

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

UNIVERZITY KARLOVY

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

Martin Svoboda

Kontrolované pití – zkušenosti z klientské praxe pracovníků/pracovnic Ambulantních
center Laxus z.ú.

Controlled Drinking– clinical experiences from outpatienttreatment program in Laxus

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Gabrhelíková, Ph.D.

Praha, 19. 4. 2017

Identifikační záznam:

Svoboda, Martin. Kontrolované pití – zkušenosti z klientské praxe pracovníků/pracovnic Ambulantních center Laxus z.ú. . [Controlled Drinking – clinical experiences from outpatient treatment program in Laxus]. Praha, 2017. 58 s., Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Gabrhelíková, Pavlína

Prohlášení:

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

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

V Praze, 19. 4. 2017 Martin Svoboda

Podpis

Poděkování:

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucí bakalářské práce Mgr. Pavlína Gabrhelíková, Ph.D. za cenné podněty a vstřícné jednání během vedení práce. Rovněž děkuji nejbližším za neutuchající podporu nejen během doby vzniku práce, ale i po čas celého studia.

Abstrakt

Východiska: Kontrolované pití patří mezi intervence realizované s klienty/klientkami Ambulantního centra Laxus z. ú.. Není ovšem zřejmé co tato intervence dle jednotlivých pracovníků/pracovnic centra obnáší a obsahuje, jelikož se jedná o intervenci, která není v metodice zařízení jasně definována a vymezena.

Cíle: Cílem teoretické části bylo definovat dle dostupné literatury pojem kontrolované pití a pojmy s kontrolovaným pitím související (zejména alkohol, harm reduction a alkohol) Cílem empirické části bylo zjistit, jak je v praxi pracovníků/pracovnic Ambulantních center Laxus z.ú. koncept kontrolovaného pití alkoholu aplikován, co se dle pracovníků/pracovník osvědčilo jako „dobrá praxe“ v rámci aplikace konceptu kontrolovaného pití a co se pracovníkům/pracovnicím při aplikaci konceptu osvědčuje/neosvědčuje. Empirická část se také zaměřila na otázku, jaké faktory jsou klíčové pro úspěšnou aplikaci konceptu kontrolovaného pití při práci s klienty/klientkami.

Metody: Bazální orientace empirického šetření byla kvalitativní, metodickým přístupem byla zakotvená teorie a technikou sběru dat polostrukturované rozhovory. Rozhovorů bylo realizováno deset, respondenti/respondentky byli pracovníci/pracovnice Ambulantních center Laxus z.ú, všechny rozhovory byly podrobeny obsahové analýze.

Výsledky: Bylo zmapováno, jak pracovníci/pracovnice Ambulantního centra postupují při aplikaci konceptu kontrolovaného pití, jaké informace předávají a jaké informace naopak potřebují zjistit, aby mohli intervenci kontrolovaného pití vhodně zacílit a určit vhodnost či nevhodnost pro konkrétní osobu. Také bylo popsáno, pro koho je kontrolované pití vhodné a pro koho spíše nevhodné a byly sumarizovány postupy a faktory podmiňující úspěšnost či neúspěšnost realizace konceptu kontrolovaného pití.

Závěry: Praktickým přínosem práce je, že na základě poznatků získaných pro teoretickou část bakalářské práce byla metodika ambulantního centra doplněna o část pojednávající o harm reduction strategii ve vztahu k alkoholu a o část pojednávající strukturovaně o kontrolovaném pití. Dále bude metodika doplněna o popis rysů osoby, která pravděpodobně zvládne kontrolovaně pít a rysy osoby, u které je šance na kontrolované pití spíše minimální

Klíčová slova:

Kontrolované pití, ambulantní léčebný program, klinické zkušenosti, kvalitativní výzkum

Abstract

Background: The controlled drinking belongs to the interventions that are carried out with the clients of the Outpatient treatment program in Laxus. However, such intervention is not clearly described in the methodics of the Laxus thus it is not specifically declared and defined what practice does it include.

Objectives: The goal of the theoretical part was to define the available literature of the concept of controlled drinking (CCD) and the related terms such as alcohol and/or harm reduction and alcohol). The goal of empirical part was to find out how is the CCD applied by the employees of the Outpatient treatment program in Laxus, what has been proven as a „good practice“ in the frame of the CCD and which attitudes to the clients worked well and which one did not. The empirical part was also focused on the key factors that lead to the successful application of the CCD within the work with the clients.

Methods: The basal orientation of the empirical research was qualitative. For the methodical approach the grounded theory was applied and for the technique of data collection the semistructurized interviews were utilized. All ten interviews were realized with the employees of the Outpatient treatment program in Laxus and all of them underwent the content analysis

Results: The process of application of the CCD by the employees of the Outpatient treatment program is here described. Moreover, it was identified what kind of information is passed on and what kind of information is needed to know in order to appropriately focus the intervention of controlled drinking and identify the suitability and/or unsuitability for the client. Plus, it was determined to what kind of clients is the CCD appropriate and to what clients rather unsuitable. The process applied to the CCD and the factors determining the success and/or failure of the CCD were summarized.

Conclusions: The practical benefit of the work, based on the findings gained from the theoretical part of the bachelor thesis, is that the methodics of the Outpatient treatment program was completed with the part dealing with the harm reduction strategy in relation to alcohol and with the part structurally dealing with the controlled drinking. Furthermore, the methodics will be enriched by the description of the clients characteristics that would probably manage the controlled drinking and to which one is the chance to maintain the controlled drinking minimal.

Keywords:

Controlled drinking, outpatient treatment program, clinical experincies, qualitative research

OBSAH

Úvod

Bakalářská práce nese název *Kontrolované pití – zkušenosti z klientské praxe pracovníků/pracovnic Ambulantních center Laxus z.ú.* Co vedlo autora k sepsání práce s tímto názvem?

Autor práce působí pátým rokem a Ambulantním centru Laxus z.ú. – je to zařízení ambulantní adiktologické péče, v zařízení jsou poskytovány adiktologické a sociální služby, pracováno je jak s osobami užívající nelegální či legální návykové látky, tak i s osobami s procesní závislostí, nedílnou součástí cílové skupiny jsou i osoby blízké uživatelům/uživatelkám či osobám s procesní závislostí.

Kořeny zařízení sahají do roku 2001 a původně poskytovalo zařízení služby jen uživatelům/uživatelkám nelegálních návykových látek. Služby zařízení jsou oficiálně určeny i pro osoby užívající „jen“ legální návykové látky od roku 2010 a osoby užívající alkohol tvořily v roce 2016 35% z klientské skupiny uživatelů/uživatelek (údaj je ze Závěrečné zprávy o činnosti Ambulantního centra Laxus z.ú. v Hradci Králové pro Ministerstvo zdravotnictví za rok 2016)

Pracovníci/pracovnice Ambulantního centra občasně uvažují, zda práce s uživateli legálních a nelegálních látek je odlišná a pokud ano tak v čem. I na základě těchto debat bylo při poslední rozsáhlejší revizi metodik v roce 2014 (před plánovanou certifikací Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky) učiněno rozhodnutí, že legitimním cílem docházení do programu ambulantní léčby bude i kontrolované pití alkoholu, nikoliv nutně a jediné totální abstinence od alkoholu.

Tato možnost (intervence kontrolované pití) byla velice stručně popsána v metodice (Laxus, o.s., 2014) – v komentáři k cílům ambulantní léčby je poznámka, že cíl dosažení a udržení abstinence může být v případě alkoholu po dohodě mezi klientem a pracovníkem pozměněn na zakázku kontrolovaného pití, přičemž tento termín není v metodice nijak více definován či vysvětlen.

Při jednom z intervizních setkání ambulantních pracovníků/pracovnic Laxus z.ú. bylo diskutováno o otázce kontrolovaného pití a pro autora práce vzešlo z této diskuse několik podnětů:

- z diskuse vyplývalo, že mezi pracovníky/pracovnicemi nepanovala jasná shoda v otázce, co je možné považovat za kontrolované pití a co nikoliv
- názory se různily i v otázce, pro koho je kontrolované pití vhodné a pro koho nikoliv
- s diskuse vyplynulo, že i realizované intervence kontrolované pití mohou vypadat různě

Autor práce byl tehdejší diskuse účasten a přítomen a inspirován, že by se kontrolovanému pití a zkušenostem s kontrolovaným pitím v klinické praxi Ambulantního centra rád více věnoval.

Byly formulovány základní výzkumné otázky (Jaké jsou zkušenosti s kontrolovaným pitím v klinické praxi pracovníků/pracovnic Ambulantních center Laxus z.ú.; Jaké postupy se pracovníkům/pracovnicím osvědčují; Jaké postupy se pracovníkům/pracovnicím osvědčují/neosvědčují?)

Dále měl autor práce na zřeteli i budoucí možné praktické využití výsledku studie – především by mělo být možné lépe vymezit a popsat, které postupy a strategie

aplikované v rámci konceptu kontrolované jsou účinné a účelné a které nikoliv. Následně bude možné klinickou práci na klientské zakázce kontrolované pití lépe zacílit a směřovat.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou. V prvním oddíle teoretické části (Alkohol – základní charakteristika) bude pro účely práce definován alkohol a ve druhém oddíle teoretické části práce (nese název Alkohol – diagnostika míry potíží spojených s konzumací) se autor zaměří způsoby, jak je možné hodnotit a posuzovat míru obtíží alkoholem působených u konkrétního jedince.

V třetím oddíle teoretické části (Harm reduction přístup ve vztahu k alkoholu) bude nejdříve ve stručnosti definován a popsán harm reduction přístup obecně a následně bude popsáno, jak je tento přístup uplatnitelný ve vztahu k alkoholu jak na úrovni společnosti, tak zejména na úrovni jedince.

Ve čtvrtém a poslední oddílu teoretické části práce (Kontrolované pití) – bude popsána stručná historie tohoto termínu a budou zmíněny i různé možnosti, jak lze tento termín definovat a v praxi aplikovat.

V empirické části budou nejprve představeny cíle empirické části bakalářské práce a postupně budou popisovány jednotlivé charakteristiky realizovaného empirického šetření – základní orientace empirického šetření, metodický přístup pro účely šetření použitý, použitá technika sběru dat a výběr a charakteristika respondentů, nebude opomenut ani popis etických aspektů šetření.

Empirická část bude pokračovat představením získaných dat a prezentací výsledků realizované obsahové analýzy a prezentací závěrů a doporučení z analýzy vyplývajících (využití výsledků studie).

Nedílnou součástí bakalářské práce jsou i přílohy – pojmová mapa sloužící jako opora pro realizaci rozhovoru, informovaný souhlas podepsaný respondenty/respondentkami a metodický materiál týkající se kontrolovaného pití sepsaný pro účely Ambulantního centra Laxus z. ú.

2. Teoretická část

2. 1. Alkohol – základní charakteristika

Alkohol, chemicky etylalkohol, se připravuje syntetickou cestou nebo lihovým kvašením látek bohatých na sacharidy (obiloviny, brambory, ovoce). Alkohol a problémy s nadužíváním alkoholu jsou lidstvu známy od starověku; alkohol je společně s nikotinem drogou legální. (Kalina, 2015)

Obsah alkoholu v jednotlivých druzích alkoholických nápojů je různý – pivo obsahuje podle druhu i stupně až 8 % alkoholu, ve víně je 10 až 18 %, nejvyšší obsah alkoholu mají destiláty - zpravidla 30 - 40 %, nicméně některé druhy destilátů mohou obsahovat i více než 50% alkoholu (Radimecký, 2007).

Alkohol je konzumován zpravidla per os, a to přestože jiné způsoby jsou možné, nicméně spíše výjimečné. Látka je dobře rozpustná ve vodě i v tucích, snadno tedy prostupuje a dostává se do krevní cirkulace a přes hematoencefalickou bariéru do mozku

Zhruba 20 % dávky se vstřebá již v žaludku (dle toho jak je naplněn potravou), zbytek je vstřebán v tenkém střevě. Rozděluje se rovnoměrně do vodní báze v celém těle.

Dosažená krevní hladina (alkoholu) je odvislá od dávky, rychlosti a účinnosti resorpce, tělesné konstituce, eliminační rychlosti. Alkohol se enzymaticky oxiduje přes acetaldehyd, 3 acetát až na kysličník uhličitý a vodu za vedlejší syntézy mastných kyselin (Balíková, 2004).

Z hlediska účinku se alkohol blíží látkám, které na lidský organismus působí sedativně – dochází k útlumu úzkostí, potlačení deprese či nepříjemných tělesných příznaků. Malé dávky alkoholu vyvolávají celkový pocit uvolnění a euforie. Již při malém množství se snižuje schopnost člověka pohotově reagovat na měnící se situace a soustředit se. Alkohol tlumí vnímání bolesti, povzbuzuje sebevědomí, avšak snižuje sebekritičnost a kontrolu.

Při vyšších dávkách se řeč postupně stává málo zřetelnou, objevují se problémy s koordinací. Účinek alkoholu se může projevit také záchvaty hněvu až agresivním jednáním. Často se dále přidává ospalost, žaludeční nevolnosti a zvracení. Hluboký spánek může přejít až do bezvědomí. Smrt nastává nejčastěji v důsledku útlumu mozkových center řídících dýchání a krevní oběh v důsledku vdechnutí zvratků (Radimecký, 2007).

Alkohol je látkou s orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity (polyneuropatie, organické poškození mozku, Korsakovův anamnestický syndrom...). Chronická konzumace alkoholu způsobuje v CNS útlum dopaminergní, serotonergní a taurinergní aktivity, rovněž je potlačen inhibiční účinek kyseliny gama aminomáselné (GABA) a naopak je zvýrazněna aktivita glutamátu, zvyšuje se aktivita kalciových kanálů v neuronech a počet NMDA (N-methyl-D-asparagová kyselina) receptorů, dochází k hyperstimulaci cholinergního, noradrenergního a opioidového systému. Konzumace alkoholu u těhotných má teratogenní účinek a může vést k vážnému poškození plodu – fetálnímu alkoholovému syndromu (FAS) či fetálnímu alkoholovému efektu (FAE). (Kalina, 2015)

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

2. 2. Alkohol – diagnostika míry potíží spojených s konzumací

Alkohol je konzumován po celé planetě, v českém prostředí pak hojně – spotřeba v ČR se pohybuje kolem 10 l čistého alkoholu na obyvatele a ve spotřebě piva zaujímáme dlouhodobě čelní místa žebříčku. Nadměrně konzumuje alkohol asi čtvrtina všech mužů v ČR, žen zhruba desetina. Počet osob s vyjádřeným syndromem závislosti na alkoholu v ČR převyšuje pravděpodobně 300 000. (Kalina, 2015)

Přestože nelze konstatovat, že jakákoliv konzumace alkoholu je formou závislosti či že může automaticky vést k závislosti, závislost na alkoholu je jednou z nejčastějších forem závislosti. O závislosti na alkoholu lze hovořit, když potřeba alkoholu dosáhne takového stupně, že škodí buď jedinci, společnosti nebo oběma. (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015)

Příčiny zneužívání alkoholu a závislosti na alkoholu jsou multifaktoriální – jde o aspekty genetické, biologické, psychologické a sociální. Dušek uvádí, že vývoj alkoholismu je dle Jellineka možné rozdělit do čtyř vývojových fází:

- 1) Počáteční fáze alkoholismu - požívání alkoholu má společenský motiv, zpočátku je pití příležitostné, nicméně postupně se stává častějším a pravidelnějším. U konzumenta se zvyšuje tolerance, nutně nemusí docházet k opilsti, jen k opojenosti
- 2) Prodromální (varovná) fáze alkoholismu – začíná se výrazněji projevovat vazba na alkohol, objevuje se potřeba požívat alkohol bez ohledu na formu a druh alkoholu, alkohol se stává nutností, nicméně jedinec má ještě zachovanou určitou míru kritičnosti
- 3) Krucální (rozhodující) fáze alkoholismu – příznačné pro tuto fázi je, že dochází ke ztrátě kontroly. Alkoholik hledá racionální důvody pro pití, vysvětluje a obhajuje, aby mohl v pití pokračovat. Pití jedinci přináší společenské komplikace, tolerance se snižuje, objevuje se potřeba konzumace alkoholu ráno, během dne, večer...
- 4) Terminální (konečná) fáze alkoholismu – požívání alkoholu je soustavné a v jakoukoliv denní dobu. Tolerance je značně snižena, rovněž kritičnost, alkoholik pije cokoliv, jen aby uspokojil potřebu. Objevují se psychické poruchy, mění se osobnost alkoholika (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015)

Pokud tedy dochází k pravidelné a dlouhodobé konzumaci alkoholu, dochází k rozvoji závislosti – nejprve se rozvíjí závislost psychická, později somatická; tolerance se nejprve zvyšuje, později snižuje, rozvíjí se vazba mezi alkoholem a organismem závislého – pokud se nedostává dostatečné dávky, objevují se tělesné a psychické obtíže neboli abstinenční příznaky.

Diagnostická kritéria závislosti na alkoholu (dle MKN-10) jsou:

- 1) Silná touha nebo pocit puzení požívat alkohol
- 2) Potíže v kontrole požívání alkoholických nápojů, množství požívaného alkoholu, jedinec není schopen dostatečně kontrolovat jak začátek požívání alkoholu, tak ukončení pití
- 3) Při vynechání alkoholu vznikají abstinenční (odvykací) potíže – nejprve psychické, pak somatické
- 4) Průkaz tolerance na alkoholu – v první fázi se tolerance (snášlivost) alkoholu zvyšuje, v dalším průběhu se naopak snižuje
- 5) Postupné zanedbávání jiných zájmů, jedinec tráví stále více času požíváním alkoholu
- 6) Pokračování ve zneužívání alkoholu, přestože jsou zjevné známky poškození organismu (jater, nervů apod.)

