Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Tereza Janoušková

Poradenství v oblasti duševního zdraví pro osoby závislé na alkoholu

Mental health counseling for people addicted to alcohol

Katedra psychosociálních věd a etiky

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martina Váhalová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Praha 2025

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce, Mgr. Martině Váhalové, za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a podporu, které mi poskytla během zpracování této práce. Její vstřícnost a ochota mě provázely po celou dobu psaní a velmi si toho vážím. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří byli ochotni se podělit o své zkušenosti. A velké poděkování patří také mé rodině a nejbližším přátelům za jejich neustálou podporu, povzbuzení a trpělivost během celého studia.

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Poradenství v oblasti duševního zdraví pro osoby závislé na alkoholu“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V ..... dne ..... Podpis autora

Anotace

Bakalářská práce se zabývá poradenskou a terapeutickou prací s osobami závislými na alkoholu. V teoretické části se věnuje vymezení pojmu závislosti na alkoholu, její typologii, příčinám vzniku a dopadům na psychické i somatické zdraví. Dále je popsána situace v České republice a přiblížena oblast poradenské práce, zejména s důrazem na motivační rozhovor a kognitivně-behaviorální terapii.

Praktická část byla konstruována na kvalitativním výzkumu, který byl realizován formou polostrukturovaných rozhovorů s adiktology. Cílem bylo zjistit, jaké poradenské a terapeutické přístupy odborníci v praxi využívají, jak přistupují k potřebám klientů a jak hodnotí efektivitu jednotlivých metod. Pomocí tematické analýzy bylo identifikováno několik klíčových oblastí, které odrážejí zkušenosti a postoje respondentů k práci s klienty závislými na alkoholu.

Výsledky práce ukazují, že efektivní poradenská práce s klienty závislými na alkoholu vyžaduje kombinaci více přístupů, individuální práci s klientem, kontinuální spolupráci a především vytvoření důvěryplného vztahu. Práce tak přináší vhled do praxe adiktologů a poukazuje na důležitost komplexní podpory v procesu změny.

Klíčová slova

Závislost, alkohol, poradenství, poradenské přístupy

Annotation

This bachelor thesis deals with counseling and therapeutic work with people addicted to alcohol. The theoretical part focuses on defining the concept of alcohol addiction, its typology, causes, and effects on mental and physical health. It also describes the situation in the Czech Republic and outlines the field of counseling, with a particular emphasis on motivational interviewing and cognitive-behavioral therapy.

The practical part was based on qualitative research conducted in the form of semi-structured interviews with addiction specialists. The aim was to find out what counseling and therapeutic approaches experts use in practice, how they approach the needs of clients, and how they evaluate the effectiveness of individual methods. Using thematic analysis, several key areas were identified that reflect the experiences and attitudes of respondents toward working with clients addicted to alcohol.

The results of the study show that effective counseling work with alcohol-dependent clients requires a combination of multiple approaches, individual work with the client, continuous cooperation, and, above all, the establishment of a trusting relationship. The study thus provides insight into the practice of addiction specialists and highlights the importance of comprehensive support in the process of change.

Keywords

Addiction, alcohol, counseling, consulting approaches

Obsah

Úvod 10

1. Závislost na alkoholu 12

1.1 Závislost 12

1.1.1 Definice závislosti dle DSM – V 13

1.1.2 Definice závislosti dle ICD - 10 14

1.1.3 Definice závislosti dle ICD - 11 15

1.1.4 Rozdíl mezi ICD – 10 a ICD – 11 16

1.2 Příčiny vzniku závislosti 17

1.3 Dopady závislosti 18

1.3.1 Somatické dopady 18

1.3.2 Psychické dopady 20

1.3.3 Sociální důsledky 21

1.4 Alkohol a duální diagnózy 21

1.5 Situace v ČR 23

1.5.1 Konzumace alkoholu u dětí a mládeže 24

1.5.2 Konzumace alkoholu mezi dospělými 24

2. Role poradenství v závislosti na alkoholu 27

2.1 Formy poradenství 27

2.1.1 Individuální poradenství 27

2.1.2 Skupinové poradenství 28

2.2 Sociální poradenství 28

2.3 Cíle sociálního poradenství 30

2.4 Psychologické poradenství 30

2.4.1 Kognitivně – behaviorální terapie 31

2.4.2 Motivační rozhovory 32

2.4.3 Rodinná terapie 34

2.4.4 Skupinová terapie 35

2.4.5 Anonymní alkoholici 35

2.5 Třináct principů efektivní léčby závislosti dle amerických pramenů (Thirteen principles, 1999) 36

3. Výzkumná část 38

3. 1 Metodika výzkumu 38

3. 1. 1 Kvalitativní výzkum 38

3. 1. 2 Cíle výzkumného šetření 38

3. 1. 3 Výzkumné otázky 39

3. 1. 4 Výběr výzkumného souboru 41

3. 1. 5 Etické aspekty výzkumu 41

3. 1. 6 Průběh sběru dat 42

3. 1. 7 Metoda analýzy dat 42

3. 2 Výsledky výzkumu 43

3.2.1 Význam motivačního rozhovoru a kognitivně-behaviorální terapie v práci s klienty 44

3.2.2 Individuální přístup ke klientovi a přizpůsobení metod jeho potřebám..... 45

3.2.3 Klíčová role motivace klienta a jeho sociálního zázemí v účinnosti terapie 46

3.2.4 Kombinace více metod jako efektivní strategie v prevenci relapsu..... 48

3.2.5 „Praktická zkušenost s tím, že pouze edukace nestačí“ 49

3.2.6 Význam kontinuity a pravidelnosti v poradenské práci..... 50

3.2.7 Důležitost terapeutického vztahu a důvěry mezi adiktologem a klientem..... 50

4. Diskuze..... 52

Závěr 57

Bibliografie 58

Seznam tabulek 62

Seznam použitých zkratek

DSM-V: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. vydání

ICD-10: Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

ICD-11: Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize

FAS: Fetální alkoholový syndrom

FAE: Fetální alkoholový efekt

DT: Delirium tremens

KBT: Kognitivně-behaviorální terapie

MI: Motivační rozhovor

NAUTA: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

Úvod

Problematika závislosti na alkoholu představuje dlouhodobě závažný celospolečenský i zdravotnický fenomén, který má výrazné důsledky nejen na fyzické zdraví jednotlivce, ale i na jeho duševní pohodu, sociální vztahy a celkovou kvalitu života. Alkohol patří mezi legálně dostupné návykové látky, jejichž konzumace je v české společnosti často společensky tolerována či bagatelizována.

Motivací pro výběr tohoto tématu byla snaha hlouběji porozumět specifikům poradenské práce s osobami, které se potýkají se závislostí na alkoholu. V rámci poradenství totiž nejde pouze o předání informací či kontrolu abstinence, ale o komplexní proces podpory, motivace a hledání cesty ke změně. Tato práce si proto klade za cíl popsat, jaké poradenské a terapeutické přístupy se v praxi adiktologů uplatňují, jaký význam má motivace klienta a jeho zázemí a jakým způsobem se přístup přizpůsobuje individuálním potřebám každého klienta. Pozornost je věnována i možnostem kombinace různých terapeutických přístupů, otázce kontinuity péče a významu vztahu mezi odborníkem a klientem.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí – teoretické a praktické. Teoretická část práce je rozdělena do dvou kapitol. První kapitola se zaměřuje na vymezení základních pojmů spojených se závislostí na alkoholu. Pozornost je věnována typologii závislostí, rizikovým faktorům, které přispívají k jejímu vzniku, a dopadům dlouhodobého užívání alkoholu na psychické i somatické zdraví jedince. Tato část zároveň nastiňuje širší společenský kontext problému a ukazuje, proč je závislost na alkoholu závažným tématem nejen z pohledu zdravotnického, ale i sociálního. Dále je v této části popsána také situace v České republice, kde spotřeba alkoholu patří dlouhodobě k nejvyšším v Evropě.

Druhá kapitola se soustředí na oblast poradenské práce s osobami závislými na alkoholu. Nejprve se věnuje obecnému vymezení poradenství a jeho cílům. Následně popisuje různé poradenské a terapeutické přístupy, které jsou v adiktologii běžně využívány – zejména motivační rozhovor a kognitivně-behaviorální terapie.

Praktická část se opírá o kvalitativní výzkum realizovaný formou polostrukturovaných rozhovorů se čtyřmi adiktology, kteří se ve své praxi věnují problematice závislosti na alkoholu. Pomocí tematické analýzy byla následně identifikována klíčová témata, která se v rozhovorech opakovaně objevovala a která přinášejí porozumění tomu, co odborníci považují za efektivní při poskytování poradenské a terapeutické podpory lidem závislým na alkoholu.

Tato práce nabízí pohled na poradenskou praxi v oblasti závislosti na alkoholu z perspektivy odborníků, kteří s touto cílovou skupinou pracují. Přináší nejen teoretický rámec problematiky, ale i praktické poznatky z terénu.

1. Závislost na alkoholu

Alkoholová závislost, označovaná také jako porucha spojená s užíváním alkoholu, je porucha, při níž opakovaná konzumace alkoholu narušuje běžné fungování mozkových okruhů spojených s odměnou, motivací a adaptivním chováním. Tento proces způsobuje neuroplastické změny v mozku, které se projevují jako nutkání vyhledávat a konzumovat alkohol, ztráta kontroly nad množstvím vypitého alkoholu a pokračování v užívání i přes zjevné negativní důsledky. Závislost je navíc charakterizována trvalou zranitelností vůči relapsu, i po delší době abstinence (Douaihy a Daley, 2014, s. 217). Podle Maarse je závislost na alkoholu maladaptivní a opakované užívání alkoholu, které může vést k fyzickému i psychickému poškození zdraví, stejně jako k vážným problémům v osobním a sociálním životě. Typickými znaky jsou neúspěšné snahy o kontrolu nebo snížení konzumace alkoholu, silná touha po alkoholu, opakované užívání vedoucí k selhání plnění každodenních povinností, užívání alkoholu i v rizikových situacích, tolerance, abstinenční příznaky a pokračování v užívání navzdory zjevným fyzickým a psychickým problémům (Maars, 2012, s. 98).

1.1 Závislost

Závislost je pojem, který je předmětem mnoha diskusí. Vymezení jeho definičních prvků může být krokem k tomu, aby se nakonec dosáhlo shody a operacionalizace tohoto konstruktu. V době svého vzniku závislost jednoduše označovala „oddání se“ nebo „vysokou oddanost“ určité osobě nebo činnosti, případně obvyklé zapojení do určitého chování, které může mít pozitivní nebo negativní důsledky (Sussman a Sussman, 2011). V průběhu posledních 400 let začaly některé výroky o závislosti formulovat závislost jako něco, co zahrnuje silné, přemáhající nutkání, a v posledních 200 letech se toto slovo začalo považovat za stále více konotované jako nemoc. Mnoho konceptualizací závislostí se nějakým způsobem týká nerovnováhy centrální nervové soustavy a tyto konceptualizace se datují od konce 17. století. Nověji se používá jako koncept mající neurobiologické základy (Sussman a Sussman, 2011).

1.1.1 Definice závislosti dle DSM – V

Dle DSM-V (Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace) je porucha užívání návykové látky definována na základě 11 diagnostických kritérií, z nichž musí jedinec během období 12 měsíců vykazovat alespoň dvě, přičemž závažnost poruchy se určuje podle jejich počtu – 2 až 3 splněná kritéria svědčí pro lehkou závislost, 4 až 5 pro středně těžkou a 6 a více pro těžkou závislost (First, 2013)

Zde je zmíněných 11 kritérií:

1. Bažení - intenzivní touha nebo silné nutkání po užití návykové látky.
2. Významná část času je věnována obstarávání návykové látky, jejímu užívání nebo následnému zotavování se z jejích účinků.
3. Látka je užívána ve větším rozsahu nebo po delší časový úsek, než si osoba původně stanovila.
4. Opakovaná snaha o omezení nebo ukončení užívání látky bývá neúspěšná, ačkoliv si to jedinec přeje.
5. Kvůli užívání návykové látky dochází k zanedbávání povinností v zaměstnání, domácnosti nebo ve škole.
6. Jedinec pokračuje v užívání návykové látky, i když to negativně ovlivňuje jeho mezilidské vztahy.
7. V důsledku užívání návykové látky dochází k zanedbávání či úplnému vzdání se významných společenských, pracovních nebo volnočasových aktivit.
8. Jedinec návykovou látku opakovaně užívá, i když si je vědom, že tím vystavuje sám sebe riziku.
9. Užívání látky pokračuje i přesto, že si jedinec uvědomuje, že přispívá ke zhoršení jeho fyzického nebo psychického stavu.
10. Změna tolerance - jedinec potřebuje stále vyšší dávky látky, aby dosáhl stejného účinku jako dříve.

11. Objevují se abstinenční příznaky, jejichž intenzita může být zmírněna opětovným užitím návykové látky (Krejčí, 2021).

1.1.2 Definice závislosti dle ICD - 10

„Závislost (dependence) a syndrom závislosti je definován v ICD - 10 jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje následující projevy:

1. *Silné přání užít drogu, nutkavá potřeba*

   Jde o silnou, vůlí neovladatelnou touhu po alkoholu. Projevuje se nejen jako přímá chuť na alkohol, ale i jako nejasný pocit nepohody nebo opakující se myšlenky na pití. I když člověk nemůže bažení zabránit, může se naučit mu nepodlehnout a postupně jeho četnost snížit (Pecinovská, 2011).

