

VÝVOJ ZÁVAZKU K CELOŽIVOTNÍ ABSTINENCI U PACIENTŮ BĚHEM ODVYKACÍ LÉČBY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU: ZAKOTVENÁ TEORIE

Commitment to a lifetime abstinence among addicted in-patients during their alcohol withdrawal treatment: grounded theory

Klára Rouchalová, Jan Roubal

Katedra psychologie FSS MU, Brno, CZ; e-mail: klara.rouchalova@gmail.com;
e-mail: jan.roubal.cz@gmail.com

Psychoterapie. 12 (3), 202–218; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Studie přispívá k porozumění terapeutické změně, ke které dochází u pacientů léčících se v odvykací léčbě závislosti na alkoholu dle Skálova modelu. Výzkumnou otázkou je, jak se u pacientů léčících se v 13týdenní režimové odvykací léčbě vyvíjí závazek k celoživotní abstinenci. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 27 pacientů podstupujících léčbu na oddělení č. 19 v Psychiatrické nemocnici Brno. Získaná data byla analyzována metodou zakotvené teorie. Výsledná teorie je prezentována formou sekvenčního modelu 4 fází, které popisují, jak se proměňuje závazek pacientů k celoživotní abstinenci. Ústředním konceptem je budování sebeúcty, ke kterému dochází primárně na základě vytváření sebevědomí a získávání pozitivní zpětné vazby. Výzkumná zjištění jsou diskutována s dosavadními poznatky o procesu zotavování se ze závislosti. Závěrem jsou poskytnuty výzkumné a klinické implikace.

Klíčová slova: Závislost na alkoholu, Apollinářský systém léčby, odvykací léčba, závazek k celoživotní abstinenci, self-esteem, self-efficacy, zmocňování, proces zotavení ze závislosti

ABSTRACT:

The thesis contributes to the understanding of therapeutic change of in-patients during an alcohol withdrawal treatment based on Skála's treatment system. Research answers the question how the commitment to a lifetime abstinence develops in patients during their 13 weeks long alcohol withdrawal treatment. The explored group of participants consists of 27 respondents who were hospitalized during the research at the ward no. 19 in the Psychiatric Hospital in Brno. The method of grounded theory analysis was conducted. Final theory is presented through a sequential model of 4 phases which describe the change of patients' commitment to a lifetime abstinence. The central concept is building of self-esteem that is supported by processed of improving self-efficacy and receiving positive feedback. The research findings are discussed within existing empirical findings on the process of addiction recovery. Finally, the research and clinical implications are provided.

Keywords: Alcohol dependency, Apollinaire's treatment system, alcohol withdrawal treatment, commitment to lifetime ab-

stinence, self-esteem, self-efficacy, empowering, recovery from addiction

1 ÚVOD

1.1. KONCEPT ZOTAVENÍ

V současnosti zaznamenáváme v oblasti léčby závislostí významný posun v uvažování. Tradiční paradigma vnímající závislost jako přetrvávající patologii, která vyžaduje hledání efektivní intervence, postupně ustupuje paradigmatu zotavení (*recovery*) orientovanému na řešení (White, 2007). Oproti tradičnímu akutnímu modelu léčby pomocí krátké a časově limitované terapie nyní směřuje praxe k celoživotnímu, neustále se rozvíjejícímu systému podpory zotavení (Gubi & Marsden-Hughes, 2013). Podle Whitea (2007), který koncept zevrubně rozpracoval, lze zotavení definovat jako „prožitek (proces nebo udržovaný stav) skrze který jedinci, rodiny a komunity poznamenané vážnými problémy s alkoholem a drogami zpracovávají a užívají své vnitřní a vnější zdroje k tomu, aby z vlastní vůle řešili tyto problémy, hojili zranění jimi způsobená a aktivně zvládali svou přetrvávající zranitelnost k těmto obtížím. Spolu s tím si vytvářejí zdravý, produktivní a smysluplný život“. (White, 2007, s. 236) Zotavení se tedy jeví být více komplexní než tradiční pohled na remisi u osob se závislostí, který býval často redukován na období střízlivosti. Posun v paradigmatu můžeme sledovat na mezinárodním nárůstu svépomocných skupin (Humphreys, 2004) a v přesunu výzkumné pozornosti v oblasti léčby závislostí od témat akutní biopsychosociální stabilizace k zaměření na faktory podporující a udržující proces zotavení (Gubi & Marsden-Hughes, 2013; Klingemann, 2011; White & Tuohy, 2013).

1.2. NÁPOMOCNÉ A BRZDÍCÍ FAKTORY V ZOTAVENÍ

Zotavení je považováno za neustále probíhající proces, protože i po několika letech od absolvování léčby u léčených jedinců přetrvává riziko vzniku relapsu (Mann et al., 2005). Riziko relapsu je obvykle nejvyšší v počátku léčby, nejčastěji v rozmezí prvních 4 týdnů (Gauthier et al., 1997). Dle výzkumu počáteční fáze procesu zotavení, která srovnávala pacienty, u nichž došlo k relapsu, a pacienty, kterým se daří udržovat abstinenci, se tyto dvě skupiny nelišily v proměnných věku, manželského stavu, zaměstnání a vzdělání (Charney et al., 2010). Autoři dále nezaznamenali rozdíly v trvání závislosti, frekvenci a množství užívání alkoholu a ve věku, kdy závislost u jedince propukla. Naopak se v této studii ukázalo, že důležitou roli v pravděpodobnosti relapsu hrají osobnostní charakteristiky: příznaky poruch osobnosti z klastru B (hraniční, antisociální, histriónská a narcistická porucha osobnosti) a impulsivita. Tyto dvě proměnné spolu s problematickým fungováním v rodinných a jiných sociálních vztazích vysvětlovaly 37 % rozptylu stavu (abstinence/relaps) pacientů po 4 týdnech léčby.

Mezi faktory, které napomáhají abstinenci patří užívání aktivních strategií sebemotivace (vybavování si výhod střízlivosti, připomínání si obtíží spojených s pitím, zvědomování střízlivosti jako základní životní priority) (McKay et al., 1996), dále vědomí vlastní účinnosti (Hendershot et al., 2011) a interní místo řízení (Blagojevik-Damašek et al., 2012). Proces zmocňování člověka k tomu, že je kompetentní znovu získat kontrolu nad svým vlastním životem může nahradit pocity beznaděje a bezmocnosti,

kteří jsou se závislostí spojené (Butler et al., 2015; Yeh et al., 2008).