Pokud se během posledního roku vyskytly tři či více z uvedených charakteristik, je možné hovořit o závislosti na alkoholu (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Další diagnostická skupina (dle MKN-10) související s konzumací alkoholických nápojů je škodlivé užívání alkoholu. Konzumace alkoholu má za následek poškození tělesného nebo duševního zdraví. Jedinci, kteří vykazují znaky škodlivého užívání, jsou kritizováni sociálním okolím, často mají společenské problémy (partnerské potíže, agresivní chování vůči okolí, potíže v pracovním prostředí...) - není doposud rozvinuta

ani psychická, ani somatická závislost, nicméně dochází k poškození a zhoršení fungování organismu (fyzická stránka - typicky játra či gastrointestinální trakt či kardiovaskulární systém) či požívání alkoholických nápojů zhoršuje psychickou poruchu – deprese, manické epizody, schizofrenní poruchy či úzkosti (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Diagnostika komplikací spojených s konzumací alkoholu dle MKN-10 je pouze jedním ze způsobů jak posuzovat, jakou míru rizika podstupuje konzument alkoholu – diagnostiku dle MKN-10 realizuje zpravidla zdravotnický personál (psychiatr, klinický psycholog, adiktolog, obvodní lékař...).

V současnosti jsou dostupné screeningové nástroje, které umožňují podchytit problém záhy a umožňují naplánování a realizování časné intervence. Screeningové nástroje jsou časově nenáročné (v řádu minut) a jsou realizovatelné v širokém spektru profesí a zdravotnických, sociálních či školních zařízeních (Kalina, 2015).

Příkladem screeningových nástrojů (Kalina, 2015), které jsou použitelné pro posouzení míry rizikovosti konzumace alkoholu, jsou

- 1) AUDIT (The Alcohol Use Disorder Test) – nástroj, který byl testován v několika studiích a prokázal dobrou citlivost (tedy schopnost detekovat pozitivní diagnózu) a specifickou (možnost vhodně rozlišit negativní diagnózy) při diagnostikování užívání alkoholu jak u dospělých, tak i dospívajících
- 2) CAGE (Cut – Annoyed – Guilt – Eye-opener) je dotazníkem původně vyvinutým pro lékaře ke screeningovému zjištění problémů s alkoholem, používání tohoto dotazníku se rozšířilo i díky kombinaci s diagnostickým rozhovorem
- 3) MAST (Michigan Alcohol Screening Test) – test používaný např. americkými soudy při vyhodnocování závislosti na alkoholu u lidí, kteří byli například zadrženi při řízení pod vlivem alkoholu, na baterii otázek se odpovídá ano nebo ne, v potaz se bere období posledních 12-ti měsíců
- 4) Za screeningový nástroj můžeme považovat i postup, kdy postupně odpovídáme na čtyři zásadní otázky a pokud na dvě a více z otázek je odpověď kladná, lze hovořit o tom, že pití je problematické:
 - a. Přemýšlím o tom, že by možná bylo dobré snížit konzumaci alkoholu
 - b. Okolí komentuje moje pití a není mi to příjemné
 - c. Kvůli pití alkoholu zažívám pocit viny (někdy, občas)
 - d. Stává se, že piju alkohol ráno/dopoledne, abych mírnil nedobré fyzické stavy

Screeningové nástroje je možné používat samostatně či v kombinaci s navazující krátkou intervencí. Typů krátkých intervencí je více, v českém prostředí již byl publikována (Kalina, 2015) metoda A4 skládající se ze čtyř jednoduchých částí:

- 1) Ask – jedná se o otázky mapující pití alkoholu
- 2) Assess – posouzení stavu realizované prostřednictvím screeningového dotazníku či diagnostického rozhovoru
- 3) Advice - jednoduchá rada nebo doporučení formou motivačního rozhovoru
- 4) Arrange – dojednání další schůzky nebo jiné formy pomoci pokud je to nutné.

Metoda krátké intervence je v současnosti realizovatelná i bez interakce face-to face – konzument alkoholu vyplní elektronický dotazník mapující základní demografické

údaje a informace týkající se jeho užívání alkoholu včetně následků a postojů k němu. Za tímto účelem je možné využít např. webových stránek <http://www.alkoholpodkontrolou.cz/>, <http://www.alkoholik.cz/> či <http://testalkoholismu.cz/>.

Vyjmenované screeningové nástroje (zejména AUDIT a CAGE) jsou využívány i pracovníky/pracovnicemi Ambulantních center Laxus z.ú. – umožňují získat v krátké době představu o rozsahu potíží s konzumací alkoholu u klientů/klientů a následně naplánovat vhodnou intervenci pro klienta/klientku. V rámci Ambulantních center Laxus z.ú. (Laxus, o.s., 2014) se může jednat o následující intervence:

- 1) Krátká edukačně zaměřená intervence (zaměřená na předání reálných informací o vlivu konzumace alkoholu na jedince - dopady zdravotní, osobnostní, sociální...)
- 2) Intervence zaměřené na kontrolované pití
- 3) Ambulantní abstinčně orientovaná léčba
- 4) Předléčebné poradenství zaměřené na odkázání a předání klienta/klientky do pobytové léčby

Zejména první dvě intervence ve výčtu uvedené (Krátká edukačně zaměřená intervence a Intervence zaměřené na kontrolované pití) souvisí s harm reduction přístupem ve vztahu k alkoholu.

2. 3. Harm reduction přístup ve vztahu k alkoholu

2. 3. 1. Základní principy přístupu harm reduction

Harm reduction (snižování škod, minimalizace škod, minimalizace rizik) přístup můžeme označit za jeden z pilířů soudobé protidrogové politiky, tradičně je spojován především s užíváním nelegálních návykových látek s vyšší mírou rizika (tzv. tvrdé drogy). Přístup harm reduction vychází z konceptu závislosti jako formy naučeného chování (Radimecký, 2005).

Harm reduction přístup byl definován v 80. letech 20. století v souvislosti s otázkou, jak přistupovat k uživatelům návykových látek. Přístup k uživateli byl v rámci harm reduction redefinován – pozornost se obrací přímo k uživatelům a jejich potřebám – cílem přestává být okamžitá a absolutní eliminace užívání – přístup harm reduction akceptuje užívání jako fakt a doménou práce v rámci harm reduction přístupu je, aby dopad užívání byl co nejmenší jak pro uživatele samotného, tak i pro společnost jako celek – heslo by mohlo znít „když už bereš tak ber tak abys co nejméně škodil sám sobě a ostatním“. Je upřednostňováno zdraví (tělesné, duševní, celková kvalita života) a osobní zodpovědnost před trestáním, jakákoliv pozitivní změna směrem ke snížení poškození je krok správným směrem (Hrdina, 2003)

Model harm reduction se věnuje i ochraně společnosti jako celku před nežádoucími dopady užívání drog – jedná se především o oblast veřejného zdraví a míry jeho možného ohrožení. Zájmy klienta se mohou lišit od zájmů společnosti a je důležité udržovat v této oblasti rovnováhu. Intervence jsou plánovány na základě potřeb jednotlivce i komunity, problém jedince je chápán jako problém celku. (Hrdina, 2003)

Vavrinčíková považuje za základ HR přístupu přijetí těchto premis:

- legální i nelegální drogy jsou a budou součástí každé společnosti, ať už se jakýmkoliv způsobem snažíme o eliminaci nabídky či poptávky

- jsou způsoby užívání drog, které jsou bezpečnější než jiné
- úplná abstinence není nezbytně nejdůležitějším či nejvhodnějším cílem
- jakákoliv pozitivní změna v chování směrem k bezpečnějšímu užívání je žádoucí, protože prevence dalšího poškození z užívání je snazší a méně nákladná než následná léčba (Vavrinčíková, 2012)

2. 3. 2. Harm reduction a alkohol

Přístup HR je uplatnitelný i ve vztahu k alkoholu, ač byl původně považován za přístup uplatnitelný jen ve vztahu k nelegálním návykovým látkám. HR přístup k alkoholu lze označit za nové, alternativní paradigma, koncept závislosti jako nemoci je nahrazen konceptem závislosti jako formy naučeného chování, jemuž se lze odnaučit, a změnit směrem k abstinenci či kontrolovanému, umírněnému pití (Radimecký, 2005).

Pracujeme-li s konceptem závislosti jako naučeného chování, můžeme aplikovat HR strategii ve vztahu k alkoholu a můžeme následně rozvíjet strategii kontrolovaného pití alkoholu. Naučené chování (pití alkoholu) lze nahradit, pozměnit v méně rizikové a škodlivé či odnaučit zcela (abstinence). Trvalou abstinenci tak můžeme označit za ideální cíl, nicméně se nejedná o jediné kritérium úspěšnosti léčby.

HR intervence ve vztahu k alkoholu je možné realizovat na dvou úrovních – na úrovni společnosti a na úrovni jedince – přehled a stručná charakteristika těchto intervencí bude vyličená v následujících dvou oddílech bakalářské práce.

Zdrojem a oporou pro tvorbu přehledu byly autorovi bakalářské práce především internetové stránky a propagační materiály slovinské neziskové organizace Izberi sam (Izberisam, 2017), která se dlouhodobě (od roku 2006) zaměřuje na poskytování informací a intervencí harm reduction ve vztahu k alkoholu. V českém prostředí ucelený materiál o harm reduction intervencích publikovala např. Vavrinčíková. (Vavrinčíková, 2012)

2. 3. 3 Harm reduction intervence ve vztahu k alkoholu na úrovni společnosti

Na úrovni společnosti se jedná o tyto možné intervence:

- kontrolu kvality alkoholu – je sledováno, jak je alkohol vyráběn a jaký alkohol se dostává na trh (kvalita, nezávadnost)
- dochází k regulaci obchodování s alkoholem (s alkoholem např. nemůže obchodovat každý, je k tomu třeba speciální licence)
- regulace trhu (alkohol je možné koupit pouze v určitých obchodech, které jsou k tomu oprávněny; alkohol je možné koupit do určité hodiny, např. po 21:00 to již není možné – Slovinsko)
- regulace marketingu (reklama na alkohol je povolena jen na určitých místech, reklama na alkohol nesmí být zacílena na mladistvé)
- dostupnost regulována omezováním prodeje (prodej alkoholu je omezen místem a časem; také není možné prodávat alkohol osobám mladším stanoveného věku)
- situační omezení (řízení auta, pracoviště, místní vyhlášky, proškolený personál v restauracích, bezpečnější prostředí pro konzumaci alkoholu – v barech jsou stoly a židle s kulatými rohy či je v interiéru minimum skleněných předmětů)

2. 3. 4. Harm reduction intervence ve vztahu k alkoholu na úrovni jedince

Harm reduction intervence ve vztahu k alkoholu na úrovni jedince nabízejí více možností než intervence na úrovni společnosti, především se jedná o doporučení (realizovatelná v krátkodobém i dlouhodobém horizontu) jak postupovat, pokud jsem konzumentem/konzumentkou alkoholu:

- základní intervence na úrovni jedince je podat informaci o krátkodobých a dlouhodobých účincích konzumace alkoholu a také připojit informaci, že tělo každého jedince reaguje specificky (závisí na druhu alkoholu, tělesné konstituci a na tom, co jíme před či během pití alkoholu, jak jsme konzumovali nealkoholické nápoje během celého dne, ženy obecně odbourávají alkohol pomaleji)
- pokud se rozhodnu pít, nepít do té míry, aby nastal stav opilosti – když už pít, tak jen tolik, aby se zásadně nezměnilo chování a prožívání
- konzumací alkoholu neubližovat sám sobě (krátkodobé a dlouhodobé důsledky konzumace alkoholu – fyzické a psychické zdraví, komplikace v sociálním fungování) ani ostatním (např. násilné chování pod vlivem alkoholu, zanedbávání povinností v důsledku opilosti, slovní agrese v opilosti)
- sledování množství vypitého alkoholu – aktuální množství (ne nadměrné množství alkoholu v jeden den) a dlouhodobé množství (konzumace alkoholu by neměla být každodenní záležitostí)
- bezprostřední zdraví je důležitější než dlouhodobý cíl úplného vyléčení (totální abstinence) – intervence jsou orientovány na krátký časový horizont, zásada tady a teď
- koncentrace alkoholu v nápojích by měla být co nejnižší – pokud se rozhodnu pít, ideálně konzumuji alkoholické nápoje s nižší koncentrací, lépe tak mohu kontrolovat stav, který po konzumaci alkoholu nastává, nástup účinku alkoholu je pozvolnější
- doporučení pít mezi jednotlivými alkoholickými drinky dostatečné množství nealkoholických nápojů, ideálně čisté vody
- mezi jednotlivými alkoholickými drinky by měla být prodleva minimálně 30 minut, vyvarovat se tzv. binge drinking – situace, kdy typicky na party konzument vypije několik drinků alkoholu v rychlém sledu – např. pět „panáků“ během 30 minut. Rychlé vypití i menšího množství alkoholu vede ke zvýšené opilosti, tělo nedokáže alkohol dostatečně rychle metabolizovat
- pokud se rozhodnu pít, piji ideálně jeden typ alkoholu během večera
- před konzumací alkoholu se dosyta najíst
- rizikem jsou i míchané nápoje – koncentrace alkoholu se rozptýlí ve větším objemu nápoje nealkoholického, nástup účinku alkoholu je následně náhlý a obtížněji kontrolovatelný
- nekonzumovat alkohol s jinými návykovými látkami – účinky se mohou násobit, být nepředvídatelné a vyvolávat závažné zdravotní komplikace či smrt
- vždy mít na zřeteli, že konzumovat alkohol pochybné a nejisté kvality je nebezpečné, pokud není jistota o alkoholu jaké kvality se jedná, je vhodnější jej vůbec nekonzumovat

- před konzumací zvážit set a setting – vnitřní rozpoložení jedince či okolní kontext; nepít abych se zbavil negativních emocí a nepít o samotě
- doporučení ohledně financí zní, že před odchodem do restaurace či na party je stanoveno, kolik peněz plánuji utratit; mít u sebe větší obnos peněz se nedoporučuje
- ještě před zahájením pití promýšlet o zpáteční cestě domů
- intervence harm reduction ve vztahu k alkoholu na úrovni jedince obsahuje i informaci, že k eliminaci účinku vypitého alkoholu není možné použít:
 - o pít silnou kávu nebo čaj
 - o pít velkého množství vody,
 - o intenzivní tanec,
 - o sprchování studenou vodou,
 - o chůze
 - o intenzivní žvýkání žvýkačky
 - o zvracení (ačkoli to je účinná strategie, jelikož tak můžeme předejít otravě alkoholem)

Vavrinčíková (Vavrinčíková, 2012) konstatuje, že harm reduction přístup ve vztahu k alkoholu nabízí rizikovým uživatelům alkoholu alternativu ke klasické abstinenci orientované léčbě v podobě kontrolovaného užívání alkoholu – termín kontrolované pití bude vymezen v následující kapitole bakalářské práce.

2. 4. Kontrolované pití

2. 4. 1. Kontrolované pití – historie

Až do 60. let minulého století se odborníci shodovali na tom, že jediným možným cílem v léčbě poruch vyvolaných užíváním alkoholu je abstinence. Tato tvrzení byla postavena na výsledcích studií, které zjistily, že nadměrné opakované užívání alkoholu může vést k tzv. neuronální senzitivaci v mozkové tkáni. To se projevuje hlavně tím, že osoba se syndromem závislosti na alkoholu se k jeho užívání vrátí díky očekávání pozitivních stavů, ale také v důsledku silného nutkání pokračovat v užívání látky díky fyziologickým změnám v mozku způsobených právě dlouhodobým nadměrným užíváním alkoholu (Holcnerová, 2010).

Probíhající diskuse o tom, zda cílem léčby má být pouze abstinence nebo dostačuje kontrolované užívání alkoholu, se primárně opírají o studie manželů Sobellových, kteří na základě výsledků tvrdí, že kontrolované pití je pro některé rizikové uživatele alkoholu možné (Sobell & Sobell, 1973). Tento fakt potvrdily i další studie (Foy, 1984)

2. 4. 2. Kontrolované pití – dvě možné definice

Termín kontrolované pití (anglický ekvivalent controlled drinking) je možné vyložit dvěma způsoby – v prvním významu jde o soubor behaviorálních technik a strategií, které umožní jedinci (pokud si je osvojí a používá je) získat kontrolu nad konzumací alkoholu; v druhém významu se jedná o styl požívání alkoholu, které nevykazuje znaky problémového/závislostního chování - v literatuře je možné se v tomto případě setkat s termínem moderate drinking neboli mírné pití. Pro kontrolované pití platí, že cílem je

jak snížení objemu alkoholu celkově jedincem zkonsumovaného (total alcohol consumption), tak i omezení počtu dnů, které lze označit za pijácké (heavy drinking days) (Marlatt, 1983, Rosenberg, 1993).

