

Kognitívne behaviorálna terapia závislosti na alkohole – zkušenosti z praxe

Mgr. Roman Pešek

KBT klinika, Praha

Soukromá KBT praxe, Praha 6 – Dejvice

Psychosomatická klinika, Patočkova 3, Praha

Kognitívne behaviorálna terapia (KBT) je účinný psychoterapeutický prístup využívaný v terapii klientů závislých na alkohole. Vedle osobní minulosti a zaměření na další problémy (např. nedostatek asertivních dovedností, duální diagnózy) se v rámci KBT s klienty mapuje tzv. bludný kruh, který je spouštěn situačně podmíněnými podněty (spouštěči) a projevuje se ve vzájemném ovlivňování složek (modalit) bažení, myšlenek, tělesných reakcí a zjevného chování, které vede k důsledkům, jež bludný kruh udržují. Existuje mnoho terapeutických metod a strategií, jak jednotlivé složky terapeuticky ovlivňovat.

Klíčová slova: kognitívne behaviorálna terapia (KBT), závislost na alkohole, ambulantní a pobytové terapeutické programy

Cognitive Behavioral Therapy for Addiction to Alcohol – Experience from Practice

Cognitive behavioral therapy (CBT) is an effective psychotherapeutic approach for clients addicted to alcohol. CBT focuses on personal history and furthers client's problems (e.g. lack of assertiveness skills, dual diagnosis). CBT maps so called vicious circle started by situation-conditioned antecedents. This circle is created by the following components: cravings, thoughts, body reactions and visible behaviors. These components influence each other and the behavior has consequences that continues a vicious circle. Many therapeutic methods and strategies can be used for change of each component.

Key words: cognitive behavioral therapy (CBT), addiction to alcohol, outpatient and residential therapeutic programme

Úvod

Podle výsledků různých výzkumů a odhadů (1, 2) lze zjednodušeně říci, že asi 0,5 milionu dospělých Čechů je na alkohole závislých, z toho jsou asi dvě třetiny muži. Pro stanovení diagnózy závislosti na alkohole (F 10.2) podle MKN-10 se zjišťuje, zda se v posledním roce vyskytly u člověka alespoň tři znaky z následujících šesti: silná touha (bažení) požití alkohole; zhoršená schopnost kontrolovat pití alkohole; přítomnost abstinčních příznaků po vysazení alkohole; zvyšování množství alkohole pro dosažení žádoucího účinku (později snížená tolerance); postupné zanedbávání vztahů, práce a koníčků na úkor pití alkohole; pokračování v pití navzdory tomu, že si člověk uvědomuje, že mu pití alkohole škodí (3).

Podle zkušeností aut. čl. lze proces uzdravování se závislosti na alkohole zjednodušeně rozdělit na tři fáze: V první fázi se u člověka zvyšuje motivace ke změně vedoucí k rozhodnutí vstoupit do léčby. Druhá fáze začíná zvládnutím odvykacího stavu a následuje různá forma terapie, která se může kombinovat (např. farmakoterapie, psychoterapie, ambulantní, pobytová terapie). Třetí fázi je následná

péče (doléčování), která má rovněž různou formu, je zaměřená zejména na prevenci a zvládnutí relapsu, a je obvykle dlouhodobá.

Kognitívne behaviorálna terapia závislosti na alkohole

Kognitívne behaviorálna terapia (KBT) je psychoterapeutický prístup, který se stále rozvíjí (4), používá srozumitelné pojmy, má systém a prokázanou účinnost. Využívá se v psychoterapii různých psychických problémů (5), včetně závislosti na alkohole a jiných návykových látkách (6). KBT se zaměřuje na čtyři modalit (složky psychiky), které se vzájemně ovlivňují a v případě různých psychických poruch vytváří tzv. bludný kruh. Jedná se o myšlení (vycházející z fixovaných kognitivních postojů), emoce (včetně bažení u závislosti na alkohole), tělesné reakce a zjevné chování. Na vzniku a udržování bludného kruhu se spolupodílí pozadí, tj. osobní historie a další současné problémy. Bludný kruh je následně aktivován spouštěči a udržován především pozitivními okamžitými a pozitivními dlouhodobými důsledky (obr. 1 a obr. 2) (7).