2. *Porušené ovládání při jejím užívání, ztráta volní kontroly*

   Závislý člověk nedokáže dodržet svoje předsevzetí ohledně množství vypitého alkoholu. Typicky si slibuje, že vypije "jen jedno", ale končí to opilostí. U rozvinuté závislosti není možné obnovit kontrolované pití - jedinou cestou k uzdravení je úplná abstinence (Pecinovská, 2011).

3. *Přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím*

   Pokračování navzdory následkům i přes vážné zdravotní komplikace nebo sociální důsledky (hrozba rozvodu, problémy v práci) není závislý člověk bez odborné pomoci schopen přestat pít. Případné období abstinence bývá jen dočasné. Pocity viny a beznaděje mohou vést až k sebevražedným myšlenkám (Pecinovská, 2011).

4. *Priorizace drogy před všemi ostatními aktivitami a závazky, převažující orientace na životní styl s drogou, její shánění a zotavování se z jejího účinku*

Život závislého se postupně točí jen kolem alkoholu. Nejprve mizí koníčky, pak schopnost plnit pracovní a rodinné povinnosti. Nakonec dochází i k zanedbávání základní péče o sebe (Pecinovská, 2011).

5. *Zvýšená/snížená tolerance*

Zpočátku tolerance roste - člověk potřebuje více alkoholu k dosažení opilosti. V pokročilém stadiu může paradoxně klesnout kvůli poškození jater. Po období abstinence tolerance klesá (Pecinovská, 2011).

6. *Odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy (*Kalina, 2001, s. 117*)*

Odvykací příznaky nastupují při poklesu hladiny alkoholu v krvi, většinou ráno. Projevují se třesem, pocením, neklidem, nevolností a nespavostí. Příznaky rychle ustupují po další dávce alkoholu (Pecinovská, 2011).

Pro stanovení diagnózy závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií během posledního roku. Syndrom závislosti se může vztahovat na konkrétní látku, skupinu látek nebo širší spektrum farmakologicky různorodých psychoaktivních substancí (Kalina, 2001, s. 117).

Ačkoli Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize (ICD-11) již byla oficiálně schválena a zavádí modernější přístup k diagnostice, klasifikace ICD-10 zůstává v praxi nadále běžně používaná. Mnoho klientů má diagnózu stanovenu právě podle ICD-10 a její přítomnost v dokumentaci či komunikaci mezi odborníky bude ještě po určitou dobu běžná.

1.1.3 Definice závislosti dle ICD - 11

Závislost na alkoholu představuje poruchu, která se rozvíjí v důsledku opakovaného nebo dlouhodobého užívání alkoholu a projevuje se ztrátou kontroly nad jeho konzumací. Typickým znakem je silná potřeba užívat alkohol, která vede k tomu, že jedinec dává přednost alkoholu před běžnými denními aktivitami a pokračuje v jeho užívání i přes

zjevné škodlivé následky. Tato potřeba je často doprovázena intenzivním vnitřním nutkáním nebo touhou po alkoholu. Může se také objevit fyzická závislost, která zahrnuje zvýšenou toleranci, abstinenční příznaky po omezení nebo vysazení alkoholu, případně opakované užívání alkoholu nebo podobně účinkujících látek za účelem zmírnění těchto příznaků. Příznaky závislosti se obvykle rozvíjejí v průběhu alespoň 12 měsíců, ale diagnózu lze stanovit i při každodenním nebo téměř každodenním užívání po dobu nejméně tří měsíců (Alcohol dependence - ICD-11 MMS, 2025).

1.1.4 Rozdíl mezi ICD – 10 a ICD – 11

Oblast	ICD-10	ICD-11
Pojetí závislosti	Syndrom závislosti je definován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických jevů po opakovaném užívání látky.	Závislost je chápána jako porucha regulace užívání alkoholu, která vzniká opakovaným nebo trvalým užíváním.
Počet kritérií	6 kritérií – k diagnóze je třeba splnit alespoň 3 během posledních 12 měsíců.	Nepoužívá přesný počet kritérií – klíčové je klinické posouzení přítomnosti hlavních znaků.
Důraz na craving (bažení)	Je jedním ze šesti jasně definovaných symptomů.	Je považován za ústřední rys závislosti – vnitřní potřeba, silné nutkání.
Zohlednění kontinuity závislosti	Diagnóza se stanovuje, pokud byla přítomna po dobu 12 měsíců.	Diagnózu lze stanovit i při denním nebo téměř denním užívání po dobu min. 3 měsíců.
Terminologie	Používá se pojem „syndrom závislosti“.	Používá se pojem „porucha závislosti“.
Diagnostické zaměření	Zaměřeno na identifikaci a výčet symptomů.	Zaměřeno na porozumění vzorcům chování a poruchám regulace.
Flexibilita diagnostiky	Striktní systém (3 ze 6 kritérií).	Více individuální přístup – závisí na celkovém hodnocení.

Tabulka č. 1: Rozdíl mezi ICD – 10 a ICD – 11

Z tabulky je patrné, že mezi nejvýraznější rozdíly patří přechod od pevně stanoveného počtu diagnostických kritérií v ICD-10 k flexibilnějšímu klinickému

posouzení v ICD-11 a změna terminologie - místo pojmu „syndrom závislosti“ se v ICD-11 používá označení „porucha závislosti“. Významnou změnou je také zdůraznění cravingu jako centrálního znaku závislosti v nové klasifikaci.

1.2 Příčiny vzniku závislosti

Obecně lze příčiny vzniku závislosti rozdělovat do tří kategorií, které vycházejí ze současného bio – psycho – sociálního paradigmatu vzniku závislosti. Dle Kaliny:

1. Biologické faktory: Genetická predispozice hraje významnou roli ve vývoji závislosti. Osoby s rodinnou anamnézou závislostí mají vyšší riziko jejího rozvoje. Neurobiologické mechanismy ovlivňují pocity odměny a potěšení, což může vést k opakovanému užívání návykových látek.

2. Psychologické faktory: Osobnostní rysy, jako je impulzivita, nízká sebekontrola nebo hledání nových zážitků, mohou zvyšovat náchylnost k závislosti. Psychické poruchy, například deprese, úzkostné poruchy či posttraumatická stresová porucha, často spolupůsobí se závislostmi a mohou být jak příčinou, tak důsledkem užívání návykových látek.

3. Sociální faktory: Rodinné prostředí, včetně dysfunkčních vztahů, nedostatečné podpory nebo přítomnosti závislosti u členů rodiny, může přispívat k rozvoji závislosti. Společenské vlivy, jako je tlak vrstevníků, dostupnost návykových látek a kulturní normy tolerující jejich užívání, rovněž hrají významnou roli (Kalina, 2003, s. 124 - 137).

Dle Magdaleny Frouzové další psychologické faktory, které přispívají k rozvoji závislosti, zejména v souvislosti s účinky drog na jednotlivce jsou takové, že lidé často užívají drogy kvůli jejich schopnosti pomoci jim zvládat negativní pocity nebo situace (např. pocity odcizení, nemilovanosti, apatie, samoty, selhání a bezmoci) nebo kvůli touze jedince (např. odvaha, uvolnění, poznání, vzpoura, sex, moc) (Frouzová in Kalina, 2003, s. 124).

Zároveň drogy mohou poskytovat různé „nabídky“, které přitahují uživatele:

1. Kontrola a moc: Posilují schopnost ovládat sebe nebo druhé.
2. Sebepoznání a smysl života: Umožňují zrychlený osobní vývoj a uvědomění si vlastního bytí.
3. Úleva od nepříjemných stavů: Zmírňují psychické nebo fyzické nepohodlí.
4. Slast a smyslové zážitky: Nabízejí příjemné pocity a zintenzivňují zážitky.
5. Společenské přizpůsobení: Usnadňují začlenění mezi uživatele drog a zlepšují sociální interakce.
6. Podpora asociálního chování: Posilují agresivitu, sobectví a potlačují výčitky svědomí (Kalina, 2003, s. 124).

1.3 Dopady závislosti

Pravidelná nadměrná konzumace alkoholu má závažné dopady na mnoha úrovních života člověka. Alkohol postupně poškozuje celý organismus svými toxickými účinky, což může vést k vážným zdravotním problémům. Vedle fyzického zdraví trpí i psychika člověka. Negativní následky se projevují také v sociální sféře a finanční situaci. V nejzávažnějších případech se mohou rozvinout život ohrožující stavy jako je alkoholové delirium.

1.3.1 Somatické dopady

Poškození gastrointestinálního traktu

Abúzus alkoholu často způsobuje záněty žaludku (alkoholová gastritida), záněty slinivky břišní a narušení jaterních funkcí. V důsledku nadměrného pití může docházet ke zvýšené produkci žaludečních kyselin, k refluxu nebo poškození jícnu. Dlouhodobé užívání je spojeno s vyšším rizikem vzniku kolorektálního karcinomu (Kalina, 2015, s. 911).

Onemocnění jater

Denní konzumace alkoholu nad 60 g u mužů a 20 g u žen může vést k jaternímu poškození. Prvním stádiem bývá steatóza (ztučnění jater), později alkoholická hepatitida a v nejzávažnějších případech vzniká jaterní cirhóza. Cévní komplikací může být portální hypertenze a krvácení z jícnových varixů. Alkoholové poškození jater je často doprovázeno poruchami výživy, zejména nedostatkem vitamínů skupiny B (Kalina, 2015, s. 911).

Neurologické poškození

Chronický abúzus alkoholu poškozuje nervový systém toxickým působením a v důsledku malnutrice. Typickým obrazem je Korsakovův syndrom (poruchy paměti, dezorientace, konfabulace), Wernickeova encefalopatie (nedostatek thiaminu) a alkoholová demence. Alkohol rovněž způsobuje periferní neuropatie (např. polyneuropatie), kterými trpí přibližně pětina chronických alkoholiků (Kalina, 2015, s. 912).

Kromě toho může dlouhodobé pití alkoholu poškodit endokrinní systém, což se projevuje například příznaky poškozením slinivky, problémy s produkcí inzulínu a větším rizikem diabetu. Další komplikace zahrnují nedostatek vitamínů, poruchy tvorby krve, poruchy srážení krve a chudokrevnost. U mužů alkoholismus způsobuje sníženou sekreci testosteronu, poruchy sexuální funkce a impotenci. U žen alkoholiček představuje těhotenství riziko poškození plodu, což může vést k fetálnímu alkoholovému syndromu (FAS) nebo jeho mírnější formě, fetálnímu alkoholovému efektu (FAE), projevujícímu se poruchami chování a intelektu (Kalina, 2003).

Škodlivé užívání alkoholu se však neprojevuje pouze dlouhodobými a chronickými zdravotními komplikacemi. U osob s těžkou závislostí může při náhlém vysazení alkoholu dojít k rozvoji akutního a život ohrožujícího stavu známého jako delirium tremens (DT). Delirium tremens patří mezi nejzávažnější projevy alkoholového odvykacího stavu. Obvykle se rozvíjí v rozmezí dvou až čtyř dnů od posledního požití alkoholu. Tento stav se projevuje dezorientací, zmateností, halucinacemi, intenzivním třesem, silným neklidem, nadměrným pocením, zrychlenou srdeční činností a výrazným zvýšením krevního tlaku.

Pacienti bývají výrazně psychomotoricky neklidní, často dezorientovaní v čase i prostoru a jejich stav se může rychle zhoršovat. Bez včasné lékařské pomoci hrozí rozvoj komplikací, jako jsou záchvaty, poruchy vědomí a v krajních případech i smrt. Základní léčba zahrnuje podávání benzodiazepinů, zajištění dostatečné hydratace, korekci elektrolytových nerovnováh a monitoraci životních funkcí na specializovaném pracovišti (Delirium Tremens: A Review of Clinical Studies, 2024).

1.3.2 Psychické dopady

Alkoholismus a jeho psychické poruchy představují závažný problém, který ovlivňuje nejen jednotlivce, ale i jejich blízké a společnost jako celek. Dlouhodobé užívání alkoholu může vést k různým psychickým poruchám, které se projevují jak akutně, tak chronicky.

Dlouhodobé nadužívání alkoholu může vést k různým formám psychických poruch. Zatímco psychózy obecně zahrnují poruchy vnímání (halucinace) a myšlení (bludy), alkohol způsobuje specifické typy narušení psychiky, které se obvykle rozvíjejí po mnoha letech těžkého pití (Polách, 2015).

Mezi nejvýznamnější poruchy patří:

Alkoholový amnestický syndrom (dříve známý jako Korsakovova psychóza) - nejde o skutečnou psychózu, ale o závažnou poruchu paměti. Postižený si nedokáže zapamatovat nové informace déle než na okamžik. Charakteristickým příznakem jsou konfabulace - člověk nevědomě vyplňuje mezery v paměti smyšlenými příběhy, kterým sám věří. Při opakování stejné otázky může pokaždé odpovědět jinak, aniž by si toho byl vědom (Polách, 2015).