V současné době je jednou z hlavních výzkumných otázek, zda je trvalá (celoživotní) abstinence nezbytnou podmínkou procesu zotavení. Preferování trvalé absti-



**Klára
Rouchalová**

Mgr. Vystudovala psychologii na FSS MU v Brně. V současnosti pracuje jako psychologka s dětmi i dospělými v ambulanci klinické psychologie v Brně. Je frekventantkou výcviku v psychoterapii zaměřené na řešení.

nence lze sledovat ve stanovisku národních organizací, např. *The American Society of Addiction Medicine* (1974) nebo v principech svépomocné skupiny *Anonymní alkoholici*, kde je např. výročí počátku střízlivosti symbolicky oslavováno a odměňováno udělováním žetonů. V systému léčby vycházejícím ze Skálova modelu, kterému se věnuje tato výzkumná studie, je jako terapeutický cíl rovněž chápána trvalá a důsledná abstinence. Trvalá abstinence zajišťuje z dlouhodobého hlediska lepší výsledky a vede k menšímu počtu relapsů než přístup kontrolovaného pití (Maisto et al., 2002). Samotnými jedinci, kteří vnímají, že podstupují proces zotavení, je celoživotní abstinence vnímána jako důležitý nástroj zotavení (Laudet, 2007). Opakovaně se objevuje názor, že jedinci, jejichž vážnost

problémů s užíváním alkoholu by se dala označit jako mírná až středně těžká, mohou přijmout opatření kontrolovaného pití a díky tomu nepostoupit do pokročilého stádia (Miller & Munoz, 2005). Proto je důležité rozlišovat abúzus od závislosti, dle Macka et al. (2010) mají jedinci, kteří nadužívají alkohol, šanci pokračovat v konzumaci alkoholu kontrolovaným způsobem, zatímco jedinci závislí na alkoholu tuto šanci postrádají. Je však nutné zdůraznit, že vzhledem k absenci kvalitních longitudinálních studií na toto téma, nemáme pro tato tvrzení dostatečnou empirickou podporu. Ukazuje se však, že samotná možnost učinit vlastní rozhodnutí o závazku k trvalé abstinenci či kontrolovanému pití může být důležitým faktorem podporujícím zotavení. Příkladem může být např. léčba v *Northern Germany Institute for Brief Therapy*, která si klade za cíl pomoci klientům obnovit jejich „schopnost vybrat si“ (Nelle, 2005), což je možnost, kterou lidé spolu se závislostí ztrácí.

2. SKÁLŮV (APOLINÁŘSKÝ) SYSTÉM

Jedním z hlavních tuzemských léčebných programů je model léčby vytvořený psychiatrem Jaroslavem Skálou v 50. letech. Vychází z principů terapeutických komunit, kdy spolu pacienti žijí v systému s predefinovanými rolemi s různými typy pracovního zapojení a pravidelnými komunitními aktivitami. Během 13týdenní léčby je od pacientů vyžadována striktní a trvalá alkoholová abstinence. Porušení abstinence, tedy relaps, je důvodem pro předčasné propuštění z léčby. Systém léčby výrazně využívá prvky behaviorální terapie, které jsou nejvýraznější v systému odměn a tres-

tů pacientů. Pacienti dodržují pevně daný léčebný řád, na základě jeho dodržování či porušování jsou terapeutickým personálem udělovány kladné a záporné body. Součástí léčebného programu jsou 2x týdně skupinové psychoterapie, každý pacient může využít i možnosti individuální psychoterapie. Dále se pacienti účastní didaktoterapie, tj. lekcí na různá témata spojená s problematikou závislosti a duševní hygieny. Každé dva týdny navštěvují pacienti své domovy, aby se dostali do kontaktu s běžným životem mimo nemocnici a mohli si vyzkoušet, jak dané situace zvládají. Mladá (2012) upozorňuje na to, že navzdory velkému rozšíření upravené původní podoby Skálova modelu na různá psychiatrická protialkoholní oddělení po celé ČR, paradoxně u nás nebyla tomuto typu léčby dosud věnována příliš velká výzkumná pozornost. Z tohoto důvodu postrádáme výzkumné ověření jeho účinnosti.

3. VÝZKUMNÝ CÍL

Apolinářský systém léčby je jedinečným a komplexním modelem léčby alkoholové závislosti, který má v České republice dlouhodobou tradici (Pokora et al., 2003; Mladá, 2012). Ačkoliv je celoživotní abstinence jeho explicitním cílem, nemáme v současné době žádné empirické důkazy toho, jakou roli má tento cíl v procesu zotavení ze závislosti. Prohloubení našeho porozumění procesu zotavení v tomto typu léčby by mohlo mít významné klinické implikace pro pomáhající profesionály v této oblasti.

Cílem této studie je prohloubit naše porozumění tomu, jak si pacienti vytváří závazek k celoživotní abstinenci napříč 13týdenní režimovou protialkoholní léčbou

vycházející ze Skálova léčebného modelu.

Pojem závazek k abstinenci chápeme jako odraz cíle, který si člověk ve vztahu k abstinenci klade (Marlatt et al., 1988). Závazek k celoživotní abstinenci v kontextu tohoto výzkumu je definován jako míra, s níž člověk přijímá cíl celoživotní abstinence jako svůj vlastní.

4. METODA

4.1. VÝZKUMNÝ SOUBOR

Celkem 27 hospitalizovaných pacientů (11 žen, 16 mužů) ve věku od 26 do 67 let ($m = 46$, $sd = 12$) se účastnilo jedné ze dvou ohniskových skupin ($N = 14$) nebo pravidelných individuálních rozhovorů, které probíhaly napříč celou léčbou ve frekvenci 1x za 14 dní. Zahrnuti byli pouze pacienti splňující tato kritéria: a) diagnóza F102 – syndrom závislosti na alkoholu, b) absence závislosti na jiné návykové látce (kromě abusu cigaret) či gamblingu, c) pacient se léčí dobrovolně, d) pacient je poprvé přijat k první hospitalizaci z důvodu závislosti na alkoholu. Poslední požadavek byl později v průběhu výzkumu pozměněn. Na základě principu teoretického vzorkování byli do výzkumu dále zahrnuti i pacienti podstupující druhou opakovanou léčbu, čímž bylo docíleno získání větší variability výzkumných dat.

4.2. OHNISKOVÉ SKUPINY

Před začátkem sběru dat v individuálních rozhovorech proběhla první skupina zaměřená na exploraci procesů spojených s tím, jak pacienti léčbu prožívají a co oni sami vnímají za nápomocné a brzdící momenty v léčbě ve vztahu k jejich abstinenci. Druhá skupina proběhla na samém závěru výzkumu a jejím cílem byla validizace výzkum-

ných výsledků. Této skupiny se zúčastnili pacienti právě podstupující léčbu, kteří se časově nacházeli v poslední třetině celkové léčby. Obě skupinové diskuse trvaly 90 minut, byly nahrávány na audiozáznam a následně přepsány.

4.3. INDIVIDUÁLNÍ ROZHOVORY A DENÍKY

S každým pacientem zapojeným v této části probíhaly semistrukturované indivi-



Jan Roubal

Je psychoterapeut a psychiatr. Vyučuje psychoterapii na katedře psychologie FSS MU v Brně, kde se účastní práce Centra pro výzkum psychoterapie. Založil a vede Výcvik integrace v psychoterapii a výcvik Gestalt Studia, pracuje jako supervizor a lektor psychoterapeutických výcviků v ČR i mezinárodně. Vede výzkumnou komisi Evropské asociace pro gestalt terapii. Spolu-editovat knihy „Současná psychoterapie“ (Portál, 2010), „Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact.“ (Franco Angeli, 2013) a „Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy“ (Cambridge Scholars Publishing, 2016).

duální rozhovory ve frekvenci 1x za 14 dní napříč celou 13týdenní léčbou. S každým pacientem tedy proběhlo 6–7 rozhovorů. Během výzkumu došlo k výraznému úbytku ve výzkumném souboru: 4 pacienti léčbu nedokončili z důvodu předčasného

propuštění (nevyhovění léčebnému programu či porušení abstinence), 1 pacient byl přeložen na jiné oddělení nemocnice, 1 pacient se rozhodl ukončit zapojení ve výzkumu po 1 rozhovoru (z časových důvodů). Z každého rozhovoru o délce 40–60 byla pořízena audio nahrávka a následně byl přepsán. Probandům bylo dále nabídnuto, aby si vedli zvláštní deník v rámci výzkumu, případně bylo dojednáno nahlédnutí do „pocitových“ deníků, které si pacienti povinně píšou v rámci léčebného programu.

