdroje, které má rodina k dispozici, k vytvoření způsobů umožňující život bez zneužívání psychoaktivních látek, a zmírnit dopad alkoholové závislosti na celou rodinu i samotného pacienta (Center for Substance Abuse Treatment, 2004).

- **Averzní terapie:** Tento typ terapie se používal spíše dříve, v dnešní době od něj bývá upouštěno pro velký výskyt vedlejších účinků. Principem averzní terapie je administrace farmakologického přípravku (používal se např. apomorfin nebo emetin), který u pacienta vyvolá silné zvracení po požití alkoholu. Cílem bylo podmínit v pacientovi reflex zvracení po tom, co se napije alkoholu, i v situaci bez podání emetika (Láznička, 2011). Místo léků se také využívaly elektrické šoky (Witkiewitz & Marlatt, 2011).

- **Farmakoterapie**

- i. **Averzní léčba** je léčba pomocí chemické látky známé jako disulfiram (antabus). Nepříjemné vedlejší účinky tohoto přípravku (např. zvracení, nevolnost, bolest hlavy) se dostávají při požití alkoholu, čímž brání pacientovi návykovou látku konzumovat (Addiction.com, n.d.). Nešpor (2017, p. 6) tvrdí, že „farmakoterapie závislosti (...) má jen velmi omezený efekt“ - používá se disulfiram (antabus), jen však v medicínském prostředí, a proto není jasné, jestli jeho efekt je dostatečně vysoký, nebo zda hraje roli častý kontakt s lékařem. Léky mírnící bažení (jako naltrexon a nalmefen) jsou nejen velmi drahé, ale hlavně ve studiích nevycházely o nic efektivnější než placebo (Nešpor, 2017).
- ii. Tzv. **covert sensitisation** funguje na podobném principu jako předchozí popsaná metoda, jen místo nevolnost-vyvolávající látky pacient užívání alkoholu spojuje s nepříjemnými pocity vyvolanými intenzivními představami. Příkladem takové situace by mohla být představa „intenzivní nevolnosti, která způsobí, že si opilý pacient pozvrací oblečení, bar nebo stůl, podlahu, to vše doprovázené pocitem ponížení, který by si v tu chvíli prožil před zraky všech ostatních“ (Addiction.com, n.d.).

- **Skupinová terapie**

Při léčbě závislostí se ve skupině využívá postupů vycházejících z terapeutického směru kognitivně-behaviorálního, gestaltu, strategické a dynamické terapie, a mimo ně např. i prvky z psychodramatu (Nešpor & Csémy, 2007). V podpůrné skupině by členové měli nacházet bezpečí, jistotu, že jim nehrozí výsměch či nepochopení (Nešpor & Csémy, 2007).

Terapeutické skupiny mohou být podle účelu vedené buď odborníkem nebo samotnými členy. Existují skupiny zaměřené na psychoedukaci (podávání informací o závislosti a jejích důsledcích), dále na podporu rozvoje schopností důležitých pro ukončení užívání drogy, stejně tak jako skupiny kognitivně-behaviorální (napravování myšlenkových vzorců vedoucích k užívání látky), a konečně svépomocné podpůrné skupiny. Cílem podpůrných skupin je nabídnout členům místo, kde se mohou vzájemně vyslechnout a podělit o zkušenosti, poskytnout druhému radu a podporu a získat to samé nazpět (Flores & Georgi, 2005). V léčbě závislostí jsou terapeutické skupiny zlatým dolem pozitivních přínosů – zotavující se jedinec na cestě k udržení střízlivosti zde nachází podporu a motivaci s užíváním drog znovu nezačít (v „přímém přenosu“ být svědky toho, že vyléčení je možné), sounáležitost je milou změnou od izolace, kterou mnozí závislí prožívají, vzájemná starostlivost a nápomocnost může být „náhradou“ za podporu, kterou jedinec nenašel u rodiny či přátel (Flores & Georgi, 2005). Skupinová terapie může klientům pomoci obnovit rovnováhu a pořádek ve svých životech – věci, jež při vstupu klientů do léčby zpravidla bývají mimo dosah. Nepřehlédnutelnou výhodou je také to, že ve skupině dochází k poskytování pomoci více lidem zároveň (Flores & Georgi, 2005).

Nejznámější a nejrozšířenější organizací nabízející podporu v léčbě alkoholové závislosti jsou **Anonymní alkoholici** (AA). Pod názvem Alcoholics Anonymous vznikla tato podpůrná skupina v Americe první poloviny minulého století jako důsledek duchovního probuzení abstinujícího alkoholika Billa Wilsona. AA začali jako silně nábožensky orientované hnutí, schůzky byly hodně zaměřené na „uzdravující božskou moc“. V průběhu let se však toto změnilo, a dnes, ačkoliv ve Dvanácti Krocích (Anonymní Alkoholici, n.d. b) je stále řeč o Bohu či „síle větší než naše“, jsou členové AA pobídnuti k vlastní interpretaci, a víra či příslušnost k nějaké církvi není podmínkou. Dle popisu na české verzi oficiálních stránek jsou AA „(...) *společenství žen a mužů, kteří spolu sdílejí své zkušenosti, sílu a naději, že dovedou vyřešit svůj společný problém a pomoci ostatním k uzdravení z alkoholizmu. Jediným požadavkem pro členství v AA je touha přestat pít*“ (Anonymní alkoholici, n.d. a). Na oficiální americkém webu svůj spolek AA popisují jako „*neprofesionální, soběstačný, multirasový, apolitický a dostupný téměř všude*“ (Alcoholics Anonymous, n.d.).

Na základě zkušenosti zakladatelů a prvních členů této organizace byl postaven oficiální „program“ Anonymních alkoholiků, známý jako Dvanáct kroků (Anonymní Alkoholici, n.d. b). Bez jakéhokoliv vstupného či poplatků v průběhu času, AA fungují na základě dobrovolných příspěvků svých členů – AA si jako spolek zakládají na soběstačnosti a

příspěvky zvnějšku odmítají (Anonymní alkoholici, n.d. a). Jediným účelem skupiny je „předávat naše poselství alkoholikovi, který ještě trpí“. Na pravidelných setkáních (konají se nejméně ix denně (Nešpor, n.d. b) mezi sebou členové sdílí své zkušenosti při snaze uzdravit se z alkoholismu. „Program AA nezahrnuje žádnou kvalifikovanou odbornou pomoc, přesto zůstává dlouhá desetiletí jedním z nejefektivnějších programů pro stabilizaci závislosti“ (Kudrle, 2003, p. 94).

Klasická léčba neklade na rozdíl od Anonymních alkoholiků důraz na víru ve smyslu náboženství. Na druhou stranu, manifest AA, Dvanáct kroků, se sice na Božskou moc a „vyšší sílu“ odvolává, členové jsou však nabádáni k vlastní interpretaci a náboženský aspekt vůbec není podmínkou. AA se oproti klasické léčbě liší ještě v jednom očividném bodě – klientům poskytují anonymitu, což může být obrovskou výhodou. Závislost s sebou, podobně jako další psychická onemocnění, nese obrovské stigma, a vyhledání pomoci může bránit strach a zahanbení – s jistotou anonymity však část obav opadne a člověk tak může začít hledat pomoc.

4. Deník jako nástroj při léčbě závislosti na alkoholu

4.1. Psaní v psychoterapii

Nejrůznější formy kreativního sebevyjadřování jsou v léčbě psychických onemocnění prokazatelně velmi důležité (např. Ryan, 2010; King, Neilsen, & White, 2013). Ačkoliv studií zkoumajících využití psaní v terapii duševních onemocnění není mnoho, dostupné výsledky reflektují významné přínosy této techniky.