Alkoholová halucinóza - forma psychotické poruchy, tedy závažného duševního onemocnění charakterizované ztrátou kontaktu s realitou, projevující se například halucinacemi, bludy a dezorganizovaným myšlením. Tyto příznaky mohou být vyvolány různými faktory, včetně užívání návykových látek, a mají významný dopad na každodenní fungování jedince. V případě alkoholové halucinózy (F10.52 – Psychotická porucha

vyvolaná užíváním alkoholu, s halucinacemi) dochází po konzumaci většího množství alkoholu k výskytu živých zrakových nebo sluchových halucinací, které obvykle ustupují po ukončení pití (Calabrese a Khalili, 2023). Dle J. Skály: *„Charakteristickým projevem jsou sluchové halucinace „hlasy“, zpravidla nejméně dvou osob nebo celých skupin, které hovoří o nemocném, prozrazují jeho pití, kritizují nebo mu vyhrožují tresty, druhá skupina nemocného naopak hájí. Pacient se nezřídka snaží sám zapojit do této konverzace, má pocit, že s někým mluví přes stěnu nebo telefonuje.“* (Skála, 1987, s. 70).

Alkoholová paranoidní psychóza - projevuje se poruchami myšlení, zejména bludy. Postižený může být přesvědčen o tom, že je pronásledován, nebo trpět bezdůvodnou, ale pevnou vírou v nevěru partnera (Alcohol-Related Psychosis, 2023).

1.3.3 Sociální důsledky

Alkoholismus dramaticky zasahuje do rodinného života a partnerských vztahů. Osobnost závislého člověka se postupně mění - dříve spolehlivý a pracovitý partner se proměňuje v někoho, kdo často lže, používá výmluvy a může být agresivní vůči svým blízkým. Značná část rodinného rozpočtu mizí v nákupu alkoholu, což vytváří další napětí v domácnosti. Dlouhodobý stres působící na rodinu často končí rozvodem. Závislost se výrazně projevuje i v pracovní sféře, kde výkonnost člověka klesá. Postupně dochází k sociální izolaci - alkoholik ztrácí nejen rodinu, ale i přátele a kontakt s vlastními dětmi. (Hosek, 1998, s. 26 - 29).

1.4 Alkohol a duální diagnózy

Když se u člověka současně vyskytuje závislost na alkoholu a jiná duševní porucha, mluvíme o duální diagnóze. Jde o složitý stav, který vyžaduje zvláštní přístup jak při určení diagnózy, tak během léčby. Lékaři musí brát v úvahu vzájemné působení obou poruch a přizpůsobit tomu léčebný plán. U mnoha jedinců je užívání alkoholu považováno za formu sebemedikace, která však dlouhodobě přispívá k prohlubování psychických obtíží (Douaihy & Daley, 2014, s. 115).

Výskyt duálních diagnóz je vysoký. Podle české studie z roku 2003, která zkoumala 200 pacientů závislých na opiátech nebo metamfetaminu, měla více než třetina (35 %) pacientů souběžně i jinou psychiatrickou diagnózu. Mezinárodní výzkumy dokonce ukazují, že až polovina lidí závislých na návykových látkách trpí současně další duševní poruchou (Národní linka pro odvykání, 2021).

„Z hlediska možné etiologie se obvykle popisují tři skupiny psychopatologických komorbidit.

1. *První skupinu tvoří lidé s preexistující psychickou poruchou, bez ohledu na to, zda porucha byla diagnostikována a léčena, nebo ne. V obou těchto případech mohou duševní obtíže vést k rozvoji užívání, pokud návyková látka přináší dočasnou úlevu. Jde o tzv. model samoléčení či sebemedikace. Pacient pak často v užívání pokračuje a plíživě se rozvíjí závislost.*
2. *Druhou skupinou je pak opačná situace, kdy dlouhodobé a intenzivní užívání návykových látek může duševní poruchu způsobit nebo častěji vyprovokovat. Porucha se může rozvinout v souvislosti s abúzem jako jeho následek či vlivem poškození, které je způsobeno neurotoxickou zneužívané látky, případně vlivem nepříznivých okolností způsobených abúzem.*
3. *U třetí skupiny se předpokládá, že psychická nemoc a závislost na drogách jsou vyjádřením jedné základní příčiny, například poruchy osobnosti nebo stresové poruchy, která mohla vzniknout traumatizací v dětství.*

K vytvoření komorbidního klinického obrazu u konkrétního případu mohou přispívat všechny tři typy scénářů.“ (Kalina, 2015, s. 795). U pacientů s duální diagnózou je často obtížné určit, co bylo prvotní příčinou. Není jasné, zda psychické onemocnění vedlo k rozvoji závislosti, nebo jestli naopak užívání návykových látek způsobilo duševní problémy. Obě poruchy se navzájem ovlivňují a jejich vztah je složitý. Při posuzování stavu pacienta je nutné vzít v úvahu i další faktory - jak ty, které mohou stav zhoršovat, tak i ty ochranné (Kalina, 2015, s. 798).

U osob závislých na alkoholu se velmi často vyskytují i další psychiatrické poruchy. Jejich výskyt je výrazně vyšší než v běžné populaci - další psychiatrickou diagnózu má 45 až 80 % alkoholiků. Nejčastěji se jedná o: depresivní stavy (14 - 34%), bipolární porucha (5 – 35%), úzkostné stavy – jako PTSD, OCD, sociální fobie (5 – 20%), poruchy osobnosti (5 – 20%), psychotické stavy (2 – 10%), poruchy příjmu potravy (hlavně bulimie u žen), poruchy paměti (Orlíková a Csémy, 2017).

Lidé s duální diagnózou čelí větším překážkám při získávání odborné pomoci než pacienti s jedinou poruchou. Tento problém má několik příčin. Jednak existuje společenské stigma spojené s duálními diagnózami. Další komplikací je oddělení systému péče o závislé od systému péče o duševně nemocné. K tomu se přidává i skutečnost, že mnoho odborníků a zdravotnických zařízení není připraveno nebo ochotno pracovat s tak náročnými pacienty, jakými lidé s kombinací závislosti a duševní poruchy jsou (Kalina, 2015, s. 800).

1.5 Situace v ČR

V roce 2024 se situace ohledně pití alkoholu v České republice ukazuje jako nadále problematická, s výraznými rozdíly mezi muži a ženami.

„Riziková, resp. škodlivá konzumace alkoholu je definována na základě průměrné dávky konzumovaného alkoholu, tj. konzumace ≥40 g etanolu/den u mužů a ≥20 g/den u žen, resp. ≥60 g/den u mužů a ≥40 g/den u žen, což odpovídá 3–5 standardním nápojům denně u mužů a 1,5–3 standardním nápojům u žen.“ Jak je známé, Česká republika se řadí mezi země s nejvyšší konzumací alkoholu na světě. Řadíme se na třetí místo v Evropě, hned za Gruzií a Rumunskem. Průměrná roční spotřeba dosahuje 10 litrů čistého etanolu na osobu, což představuje přibližně 22 g alkoholu denně na každého obyvatele včetně dětí a seniorů (Vláda České republiky, 2024).

Ačkoli se někdy uvádí orientační hranice množství alkoholu, které je považováno za méně škodlivé, nelze toto množství považovat za bezpečné pro všechny. I malé dávky alkoholu mohou u některých jedinců představovat zdravotní riziko – například u těhotných

žen, lidí s nemocemi jater nebo ledvin, osob s psychickým onemocněním nebo těch, kteří mají vyšší genetické riziko vzniku závislosti. Jakékoli hodnocení rizika konzumace alkoholu je proto nutné posuzovat individuálně (World Health Organization, 2023).

1.5.1 Konzumace alkoholu u dětí a mládeže

Přestože u dětí a dospívajících dlouhodobě klesá míra užívání alkoholu, zůstávají jejich zkušenosti s alkoholem a rizikové konzumační vzorce stále na poměrně vysoké úrovni (Vláda České republiky, 2024).

Studie HBSC z roku 2022 odhaluje znepokojivé údaje o konzumaci alkoholu mezi dětmi a dospívajícími: - 24 % 11letých má zkušenost s alkoholem, 44 % 13letých konzumovalo alkohol a 73 % 15letých někdy pilo alkohol (Vláda České republiky, 2024).

Z těchto dětí uvedla přibližně polovina pití v posledních 30 dnech. Opakovanou zkušenost s opilostí mělo: - necelé 1 % 11letých, 5 % 13letých a téměř 23 % 15letých (Vláda České republiky, 2024).

Ve věkové skupině 15–19 let: - 83–87 % studentů pilo alkohol v posledních 12 měsících, 62–66 % konzumovalo alkohol v posledním měsíci, 39–47 % uvedlo pití nadměrných dávek (5 a více sklenic) v posledních 30 dnech a 12–20 % studentů konzumuje nadměrné dávky alkoholu jednou týdně nebo častěji (Vláda České republiky, 2024).

1.5.2 Konzumace alkoholu mezi dospělými

Spotřeba alkoholu v dospělé populaci České republiky je dlouhodobě vysoká a představuje významný zdravotní i sociální problém. Každodenní nebo téměř každodenní konzumaci uvádí přibližně 7–10 % dospělých osob, přičemž více než 12 % populace se alespoň jednou týdně věnuje tzv. binge drinking, tedy nadměrnému pití při jedné příležitosti. Tento pojem se obvykle vztahuje k jednorázové konzumaci vyšší dávky alkoholu, která překračuje hranici považovanou za rizikovou – tedy přibližně 60 g etanolu u mužů a 40 g u žen během jedné události, což odpovídá zhruba pěti standardním nápojům

u mužů a třem nápojům u žen. Mezi lety 2014 a 2020 docházelo k nárůstu každodenní konzumace, avšak v posledních dvou letech byl u mužů zaznamenán mírný pokles tohoto trendu. U žen zůstává míra každodenního pití relativně stabilní, přičemž dočasné snížení související s pandemií COVID-19 bylo následně vyrovnáno návratem k hodnotám z roku 2019 (Vláda České republiky, 2024).

Z dlouhodobého hlediska zůstává prevalence časté konzumace velkých dávek alkoholu poměrně stabilní, přesto od roku 2019 dochází k postupnému poklesu tohoto jevu mezi muži a osobami ve věkové kategorii 25–44 let. V rámci klasifikace konzumace alkoholu v ČR spadá 7–9 % populace do rizikové kategorie, zatímco dalších 8–10 % je zařazeno do skupiny škodlivého pití. To znamená, že až 19 % dospělých v Česku je vystaveno zvýšenému riziku zdravotních komplikací souvisejících s nadměrnou konzumací alkoholu. Podle odhadů NAUTA 2022 spadá do těchto kategorií přibližně 1,3 milionu osob, přičemž u 730 tisíc z nich lze již hovořit o projevech škodlivého pití (Vláda České republiky, 2024).

Zvýšené riziko spojené s konzumací alkoholu se týká i specifických skupin populace. Výzkumy mezi lékaři ukazují, že problém s alkoholem se v České republice týká přibližně 175–230 tisíc osob. Alarmující je rovněž situace mezi těhotnými ženami – až 60 % z nich přiznává konzumaci alkoholu v průběhu těhotenství, přičemž téměř pětina z nich pije pravidelně či rizikově. Mezi zvláště zranitelné skupiny, u nichž je míra konzumace alkoholu vyšší než v obecné populaci, patří osoby žijící v sociálním vyloučení, lidé bez domova a jedinci se zkušeností s pobytem ve vězení. U těchto skupin se alkohol často stává faktorem prohlubujícím socioekonomickou marginalizaci (Vláda České republiky, 2024).

Jedním z klíčových faktorů vysoké míry konzumace alkoholu v České republice je společenská tolerance k jeho užívání. Pravidelné pití alkoholu považuje za přijatelnou normu 31 % obyvatel. Poměrně liberální přístup mají Češi také k reklamě na alkohol – zákaz propagace destilátů by podpořilo pouze 25 % populace, zatímco reklamu na víno či pivo by omezilo pouhých 13 % a 12 % obyvatel. Tato kulturní a sociální akceptace

alkoholu tak přispívá k udržování vysoké míry jeho konzumace napříč populací (Vláda České republiky, 2024).

2. Role poradenství v závislosti na alkoholu

Poradenství představuje klíčový prvek v léčbě závislosti na alkoholu, jelikož poskytuje odbornou podporu zaměřenou nejen na abstinenci, ale i na širší aspekty duševního zdraví, osobní motivace a sociálního začlenění. Závislost na alkoholu je komplexní porucha, která ovlivňuje jak biologické, tak psychologické a sociální faktory jedince (Kalina, 2003, s. 236). Poradenské služby proto hrají zásadní roli v procesu zotavení, pomáhají klientům identifikovat a pochopit spouštěče jejich závislosti a poskytnout jim strategie, jak s nimi efektivně pracovat (Hoffman, 2024).

2.1 Formy poradenství

Poradenství lze rozdělit podle počtu zúčastněných klientů na individuální a skupinovou formu. Každá z těchto forem má svá specifika, která se liší jak ve způsobu práce poradce, tak v charakteru řešených problémů.