2. 4. 3. Kontrolované pití – současný kontext

Termíny Total Alcohol Consumption (TAC) a Heavy Drinking Days (HDD) zmiňuje i Popov (Popov, 2012) když definuje nový koncept léčby alkoholismu – harm reduction/kontrolované pití. Popov konstatuje, že přístup vedoucí ke snižování rizik souvisejících a nadužíváním alkoholu je lékaři doporučován a přijímán v případech škodlivého pití; znatelně menší podpora tohoto přístupu ze strany lékařů je tehdy, hovoříme-li o pacientech s vyslovenou diagnózou závislosti na alkoholu – v případě léčby pacientů s výraznou poruchou (resp. „ztrátou“) kontroly v užívání alkoholu je okamžitá, úplná, trvalá a důsledná abstinence většinou vyžadována jako *conditio sine qua non*. (Popov, 2012)

Podobné rozlišení můžeme nalézt i v publikaci Doporučené postupy psychiatrické péče IV – zde je konstatováno, že kontrolované pití je možné volit v případě pacientů, kteří se nachází v počáteční fázi závislosti a je u nich zachována kontrola. (Raboch, 2014)

Popov vyslovuje námitku týkající se „novosti“ odlišného konceptu léčby – uvádí, že docent Jaroslav Skála sice za primární koncept léčby považoval trvalou a důslednou abstinenci, nicméně připouštěl i alternativu kontrolovaného pití v případě abúzu alkoholu u mladších pacientů/pacientek.

Klíčový význam při léčbě závislosti na alkoholu přisuzoval Skála psychoterapii, současně však akceptoval, že při ní neexistuje jediný cíl. V tomto smyslu je i současná léčba závislosti na alkoholu konzistentní s terapeutickým přístupem školy doc. Skály.

I v rámci kontrolovaného pití zůstává těžištěm léčby psychoterapie, ovšem s důrazem na individualitu a respektování stádia změny v každém jednotlivém případě. Popov dále doporučuje, aby byla strategie kontrolované konzumace alkoholu doprovázena i farmakologickou podporou – dosud využívané preparáty acamprosat či naltrexon doporučuje doplnit o nabídku nalmefenu, což je univerzální opioidní antagonist a vysokou afinitou vůči všem třem typům opioidních receptorů. Oproti dosud používanému naltrexonu má nalmefen vyšší biologickou dostupnost, delší biologický poločas umožňující větší rozpětí mezi jednotlivými dávkami, a nižší hepatotoxicitu. (Popov, 2012)

Nesládek (Nesládek, 2013) konstatuje, že jednotná definice kontrolovaného užívání neexistuje a v literatuře se můžeme setkat s různými výklady a definicemi toho pojmu. Přesně vymezená definice pojmu je spíše vzácná a řada autorů charakterizuje tento jev spíše volně – jako užívání návykové látky, které není spojeno s problémy a komplikacemi. Definice kontrolovaného pití se může odlišovat i dle typu služby;

Zásadní a jednotící charakteristikou kontrolovaného pití je, že nějakým způsobem je omezeno množství alkoholu, které jedinec vypije a také je limitována frekvence pití. Vhodné také je, pokud je pokus o kontrolované pití zahájen 30 denní abstinencí.

Obsah informací, rad a doporučení, které pracovník/pracovnice předává klientovi/klientce v rámci edukativní složky kontrolovaného pití vychází obsahově z harm reduction intervencí ve vztahu k alkoholu na úrovni jedince (viz oddíl práce Harm reduction a alkohol)

Behaviorální trénink, který je součástí strategie kontrolovaného pití, je realizován formou nácviku behaviorálních a kognitivních strategií – pracovník je klientovi

průvodcem a cílem jejich spolupráce je, aby klient získal náhled, vzrostla jeho sebeúcta a klient byl schopen převzít kontrolu nad vlastním jednáním (ve vztahu k alkoholu).

Kontrolované pití pracuje i s principem asistované svépomoci – prostor pro pomoc může být směřován do kyberprostoru, kdy jsou na webových stránkách umístěny manuály a doporučení jak postupovat, chce-li konzument alkoholu rozpoznat míru obtíží, které mu hrozí. Vytvoření náhledu, získání potřebných informací a zmobilizování vlastních zdrojů pak může jedince učinit kompetentním řešit zažívané obtíže samostatně (Nováková, 2015).

Změnu cíle léčby z abstinence na alternativu kontrolovaného pití přijalo mnoho konzumentů/konzumentek s nadšením, protože to byl a je cíl mnohem přijatelnější než abstinence totální – zvyšuje se tedy možnost přivést do léčby i ty uživatele/uživatelky, kteří neuvažují o úplné abstinenci a požadavek úplné abstinence, kterou požadují tradiční léčebné programy, je příliš vysokým cílem a nepřekonatelnou překážkou. V případě, že není možné udržet kontrolované pití alkoholu, se stále nabízí možnost redefinovat s klientem/pacientem zakázku, pozměnit léčebný cíl a usilovat o úplnou abstinenci (Holcnerová, 2010).

Vacek a Vondráčková (2012) uvádějí, že v současné době je možnost kontrolovaného pití vnímána odborníky jako jeden z regulérních cílů léčby alkoholu hlavně pro osoby s abúzem alkoholu nebo mírným stupněm závislosti. Kontrolované užívání může přivést do léčby i uživatele, kteří nechtějí přestat pít úplně. Pro ty může být požadavek abstinence, který nabízejí tradiční programy, překážkou. Někteří uživatelé po nástupu do léčby své rozhodnutí přehodnotí a rozhodnou se pro úplnou abstinenci.

Jedinci, kteří se rozhodnou pro kontrolované užívání alkoholu, jsou ve srovnání s těmi, kteří chtějí abstinovat, mladší, užívají menší dávky alkoholu, jejich historie užívání alkoholu není tak závažná, méně často pocházejí z „alkoholových“ rodin, ve více případech odmítají označení alkoholik (Vavrinčíková, 2012).

Pokus o kontrolované pití je možné označit za úspěšný, pokud u jedince nejsou přítomny fyzické známky závislosti (odvykací stav, abstinenční syndrom) a ani nejsou přítomny jiné znaky signalizující problémy s užíváním alkoholu (zdravotní komplikace, sociální problémy, rozvrat rodinných vazeb, pracovní selhání, ztráta zájmů...) (Rosenberg, 1993).

Nováková (Nováková, 2015) upozorňuje, že jsou definovány i kontraindikace pro kontrolované pití –těhotenství, vysoký stupeň závislosti a nízká sociální stabilita.

2. 5. Závěr teoretické části

V teoretické části bakalářské práce autor definoval základní pojmy a koncepty (či pojmy se základními úzce související), se kterými je pracováno v empirickém šetření.

Autor si je vědom skutečnosti, že o alkoholu, harm reduction přístupu a kontrolovaném pití by bylo možné pojednat mnohem obsáhleji a obšírněji, nicméně pro účely bakalářské práce (i s ohledem na omezený rozsah) považuje autor provedené vymezení termínů a pojmů za dostačující.

3. Empirická část

3. 1. Cíle empirické části bakalářské práce

Cíle empirické části bakalářské jsou formulovány následujícím způsobem:

Cíl 1 - Jak je v praxi pracovníků/pracovnic Ambulantních center Laxus z.ú. koncept kontrolovaného pití alkoholu aplikován

Cíl 2 - Co se dle pracovníků/pracovníků osvědčilo jako „dobrá praxe“ v rámci aplikace konceptu kontrolovaného pití

Cíl 3 – Jaké postupy se při aplikaci konceptu kontrolovaného pití pracovníkům/pracovnicím osvědčily a jaké se naopak neosvědčily?

Cíl 4 - Jaké faktory jsou klíčové pro úspěšnou aplikaci konceptu kontrolovaného pití při práci s klienty/klientkami?

3. 2. Základní orientace empirické části – kvalitativní přístup

Pro empirickou část bakalářské práce byl vybrán kvalitativní přístup, jelikož je vhodný pro porozumění určitým sociálním jevům a kontextu, v němž probíhají - jevem bude kontrolované pití, kontextem pak ambulantní zařízení, kde je koncept kontrolované pití aplikován.

Dalším důvodem pro volbu kvalitativního přístupu je postoj a vztah autora práce k respondentům. Otázky formulované v empirické části bakalářské se vztahují k pracovníkům/pracovnicím z ambulantního centra (kolegům autora bakalářské práce) – proto nemohl být zvolen přístup kvantitativní, jelikož Miovský (Miovský, 2006) upozorňuje na skutečnost, že jednou ze zásad dobrého kvantitativního šetření je neutralita – vazby a vztahy mezi výzkumníkem, respondenty a zkoumanými obsahy v kvantitativním výzkumu by měly být minimální, což je v popisovaném případě nereálné. Naopak u kvalitativně orientovaného výzkumného šetření je přípustné, že výzkumník je sám účastníkem (tedy někdo, kdo uplatňuje koncept kontrolované pití).

3. 3. Metodický přístup – zakotvená teorie

Zvolený metodický přístup je zakotvená teorie, což je jednak strategie výzkumu a zároveň i způsob analýzy získaných dat. Za zásadní pro definování zakotvené teorie považuje autor práce skutečnost, že v případě použití této výzkumné strategie nezačínáme teorií, kterou bychom následně ověřovali (hledali důkazy a podporu pro naši teorii), ale věnujeme se určité oblasti, kterou zkoumáme a necháváme, ať se vynoří to co je ve zkoumané oblasti důležité a význačné (Strauss & Corbinová, 1999).

Zakotvená teorie je vhodná v případech, kdy zkoumáme jev, u kterého doposud nebyly identifikovány a definovány veškeré pojmy s jevem související či vztahy mezi pojmy platící ještě nejsou zcela pojmenované a objasněné a terminologicky dokonalé (Strauss & Corbinová, 1999) – tento popis dle mínění autora práce platí zcela pro koncept kontrolovaného pití – koncept je sice definován, nicméně definice je poměrně široká (schová se za ní mnohé...), definice z různých zdrojů mohou být odlišné a co je nejasné

jsou vztahy a faktory určující, kdy může být koncept kontrolované pití aplikován úspěšně.

3. 4. Technika sběru dat

3. 4. 1. Technika sběru dat – polostrukturované rozhovory

Za techniku sběru dat pro účely empirické části bakalářské práce byly zvoleny polostrukturované rozhovory. Tato volba byla ovlivněna jednak zkušeností autora bakalářské práce s touto technikou a také bylo postupováno v souladu s Miovského konstatováním, že kombinace prvků nestrukturovaného a strukturovaného interview v součtu vytváří z polostrukturovaného interview vynikající výzkumný nástroj pro účely kvalitativně orientovaného výzkumného šetření (Miovský, 2006).

Dalším argumentem pro volbu techniky polostrukturovaného rozhovoru je skutečnost, že tato technika je dle Hendla vhodná pro metodu zakotvená teorie obecně – Hendl (Hendl, 2005) popisuje, že zakotvená teorie začíná s neurčitými koncepty, postupně jsou sbírána data a ty jsou již v průběhu šetření analyzovány; průběžná analýza může být zdrojem podnětů ke změně struktury rozhovoru. Hendl tuto myšlenku dále rozvíjí a konstatuje, že polostrukturované rozhovory jsou technikou sběru dat, zároveň však mohou být považovány i za metodu součinnou se zakotvenou teorií.

3. 4. 2. Opora polostrukturovaných rozhovorů

Prvkem struktury použitým pro účely realizovaných interview byla myšlenková mapa (Příloha č. 1), kterou autor bakalářské práce vytvořil na základě „předpochopení“ zkoumané oblasti (koncept kontrolovaného pití) – strukturu interview tak tvoří témata a oblasti, která autor považuje ve vztahu ke kontrolovanému pití za důležitá, stěžejní a hodná zřetele.

Vytvoření myšlenkové mapy (používán je i termín mentální mapa) umožňuje graficky vyjádřit propojenost mezi jednotlivými pojmy, termíny, výroky. Myšlenkové mapy by měly simulovat procesy probíhající v mozku při uvažování o různých jevech; podrobný popis mentálního mapování je k dispozici v publikaci Tonyho Buzana (Buzan, 2014).

Myšlenková mapa je vystavěna v okolí pojmu centrálního/ohniskového (v případě bakalářské práce se jedná o pojem kontrolované pití), k němuž se připojují pojmy klíčové (např. definice kontrolovaného pití) a v neposlední řadě asociace a doplnění k pojmům klíčovým (např. ke klíčovému pojmu definice kontrolovaného pití jsou přiřazeny asociace a doplnění jak dlouho koncept znáte, zásady kontrolovaného pití, charakteristika kontrolovaného pití, rysy kontrolovaného pití).

Vybrané pojmy (neboli dotazy či oblasti zájmu při interview) jsou na mapě označené v podobě grafických tvarů. Dotazovaný i tazatel mají možnost myšlenkovou mapu doplnit o nové tvary, pokud v rozhovoru přijde na pojem zkoumaného jevu, který na myšlenkové mapě ještě neobjevil – myšlenkovou mapu (neboli oporu pro rozhovor s respondenty/respondentkami) je možné flexibilně doplňovat a upravovat i v průběhu realizace rozhovorů, což je v souladu se zásadami zakotvené teorie.

3. 5. Respondenti pro šetření

3. 5. 1 Způsob výběru a charakteristika respondentů

Respondenti/respondentky pro šetření byli vybráni z řad pracovníků/pracovnic v Ambulantních centrech Laxus z.ú. - pracoviště Ambulantního centra Laxus z.ú se v době realizace rozhovorů nacházely v Hradci Králové, Pardubicích, Svitavách, Mladé Boleslavi, Nymburce a Praze.

V době realizace rozhovorů s respondenty/respondentkami (únor 2017) bylo ve vyjmenovaných zařízeních zaměstnáno 12 osob, rozhovory se podařilo realizovat s 10 osobami – jedna z pracovnic byla v době realizace rozhovorů v dlouhodobé pracovní neschopnosti; rozhovor se nepodařilo realizovat. Autor práce také nerealizoval rozhovor sám se sebou – je rovněž pracovníkem Ambulantního centra Laxus z.ú. Z potenciálních 11 rozhovorů jich tedy bylo realizováno 10.

Principem výběru respondentů/respondentek byl kontakt s problematikou kontrolované pití. Tuto podmínku splňovali všichni pracovníci/pracovnice Ambulantních center Laxus z.ú., neboť koncept kontrolovaného pití je v Operačním manuálu Ambulantního centra Laxus z.ú. (Laxus, o.s., 2014) zahrnut od revizi realizované v květnu roku 2014 a všichni respondenti/respondentky konstatovali, že mají s otázkou kontrolovaného pití nějakou (byť ve dvou případech spíše teoretickou) zkušenost.

Jak bylo zmíněno v úvodu bakalářské práce, kontrolované pití bylo v metodickém materiálu centra zmíněno velmi stručně- - v Operačním manuálu (Laxus, o.s., 2014) v komentáři k cílům ambulantní léčby je uvedena poznámka, že cíl dosažení a udržení abstinence může být v případě alkoholu po dohodě mezi klientem a pracovníkem pozměněn na zakázku kontrolovaného pití, přičemž tento termín není na jiném místě metodického materiálu definován ba ani zmíněn.

V tehdejšímu týmu Ambulantních center panovala shoda, že pro některé klienty/klientky nadužívající alkohol je úplná abstinence cílem příliš vysokým a nereálným; kontrolované pití tak začalo být bráno jako možné alternativní řešení obtíží klientů/klientek s nadužíváním alkoholu.

3. 5. 2. Údaje o respondentech:

Pořadové číslo respondenta/tky	Pohlaví	Pracovní pozice	Délka praxe v AC (v letech)	Vzdělání/titul
1	F	Sociální pracovnice	4	VŠ/Bc.
2	M	Adiktolog/poradenský pracovník	3, 5	VŠ/Mgr.
3	F	Poradenská pracovnice	0, 25	VŠ/Bc.
4	M	Adiktolog/sociální pracovník	3, 5	VŠ/Bc.
5	F	Poradenská pracovnice	1, 25	VŠ/Mgr.
6	F	Poradenská pracovnice	5, 5	VŠ/Mgr.
7	F	Psycholožka	7	VŠ/Mgr.
8	M	Sociální pracovník	1, 3	VOŠ/Dis.
9	M	Sociální pracovník	1, 75	VŠ/Bc.
10	M	Psycholog/etoped	16	VŠ/Mgr.

3. 6. Etika

Etika výzkumu byla ošetřena následujícími kroky:

- se všemi respondenty/respondentkami byl sepsán informovaný souhlas – viz příloha bakalářské práce č. 2.
- v záznamech ze šetření a v bakalářské práci nebudou uvedena jména respondentů/respondentek
- respondenti/respondentky budou instruováni, aby při realizaci rozhovorů neuváděli konkrétní jména klientů/klientek

3. 7. Výzkumné otázky

Výzkumné otázky vztahující se k bakalářské práci jsou tři a jsou formulovány následovně:

- a) Jaké jsou zkušenosti s kontrolovaným pitím v klinické praxi pracovníků/pracovnic Ambulantních center Laxus z.ú.
- b) Jaké postupy se pracovníkům/pracovnicím osvědčují?
- c) Jaké postupy se pracovníkům/pracovnicím neosvědčují?

3. 8. Analýza dat

Jak bylo zmíněno, v průběhu měsíců leden 2017 až únor 2017 bylo realizováno celkem deset rozhovorů. Jejich doslovné přepisy a zvukové záznamy z rozhovorů jsou k dispozici u autora práce, také jsou přiloženy k digitálnímu záznamu bakalářské práce. Analyzovány byly všechny realizované rozhovory, použita byla obsahová analýza, která je definována jako analýza dokumentů a textů s cílem rozkrýt jejich vlastnosti s ohledem na položenou otázku (Hendl, 2005).