Prostřednictvím „domácích úkolů“ může odborník podávat verbální či psané zpětné vazby, obsah deníků či úkolů může sloužit k identifikování témat, kterým je třeba se v terapii věnovat (L'Abate, 1991). Písemné úkoly mohou být podle struktury a obsahu otevřené (*open-ended*, např. deník, zápis každodenních událostí), soustředěné (*focused*) na nějaké téma, vedené (*guided*, např. formou odpovídání na předem dané otázky), nebo v nejstrukturovanější podobě „programované“ (*programmed* – vyplňování systematicky seřazených lekcí) (L'Abate, 1991).

Úplně první studie na téma expresivního psaní autorů Pennebaker & Beall (1986) přinesla slibné výsledky – studenti, kteří v rámci experimentu měli psát o traumatických událostech z minulosti a emocích, které v nich tyto zážitky vyvolaly, pozorovali dlouhodobé zlepšení zdravotního stavu. Stejně výsledky potvrdila i novodobější studie – participanti, kteří se ve výzkumu expresivního psaní (Baikie & Wilhelm, 2005) krátce (15-20 min, 3-5 krát celkem) „vypisovali“ z traumatického zážitku, později dosahovali lepšího psychického i fyzického zdraví v porovnání s participanty, kteří psali o neutrálních událostech.

S výčtem pár dalších relevantních příkladů můžeme začít u nedávné studie (King, Neilsen, & White, 2013) ukazující, že kreativní psaní má potenciál ‚napravit‘ poruchy symbolických funkcí (jeden z možných symptomů schizofrenie) a umožnit psychicky nemocným zlepšovat základní kognitivní procesy.

Cognitive behavioural writing therapy, typ terapie kombinující KBT přístup a psaní, se ukazuje být minimálně stejně efektivní jako samotné KBT v léčbě PTSD (například Van der Oord, Lucassen, Van Emmerik et al., 2010; Pascoe, 2017). V jiné studii zase expresivní psaní snížilo depresivní symptomy u participantů se sklonem k ruminaci (Sloan, Marx, Epstein et al., 2008). Pro přehled dalších výzkumů o writing therapy můžeme odkázat na článek autorů Mugerwa & Holden (2012).

„Psaní je obecně asociováno s okamžitým nárůstem krátkodobého distresu a negativního afektu, toto však není pro participanty v dlouhodobém měřítku škodlivé“, píše Mugerwa & Holden (2012, p.2). Většina dosavadních studií za tímto stojí, u několika výjimek však došlo ke zhoršení (Baiki & Wilhelm, 2005), proto autoři (Mugerwa & Holden, 2012; Baiki & Wilhelm, 2005) zdůrazňují, že je potřeba participanty vždy ujistit, že mohou kdykoliv přestat psát a konzultovat případné nastalé problémy s odborníkem.

Z většiny dostupných studií vyplývá, že expresivní psaní může přispět ke zlepšení stavu nejen psychiatrických pacientů, v praxi se této metody však bohužel příliš nevyužívá.

4.2. Fenomén deníku

V klinické praxi se deníků využívá za účelem monitorování či sběru dat. Deník může být například využíván jako záznamník událostí následujících po přijetí pacienta na jednotku intenzivní péče – období, které si pacienti často později nevybavují přesně nebo vůbec, což může přispívat k rozvinutí psychických problémů po propuštění z nemocnic (Ewens, Hendricks, & Sundin, 2015).

Stránky deníků psaných samotnými pacienty mohou být zaplněny popisy průběhu jejich dnů s důrazem na fluktuaci zdravotních obtíží Alexander, McAllister & Brien (2016) uvádějí jako příklad onemocnění cukrovkou, psoriázu, nebo bolest, což může pomoci v odhalování spojitostí mezi nemocí a životním stylem (Alexander, McAllister, & Brien, 2016).

Obdobně i v oblasti psychologie klienti deník využívají k hodnocení a záznamu činností, situací a reakcí na ně, což může pomoci k odhalení spouštěčů (Alexander, McAllister, & Brien, 2016). Pokud není deník čistě soukromý, může lékaři či jinému odborníkovi umožnit větší pochopení klientovy situace. Deníkové zápisy, které klient píše s vědomím toho, že si je bude číst i klinický odborník, mohou přispět k větší jistotě vzájemného pochopení složitosti konkrétního problému, na který naráží v terapii (Alexander, McAllister, & Brien, 2016). *„Deníky o duševním zdraví mohou člověku pomoci propojit své pocity s činy a událostmi, a asistovat ve sdílení bolestivých zkušeností namísto jejich internalizace“* (Alexander, McAllister, & Brien, 2016, p. 24).

Konkrétně v léčbě závislostí může podle Ansorge (2015) deník pomoci ke snížení rizika relapsu. Psaní o tom, co se právě děje a jaké pocity to vyvolává, pomáhá myslet více kriticky; člověk bude mít s menší pravděpodobností sklon k zapírání, špatnému chování, a naopak

větší šanci učinit správná rozhodnutí, pokud si dokáže racionálně zdůvodnit konsekvence ‚špatných‘ impulsů (Ansorge, 2015).

Ve studii Stephensona & Zygourise (2007) měli klienti v léčbě závislostí za úkol v deníku reflektovat své pocity v průběhu každého dne. Po týdnu vždy (anonymně) vyplnili „weekly evaluation sheet“, kde se zaměřili na zápisky z třetího týdne zpátky. Pomocí odpovědí na otázky jako např. „Co jste se tehdy snažili říct? Změnila se nějak vaše situace od té doby?“ přemýšleli o pokroku, který v léčbě od té doby učinili. V lingvistické analýze deníkových zápisů pacientů ve dvanáctistupňovém programu Stephenson & Zygouris (2007) potvrdili, že podporování sebereflexe mělo očekávaný pozitivní efekt na pokrok v léčbě.

Dosavadních poznatků o využití terapeutického deníku v léčbě závislostí není mnoho, dostupné studie však informují o potenciálu zlepšení stavu pacientů, a jsou proto hodné podrobnějšího výzkumu.

5. Empirická část

Zadání této bakalářské práce zní „*Interpretativní fenomenologická analýza rozhovorů na téma terapeutických (prožitkových) deníků*“. Výzkumným cílem je odkrýt, jak pacienti léčící se ze závislosti na alkoholu vnímají fenoménem terapeutického deníku.

Ze studia teorie je zřejmá dosavadní neprobádanost tématu, proto se pro výzkum hodí použít přístupu, který je spíše explorativního charakteru.

5.1. Výzkumná metoda

K analýze rozhovorů jsem vzhledem k povaze výzkumné otázky po studiu literatury a konzultacemi s vedoucí mé práce zvolila interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA). Řiháček, Čermák, & Hytych (2013, p.9) využití IPA doporučují „*jestliže chceme popsat a interpretovat způsob, jakým nositel zkušenosti, která nás zajímá, přisuzuje této zkušenosti význam*“.

Tento typ kvalitativní analýzy vychází ze zásad fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013). Souvislost s filosofickým směrem fenomenologie je ve zkoumání toho „*jakým způsobem je svět zažíván (zakoušen) konkrétními lidmi v konkrétním kontextu a čase*“ (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013, p. 10). Soustředíme se na odkrývání žité zkušenosti respondenta, ale bereme v potaz i interakci mezi ním a výzkumníkem, a žádoucí je zde oproti kvantitativnímu výzkumu subjektivní pohled výzkumníka – „*zkušenost je v rámci IPA „konstruována“ jako výsledek společného sdílení výzkumníka a participanta*“ (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013, p.11). IPA pracuje s konceptem dvojité hermeneutiky. V praxi to znamená, že se respondent pokouší pochopit a popsat svou zkušenost s daným fenoménem, zatímco výzkumníková role spočívá ve snaze porozumět, jakým způsobem respondent ke svým závěrům dochází. Idiografický přístup pak interpretativní fenomenologickou analýzu definuje jako směr zaměřený na „*konkrétní jedince, kteří ve svém životě zažívají specifickou situaci nebo událost*“ (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013, p.12).