2.1.1 Individuální poradenství

Individuální poradenství představuje formu práce s klientem, která probíhá v rámci setkání mezi poradcem a jednotlivcem. Tento typ poradenství je vhodný zejména v případech, kdy klient přichází s osobními tématy, která se týkají například jeho sebevnímání, přijetí vlastní identity nebo snahy o změnu určitých osobnostních rysů. Častými oblastmi, na které se individuální poradenství zaměřuje, bývají otázky sebehodnocení, posilování sebevědomí a rozvoj sebedůvěry (Kowalczyk, 2021)

Individuální přístup se ukazuje jako klíčový i na počátku terapeutického procesu, kdy klient může být zranitelný, nejistý nebo nezvyklý sdílet své zážitky a pomáhá navodit pocit bezpečí a otevřenosti. Navíc u některých cílových skupin je skupinové poradenství obtížně proveditelné nebo nevhodné. To platí například u osob s komorbidními poruchami osobnosti, kde skupinové prostředí může vyvolávat stres a konflikty, nebo u lidí bez domova, u kterých může chybět stabilní kontakt či kolektivní zázemí a dochází k častým absencím či přerušovanému kontaktu (Wendt a Gone, 2018).

2.1.2 Skupinové poradenství

Skupinové poradenství využívá principy skupinové dynamiky a fungování skupiny. Během skupinových setkání mají účastníci možnost nejen lépe poznat ostatní členy, ale také získat hlubší vhled do sebe sama. Skupina poskytuje prostor pro řešení různých životních situací a podporuje naplňování individuálních potřeb jednotlivců. Mezi klíčové přínosy této formy poradenství patří rozvoj sebepoznání, orientace v problémech, interpersonální učení, otevřenost vůči druhým, vzájemná pomoc, soudržnost skupiny, pocit sounáležitosti, učení se prostřednictvím modelových situací, emocionální uvolnění, posilování naděje, vhodné složení skupiny a kvalitní vedení skupinového procesu (Vendel, 2008, s. 176-179).

Skupinové poradenství však není vhodné pro každého. Mezi kontraindikace patří například aktuálně probíhající psychóza, těžké depresivní stavy, výrazné poruchy osobnosti (např. antisociální či hraniční), nízká míra motivace ke změně nebo závažná sociální nestabilita, včetně bezdomovectví. V těchto případech může být skupinová dynamika pro klienta zatěžující a individuální poradenství se jeví jako vhodnější forma práce (Kalina, 2003; Nešpor, 2013).

2.2 Sociální poradenství

Poradenství tvoří klíčovou součást sociálních služeb v České republice. Všechny registrované sociální služby musí být schopny poskytovat základní sociální poradenství, jde o nezbytný požadavek stanovený zákonem - zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Vedle toho existuje také specializovaná registrovaná služba nazvaná odborné sociální poradenství, která je také stanovená zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tato specifická služba pomáhá lidem řešit jejich obtížné sociální situace. Charakter těchto situací může být velmi různorodý. Pro způsob poskytování odborného poradenství je zásadní, jaké cílové skupině je určeno. Právě podle cílové skupiny se volí vhodné metody a postupy v poradenském procesu. Celkově poradenský proces v sociálních službách plní důležitou funkci - pomáhá odhalovat, vysvětlovat, zmírňovat a řešit sociální problémy (Bobek, 2008, s. 29).

Základní sociální poradenství se soustředí na poskytování potřebných informací lidem, kteří se ocitli v obtížné situaci a potřebují pomoc. Je nezbytné, aby tato služba byla snadno dostupná jak z hlediska místa, tak i času, protože představuje základní činnost při poskytování všech typů sociálních služeb. Zákon ukládá povinnost poskytovat toto poradenství všem registrovaným poskytovatelům sociálních služeb bez ohledu na jejich zaměření (Krutilová, 2014, s. 3).

Odborné sociální poradenství se zaměřuje na specifické potřeby lidí z různých cílových skupin, kteří čelí nepříznivým sociálním situacím. Zákon o sociálních službách v §37 (3) definuje toto poradenství jako službu poskytovanou různým sociálním skupinám prostřednictvím specializovaných poraden - občanských, manželských a rodinných, poraden pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením a pro oběti trestných činů a domácího násilí. Tato služba zahrnuje také sociální práci s jedinci, jejichž životní styl může vést ke konfliktům se společností (ČR, 2006, § 37). Odborné sociální poradenství poskytuje tři základní typy činností: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Krutilová, 2014, s. 4).

Souhrnně lze říci, že služby sociálního poradenství se primárně soustředí na identifikaci nepříznivé situace klienta, určení jejího rozsahu a odhalení příčin, které k ní vedly. Poté, co získají potřebné informace, mohou sociální služby efektivně pomáhat svým klientům při řešení jejich složitých sociálních situací. Poradenský proces v sociálních službách představuje cílenou aktivitu, která vždy sleduje předem stanovený záměr. Tento cíl se může pohybovat od obecné roviny, jako jsou preventivní aktivity zabraňující sociálnímu vyloučení (například služby nízkoprahových zařízení pro děti a mládež), až po velmi konkrétní cíle zaměřené na specifické potřeby jednotlivých klientů. Je však důležité, aby i tyto individualizované cíle byly v souladu s obecnými cíli, které daná sociální služba sleduje.

2.3 Cíle sociálního poradenství

Sociální poradenství klade důraz na snadnou dostupnost pro klienty - mělo by být poskytováno co nejblíže místu, kde žijí, pracují nebo se momentálně nacházejí. Tato služba pomáhá lidem v jejich rozhodování, usnadňuje jim procházet životními změnami a zmírňuje pocity dezorientace. Zaměřuje se především na překonávání emocionálních obtíží a podporu osobnostního rozvoje (Michalík, 2009, s. 19).

Hlavním cílem je umožnit klientům žít plnohodnotný život bez omezujících vlivů, které jim brání ve svobodě a emoční pohodě. Poradenství se snaží podpořit lidi v tom, aby se stali nezávislými na druhých, dokázali odolávat tlaku okolí a naučili se důvěřovat vlastním pocitům a věřit sami sobě. Důležitou součástí je také pomoc při zvládání problémů a podpora v tom, postavit se jim čelem. Poradce poskytuje klientovi potřebné informace a podporu při hodnocení jeho možností, konečné rozhodnutí o dalších krocích při řešení životních obtíží však vždy zůstává na klientovi samotném (Michalík, 2009, s. 32).

Efektivní poradenská intervence tedy nespočívá pouze ve snižování nebo eliminaci konzumace, se zaměřením na abstinenci, ale zaměřuje se na celkovou změnu životního stylu klienta, zlepšení jeho duševního zdraví a posílení schopnosti zvládat náročné životní situace bez návratu k závislostnímu chování. Úspěšnost poradenství je ovlivněna nejen volbou vhodné terapeutické metody, ale i aktivní spoluprací klienta a jeho ochotou k osobní změně.

2.4 Psychologické poradenství

Psychologické poradenství pro lidi závislé na alkoholu je klíčovou součástí komplexní léčby, která se zaměřuje na pomoc klientům překonat psychologické aspekty závislosti. Tento typ poradenství zahrnuje různé terapeutické metody a techniky, které pomáhají klientům lépe porozumět svým problémům a rozvíjet strategie pro zvládání závislosti. Bez takového psychologického přístupu je často velmi obtížné dosáhnout dlouhodobé abstinence a stabilizace klientova života — závislost je totiž pevně propojena s

kognitivními, emočními a sociálními faktory (Psychological and Psychosocial interventions, 2011).

Nyní v krátkosti shrnu nejpoužívanější postupy v praxi a jejich základní rysy.

2.4.1 Kognitivně – behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) se zaměřuje především na změnu nezdravých myšlenkových vzorců a vzorců chování, které udržují a podporují závislost. KBT pracuje s předpokladem, že alkoholismus není pouze biologickým problémem, ale je významně ovlivněn naučenými způsoby chování, emočními reakcemi a myšlenkovými procesy. (Beck et al., 2001, s. 189) V rámci poradenských služeb je KBT využívána jak v individuální terapii, tak ve skupinových sezeních. V individuální terapii se zaměřuje na specifické problémy každého klienta, zatímco ve skupinové terapii umožňuje sdílení zkušeností a vzájemnou podporu mezi klienty (Miller & Rollnick, 2012, s. 74). Cílem terapie je vést klienty ke konfrontaci jejich mylných přesvědčení pomocí protichůdných důkazů, které sami shromažďují a vyhodnocují. Součástí procesu je pomáhat klientům odhalovat jejich dogmatická přesvědčení a aktivně pracovat na jejich omezení. Důležitou součástí je také rozpoznávání zautomatizovaných myšlenkových vzorců a jejich postupná změna (Millerová, 2011, s. 48).

Tato poradenská teorie rovněž úzce souvisí s oblastí adiktologie, protože se klienti v průběhu léčby často musí potýkat s negativním sebepojetím. Klienti mohou být systematicky podporováni v nácviku rozpoznávání negativních myšlenek a osvojování vhodných způsobů reakce na ně, například pomocí domácích úkolů, vedení záznamů či hraní rolí. Pomoc klientům při rozpoznání iracionálních přesvědčení či mylných představ, jimž často podléhají, a při identifikaci jejich obranných mechanismů usnadňuje stanovení zaměření klinické práce a vypracování plánu léčebné intervence (Millerová, 2011, s. 57).

Výzkumy potvrzují vysokou účinnost KBT v léčbě alkoholismu. Bylo prokázáno, že klienti, kteří absolvují KBT, mají nižší míru relapsu a jsou schopni lépe zvládat stresové situace bez nutnosti návratu k alkoholu. KBT se ukázala jako zvláště efektivní u jedinců,

kteří mají současně další psychické problémy, například úzkostné poruchy nebo depresi, které často koexistují se závislostí (Douaihy & Daley, 2014, s. 211).

Důležité principy KBT v léčbě závislosti zahrnují:

1. Identifikaci spouštěčů konzumace alkoholu – klienti se učí rozpoznávat situace, emoce a myšlenky, které vedou k pití.
2. Změnu maladaptivních myšlenek – terapie pomáhá klientům zpochybnit škodlivé přesvědčení o alkoholu a nahradit je racionálnějšími pohledy.
3. Nácvik dovedností zvládání stresu a emocí – součástí terapie je výuka efektivních strategií, jako jsou relaxační techniky, mindfulness a řešení problémů.
4. Prevence relapsu – klienti se učí techniky, jak zvládat situace, které by mohly vést k opětovnému užívání alkoholu (Gossop, 2013).

2.4.2 Motivační rozhovory

Motivační rozhovor (Motivational Interviewing, MI) představuje významnou poradenskou metodu, která je široce využívána v léčbě závislostí, včetně alkoholismu. Tato metoda byla vyvinuta Williamem R. Millerem a Stephenem Rollnickem v 80. letech 20. století a jejím hlavním cílem je posílení klientovy vnitřní motivace ke změně prostřednictvím empatického a strukturovaného dialogu (Miller & Rollnick, 2012, s. 42).

Motivační rozhovor je efektivním nástrojem v léčbě závislosti na alkoholu, zejména v raných fázích terapie, kdy klient často vykazuje ambivalenci vůči změně. Studie ukazují, že MI zvyšuje klientovu motivaci k abstinenci, podporuje dlouhodobější změnu chování a snižuje pravděpodobnost relapsu. Motivační rozhovor je často kombinován s dalšími přístupy, jako je kognitivně-behaviorální terapie, což zvyšuje jeho účinnost v dlouhodobé léčbě závislostí (Christopher a Dougher, 2009).

Principy motivačního rozhovoru

Motivační rozhovor vychází z principů humanistické psychoterapie a zaměřuje se na podporu klientovy autonomie a rozhodovacích schopností. Základními principy této metody jsou:

1. Vyjadřování empatie – poradce aktivně naslouchá, přijímá klientovy pocity a reflektuje jeho prožitky bez posuzování či tlaku na okamžitou změnu.
2. Rozvoj diskrepance – terapeut pomáhá klientovi uvědomit si rozdíl mezi jeho současným stavem a žádoucími životními hodnotami, což může vést k vnitřní motivaci ke změně.
3. Práce s odporem – namísto konfrontace se odpor klienta vnímá jako přirozená součást procesu a je řešen prostřednictvím reflexivního naslouchání a otevřených otázek.
4. Podpora sebeúčinnosti – terapeut posiluje klientovu důvěru ve vlastní schopnosti dosáhnout změny a zvládat obtížné situace bez návratu k závislostnímu chování (Miller & Rollnick, 2012, s. 164).