4.4. ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU

Před zahájením výzkumu byl výzkum schválen Etickou komisí pro výzkum Masarykovy univerzity.

Každý participant byl ústní i písemnou formou obeznámen se záměrem výzkumu, jeho průběhem a plánovanými použitými metodami. Pacienti byli obeznámeni se svými právy, dobrovolností zapojení do výzkumu a možností výzkum kdykoli v jeho průběhu opustit. Každému bylo dále vysvětleno, že z jejich zapojení do výzkumu nebudou vyplývat žádné výhody ani nevýhody v léčbě a že účast ve výzkumu nebude nijak odměňována, a to ani ze strany výzkumníka, ani ze strany terapeutického týmu. Dále bylo zdůrazněno zachování anonymity získaných dat a mlčenlivosti výzkumníka. Výzkumník se zavázal, že nebude zjištěné skutečnosti v rozhovoru komunikovat s terapeutickým týmem. Individuální setkání byla plánována tak, aby nekolidovala s léčebným programem.

Veškerá získaná data byla anonymizována a uchovávána pouze pod číselným kódem (P01-P13, FG 1-14) a byla uložena a důkladně zabezpečena na externím disku.

4.5. PROCEDURA

V souladu s principy metody zakotvené teorie (Strauss & Corbin, 1999) byla tvorba a analýza dat realizována souběžně napříč celým výzkumem. Výzkumný postup lze rozdělit do 7 fází:

1. Sebereflexe výzkumníka: Výzkumník zaznamenal své prekoncepce o závislosti na alkoholu a osobách se závislostí před začátkem výzkumu, aby je mohl následně použít k ověření možných zkreslení analýzy dat.
2. První ohnisková skupina: Cílem skupiny bylo zaměřit se na nápomocné a brzdící momenty léčby z pohledu pacientů. Údaje byly využity pro základní strukturu individuálních rozhovorů a celkové seznámení výzkumníka s tím, jak pacienti prožívají léčbu.
3. Vedení individuálních rozhovorů, teoretické vzorkování a formulování klíčových konceptů: V této fázi byly strukturované rozhovory zaměřeny na *aktuální motivaci k abstinenci, důvěru ve zvládnutí abstinence a aktuální postoj k celoživotní abstinenci*. Z analýzy dat se postupně vynořovala další témata, která byla dále rozvíjena, aby bylo dosaženo teoretické nasycenosti těchto konceptů, a sice: *vztah k sobě, plánování doléčování, plánování budoucnosti po léčbě, proces porozumění vlastní závislosti a proces přijetí vlastní závislosti*. Vzhledem k principu teoretického vzorkování byly následně do výzkumu zahrnuti i pacienti absolvující druhou
4. léčbu závislosti. Přepisy rozhovorů byly podrobně analyzovány metodou otevřeného kódování. Původních 364 kódů bylo uspořádáno do 25 kategorií.
5. Formulování ústředního konceptu: Pomocí záměrného kódování a metody neustálého porovnávání (Charmaz, 2006) byly hlouběji propracovány vztahy mezi 25 kategoriemi. V této fázi došlo k vynoření centrálního konceptu *budování sebeúcty, který určovaly 4 hlavní kategorie: sebedůvěra, pozitivní zpětná vazba, porozumění závislosti v kontextu vlastního života a závazek k celoživotní abstinenci*.
6. Teorie změny pro jednotlivé případy a modely vysvětlující centrální koncept: Nejdříve byla separátně analyzována data od všech pacientů, kteří podstoupili celých 13 týdnů léčby. Proces terapeutické změny u každého pacienta byl analyzován na 4 úrovních: sebeúcta, sebedůvěra, porozumění vlastní závislosti a závazek k celoživotní abstinenci. Pro každý případ byla navržena pracovní teorie změny, pomocí níž vznikl grafický model znázorňující ústřední koncept *budování sebeúcty* (viz Obrázek 1).
7. Vytvoření sekvenčního modelu a následná re-analýza dat: Na základě porovnávání a syntézy dat z jednotlivých případů bylo možné identifikovat společnou sekvenci fází, která popisuje vývoj závazku k celoživotní abstinenci na čtyř výše zmíněných úrovních. V této fázi byla provedena re-analýza dat k validizaci sekvenčního modelu (výsledný model viz Tabulka 1).
8. Validizace modelu prostřednictvím druhé ohniskové skupiny: Druhé ohniskové skupiny se účastnili pacienti v závěrečné (10.–13. týden) fázi léčby. Každý pacient v ohniskové skupině nejdříve sdílel své vlastní zkušenosti s vývojem závazku k celoživotní abstinenci. Pacientům poté

byly představeny výsledky výzkumu, vč. modelu budování sebeúcty a sekvenčního modelu vývoje závazku k celoživotní abstinenci. Následoval prostor ke společné diskusi a zhodnocení modelu. Všichni pacienti zhodnotili teorii jako srozumitelnou a koherentní a reflektovali, že teorie odráží jejich vlastní zkušenost z léčebného procesu. Výsledkem ohniskové skupiny byly drobné jazykové úpravy závěrečné teorie.

4.6. ZAJIŠTĚNÍ VALIDITY VÝZKUMU

Validita výzkumu byla zajištěna následujícími kroky: a) sebereflexí klienta před sběrem dat, b) opakovanou analýzou a re-analýzou dat, c) použitím teoretického vzorkování v souladu s principem teoretické nasycenosti, d) triangulace dat, tj. získáním dat více způsoby (ohniskové skupiny, individuální rozhovory, deníky) z více zdrojů (různí pacienti v jednotlivých fázích), e) získání zpětné vazby v rámci závěrečné ohniskové skupiny.

5. VÝSLEDKY

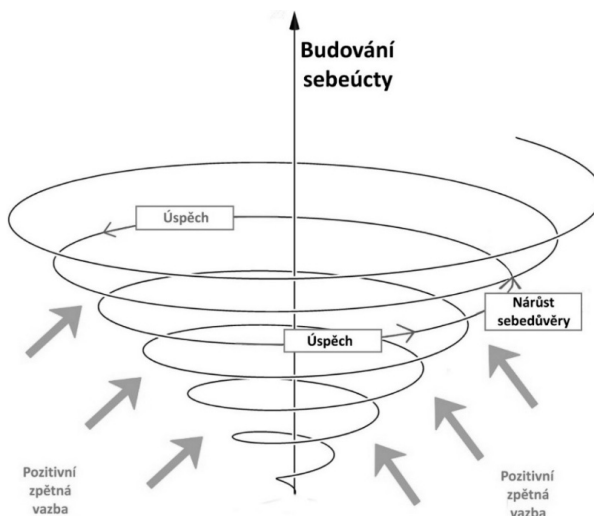
5.1. BUDOVÁNÍ SEBEÚCTY

Ústřední koncept nám umožňuje lépe porozumět vývoji závazku k celoživotní abstinenci.