5.2. Výzkumná otázka

V interpretativní fenomenologické analýze se výzkumná otázka ptá, jakým způsobem respondenti vnímají či prožívají nějakou situaci, a „*jakým způsobem této zkušenosti přisuzují smysl*“ (Smith & Osborn, 2003, citováno v Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013, p.12).

Výzkumná otázka pro tuto práci byla tedy formulována následovně:

Jaká je zkušenost pacientů hospitalizovaných pro závislost na alkoholu s terapeutickým deníkem?

5.3. Metoda získávání dat

Rozhovory jsem původně měla provádět sama, s vedoucí práce jsem konzultovala připravený seznam otázek pro polostrukturované rozhovory a získala pro provádění výzkumu povolení etické komise. Nakonec však došlo ke změnám a data ve formě zvukových nahrávek mi poskytla studentka vyššího ročníku zapojená do projektu DAQUAo. Následně jsem provedla transkript rozhovorů se dvěma pacienty oddělení psychiatrické nemocnice, kteří se přihlásili do výzkumu. Rozhovor s pacientem 1 měl 10:16 minut, rozhovor s pacientkou 2 byl v rozsahu 15:40 min.

5.4. Vzorek

Výběr respondentů pro IPA je záměrný a neusiluje o demografickou reprezentativnost, nýbrž směřuje k vymezení užší skupiny, o které se snažíme získat informace. IPA počítá s malými vzorky, jejichž přesná velikost nemusí být před začátkem výzkumu stanovena, protože prioritou je bohatost dat. V ideálním případě by se počet respondentů odvíjel od zásady teoretické nasycenosti a rozhovory by byly prováděny do té doby, než by se v datech přestala vynořovat nová témata (Glaser & Strauss, 2017). Doporučený počet respondentů pro kvalitativní magisterské diplomové práce stanovují Smith, Flowers & Larkin (2009) na 3-6, pro tuto bakalářskou práci byla na základě konzultace s vedoucí práce zvolena velikost vzorku o dvou respondentech jako dostačující. Respondenty jsou muž (pacient 1) a žena (pacientka 2) s diagnózou syndrom závislosti (F10.2 podle MKN-10) momentálně v rezidenční léčbě psychiatrické nemocnice v Brně.

5.5. Postup analýzy dat

V procesu analýzy dat podle IPA doporučují Řiháček, Čermák, & Hytych (2013) podle Smith, Flowers & Larkin (2009) postupovat podle následujících kroků:

o. Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu

Na úplném začátku by se měl výzkumník zamyslet, jaký má k zpracovávanému tématu vztah, jaká byla jeho motivace pro výběr tématu apod, protože si tím pomůže k „*uvědomění si interpretativní role ve výzkumném procesu, díky němuž jsme schopni užitečně pracovat s daty a zajistit přítom validitu naší analýzy*“ (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013, p.17).

Důvodem, proč jsem si vybrala právě toto zadání pro svou bakalářskou práci, byla kombinace zájmu o tematiku závislosti a výzvu v podobě kvalitativního výzkumu, který mi vždy připadal zajímavější než statistické metody. Se závislostí nemám přímou osobní zkušenost (až na malou výjimku v podobě téměř neznámého člena rodiny), ale zpracování tohoto tématu v umění a médiích vzbuzovalo můj zájem snad odjakživa. V psaní bakalářské práce na toto téma jsem navíc viděla možnost nashromáždění velkého množství dat a faktů studiem a překladem odborných prací a článků (viz přehled literatury) o problematice závislosti na alkoholu, protože se jedná o tematiku, které bych se v budoucnu ráda věnovala. Neméně zajímavá je pro mě metoda terapeutického deníku, o níž jsem se dozvěděla během studia psychologie. Téma mě velmi zaujalo i proto, že si od raného věku osobní deníky píšu. To, co se odborně nazývá „*expresivní psaní*“, mi v kombinaci s psaním poezie vždy přinášelo úlevu od tíživých myšlenek a událostí, a bylo příjemné zjistit, že to, co jsem jen intuitivně tušila, je zároveň vědecky podložené a využitelné v léčbě psychických onemocnění.

1. *Čtení a opakované čtení*

V této fázi analýzy jsem si nejprve poslechla rozhovor znovu a zároveň pročítala transkript, následně jsem text několikrát přečetla.

2. *Počáteční poznámky a komentáře*

Pro druhou fázi analýzy doporučují Řiháček, Čermák, & Hytych (2013) vytisknout přepisy s vynecháním dostatečného místa pro poznámky zaznamenávané na okraje. Vedoucí práce mi doporučila pracovat v software ATLAS.ti, který umožňuje v textu zvýrazňovat a na pravé straně do okna psát poznámky a kódovat označené části, nepracovala jsem tedy s opravdovým papírem a tužkou. V prepisech jsem nejdříve při čtení zvýraznila části, které

mi přišly důležité či zajímavé pro analýzu, zapisovala jsem si poznámky do pravé části přepisu.

3. *Rozvíjení vznikajících témat*

V tomto kroku „pracujeme více s vlastními poznámkami a komentáři než s původním přepisem textu“ (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013). Části textu, jež jsem při opakovaném čtení zvýraznila nebo opatřila poznámkami, jsem začala třídit do kategorií nově formulovaných témat.

4. *Hledání souvislostí napříč tématy*

Témata identifikována v předchozí části jsem si seřadila podle návaznosti do několika skupin a zpracovala pro každý z rozhovorů vlastní „mapu“, jejíž součástí jsou formulovaná témata doprovázená citacemi z textu. Mapa mi pomohla udělat si pořádek v hierarchii témat a „podtémat“.

5. *Analýza dalšího případu*

Stejný postup z kroků 1-4 aplikován na druhý rozhovor.

6. *Hledání vzorců napříč případy*

Poslední krok spočíval v propojení výsledků provedených analýz. Cílem bylo odhalit souvislosti mezi jednotlivými případy, vytvořit hierarchii témat a výsledky prezentovat v graficky přehledné podobě.

6. Výsledky

6.1. Pacient 1

Prvním respondentem je muž, 58 let, absolvent brněnské konzervatoře, neuvádí kromě závislosti na alkoholu žádné jiné psychiatrické diagnózy, a toto je jeho první hospitalizace. Hlavní témata rozhovoru identifikovaná v krocích 3 a 4 shrnuje následující tabulka:

HLAVNÍ TÉMA	PODTÉMATA
(Motivace k léčbě)	<ul style="list-style-type: none">• vrátit se do zaměstnání, vidět svého syna, získat zpět sám sebe
Změna přístupu k deníku během léčby	<ul style="list-style-type: none">• dřina↓• zvyk, součást dne
Obsah deníku	<ul style="list-style-type: none">• pocity a zážitky• absolutní upřímnost
Přínos deníku	<ul style="list-style-type: none">• uspořádání myšlenek• osobní trénink• udržování se v aktivitě a kondici – bude důležité mimo léčbu• komunikace s terapeutem přes zpětné vazby

Pacient byl do léčby přijat po dramatickém odvykacím stavu, který byl důvodem k vyhledání pomoci – „už jsem málem umíral“, říká. „To byly takové křeče, a takový stav, kdy jako jsem se dokonce sesunul k zemi bezvládně“, popisuje stav, ve kterém zkolaboval před nemocnicí, odkud byl převezen na detox a následně na oddělení psychiatrické nemocnice. Za rok by se rád viděl zpět v zaměstnání, a důležité je pro něj také obnovit vztah se svým synem, jemuž se „musel vyhýbat“ - „nechtěl jsem, aby mě v tomhle stavu viděl“, říká důrazně. Sebe pod vlivem závislosti popisuje jako člověka který „ztratil osobnost“.