Motivační rozhovor probíhá v několika fázích, které odpovídají klientově připravenosti ke změně. Tato struktura vychází z modelu změny chování (Prochaska & DiClemente, 1986) a zahrnuje:

1. Angažování (Engagement) – vytvoření důvěry a vztahu mezi terapeutem a klientem.
2. Zaměření (Focusing) – identifikace klíčového problému, na který se bude terapie soustředit.
3. Evokování (Evoking) – práce s vnitřní motivací klienta, hledání jeho vlastních důvodů ke změně.
4. Plánování (Planning) – vytvoření konkrétního plánu změny a strategie pro zvládání relapsů (Miller & Rollnick, 2012, s. 180)

Motivační rozhovor je především komunikační přístup, nikoliv pouhý soubor technik. Nejedná se o souhrn manipulativních strategií zaměřených na přimění jedince k

něčemu, co sám nechce. Naopak, jde o způsob komunikace, který podporuje vnitřní procesy vedoucí k přirozené změně (Miller, Rollnick, 2012, s. 201). Motivační rozhovor se zaměřuje na posilování klientovy vnitřní motivace, čímž se odlišuje od přístupů, které využívají vnější faktory, jako jsou sankce či sociální tlak. Nejde o metodu, která by klienta nutila ke změně, s níž by se sám vnitřně neztotožnil. Jeho cílem je pomoci klientovi rozpoznat a rozvíjet ambivalenci ohledně jeho současného chování, přičemž právě práce s touto ambivalencí je klíčovým prvkem vedoucím k iniciaci změny. Účinnost motivačního rozhovoru je však úzce spjata s rozpoznáním fáze změny, ve které se klient nachází, a s volbou odpovídajících intervencí. Každá fáze změny má své specifické postupy a techniky, a proto nesprávné načasování či nevhodně zvolený přístup může vést k posílení odporu ze strany klienta. Naopak dobře zvolená intervence podporuje motivaci a usnadňuje klientův posun k žádoucí změně. Pro efektivní poradenskou práci je tedy zásadní schopnost odborníka pružně reagovat na individuální potřeby klienta a přizpůsobit strategii jeho aktuální připravenosti ke změně (Miller, Rollnick, 2012, s. 244-248).

2.4.3 Rodinná terapie

Rodinná terapie hraje roli v léčbě závislosti na alkoholu, jelikož problematika užívání návykových látek ovlivňuje nejen samotného jedince, ale také jeho rodinné a sociální prostředí. Závislost často vede k narušení rodinných vztahů, ztrátě důvěry a zvýšené míře konfliktů. Rodinná terapie se proto zaměřuje na obnovu těchto vztahů, zlepšení komunikace a podporu zdravých mechanismů zvládání stresu (O'Farrell & Fals-Stewart, 2006, s. 311).

Závislost se nevyvíjí izolovaně, ale je úzce spjata s rodinným prostředím, které může významně ovlivnit jak samotný průběh závislosti, tak i proces zotavení. Rodina může hrát roli v rozvoji problematického užívání, předávkování či v utváření vzorců užívání návykových látek, zejména pokud jsou rodiče sami uživateli. Užívání drog se může v rodinném systému udržovat například jako prostředek k zachování rovnováhy v dynamice rodiny nebo být podporováno hyperprotektivními postoji blízkých osob = kódependence. Podle Kaliny (2003) se spoluzávislé osoby často nacházejí v blízkém vztahu k závislému člověku (např. partner, rodič) a jejich život se postupně začne točit kolem problémů a

potřeb závislého, což vede k chronickému stresu a psychickému vyčerpání. Návykové látky v tomto kontextu plní dvě základní funkce: buď se samy o sobě stávají hlavním zdrojem konfliktů a problémů v rodině, nebo jsou projevem neřešených vnitřních potřeb a nedostatku komunikačních či adaptačních dovedností. Pro poradce je klíčové správně identifikovat, jakým způsobem se závislost v rodinném systému projevuje, aby mohl zvolit nejvhodnější přístup k intervenci. (Millerová, 2005, s. 149)

2.4.4 Skupinová terapie

Skupinová psychoterapie je v České republice považována za velmi důležitý, mnohdy až klíčový nástroj v léčbě závislostí. Nejčastěji se využívá skupinová, dynamicky orientovaná psychoterapie, která staví na principech terapeutické komunity, zejména v rámci lůžkových programů. Cílem této formy terapie je zejména rozvoj náhledu – tedy schopnosti klienta reflektovat své chování, porozumět mu a začít aktivně realizovat změny životního stylu vedoucí k rozhodnutí pro abstinenci (Kalina, 2015, s. 1670)

V adiktologické praxi se uplatňují různé typy skupin, například skupiny životopisné, tematické, interakční, ale také analytické nebo dynamické. Skupinová terapie může být obohacena o prvky kognitivně-behaviorální terapie, gestalt terapie nebo dalších přístupů. Důraz je často kladen na využití skupinové dynamiky a sdílené zkušenosti, které pomáhají klientům zpracovávat osobní témata související s jejich minulostí i současností (Kalina, 2015, s. 1671)

Podle Miovského a Bartošíkové (2003) však není skupinová psychoterapie vhodná pro všechny klienty a měla by být využívána pouze v určitých fázích léčby. Obvykle jí předchází individuální terapie, jejímž cílem je klienta na skupinovou práci připravit a motivovat jej k aktivnímu zapojení (Kalina, 2015, s. 1672).

2.4.5 Anonymní alkoholici

Anonymní alkoholici jsou organizací, která vznikla v roce 1935 a předcházela vzniku prvních terapeutických komunit. Jejich přístup k léčbě závislosti na alkoholu je založen na systému „dvanácti kroků“, které představují soubor principů vedoucích k

postupnému překonání závislosti. Tyto kroky zahrnují i duchovní rozměr, jenž mnoha členům pomáhá zvládat cestu k abstinenci (Nešpor, Csémy, 1996, s. 106 - 108).

Setkání Anonymních alkoholiků jsou vedena v atmosféře důvěrnosti a anonymity – účastníci se oslovují pouze křestními jmény. Každé setkání má svého předsedu, který organizuje průběh schůzky, uvádí jednotlivé příspěvky a na závěr ji formálně ukončuje. Klienti mají možnost sdílet své osobní zkušenosti, což jim pomáhá reflektovat vlastní životní situaci, lépe porozumět své závislosti a získat zpětnou vazbu od ostatních. Posluchači se do sdílení aktivně nezapojují, ale mohou se inspirovat příběhy druhých. Osoby pod vlivem alkoholu se setkání mohou účastnit, avšak nemají možnost se aktivně zapojit do diskuze (Nešpor, Csémy, 1996, s. 106 - 108).

Jednotlivé životní příběhy se často vyznačují společnými rysy, což přispívá k rozvoji vzájemné diskuse na předem zvolené téma. Tato setkání poskytují lidem bojujícím se závislostí prostor pro sdílení, podporu a pochopení ze strany osob, které si prošly podobnou zkušeností, čímž posilují jejich motivaci k abstinenci a pomáhají jim lépe zvládat své problémy (Nešpor, Csémy, 1996, s. 106 - 108).

2.5 Třináct principů efektivní léčby závislosti dle amerických pramenů (Thirteen principles, 1999)

1. Léčba by měla být individuálně přizpůsobena potřebám klienta – Každý jedinec má odlišné zkušenosti, osobnostní charakteristiky a sociální podmínky, proto je nezbytné volit takový léčebný přístup, který nejlépe odpovídá jeho specifickým potřebám a situaci.
2. Léčba by měla být snadno a rychle dostupná – Včasný přístup k léčbě je klíčový, protože oddalování pomoci může zhoršit průběh závislosti a snížit šance na úspěšné zotavení.
3. Léčba by měla být komplexní a přizpůsobená individuálním potřebám klienta – Terapeutické intervence by měly reflektovat nejen zdravotní, ale také sociální a psychologické aspekty klientova života.

4. Léčba by měla být flexibilní a přizpůsobovat se vývoji klientovy situace – V průběhu léčby se mohou klientovy potřeby měnit, a proto je nutné přizpůsobovat terapeutické postupy aktuálním okolnostem.

5. Délka léčby hraje zásadní roli v její účinnosti – Čím déle léčba trvá, tím vyšší je pravděpodobnost úspěšného zotavení a dlouhodobé abstinence.

6. Součástí léčby by mělo být poradenství v různých formách – Léčebný proces by měl zahrnovat individuální i skupinové poradenství a zároveň pracovat s metodami kognitivně-behaviorální terapie pro efektivnější změnu vzorců chování.

7. Vhodná farmakoterapie může být součástí léčby – U některých klientů je potřebné podávání léků, které pomáhají zmírnit abstinenční příznaky nebo snižují touhu po alkoholu či jiných návykových látkách.

8. Pokud klient trpí současně závislostí a psychickou poruchou, je nutné léčit obě složky současně – Komorbidní duševní onemocnění, jako jsou deprese či úzkostné poruchy, musí být řešeny společně se závislostí, protože vzájemně ovlivňují průběh léčby.

9. Samotná detoxikace není dostatečným řešením – Detoxifikace představuje pouze počáteční fázi léčby, která by měla být následována dlouhodobou terapeutickou a podpůrnou péčí.

10. Léčba nemusí být vždy založena na dobrovolnosti – Motivace ke změně může být posílena tlakem ze strany rodiny, zaměstnavatele nebo státních institucí, což může mít pozitivní dopad na klientovu ochotu podstoupit terapii.

11. Během léčby je nutné pravidelně monitorovat abstinenci – Průběžné kontroly pomáhají odhalit případné porušení abstinence a umožňují včasné zavedení podpůrných opatření.

12. Součástí léčby by mělo být testování na infekční onemocnění – U klientů se závislostí je vhodné provádět screening na HIV/AIDS, hepatitidu, tuberkulózu a další infekční choroby, které mohou souviset s jejich životním stylem.

13. Léčba závislosti je dlouhodobý proces s možností opakování – Proces zotavení může zahrnovat opakované léčebné cykly, přičemž účast ve svépomocných skupinách může výrazně přispět k udržení abstinence a prevenci relapsu (Nešpor, 2013, s. 87).

3. Výzkumná část

3. 1 Metodika výzkumu

Metodická část této práce popisuje postupy a metody, které byly využity při realizaci výzkumu. Zaměřuje se na vymezení výzkumného problému a stanovení cílů, dále charakterizuje výzkumný soubor, řeší etické otázky spojené s realizací výzkumu a popisuje proces sběru dat. Pro potřeby této práce byl zvolen kvalitativní výzkumný přístup a shromážděná data byla zpracována pomocí tematické analýzy.

3. 1. 1 Kvalitativní výzkum

V praktické části této bakalářské práce byl využit kvalitativní výzkumný přístup, který se ukázal jako nejvhodnější vzhledem k povaze zkoumaného tématu. Tento přístup umožňuje hlouběji nahlédnout do zkušeností adiktologů, kteří se věnují poradenské a terapeutické práci s klienty závislými na alkoholu. Hlavním přínosem kvalitativní metody je možnost porozumět významům, které odborníci přisuzují svým postupům, i tomu, jak vnímají efektivitu jednotlivých přístupů ve své každodenní praxi.

Účelem tohoto výzkumu nebylo vytvořit obecně platné zobecnitelné závěry, ale spíše nabídnout podrobný vhled do konkrétních situací a způsobů práce s klienty v oblasti adiktologie. Volba této metody byla rovněž ovlivněna cílovou skupinou respondentů, kterou tvořili odborníci s praktickými zkušenostmi, schopní nabídnout osobní reflexi i profesní náhled. Kvalitativní přístup zároveň umožnil flexibilní a přirozený průběh sběru dat, což je vhodné při zkoumání takto komplexního tématu, jakým je poradenství při léčbě závislosti na alkoholu.

3. 1. 2 Cíle výzkumného šetření

Výzkum se zaměřuje na to, jaké konkrétní metody adiktologové při práci s klienty nejčastěji používají, jaké mají s těmito přístupy zkušenosti a které z nich považují za nejefektivnější.

Pozornost je rovněž věnována důvodům, které vedou odborníky k volbě určitého přístupu u konkrétního klienta, a tomu, jak poradci přizpůsobují svůj postup individuálním potřebám klientů – například s ohledem na jejich věk, délku závislosti, psychický stav nebo další individuální charakteristiky.

Celkově není cílem výzkumu formulovat obecně platné závěry, ale naopak získat hlubší vhled do poradenské praxe adiktologů, porozumět jejich zkušenostem a pohledům na účinnost různých přístupů v kontextu práce s osobami závislými na alkoholu.

3. 1. 3 Výzkumné otázky

Pro tento výzkum byla formulována hlavní výzkumná otázka (HVO) spolu s několika dílčími výzkumnými podotázkami (DVO).

Hlavní výzkumná otázka

HVO1: Jak adiktologové vnímají a hodnotí poradenské a terapeutické přístupy, které používají při léčbě klientů závislých na alkoholu.

Dílčí výzkumné otázky

DVO1: Jaké poradenské a terapeutické přístupy adiktologové vnímají jako užitečné při práci s klienty závislými na alkoholu?

DVO2: Jak adiktologové popisují důvody, proč volí určité poradenské přístupy v konkrétních případech?

DVO3: U které metody subjektivně pozorují nejlepší výsledky?

DVO4: Jak se podle adiktologů přizpůsobuje poradenský přístup individuálním potřebám klientů?

DVO5: Jaké faktory podle adiktologů ovlivňují účinnost poradenské práce s klienty závislými na alkoholu?

DVO6: Jak adiktologové vnímají kombinování různých poradenských a terapeutických přístupů?

Abych mohla najít odpovědi na hlavní i dílčí výzkumné otázky, připravila jsem pro respondenty dvanáct otázek do rozhovoru. Tyto otázky měly za cíl lépe porozumět tomu, jak adiktologové pracují s klienty závislými na alkoholu a co považují při své práci za důležité a užitečné.

Tazatelské otázky

TO1: Jaké terapeutické nebo poradenské metody nejčastěji využíváte?

TO2: S jakými metodami máte nejdelší zkušenost?

TO3: Zohledňujete při výběru typu poradenství nějaké konkrétní znaky klienta?

TO4: Jaké situace ovlivňují vaše rozhodování při volbě přístupu?

TO5: V čem vidíte přínos konkrétních metod pro klienty?

