



Publikace vznikla a byla vydána pod odbornou
záštitou a koordinací:



Centra adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

Díky finan ní podpo e:

projektu P íprava a rozvoj denního magisterského studia oboru adiktologie
CZ.2.17/3.1.00/31430



Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti

Tento projekt je financován Evropským sociálním fondem, státním rozpo tem eské
republiky a rozpo tem hlavního m sta Praha.

Výukový text

Alkohol Prevence a Lé ba

Autor: Petra Holcnerová

Centrum adiktologie

Obsah

Léčba poruch vyvolaných užíváním alkoholu	3
Abstinance versus kontrolované užívání alkoholu	3
Základní principy v léčbě poruch vyvolaných užíváním alkoholu....	4
Nefarmakologická léčba	4
Krátká intervence	4
a) Identifikace rizikového užívání alkoholu	5
b) Krátká intervence	6
Kognitivně behaviorální terapie	6
a) Skryté příznaky	7
b) Okamžité příznaky	8
Terapie zaměřená na posílení motivace.....	8
Anonymní alkoholici a program 12 krokové facilitace.....	9
a) Prokázaná efektivita	11
b) Levnější varianta léčby v porovnání s profesionální péčí.....	11
Farmakologická léčba	12
Averzivní medikace.....	12
Léky na utlumení bažení.....	13
Použitá literatura.....	15

Léčba poruch vyvolaných užíváním alkoholu

Abstinence versus kontrolované užívání alkoholu

Podrobněji představením základních přístupů používaných v léčbě poruch vyvolaných užíváním alkoholu je třeba ještě v krátkosti zmínit dlouholetou diskuzi o tom, zda cílem léčby by měla být abstinence nebo je dostačující kontrolované užívání alkoholu. Až do 60. let minulého století se odborníci shodovali na skutečnosti, že jediným možným cílem v léčbě poruch vyvolaných užíváním alkoholu je abstinence (Edwards, 2004; Marlatt & Witkiewitz, 2002). Svá tvrzení postavili na výsledcích studií, které zjistily, že opakované nadměrné užívání alkoholu může vést k tzv. neuronální senzitivizaci v mozkové tkáni. Ta se mimo jiné projevuje tím, že osoba se syndromem závislosti na alkoholu se k jeho užívání vrátí nejen díky očekávání pozitivních stavů v souvislosti s jeho užitím, ale také v důsledku silného nutkání pokračovat v užívání díky fyziologickým změnám v mozku způsobených dlouhodobým nadměrným užíváním alkoholu (Owen & Marlatt, 2001).

V centru diskuze o možnosti kontrolovaného užívání alkoholu stojí studie manželů Sobellových (1973), kteří na základě jejich výsledků přišli s tvrzením, že kontrolované pití je pro některé rizikové uživatele alkoholu možným léčebným cílem. Tento fakt byl potvrzen i dalšími studiemi (např. Foy et al., 1984, Sanchez Craig et al. 1984).

Zm na cíle lé by z abstinence na alternativu kontrolovaného pití byla mnoha uživateli přijata s nadšením, protože ji vnímali jako mnohem přijatelnější cíl než samotnou abstinenci (Sanchez Craig et al., 1984). V současné době je v léčbě poruch vyvolaných užíváním alkoholu pracováno i s možností kontrolovaného pití, protože tak je zvýšena možnost do léčby přivést i ty uživatele, kteří nechtějí zcela přestat pít a pro které požadavek abstinence nabízený tradičními programy může být právě jednou z preferencí k vyhledání léčby. V případě nemožnosti udržet kontrolované užívání alkoholu je u nich navíc stále otevřená možnost změnit léčebný cíl ve prospěch abstinence (Marlatt & Witkiewitz, 2002; Owen & Marlatt, 2001).

Základní přístupy v léčbě poruch vyvolaných užíváním alkoholu

Přístupy v léčbě poruch vyvolaných užíváním alkoholu lze v současné době rozdělit do dvou základních kategorií – nefarmakologická léčba, která má především psychosociální charakter a farmakologická léčba, která se často používá jako doplněk psychosociální léčby.

Nefarmakologická léčba

V rámci psychosociální léčby má své speciální místo krátká intervence. Při psychosociální léčbě rizikových uživatelů alkoholu se používají různé léčebné přístupy. V této kapitole jsou ve stručnosti popsány ty nejčastěji používané z nich – kognitivně behaviorální terapie, motivační terapie a hnutí anonymních alkoholiků v etnoprogramu 12 krokové facilitace.