Na otázku, jak terapeutický deník vnímal ze začátku, odpověděl nejdříve „žádný problém“, s ohledem na to, že za den nasbírá dostatečné množství zážitků, o kterých večer může napsat.

Ke psaní se nechává „impulsivně inspirovat“ – „ne že bych o tom dlouho přemýšlel, ale jde to přímo prostě jako ze mě a z mých pocitů, který jsem měl přes ten den“. Později však připouští, že se jeho pocity vůči povinnosti vést si deník od začátku léčby podstatně změnily. Na začátku léčby byl „naprosto zmatený“ a „víceméně dezorientovaný“, psaní bylo dle jeho vlastních slov „dřina“, protože měl „trošku problém samozřejmě se psáním, poněvadž se mi ještě třásla ruka pravá mírně, a taky jsem nikdy nebyl zvyklý moc psát“. Tvorba deníkových zápisků tedy vyžadovala veliké soustředění a odhodlání pokoušet se psát čitelně; „postupem času samozřejmě jako už jsem si na to [psaní deníku] zvyknul a беру to jako součást dne“.

Instruován byl dle svých slov k tomu, aby psal každý den, a „hlavně jako... ne, že jsem posnídal, ale hlavně svoje pocity. To znamená své meditace, své sebezpytování a podobně“. Na otázku, jakým tématům se v deníku věnuje, odpovídá výstižně: „hlavní téma jsem já, že jo“. Píše o svých pocitech a o tom, co přes den zažil na oddělení. Neexistuje téma, kterému by se v deníku vyhýbal – „tady si člověk nesmí lhát, nesmí nic předstírat, takže jako... pravdomluvnost a prasopis“, říká se smíchem.

Pacient neměl se psáním žádnou předchozí zkušenost, v léčbě si však osvojil rituál každovečerní tvorby deníkových zápisků, a zdá se, že vidí deník jako veliké pozitivum, které mu pomáhá monitorovat vlastního stav mysli způsobem, který by si normálně nezvolil – říká, že deník „člověka udržuje v takové aktivitě a kondici, aby o sobě nepřestával přemýšlet, jo, (...) z toho pohledu jako duševního tréninku je to velice důležité“. Toto vidí jako důležité do budoucna – „když se odsud odejde, tak potom to bude velice těžké“, a psaní deníku může člověku pomoci neztratit přehled o svém duševním stavu.

Posledním z výhod deníku, které pacient v rozhovoru zmiňuje, je písemná reakce od terapeuta na deníkové zápisky pacientů. Na otázku, jak vnímá zpětnou vazbu, odpověděl: „zrovna včera se rozepsal pan terapeut, a velice mě povzbudil“. Terapeutova zpětná vazba, se kterou pacient souhlasí, se soustředila na zdůraznění toho, jak deník pacientovi pomáhá zamyslet se nad sebou, „zastavit se v čase a jenom prostě... to svoje jášství si trošku jako uspořádat“ a je tedy dobrou pomůckou „v rámci vnitřního osobního tréninku“. Pro pacienta je zřejmě důležité dostávat zpětnou vazbu potvrzující smysluplnost psaní deníku – „Takže tím mě jako povzbudil, ještě smajlíkem, to bylo hezký“, dodává pacient a shledává, že by na povinnosti vedení terapeutického deníku vůbec nic neměnil.

6.2. Pacientka 2

Druhou respondentkou je osmatřicetiletá žena s vystudovanou vysokou školou. Hospitalizovaná je pro závislost na alkoholu již po druhé (po pěti letech). Hlavní témata rozhovoru identifikovaná v krocích 3 a 4 shrnuje následující tabulka:

HLAVNÍ TÉMA	PODTÉMATA
(Motivace k léčbě)	<ul style="list-style-type: none">• získat zpět děti, začít nový život
Osobní VS. terapeutický deník	<ul style="list-style-type: none">• nepravidelnost VS. každodenní povinnost• o tom, co nechtěla říkat okolí VS. sdílení
Obsah deníku	<ul style="list-style-type: none">• prožitky, pocity, dění na oddělení• otevřenost
Přínos deníku	<ul style="list-style-type: none">• možnost sdílet těžká témata• uvědomit si věci, srovnat myšlenky• pozorování pokroku/změny• zpětná vazba
Negativa deníku	<ul style="list-style-type: none">• nedostatečná zpětná vazba• povinnost

Pacientka v době záznamu rozhovoru právě začínala svou druhou hospitalizaci – poprvé byla kvůli alkoholové závislosti na léčení před pěti lety. Do současné léčby nastoupila proto, že chce získat zpět své děti, a také aby „*konečně už jako začala nový život*“.

S terapeutickým deníkem se setkala už při minulé hospitalizaci, zmiňuje však také další zkušenost s psaním – „*deníky si vedu od puberty v podstatě, ale to byly zase osobní deníky*“. Do těchto osobních deníků nepsala pravidelně - „*já jsem si kolikrát začla psát deník, pak třeba po pár dnech jsem toho nechala, nebo... pak jsem zas začala... nebo na pár let jsem vynechala a pak jsem zase začala...*“, a motivací k psaní byl vždy „*nějaký stav vnitřní mysli (smích), který jsem nechtěla sdělovat okolí*“. Zde pacientka identifikuje dva rozdíly mezi osobním a terapeutickým deníkem – v kontextu léčby deník není čistě soukromý (zápisky si pročítá a komentuje terapeut), a vyžadovány jsou pravidelně každý den.

Do deníku zapisuje cokoliv ji napadne v průběhu dne - „nemusí to být večer, jako, i v průběhu dne, (...) začnu deník a pak pokračuju něčím, co prostě v tu chvíli třeba... nějaká terapie, nebo (...) mě tam naštvě spolupacient, tak to tam prostě napíšu, ten pocit, a skončím. A pak třeba je komunita, zase z toho mám jiný pocit, takže pokračuju dál. Je to takový mix.“

Na otázku, zda jsou nějaká témata, kterým se v deníku vyhýbá, odpovídá „zatím ne“, a směje se. Výjimku ze zásady „není důvod prostě něco tajit“ musela učinit v minulé léčbě, kdy měla vztah se spolupacientem, což je na oddělení zakázané.

Co na terapeutickém deníku pacientka především oceňuje je možnost „vypsat se“ z věcí, o kterých nedokáže mluvit. „Já dokážu mluvit o všem, otevřeně poměrně, ale... třeba děti jsou strašně citlivé téma. (...) [deník mi] pomohl v tom, že tam jsem se vypsala – protože vždycky když jsem o tom měla mluvit jakoby veřejně, tak jsem brečela, jo, brečím. Ale tím, že jsem to dostala na ten papír, tak si myslím, že mi to pomohlo v tomhle“, říká.

Ostatní témata, o kterých dokáže mluvit bez problému, však v deníku svá místa najdou také, protože psaní deníku pacientce pomáhá uvědomit si věci a srovnat si myšlenky („když to člověk píše, tak si třeba spoustu věcí i uvědomí. Že... si to nějak jako srovná v té hlavě, a (...) dojdou mu třeba některé věci“), je dobré „[vidět] to na tom papíře“.