Spouštěče

Spouštěče, které vyvolávají bažení po alkohole, jsou obvykle místa (např. hospoda), časy (např. pátek večer), lidé (např. kamarád, se kterým často chodím na pivo), nepříjemné emoční stavy, které jsou vyvolány různými situacemi (např. pocity silné zlosti a křivdy po hádce s partnerem). Spouštěčem mohou být i pozitivní emoce, např. pocity radosti nebo štěstí, které si může chtít člověk pitím alkohole ještě více zesílit. Spouštěči jsou i nepříjemné tělesné pocity a stavy, např. bolest nebo tělesná únava. Anonymní alkoholicí (AA) v této souvislosti varují před stavy, které nazývají HALTS (anglicky Hungry, Angry, Lonely, Tired, Sick), tedy hladový, rozhněvaný, osamělý, unavený a nemocný.

Bažení a odměny

Bažení (anglicky craving) je silná touha nebo puzení užít alkohole a lze ho zařadit do kategorie emocí. Spouští ho určité situace a události nebo jejich kombinace a bažení je možné měřit na škále 1 až 10. Dosahuje vrcholu po 10 až 20 min a trvá max. 30 min. Je obvykle provázáno a „přiživováno“ automatickými negativ-

ními myšlenkami (ANM), promítá se do těla (např. zrychlené a povrchové dýchání, zvýšená tepová frekvence), oslabuje paměť, zhoršuje koncentraci, schopnost předvídat následky chování a může vést k požití alkoholu. Frekvence výskytu a intenzita bažení je vyšší v počátcích abstinence, později se objevuje méně často, je slabší a trvá kratší dobu.

Pro zvládnání bažení je třeba se ho naučit rozpoznávat a dovolit si ho prožívat. Mezi metody pro zvládnání bažení, které lze kombinovat (8), patří např. vyhnout se rizikovým situacím nebo snaha z nich rychle odejít, uvědomění si negativních důsledků napít se alkoholu, bažení jen pozorovat a přitom využít mindfulness metody (4), odvést od bažení pozornost aktivitou, něčeho se napít nebo něco sníst, o bažení s někým mluvit, někomu nabídnout pomoc, využít metodu „semaphor“ nebo kognitivní restrukturalizaci (viz níže), vzít si lék proti bažení aj.

Po zvládnutí bažení je důležité se odměnit z připraveného menu konkrétních odměn, protože odměna posiluje nově naučené chování. Odměny mají podobu sebeoceňujících myšlenek, materiálních věcí nebo příjemných aktivit. Využívání odměn je důležité i po jiných činnostech a událostech (např. po dokončení náročné práce, po zvládnutí emočního afektu, po ukončení programu léčby závislosti na alkoholu, po určité době abstinence).

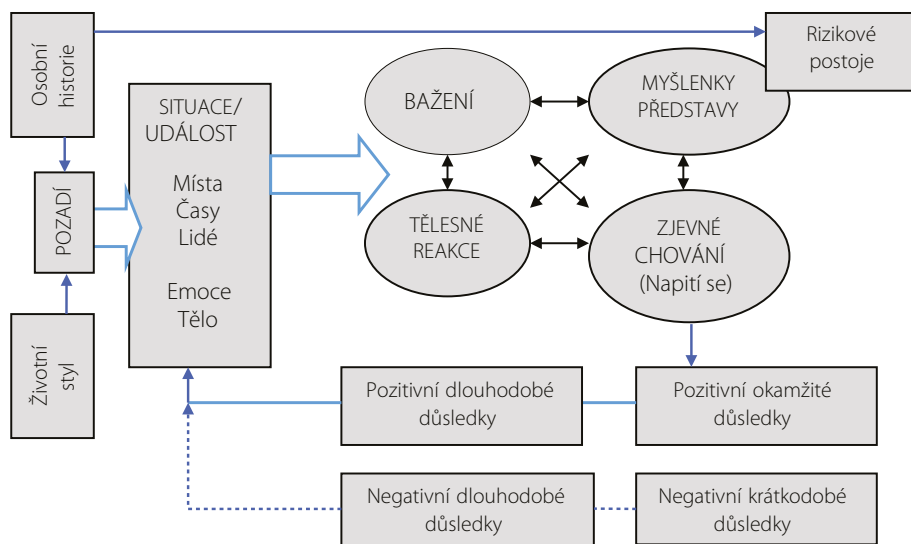
Myšlení

Bažení a jiné emoce, které mohou vést k užití alkoholu, jsou provázeny automatickými negativními myšlenkami (ANM), jež se učí klienti identifikovat a pomocí metody kognitivní restrukturalizace nahrazovat jinými, alternativními myšlenkami, které mírní bažení či jiné rizikové emoce, které mohou vést k užití alkoholu (tab. 1) (7).