Krátká intervence

V roce 1980 expertní komise WHO zdraznila potřebu efektivní metody, která by identifikovala osoby se škodlivým a hazardním užíváním alkoholu, ještě před tím, než se u nich objeví negativní důsledky užívání alkoholu v podobě celé řady psychických nebo somatických poruch vedoucích k trvale invalidizaci a v krajním případě i úmrtí (WHO, 2002). Díky tomu byla v posledních 30 letech vytvořena celá řada krátkých intervencí zaměřených na v současnou

identifikaci a intervenci u rizikových uživatelů alkoholu. Na základě předpokladu, že tyto osoby vyhledají zdravotní služby pro své somatické potíže v důsledku nadměrného užívání alkoholu, byly tyto krátké intervence umístěny do primární péče, nejprve do ordinací praktických lékařů (Fuller & Hiller Sturmhofel, 1999). Výhodou umístění krátkých intervencí do primární zdravotnické péče je také navíc úspora finančních prostředků a času (WHO, 2002). S rozvojem internetu byly tyto intervence v online podobě umístěny na internet, což umožňuje zasáhnouti velkého množství rizikových uživatelů alkoholu (např. Dumas et al., 2009; Walters et al., 2007). V České republice dosud tyto stránky nebyly vytvořeny, přibližně takto internetové stránky v zahraničí jsou <http://alcoholhelpcenter.net/>, <http://alcoholscreening.org/> nebo pro vysokoškolské studenty modifikovaná verze <http://www.e-chug.com/>.

Krátká intervence se vždy skládá ze dvou základních částí – screeningu na identifikaci rizikového užívání alkoholu v etn somatického vyšetření v primární péči a samotná krátká intervence.

a) Identifikace rizikového užívání alkoholu

Pro identifikaci rizikového užívání alkoholu byly vytvořeny krátké dotazníky. Mezi nejznámější patří dotazník CAGE, který na základě odpovědí na 4 otázky, zjistí, zda osoba má nebo nemá potíže s abúzem alkoholu. Jeho sensitivita ke schopnosti diagnostikovat problémové pití se udává od 60-95% (Israel et al., 1996). Dalším často používaným screeningovým nástrojem je AUDIT, který byl speciálně vytvořen pro potřeby v primární péči. Skládá se z 10 otázek zaměřených na užívání alkoholu v nedávné době, příznaky syndromu závislosti na alkoholu a na problémy spojené s užíváním alkoholu (Babor et al., 2001). Israel se svými spolupracovníky (1996) navrhli zjišťovat přítomnost rizikového pití nepřímo přes několik otázek zaměřených na míru úrazovosti klientů. Tento postup vycházel z předpokladu, že existuje silná spojitost mezi úrazovostí a alkoholovou intoxikací.

b) Krátká intervence

Krátké intervence probíhají v rámci primární péče v rozsahu od jedné do šesti návštěv. Návštěva trvá obvykle 5 – 20 minut. Ve většině případů intervence za jiná sdělením rozsahu klientových problémů a sledku užíváním alkoholu na základě jeho výpovědi a somatického vyšetření. Poté následuje diskuse nad potenciálními zdravotními následky v případě, že klient bude dále pokračovat v rizikovém pití alkoholu. V rámci intervence je i nabídnuta možnost, jakým způsobem pití omezit zejména v případě uživatel s rizikovým pitím alkoholu nebo jak přestat pít alkohol zcela v případě uživatel s příznaky syndromu závislosti na alkoholu (Babor & Higgins Biddle, 2000; Fuller & Hiller Sturmhofel, 1999).

Údaje o efektivitě krátké intervence se mírně rozcházejí. Většina studií se shoduje na skutečnosti, že krátká intervence je efektivní v její klasické podobě (např. Bamford et al., 2005; Heather, 2002; WHO, 2002) i v její internetové verzi (Doumas et al., 2009; Walters et al., 2007). Některé studie dále specifikují, že její efektivita je omezena na osoby, které rizikově užívají alkohol nebo jsou tímto užíváním ohroženi. U osob s rozvinutou závislostí na alkoholu je krátká intervence spíše doporučována jako úvod do dlouhodobější léčby (Bien et al., 1993; Moyer et al., 2003).

Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) pojímá škodlivé užívání alkoholu jako jeden z maladaptivních způsobů zvládnutí problémů a naplňování určitých potřeb (Kadden, 1994). Podle této teorie je škodlivé užívání alkoholu sérií naučeného chování v určitých situacích, které je získané stejným způsobem jako kterékoliv jiné naučené chování. Příkladem může být pití alkoholu jako naučené chování introvertního člověka ve společnosti druhých lidí, ve které zažívá úzkost, a právě užití alkoholu mu jí pomáhá snížit a zlepšit jeho komunikační schopnosti. KBT je založena na identifikaci rizikových situací vedoucích k užívání alkoholu, jakými například mohou být stresové situace nebo pocitu nudy, a na nacvičení

strategií, jak s těmito situacemi zacházet a jak změnit problémové chování (Kadden, 1994; Longabaugh & Morgenstern, 1999; Rotgers, 2003). Strategie používané v rámci KBT se rozdělují do dvou základních skupin – na kognitivní strategie (zaměřené na přemýšlení) a behaviorální strategie (zaměřené na chování). Mezi kognitivní strategie patří především sebemonitorování vlastních myšlenek, chování a pocitů, jako behaviorální strategie se používá trénink sociálních dovedností a vystavování se podnětům a situacím, které jsou spojeny s užíváním alkoholu za kontrolovaných podmínek (Wanigaratne et al., 2006).

Mnoho studií ukázalo, že KBT přístup je vhodný při podpoře kontrolovaného pití (např. Miller et al., 1992, Sanchez-Craig et al., 1984). Mezi jednu z nejpoužívanějších modifikací KBT pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu lze považovat kognitivně-behaviorální model prevence relapsu, který navrhli Marlatt a Gordon (Wanigaratne, et al. 2006).

Relaps je charakterizován jako opětný výskyt symptomů choroby po období zlepšení. V případě poruch vyvolaných užíváním alkoholu je to porušení abstinence v důsledku užití alkoholu (Wanigaratne et al., 2006). Relaps je běžnou komplikací, se kterou se setkává většina osob, které ukončily léčbu poruch vyvolaných psychoaktivními látkami (Larimer et al., 1999). Autoři tohoto přístupu popsali model relapsu pomocí detailní klasifikace faktorů a situací, které mohou přispět nebo předcházejí relapsu. Obecně rozlišují skryté a okamžité příčiny.

a) Skryté příčiny

Mezi skryté příčiny zaazují nevyvážený životní styl, nutkání (relativně náhlý impuls pustit se do užívání alkoholu) nebo bažení (subjektivní touha prožít úinky nebo důsledky pití alkoholu) (Wanigaratne et al., 2006).

b) Okamžité příčiny

K okamžitým příčinám patří pozitivní nebo negativní emoční situace, rizikové prostředí nebo problémové situace v mezilidských vztazích (Wanigaratne et al., 2006).

Při prevenci relapsu se nejprve začíná identifikací emočních stavů a situací, které jsou potenciálně spojené s relapsem. Dále se terapeut zaměřuje na popis klientových individuálních odpovědí na tyto skutečnosti a také mapuje faktory životního stylu, které zvyšují pravděpodobnost, že se klient ocitne v těchto rizikových situacích. Na základě podrobnějšího prozkoumání těchto oblastí je klient veden k tomu, aby změnil způsob myšlení a chování, a tím snížil pravděpodobnost relapsu. Ke změně se využívají zejména postupy zaměřené na oblast tréninku dovedností, změny určitých myšlenkových procesů a vyvážení životního stylu (Larimer et al., 1999; Wanigaratne, et al. 2006).

Terapie zaměřená na posílení motivace

Motivace je odborníky považována za důležitý první krok k jakékoliv akci nebo změně chování (DiClemente et al., 1999). Výzkumy motivace v 90. letech minulého století dospěly k závěru, že jednotliví uživatelé psychoaktivních látek se výrazně liší v motivaci a připravenosti ke změně svého chování (Carney & Kivlahan, 1995; DiClemente & Hughes, 1990). Miller a Rollnick (2003) navrhli při práci s uživateli psychoaktivních látek koncept, ve kterém nebyla motivace charakterizována jako stálý osobnostní rys, ale jako aktuální stav připravenosti ke změně, který je možný ovlivnit. Zavedení tohoto konceptu stálo u zrodu léčebných přístupů, které si kladou za hlavní cíl ovlivnit a podpořit motivaci uživatele (Miller, Rollnick, 2003). Mezi nejrozšířenější přístupy patří metoda motivačních rozhovorů.