Sebeúcta je chápána jako kladný pól sebehodnocení, vyjadřuje stav, ve kterém si pacient sám sebe váží, je schopen vyjadřovat k sobě pozitivní emoce, je mu samému se sebou dobře. Budování sebeúcty je vlastně procesem, kdy pacienti znovu nabývají vědomí, že mají jako lidé hodnotu a tuto

hodnotu chtějí chránit a rozvíjet. Jedná se o dynamický proces, v němž mají pacienti aktivní roli. Model znázorňující proces budování sebeúcty (viz Obrázek 1) zachycuje spirálu, která se postupně rozrůstá a pomyslně sílí. Proces je chápán jako neustále probíhající napříč celou léčbou. Počátek spirály můžeme vnímat jako absenci kladného sebehodnocení, které je postupně rozvíjeno spolu s tím, jak se spirála rozšiřuje. Tomu napomáhá zažívání úspěchů (např. úspěšné zvládnutí přestupové zkoušky z uzavřeného oddělení na otevřené, zvládnutí testů ze zdravotvědy, řešení problémů v mezilidských vztazích), které vedou k posílení sebedůvěry. Čím více sebejistý si pacient v léčbě připadá, tím více věcí zkouší a tím více věcí se mu také daří. Čím více roste sebedůvěra pacienta, tím roste i jeho sebeúcta, tyto dvě proměnné jsou vzájemně propojené. Významnou zkušeností, kterou lze zařadit mezi úspěchy, je samotné udržení abstinence. Nezbytnou roli má v tomto procesu pozitivní zpětná vazba okolí, která

Obrázek 1 Model budování sebeúcty



metaforicky plní roli vnějších sil, které celou spirálu podpírají. Zpětná vazba má podobu např. ocenění či přijetí ze strany blízkých a plní v podstatě roli pozitivního zpevnění. Schéma symbolicky zachycuje a podtrhuje důležitost všech konceptů – úspěch a následné posílení sebedůvěry umožňuje to, aby se spirála vůbec začala rozvíjet, pozitivní zpětná vazba pak celý tento proces budování sebeúcty podpírá a symbolicky tak brání jeho zhroucení.

5.2. SEKVENČNÍ MODEL BUDOVÁNÍ ZÁVAZKU K CELOŽIVOTNÍ ABSTINENCI

Sekvenční model popisuje proces vývoje závazku k celoživotní abstinenci ve 4 oddě-

lených fázích: 1. Negativní sebehodnocení, 2. Aktivizace zdrojů self, 3. Budování sebeúcty, 4. Expanze self. Každá fáze je dále zpracována na 4 tematických úrovních, jak ukazuje Tabulka 1.

Fáze 1: Negativní sebehodnocení

V první fázi mají pacienti tendenci k negativnímu sebehodnocení, které se typicky projevuje pocity studu, viny a lítosti. Jejich pozornost je zaměřena na sebeobviňování a ruminaci o minulosti a chybách, které udělali. Pro tuto fázi je typická dominující orientace na potřeby druhých namísto jejich vlastních.

„*Ted' spíš neustále si promítám, co člověk*

Tabulka 1 Sekvenční model budování sebeúcty

Fáze Rovina	1. Negativní sebehodnocení	2. Aktivizace zdrojů self	3. Budování sebeúcty	4. Expanze self
Sebeúcta	Stud, ruminace o chybách, sebeobviňování	Odbourávání negativních emocí, zárodky hrdosti	Uvědomování a prosazování vlastních potřeb, hrdost	Péče o sebe, seberozvoj, přeformulování cílů
Sebedůvěra	Absence copingových strategií	Osvojování nových copingových strategií, první úspěchy, posilování sebedůvěry	Ověřování účinnosti osvojených strategií, další nárůst sebedůvěry	Upevňování sebedůvěry
Porozumění vlastní závislosti	Studium problematiky závislosti, zjednodušující konstrukty vlastní závislosti	Hledání smyslu závislosti ve vlastním životě, prohlubování porozumění problematice	Ukotvení závislosti v kontextu vlastního života, přijetí identity alkoholika	Beze změn
Závazek k celoživotní abstinenci	Nepřijetí závazku	Zvnitřňování závazku, obava z křehkosti abstinence	Přijetí závazku	Odmítnutí závazku, stanovování bližších cílů v abstinenci, trvalá abstinence se stává prostředkem k dosažení nových cílů

dělal, když pil. Jo, takové ty výčitky... No taková ta morální kocovina. Že jako máte čas tady přemýšlet a ty myšlenky jsou prostě hodně nutkavé a myslím na to a teď takový ten stav, že člověka to mrzí a chtěl by to vrátit zpátky a ono už to nejde, no.“ (P07)

Typickou zvládací strategií k tlumení psychické bolesti je u pacientů obvykle pít alkoholu, v této fázi tedy postrádají jiné adaptivní efektivní copingové strategie. V počátku léčby jsou pacienti povinni studovat skripta o problematice závislosti. Původně většinou věří, že střízlivost je otázkou vůle člověka. Často proto vnímají sami sebe jako slabé, postrádající vůli a vnitřní sílu. Pro pacienty v této fázi je tedy obvyklý velice zjednodušující pohled na abstinenci.

„Já si myslím, že ta abstinence je jenom o tom chtít a říct si prostě: Prostě si to nedám.“ (P01)

Celoživotní abstinence je explicitním léčebným cílem, je prezentována jako hlavní řešení alkoholové závislosti. V této fázi je však pro pacienty jen obtížné si představit, že by abstinovali navždy. U pacientů v této fázi se objevovala kombinace nízké sebedůvěry, vysoké motivace k tomu zůstat střízlivý a vnímání celoživotní abstinence jako nerealistické. Výsledkem je, že jedinci v této fázi nedokázali internalizovat závazek k celoživotní abstinenci.

„Je to takový... nedokážu si to ani představit jako jo. Co, co to obnáší nebo... Fakt teďka nedokážu říct tady na tohle to téma, že bych jako už jako na doživotí, že bych si ani sklenku nedal.“ (P05)

Fáze 2: Aktivizace vnitřních zdrojů

Přechod z první do druhé fáze souvisí s povinnými přestupovými zkouškami z uzavřeného na otevřené oddělení. V prv-

ních dvou týdnech léčby pacienti nemohou opouštět oddělení a nemohou se plnohodnotně zapojit do terapeutického programu. Teprve po úspěšném zvládnutí zkoušky z adiktologické problematiky získají další privilegia a začnou se plně zapojovat do programu. Zvládnutí zkoušek je pacienty vzhledem ke kognitivní náročnosti často vnímáno jako jeden z prvních úspěchů. Plnohodnotný léčebný režim je poté bohatší z hlediska příležitostí zažívat další úspěchy, čímž dochází k nárůstu pocitu důvěry v sebe sama. Spolu s tím dochází také k osvojování nových copingových strategií.