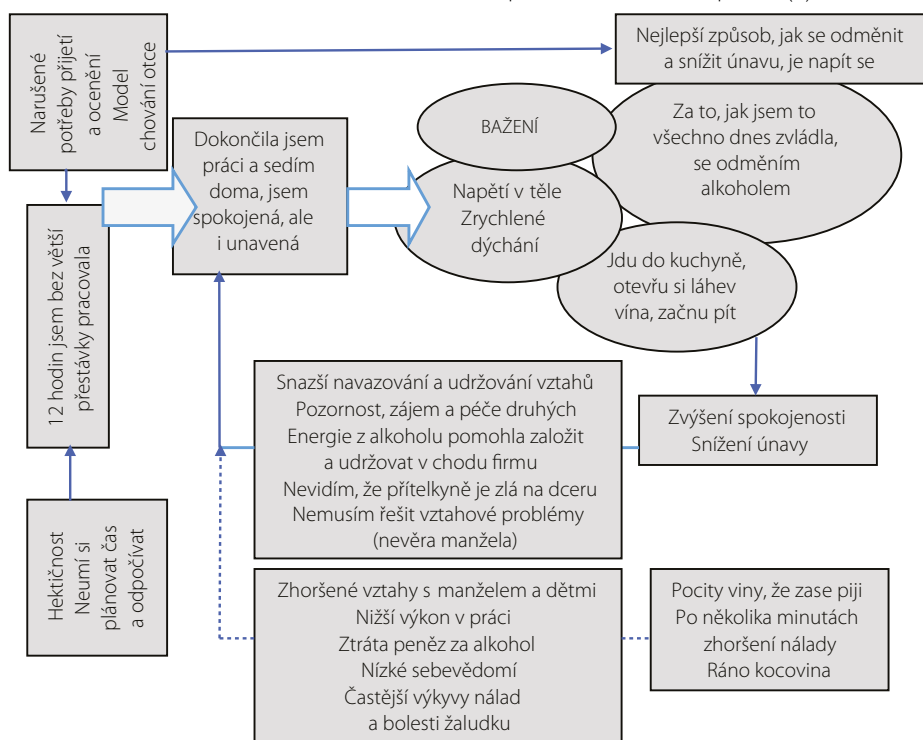
Tělesné reakce a preventivní péče o tělo

Bažení je druh emočního stresu, který se promítá také do těla v podobě zrychleného a povrchového dýchání, bušení srdce, svalového napětí, svírání žaludku, pocení, třesu apod. Pokud klient umí snížit intenzitu tělesných reakcí, sníží se i síla jeho bažení a jiných emocí. K tomu lze využít metody zaměřené

Obr. 1. Obecné schéma bludného kruhu závislosti na alkoholu podle KBT (7)



Obr. 2. Schéma bludného kruhu závislosti na alkoholu podle KBT – konkrétní příklad (7)



na tělo, např. kontrolované zklidňující dýchání do břicha nebo svalovou relaxací, např. progresivní relaxaci, která je součástí Östovy relaxace. Bažení je způsobováno i nepříjemnými tělesnými stavy (např. únava, celkové napětí), kterým lze alespoň částečně předcházet pravidelným aerobním pohybem, pravidelným a vyváženým stravováním a dodržováním pravidel spánkové hygieny.

Zjevné chování

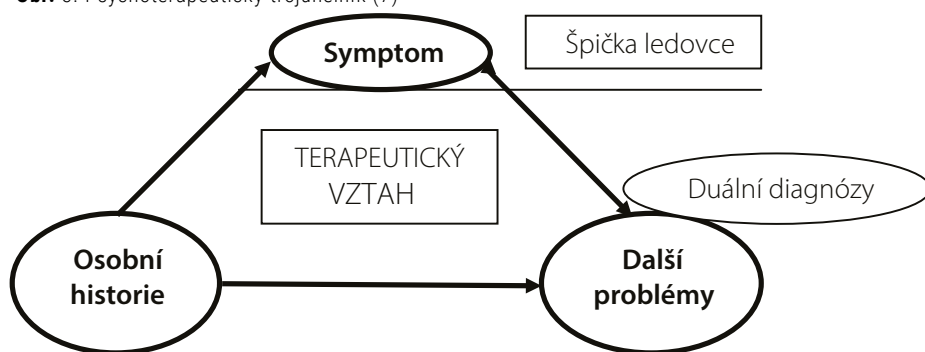
Zjevné (pozorovatelné, viditelné) chování je v modelu KBT určováno individuálními vzorci pití alkoholu. Jedná se o situačně pod-