Metoda motivačních rozhovorů byla vyvinuta Millerem a Rollnickem (2003). Jejím cílem je pomoci klientovi rozpoznat jeho škodlivé užívání alkoholu a změnit ho. Motivační rozhovory se především

používají u osob se škodlivým užíváním alkoholu, které se zmnou svého pití váhají nebo jsou v této situaci nerozhodní. V jejím rámci jsou definovány tři základní předpoklady, které musí být splněny na straně klienta a terapeuta, aby mohlo dojít ke změně. Prvním z nich je skutečnost, že klient se musí chtít alespoň trochu změnit, protože terapeut nemůže vyvolat změnu chování u klienta, který zcela odmítá užívání psychoaktivní látky omezit nebo s ním zcela přestat. Další podmínkou motivací rozhovorů je používání mírného stylu využívajícího rozvíjení rozporů samotným terapeutem namísto přímé konfrontace klienta s jeho škodlivým užíváním alkoholu. V této souvislosti autoři vycházejí ze zkušeností, že používání konfrontačních přístupů u problémových uživatelů alkoholu se ukázalo jako neefektivní (Miller et al. 1993). Posledním předpokladem je charakter vztahu mezi terapeutem a klientem, který by měl být spíše partnerský než expertní. Během motivací rozhovorů by se měl terapeut vyhýbat zaujatosti postoje „experta“, který udílí rady klientovi. Rozhodnutí zda pokračovat nebo nepokračovat v rizikovém chování by mělo být tedy spíše ponecháno na klientovi samotném, který je tak nucen zaujmout plnou zodpovědnost za své rozhodnutí (DiClemente et al., 1999; Miller & Rollnick, 2003; Moyers & Waldorf, 2003). V průběhu sezení se terapeut zaměřuje na prozkoumání a překonání ambivalence ve vztahu k užívání alkoholu, posiluje vnitřní motivaci klienta a jeho rozhodnutí ke změně, jak v podobě omezení užívání alkoholu, tak v podobě úplné abstinence (Miller & Rollnick, 2003; Moyers & Waldorf, 2003). Terapeut pro podporu motivace využívá prostředky, jakými jsou vyjádření empatie, rozvíjení rozporů mezi hodnotami klienta a jeho aktuálním chováním, zpracování odporu a podpora vlastních schopností klienta (Moyers & Waldorf, 2003).

Anonymní alkoholici a program 12-krokové facilitace

Organizace Anonymních alkoholiků byla založena v roce 1935 Williamem G. Wilsonem. Anonymní alkoholici jsou nejstarší a

nejznámější svépomocnou organizací pro uživatele alkoholu na světě. Se svými milióny členů jsou zájmem mezi nejrozšířenějšími prostředky léčby poruch vyvolaných užíváním alkoholu (Edwards, 2004). Toto hnutí je nejvíce rozšířené v zemi svého původu, v USA. Podle některých odhadů kolem 9% obyvatel USA někdy v životě navštíví setkání této organizace v souvislosti s poruchami vyvolanými užíváním alkoholu (Room & Greenfield, 1993).

Jedním z hlavních prvků léčby této organizace je program 12 kroků, ve kterém je doporučováno dvanáct po sobě následujících aktivit (viz tab. 1), kterých je třeba členem dosáhnout v rámci procesu uzdravení. Podle základních stanov hnutí je nutnou podmínkou vyléčení úplná abstinence (Fuller & Hiller Sturmhofel, 1999; Humphreys, 1999). Prvním krokem na cestě k vyléčení je podle Anonymních alkoholiků přiznat si, že člověk již nemá kontrolu nad svým užíváním alkoholu. Dalším krokem je rozhodnutí vyhledat pomoc a začít být aktivní v hnutí, což znamená zvolit si domovskou skupinu a začít docházet na jednotlivá setkání. V této souvislosti se traduje, že pro nováčka je ideální navštívit 90 setkání během 90 dní. Mezi dalšími kroky na cestě k uzdravení je uváděno začít využívat tzv. telefonní terapii, což konkrétně znamená získat telefonní čísla ostatních členů Anonymních alkoholiků jednak proto, aby jim mohl člen zavolat v situaci, kdy hrozí z jeho strany porušení abstinence, a dále také začít vytvářet si síť abstinujících přátel. Každý ze začínajících členů by si také měl najít si patrona neboli „staršího“ člena, který je na cestě abstinence již dál a má být pro vodcem začínajícího člena (Nowinsky, 2003). Jedním z hlavních principů této svépomocné léčby je kladení důrazu na osobní zodpovědnost uživatele alkoholu, protože podle jejich filozofie žádný lékař, organizace ani medikace nemůže nahradit zodpovědnost uživatele alkoholu za rozhodnutí zůstát střízlivý (Alcoholics Anonymous world Services, 1989). Programu 12 kroků se odlišuje od jiných terapeutických přístupů propagací spirituality v procesu uzdravení. Podle něj dodává spiritualita potřebu a smysl životu každého člověka (Edwards, 2004; Nowinsky, 2003).