TO6: Jsou metody, které se vám zdají méně účinné, a proč?

TO7: Mění se vaše strategie podle věku, pohlaví, délky závislosti nebo psychických obtíží klienta?

TO8: Můžete uvést příklad situace, kdy jste přístup přizpůsoboval/a?

TO9: Co podle vás nejvíce ovlivňuje, zda poradenský přístup bude fungovat?

TO10: Jak důležitou roli hraje motivace klienta? Podpora rodiny? Délka spolupráce?

TO11: Máte zkušenost s kombinací více metod?

TO12: Které kombinace metod považujete za zvlášť přínosné?

3. 1. 4 Výběr výzkumného souboru

Účastníci tohoto výzkumu byli vybráni pomocí nepravděpodobnostního výběru, konkrétně metodou účelového (záměrného) výběru. Tento přístup umožnil oslovit takové respondenty, kteří odpovídali předem stanoveným kritériím v souladu se zaměřením výzkumu (Miovský, 2006). Respondenti byli vybráni na základě dobrovolnosti. Kritéria pro zařazení do výzkumu zahrnovala: odbornou praxi v oblasti adiktologie, přímou zkušenost s poskytováním poradenství klientům závislým na alkoholu a ochotu zapojit se do výzkumu. Minimální požadovaná délka praxe byla pět let. Celkem jsem oslovila 12 adiktologů – pět z nich na mou žádost nereagovalo a tři účast odmítli. Čtyři adiktologové se do výzkumu zapojili, přičemž tři z nich mají vystudovaný akreditovaný obor adiktologie a jeden je kvalifikovaný adiktolog s uznanou odborností dle platné legislativy. Výzkumný soubor tedy tvořili odborníci s přímou praxí, jejichž zkušenosti s poradenskou prací v oblasti závislosti na alkoholu mohly poskytnout hlubší porozumění zkoumanému tématu.

3. 1. 5 Etické aspekty výzkumu

Výzkum byl realizován s důrazem na dodržování etických zásad kvalitativního výzkumu. Všichni respondenti byli před zahájením výzkumného šetření podrobně informováni o jeho cíli, zaměření, průběhu, předpokládané délce rozhovorů a o způsobu nakládání se získanými daty.

Každý účastník výzkumu poskytl souhlas se svou účastí a se záznamem rozhovoru. Rozhovory probíhaly prostřednictvím telefonického hovoru a uskutečnily se pouze po předchozím souhlasu respondentů, s důrazem na zachování důvěrnosti a bezpečí sdělovaných informací. Součástí etických opatření bylo také ujištění o anonymitě a důvěrnosti všech poskytnutých informací. Získaná data byla uchovávána v souladu s platnými právními předpisy na ochranu osobních údajů a byla použita výhradně pro účely této bakalářské práce. Po ukončení výzkumu byly výsledky nabídnuty ke zpřístupnění všem zúčastněným respondentům.

3. 1. 6 Průběh sběru dat

Rozhovory byly realizovány během července 2025 formou telefonického hovoru. Každý rozhovor trval přibližně 30 minut. Hlavní osa rozhovoru byla tvořena sadou předem připravených tazatelských otázek, které jsou podrobně popsány v kapitole věnované výzkumným otázkám. Během rozhovorů byly zároveň podle potřeby pokládány doplňující otázky, jejichž cílem bylo blíže objasnit nebo rozšířit odpovědi respondentů. Všechny rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány a následně přepsány do textové podoby. Kompletní přepisy rozhovorů nejsou z důvodu ochrany anonymity respondentů součástí této práce, ale jsou k dispozici k nahlédnutí u autorky. Všichni účastníci byli předem informováni o průběhu rozhovoru, jeho struktuře, obsahu kladených otázek i o způsobu záznamu dat.

3. 1. 7 Metoda analýzy dat

Získaná data byla analyzována prostřednictvím tematické analýzy podle metodiky Braunové a Clarkové (2006), která je jednou z nejčastěji využívaných metod při zpracování kvalitativních dat. Tento přístup umožňuje identifikovat, systematicky analyzovat a podrobně popisovat opakující se témata, která se objevují v odpovědích respondentů.

Analýza probíhala v několika na sebe navazujících fázích. V první fázi proběhlo **seznámení se s daty**, které spočívalo v opakovaném pročítání přepisů rozhovorů, aby autorka získala celkový přehled o obsahu a začala si všímat opakujících se myšlenek a vzorců.

Ve druhé fázi následovalo **generování počátečních kódů**, kdy byly zajímavé a významné části textu označeny podle jejich obsahu a tematického zaměření. Kódování probíhalo ručně formou otevřeného kódování, přičemž jednotlivé úseky textu byly přiřazovány k různým kategoriím podle jejich významu.

Třetí fází bylo **vyhledávání témat**, kdy byly jednotlivé kódy seskupovány do širších tematických celků, které reflektovaly podobnosti a souvislosti mezi jednotlivými

odpověďmi. Tato fáze zahrnovala také zvažování, jak různé kódy spolu souvisí a jak se vztahují k hlavní výzkumné otázce.

Ve čtvrté fázi následovalo **přezkoumávání témat**, kdy byly vznikající tematické oblasti znovu porovnávány se zdrojovými daty, aby bylo zajištěno, že skutečně odpovídají obsahu rozhovorů a nejsou výsledkem zkreslené interpretace.

Pátá fáze se zaměřovala na **pojmenování a definování témat**. Každé téma bylo přesně formulováno a popsáno tak, aby jasně vystihovalo hlavní myšlenku, kterou reprezentuje.

V poslední, šesté fázi proběhla **závěrečná analýza a interpretace**, během které byly výsledky tematické analýzy zpracovány do podoby přehledného souhrnu s důrazem na odpovědi na výzkumné otázky. Výsledky byly doplněny ukázkami autentických výroků respondentů, které slouží k ilustraci jednotlivých témat.

Použití tematické analýzy umožnilo zachytit široké spektrum názorů, zkušeností a postojů respondentů, a zároveň respektovat kontext a význam jejich odpovědí.

3. 2 Výsledky výzkumu

Na základě provedené tematické analýzy dle metodiky Braunové a Clarkové (Braun & Clarke, 2006) bylo z analyzovaných rozhovorů identifikováno sedm klíčových témat, která se opakovaně objevovala v odpovědích všech respondentů. Tato témata odrážejí nejen zkušenosti adiktologů z praxe, ale také jejich reflexi účinnosti jednotlivých přístupů a jejich adaptaci na specifické potřeby klientů. Témata jsou uvedena v následující tabulce.

Téma
Význam motivačního rozhovoru a kognitivně-behaviorální terapie v práci s klienty
Individuální přístup ke klientovi a přizpůsobení metod jeho potřebám
Klíčová role motivace klienta a jeho sociálního zázemí v účinnosti terapie
Kombinace více metod jako efektivní strategie v prevenci relapsu
„Praktická zkušenost s tím, že pouze edukace nestačí“
Význam kontinuity a pravidelnosti v poradenské práci
Důležitost terapeutického vztahu a důvěry mezi adiktologem a klientem

Tabulka č. 2: Přehled identifikovaných témat z tematické analýzy vlastního šetření

3.2.1 Význam motivačního rozhovoru a kognitivně-behaviorální terapie v práci s klienty

Z rozhovorů s adiktology jednoznačně vyplynulo, že nejčastěji využívanými přístupy při práci s klienty závislými na alkoholu jsou motivační rozhovor (MI) a kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Motivační rozhovor je podle respondentů zcela zásadní zejména na začátku terapeutického procesu, kdy klient ještě často není plně rozhodnut ke změně. Právě práce s ambivalencí a posilování vnitřní motivace klienta je v této fázi klíčové.

Jak uvedl jeden z respondentů:

„Motivační rozhovor je u mě vždycky na začátku spolupráce. Většina klientů přichází s tím, že nějaký problém tuší, ale zároveň v tom pití vidí třeba i určité výhody – uvolnění, spánek, útěk od reality. Skrze motivační rozhovor jim pomáhám tyhle dvě roviny zvědomit a podívat se na to, co opravdu chtějí. Bez toho bychom se dál nepohnuli.“ (Respondent č. 1)

Druhý respondent vnímal motivační rozhovor jako přirozenou součást rozhovoru a nástroj, který mu pomáhá klienty aktivně zapojit:

„Snažím se klienty od začátku vtáhnout do procesu – ptám se, co by chtěli změnit, co jim vadí, co naopak ne. Motivační rozhovor je skvělý v tom, že není direktivní, neříkáme lidem, co mají dělat, ale pomáháme jim dojít si k tomu sami. A když se rozhodnou, že chtějí něco měnit, pak přichází na řadu KBT.“ (Respondent č. 2)

Kognitivně-behaviorální terapie podle všech respondentů navazuje na fázi motivace a zaměřuje se na konkrétní změny v chování. Slouží jako nástroj prevence relapsu, ale také jako pomoc při identifikaci a zvládání rizikových situací.

„U mě to funguje tak, že motivační rozhovor připraví půdu. Klient se otevře, pojmenuje si problémy a cíle a KBT potom přináší nástroje. Učíme se například, jak reagovat v rizikových situacích, jak pracovat s myšlenkami, které vedou k pití, nebo jak si jinak naplňovat potřebu uvolnění než alkoholem.“ (Respondent č. 3)

3.2.2 Individuální přístup ke klientovi a přizpůsobení metod jeho potřebám

Respondenti se shodují na tom, že univerzální přístup při práci s klienty závislými na alkoholu není možný. Každý klient přichází s jiným životním příběhem, jinými schopnostmi a jinými potřebami. Adiktologové proto kladou důraz na citlivé přizpůsobení použitých metod tak, aby odpovídaly osobnosti klienta, jeho věku, zdravotnímu stavu, míře motivace i sociálnímu zázemí.

Například respondent č. 2 k tomu uvedl:

„Mám klienty, kteří potřebují hodně vedení a struktury, ale i takové, kteří si chtějí na věci přicházet sami. Snažím se to respektovat a podle toho volit, jak pracujeme. Třeba seniorům dávám víc prostoru na zpomalení a zorientování se, mladší klienti chtějí víc plánovat, mluvíme spolu třeba o práci nebo partnerských vztazích.“ (Respondent č. 2)

Podobně to popisuje i respondent č. 4:

„Někdy ke mně přijde klient, který chce jen mluvit a vypovídat se, v tu chvíli není prostor na strukturovanou práci. Jindy je zase klient nastavený výkonně – chce úkoly, tabulky, pokroky. Je to o tom, co ten konkrétní člověk potřebuje a co mu dává smysl. Snažím se vyhnout přístupu, kdy bych šla podle nějaké jedné metody na všechny stejně.“ (Respondent č. 4)

Respondent č. 3 doplňuje, že zohledňuje i genderové a kulturní faktory:

„Ženy ke mně často přicházejí s tím, že se stydí, mají pocit selhání jako matky nebo partnerky. S nimi hodně pracuji na sebeocenění a bezpečí. U mužů je zase častější takové to 'musím to zvládnout sám', a tam je důležité budovat důvěru, aby si dovolili otevřenost. A taky vnímám rozdíly třeba u klientů z menších měst, kde je víc strach ze stigmatizace.“ (Respondent č. 3)

Z výpovědí vyplývá, že individuální přístup není adiktology vnímán jen jako obecné doporučení, ale jako klíčový a prakticky uplatňovaný princip jejich každodenní práce. Vnímají klienta jako jedinečnou osobnost a snaží se mu nabídnout takovou formu podpory, která bude nejvíce odpovídat jeho aktuální situaci.

3.2.3 Klíčová role motivace klienta a jeho sociálního zázemí v účinnosti terapie

Téma motivace a podpůrného prostředí se opakovalo napříč všemi rozhovory a respondenti mu přikládali zásadní význam. Podle jejich zkušeností je právě motivace klienta tím hlavním faktorem, který rozhoduje o úspěchu či neúspěchu terapeutické spolupráce. Bez aktivní vnitřní vůle ke změně totiž nelze dosáhnout dlouhodobého efektu, a to ani při použití těch nejefektivnějších metod.

Jak uvedl respondent č. 1, práce s nemotivovaným klientem bývá často neúspěšná:

„Bez motivace klienta to prostě nejde, žádná metoda ho sama o sobě nezmění. Můžeme se snažit sebelíp, ale pokud on sám nechce, tak se výsledky nedostaví.“ (Respondent č. 1)

Respondent č. 4 zdůraznil, že motivace klienta není stabilní, ale může se měnit v čase, a terapeut s tím musí umět citlivě pracovat:

„Motivace je proměnlivá, klient může být odhodlaný v pondělí a ve středu už pochybovat. Je důležité s tím pracovat průběžně a reagovat na změny.“ (Respondent č. 4)

Kromě motivace samotného klienta respondenti akcentovali i význam sociálního zázemí. To může mít podpůrný nebo naopak silně demotivující vliv. Například respondent č. 3 uvedl:

„Když má klient podporující rodinu, která mu věří a podporuje ho, má mnohem větší šanci, že v tom vydrží. Není na to sám.“ (Respondent č. 3)

Naopak život v prostředí, které toleruje nebo dokonce podporuje pití alkoholu, může podle všech respondentů působit jako bariéra ke změně. Respondent č. 2 k tomu doplnil:

„Měli jsme klienta, který abstinoval, ale vrátil se zpět do domácnosti, kde všichni pili. Do týdne byl zpátky tam, kde začal. Rodina ho sice měla ráda, ale nepochopila, jak zásadní pro něj byla změna prostředí.“ (Respondent č. 2)

Z výpovědí je patrné, že motivace klienta a kvalita jeho sociálních vazeb nejsou oddělené aspekty, ale vzájemně propojené faktory, které společně ovlivňují průběh i výsledky terapeutické práce. Adiktologové proto považují za důležité věnovat se oběma oblastem zároveň – jak práci s klientovou vnitřní motivací, tak případnému zapojení podpůrných osob z jeho okolí. Z těchto důvodů může být velmi přínosné, pokud je do poradenského nebo terapeutického procesu zapojena rodina klienta či jiné blízké osoby, které klient sám považuje za důležité. Rodinná terapie nebo poradenství pro blízké osoby může významně posílit motivaci klienta ke změně a podpořit dlouhodobé udržení abstinence tím, že vytváří podpůrné prostředí pro jeho zotavení.