Při analýze byly v přepsaných rozhovorech vyhledávány v duchu zakotvené teorie opakující se témata vztahující se k cílům bakalářské práce (Cíl 1 - Jak je v praxi pracovníků/pracovnic Ambulantních center Laxus z.ú. koncept kontrolovaného pití alkoholu aplikován; Cíl 2 - Co se dle pracovníků/pracovník osvědčilo jako „dobrá praxe“ v rámci aplikace konceptu kontrolovaného pití; Cíl 3 – Jaké postupy se při aplikaci konceptu kontrolovaného pití pracovníkům/pracovnicím osvědčily a jaké se naopak neosvědčily?; Cíl 4 - Jaké faktory jsou klíčové pro úspěšnou aplikaci konceptu kontrolovaného pití při práci s klienty/klientkami?).

V rozhovorech byly zachyceny i témata, která autor práce vnímá pro kontext kontrolovaného pití jako důležitá, nicméně k jednotlivým cílům práce nepřiraditelná. Proto byla tato témata zařazena do Kategorie témat mimo původní cíle práce stojící.

Struktura oblastí, výroků a výpovědí z obsahové analýzy vyplývající bude prezentována v části Výsledky obsahové analýzy.

3. 9. Výsledky obsahové analýzy

Ke každému z cílů práce jsou přiřazeny oblasti a témata z rozhovorů vyplývající; ke každé oblasti či tématu je pak přiřazen konkrétní zaznamenaný výrok/výroky. Obdobně jsou strukturována i témata spadající do Kategorie témat mimo původní cíle práce stojící.

3. 9. 1. Výsledky obsahové analýzy – cíl 1- Jak je v praxi pracovníků/pracovnic Ambulantních center Laxus z.ú. koncept kontrolovaného pití alkoholu aplikován

- dva z respondentů/respondentek zmiňují skutečnost, že pro aplikaci konceptu kontrolovaného pití je připravena pomůcka/interní materiál, který ovšem není dostupný všem – pomocí tohoto materiálu jsou mapovány a plánovány oblasti pro kontrolované pití důležité (*„Udělal jsem si i pro to takový must, kde je to daný i na nějaký jako okolnosti není to teda zaměřený jenom na to pití, ale jsou tam i nějaký ty okolnosti do kterých by to pití mělo být zasazeno... nějaké rizikové situace, případně nějaké jako dopady když se to nepodaří kočírovat... nějaký pojistky nebo brzdy, které může zapnout v takové chvíli“ R2*)

- za první zásadu pro aplikaci konceptu kontrolovaného pití pracovníci/pracovnice považují určitou vymezenou dobu, kdy klient/klientka zcela abstinuje od pití alkoholu – tato zásada je zmíněna ve všech rozhovorech (*„Zásady jsou jednak první zásada je že by ten klient měl minimálně třicet dní před začátkem toho kontrolovaného pití nepít“ R3*)

- aplikace kontrolovaného pití je mimo jiné vystavena na odebrání údajů o klientovi/klientce, posouzení vhodnosti v konkrétním případě, plánování situací, kdy bude ke konzumaci docházet a jaké budou okolnosti konzumace – rovněž zmíněno ve všech rozhovorech (*„V první řadě bych musela zjistit jak na tom jsou ti klienti sociálně, zdravotně a tak dále musela bych zjistit nějakou jejich anamnézu a historii toho jejich užívání alkoholu a pokud bych zjistila že jsou pro to vhodný tak bych se s nima asi domlouvala za jakých okolností jsou schopni tím způsobem kontrolovaně pít, snažila bych se prostě vytipovat ty vhodné situace pro to a snažila bych se vlastně zjišťovat proč vlastně chtějí v těch situacích pít... Snažila bych se prostě s tím klientem nastavit společně nějaký pravidla...“ R3*)

- diagnostika je pro aplikaci kontrolovaného pití důležitá, umožňuje zjistit vhodnost/nevhodnost aplikace v konkrétním případě – k tomuto konstatování se váže většinová shoda respondentů/respondentek (*„A pak z toho je nějaký způsob práce, specifickéj pro mě, jako rizika pro kontrolované pití, jestli ty lidi spadaj do té skupiny a jestli mají ty charakteristiky, které by měly mít, aby kontrolované pití mohlo fungovat.“ R7*)

- součástí aplikace kontrolovaného pití je i mapování představ klientů/klientek o kontrolovaném pití – rovněž platí většinová shoda (*„No nejdříve se ptám jak by si to ten klient představoval... je potřeba to sladit – představu klienta a představu moji, řekněme, co bych mohl ještě považovat za bezpečnou dávku. Také se dost bavíme o tom, kolik jim stačí aby byli pod vlivem, jakou mají toleranci, to může být hodně různé.“ R8*)

- jsou předávány následující zásady týkající se kontrolovaného pití – konzumovat co nejdříve alkohol, lépe pivo než víno a lépe víno než tvrdý alkohol; důležitá je schopnost odložení počátku pití na co nejpozdější část dne, nedosahovat stavu opilosti, pít co

nejmenší dávky alkoholu s co největším odstupem, nepít na lačno, nepít o samotě a mezi jednotlivými drinky požit dostatek nealkoholického nápoje, ideálně čisté vody (*„Pak jsou nějaký jako zásady, který by měli dodržovat když jako kontrolovaně pijou, jo a tam patří že by měli pít co nejrůdnější alkohol, ideálně pivo lépe než víno a víno lépe než trdej, měli by být schopni odložit začátek toho pití na co nejpozdější dobu, neměli by se dostat do horšího stavu než je 0, 5 až 0, 8 promile. Měli by bejt poučení při jejich tělesný konstituci, věku a pohlaví kolik vlastně jak se jim zvedá úroveň toho alkoholu v krvi, měli by pít co nejmenší dávky s co největším odstupem, neměli by pít na lačno a neměli by pít sami, to pití by měli prokládat nealko nápojeme...“ R3)*

- pokud je aplikován koncept kontrolovaného pití, dochází k vyjednávání o hranicích a vymezování hranic – zmíněno v osmi rozhovorech (*„Je to určitě o nějakých hranicích toho nebo vyjednání si vlastně toho, co si ten klient pod tím představuje jo pod tím kontrolovaným...“ R4)*

- aplikace kontrolovaného pití může být vymezena schématem měsíc abstinence, plán kontrolovaného pití, kontrolované pití v žitém světě klienta a hodnocení toho jak kontrolované pití probíhá (*„Kontrolovanému pitíu predchádza mesiac abstinencie, s klientom urobíme plán kontrolovaného pitia a následne by malo nasledovať kontrolované pitie + konzultácie...“ R5)*

- jiné možné schéma aplikace kontrolovaného pití lze formulovat: edukace – dočasná úplná abstinence – plán pití- realizace plánu – zpětná kontrola realizace (*„Nějaká edukace, řekl bych – detailně vysvětluju, co to kontrolované pití je, co to obnáší a jak by to mělo vypadat aby to mohlo fungovat. No a pak obvykle doporučuju, že by to kontrolované pití mělo začínat nějakou dobou, kdy klient nepije vůbec, ideálně minimálně měsíc. No a když se se to daří tak během toho měsíce co nepijou plánujeme situace kdy by pít chtěli a mohli. Když to teda pak ten klient poprvé zkusí, se napít, tak hodnotíme jak to proběhlo a jestli dodrželi co si předsevzali a jestli to splnilo co od toho čekali.“ R8)*

- v rámci aplikace kontrolovaného pití je vypracováván a diskutován plán pití- v jakých situacích, za jakých okolností, které dny, od kolika hodin... (*„Ten člověk si třeba řekne kdy to pít pro něj není ohrožující, třeba o víkendu, řeším čas nebo dobu pití. Různé situace, kdy není dobré pít, třeba v práci nebo tak. Kdy to není pro nikoho ohrožující, kdy pak neplánuje jet autem, tak určitě toto, potom jestli je schopen to nějak dodržet, jestli je schopen to nějak zvládnout. Pak také množství alkoholu a druh...“ R6)*

- aplikace kontrolovaného pití může začínat i fázi, kdy klienti pijí bez omezení, mapují „svoje“ pití a následně formulují představu o budoucím stavu ve vztahu ke konzumaci alkoholu - tento postup je popsán pouze v jednom rozhovoru (*„Takže klasicky dostanou měsíční plán toho co vypijou a nevypijou a ty první stádia té léčby jsou dobrý, protože to můžou vlastně pít jak pijou a že vlastně si mapujeme to jak pijou bez jakéhokoliv omezování... přecházíme k tomu, že si určujou, jak by to jakoby chtěli mít a začínají se tam objevovat nějaký nuly...“ R10)*

- obecná poučka o kontrolovaném pití může znít, že kontrolované pití je náročnější než úplná abstinence – zmíněno v polovině rozhovorů (*„Určitě jim říkám, že je to daleko těžší než abstinence úplná...“ R6)*

- příznačné pro spolupráci na zakázce kontrolovaného pití je, že se jedná spíše o psychoterapeutickou práci než adiktologickou – s tímto či obdobným výrokem panuje mezi respondenty/respondentkami většinová shoda (*„Může to být také o tom že spíše je to nějaká psychoterapeutická práce ne adiktologická. Že vlastně třeba hledám s téma lidma mechanismy jak zvládat nějaké obtížné situace, které v životě mají.“ R10)*

3. 9. 2. Výsledky obsahové analýzy – cíl 2 - Co se dle pracovníků/pracovníků osvědčilo jako „dobrá praxe“/„špatná praxe“ v rámci aplikace konceptu kontrolovaného pití

- „mikrokazuistika“ dobré praxe – klient s procesní závislostí a jeho postoj k alkoholu (*„No vybavuji si jednoho klienta – on hrál jak d’as, nasekal dluhy, pak šel do Bílé Vody – byl tam poměrně dlouho, asi šest měsíců, pak se vrátil a koumal jak to udělá s chlastem, měl rád pivo, no. Nakonec tedy jak už byl doma tak několik měsíc nepil a pak si řekl, že si občas dá, měl to tak že 5 piv když to bude večírek na celou noc a tři piva když to bude že půjde večer na pivo... Taký to dělal tak jednou dvakrát do měsíce a vybíral si lokály, kde široko daleko nebyla žádná bedna, žádný automat. No a fungovalo to, to se mi líbilo, klient si na to přišel sám, měl náhled, to byl ideál. „ R8,„)*

- dobrá praxe dle jednoho z respondentů je aplikovat kontrolované pití u osob, jejichž primární komplikací je procesní závislost a dále u osob pijících alkohol kvartálně či majících spíše psychoterapeutickou zakázku. Nutno podotknout, že v jiných rozhovorech se objevovala negace možnosti, že by bylo vhodné aplikovat kontrolované pití u osob s projevy více forem závislostního chování. (*„Já si myslím, že je to třeba vhodné pro lidi, kteří maj s tím kombinovaný gambling joo kdy v tý opilosti dochází k těm relapsům v tom gamblingu, a to je takovej konkrétní příklad. Pak mě napadá, že to je vhodný pro klienty, kteří jsou nějakým způsobem kvartální alkoholici, takže si myslím že je tam jakoby nějaký psychoterapeutický problém...“ R4)*

- obecná charakteristika „ideálního“ klienta pro kontrolované pití – vyšší věk, dospělé děti, stabilní práce, dostatek zálib nepropojených s alkoholem a pití alkoholu v dobré náladě a ve společnosti (*„Ideální případ, když někdo bude chtít pít kontrolovaně, tak je to věk padesát a více, dospělé děti, stabilní práce, dostatek zájmů a koníčků jakoby i jinejch, pití spojené s nějakým příjemným společenským rituálem, že nepijou na chamry, sám a tvrdej...“ R10)*

- jiná obecnější charakteristika klienta vhodného pro kontrolované pití - bez zásadních zdravotních komplikací, osoby mladšího věku, stabilní sociální zázemí a dobré rodinné vztahy (*„Pro lidi kteří nemají nějaký jako zásadní zdravotní potíže a pro mladší osoby, který maj jako nějaký stabilní podmínky a nemají potíže jako s rodinou a vztahama...“ R3)*

- charakteristika osob nevhodných pro kontrolované pití - ne osoby starší, ne dlouhá a komplikovaná historie závislosti, bez poškození fyzického zdraví v důsledku pití a ne těhotné ženy. Osoby nekonzumující velké množství alkoholu každý den; také by měli pít zejména pivo a víno a nikoliv tvrdý alkohol (*„Těch podmínek je hodně, ale principiálně by to neměly být osoby starší a neměli by to být osoby, které mají dlouhou historii závislosti vlastně a nějakým způsobem komplikovanou. Ideálně by to měli být lidi mladší a neměli by to být lidé, kteří mají nějakou zdravotní kontraindikaci, to znamená třeba nějaký špatný zdravotní stav ve smyslu způsobeného tou závislostí nebo těhotenství nebo podobné věci... lidé, kteří nejsou úplně jako rozpití, to znamená neměli by to být klienti kteří pijou třeba hodně velký množství během jednoho dne.“ R3)*

- kontrolované pití nefunguje, když se objevuje každodenní pití, vysoké dávky alkoholu, aspekty fyzické závislosti na alkoholu – obdobné konstatování se objevovala ve všech rozhovorech (*„Někdy ti klienti jsou na tom fakt nedobře, že třeba pijou denně a vykazují známky fyzické závislosti a ty dávky co konzumují jsou fakt vysoké a třeba mají za*

sebou nějaké léčebné pokusy... takže těm rovnou říkám, že by to asi nikam nevedlo.“ R8)

- pokus o kontrolované pití zpravidla selhává, když se jedná o dlouhodobé problémové konzumenty alkoholu mající za sebou opakované léčebné pokusy, takové či obdobné konstatování se objevilo ve všech rozhovorech (*„No určitě né u lidí, kteří jsou dlouhodobí problémoví alkoholici, kteří mají za sebou již hodně léceb a už třeba i zkoušeli nějakou dobu to kontrolované pití...“ R1*)

- špatná praxe - způsob pití „zelená vdova“ není v hodný pro kontrolované pití - tento názor vyjádřil jeden respondent (*„Mám třeba klienta, který vaří a vaří si dobře a draze a k tomu že pije drahý francouzský vína, ale problém je, že je sám a že žehlil, koukal se na seriál ulice a u toho pil to víno. Takže to je charakter pití zelená vdova a to je pro kontrolované pití problematické, že. Někdy tam jsou nějaký varovný signály, v životě a ve způsobu života těch lidí, které signalizují, že to kontrolované pití asi nebude fungovat.“ R10*)

- špatná praxe a kvartální alkoholik – zmínka tohoto charakteru je jen v jednom rozhovoru (*„(To byl kvartální alkoholik a já jsem si právě myslela, že tohle se dá udržet nějak spíše, když vlastně nepije denně... nakonec se ukázalo, že ta úplná abstinence by byla lepší, takže šel do léčby ...“ R6*)

- za špatnou praxi jeden z pracovníků označil i postup, kdyby došlo k rychlému odmítnutí zakázky kontrolovaného pití – zmíněno jednou respondentkou (*„Pro mě je špatná praxe to u těch lidí hned jako zamítnout, říct rovnou že to nejde, i když je to hodně problémový případ, tak bych mu dávala šanci a zkusila to R1*)

- fyzická závislost na alkoholu, sociální rozvrat, delší kariéra pití – tyto charakteristiky klienta jsou jen obtížně slučitelné s úspěšnou aplikací kontrolovaného pití, s tímto konstatováním panuje mezi respondenty/respondentkami všeobecný souhlas (*„Myslím, že to není vhodné pro lidi, kteří mají ten problém zcela evidentní... to splňují nějaký ty kritéria diagnostikovatelné závislosti a když se napijou tak to nedávají prostě no. No je to hodně podobný nebo tam mi to nějak splývá se skupinou lidí, u kterých ani nevidím nějaký reálný předpoklad, že by úspěšně abstinovali ambulantně... Uvažuju o délce kariéry pití, jak moc a co pijou, jak moc jsou zdevastováni, jaké mají sociální zázemí...“ R2)*

- další charakteristiky klienta označené za obtížně slučitelné s úspěšnou aplikací kontrolovaného pití jsou poškozené zdraví, duální diagnóza, špatné sociální podmínky (*„Nevhodné je to pro lidi, kteří mají poškozené zdraví závislosti. Pak možná lidi s duální diagnózou a klienti, kteří žijou v takových sociálních podmínkách, kdy je to třeba nerealizovatelný, takže třeba klienti na ulici nebo klienti kteří žijou mezi jinýma lidma závislýma na alkoholu a tak. R3*)

- špatná praxe – krátká „vstupní abstinence“ – explicitně zmíněno v polovině rozhovorů (*„Myslím, že ta špatná praxe může být v tom, že pokud je ta abstinence krátká, tak ty lidi mají velice nereálný náhled na to jaké množství alkoholu mohou vypít, licitujeme pak jestli je rozdíl vypít dvě nebo čtyři piva. R2)*

- Kontrolované pití a destiláty jsou neslučitelné – platí většinová shoda s tímto konstatováním, pouze jeden respondent připustil i tuto variantu (*„Destiláty jsou úplně nevhodné...“ R4*)

- Nekvalitně provedená vstupní diagnostika je u kontrolovaného pití na „škodu“ – většinová shoda (*„Asi by to byl nedůraz na tu diagnostiku míry jeho závislosti...“ R4*)