„Určitě se člověk posune tak nějak z té roviny adaptační do té roviny, kdy už prostě musíte fungovat. (...) Je to takový ten, ten stupeň pomyslného žebříčku, že někam postoupíte (...). Určitě to posune dál hlavně v té léčbě. (...) S odstupem času každý problém se dá řešit, nic není neřešitelné. Zdánlivě nejhorší problémy se dají, dají řešit. Chce to ty problémy řešit, a ne je odkládat někam, že se vyřeší sami. (...) Vyvíjí se to právě v tom, že se snažíte si uvědomit jaké jste před tím dělali chyby, co bylo to ono špatné a jak, jak by to člověk řešil teď úplně jinak. No tak tím ten posun je, že si teď vlastně uvědomujete ty chyby, co jste dělal a že všechno má svoje řešení.“ (P07)

Pacienti hovoří o přechodu z minulosti do současnosti, cítí, že se „posouvají“, „zažívají pokrok“. Tento proces je významný proto, že tak začíná docházet k většímu smíření s minulostí, o minulých zkušenostech tak pacienti hovoří s větším klidem, vyrovnaností. Díky tomu nyní dokážou využít minulé zkušenosti k motivování sebe sama, namísto sebeobviňování.

„Zpětně když se na to dívám tak jsem si

uvědomil, že takhle už to asi fakt dál dělat nejde. A že je dobře, že to takhle končí, tady a teď.“ (P01)

Pacienti si také více začínají uvědomovat komplexnost abstinence získáním vědomostí a tím, že se účastní skupinové psychoterapie. Původně zjednodušující konstrukty abstinence nyní nahrazuje obava z křehkosti a obtížnosti abstinence. Abstinence se jeví jako opředena všudypřítomnou hrozbou možného relapsu, čímž se v pacientech vytváří stav neustálé obezřetnosti a opatrnosti.

„Ale teď se cítím tak dobře, že si myslím, že to všechno zvládnou. (...) „Na jednu stranu si říkám, že když jsem to dokázala, když tady toto teďka tady zažívám, takže už snad nikdy do toho nespádnou, ale zase pořád si tak říkám: Nikdy neříkej nikdy. A je to prostě v hlavě, člověk si to musí pořád opakovat. Nemám úplně takovou tu sebejistotu ještě ze sebe.“ (P12)

V pacientech sílí pocit kompetentnosti, důvěry v to, že dokáží abstinovat. Dochází tak k nárůstu sebeúcty, pacienti získávají oporu proto, aby si sebe mohli více vážit. Díky tomu mohou začít internalizovat závazek k celoživotní abstinenci. Díky velké obavě z možnosti relapsu a nárůstu sebe-důvěry pacienti mohou začít vnímat celoživotní abstinenci jako svou budoucí cestu.

„Ne, tak to ne, to není moje vůbec, protože já, kdybych si dala jednu skleničku, tak jako hotovo. (...) Takže ani to pito si furt říkám, že ne, protože kdybych tam cejtila jenom tu chuť, jenom takový toho piva, takže bych do toho.... Ne, já si říkám, že úplná abstinence.“ (P12)

„Nechci ani riskovat, že tady budu abstinovat třeba 2 roky, 3 roky, a pak si dám dvojku vína a budu zase v tom znovu. (...)

Takže ano, to (pozn. celoživotní nepití) je ta cesta.“ (P05)

Fáze 3: Budování sebeúcty

Tato fáze je klíčovou pro proces budování sebeúcty, který úzce souvisí s důvěrou ve vlastní schopnosti. V této fázi pacienti nabývají jisté úrovně stability, kdy získávají pocit, že jsou schopni zvládnout situace, do kterých se ve svém životě dostávají. To jim umožňuje ve vztahu k sobě vnímat a vyjadřovat pozitivní emoce. Vztah k sobě se proměňuje, zotavuje.

„Tak myslím, nebo vím, že už se na sebe můžu líp podívat. Už jenom tady to, že jsem to teda jako, že jsem sem šla, že jsem to tady vydržela všechno, že mě to jako posunulo. (...) Člověk je klidnej, nemusím se stydět. Můžu se klidně podívat do očí, že jsme to prostě takhle vydržela, nebo vydržím, to je pro mě jako tady toto, to je pro mě důležité.“ (P13)

Vzhledem k nárůstu v sebeúctě pacienti přirozeně přikládají větší hodnotu svým vlastním potřebám. Pacienti dospívají k uvědomění, že jejich potřeby mohou být upřednostňovány před potřebami druhých. Dokáží si jich lépe všimnout a snaží se usilovat o jejich naplnění. V interpersonální rovině to znamená získání větší nezávislosti na druhých, což napomáhá často dysfunkčním interpersonálním vzorcům v životech pacientů, které byly v minulosti zdrojem psychického trápení.

„Protože to nevím, dřív bych se bála, jestli to můžu říct nebo to nemůžu říct nebo to. A i třeba teď s tou spolubydlící co teď mám, tak ona je taková, ona ráno vstává už o půl pátý a pořád čistí, tak jsem se jí taky naučila teda, teď jsem jí řekla včera, že prostě ať to nechá až na ráno, že je to brzo

tady to. Taky možná jsem si řekla, že dřív bych jí to neřekla, že bych to radši trpěla. A bylo by to ve mně.“ (P12)

„Předtím teď, než to skončilo tak, jak to skončilo s tím mým pitím, tak jsem se neustále přizpůsobovala, tomu jeho časovému harmonogramu, jeho potřebám a nějak si říkám, že už toho bylo dost, že se nehodlám jako dál přizpůsobovat.“ (P07)

„Opravdu starat bych se chtěla o sebe víc jak o druhý. To mně taky dochází až tady, že jsem se vždycky starala hrozně aji o ty moje děti, já je nikdy nezavrhuju, jsou moji, ale myslím si, že bych měla aji já si tak pro sebe.“ (P13)

V této fázi se uzavírá proces porozumění vlastní závislosti, pacient dochází k tomu, že integruje vlastní pití jako součást svého životního příběhu. Tento krok souvisí s nalezením smyslu ve vlastní minulosti a získáním pocitu smíření.

S nárůstem sebedůvěry pacientů narůstá i důvěra v to, že dokážou abstinovat. V této fázi se pacienti věnují promýšlení dalších kroků především v doléčování a usilují tak o to, aby byla abstinence, co nejtrvalejší. Oproti první fázi je tak pro tuto fázi typická větší rozvážnost. Konkrétní krok oslabují obavy, které byly v předchozí fázi stěžejní a zahlcující. V této fázi pacienti dokáží internalizovat závazek k celoživotní abstinenci, kladou si ji za svůj budoucí cíl a vidí ji jako jediné možné řešení vlastní závislosti.

„Jako dřív jsem se toho, když jsem to slyšela, tak jsem si říkala, že celý život, co člověk bude žít, tak mně to jako připadalo divný. Ale teď kupodivu mně to vůbec už divný nepřipadá. (...) Ale i když si to řeknu, že prostě už nikdy nebudu pít, tak jako nemám z toho nějakou husí kůži nebo něco. (...) Je to představitelný. Člověk nemůže

říkat nikdy, ale jako takhle já si to teďka říkám, že prostě: Tak nebudu pít.“ (P12)

„Já to tak vnímám, že to tak prostě musí být, jinak to nepůjde. Hrozně si to moc přeju, abych to dokázala.“ (P13)

Fáze 4: Expanze self

Sebeúcta, kterou pacienti výrazně rozvíjeli v minulé fázi, nyní nabývá nových způsobů manifestace, např. v zájmu o seberozvoj, péči o sebe, objevením nových hodnot a formulováním nových životních cílů. Pro tuto fázi je typické, že mají pacienti zájem o práci na sobě a aktivně hledají různé cesty, jak se rozvíjet. A co je důležité tento způsob seberozvoje je pro ně zdrojem radosti a potěšení, baví je to.