V jiné části přiznává, že má deníky z minulé léčby doma schované a občas si je prolistuje. Pročítání starých deníků jí umožňuje osvěžit si, jak se v průběhu léčby změnila („čím jsem procházela, vlastně, ty pocity, (...) jak jsem se měnila v průběhu té léčby“), a pozorovat výsledek léčby („člověk prostě... sem přijde nějak, v nějakým stavu, a v nějakým jiným stavu úplně odchází“).

Důležitým aspektem terapeutických deníků je podle pacientky zpětná vazba – tu respondentka zmiňuje v odpovědi na otázku, proč si myslí že se po pacientech na oddělení deníky vyžadují: „Protože si myslím, že je to důležité pro tu léčbu. Právě (...) že ten člověk má tu zpětnou vazbu“. Se zpětnou vazbou, kterou do deníku od psychologa obdržela, však nebyla vždy spokojená – „někdy jsem byla zklamaná, no, upřímně... tou reakcí...“; „upřímně, když se tam třeba napsalo něco negativního, tak se to jako nekomentovalo, nebo neřešilo...“. A upozorňuje (s velkým důrazem na slovo „obvykle“) také na to, že někdy zpětná vazba chyběla docela: „Napíšete prostě deník, a **obvykle** je nějaká zpětná vazba. Někdy není“. Pacientka vyjadřuje sympatie s „paní psychologkou“, která má pochopitelně hodně práce a „číst tolik věcí (...) a orientovat se v tom (...) je jako náročné“, ale říká, že někdy „fakt jako jsem **pot-** chtěla slyšet nějaký názor, a prostě **nebyla** ta odpověď, nebo nebylo... nebylo komentované to, co jsem prostě očekávala že bude komentované... co pro mě bylo v ten den jakoby důležité“; myslím, že

pacientka zde původně chtěla říct „potřebovala“, které změnila na „chtěla“ – i přesto je však znát, že v ní toto téma vzbuzuje silné emoce, a zpětná vazba je pro ni ohromně důležitá.

Pacientka má k deníku vesměs pozitivní vztah, někdy jí však dělá problém aspekt povinnosti. O povinnosti vedení deníku v rámci léčby říká následující: "[v první léčbě] *mi to přišlo jako fajn věc. A... akorát potom tím, že to byla povinnost, tak už jako... ke konci už to bylo takové jako nucené někdy, právě v ty dny kdy se jakoby nic nestalo*". Někdy se cítí unavená („protože většinou se to píše večer, a tak se mi do toho nechce“), jinak ale píše v průběhu dne kdykoliv má potřebu („většinou to беру tak jako prostě, jo, teď mám potřebu to napsat, tak to napíšu.“). Rozumí, že deník je povinný každý den z důvodu, že by jinak „*to pacienti potom jako zneužívali, a potom by jako řekli ,no, tak jako, bylo mi fajn, dneska to bylo dobrý‘ - a je to jedna věta a prostě nic tím člověk nevyjádří*“, takže by na tom, jak terapeutický deník funguje na daném oddělení, „*jako moc neměnila nic*“.

6.3. Porovnání případů

Témata nejprve shrnuji v tabulce, kterou následně podrobněji popíšu. Vynechaný je pouze tematický celek „motivace k léčbě“, jelikož ten se u jakýchkoliv dvou pacientů bude vždy lišit.

HLAVNÍ TÉMA	Pacient 1	Pacientka 2
Předchozí zkušenost s psaním	<ul style="list-style-type: none"> (žádná zkušenost) 	<ul style="list-style-type: none"> ano (osobní deníky od puberty, terapeutický deník v minulé léčbě)
Obsah deníku	<ul style="list-style-type: none"> pocity, prožitky a zážitky z oddělení otevřenost, upřímnost 	
Přínos deníku	<ul style="list-style-type: none"> uspořádání myšlenek zpětná vazba od terapeuta 	
	<ul style="list-style-type: none"> udržování se v aktivitě osobní trénink 	<ul style="list-style-type: none"> pozorování pokroku/změny možnost sdílet těžká témata
Negativa deníku	<ul style="list-style-type: none"> (neuvádí žádná negativa) 	<ul style="list-style-type: none"> nedostatečná zpětná vazba povinnost

Na rozdíl od pacienta 1 měla pacientka 2 předchozí zkušenost s vedením osobních deníků, což jí nepochybně usnadnilo plnění povinnosti na oddělení vyžadujícím terapeutický deník. Pacient 1 si na vedení deníku musel zvykat – nikdy nebyl zvyklý psát, navíc jeho zdravotní stav (zmatenost, třes ruky) na začátku léčby psaní ztěžoval. Dokázal si z deníku však udělat každodenní zvyk a nyní neuvádí žádné problémy. Oba v deníku popisují své pocity, prožitky a zážitky z oddělení, oba zdůrazňují důležitost upřímnosti a otevřenosti v projevu a není témat, kterým by se v současnosti vyhýbali.

Přínos deníku vidí oba v možnosti uspořádání myšlenek a v komunikaci s terapeutem prostřednictvím zpětné vazby. Pacient 1 deník vidí jako skvělou pomůcku udržování sebe v aktivitě, povinnost psát o pocitech a zážitcích mu pomáhá v tom, aby o sobě nepřestal přemýšlet a pokračoval v „osobním tréninku“, jak říká. Pacientka 2 má na rozdíl od pacienta 1 zkušenost s terapeutickým deníkem z minulé léčby – deníky má doma schované a občas si je pročítá, a chválí si možnost pozorovat, jak se sama v průběhu léčby změnila. Navíc přiznává, že existuje téma, o kterém nedokáže s nikým mluvit bez toho, aby se rozbřečela, a psaní deníku je v tomto velikou pomocí.

Oba pacienti tedy k deníku zaujmají vesměs kladný postoj, pacientka 2 však zároveň upozorňuje na určitá negativa – občas je zklamaná z nedostatečné zpětné vazby; není ráda, když chybí reakce od psychologa, když by ji zrovna opravdu potřebovala, ačkoliv chápe, že je to způsobené přetížením a nedostatečnými časovými možnostmi odborníků. Z jejího projevu je cítit jistý odpor k povinnému aspektu terapeutických deníků – byla by raději, kdyby se deník nemusel odevzdávat každý den, protože je občas unavená nebo se zkrátka nic neděje a není o čem psát... na druhou stranu rozumí, že „nepovinnost“ deníku by v praxi nefungovala kvůli případné „lenosti“ pacientů, a deník by nebyl tak efektivní pomůckou v léčbě. Pacient 1 toto negativně nevnímá, nemá problém za každý den posbírat dostatek zážitků, o kterých může psát.

7. Diskuse

Cílem práce bylo prozkoumat, jak pacienti v rezidenční léčbě závislosti na alkoholu vnímají terapeutický („pocitový“) deník jakožto každodenní součást terapie. Ve dvou rozhovorech byli na toto téma zpovídati dva pacienti, osmapadesátiletý muž („Pacient 1“), který byl na léčení poprvé, a žena ve věku třiceti osmi let („Pacientka 2“), hospitalizována podruhé. Pacienti na oddělení VI. pro léčbu návykových nemocí v Psychiatrické nemocnici Brno mají po celou dobu hospitalizace povinnost vést si terapeutický („pocitový“) deník. Zápisy musí odevzdávat každý den, psychologové na oddělení pak deníky pročítají a dopisují pacientům do sešitů zpětné vazby. Témata, která se v rozhovorech vyskytla, se do značné míry z důvodu totožnosti kladených otázek překrývala, data však díky své kvalitativní povaze přinesla dva unikátní pohledy na fenomén terapeutického deníku.