- opakované léčebné pokusy jsou negativním signálem pro možný úspěch kontrolovaného pití – s tímto výrokem panuje většinová shoda (*„Asi by som ho vyslovene neponúkala človeku, ktorý už má za sebou liečbu závislosti...“ R5*)
- na pochybách jsou pracovníci/pracovnice i ve chvíli, kdy mají pracovat na zakázce kontrolovaného pití po absolvované pobytové léčbě – opět většinová shoda (*„Myslím si, že po té léčebně bych to nedoporučila to kontrolované pití...“ R6*)
- postupné snižování vypitého alkoholu není cestou ke kontrolovanému pití – tuto negativní zkušenost zmiňuje jeden respondent (*„Tak určitě vím, že není možný kontrolované pít a snižovat postupně množství vypitého alkoholu.“ R7*)
- alkohol v práci či doma snižuje šanci na úspěch – zmíněno opakovaně (*„Když pracuji s alkoholem jakože v hospodě či tak nebo se doma u nich pije tak to nedoporučuju...“ R8*)
- potíží je, když pokus o kontrolované pití trvá příliš dlouho – zmíněno opakovaně (*„No když to moc prodlužuju – v určitou chvíli když to nejde je potřeba to pojmenovat jo a říct tudy cesta nevede a že by možná bylo lepší uvažovat o úplné abstinenci nebo o pobytové léčbě no. Někdy to Ti klienti nevstřebají a už se neukážou ale no... to se nedá nic dělat.“ R8*)
- kontrolované pití nemůže fungovat, když pozorujeme nepravdělnou docházku, nezlepšující se stav beze změn a absenci kontroly (*„Nepracoval bych na kontrolovaném pití s člověkem, který vykazuje nějaký známky toho, že třeba není schopen třeba docházet na konzultace, není schopen jako i kdyby třeba na té konzultace docházel třeba je vidět že nijak nepracuje s tím svým pitím a že nevykazuje žádné změny, nevykazuje žádnou vůli vlastně na tom svém chování něco měnit, že vlastně dochází, něco řeší, ale že vlastně nedělá žádné kroky v tom svém pití, že vlastně nemá kontrolu nad tím svým pitím.“ R9*)
- málo direktivnosti na straně pracovníka/pracovnice je někdy na škodu – k tomuto výroku se váže většinová shoda (*„Když už třeba byla na začátku stanovena nějaká ta zkušební doba, ale třeba už v půlce vidím že to prostě je nereálný... že ten proces sám o sobě ukazuje že je nefunkční a že jsem to měl utnout a říct tudy cesta nevede... být více direktivní.“ R9*)
- Neschopnost ponechat zbytek láhve alkoholu nedopitý je komplikací pro kontrolované pití, tuto skutečnost zmínil jeden respondent (*„Také mluvíme o tom, do jaké míry je tam třeba ten fenomén tý klasický nedopitý alkoholový láhve. Jestli jakoby nezvládnou tu láhev co mají doma nedopít do dna a nechat to být, tak to nemůže fungovat. Když pořád chodí do tý ledničky jakoby opakovaně jakoby... Když tam pořád chodí a říkají se tak ještě tam trochu je a já si ještě trochu dám tak to jim říkám že to je fakt jako hodně blbý a nejsem si jistý jestli to kontrolovaný pití nějak dáte, pojďme to tedy zkusit tak že si budete kupovat stáčené víno do púllitroví flašky jenom třeba.“ R10*)
- Špatná praxe – neschopnost říct že to nefunguje (*„Špatná praxe je ta, že ten klient překračuje jakoby ty hranice a já ho v tom nepřímou udržuju a nejsem schopný říci mu jasné stop, což se může stát, že bych tím pádem s ním ztratil nějaký terapeutický vztah...“ R10*)
- jiná závislost (mimo alkohol) je pro kontrolované pití zásadní komplikace (*„Když tam je ještě nějaká jiná závislost, procesuální nebo perník nebo tak.“ R10*)
- většinová shoda platí pro konstatování, že kontrolované pití tvrdého alkoholu nelze aplikovat (*„Tvrdej alkohol odmítám a bavíme se o pivu a vínu.“ R10*)

3. 9. 3. Výsledky obsahové analýzy – cíl 3 – Jaké postupy se při aplikaci konceptu kontrolovaného pití pracovníkům/pracovnicím osvědčily a jaké se naopak neosvědčily?

- spolupráce začíná nejprve obdobím úplné abstinence klienta od alkoholu, poté postupně dle stanoveného plánu dochází ke konzumaci alkoholu – ze šetření vyplývá, že se jedná o nezbytnou podmínku pro úspěšnou aplikaci KP (*„Klient konkrétní kterýho mám na mysli si dal závazek třech suchejch měsíců a potom jsme teda řešili kontrolované užívání právě v rámci těch dvou piv nebo nějaký všední dny když pracuje aby nepil a naopak o víkendu když může a tak...“ R4*)
- pracovník/pracovnice podrobně zmapuje míru závislosti na alkoholu a důsledně jsou stanoveny a vymezeny podmínky, kdy bude docházet ke konzumaci alkoholu (*„Jde o to určit klienta, který tam nemá ten potenciál závislosti nebo že už není závislej na alkoholu a také dobře stanovit podmínky toho kontrolovaného pití.“ R7*)
- důkladně vyjednat a důsledně dodržovat, jaké množství alkoholu je vhodné a žádoucí konzumovat v konkrétním případě - ze šetření vyplývá, že se jedná o nezbytnou podmínku pro úspěšnou aplikaci KP (*„A nepřipustila bych nějaký větší množství alkoholu, většinou jako vyjednávám s klientem jaká je míra a jaké množství a jakého alkoholu a jak se cítí a hledám ten zlomový okamžik, kdy už to přestane mít pod kontrolou, což je pro něj asi většinou do těch tří drinků... tři piva, u těch vín bych to viděla možná trochu méně, třena tak 4 až 5 deci...“ R7*)
- adiktologická zakázka versus terapeutická zakázka – vhodnější pro kontrolované pití je terapeutická zakázka, zmíněno opakovaně (*„Nějakou praxí si rozlišuji ty klienty kde je to adiktologické a kde je ta závislost a víc klienty který jsou v krizi a jako terapeutický a tam jako ta potřeba tý abstinence není tak nutná takže si ta jakoby rozlišuju hodně na té struktuře tý osobnosti...“ R7*)
- kontrolované pití je nerealizovatelné pokud mu nepředchází „zkušební“ doba abstinence, k tomuto konstatování se váže většinová shoda (*„Jo, zkušební doba... to má bejt.“ R9*; *„Aby viděli jaký to je nepít a to že to mají po nějakou časově ohraničenou dobu pod kontrolou tak to považuju za důležité.“ R7*)
- hranice vymežit a nepouštět je se vyplácí – rovněž většinová shoda (*„Je to hodně o mantinelech, hranicích, furt ty hranice popisovat a umět je nepopouštět...“ R9*)
- není možné kontrolovaně pít každý den, v rámci týdne je důležité mít čtyři dny, kdy není konzumován alkohol vůbec, na důležitosti aspektu dnů bez alkoholu se respondenti/respondentky většinově shodují (*„Pak by se v tom týdnu měly objevit čtyři dny, kdy ten člověk nebude pít vůbec, čtyři dny abstinence zkrátka...“ R10*)
- přínos jasného vymezení místa a času konzumace alkoholu je zmiňován opakovaně (*„A v podstatě jsem se teda domluvili, že nebude pít přes den, nicméně večer po 18-té hodině si může v country klubu dát dvě pívka.“ R10*)
- domluvená a všemi stranami akceptovaná kontrola ze strany blízkých je přínosná a funkční (*„A kontrolujou to ten manžel i ta dcera že si koupili alkotester a dávají ji občas dýchnout...“ R10*)

3. 9. 4. Výsledky obsahové analýzy – cíl 4 - Jaké faktory jsou klíčové pro úspěšnou aplikaci konceptu kontrolovaného pití při práci s klienty/klientkami?

- Zdravé vztahy a funkční sociální zázemí – platí většinová shoda mezi respondenty/respondentkami ve vztahu k tomuto výroku (*„Já si myslím že tam jsou*

hodně vztahy a sociální zázemí... nějaký zdravý vztahy s lidma který fungují... to má nějakou naději na úspěch...“ R1)

- zásadní je určitá mentální kapacita a ochota pracovat na změně - („...se to dá použít jen u lidí, kteří jsou nějak mentálně na vyšší, třeba jsou ochotní na sobě pracovat a přemýšlet i mimo ty konzultace, ale u takových těch jednodušších, to se vůbec ne to, neosvědčilo. Že je potřeba aby u té jednodušší skupiny nebo jak to nazvat musí být hodně konkrétní a vysvětlovat a navádět a tak...“ R1)

- sebenáhled, sebekontrola – to jsou dle respondentů/respondentek klíčové dovednosti pro realizaci KP, na tom panuje většinová shoda („Sebenáhled a ochota kontrolovat se a pracovat na sobě a mít chuť to někam dovést...“ R1)

- schopnost, ochota a dovednost kontrolovat sebe sama – zmíněno ve většině rozhovorů („Jsou schopný si nastavit nějaký reálná parametry tý kontroly, co to ta kontrola vlastně pro ně znamená, co jsou schopni kontrolovat a co ne Taky je to schopnost kontrolovat obecně, to se dá sledovat že je schopen kontrolovat i nějaký jiný svoje věci“ R2)

- potenciál po určitou vymezenou dobu zcela abstinovat, stabilní sociální zázemí, osoba nežije sama, rodina je ochotna podílet se na kontrola dodržování zásad kontrolovaného pití a osoba není zdravotně limitována v důsledku pití („Schopnost nějakou dobu abstinovat, stabilní sociální zázemí, klient nežije sám, žije s někým, má kontrolu ze strany příbuzných a není zdravotně poškozený, to jsou tři nejdůležitější věci podle mě..“ R3)

- absolutní shoda mezi respondenty/respondentkami - kontrolované pití bude ve vyšší míře úspěšnější u osob bez diagnostikovaného syndromu závislosti („Myslím si, že je viac úspešné môže byť u klientov, ktorý sa ešte neprepracovali k závislosti.“ R5)

- zásadní je schopnost uvažovat nad pitím a příznivé okolnosti v žitém světě klienta/klientky („Když mně během toho rozhovoru vychází, jemu i mně, že je nad tím schopen přemýšlet, ale že by to i šlo, že ty okolnosti jsou tomu nakloněné...“ R9)

- absolutní shoda mezi respondenty/respondentkami panuje ve vztahu k výroku - nižší míra závislosti, ochota ke spolupráci, ochota být otevřený a spolupracující ve vztahu k pracovníkovi/pracovníci, potenciál pro změnu vlastního chování („Myslím si, že to může být ta míra té závislosti, pak to může být ochota či otevřenost řešit poctivě ty svoje problémy, protože tím alkoholem se odúzkostňujú a když sem chodí a nepouští ty věci, tak se ten problém vlastně nelepší. Takže ochota k tý spolupráci a k tomu být otevřený a řešit ty věci, tak to si myslím že tam je velká možnost že to bude fungovat.“ R6)

- nejedná se o osoby s diagnostikovaným syndromem závislosti, konzumování alkoholu jako prostředek ke zvládnání náročného životního období („Jsou to lidi, kteří nesplňujú kritéria závislosti aktuální nebo v historii neměli závislost na alkoholu nebo jiný látce a jsou to jako klienti, kteří se dostali do nějaké těžké životní situace, ve které nadužívali alkohol... že tam bylo to nadužívání a ta ztráta kontroly... možná to může mít rysy závislosti v tom, že to způsobuje komplikace v tom sociálním a profesním fungování, ale celkově je ta osobnost taková zdravější.“ R6)

- V životě osob vhodných pro kontrolované pití se vyskytuje období, kdy ztrácejí nad pitím kontrolu, nicméně jedná se spíše o časově jasně ohraničitelné období (A jsou to jako lidi, u kterých se to pití v nějaké situaci objevilo, většinou mají nějakou dlouholetou zkušenost s alkoholem, pijou od puberty a pak se to zvyšuje a zvyšuje a pak tam měli nějaké delší období v životě, kdy nad tím pitím neměli kontrolu.“ R7)

- schopnost a dovednost chovat se disciplinovaně – zmíněno opakovaně („Je to prostě dost o disciplíně, nevím jak to říct lépe“ R8)

- ne každodenní pití, ne každodenní kontakt s alkoholem („Pro koho je to vhodné? Myslím si že pro lidi, kteří uvádějí, že to pití není nijak každodenní, že to není nějaké větší množství... pravděpodobně se to týká i zázemí, lidé kteří nejsou vystavováni každodennímu kontaktu s alkoholem třeba pracuje v baru nebo to není člověk který se pohybuje mezi pijákama.“ R9)
- osoba disponující možností kontroly – zmiňováno opakovaně, většinová shoda („Je to nějaký člověk, že když se s ním o tom bavím, tak přicházím na to, že nějaké možnosti té kontroly vlastně má“ R9)
- prognóza spolupráce ve věci kontrolovaného pití je příznivější u osob pracujících a žijících ve funkčním vztahu - zmiňováno opakovaně, většinová shoda („...velice důležitý je sociální podtext, jestli pracuješ nebo nepracuješ, jestli žiješ ve vztahu nebo ne, jestli máš děti nebo ne, jestli žiješ sám nebo ne...“ R10)

3. 9. 5. Výsledky obsahové analýzy – kategorie témat mimo původní cíle práce stojící a bez většinové shody

a) Možnost kontrolovaného pití aktivně nenabízím

- nenabízím, akceptuji („Tak já to asi primárně nenabízím, spíše akceptuji s čím přicházej.“ R1)
- respekt k rozhodnutí klienta („Ne. Pokud si k tomu nedospějou sami, tak jim to aktivně nenabízím.“ R6)
- kontrolované pití jako možnost jak udržet klienta déle v kontaktu se službou („No já to úplně nenabízím, ale když je jako ten klient, pro kterého ten cíl není úplně možný, tak mi to přijde že pokud bude ten člověk třeba půl roku využívat ten program a nějak se vědomě dívat na to jeho pití a na další věci, který souvisí s jeho životem a to že tady nějak akceptuji to že trvalá a úplná abstinence není nutností, tak je to způsob jak toho klienta udržet v té službě – jako udržet ho v programu pro klienta a taky aby třeba přišel na to, že abstinovat vlastně úplně chce.“ R7)

b) Aktivní nabídka možnosti kontrolované pití ze strany pracovníka/pracovnice

- Aktivní nabízení kontrolovaného pití jako možnost jak snížit obavy ze vstupu do služby („Kdybychom to jako prezentovali na webových stránkách třeba tak že to nevím jestli přitáhne více klientů ale spíše je to neodradí aby sem přišli, že ten práh pro vstup bude přiměřenější a že to nebudou mít spojené s takovými obavami.“ R1)
- nabídka kontrolovaného pití zvyšuje šanci na spolupráci s klientem („Ponuka KP je pro mňa v praxi důležitá aj preto, že klient si môže prísť sám na to, čo je a nie je v jeho silách, bez toho aby som hneď na začiatku ponúkala argumenty pre abstinenciu a dostala klienta do odporu – najme u klientov, ktorý sú prvý krát v kontakte s nejakou odbornou službou. Dáva nám to minimálne čas na naviazanie vzťahu a zvyšuje to šance na pokračovanie v spolupráci aj keby sa pokus s KP nepodaril.“ R5)

c) Přístup/náhled sociálního okolí na koncept kontrolovaného pití

- nedůvěra a o pocit, že se pracovníci/pracovnice zbláznili když nabízejí kontrolované pití („No tak jako je to takový nedůvěřivý... jsou k tomu takový skeptický a že to berou tak jako že jsem se zbláznili.“ R1)
- „adiktologické hvězdy“ a jejich nedobrá názor na kontrolované pití („Asi že veřejně se to hodně ztracuje, si myslím, že hraje roli jak na to hodně lidí nahlíží a to jak i z takové té odborné veřejnosti z těch adiktologických hvězd že tam je jako jasný že ne, takže i to

okolí těch lidí problémových přebírá ty názory těch odborníků takže to maj jako ty, kteří to chtěj zkusit těžký.“ R1)

- rodina to vnímá negativně („Většinou ta rodina to vnímá negativně, že není možný aby to tak bylo. Speciálně u jednoho klienta tam je zátěž že jeho syn abstinuje totálně a ten rodinej kontext je takový, že to je jediná možnost.“ R2)

- někdy není zcela zřejmé co rodina vlastně chce („Ty rodiny obecně připouští jednorázové akce – třeba přípitek na silvestra, pivo na dovolené, sklenička na narozeniny ale že vlastně ty lidi na jednu stranu ponoukají, seš vyléčeněj, už to máš za sebou, tak si teď dej, ale pak když ti lidi přijdou s nějakým plánem, že by se vlastně někdy napili tak ta rodina na to reaguje nějak negativně, že ten pohled je takový schizofrenní a pak nevědí co chtějí vlastně“ R2)

- Rozdílné reakce příbuzných – někteří se podílí na kontrole, jiní mluví o poskytování „falešného“ alibi („Rozdílný zkušenosti jo. Některý ty příbuzný třeba to vítaj, protože je to pro ně jednodušší jo, a že třeba se na tom podílej, že pomáhají s tou kontrolou, například mi podepisujou alko deničku pravdivost těch záznamů, že třeba doma nebo v hospodě si dával ty piva tak to je případ kdy to vnímaj dobře, on na tom ještě není tak špatně a je mu nabídnuto toľlencto a třeba má smysl s ním ještě zůstat jako jo a pak samozřejmě jsou ty opačný reakce typu ty se neléčíš, ty si tam chodíš pro nějaký alibi... Nicméně se setkávám i s tím, že ty lidi oceňují, že se mohou podílet na té kontrole.“ R4)

- Práce i s osobou blízkou – i to může být součástí kontrolovaného pití „No... někdy dost nadávaj že klientům povolujeme chlastat... Takže si někdy třeba i pozvu tu osobu blízkou a vysvětluji co to má znamenat a jak to může fungovat.“ RB)