Jednou z často objevujících se nových hodnot je smysluplné užívání času.

„Ten čas si člověk uvědomí hodně. Že když prostě má tak málo času, tak chce každé svůj volnej čas, každou tu hodinu nějak zaplnit něčím přínosným, aby nepřišel nazmar, jo, že si toho vážím mnohem víc než dřív. (...) Dřív jsme nevěděli, co s časem, tak jsme ho zapíjeli, aby prostě to nějak uteklo, utekly naše myšlenky, trable, deprese, jo, prostě najednou ten den nám utekl. (...) Tak teďka právě ten čas chceme využít k něčemu prostě perspektivnímu.“ (P05)

Nová touha dobře o sebe pečovat souvisí s tím, že si pacienti nyní lépe uvědomují své potřeby a mají tendenci je dopředu ochraňovat. Pacienti si proto nyní kladou cíle, které jsou více dosažitelné, jsou k sobě laskavější, hlídají si, aby se nepřetížili. Cíle, které si pacienti kladli na začátku léčby a které určovaly jejich snažení, byly často spojené s alkoholem a závislostí obecně. Nyní jako by se pomyslně budoucnost více otevírala a dochází tak k reformulaci cílů. Objevují se

nové cíle, které vychází z vnitřních potřeb a přání jedince. Cíle už tak nejsou formulovány negativně (např. „Už nikdy nebudu pít“) ve smyslu vyhýbání se něčemu, ale namísto toho jsou formulovány pozitivně ve smyslu přiblížení se k něčemu (např. „Chci to zvládnout/ chci mít/ chci dosáhnout“).

Pacienti nyní mají stabilní úroveň vlastní sebedůvěry, která jim umožňuje nahrazovat dřívější obavy zvědavostí. Postupně jsou více nadšení ohledně nových příležitostí a mají chuť je využívat. Sebedůvěra se tak v metaforickém smyslu stává vnitřním motorem, která pacienty pohání v jejich aktivitě.

V závěrečné fázi léčby se celoživotní abstinence stále jeví jako jediná možnost. Důležitým rozdílem oproti minulé fázi je ale to, že nyní se stává zautomatizovanou. Pravděpodobně nejlépe to ilustruje jeden z pacientů: „*Né, no právě, že já už to vůbec, já si ani nepotřebuju říkat: Dneska nebudu pít. Já už to mám prostě tak ňák daný. Ono je tedka ale úplně jinak mluvit, když jsem ještě pořád v bublině, že jo. Ale já už to tak mám nastavený, že prostě to беру jako automat.*“ (P05)

Celoživotní abstinence se objevuje spíše jako proces, který běží „na pozadí“, není v centru pozornosti.

„*Je to v pozadí (...) Tady samozřejmě nemůžu pít, ale jako nenapadne mě to jako, se tím zaobírat, že teda nemůžu ten alkohol pít.*“ (FG2–3)

Oproti minulé fázi, kdy docházelo ke zvnitřňování závazku k celoživotní abstinenci, pacienti nyní tento závazek opouští. Závazek k celoživotní abstinenci je vnímán jako příliš velký a zatěžující cíl, a tudíž není v souladu s mentálním nastavením pacientů v této fázi, kdy se více ochraňují stano-

vují si zvládnutelné cíle. Zaměření jejich pozornosti se tedy přesouvá z celoživotní perspektivy více do prožívání „tady a teď“. Když pacienti v ohniskové skupině vysvětlovali změnu v uvažování o celoživotní abstinenci, opakovaně říkali, že celoživotní abstinence se v této fázi přesouvá ze slibu či závazku do formy přání. Celoživotní abstinence je vnímána jako něco, co by si pro sebe přáli dosáhnout.

„*Každý den pro mě bude dobrý, když se nenapiju. Je to pro mě jako vítězství zvládnout to bez pití. (...) Pořád si připomínám, jak šťastná jsem za každý den. A na konci dne si vždycky můžu pomyslet: Jsem dobrá, dala jsem to.*“ (P12)

6. DISKUSE

Cílem výzkumu bylo prohloubit naše porozumění procesu vývoje závazku k celoživotní abstinenci u pacientů léčících se pro závislost na alkoholu v léčebně využívaném Skálův model léčby. Hlavní zjištění vyplývající z analýzy ukazuje na souvislost procesů budování sebeúcty a vývoje závazku k celoživotní abstinenci. Výsledky studie poskytují procesualní teorii změny, která tyto dva děje propojuje mezi sebou a vysvětluje je pomocí dalších procesů – např. pomocí porozumění vlastní závislosti a jejího ukotvení v kontextu pacientova života. Někteří autoři již v minulosti poukázali na spojitost mezi udržením abstinence a pozitivním sebeobrazem člověka (Hendershot et al., 2010; Ilgen et al., 2005), tyto studie se však zaměřují převážně na význam specifické složky sebeobrazu, zpravidla sebedůvěry. Část sebepojetí spojená se sebehodnocením – tj. sebeúctou, tím, jak člověk sám na sebe nahlíží, jakou sám sobě připisuje hodnotu – však byla dosud na poli

adiktologie spíše opomíjena. Pouze několik autorů zdůrazňuje koncept sebeúcty (např. Gubi & Marsden-Hughes, 2013; Johansen, et al., 2013).

Výsledky našeho výzkumu jsou konzistentní s výsledky Graye (2001), který vnímá sebedůvěru a sebeúctu jako dva klíčové elementy terapeutické změny. Ve svém tzv. model sebezlepšování (*self-enhancement*) osob drogově závislých uvádí, že tyto dvě proměnné pomáhají vytvářet pocit kontroly, který umožňuje nahradit závislostní chování novými příležitostmi. Obdobně autor vnímá, že sebeúcta vyplývá z rozvoje sebedůvěry a napomáhá člověku nalézat vlastní smysl sebe sama.

Čtvrtá, finální fáze sekvenčního modelu se jeví být vrcholem léčby. Z pohledu současných směrů postmoderní terapie (např. *motivačních rozhovorů* či *terapie zaměřené na řešení*) lze právě čtvrté stádium závazku považovat za terapeuticky žádoucí. V těchto přístupech je důležité, aby klienti pracovali na dosažení cílů, které jsou zvládnutelné, časově ohraničené a pozitivně formulované (Miller & Rollnick, 2002). Předpokladem je, že zaměření se na takové cíle je více aktivizující a energetizující. Vidina vzdáleného, nereálného cíle – což celoživotní abstinence je, protože pacient paradoxně nikdy nedosáhne bodu ve svém životě, kdy by zažil prožitek splnění cíle – má naopak vyčerpávající efekt a vede k nestálé a křehké motivaci. Kratší cíle navíc umožňují získávat zkušenost s naplněním cílů, které je cenná především pro posílení motivace a vlastního pocitu kompetence. Člověk, který si klade za cíl nepít ve svém životě jeden den, má tak možnost poměrně snadno získat řadu úspěšných zážitků, které následně posilují jeho důvěru ve vlastní

schopnosti a dodají mu energii k dosahování dalších cílů.