3.2.4 Kombinace více metod jako efektivní strategie v prevenci relapsu

V rozhovorech se ukázalo, že všichni oslovení adiktologové ve své praxi běžně kombinují různé poradenské a terapeutické metody. Tato strategie jim umožňuje pružně reagovat na proměnlivé potřeby klientů, zvláště u těch, kteří se potýkají s opakovanými relapsy nebo s kombinací závislosti a dalších psychických obtíží. Mezi často kombinované přístupy patří motivační rozhovor, kognitivně-behaviorální terapie (KBT), krizová intervence a relaxační techniky.

Respondent č. 1 k tomu uvedl:

„Kombinace metod je pro mě naprosto běžná – málokdy se stane, že bych zůstal jen u jednoho přístupu. Každý klient potřebuje něco jiného a taky se jeho potřeby vyvíjejí. Nejčastěji kombinuji motivační rozhovor a KBT, protože se výborně doplňují – první pomáhá rozjet vnitřní motivaci a druhý dává konkrétní nástroje ke změně.“ (Respondent č. 1)

Respondent č. 3 zdůraznil důležitost pozorování a postupné úpravy přístupů:

„Často začínám s motivačním rozhovorem, ale jakmile se klient posune, přecházím třeba ke kognitivně-behaviorálním nástrojům nebo přidávám relaxační techniky. Někdy je nutné i krizově zasáhnout, když se něco nečekaně zkomplikuje.“ (Respondent č. 3)

Také respondent č. 4 potvrdil běžné využívání více přístupů v praxi:

„Když vidím, že jedna metoda nezabírá, přidám další – někdy stačí změnit formu práce a klient se otevře. Často kombinuju rozhovor s prvky edukace nebo nácvikem dovedností. V poslední době víc zařazuji relaxační techniky, protože u mnoha klientů fungují jako rychlý nástroj na zvládání úzkosti a napětí.“ (Respondent č. 4)

Z výpovědí vyplývá, že kombinování metod není náhodné, ale cílené a reflektuje individuální potřeby každého klienta. Adiktologové považují tuto rozmanitost přístupů za klíčovou pro udržení motivace, prevenci relapsu a celkově pro efektivní práci s komplexní

problematikou závislosti. Možnost střídat a doplňovat různé terapeutické techniky jim umožňuje pružně reagovat na aktuální stav klienta a podporovat změnu na více úrovních.

3.2.5 „Praktická zkušenost s tím, že pouze edukace nestačí“

Adiktologové se shodovali na tom, že pouhé předávání informací o škodlivosti alkoholu a principech závislosti klientovi nestačí k tomu, aby došlo k trvalé změně jeho chování. Klient musí být do procesu změny aktivně zapojen, musí si uvědomit důležitost změny a hledat vlastní motivy a cesty ke změně.

Respondent č. 2 k tomu uvedl:

„Samotná edukace nestačí. Můžeme klientovi opakovaně vysvětlit, co alkohol dělá s jeho tělem, ale pokud v sobě nemá motivaci něco změnit, nemá to větší dopad.“ (Respondent č. 2)

Respondent č. 4 popsal edukaci jako doplňkový nástroj:

„Informace jsou důležité, klienti často vůbec netuší, co alkohol dělá s jejich mozkem nebo zdravím. Ale bez toho, že to propojí se svým životem, to nemá váhu.“ (Respondent č. 4)

Respondent č. 2 ještě potvrdil, že pouhé informování nezaručuje změnu:

„Edukace je dobrý začátek, ale sama o sobě klienta k abstinenci nepřivede. Musíme pracovat i s jeho emocemi, strachy, představami o budoucnosti.“ (Respondent č. 2)

Ze všech výpovědí vyplývá, že edukace hraje roli spíše podpůrného prostředku, který může klienta nasměrovat, ale skutečná změna přichází až ve chvíli, kdy se klient sám aktivně zapojí do procesu a najde pro změnu vlastní důvody. Proto adiktologové vnímají edukaci jako součást širší terapeutické práce, nikoliv jako její hlavní pilíř.

3.2.6 Význam kontinuity a pravidelnosti v poradenské práci

Jedním z opakujících se témat, které respondenti během rozhovorů zdůrazňovali, byla nutnost pravidelnosti a dlouhodobé kontinuity v práci s klientem. Podle jejich zkušeností nelze u závislých klientů očekávat zásadní změnu během několika setkání. Kvalitní poradenský vztah a pozitivní změny v chování se podle nich budují postupně a systematicky.

Respondent č. 1 popsal důležitost stabilního kontaktu:

„Bez pravidelnosti to zkrátka nefunguje. Klient potřebuje mít jistotu, že se má kam vrátit, že tu pro něj někdo je i v těžkých chvílích.“ (Respondent č. 1)

Respondent č. 3 upozornil na nevýhody občasných návštěv:

„Když klient chodí nepravidelně, často se jen vracíme k tomu, co už jsme jednou řešili. Chybí návaznost a hlubší pokrok.“ (Respondent č. 3)

Také respondent č. 4 potvrdil význam kontinuity:

„Pravidelnost dává klientovi jistotu a pocit závazku. Když ví, že má každé úterý sezení, lépe se orientuje v procesu změny.“ (Respondent č. 4)

Z výpovědí vyplývá, že pravidelná a dlouhodobá spolupráce vytváří prostor pro hlubší porozumění klientovým potřebám, podporuje jeho motivaci a umožňuje budovat důvěru, která je základem účinné terapeutické práce. V očích adiktologů je právě kontinuita práce jedním z hlavních předpokladů úspěšné léčby závislosti.

3.2.7 Důležitost terapeutického vztahu a důvěry mezi adiktologem a klientem

Jedním z pilířů úspěšné poradenské práce, který se opakovaně objevoval ve výpovědích všech respondentů, je důvěra a kvalita vztahu mezi adiktologem a klientem. Všichni oslovení odborníci se shodli na tom, že bez vytvoření bezpečného a respektujícího

prostředí by nebylo možné navázat skutečně efektivní spolupráci, která je nezbytná pro dosažení změny.

Respondent č. 1 upozornil na význam partnerského vztahu v terapii:

„Pokud mě klient nevnímá jako někoho, komu může důvěřovat, kdo je na jeho straně, pak spolu těžko navážeme hlubší spolupráci. Musíme být v tom procesu oba.“ (Respondent č. 1)

Respondent č. 3 uvedla, že důvěra je naprostý základ:

„Bez důvěry se prostě dál nedostaneme. Klient musí vědět, že to, co říká, zůstane mezi námi a že ho nebudu soudit.“ (Respondent č. 3)

Respondent č. 4 zdůraznil potřebu vytvořit bezpečné prostředí:

„Nejdřív musíme klientovi nabídnout prostor, kde se cítí v klidu a přijatý. Když cítí bezpečí, teprve pak se začne otevírat a může začít mluvit o svých skutečných problémech.“ (Respondent č. 4)

Z výpovědí vyplývá, že adiktologové nepovažují vztah s klientem za vedlejší aspekt, ale naopak za základní nástroj terapeutické práce. Důvěra umožňuje otevřenou komunikaci, hlubší reflexi a vytváří prostor, ve kterém může klient bezpečně pracovat na své změně. Právě na tomto vztahu pak mohou stavět volbu konkrétních metod i celkový průběh intervence.

4. Diskuze

Cílem této kapitoly je shrnout hlavní zjištění z rozhovorů s adiktology a porovnat je s teoretickými poznatky uvedenými v první části této práce. Diskuze reflektuje sedm tematických oblastí, které byly identifikovány v rámci tematické analýzy a snaží se ukázat, nakolik empirická zjištění odpovídají teoretickému rámci.

Význam motivačního rozhovoru a kognitivně-behaviorální terapie v práci s klienty

Z rozhovorů vyplynulo, že motivační rozhovor (MI) a kognitivně-behaviorální terapie (KBT) jsou nejčastěji využívané přístupy při práci s klienty závislými na alkoholu. Tento poznatek je plně v souladu s teoretickými východisky, kde je motivační rozhovor charakterizován jako přístup podporující klientovu vnitřní motivaci ke změně a kognitivně-behaviorální terapie jako metoda zaměřená na práci s myšlenkovými vzorci a chováním.

Respondenti označovali motivační rozhovor jako důležitý především v úvodních fázích spolupráce, kdy je potřeba klienta povzbudit k úvaze o změně. Kognitivně-behaviorální terapie pak využívají zejména při prevenci relapsu a zvládání konkrétních situací. Teoretická část práce popisuje, že tyto dva přístupy jsou považovány za efektivní a jejich kombinace přináší lepší výsledky.

Adiktologové v rozhovorech konkrétně uváděli, že pomocí kognitivně-behaviorální terapie s klienty identifikují rizikové situace, které by mohly vést k návratu k pití, a zároveň se zaměřují na rozpoznání negativních myšlenkových vzorců a emočních reakcí, které tyto situace doprovázejí. Mezi konkrétní prvky kognitivně-behaviorální terapie, které adiktologové využívají, patřilo např. nácvik dovedností zvládání stresu, práce s automatickými myšlenkami, vytváření krizových plánů nebo trénink odolnosti vůči spouštěčům.

Teoretická část této práce popisuje, že právě kombinace motivačního rozhovoru a kognitivně-behaviorální terapie je často považována za efektivní přístup v adiktologii. Motivační rozhovor pomáhá klienta motivovat a připravit ke změně, zatímco kognitivně-behaviorální terapie nabízí konkrétní strategie pro zvládání situací, které mohou vést k

relapsu. Respondenti v praktické části potvrdili, že tato kombinace se jim v praxi osvědčila, protože jim umožňuje pružně reagovat na potřeby klienta a efektivně jej podpořit jak v rozhodnutí pro změnu, tak při jejím udržení v dlouhodobém horizontu.

Individuální přístup ke klientovi a přizpůsobení metod jeho potřebám

Téma individuálního přístupu bylo v rozhovorech silně zastoupeno. Adiktologové popisovali, že volbu metod přizpůsobují podle věku, pohlaví, psychického stavu i životní situace klienta. Tyto praktické poznatky korespondují s teoretickou částí, kde se zdůrazňuje potřeba přizpůsobit terapeutický přístup individuálním potřebám klienta a zohlednit jeho specifické životní okolnosti.

Empirická zjištění tak potvrzují, že adiktologická praxe je daleko od univerzálního postupu – terapeuti přistupují ke klientům flexibilně a citlivě, což podporuje efektivitu spolupráce a důvěru.

Klíčová role motivace klienta a jeho sociálního zázemí v účinnosti terapie

Motivace klienta a jeho sociální podpora byly respondenty označeny jako zásadní faktory ovlivňující úspěšnost terapie. To je v souladu s teoretickou částí, kde je motivace popisována jako základní prvek pro zahájení a udržení změny. V teoretické části je také uvedeno, že rodina a širší okolí klienta mohou sehrát podpůrnou nebo naopak oslabující roli.

Respondenti se shodovali, že bez motivace klienta je terapeutická práce málo efektivní, a že podpora okolí může klientovi výrazně pomoci udržet abstinenci. Tato zjištění potvrzují praktickou důležitost teoreticky popsaných konceptů.

Kombinace více metod jako efektivní strategie v prevenci relapsu

Z rozhovorů vyplynulo, že adiktologové běžně kombinují více terapeutických přístupů, aby mohli lépe reagovat na komplexní potřeby klientů. Nejčastější kombinací byla motivační rozhovory s kognitivně-behaviorální terapie, případně doplněná o krizovou intervenci nebo relaxační techniky. V teoretické části práce je zmíněno, že kombinování

různých přístupů může zvyšovat účinnost intervence, zejména u klientů s opakovanými relapsy.

Tato témata se tedy vzájemně doplňují – praxe potvrzuje, že flexibilita a schopnost využívat více metod je pro dotazované adiktology klíčová dovednost.

„Praktická zkušenost s tím, že pouze edukace nestačí“

Respondenti se shodli, že samotná edukace o závislosti nestačí k dosažení změny chování. Klient musí být do procesu aktivně zapojen a hledat vlastní motivaci. Edukace není samostatně dostatečná, ale může sehrát důležitou podpůrnou roli – zejména tehdy, pokud je propojena s dalšími terapeutickými přístupy, jako je cílená práce s motivací, emocemi a konkrétními návyky. Tato zjištění podporují závěry uvedené v teoretické části, kde se edukace popisuje jako podpůrný nástroj, který má význam jen tehdy, pokud je kombinován s dalšími přístupy.