- zakázka od osob blízkých - společenské pití je v pořádku... („Někdy je to i výzva od těch partnerů, že by si občas s nimi rádi dali, společensky. Představa je taková, že společenské pití je v pořádku.“ R10)

d) Kontrolované pití jako prostředek manipulace

- obava ze zneužití pracovníka klientem („Mám obavu aby to nebyl jejich úhybný manévr. Mám obavu z vlastního zneužití...“ R2)

- kontrolované pití jako úleva (jednodušší varianta) pro klienty/klientky („Prostě mi to přijde že by to bylo, nevím, že by to byla nějaká úleva pro ty klienty a většinou jak manipulujou s nějakýma těma věcma...“ R7)

e) Více odborné opory ve vztahu ke kontrolovanému pití

- více odborné literatury o kontrolovaném pití („Tak nemám toľik zkušeností a odvahy, abych vzdoroval velkým adiktologickým autoritám a prostě mám pořád pocit že dominanta té naší práce by měla být vedení k abstinenci. Uvítal bych nějakou odbornou literaturu a výzkumy na toto téma, abych se o to mohl argumentačně opřít, abych měl nějaká data, protože ta moje zkušenost se zatím nedá zobecnit...“ R2)

- ucelená metodika týkající se kontrolovaného pití by byla vhodná („Ta metodika, i technicky, by byla dobrá... hlavně co jako je kontrolované pití a co už není, jak to jakoby rozpoznat...“ R6)

f) Úplná abstinence je lepší a snazší než kontrolované pití

- vždy je lepší uvažovat o úplné abstinenci („Je to možnost, i když ne jako první možnost, protože vždycky je lepší, pokud ten klient přemýšlí o té abstinenci úplné. Ale když si to neumí představit tak si myslím že to je dobrá cesta, že to je furt dobrá cesta než kdyby ten klient pil jako dřív“ R3)

- abstinence úplná je v důsledku snazší („*Ono to kontrolované pití je náročné na sebekázeň a náhled, takže někdy je to tak, že si řeknou že radši nebudou pít vůbec, že je to ve finále snazší pro ně.*“ R8

- pro pracovníka/pracovnici je snazší vést klienta k abstinenci („*Je snazší pro mě vést ho k té abstinenci. Mám pocit, že jim vlastně říkám pijte, ale určitým způsobem. Protože kdyby to uměli to pít, tak tady nejsou, kdyby uměl pít tak se nedostane do komplikací, které je dovedly až sem.*“ R6)

g) Anticravingová léčba a kontrolované pití

- vhodnost anticravingové léčby („*Ještě mě napadá, že to kontrolované pití by mohlo být podporované anticravingovou léčbou... třeba ve spolupráci s nějakým doktorem to zkusit podpořit tohle to.*“ R9)

h) Výhrůžka ze strany spolupracujícího pobytového zařízení

Pokud děláte kontrolované pití, nebudeme s Vámi spolupracovat – informace od spolupracující pobytové služby („*Protože mně v podstatě primárky z tý sedmičky a osmičky řekly, že jestli něco takového u nás je, tak k nám nikoho posílat nebudou. Takže je to zákaz ze strany toho zařízení, což jakoby rozumím tomu, že když jsou ty lidi v léčbě pobytový a žijou tam nějaká tři měsíce s tím, že budou chodit k nám a budou kontrolovaně pít tak si myslím, že to těm doktorům hodně stěžuje práci jo....*“ R10)

3. 10 Výsledky – shrnutí

Shrnutí výsledků empirické části bakalářské práce bude postupně vztažena k jednotlivým výzkumným otázkám

3. 10. 1. Shrnutí výsledků – výzkumná otázka první

První výzkumná otázka byla formulována tímto způsobem - Jaké jsou zkušenosti s kontrolovaným pitím v klinické praxi pracovníků/pracovnic Ambulantních center Laxus z.ú.

Z deseti respondentů/respondentek měli všichni povědomí o kontrolovaném pití a dokázali o kontrolovaném pití hovořit a odpovídat na kladené otázky. Míra praktických zkušeností s aplikací kontrolovaného pití se v jednotlivých případech lišila zejména v souvislosti s délkou praxe, dvě respondentky vypověděly, že se jim ještě nepodařilo zakázku kontrolovaného pití s klientem/klientkou realizovat.

V zaznamenaných rozhovorech se opakovaně a většinou objevovalo konstatování, že kontrolované pití alkoholu není intervence vhodná pro jakéhokoliv konzumenta/konzumentku alkoholu – dá se konstatovat, že čím vyšší míra závislosti na alkoholu, delší kariéra pití a čím větší množství konzumovaného alkoholu, tím je nižší pravděpodobnost, že by aplikace koncepce kontrolovaného pití mohla být úspěšná.

Většinová shoda panuje i ve vztahu ke konstatování, že nesmí být přítomny fyzické komplikace s konzumací alkoholu spojené či po konzumaci alkoholu následující. Kontrolované pití je vhodnější spíše pro kvartálního konzumenta/konzumentku

alkoholu, nikoliv pro denního konzumenta/konzumentku. Nepříznivým faktorem je také skutečnost, pokud klient/klientka konzumuje alkohol o samotě.

Důraz je kladen i na reflektování žitého světa klienta/klientky – kladně je hodnoceno, pokud má klient/klientka stabilní sociální zázemí, žije ve vztahu či případně má rodinu, má zdravé a funkční vztahy, zaměstnání a dostatek osobních zájmů. V reálném žitém světě klienta/klientky (domov, práce) by se alkohol neměl vyskytovat vůbec či v minimální míře.

Věk je faktor respondenty/respondentkami reflektovaný různým způsobem – vyskytly se názory, že kontrolované pití je úspěšnější u osob do 30-ti let věku, vyskytly se ovšem i názory, že ideální věk je 50 a výše a také byl vyjádřen názor, že věk není pro kontrolované pití klíčovým faktorem.

Kontraindikací pro realizaci zakázky kontrolovaného pití je pro některé z respondentů/respondentek skutečnost, že se jedná o opakovanou léčbu (ambulantní, pobytovou) či že klient/klientka má v anamnéze pobytovou léčbu návykového chování. Kontrolované pití se tedy dle závěrů z analýzy rozhovorů netýká osob s diagnostikovaným syndromem závislosti, ale osob, které můžeme označit za problémové konzumenty/konzumentky alkoholu.

Kontraindikací může být i skutečnost, že klient/klientka má duální diagnózu (zejména pokud se jedná o medikaci antidepresivy či anxiolytiky) či se potýká s více druhy závislostního chování (např. gambling a alkohol) – někteří z respondentů/respondentek ovšem konstatují, že kontrolované pití realizují i v případě duální diagnózy či v případě kombinace procesní závislosti a užívání alkoholu.

Někteří z pracovníků/pracovnic postupují způsobem, že kontrolované pití sami aktivně nenabízejí, nicméně zakázku akceptují, pokud ji navrhne klient/klientka. Práci na zakázce označují respondenti/respondentky za spíše psycho/terapeutickou než adiktologickou – je možné toto rozlišení okomentovat způsobem, že ze zkušeností vyplývá, že o kontrolované pití mají zájem ne osoby závislé, ale osoby konzumující alkohol ve větší míře pod vlivem nedobrych okolností a nepříjemných životních zážitků a událostí – práce je tedy spíše orientována na to, jak jinak než pomocí konzumace alkoholu zvládat nedobré stavy a nepříjemné události.

Takřka úplná shoda (mimo jednoho respondenta) se týká zásady, že kontrolované pití je vhodné aplikovat pouze u piva a vína, ke konzumaci tvrdého alkoholu zazněly výhrady či dokonce tvrzení o neslučitelnosti ve vztahu ke kontrolovanému pití. Také platí, že kontrolované pití lze jen s obtížemi o samotě (pití alkoholu o samotě je vnímáno jako faktor jen obtížně slučitelný s aplikací kontrolovaného pití) a kontrolované pití je neslučitelné s každodenní konzumací (byť i velice malého množství) alkoholu.

Bezpečnou dávku alkoholu by si měl ideálně určit klient sám ve shodě s pracovníkem/pracovnicí, definováno je také místo, okolnosti a čas (co nejpozdější začátek – ideálně večer – a nejlépe v den, po kterém nenásledují pro konzumenta/konzumentku žádné pracovní či studijní povinnosti) konzumace alkoholu.

Ze zkušeností pracovníků/pracovnic vyplývá, že pro úspěšnou aplikaci konceptu kontrolovaného pití je nezbytné dobře a kvalitně provést vstupní diagnostiku – zejména kvůli posouzení vhodnosti konkrétní osoby pro kontrolované pití. Zkušenost také velí, že kontrolované pití by mělo být vždy zahájeno (zmíněno ve všech rozhovorech) přechodným obdobím (minimálně jeden měsíc), kdy je konzumace alkoholu omezena zcela; postupné snižování vypitého alkoholu pak není cestou ke kontrolovanému pití.

Stanovené dohody a postupy je třeba důsledně dodržovat, a pokud dochází k jejich překračování či porušování, je třeba reflektovat tuto skutečnost co nejdříve

klientovi/klientce. Pokus o kontrolované pití by neměl být neúměrně protahován – v případě, že se pokus nedaří, je po určité době úkolem pracovníka/pracovnice aby na realizaci zakázky nepokračoval a pokusil se klientovi/klientce navrhnout jiné řešení, jinou intervenci

Klíčové schopnosti pro úspěšnou aplikaci kontrolované pití na straně klienta/klientky jsou schopnost o konzumaci alkoholu otevřeně uvažovat, schopnost náhledu na sebe sama a vlastní počínání, schopnost sebekontroly a ochota pracovat na změně

Pokus o kontrolované pití (i neúspěšný) je možné vnímat jako součást procesu změny či způsob, jak postupně dospět k úplné abstinenci od alkoholu. Úplná abstinence byla některými respondenty/respondentkami označena za snazší a méně náročnou variantu, jelikož nevyžaduje plánování konzumace, uvažování nad konzumací, disciplínu a sebekontrolu.

Rodina (či sociální okolí) klienta/klientky hraje ve vztahu ke kontrolovanému pití ambivalentní roli – pokud funguje a případně se i podílí na kontrole konzumace alkoholu, jedná se o pozitivní přínos; pokud sociální okolí nefunguje či neexistuje nebo pokud kontrolované pití devaluje a zpochybňuje („*stejně piješ dál, chodíš si tam jen pro aliby*“) jedná se o negativní vliv.

Z reflexí zkušeností pracovníků/pracovnic s kontrolovaným pitím lze vyčíst i jistou skepsi – širší adiktologická obec projevuje i nadále v některých případech nedůvěru vůči kontrolovanému pití, jeden z respondentů hovořil i o skutečnosti, že ze strany pracovníků/pracovnic pobytového léčebného zařízení dostal zákaz hovořit na jejich „půdě“ o kontrolovaném pití.

V rámci rozhovorů také opakovaně zazněla připomínka, že je nedostatek odborné literatury a metodické opory ke kontrolovanému pití

3. 10. 2. Shrnutí výsledků – výzkumná otázka druhá

Druhá výzkumná otázka zněla Jaké postupy se pracovníkům/pracovnicím osvědčují.

Prvním krokem při aplikaci kontrolovaného pití je provést důkladnou diagnostiku a odebrat kvalitně anamnézu klienta/klientky – tak je možné posoudit vhodnost/nevhodnost aplikace kontrolovaného pití u konkrétního klienta/klientky a také zmapovat rizikové situace týkající se konzumace alkoholu u konkrétního klienta/klientky

Dále by měl klient/klientka po stanovenou, jasně vymezenou dobu zcela abstinovat od pití alkoholu – za jakési minimum ověřené dobrou praxí byl ve výpovědích popisován jeden měsíc abstinence. Období vstupní abstinence je možné označit za dobrou revizi volních mechanismů a schopnosti sebekontroly na straně klienta/klientky

Jeden z respondentů zahajuje aplikaci kontrolovaného pití fází, kdy klient/klientka pije bez omezení a mapuje „svoje pití“. Po této fázi je formulována dohoda o budoucím stavu a postupu ve vztahu ke konzumaci alkoholu.

Součástí počátku poskytování intervence je i mapování představ klienta/klientky o tom, co to je kontrolované pití, jakou o tom mají představu.

Osvědčeným postupem je i to, aby kontrolované pití obsahovalo složku edukace, v rámci níž jsou předávány následující zásady týkající se kontrolovaného pití - konzumovat co nejdříve alkohol, lépe konzumovat pivo než víno a lépe víno než tvrdý alkohol (tvrdý alkohol je většinou respondentů/respondentek zcela nedoporučován); důležitá je schopnost odložení počátku pití na co nejpozdější část dne, nedosahovat stavu opilosti, pít co nejmenší dávky alkoholu s co největším odstupem, nepít na lačno,

nepít o samotě a mezi jednotlivými drinky požit dostatek nealkoholického nápoje, ideálně čistou vodu

Osvědčené je i společné stanovení plánu pití – důsledně a podrobně jsou stanoveny podmínky, kdy a za jakých okolností (set a setting) bude docházet ke konzumaci alkoholu, jaký alkohol a jaké množství konkrétního alkoholu bude konzumováno (tzv. bezpečná dávka alkoholu, která u konkrétního jedince nevyvolá stav opilosti), jak často bude alkohol konzumován a v kterou denní hodinu bude ke konzumaci alkoholu docházet (od kolika hodin). Součástí plánu pití by mělo být i stanovení postupu pro případ, že plán pití nebude dodržen

Pokračováním intervence kontrolovaného pití je kontrola dodržování stanoveného plánu. Dále je pozornost věnována situacím a událostem, které klienta/klientku přivedly k nadměrné konzumaci alkoholu – neodmyslitelnou složkou koncepce kontrolovaného pití je dle výpovědí respondentů/respondentek práce terapeutického/psychoterapeutického charakteru

Spolehlivou a výhodnou strategií je dodržovat a hlídat vymezené hranice co je kontrolované pití a co již ne (hranice jsou vymezené jasně a explicitně mezi konkrétním pracovníkem/pracovnicí a konkrétním klientem/klientkou)

Aplikace kontrolovaného pití by mohla být vymezena dvěma schémata – první schéma má podobu měsíc abstinence, plán kontrolovaného pití, kontrolované pití v reálném světě klienta a hodnocení toho jak kontrolované pití probíhá; druhé zaznamenané schéma má podobu edukace – dočasná úplná abstinence – plán pití- realizace plánu – zpětná kontrola realizace

Dojednaná a všemi stranami akceptovaná kontrola ze strany blízkých je přínosná a funkční. V případě potřeby je vhodné vtáhnout do procesu a kontaktu i osoby blízké či rodinné příslušníky (vyjasnění si co to vlastně je kontrolované pití, v jakých situacích je i pro osoby blízké přijatelné aby docházelo ke konzumaci alkoholu, reflektování zda osoby blízké nějakou změnu v chování zaznamenaly a jsou-li se změnou v souladu, otázka možné kontroly ze strany blízkých a ujednání o podobě kontroly)

Ve výpovědích se objevilo konstatování, že vhodným doplněním k aplikaci konceptu kontrolovaného pití by mohla být anticravingová terapie, což se ovšem v současné praxi zařízení neděje

3. 10. 3. Shrnutí výsledků – výzkumná otázka třetí

Třetí výzkumná otázka zní - Jaké postupy se pracovníkům/pracovnicím neosvědčují?

Předně platí, že nekvalitně provedená vstupní diagnostika není dobrým začátkem pokusu o aplikaci kontrolovaného pití

Většinová shoda mezi respondenty/respondentkami panuje ve vztahu ke konstatování, že se neosvědčuje aplikovat kontrolované pití u osob s dlouhou a komplikovanou historií závislosti, s poškozeným fyzickým zdravím v důsledku pití a u těhotných žen.

Také se neosvědčuje (absolutní shoda) aplikovat kontrolované pití v situaci, kdy se setkáváme s osobou pijící každý den a vysoké dávky alkoholu a vykazující znaky fyzické závislosti na alkoholu; kontraindikací jsou také opakované léčebné pokusy (zejména pobytové) a celkově nedobré/nepodpůrné sociální zázemí

Dle některých z respondentů/respondentek se neosvědčuje aplikovat kontrolované pití v situaci, kdy se klient potýká s jinou formou závislostního chování (nelegální návykové látky, procesní závislost). Zde je třeba poznamenat, že dle názoru jiných

respondentů/respondentek je slučitelné kontrolované pití a totální abstinence ve vztahu k procesní závislosti

Kontrolované pití nefungovala ani v případě klientky, která pila o samotě a dala by se označit za tzv. zelenou vdovu (byla v domácnosti, starala se o děti, manžel byl pracovně vytížený, vracel se v odpoledních/večerních hodinách, péče o domácnost a děti byla jen na klientce, samotu a nespokojenost s aktuální životní situací kompenzovala konzumací alkoholu)

Za nedobrý byl v jedné z výpovědí označen i postup, kdy je osoba mající zájem o kontrolované pití rychle odmítnuta a není jí dán prostor uvažovat o tom, jestli se opravdu jedná o vhodnou a správnou variantu; zároveň se neosvědčilo pokus o kontrolované pití prodlužovat a dávat další šance v situaci, kdy se opakovaně nedaří – u konceptu kontrolovaného pití je na straně pracovníka/pracovnice v určitých situacích direktivnost vhodná, patřičná. Chybou by bylo i nepojmenování skutečnosti, že kontrolované pití nefunguje a že není dodržováno domluvené a stanovené

Neosvědčuje se, když je období „vstupní abstinence“ stanoveno na dobu kratší měsíce či pokud je období „vstupní abstinence“ nedokončeno, v této věci panovala opět většinová shoda. Postupné snižování vypitého alkoholu také není vhodnou cestou ke kontrolovanému pití

Pokud je alkohol přítomen v domácnosti či je konzumován jiným členem domácnosti nebo se klient/klientka setkává s alkoholem pravidelně v pracovním prostředí (např. práce v pohostinství), šance na úspěšnou realizaci kontrolovaného pití se snižuje

Nezpochybnitelná shoda se týká konstatování, že kontrolované pití se nedaří setkáváme-li se s nepravidelnou docházkou do programu, neschopností a nechotou dělat změny a v případnou absenci (sebe)kontroly -

A bylo opakovaně zmíněno, že kontrolované pití se nedaří u osob konzumujících alkohol doma. Riziko neúspěchu se dle jednoho respondenta násobí, pokud se klient/klientka potýká s fenoménem nedopité alkoholové láhve – tedy neschopnost zanechat obsah v láhvi do doby než je zcela prázdná

3. 11. Diskuse

V diskusi se vrátíme k cílům empirické části bakalářské práce – první cílem bylo odpovědět na otázku, jakým způsobem je v praxi pracovníků/pracovnic Ambulantních center Laxus z.ú. koncept kontrolovaného pití alkoholu aplikován.