Oba respondenti k deníku zauímají kladný postoj a hodnotí jeho implementaci do léčby jako užitečnou. Pacient 1 považuje za přínosné každodenní zamýšlení se nad sebou, které vidí jako něco, co si s sebou chce z léčby odnést zpět do svého normálního života. V souvislosti se současnou situací, kdy je psaní deníku povinností, myslí i na budoucnost a říká: *„když se odsud odejde, tak potom to bude velice těžké“*, a proto označuje za důležité *„aby o sobě [člověk] nepřestával přemýšlet“*, v čemž mu deník velice pomáhá. Ansorge (2015) uvádí, že psaní deníků o událostech a pocitech jimi vyvolaných v pisateli kultivuje schopnost kritického myšlení. S pomocí racionálních argumentů je pak schopnější bojovat proti svým negativním nutkáním či impulsům a vyhýbat se tak hrozícímu relapsu. Možná Pacient 1 nikdy nebyl příliš introspektivní a díky deníku a psychoterapii se nad sebou učí uvažovat více a hlouběji, možná vždy byl sám se sebou „v kontaktu“ a deníku mu „pouze“ pomáhá se ve svých pocitech lépe vyznat.

Studie, ve které se Stephenson & Zygouris (2007) zabývali terapeutickým deníkem potvrdila, že vedení deníků mělo u pacientů dvanáctistupňového programu pozitivní dopad na průběh léčby. Nešlo však jen o samotné psaní – znovupročítání a reflektování starších zápisků zvyšovalo aktivní zapojení pacientů do léčby. Na téma starších zápisků jsme narazili v rozhovoru s Pacientkou 2, která zmínila, že má doma schované deníky z předchozí léčby a občas si je pročítá, aby si oživila, čím si při léčbě procházela a jak se měnila - *„ty změny tam byly, no, člověk prostě sem přijde nějak, v nějakém stavu, a v nějakém jiném stavu úplně odchází“*. Ačkoliv se zde nejedná o stejný typ reflexe (ve Stephenson & Zygouris, 2007, pacienti vždy rozebírali deníkové zápisky z minulého týdne), myslím, že princip zůstává aplikovatelný

– pacientka si ve starém deníku může připomenout, v jakém stavu se nacházela na začátku hospitalizace a může pozorovat, jak se do textu promítá zlepšení jejího stavu až do ukončení léčby. Do rukou se jí tak vlastně dostává hmatatelný důkaz o tom, že už si něčím podobným jednou prošla a zvládla to překonat, což je jedním ze způsobů, jak může být zvýšeno pacientčino self-efficacy (Akhtar, 2008) a tím pádem sníženo riziko relapsu (Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999).

Pacientka 2 ve svém příběhu odhaluje učebnicový příklad jedné z obrovských výhod psaní – jak píše Alexander, McAllister, & Brien (2016, p. 24), terapeutické deníky mohou pacientům „*asistovat ve sdílení bolestivých zkušeností namísto jejich internalizace*“. Téma, které je pro pacientku tak osobní a bolestivé, že o něm nedokáže mluvit, aniž by plakala, určitě raději a snadněji s terapeutem bude sdílet přes deníkové zápisy; umožnit pacientům v rámci léčby využívat psaní jako možnost sebevyjádření tak potenciálně může urychlit a zefektivnit proces léčby. V souvislosti s tímto můžeme připomenout dřívější studie (Pennebaker & Beall, 1986; Baikie & Wilhelm, 2005) poukazující na zlepšení zdraví jedinců, kteří zpracovávali své traumatické zážitky pomocí expresivního psaní. Oproti „zdravé“ populaci mívají lidé zneužívající návykové látky výrazně častěji za sebou trauma, psaní proto může být velmi efektivní intervencí.

Důležitým aspektem metody terapeutického deníku je zpětná vazba. Pacient píše deník s vědomím toho, že tyto své myšlenky na papíře bude sdílet s některým z odborníků na oddělení, který mu prostřednictvím zpětné vazby nabídne povzbuzení, porozumění či pomoc. Podle autorů Alexander, McAllister, & Brien (2016) toto sdílení deníkových zápisů prohloubí vzájemné pochopení mezi pacienta a odborníkem. Problémy, které pacient v rámci terapie řeší, zároveň pravděpodobně najdou své místo i na stránkách deníku, dost možná však z jiného pohledu či s novými detaily, na které při „běžném rozhovoru“ nedošlo. Oběma pacientům na dostávání zpětné vazby velmi záleží; způsob, kterým tuto zkušenost reflektují, je ale velmi odlišná. Zatímco Pacient 1 mluví o povzbuzení ze strany terapeuta v reakci na jeho zápisky, Pacientka 2 upozorňuje na své zklamání z toho, že zpětná vazba občas úplně chybí nebo v ní psycholog nereaguje na některé věci, které jsou pro ni v tu chvíli důležité – „*upřímně, když se tam třeba napsalo něco negativního, tak se to jako nekomentovalo, nebo neřešilo*“, říká. Pacientce nezáleží na stylu odpovědi, tedy alespoň to neuvádí jako něco, co by ji kdy zklamalo, velmi negativně však vnímá absenci zpětných vazeb – své zklamání popisuje takto: „*Že mně třeba [psycholožka] nenapsala nic na to. Že fakt jako jsem pot- chtěla slyšet nějaký názor, a prostě nebyla ta odpověď, nebo nebylo... nebylo komentované to, co jsem prostě*

očekávala že bude komentované... co pro mě bylo v tu- v ten den jakoby důležité.“. Jak zmiňuje i sama pacientka, je samozřejmě pochopitelné že psychologové na oddělení jsou velmi vytíženi a někdy se zkrátka může stát, že na napsání dostatečné zpětné vazby nezbude čas – navíc z pacientčina projevu není zřejmé, jak často se toto stává. Pokud však jde o neojedinělý jev, absenci zpětných vazeb bych viděla jako velký nedostatek – právě sdílení deníkových zápisů s odborníky je to, co terapeutický pocitový deník odlišuje od klasického dialogu pisatele se sebou samým v „tajném“ osobním deníku.

Výsledky výzkumu hovoří ve prospěch terapeutického deníku – oba respondenti považují psaní deníku v rámci léčby za přínosné, a dokonce zmiňují přesah této aktivity do oblasti běžného života (ad Pacient 1 a jeho úvaha nad tím, že mimo léčebnu to bude těžké, a bude proto velmi důležité o sobě nepřestat přemýšlet – v čemž může pomoci deník, a Pacientka z pročítající si své starší deníky, aby si připomněla, čím si procházela a pozorovala pokrok a změnu). Terapeutický deník je dle mého názoru metodou zasluhující hlubší prozkoumání pro výhody, které nabízí, a které byly potvrzeny i tímto výzkumem. Bylo by zajímavé zjistit, jak terapeutický deník vnímají psychologové, kteří s ním v léčbě pracují. Vhodné by mohlo být provést i kvalitativní výzkum u pacientů na odděleních, kde se deník využívá, a z výsledků identifikovat možná témata pro podrobnější výzkum kvalitativní povahy.