míněné chování typu „jdu do lednice, naliji si panáka rumu a ten náraz vypiji“. Z hlediska stabilnějších a kontinuálních vzorců chování se jedná o různé styly pití, např. o samotě nebo s lidmi v hospodě. E. M. Jellinek rozlišuje pět typů škodlivého užívání alkoholu (1) – alfa, beta, gama, delta, epsilon, kde jasněji jsou ohraničené hlavně typy delta („románský typ“, „hladinkář“) a epsilon („kvartální pijáctví“). Na úrovni pozorovatelného chování lze bažení zvládnout alternativním chováním (viz výše), např. místo do lednice jde člověk na hodinovou procházku se psem do parku, kde nejsou žádné hospody, a poté, když bažení zvládne, se odmění.

Tab. 1. Příklad kognitivní restrukturalizace u klientky závislé na alkoholu (7)

SITUACE (Co, kdy, kde, s kým)	Bažení (1-10) Emoce (1-10)	ANM Na kolik % ANM věřím (0-100 %)	DŮKAZY PRO ANN	DŮKAZY PROTI ANM
Stojím před regálem, kde je vystavený aperitiv.	8 (bažení)	Mám na něj chuť. Koupím si ho, napiji se a na večírku budu společenská. (80 %)	Když se napiji, jsem hovornější a vtipnější.	Potom jsem ale hádavá, nepříjemná a je mi špatně. Druhý den budu protivná a nespolečenská. Nemusí to skončit jen u jedné lahve.
Alternativní MYŠLENKA (AM) Na kolik % AM věřím (0-100 %)			Nyní Bažení (1-10) EMOCE (1-10)	Akce
Když se napiji, budu chvíli společenská, ale pak budu delší dobu mimo. Budu raději pít Colu, už jsem to několikrát vydržela a také jsem se docela dobře bavila. (70 %)			5 (bažení)	Koupím se láhev Coly a rychle odejdu z krámu.

Obr. 3. Psychoterapeutický trojúhelník (7)



Psychoterapeutický trojúhelník

Z hlediska uceleně pojaté psychoterapie je výše uvedený model spoštěčů, vzájemně se ovlivňujících modalit a důsledků vyplývajících z pití alkoholu jen symptomatickou „špičkou ledovce“, resp. jedním vrcholem psychoterapeutického „trojúhelníku“ (obr. 3) (7). KBT se rovněž zaměřuje na zvědomění a zpracování (např. metoda terapeutických dopisů nebo reskripce v imaginaci) témat, resp. emočně stresujících a traumatizujících zážitků spojených s osobní historií klienta, a na řešení dalších současných problémů klienta souvisejících se vztahy, organizací času, odpočinkem, existenciálními tématy apod.

Častým tématem u klientů je sebeprosazení a nácvik různých asertivních dovedností, které mají kognitivní a behaviorální složku. Nejčastěji se jedná o žádost o laskavost, odmítání po-

žadavků druhých, reakce na odmítnutí, odmítání nabídky alkoholu, sdělování a přijímání kritiky, sebeoceňování, dávání a přijímání komplimentů.

Mezi další potíže a komplikace patří duální diagnózy, kterými trpí odhadem 50 % lidí závislých na alkoholu (asi 40 až 60 % mužů a 20 až 40 % žen) – nejčastěji se jedná o depresivní poruchy, úzkostné poruchy (např. generalizovaná úzkostná porucha) a poruchy osobnosti (např. emočně nestabilní nebo závislá) (1). U klientů s duálními diagnózami lze rovněž využít postupů KBT, terapie obvykle probíhá společně s terapií závislosti na alkoholu, je náročnější a trvá delší dobu. Předpokladem úspěšné KBT je vytvoření kvalitního terapeutického vztahu a atmosféry na terapeutické skupině prostřednictvím naplnění potřeb bezpečí, přijetí, ocenění a sebeurčení.