Důležité je konstatovat, že koncept kontrolovaného pití je v praxi realizován, 8 z 10 respondentů/respondentek mohlo reflektovat osobní praktické zkušenosti s tímto konceptem v rámci klientské praxe, zbývající dvě respondentky sice neměli praktickou zkušenost, nicméně byly připraveny koncept aplikovat a disponovaly dostatečnými teoretickými znalostmi ve vztahu ke kontrolovanému pití – jejich nezkušenost s aplikací je možné interpretovat tím, že jejich praxe v Ambulantním centru Laxus z.ú. patřila mezi odpovídajícími osobami k nejkratším.

Nepředpokládaným poznatkem, jenž vyplynul ze šetření, bylo explicitně vyslovené konstatování 50% respondentů/respondentek, že koncept kontrolovaného pití aktivně nenabízejí a na zakázce pracují pouze za předpokladu, že ji přináší a formuluje sám klient/klientka. Při mapování důvodů proč pracovníci/pracovnice koncept aktivně nenabízejí, se vyskytly obavy, nejistota a také představa, že není vhodné jít proti zavedenému a dominujícímu konceptu – tradiční postup dle respondentů/respondentek je doporučovat abstinenci úplnou a nepouštět se do realizace alternativního řešení.

Přestože nebyl koncept kontrolovaného pití v metodikách Ambulantního centra Laxus z. ú. de facto nijak metodicky ukotven, respondenti/respondentky hovořili opakovaně a shodně o obdobných základních rysech kontrolovaného pití – intervence není vhodná pro osoby vykazující znaky fyzické závislosti na alkoholu, při realizaci kontrolovaného pití dochází k redukci množství vypitého alkoholu a je také omezoována frekvence pití. Většinová shoda byla u respondentů/respondentek i v konstatování, že pro kontrolované pití je vhodné pivo či víno, nikoliv alkohol s vyšší koncentrací alkoholu, tedy destiláty. Panovala absolutní shoda (tuto skutečnost zmínili všichni respondenti/respondentky) v tom, že kontrolované pití je vhodné zahájit přechodnou dobou (minimálně měsíc) po kterou není konzumován klientem/klientkou žádný alkohol. Ve všech rozhovorech také padla zmínka o tom, že pokud hovoříme o kontrolovaném pití, hovoříme o pití alkoholu, které je plánované a nikoliv živelné.

Pracovníci/pracovnice ve více jak v polovině rozhovorů zmiňovali fakt, že by ve vztahu ke kontrolovanému pití potřebovali silnější a metodickou a odbornou oporu (více odborné literatury na téma kontrolované pití).

Druhým cílem empirické části bakalářské práce bylo vymezit tzv. dobrou praxi ve vztahu k aplikaci konceptu kontrolované pití. Z rozhovorů vyplývá, že dobrá praxe by se dala rozfázovat a strukturovat následujícím způsobem:

- 1) Důkladná diagnostika – posouzení míry závislosti klienta/klientky
- 2) Realizace přechodné úplné abstinence klienta/klientky od alkoholu
- 3) Důsledná edukace klienta/klientky (jednak o kontrolovaném pití a jednak o harm reduction strategii ve vztahu k alkoholu – zejména na úrovni jedince)
- 4) Společné stanovení a vymezení plánu pití
- 5) Realizace plánovaného pití
- 6) Vyhodnocení a reflektování realizovaného kontrolovaného pití – pracovní/pracovnice a klient/klientka (s důrazem na reflexi funkčnosti volních a sebekontrolních mechanismů klienta/klientky)

Třetí cíl empirické části bakalářské práce sledoval, jaké postupy se při aplikaci konceptu kontrolovaného pití pracovníkům/pracovnicím osvědčily a jaké se naopak neosvědčily. Shoda mezi respondenty/respondentkami byla zásadní v tom, že kontrolované pití se daří, pokud jsou hranice pro kontrolované pití stanoveny pevně a dobře a jsou dodržovány; naopak se nevyplácí hranice posouvat a bagatelizovat a také se dle respondentů/respondentek nevyplácí, pokud kontrolované pití není zahájeno obdobím vstupní abstinence či pokud je období vstupní abstinence zkráceno.

Čtvrtý cíl empirické části byl zaměřen na otázku, jaké faktory jsou klíčové pro úspěšnou aplikaci konceptu kontrolovaného pití. Dle výstupů z rozhovorů je možné vymezit čtveřici klíčových faktorů:

- 1) Míru závislosti na alkoholu – aplikace může být úspěšná v situaci, kdy se nepotkáváme s rozvinutou a již i fyzickou závislostí na alkoholu, kontrolované pití se snáze než u osob s vyjádřeným syndromem závislosti na alkoholu bude dařit u osob, které bychom označili spíše za problémové konzumenty/konzumentky alkoholu
- 2) Obecný charakter práce s klientem/klientkou – kontrolované pití se daří aplikovat ve chvíli, kdy práce s klientem/klientkou má spíše rysy psychoterapeutické – tedy jsou mapovány situace a události, které podnítily

problémovou konzumaci alkoholu a následně jsou hledány mechanismy, jak na tyto situace a události reagovat bez konzumace alkoholu

- 3) Sociální zázemí – mělo by být funkční, zachovalé a podpůrné. Také by se nemělo jednat o klienta/klientu, který je v denním kontaktu s alkoholem – domácí prostředí či práce
- 4) Schopnost sebenáhledu, sebereflexe a sebekontroly u klienta/klientky – pokud se vstřícný přístup pracovníka/pracovnice nesetká se spolupracujícím a otevřeně uvažujícím/komunikujícím klientem/klientkou, nemá aplikace kontrolovaného pití šanci na úspěch.

Nyní postupme k reflexi metodologických aspektů bakalářské práce – v průběhu realizace bakalářské práce si autor kladl otázku, zda nedojde ke zkreslení výsledků šetření vlivem subjektivity – jednak obecně u kvalitativního přístupu je riziko subjektivity vyšší než u přístupu kvantitativního, dále se riziko subjektivity šetření dle názoru autora navýšilo i tím, že autor sám pracuje v Ambulantním centru Laxus z.ú. a sám v klinické praxi koncept kontrolovaného pití aplikuje.

Ač tedy byly všechny fáze empirického šetření realizovány důkladně a poctivě, jistou míru subjektivity lze spíše předpokládat než vyloučit a výsledky není možno generalizovat např. na všechny ambulantní adiktologické pracoviště – v tomto případě by bylo třeba zvolit větší vzorek respondentů/respondentek, navštívit více organizací (nikoliv jen jednu) a zajistit, aby šetření realizovat sice poučený, nicméně neutrální tazatel/tazatelka, nikoliv insider pohybující se ve stejném poli jako respondenti/respondentky.

Poznatky o kontrolovaném pití z empirického šetření vyplývající jsou dle názoru autora v souladu s tím, jak bylo kontrolované pití vymezeno a popsáno v teoretické části bakalářské práce. Shodné rysy lze spatřovat:

- 1) V propojenosti kontrolovaného pití s harm reduction přístupem ve vztahu k alkoholu a nezbytnosti edukace klienta/klientky o rizicích alkoholu
- 2) Jak v teoretické, tak i v empirické části bakalářské práce bylo shodně konstatováno, že kontrolované pití v ideálním případě snižuje jak množství vypitého alkoholu, tak i frekvenci pití alkoholu
- 3) Jak v teoretické, tak i v empirické části bakalářské práce bylo popsáno, že kontrolované pití není strategií vhodnou pro každého klienta/klientku usilující o změnu způsobu a míry konzumace alkoholu – vždy je třeba zvažovat míru závislosti na alkoholu u konkrétní osoby a konkrétní vzorce konzumace alkoholu
- 4) V teoretické i empirické části bakalářské práce je zmíněno, že za předpoklad úspěchu aplikace kontrolovaného pití lze označit schopnost sebereflexe a náhledu

Praktický přínos práce se projevilo už v době, kdy práce vznikala – na základě poznatků získaných pro teoretickou část bakalářské práce byla autorem bakalářské práce nově upravovaná metodika ambulantního centra doplněna o část pojednávající o harm reduction strategii ve vztahu k alkoholu a o část pojednávající strukturovaně o kontrolovaném pití (tento materiál je Přílohou č. 3. bakalářské práce). Dále je v plánu doplnit do metodiky rysy osoby, která pravděpodobně zvládne kontrolovaně pít a rysy osoby, u které je šance na kontrolované pití spíše minimální.

Minimálně k zamyšlení je další poznatek objevující se jak v teoretické části bakalářské práce, tak i empirického šetření vyplývající – že by bylo účelné doplnit intervence zaměřené na kontrolované pití podpořit v případě zájmů klienta/klientky i vhodnou anticravingovou medikací, což se v současnosti v klinické praxi Ambulantního centra Laxus z. ú. neděje.

4. Závěr

Zajímavé a osobně přínosné bylo pro autora práce sledovat a pozorovat, jak o klientské práci smýšlejí kolegové/kolegyně z Ambulantního centra Laxus z.ú.

Zároveň by autor rád poděkoval kolegům/kolegyním z Ambulantního centra Laxus z.ú., neboť autor oceňuje ochotu sdílet a otevřeně hovořit o zkušenostech, zdarech i nezdarech v klinické práci s klienty/klientkami usilujícími o kontrolované pití alkoholu. Bez jejich otevřeného a přínosného přístupu by práce nevznikla, děkuji.

Dále by autor rád vyjádřil ve vztahu k práci tzv. pocit plného břicha – tedy že se autor domnívá, že práce splnila vytyčený cíl a že autor sám si je nyní mnohem jistější, co je kontrolované pití, jak je vhodné a účelné tuto intervenci aplikovat a pro jaké osoby je tato intervence vhodná a pro které spíše nevhodná.

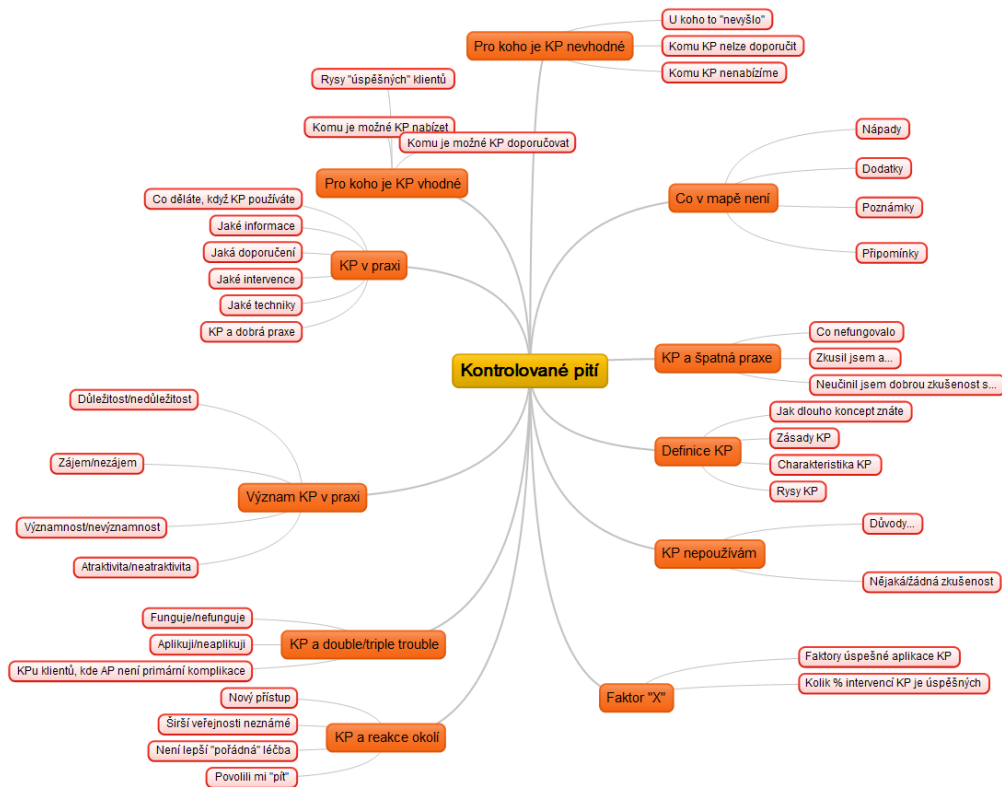
Případné rozšíření/pokračování práce by se mohlo týkat šetření, jaké klinické zkušenosti mají s kontrolovaným pitím v jiných adiktologických ambulantních zařízeních mimo Laxus z.ú. Zajímavé by mohlo být i mapování důvodů, proč se klienti/klientky rozhodují pro kontrolované pití a nikoliv pro úplnou abstinenci či jaká je pozice kontrolovaného užívání nelegálních návykových látek v českých adiktologických službách.

Literatura:

- Balíková, M. (2004). *Forenzní a klinická toxikologie Laboratorní toxikologické vyšetření*. Praha: Galén.
- Buzan, T. (2014). *Mentální mapování*. Praha: Portál.
- Centrum Alma, o. (nedatováno). *centrum alma.cz*. Získáno 9. leden 2017, z centrum alma: <http://centrum-alma.cz/>
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
- Foy, D. W. (1984). Broad - spektrum behavioral treatment for training controlled drinking skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 218 - 230.
- Heather, N. (1992). Why alcohol is not a disease. *Medical Journal of Australia*, 212-215.
- Hendl, J. (2004). *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Holcnerová, P. (2010). *Alkohol - prevence a léčba*. Praha: CA.
- Hrdina, P. (2003). Harm reduction - snižování poškození drogami. In Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (stránky 263 - 268). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Izberisam. (28. Březen 2017). *www.izberisam.org*. Získáno 9. leden 2017, z izberisam: <http://www.izberisam.org/>
- Janout, V. (1995). *Základy epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Klaw, E., Luft, S., & Humphreys, K. (2003). Characteristics and motives of problem drinkers seeking help from moderation management self-help groups. *Cognitive and Behavioral Practice*, 384-389.
- KlinikaAdiktologie. (nedatováno). *alkoholpodkontrolou*. Získáno 9. leden 2017, z alkoholpodkontrolou.cz: <http://www.alkoholpodkontrolou.cz>
- L.C., S., Ellingstad, T. P., & Sobell, M. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 749-764.
- Laxus, o.s. (2014). *Operační manuál Ambulantní centrum Laxus o.s.* Hradec Králové: Laxus o.s.
- Laxus, z. ú. (15. duben 2016). *Laxus z. ú.* Načteno z Web Laxus z. ú.: <http://www.laxus.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>
- Marlatt, G. A. (1983). The controlled drinking controversy. A commentary. *American Psychologist*, 1097-1110.
- Marlatt, G., & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 867-886.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mlčoch, Z. (nedatováno). *www.alkoholik.cz*. Získáno 9. leden 2017, z alkoholik: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/>
- Morávek, J. (2007). Kontrolované užívání drog: co nám přináší výzkum uživatelů, kteří s drogami umějí zacházet. *Adiktologie*, 446-452.

- Mravčík, V. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nesládek, M. (2013). *Kontrolované užívání nelegálních drog*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Nováková, E. (2015). *Kontrolované pití lakoholu*. Praha: Univerzita Karlova.
- Owen, P., & Marlatt, G. (2001). Should abstinence be the goal for alcohol treatment? Affirmative viewpoint. *American Journal on Adictions*, 289-291.
- Popov, P. (2012). Farmakologická léčba závislostí - nový koncept terapie alkoholismu. *Lékařské listy*, 6-7.
- Popov, P. (2013). Problematika alkoholu v ČR z pohledu adiktologie. *Revue České lékařské akademie* ♣ 9/2013, 6-7.
- Raboch, J. (2014). *Psychiatrie :doporučené postupy psychiatrické péče IV*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně.
- Radimecký, J. (2005). Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání lakoholu.: *Adiktologie*, 275-280.
- Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. . *Psychological Bulletin.*, 129-139.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1973). Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior therapy* ., 49 - 72.
- Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Sdružení podané ruce.
- Strejčková, V. (2014). *Závislí na alkoholu v abstinčně orientované léčbě a kontrolované pití*. Praha: Univerzita Karlova.
- TestAlkoholismu. (nedatováno). *testalkoholismu*. Získáno 9. leden 2017, z www.testalkoholismu.cz: <http://www.testalkoholismu.cz>
- Vacek, J., & Vondráčková, P. (2012). Přístup harm reduction k užívání alkoholu. . *Adiktologie*, 138-151.
- Vartanyan, A. (2014). *Problematika nových syntetických drog*. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové.
- Vavrinčíková, L. (2012). *Harm reduction a alkohol - učební texty*. Praha: TOGGA.
- Vondráčková, P., & Šťastná, L. (2012). Epidemiologie užívání alkoholu ve světě a v ČR: spotřeba, abúzus, závislost, morbidita a mortalita. *Adiktologie*, 114 - 127.
- Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Příloha č. 1 – Kontrolované pití – pojmová mapa – struktura pro dotazování



Příloha č. 2 – Prohlášení – informovaný souhlas

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výzkumu, který je součástí výzkumného záměru bakalářské práce Kontrolované pití – zkušenosti z klientské praxe pracovníků/pracovnic Ambulantních center Laxus z.ú.