Na závěr je třeba uvést limity výzkumu. Jelikož se jedná o můj vůbec první pokus o kvalitativní analýzu, zkušenější člověk by na mém místě jistě došel k podnětnějším postřehům. Kvalitativní výzkum umožňuje hlubší porozumění na úkor zobecnitelnosti. Kvůli nedostatečné velikosti vzorku (dva pacienti), malému rozsahu dat (10:16 a 15:40 min.) a unikátnosti žitých zkušeností respondentů se jednotlivé výsledky nedají vztáhnout na širší populaci. V analyzovaných rozhovorech se navíc nahodile sešli zrovna dva pacienti, kteří deník považují za smysluplné trávení času během léčby a vidí jeho přínosy; je však očekávatelné, že takto pozitivní přístup nenajdeme u všech pacientů. Nevýhodu spatřuji i v tom, že jsem rozhovory neprováděla sama, a tedy jsem přišla o přímý zážitek s respondenty a nemohla tak brát v potaz důležitou složku neverbálních projevů.

8. Zdroje

- Addiction.com. (n.d.). *Addiction A-Z*. Addiction.com. <https://www.addiction.com/blogs/az/covert-sensitization/>
- Akhtar, M. (2008, November 8). *What is Self-Efficacy? Bandura's 4 Sources of Efficacy Beliefs*. Positive psychology. <http://positivepsychology.org.uk/self-efficacy-definition-bandura-meaning/>
- Alcohol.org. (2019, October 29). *Cognitive Behavioral Therapy for Alcoholism Recovery*. <https://www.alcohol.org/therapy/cbt/>
- Alcoholics Anonymous (n.d.) *What Is A.A.?* Alcoholics Anonymous. https://www.aa.org/pages/en_US/what-is-aa
- Alexander, J., McAllister, M., & Brien, D. L. (2016). Exploring the diary as a recovery-oriented therapeutic tool. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(1), 19-26. <https://doi.org/10.1111/inm.12179>
- American Psychological Association. (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe - Testcentrum.
- Anonymní alkoholici (n.d. a). *Jak to funguje?* Anonymní alkoholici. <https://www.anonymnialkoholici.cz/nove-prichozi/jak-to-funguje/>
- Anonymní alkoholici (n.d. b). *12 kroků AA*. Anonymní alkoholici. <https://www.anonymnialkoholici.cz/pro-cleny/12-kroku-aa/>
- Ansorge, R. (2015, April 19). *Dear Diary: How Journaling Can Help Your Recovery*. Addiction.com. <https://www.addiction.com/8932/dear-diary-how-journaling-can-help-your-recovery/>
- Bagnardi, V. R. (2015). Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *British Journal Of Cancer*, 112(3), 580-593. <https://doi.org/10.1038/bjc.2014.579>
- Baikie, K., & Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(5), 338-346. <https://doi.org/10.1192/apt.11.5.338>
- Berglund, M., Thelander, S., Salaspuro, M., Franck, J., Andréasson, S., & Öjehagen, A. (2003). Treatment of alcohol abuse: an evidence-based review. *Alcoholism: Clinical and*

Experimental Research, 27(10), 1645-1656.

<https://doi.org/10.1097/01.alc.0000090144.99832.19>

Center for Substance Abuse Treatment. (2004). *Substance Abuse Treatment and Family Therapy*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).

Chassin, L., Pitts, S. C., & DeLucia, C. (1999). The relation of adolescent substance use to young adult autonomy, positive activity involvement, and perceived competence. *Development and Psychopathology*, 11(4), 915-932.

<https://doi.org/10.1017/S0954579499002382>

Chauhan, V. S., Nautiyal, S., Garg, R., & Chauhan, K. S. (2018). To identify predictors of relapse in cases of alcohol dependence syndrome in relation to life events. *Industrial psychiatry journal*, 27(1), 73-79. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_27_18

Collins, S. E., Clifasefi, S. L., Nelson, L. A., Stanton, J., Goldstein, S. C., Taylor, E. M., ... & Taylor, E. (2019). Randomized controlled trial of harm reduction treatment for alcohol (HaRT-A) for people experiencing homelessness and alcohol use disorder. *International Journal of Drug Policy*, 67, 24-33. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.01.002>

Csémy, L. *Suchej únor 2020 – ALKOFAKTA*. [Suchejunor.cz](http://suchejunor.cz).

https://docs.google.com/document/d/1AyUn8BDRVjoQu4YooocnMHCITE_hqdx5eDrVM LfdABJQ/edit#

Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M. & Skývová, M. (2019). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2018*. Státní zdravotní ústav.

Dimeff, L. A., & Marlatt, G. A. (1998). Preventing relapse and maintaining change in addictive behaviors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 513-525.

<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00171.x>

Doweiko, H. E. (2012). *Concepts of chemical dependency*. Cole Cengage Learning.

Epstein, E. E. (2009). *A cognitive-behavioral treatment program for overcoming alcohol problems*. Oxford University Press.

Erwin, W. E., Williams, D. B., & Speir, W. A. (1998). Delirium tremens. *Southern medical journal*, 91(5), 425-432. <https://doi.org/10.1097/00007611-199805000-00003>

Ewens, B. A., Hendricks, J. M., & Sundin, D. (2015). The use, prevalence and potential benefits of a diary as a therapeutic intervention/tool to aid recovery following critical

- illness in intensive care: a literature review. *Journal of clinical nursing*, 24(9-10), 1406-1425. <https://doi.org/10.1111/jocn.12736>
- Flores, P. J., & Georgi, J. M. (2005). *Substance Abuse Treatment: Group Therapy*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Galbicsek, C. (2019, July 24). *Effects of Alcohol*. Alcohol Rehab Guide. <https://www.alcoholrehabguide.org/alcohol/effects/>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Routledge.
- Gold, M. S. (2010). *The encyclopedia of alcoholism and alcohol abuse*. Facts On File.
- Heather, N., & Stockwell, T. (Eds.). (2004). *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems*. John Wiley & Sons.
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 6(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1747-597x-6-17>
- Hrdina, P. (2003). Harm Reduction – Snižování poškození drogami. In Kalina, K. et al. (Ed.) *Drogy a drogové závislosti*, 1 (pp. 263-267). Úřad vlády České republiky.
- Hunt, W. A., Barnett, L. W., & Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of clinical psychology*, 27(4), 455-456. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197110\)27:4%3C455::aid-jclp2270270412%3E3.o.co;2-r](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197110)27:4%3C455::aid-jclp2270270412%3E3.o.co;2-r)
- Iwanicka, K. A., & Olajossy, M. (2015). The concept of alcohol craving. *Psychiatria polska*, 49(2), 295-304. <https://doi.org/10.12740/pp/27538>
- King, R., Neilsen, P., & White, E. (2013). Creative writing in recovery from severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(5), 444-452. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00891.x>
- Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F., George, T. P., Greenfield, S. F., Kosten, T. R., ... & Hennessy, G. (2006). Treatment of patients with substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163(8 SUPPL.), 1-81.
- Kraus, L., & Nociar, A. (2016). *ESPAD report 2015: results from the European school survey project on alcohol and other drugs*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- Kristenson, H., Österling, A., Nilsson, J. Å., & Lindgärde, F. (2002). Prevention of alcohol-related deaths in middle-aged heavy drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(4), 478-484. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2002.tb02564.x>
- Kuda, A. (2003). Relaps a prevence relapsu. In Kalina, K. et al. (Ed.) *Drogy a drogové závislosti*, 2 (pp. 117-121). Úřad vlády České republiky.
- Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. et al. (Ed.) *Drogy a drogové závislosti*, 1 (pp. 91-95). Úřad vlády České republiky.
- L'Abate, L. (1991). The use of writing in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 45(1), 87-98. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1991.45.1.87>
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 151-160.
- Láznička, L. (2011). Farmakoterapeutické možnosti léčby závislosti na alkoholu. *Praktické lékařství*, 7(6), 262-264.
- Lindenmeyer, J. (2009). *Závislost od alkoholu*. Vydavatelstvo F.
- Marion, N. E., & Oliver, W. M. (Eds.). (2014). *Drugs in American Society: An Encyclopedia of History, Politics, Culture, and the Law [3 volumes]*. ABC-CLIO.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive behaviors*, 27(6), 867-886. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00294-0](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00294-0)
- Marlatt, G. A., Larimer, M. E., Baer, J. S., & Quigley, L. A. (1993). Harm reduction for alcohol problems: Moving beyond the controlled drinking controversy. *Behavior Therapy*, 24(4), 461-503. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80314-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80314-4)
- Martínez-Vispo, C., Martínez, Ú., López-Durán, A., del Río, E. F., & Becoña, E. (2018). Effects of behavioural activation on substance use and depression: a systematic review. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 13(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0173-2>
- McKay, J. R., & Hiller-Sturmhöfel, S. (2011). Treating alcoholism as a chronic disease: approaches to long-term continuing care. *Alcohol Research & Health*, 33(4), 356-370.