Cíle léčby a typologie klientů

Do různorodých programů zaměřených na léčbu klientů závislých na alkoholu vstupují klienti, kteří mají

různý náhled na své problémy, různou motivaci ke změně a různé cíle (např. „dlouhodobě či doživotně abstinentovat“, „dát si od pití pauzu a udělat radost blízkým“, „zkusit pití omezit a pít kontrolovaně“). Podle zkušeností aut. čl. z jednorozhodného působení v soukromém pobytovém programu Restart Life Litvínov lze klienty zjednodušeně rozdělit do čtyř kategorií na Vítězslavy, Cestáky, Radoslavy a Rekreaty (7). „Vítězslavové“ mají realistický náhled na své problémy, vysokou motivaci ke změně, realistické cíle a dostatek možností a schopností, aby mohli po léčbě dlouhodobě abstinentovat. Abstinenci vnímají jako příležitost pro kvalitnější život. „Cestáci“ jsou na dobré cestě. Jejich náhled a motivace bývá nižší, obvykle se úplně alkoholu vzdát nechtějí a rádi by si třeba zkusili kontrolované pití. „Radoslavové“ vstupují do léčby hlavně proto, aby alespoň na chvíli udělali radost těm, kdo se o ně bojí, tj. partneři, děti, rodiče. Cílem „Rekreatů“ je od alkoholu se „vyčistit“ a zregenerovat po psychické a tělesné stránce. I tento cíl má smysl, protože každý jeden den abstinence určitě nikomu neuškodí (nepočítáme-li nepříjemné abstinenci příznaky) a během terapie lze s těmito klienty navázat vztah, mohou si posílit motivaci ke změně a zlepšit náhled na své problémy.

Kvalita a účinnost terapeutických programů

Kvalitu ambulantních a pobytových programů lze hodnotit z odborného hlediska, tj. jestli program naplňuje uznávané standardy kvality, nebo z klientského pohledu, tj. jaké jsou ohlasy lidí, kteří program absolvovali. Kvalita programu nemusí být totožná s jeho účinností (efektivitou), nicméně kvalitní programy svou účinnost obvykle nějak sledují (9). Kritériem účinnosti je změna a tu lze zjišťovat podle různých indikátorů, např. jestli u klienta došlo během léčby ke změně náhledu, hodnot, postojů. Kvantitativními kritérii jsou například, jestli klient léčbu dokončil, jak dlouho po léčbě abstinentuje, kolik se u něj po léčbě v určitém časovém rozmezí objevilo relapsů, jak dlouho tyto relapsy trvaly aj.

1. Behaviorální (pozorovatelnou) složku lze ještě dělit na verbální a neverbální část.

Závěr

KBT je psychoterapeutický přístup, který lze úspěšně využívat v ambulantní nebo pobytové léčbě klientů závislých na alkoholu. Po navázání kvalitního terapeutického vztahu, zhodnocení stavu a motivace klienta, se KBT zaměřuje na změnu ve třech oblastech problémů klienta, tj. témata spojená s osobní historií, symptomatické fungování bludného kruhu (myšlenky, emoce, vč. bažení, tělesné reakce a pozorovatelné chování) a další problémy, vč. duálních diagnóz. Zároveň je důležité pomoci klientovi identifikovat jeho silné stránky (zdroje), které je třeba posilovat a využít v další fázi následné péče.

Literatura

1. Popov P. Alkohol. Uvedeno v: Kalina K, a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup (s. 151–157). Praha: Úřad vlády České republiky, 2003.
2. Lázníčka L. Farmakoterapeutické možnosti léčby závislosti na alkoholu. Prakt. lékáren. 2011; 7(6): s. 262–264.
3. Nešpor K. Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. Uvedeno v: Kalina K, a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup (s. 217–222). Praha: Úřad vlády České republiky, 2003.
4. Šlepecký M, Praško J, Kotianová A, Vyskočilová J. Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii. Nové směry. Praha: Portál, 2018.
5. Možný P, Praško J. Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe. Praha: Triton, 1999.
6. Kuklová M. Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislostí. Praha: Portál, 2016.
7. Pešek R. Jak se zbavit závislosti na alkoholu. Příručka pro ty, kdo mají problém s alkoholem. Pohledem kognitivně-behaviorální terapie. Praha: Pasparta, 2018.
8. Nešpor K, Csémy L. Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnutí. Praha: Sportpropag, 1999.

9. Kalina K. Hodnocení služeb: Posuzování kvality, účinnosti a nákladů. Uvedeno v: Kalina K, a kol. Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup (s. 142–148). Praha: Úřad vlády České republiky, 2003.

Článek je převzatý z:
Psychiatr. praxi 2018; 19(3e): e20–e25

Mgr. Roman Pešek

KBT klinika, Psychosomatická klinika, Praha,
Soukromá KBT praxe, Praha 6 – Dejvice
Jugoslávských partyzánů 1 425/9,
160 00 Praha 6 – Dejvice
ro.pe@seznam.cz