Z rozhovorů vyplynulo, že informování klienta je důležité, ale bez aktivního zapojení a práce na vnitřních motivech bývá dopad edukace jen krátkodobý.

Význam kontinuity a pravidelnosti v poradenské práci

Pravidelnost setkávání a dlouhodobá spolupráce byla označena za důležitou podmínku pro dosažení změny. Adiktologové upozorňovali, že bez kontinuity nemá terapie dostatečný účinek. V teoretické části je zmíněno, že terapeutická změna je dlouhodobý proces, který vyžaduje čas a opakovanou podporu.

Praxe tak potvrzuje teoretické předpoklady o potřebě systematické a kontinuální práce s klientem, včetně budování vztahu a důvěry.

Důležitost terapeutického vztahu a důvěry mezi adiktologem a klientem

Ze všech rozhovorů vyplynulo, že vytvoření důvěry mezi adiktologem a klientem je základem efektivní spolupráce. Tento poznatek se opírá o teoretický základ, kde se uvádí, že terapeutický vztah je považován za jeden z hlavních faktorů účinnosti.

Respondenti popisovali, že bez důvěry není možné navázat hlubší spolupráci a klient často zůstává pasivní. Důvěra tak tvoří základ, na kterém lze budovat jak změnu chování, tak práci na hlubších tématech.

Praktická zjištění v mnohém korespondují s poznatky uvedenými v teoretické části práce. Respondenti ve výzkumu opakovaně potvrzovali, že motivační rozhovor a kognitivně-behaviorální terapie patří mezi nejčastěji využívané a zároveň efektivní přístupy. Tento fakt odpovídá závěrům v teoretické části, kde Miller a Rollnick (2012) motivační rozhovor popisují jako klíčovou metodu pro podporu vnitřní motivace klienta ke změně, a Douaihy a Daley (2014) vyzdvihují kognitivně-behaviorální terapii jako jednu z nejúčinnějších metod v léčbě závislosti na alkoholu, zejména při zvládání stresových situací a prevenci relapsu. Kombinace těchto přístupů tedy poskytuje klientům jak nástroje pro zvládání relapsu, tak posiluje jejich vnitřní motivaci ke změně. Z praxe ale také vyplynulo, že adiktologové tyto přístupy často dále doplňují například o relaxační techniky nebo krizovou intervenci, což v teoretické části nebylo zmíněno – ukazuje se tedy větší metodická variabilita, než jakou předpokládala teorie. Teoretická část kladla důraz na důležitost individuálního přístupu ke klientovi a vliv psychosociálních faktorů, což bylo v rozhovorech potvrzeno. Adiktologové zmiňovali nutnost přizpůsobit tempo i obsah práce věku klienta, pohlaví, psychického stavu a jeho životní situaci. Praxe tak potvrdila význam tzv. flexibilního přístupu, který byl popsán i v části o třinácti principech efektivní léčby. Význam motivace a sociálního zázemí, zdůrazněný v teorii, byl v praxi rovněž hodnocen jako klíčový faktor úspěchu. Shoda mezi teorií a praxí se týká také poznatku, že edukace sama o sobě nevede ke změně chování, což bylo zmiňováno i v praktické části. V teorii je edukace označena jako podpůrná, nikoliv klíčová metoda – respondenti v praxi potvrdili, že bez práce s emocemi a motivací zůstává její efekt krátkodobý. Naopak určitý rozdíl lze pozorovat v přístupu ke skupinové terapii – v teoretické části je jí věnována větší pozornost, přičemž Kalina (2015) ji označuje za základní prvek léčby závislostí, zejména v rámci terapeutických komunit, kde skupinová dynamika představuje klíčový nástroj terapeutické změny. Respondenti v mém výzkumu však upřednostňovali zejména individuální přístupy, což může souviset s personálními kapacitami či preferencemi daných pracovišť. Závěrem lze říci, že většina zjištění praktické části potvrzuje teoretické

poznatky, v některých aspektech je však doplnila či rozšířila o konkrétní zkušenosti z terénu. Výzkum zároveň otevřel prostor pro další otázky, které by mohly být předmětem budoucích studií. Jednou z nich je například zjištění - **Jakým způsobem ovlivňuje další odborné vzdělání adiktologů** – například absolvování psychoterapeutických výcviků či vysokoškolské vzdělání v příbuzných oborech, jako je psychologie – **výběr terapeutických metod, které používají při práci s klienty**. Tento směr výzkumu by mohl přispět k hlubšímu porozumění tomu, do jaké míry kvalifikace a profesní specializace adiktologa formuje jeho poradenský přístup a ovlivňuje efektivitu péče o osoby závislé na alkoholu.

Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřila na poradenské a terapeutické přístupy využívané při práci s osobami závislými na alkoholu, a to s cílem hlouběji porozumět tomu, jakým způsobem odborníci v adiktologii podporují klienty v procesu změny.

Teoretická část práce poskytla základní vhled do problematiky alkoholové závislosti – od její definice, typologie a příčin vzniku, až po její dopady na zdraví a společenský život. Dále byla pozornost věnována vymezení poradenství, přehledu používaných terapeutických metod a specifikům práce s osobami se závislostí na alkoholu.

Praktická část byla realizována formou kvalitativního výzkumu, jehož cílem bylo zmapovat zkušenosti čtyř adiktologů s poradenskou praxí. Na základě tematické analýzy rozhovorů bylo identifikováno sedm klíčových témat, která se v odpovědích opakovaně vyskytovala – mezi nejvýznamnější patří důležitost motivačního rozhovoru a kognitivně-behaviorální terapie, potřeba individuálního přístupu, význam motivace klienta a jeho zázemí, kombinace různých metod, nutnost kontinuity péče a role důvěry mezi odborníkem a klientem. Výsledky ukazují, že efektivní poradenská práce vyžaduje nejen odborné znalosti a metodické zázemí, ale i schopnost empatie, trpělivosti a flexibilního přístupu ke každému jednotlivci.

Přínosem práce je nejen shrnutí teoretických poznatků a reflexe aktuální poradenské praxe, ale také přiblížení osobních zkušeností odborníků, které mohou být inspirací pro další praxi v oblasti adiktologie. Výzkum zároveň ukázal, že poradenská práce v oblasti závislosti na alkoholu je komplexní proces, který vyžaduje citlivý přístup a porozumění mnoha faktorům ovlivňujícím život klienta.

Bibliografie

Alcohol-Related Psychosis, 2023. Online. In: Medscape. Dostupné z: https://emedicine.medscape.com/article/289848. [cit. 2025-06-26].

Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence.: Psychological and Psychosocial interventions, 2011. Online. In: National Library of Medicine. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65484/. [cit. 2025-05-17].

BECK, Aaron T.; WRIGHT, Fred D.; NEWMAN, Cory F. a LIESE, Bruce S., 2001. Cognitive Therapy of Substance Abuse. The Guilford Press. ISBN 978-1572306592.

BOBEK, Milan a PENIŠKA, Petr, 2008. Práce s lidmi. 1. vyd. Brno: NC Publishing. ISBN 978-80-903858-2-5.

BRAUN, Virginia a CLARKE, Victoria, 2006. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. Str. 77–101. ISSN 1478-0887. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa Dostupné z: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa

CALABRESE, Jordan a KHALILI, Yasir Al, 2023. Psychosis. Online. In: National Library of Medicine. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546579/. [cit. 2025-06-26].

Co je to duální diagnóza? Online. Národní linka pro odvykání. 2021. Dostupné z: https://www.chciodvykat.cz/clanky/co-je-to-dualni-diagnoza. [cit. 2025-01-10].

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky. 2006, částka 37, s. 1–48. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. [cit. 2025-06-26].

DOUAIHY, Antoine B. a DALEY, Dennis C., [2014]. Substance use disorders. Pittsburgh pocket psychiatry series. Oxford: Oxford University Press. ISBN 9780199898169.

FIRST, Michael B., 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, and Clinical Utility. Online. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Roč.

201, č. 9, s. 727. ISSN 0022-3018. Dostupné z: https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a2168a. [cit. 2025-08-02].

HOFFMAN, Matthew, 2024. *How Therapy Can Help Fight Addiction*. Online. WebMD. Dostupné z: https://www.webmd.com/mental-health/addiction/counseling-and-addiction-how-therapy-can-help. [cit. 2025-04-02].

HOSEK, Jan. Sám proti alkoholu. Psychologie pro každého. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-624-2.

CHRISTOPHER, Paulette a DOUGHER, Michael, 2009. A Behavior-Analytic Account of Motivational Interviewing. *PubMed Central*. Vol. 32, no. 1, s. 149. DOI: 10.1007/BF03392180

KALINA, Kamil, 2001. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Filia nova. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil, 2015. Klinická adiktologie. Grada. ISBN 978-80-247-9791-5. Dostupné také z: https://www.bookport.cz/kniha/klinicka-adiktologie-2141/.[cit. 2025-01-12].

KALINA, Kamil, c2003. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Monografie. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-867-3405-6.

KAYE, Alan D. et al., 2024. Delirium Tremens: A Review of Clinical Studies. Online. PubMed Central. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11069634/. [cit. 2025-06-25].

KOWALCZYK, Devin, 2021. Individual Counseling | Definition, Structure & Benefits - Lesson. Online. Study.com. Dostupné z: https://study.com/academy/lesson/what-is-individual-counseling-definition-purpose.html. [cit. 2025-06-28].

KREJČÍ, Josef, 2021. Návykové látky a závislost. Online. Dostupné z: https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/1189651/mod_resource/content/1/_NL%20a%20definov%C3%A1n%C3%AD%20z%C3%A1vislosti.pdf. [cit. 2025-03-27].

KRUTILOVÁ, Dagmar, 2014. Poradenský proces v sociální práci: „Jak pomáhat a neškodit“. Benepal, a. s. 2. vydání. Dostupné také z: https://www.benepal.cz/files/project_5_file/Poradensky-proces.pdf.

MAARS, J. *Series: Alcohol and Drug Abuse*. New York: Nova Science Publishers, 2012. ISBN 9781613247198

MICHALÍK, J., 2009. Poradenství pro uživatele sociálních služeb. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. ISBN 978-80-87181-03-4.

MILLEROVÁ, Geri, 2005. Adiktologické poradenství. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada. ISBN: 80-247-1362-4.

NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 2.vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-831-7.

NEŠPOR, Karel, 2013. Návykové chování a závislost Současné poznatky a perspektivy léčby. Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.

No level of alcohol consumption is safe for our health, 2023. Online. World Health Organization. Dostupné z: https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health. [cit. 2025-06-26].

O'FARRELL, Timothy a FALS-STEWART, William, 2006. Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse. The Guilford Press. ISBN 978-1609182687.

ORLÍKOVÁ, Barbora a CSÉMY, Ladislav, 2017. Psychiatrické duální diagnózy u osob závislých na alkoholu. Online. ResearchGate. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/318363066_Psychiatricke_dualni_diagnozy_u_osob_zavislych_na_alkoholu. [cit. 2025-01-12].

PECINOVSKÁ, Olga. Problematika alkoholismu. Online. Psychiatrická klinika. Dostupné z: https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/file/6072/pecinovska-problematika-alkoholismu.pdf. [cit. 2025-03-27].

POLÁCH, Ladislav. Psychotické poruchy způsobené alkoholem. Online. U psychiatra.cz. 2015. Dostupné z: https://www.upsychiatra.cz/psychoticke-poruchy-zpusobene-alkoholem/. [cit. 2025-01-03].

ROLLNICK, Stephen a MILLER, William, 2012. Motivational Interviewing: Helping People Change. 3. Vydání. Guilford Press. ISBN 9781609182274.

SKÁLA, Jaroslav. Závislost na alkoholu a jiných drogách. Avicenum/zdravotnické

nakladatelství, 1987. ISBN 08-077-87.

Souhrn situace v oblasti alkoholu v České republice 2023, 2024. Online. Vláda České republiky. Dostupné z: file:///C:/Users/terka/Downloads/Priloha-k-TZ-2024-02-29_Souhrn-zpravy-o-alkoholu-2023_fin1.pdf. [cit. 2025-03-27].

SUSSMAN, Steve, SUSSMAN, Alan N., [2011]. Considering the Definition of Addiction. International Journal of Environmental Research and Public Health. ISSN 1660-4601. Dostupné z: https://www.mdpi.com/1660-4601/8/10/4025

VENDEL, Štefan. Kariérní poradenství. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80 247-1731-9.

WENDT, Dennis C. a GONE, Joseph P., 2018. *Complexities With Group Therapy Facilitation in Substance Use Disorder Specialty Treatment Settings*. Online. J Subst Abuse Treat. Roč. 88, s. 9-17. ISSN 0740-5472. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.02.002. [cit. 2025-04-02].

6C40.2 Alcohol dependence - ICD-11 MMS. Online. Find-A-Code. Dostupné z: https://www.findacode.com/icd-11/code-1580466198.html. [cit. 2025-07-14].

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Rozdíl mezi ICD – 10 a ICD - 11 16

Tabulka č. 2: Přehled identifikovaných témat z tematické analýzy vlastního šetření 44