Řešitel projektu mne informoval o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli práce. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně a v klidu zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět.

Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a , že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu:

.....

V..... dne.....

Příloha č. 3 – Intervence kontrolované pití – metodický materiál pro účely Ambulantního centra Laxus z. ú.

A) Základní definice kontrolovaného pití alkoholu

- jedná se o intervenci, která nabízí alternativu k úplné abstinenci, která není pro některé uživatele/uživatelky alkoholu reálná a představitelná, jedná se o příliš vysoký požadavek a příliš vysoký „vstupní práh“
- intervence stojí myšlenkově na základech harm reduction přístupu – tedy přístupu, který akceptuje užívání návykové látky jako reálný sociální fenomén a snaží se u osob, které návykové látky konzumují, snižovat negativní důsledky jak pro ně samotné (úroveň jedince) tak i pro jejich okolí (přirozené sociální okolí klienta/klientky, komunita, společnost jako celek)
- V případě, že se kontrolované pití nedaří, je možné zakázku klienta/klientky redefinovat a usilovat o úplnou abstinenci

- v rámci aplikace kontrolovaného pití dochází k omezení množství konzumovaného alkoholu a také je snižována frekvence pití (total alcohol consumption, heavy drinking days):

a) alkohol je konzumován v dávkách, které nevyvolávají stav opilost a nelimitují u jedince možnost kontroly vlastního chování

b) alkohol není konzumován denně – během týdne maximálně tři dny, kdy je alkohol konzumován

c) zahájení konzumace alkoholu je posunuto na co nejpozdější denní dobu

- pití alkoholu je plánováno, důraz je kladen na mapování aspektů SET a SETTING (momentální vnitřní stav a nastavení konzumenta; to, co se momentálně děje v okolí klienta)

- vhodné je, pokud je pokus o kontrolované pití zahájen minimálně 30-ti denní úplnou abstinencí

- obecná poučka o kontrolovaném pití může znít, že kontrolované pití je náročnější než úplná abstinence - s ohledem na volní mechanismy a dodržování/hlídání hranic

- příznačné pro spolupráci na zakázce kontrolovaného pití je, že se jedná spíše o psychoterapeutickou práci než „adiktologickou“

B) Cílová skupina – pro koho je intervence určena

Pozitivní vymezení cílové skupiny:

- uživatelé/uživatelky alkoholu s abúzem alkoholu nebo mírným stupněm závislosti, příznaky fyzické závislosti nejsou přítomny

- uživatelky/uživatelé alkoholu, kteří nechtějí v době vstupu do programu přestat pít úplně

- osoby pijící alkohol spíše kvartálně, ne denně

- osoby majících spíše psychoterapeutickou zakázku – práce na tom, jak zvládat situace, které dříve „řešili“ konzumací alkoholu

- klient/klientka se schopností náhledu, sebekontroly a sebereflexe

Negativní vymezení cílové skupiny

- těhotné ženy

- osoby s připsaným vysokým stupněm závislosti na alkoholu

- nízká sociální stabilita

- osoby užívající farmaka, se kterými je alkohol v kontraindikaci

C) Podpůrné faktory:

- stabilní sociální zázemí

- podpora ze strany okolí

- funkční partnerské/rodinné vztahy

- dostatek zálib nepropojených s alkoholem
- pití na „dobrou“ náladu
- pití ve společnosti
- alkohol se nevyskytuje v zaměstnání klienta/klientky
- alkohol se nevyskytuje v domácnosti klienta/klientky
- nevyskytuje se jiná forma závislostního chování (v současnosti i minulosti)
- v oblibě konzumace alkoholu s nižším obsahem účinné složky (pivo, víno)

D) Rizikové, nepodpůrné faktory:

- dlouhá a komplikovaná historie konzumace alkoholu/závislosti na alkoholu
- sociální rozvrat
- absence či nefunkčnost partnerských/rodinných vazeb
- každodenní pití
- pití tvrdého alkoholu
- vysoké dávky alkoholu
- v anamnéze opakované léčebné pokusy
- jiná forma závislostního chování
- duální diagnóza
- nedodržení doby „vstupní abstinence“
- syndrom „nedopité alkoholové láhve“
- způsob pití „zelená vdova“ – tedy zpravidla o samotě a v domácím prostředí
- absence jiných zájmů (mimo alkohol)
- nepravidelná docházka
- absence schopnosti kontroly

E) Realizace intervence kontrolovaného pití

1) Zakázka je formulována – zájem ze strany klienta/klientky

- je mapováno, jakou představu o kontrolovaném pití má klient/klientka
- tato představa je porovnána s definicí kontrolovaného pití
- ve vztahu ke kontrolovanému pití jsou zvažovány:

- podpůrné faktory
- nepodpůrné faktory
- rizikové faktory

2) Diagnostika klienta/klientky

- posouzení míry závislosti klienta/klientky, vhodné nástroje k posouzení jsou:

Diagnostická kritéria závislosti na alkoholu dle MKN-10

- 1) Silná touha nebo pocit puzení požívat alkohol
- 2) Potíže v kontrole požívání alkoholických nápojů, množství požívaného alkoholu, jedinec není schopen dostatečně kontrolovat jak začátek požívání alkoholu, tak ukončení pití
- 3) Při vynechání alkoholu vznikají abstinenční (odvykací) potíže – nejprve psychické, pak somatické
- 4) Průkaz tolerance na alkoholu – v první fázi se tolerance (snášlivost) alkoholu zvyšuje, v dalším průběhu se naopak snižuje
- 5) Postupné zanedbávání jiných zájmů, jedinec tráví stále více času požíváním alkoholu
- 6) Pokračování ve zneužívání alkoholu, přestože jsou zjevné známky poškození organismu (jater, nervů apod.)

Pokud se během posledního roku vyskytly tři či více z uvedených charakteristik, je možné hovořit o závislosti na alkoholu

Screeningové nástroje:

- 1) AUDIT (The Alcohol Use Disorder Test)
- 2) CAGE (Cut – Annoyed – Guilt – Eye-opener)
- 3) Za screeningový nástroj můžeme považovat i postup, kdy je postupně odpovídáno na čtyři zásadní otázky a pokud na dvě a více z otázek je odpověď kladná, lze hovořit o tom, že pití je problematické:
 - a) Přemýšlím o tom, že by možná bylo dobré snížit konzumaci alkoholu
 - b) Okolí komentuje moje pití a není mi to příjemné
 - c) Kvůli pití alkoholu zažívám pocit viny (někdy, občas)
 - d) Stává se, že piju alkohol ráno/dopoledne, abych mírnil nedobré fyzické stavy

Graf pití v životě klienta

- osa x – věk klienta/klientky
- osa y – množství konzumovaného alkoholu
- je sledováno jak množství, tak i frekvence
- množství alkoholu a frekvence pití je dáváno souvislosti s tím, co se děje/dělo v životě klienta/klientky

Odebrání anamnézy klienta/klientky

- je důkladně a řádně vyplněn anamnestický dotazník Ambulantního centra Laxus z.ú.

Po realizaci diagnostiky následuje posouzení vhodnosti intervence kontrolovaného pití u konkrétního klienta/klientky – zakázku je vhodné akceptovat pokud se jedná o

konzumenta/konzumentu s abúzem alkoholu nebo mírným stupněm závislosti, příznaky fyzické závislosti nejsou přítomny.

Pokud jsou přítomny znaky vysokého stupně závislosti na alkoholu, je možné zakázku kontrolovaného pití odmítnout.

3) Zakázka kontrolované pití je přijata jak klientem/klientkou, tak pracovníkem/pracovnicí

4) Zahájena vstupní abstinence

- úplná vstupní abstinence trvá minimálně 30 dní
- klient/klientka věnuje pozornost tomu, do jaké míry je pro něj obtížné abstinovat a jaké situace a stavy jsou pro klienta/klientku ve vztahu k abstinenci rizikové
- doporučený postup je dobu vstupní abstinence důsledně dodržet a nezkracovat
- pokud klient/klientka vstupní abstinenci poruší, je možné znovu zvážit vhodnost/nevhodnost intervence kontrolované pití

5) Důsledná edukace klienta/klientky (jednak o kontrolovaném pití a jednak o harm reduction strategii ve vztahu k alkoholu – zejména na úrovni jedince)

Přehled informací, které by měly být předány:

- znovu zopakovat definici kontrolovaného pití, ujistit se, že pohled pracovníka/pracovnice a klienta/klientky se v zásadních rysech shoduje
- podat informaci o krátkodobých a dlouhodobých účincích konzumace alkoholu a také připojit informaci, že tělo každého jedince reaguje specificky (závisí na druhu alkoholu, tělesné konstituci a na tom, co jíme před či během pití alkoholu, jak jsme konzumovali nealkoholické nápoje během celého dne, ženy obecně odbourávají alkohol pomaleji)
- pokud se rozhodnu pít, nepít do té míry, aby nastal stav opilosti – když už pít, tak jen tolik, aby se zásadně nezměnilo chování a prožívání
- konzumací alkoholu neubližovat sám sobě (krátkodobé a dlouhodobé důsledky konzumace alkoholu – fyzické a psychické zdraví, komplikace v sociálním fungování) ani ostatním (např. násilné chování pod vlivem alkoholu, zanedbávání povinností v důsledku opilosti, slovní agrese v opilosti)
- sledování množství vypitého alkoholu – aktuální množství (ne nadměrné množství alkoholu v jeden den) a dlouhodobé množství (konzumace alkoholu by neměla být každodenní záležitostí)
- bezprostřední zdraví je důležitější než dlouhodobý cíl úplného vyléčení (totální abstinence) – intervence jsou orientovány na krátký časový horizont zásada tady a teď
- koncentrace alkoholu v nápojích by měla být co nejnižší – pokud se rozhodnu pít, ideálně konzumuji alkoholické nápoje s nižší koncentrací, lépe tak mohou

kontrolovat stav, který po konzumaci alkoholu nastává, nástup účinku alkoholu je pozvolnější

- doporučení pít mezi jednotlivými alkoholickými drinky dostatečné množství nealkoholických nápojů, ideálně čisté vody
- mezi jednotlivými alkoholickými drinky by měla být prodleva minimálně 30 minut, vyvarovat se tzv. binge drinking – situace, kdy typicky na party konzument vypije několik drinků alkoholu v rychlém sledu – např. pět „panáků“ během 30 minut. Rychlé vypití i menšího množství alkoholu vede ke zvýšené opilosti, tělo nedokáže alkohol dostatečně rychle metabolizovat
- pokud se rozhodnu pít, piji ideálně jeden typ alkoholu během večera
- před konzumací alkoholu se dosyta najíst
- rizikem jsou i míchané nápoje – koncentrace alkoholu se rozptýlí ve větším objemu nápoje nealkoholického, nástup účinku alkoholu je následně náhlý a obtížněji kontrolovatelný
- nekonzumovat alkohol s jinými návykovými látkami – účinky se mohou násobit, být nepředvídatelné a vyvolávat závažné zdravotní komplikace či smrt
- vždy mít na zřeteli, že konzumovat alkohol pochybné a nejisté kvality je nebezpečné, pokud není jistota o alkoholu jaké kvality se jedná, je vhodnější jej vůbec nekonzumovat
- před konzumací zvážit set a setting – vnitřní rozpoložení jedince či okolní kontext; nepít abych se zbavil negativních emocí a nepít o samotě
- doporučení ohledně financí zní, že před odchodem do restaurace či na party je stanoveno, kolik peněz plánuji utratit; mít u sebe větší obnos peněz se nedoporučuje
- ještě před zahájením pití promýšlet o zpáteční cestě domů
- intervence harm reduction ve vztahu k alkoholu na úrovni jedince obsahuje i informaci, že k eliminaci účinku vypitého alkoholu není možné použít:
 - o pít silnou kávu nebo čaj
 - o pití velkého množství vody,
 - o intenzivní tanec,
 - o sprchování studenou vodou,
 - o chůze
 - o intenzivní žvýkání žvýkačky
 - o zvracení (ačkoli to je účinná strategie, jelikož tak můžeme předejít otravě alkoholem)

Harm reduction strategie ve vztahu k alkoholu pojmenovává několik oblastí lidských činností, které jsou v souvislosti s konzumací alkoholu problematické – řízení vozidla, sex a násilné chování – je doporučeno tyto oblasti s klientem/klientkou projít

- pokud došlo k požití alkoholického nápoje, neměl by dotyčný/dotyčná usedat za volant. Také není vhodné nastupovat do vozidla, které řídí někdo pod vlivem alkoholu – alkohol

prodlužuje reakční čas, snižuje schopnost koordinace a motorické funkce obecně a pravděpodobnost, že se stane dopravní nehoda, se zásadně zvyšuje pokud je řidič/řidička pod vlivem alkoholu. „Zaručené“ rady, jak eliminovat (žvýkačka, pití kávy/energetického nápoje, mentolové bonbóny...) vliv alkoholu před tím než usednu za volant, nefungují

- alkohol zvyšuje sexuální touhu, nicméně nezvyšuje připravenost k sexuální aktivitě samotné, neboť u mužů způsobuje alkohol dysfunkce erekce a u žen snižuje svalové napětí v pochvě; na úrovni nervového systému dochází vlivem alkoholu k znečitlivění, proto může být sexuální styk obtížný, méně příjemný či nemožný. Alkohol způsobuje ztrátu sebekontroly, což může vést k realizaci sexu nechráněného či s někým, koho bychom si ve střízlivém stavu za sexuálního partnera nevybrali; v neposlední řadě je kombinace alkohol a sex riziková z důvodu možného agresivního sexuálního chování
- alkohol není samotou příčinou násilného chování, nicméně spolu úzce souvisí, pod vlivem alkoholu se můžeme chovat bezohledně a násilně. Abychom se vyvarovali násilného chování pod vlivem alkoholu, neměli bychom pít na „žal“ (problémy nemizí, násobí se...) a máme-li potřebu (aktuální či dlouhodobou) chovat se impulsivně či vyjadřovat hněv, tak je vhodnější nepít, riziko ztráty kontroly nad emocemi je vysoké

6) Společné stanovení a vymezení plánu pití

- jaký alkohol bude konzumován (pivo, víno)
- stanovení bezpečného množství
- jak často bude ke konzumaci docházet
- které dny v týdnu budu pro pití volit
- od kolika hodin budu začínat pít
- SET a SETTING – v jakém duševním rozpoložení a v jakém prostředí (kde a s kým) bude ke konzumaci alkoholu docházet
- kolik prostředků hodlám do alkoholu investovat
- jakým aktivitám se budu věnovat, pokud budu alkohol konzumovat
- co si nepřeji aby se stalo
- jak se po požití alkoholu dostanu domů
- plán postupu pro případ, že kontrolované pití selže
-

7) Realizace kontrolovaného/plánovaného pití

8) Vyhodnocení a reflektování realizovaného kontrolovaného pití

- důraz je kladen na mapování funkčnosti volních a sebekontrolních mechanismů klienta/klientky
- je sledováno, zda je kontrolované pití pro klienta/klientku uspokojivé a zda kontrolované pití přináší to, co klient/klientka očekával/a
- mapování případných důvodů selhání plánu kontrolovaného pití
- je možné provést společně revizi plánu pití

- jak na kontrolované pití reaguje sociální okolí klienta/klientky (vnímají změnu?, je to změna pozitivní?, co si o tom myslí?)
- v případě potřeby je možné zapojení rodinných příslušníků a blízkých osob do spolupráce s klientem/klientkou
- v případě, že se kontrolované pití nedaří, je možné zakázku s klientem/klientkou redefinovat ve směru k totální abstinenci
- je možné zvážit případné využití anticravingových preparátů

9) Délka trvání intervence kontrolované pití, ukončení intervence

- minimálně po dobu 3 měsíců s frekvencí návštěv jednou za týden
- stanovení doby docházení je na dohodě mezi pracovníkem a klientem
- dohodu s klientem/klientkou stanovenou je třeba důsledně dodržovat, pokud dochází k porušení dohody, je třeba reflektovat tuto skutečnost co nejdříve klientovi/klientce
- pokus o kontrolované pití by neměl být neúměrně protahován – v případě, že se pokus nedaří, je po určité době úkolem pracovníka/pracovnice aby na realizaci zakázky nepokračoval a pokusil se klientovi/klientce navrhnout jiné řešení, jinou intervenci
- pokus kontrolované pití je možné označit za úspěšný, pokud u klienta/klientky nejsou přítomny příznaky fyzické známky závislosti (odvykací stav, abstinenční syndrom) a ani nejsou přítomny jiné znaky signalizující problémy s užíváním alkoholu (zdravotní komplikace, sociální problémy, rozvrat rodinných/partnerských vazeb, pracovní či studijní selhání, nepřítomnost či ztráta zájmů).