Čtvrtá fáze také ukazuje, že léčebný systém je v souladu s konceptem zotavení, který se zaměřuje nejen na pouhou remisi pacientů, ale na vytváření nových hodnot a budování smysluplného a důstojného života. Léčebný model pacientům umožňuje pokračovat po léčbě produktivně a aktivně. Procesy, které charakterizují 4. fázi modelu, jsou úzce spjaté s Grayovým (2001) konceptem tzv. „futura“⁴, což lze v tomto kontextu pravděpodobně nejlépe přeložit jako *vědomí osobní budoucnosti*. Toto vědomí považuje Gray za důležitý prvek úspěšné léčby závislosti. Jedná se o zvládnutí nezbytného přesunutí zaměření pozornosti z vnímaných ztrát k očekávání lepších zážitků, které může přinést střízlivá budoucnost.

6.1. LIMITY A IMPLIKACE PRO DALŠÍ VÝZKUM

I přes dominanci kvantitativního výzkumu v adiktologii, lze zaznamenat postupný nárůst zájmu o kvalitativní přístup, který má podle řady autorů větší potenciál prohloubit naše porozumění prožívání lidí se závislostí (Neale et al., 2005; Shinebourne & Smith, 2009; Klingemann, 2011). Výzkum naplňuje požadavky, které byly vzneseny na výzkum v adiktologii v nedávné době. Orford (2008) považuje za jeden z nedostatků výzkumů v oblasti adiktologie skutečnost, že jsou pacienti často vnímáni pouze jako pasivní poskytovatelé dat. V tomto výzkumu byli pacienti aktivně přizváni k aktivnímu zapojení, a to v několika bodech (během rozhovorů v pokročilé fázi výzkumu a závěrečné ohniskové skupině).

Více autory (Orford, 2008; Michie, 2008)

byl dále vznesen požadavek na dlouhodobější výzkumy procesu změny, které by nám poskytly informace o behaviorálních trajektoriích léčených pacientů – ať už v případě procesuálního výzkumu léčby či dlouhodobého sledování pacientů po intervenci formou následných měření. Za silnou stránku předkládané studie lze považovat právě to, že byly rozhovory realizovány opakovaně v různých bodech léčby. Bylo tedy možné autenticky zaznamenávat aktuální prožitky napříč celou léčbou, což nám poskytuje podrobnější vhled do procesu změny, ke které u pacientů v léčbě dochází. Tím bylo redukováno riziko zkreslení věrohodnosti retrospektivního hodnocení léčby, kterým jsou ohroženy studie, v nichž pacient v rozhovorech pojednává o předchozí léčbě jako celku. Opakované setkávání umožňovalo také přesněji zaznamenávat menší změny ve vývoji závazku k abstinenci, které by v případě jediného rozhovoru nemusely být natolik zjevné.

Validizace výzkumu byla zajištěna pomocí triangulace dat, kdy byla data získávána více způsoby (ohniskové skupiny, individuální rozhovory, deníky pacientů) z více různých zdrojů (v každé fázi byli participanti jiní pacienti). Výzkumník, který analyzoval data, také usiloval o vyhnutí se subjektivním zkreslením při vyhodnocování dat tím, že se předem věnoval vlastní sebereflexi a psal si výzkumný deník. Výzkum probíhal na oddělení se specifickým léčebným programem a jeho výsledky lze tedy zobecňovat pouze na stejné léčebné kontexty. Lze jej také zobecnit pouze na pacienty, pro které je v počátku léčby typické negativní sebehodnocení.

Námi předkládaný výzkum může sloužit jako podklad pro vývoj kvantitativních nástrojů, což by nám mohlo dát možnost

věnovat se výrazně většímu vzorku a porovnat tak proces změny mezi jednotlivými léčebnými kontexty, např. v kontextu psychologických ambulancí, svépomocných skupin nebo terapeutických komunit.

Limitem výzkumu je absence následného (*follow-up*) rozhovoru po ukončení léčby, který by nám poskytl další informace o vývoji závazku k celoživotní abstinenci. Model spirály může teoreticky naznačovat, že budou-li dodržovány podmínky zpětnovazebního mechanismu posilování sebeúcty, bude docházet k dalšímu budování sebeúcty. Důkazy pro tento předpoklad však bude třeba získat v dalším výzkumu. Zároveň z této studie není jasné, zda 4. stádium sekvenčního modelu je konečné, nebo zda dochází u pacientů po odchodu z léčby k dalšímu vývoji. Výzkum si tedy v žádném případě neklade ambice poskytovat teorii vývoje závazku k abstinenci jako takového, pouze vývoje závazku k abstinenci napříč tímto typem léčby u osob závislých na alkoholu. Zároveň je třeba ověřit, zda se podobný mechanismus objevuje i u uživatelů jiných návykových látek při snaze o abstinenci.

Dalším limitem výzkumu je to, že ve výzkumném souboru došlo k výraznému drop-out efektu, kdy pouze 7 z celkových 13 pacientů dokončilo celý léčebný program. Ve výzkumu docházelo k přirozenému úbytku vzorku – u 4 osob došlo k porušení abstinence a předčasnému propuštění, 1 osoba byla přemístěna na jiné nemocniční oddělení a 1 pacient se rozhodl účast ve výzkumu předčasně ukončit po 1. setkání. Z metodologického hlediska je problematické rozhodnout se, jak s daty od osob, které léčbu předčasně dokončily, vhodně nakládat. Vzhledem k tomu, že se důvody

i doba ukončení natolik lišily, nelze o této skupině pacientů uvažovat jako o homogenní a činit o ní tak souhrnné závěry. Data od pacientů, kteří podstoupili významnou část léčby, avšak ne celou (8 a více týdnů), byla zahrnuta pouze do vertikální analýzy – tedy analýzy jednotlivých časových bodů (1. setkání, 2. setkání atd.), ale nebyla zahrnuta do analýzy procesu terapeutické změny, kdy byl postupně analyzován každý případ zvlášť. Data získaná od těchto respondentů tedy nebyla podkladem pro tvorbu sekvenčního modelu budování sebeúcty, protože lze předpokládat, že proces změny probíhal u těchto pacientů odlišně než u pacientů, kteří podstoupili léčbu celou a mohlo by tak dojít ke zkreslení výsledného modelu. Avšak i tento předpoklad je nutné dále ověřit a zaměřit se výzkumně na to, jak konkrétně se odlišuje vývoj závazku k celoživotní abstinenci u pacientů, kteří podstoupí celou léčbu, od těch jedinců, u kterých dojde k relapsu před řádným ukončením léčby. Vnímáme, že výzkumné zaměření na vzorek předčasně propuštěných pacientů by mohlo mít významné implikace pro praxi.

7. ZÁVĚR

Výsledky našeho výzkumu zdůrazňují důležitost individualizovaného přístupu. Každá z popsaných fází může sloužit jako podklad pro terapii, která je více zaměřena na aktuální pacientovy potřeby. Pacienti s přetrvávajícími pocity studu, lítosti a tendencemi k sebeobviňování mohou těžít z intervencí zaměřených na podporu pozitivního konceptu self spolu s porozuměním vlastní závislosti a jejím ukotvením v rámci svého životního přístupu. Jako klíčové se jeví v procesu terapeutické změny zodpovězení otázky „Proč právě já?“, které

umožňuje zpracování negativních emocí ve vztahu k sobě a zpracování zkušeností s pitím do podoby nástroje k vlastní motivaci a otevření nových cest k budování vlastní sebeúcty. Z výzkumu vyplývá, že terapie osob se závislostí by se měla primárně zaměřit na posílení self, zvědomení potřeby péče o sebe a na hledání smyslu v nejbližší budoucnosti, což je typické pro poslední fázi našeho modelu.