- Medicina.cz. (1999, February 22). *Jak vypadá protialkoholní léčba?* Medicina.cz.
<http://medicina.cz/clanky/2763/34/Jak-vypada-protialkoholni-lecba/>
- Meyers, R. J., & Miller, W. R. (2001). *A community reinforcement approach to addiction treatment*. Cambridge University Press.
- Milam, J. R., & Ketcham, K. (1981). *Under the Influence: A Guide to the Myths and Realities of Alcoholism*. Bantam Books.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. Sdružení SCAN.
- Monti, P. M., & Rohsenow, D. J. (1999). Coping-skills training and cue-exposure therapy in the treatment of alcoholism. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 107-115.
- Morisano, D., Babor, T. F., & Robaina, K. A. (2014). Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders: implications for treatment services. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 31(1), 5-25. <https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0002>
- Mugerwa, S., & Holden, J. D. (2012). Writing therapy: a new tool for general practice? *British Journal of General Practice*, 62(605), 661-663. <https://doi.org/10.3399/bjgp12x659457>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2004). Alcohol's Damaging Effects on the Brain. *Alcohol Alert*, 63.
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Portál.
- Nešpor, K. (2017). *Psychoaktivní látky a patologické hráčství: diagnostické kategorie, rizika, krátká intervence a léčba*. Drnespor.eu. http://www.drnespor.eu/_FUc.doc
- Nešpor, K. (n.d. a). *Moderní léčba návykových nemocí*. Drnespor.eu.
<http://www.drnespor.eu/modlec.doc>
- Nešpor, K. (n.d. b). *Zůstat střízlivý. Praktické návody pro lidi, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Drnespor.eu. <http://www.drnespor.eu/tyka06e.pdf>
- Nešpor, K., & Csémy, L. (2007). *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Psychiatrické centrum.

- NHS. (2020, January 29). *Drinking alcohol while pregnant*. NHS.uk.
<https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/alcohol-medicines-drugs-pregnant/>
- OECD. (2020, February 24). *Alcohol consumption*. OECD Data.
<https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm>
- O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. (2000). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of substance abuse treatment, 18*(1), 51-54.
[https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(99\)00026-4](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(99)00026-4)
- Ostrovsky, D. A. (2018, November 30). *Alcohol Withdrawal Syndrome*. DynaMed:
<https://www.dynamed.com/condition/alcohol-withdrawal-syndrome/>
- Pascoe, P. E. (2017). Using patient writings in psychotherapy: Review of evidence for expressive writing and cognitive-behavioral writing therapy. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal, 11*(3), 3-6.
- Petry, N. M. (2011). Contingency management: what it is and why psychiatrists should want to use it. *The psychiatrist, 35*(5), 161-163. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.031831>
- Plocová, M. (2012). *Psychoterapie v léčbě závislosti*. [Bachelor's thesis, Univerzita Jana Amose Komenského Praha]. Univerzita Jana Amose Komenského Praha.
<http://docplayer.cz/26184251-Univerzita-jana-amose-komenskeho-praha-bakalarska-prace-monika-plocova-psychoterapie-v-lecbe-zavislosti-praha-2012.html>
- Polách, L. (2015, May 25). *Léčba alkoholismu*. Upsychiatra.cz.
<http://www.upsychiatra.cz/lecba-alkoholismu/>
- Ryan, N. (2010). Creativity in treatment: The use of art, play, and imagination. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology, 6*(1), 127-129.
<https://doi.org/10.1080/15551024.2011.531527>
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.
- Sachdeva, A., Choudhary, M., & Chandra, M. (2015). *Alcohol withdrawal syndrome: benzodiazepines and beyond*. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, 9*(9), VE01. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/13407.6538>.

- Scott, T. (2019, October 28). *Addiction Therapies for Treating Alcoholism*. Alcohol.org.
<https://www.alcohol.org/therapy/>
- Shiel, W. C. (n.d.). *Medical Definition of Relapse*. MedicineNet.
<https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=5292>
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Epstein, E. M., & Dobbs, J. L. (2008). Expressive writing buffers against maladaptive rumination. *Emotion, 8*(2), 302-306. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.8.2.302>
- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage Publications.
- Smith, J. A., Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 53-80). Sage.
- Sournia, J.-C. (1999). *Dějiny Pijáctví*. Garamond.
- Stephenson, G. M., & Zygouris, N. (2007). Effects of self reflection on engagement in a 12-step addiction treatment programme: A linguistic analysis of diary entries. *Addictive behaviors, 32*(2), 416-424. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.05.011>
- The Cabin. (2014, November 11). *Harm Reduction and Abstinence-Based Recovery Compared*. The cabin. <https://www.thecabinchiangmai.com/blog/harm-reduction-and-abstinence-based-recovery-compared/>
- The Recovery Village. (2020, February 1). *Slip vs. Relapse: What's the Difference?* The Recovery Village. <https://www.therecoveryvillage.com/treatment-program/aftercare/related/slip-vs-relapse/#gref>
- Tinsley, J. A., Finlayson, R. E., & Morse, R. M. (1998). Developments in the treatment of alcoholism. *Mayo Clinic Proceedings, 73*(9), 857-863.
- ÚZIS ČR. (2019). *Psychiatrická péče 2018*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Van der Oord, S., Lucassen, S., Van Emmerik, A. A. P., & Emmelkamp, P. M. (2010). Treatment of post-traumatic stress disorder in children using cognitive behavioural writing therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 17*(3), 240-249.
- Vavrinčíková, L. (2012). *Harm reduction a alkohol*. TOGGA.

- Volkow, N., & Li, T. K. (2005). The neuroscience of addiction. *Nature neuroscience*, 8(11), 1429-1430. <http://doi.org/10.1038/nn1105-1429>
- Wang, R., Shen, Y. L., Hausknecht, K. A., Chang, L., Haj-Dahmane, S., Vezina, P., & Shen, R. Y. (2019). Prenatal ethanol exposure increases risk of psychostimulant addiction. *Behavioural brain research*, 356, 51-61. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2018.07.030>
- WHO. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. World Health Organisation.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American psychologist*, 59(4), 224-235.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2011). Behavioral therapy across the spectrum. *Alcohol Research & Health*, 33(4), 313-319.
- World Health Organization. (2016). *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Aktualizovaná druhá verze k 1.1.2018. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018) *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Fact sheet on alcohol consumption, alcohol-attributable harm and alcohol policy responses in European Union Member States, Norway and Switzerland*. World Health Organization.
- World Health Organization. (n.d.) *Alcohol*. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1
- Zimić, J. I., & Jukić, V. (2012). Familial risk factors favoring drug addiction onset. *Journal of psychoactive drugs*, 44(2), 173-185. <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.685408>