Naopak jako závažný limit současné podoby léčby dle Skálova modelu se ukazují striktní pojetí relapsu, který je chápán jako selhání člověka a okamžitě vede k předčasnému propuštění z léčby. Z jiných studií však víme, že bažení a relaps jsou přirozené součásti procesu zotavení (Mann et al., 2005; Gauthier et al., 1997) a je žádoucí je naopak v rámci psychoterapie zpracovat. Vnímání relapsu jako selhání může vést k poklesu sebedůvěry a zvýšit tak riziko dalšího relapsu v budoucnosti.

Léčba by měla pacientům poskytovat bohaté možnosti a příležitosti k zažívání úspěchů, což je důležitá podmínka budování sebeúcty. Považujeme za rizikové vystavovat pacienty náročným úkolům v počátku léčby, kdy tak může dojít k nadbytečným pocitům studu a nedostatečnosti. Považujeme za důležité, aby byl každý pacient hodnocen individuálně a s respektem k fázi terapeutické změny, ve které se právě nachází. Speciální pozornost by měla být věnována pacientům, kteří mají obtíže s překročením do další fáze.

Proces terapeutické změny popsaný naším modelem se jeví být v souladu se současnými trendy v oblasti zotavení ze závislosti. Výzkum může být užitečným podkladem pro snahu více individualizovat striktní léčebné programy využívající prvky

Skálova systému každému jedinci na míru s ohledem na jeho schopnosti, potřeby a stav jeho závazku k celoživotní abstinenci. Díky tomu by mohlo dojít k většímu zmocňování pacientů ke změně posilováním jejich pocitů vlastní kompetence, autonomie a nezávislosti.

Poznámka

Zvláštní poděkování patří T. Řiháčkovi za jeho pomoc s finální podobou tohoto článku. Tato studie byla podpořena Specifickým univerzitním grantem č. MUNI/A/1024/2016 poskytnutým Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR.

LITERATURA

- Blagojevič-Damašek, N., Frencl, M., Perković, V., Čavajda, Z. & Kovaček, M. (2012). Locus of control, social support and alcoholism. *Alcoholism: Journal of Alcoholism and Related Addictions*, 48(1), 5–12.
- Butler, M. H., Meloy, K.C. & Call, M. L. (2015). Dismantling powerlessness in addiction: empowering recovery through rehabilitating behavioral learning. *Sex Addiction Compulsivity*, 22, 26–58.
- Gauthier, G., Paratherakis, A. & Gill, K. J. (1997). Examining factors that may affect dropout in addiction treatment: A look at the assessment and engagement process. *Canadian Health Psychologist*, 5, 40–45.
- Gray, R. M. (2001). Addictions and the Self: A Self-Enhancement Model for Drug Treatment in the Criminal Justice System. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(2), 75–91.
- Gubi, P. M. & Marsden-Hughes, H. (2013). Exploring the processes involved in long-term recovery from chronic alcohol addiction within an abstinence-based model: Implications for practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(3), 201–209.
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H. & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 6(17), 1–17.
- Humphreys, K. (2004). *Circles of recovery: self-help organizations for addictions*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. Los Angeles: Sage Publications.
- Charney, D. A., Zikos, E. & Gill, K. J. (2010). Early recovery from alcohol dependence: Factors that promote or impede abstinence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 42–50.
- Ilgen, M., McKellar, J. & Tiet, Q. (2005). Abstinence self-efficacy and abstinence 1 year after substance use disorder treatment. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 73, 1175–1180.
- Johansen, A. B., Brendryen, H., Darnell, F. J., Wennesland, D. K. (2013). Practical support aids addiction recovery: The positive identity model of change. *BMC Psychiatry*, 201(13), 1–11.
- Klingemann, J. I. (2011). Mapping the maintenance stage of recovery: A qualitative study among treated and non-treated former alcohol dependents in Poland. *Alcohol and Alcoholism*, 47(3), 296–303.
- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 243–256.
- Mack, A. H., Harrington, A. L. & Frances, R. J. (2010). *Clinical Manual for treatment and addictions*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Maisto, S. A., Clifford, P. R., Longabaugh, R. & Beattie, M. (2002). The relationship between abstinence for one year following pretreatment assessment and alcohol use and other functioning at two years in individuals presenting for alcohol treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 397–403.
- Mann, K., Schäfer, D. R., Längle, G., Ackermann, K. & Croissant, B. (2005). The long-term course of alcoholism, 5, 10 and 16 years after treatment. *Society for the Study of Addiction*, 100, 797–805.

- Marlatt, G. A., Curry, S. & Gordon, J. R. (1988). A longitudinal analysis of unaided smoking cessation. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 56, 715–720.
- McKay, J. R., Maisto, S. A. & O'Farrel (1996). Alcoholics' perceptions of factors in the onset and terminations of relapses and the maintenance of abstinence: Results from a 30 month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 167–180.
- Michie, S. (2008). What works and how? Designing more effective interventions needs answers to both questions. *Addiction*, 103, 886–892.
- Miller, W. R. & Munoz, R. F. (2005) *Controlling your drinking*. New York: Guilford.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. London: The Guilford Press.
- Mladá, K. (2012). Současná podoba bodovacích systémů na vybraných specializovaných oddělení pro léčbu závislostí v psychiatrických léčebnách a nemocnicích v ČR. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. LF UK a VFN, Klinika adiktologie.
- Neale, J., Allen, D. & Coombes, L. (2005). Qualitative research methods within the addictions. *Addiction*, 100(11), 1584–1593.
- Nelle, A. (2005). Solution and resource-oriented addiction treatment with the choices of abstinence or controlled drinking. *Journal of Family Psychotherapy*, 16(3), 57–68.
- Orford, J. (2008). Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction. *Addiction*, 103(6), 875–885.
- Pokora, J., Kostroňová, T., Zbořilová, L. & Mošťák, P. (2003). Didaktoterapie na protialkoholním oddělení při Psychiatrické léčebně v Brně-Černovicích. *Alkoholismus a drogové závislosti* (Protialkoholický obzor), 38, 83–85.
- Shinebourne, P., Smith, J. A. (2009). Alcohol and the self: an interpretative phenomenological analysis of the experience of addiction and its impact on the sense of self and identity. *Addiction Research & Theory*, 17, 152–167.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
- The American Society of Addiction Medicine (1974). *Public Policy Statement on Abstinence*. Staženo 12.1.2017 z <http://www.asam.org/advocacy/find-a-policy-statement/view-policy-statement/public-policy-statements/2011/12/15/abstinence>
- White, W. & Tuohy, C. M. (2013) Recovery-oriented practice and the addictions professional: A systems perspective. *Advances in Addiction and Recovery (NAADAC)*, Summer Issue, 22–23.
- White, W. L. (2007). The new recovery advocacy movement in America. *Addiction*, 102,696–703.
- Yeh, M., Che, H., Lee, L. & Horng, F. (2008) An empowerment process: successful recovery from alcohol dependence. *Journal of Clinical Nursing*, 921–929.

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 22. 11. 2018. Revidované znění došlo 17. 12. 2018, k publikaci přijato 20. 12. 2018.