Jak již bylo v úvodu uvedeno, Anonymní alkoholici jsou svépomocnou laickou organizací a její základní prvky lé by byly vytvořeny laickými uživateli alkoholu (Edwards, 2004). Přesto jsou některé prvky z programu 12 kroků využívány v léb samotnými profesionály a to ze dvou základních důvodů .

a) Prokázaná efektivita

Prvním z nich je prokázaná efektivita tohoto léčebného programu především ve spojení s profesionální péčí. Přestože je hnutí alkoholiků poměrně populární, výzkumy ohledně jeho efektivity v rámci randomizovaných studií nebyly dlouhou dobu realizovány. Efektivita byla zkoumána a potvrzena na souboru osob, které se účastnily a které se neúčastnily setkání Anonymních alkoholiků . Výsledky těchto studií jsou metodologicky sporné, protože neposkytují vysvětlení, zda účinnost tohoto přístupu lze připsat některým charakteristikám jejich členů, například v těší motivaci abstinovat i samotnému hnutí (Fuller & Hiller Sturmhofel, 1999). V jednom z kvalitních výzkumů, který byl realizovaný Walshem a jeho kolegy (1991), bylo 227 osob se škodlivým užíváním alkoholu náhodně připsáno do tří skupin (3týdenní ústavní léčba doprovázená 1 rokem docházení do Anonymních alkoholiků, docházení do Anonymních alkoholiků, léčba na základě výberu samotného uživatele). Výsledky této studie ukazují, že přístup, ve kterém je kombinována léčba poskytovaná odborníky s účastí v programu Anonymních alkoholiků, dosahuje lepších výsledků než samotná docházení na setkání Anonymních alkoholiků .

b) Levnější varianta léčby v porovnání s profesionální péčí

V poslední době se klade stále větší důraz na dosažení efektivity péče a za co nejméně peněz a právě z tohoto důvodu jsou vyvíjeny a podporovány programy podporující účast v klientů v programu Anonymních alkoholiků (Humphreys, 1999). Jedním z takových programů je program 12 krokové facilitace, který byl vyvinut v USA a jehož hlavním cílem je představit uživateli alkoholu hnutí

Anonymních alkoholiků a podporovat je v jeho navštěvování (Fuller & Hiller Sturmhofel, 1999; Nowinsky, 2003)

Program 12 krokové facilitace se skládá z 12 sezení. Jeho cílem je klienta seznámit se základními prvky léčby tohoto hnutí a podporovat ho v tom, aby začal aktivně navštěvovat jejich setkání prostřednictvím výběru skupiny a podpory ve výměně telefonních úkolů s ostatními členy a ve výběru patrona (Nowinsky, 2003). V každém z dvanácti sezení by měl být v novém prostoru rekapitulací událostí z minulého týdne, psaní klientova deníku, psaní a diskuze nad programem 12 kroků a další literaturou související s hnutím Anonymních alkoholiků a naplánování úkolů do příštího setkání (Edwards, 2004; Nowinsky, 2003).

Farmakologická léčba

V rámci farmakologické léčby se používá medikace zejména primárně k ovlivnění užívání alkoholu, k léčbě odvykacích stavů nebo přidružených psychiatrických potíží jako jsou například afektivní nebo úzkostné poruchy (Raymond, 1994). V této kapitole bude v novém prostoru pouze specifická léčba alkoholu tedy farmakoterapii zaměřené na ovlivnění užívání alkoholu.

V současné době se v této souvislosti používají dva základní typy farmakologických přípravků: averzivní medikace, která má svými úkoly odradit klienta od dalšího užívání alkoholu a léky na utlumení bažení, jejichž cílem je snížit klientovu touhu pít (Fuller & Hiller Sturmhofel, 1999; Raymond, 1994)

Averzivní medikace

Averzivní medikace funguje na principu senzitivace, v jejím rámci je zvýšena vnímavost organismu vůči účinkům alkoholu. Požití alkoholu po aplikaci averzivního farmaka vede k výrazné vegetativní reakci organismu, která se nejprve projevuje zrychlením činnosti srdce, zkrácením dechu, bolestí hlavy, závratím a zvracením (Popov, 2003). Averzivní medikace ovlivňuje metabolismus alkoholu v játrech a umožňuje hromadění acetaldehydu v krvi, který způsobuje výše

úvedenou negativní vegetativní reakci organismu. Předpokladem mechanismu úniku je, že zažívání těchto nepříjemných pocitů bude motivovat klienta k dalšímu vyhýbání se jejich prožití a tedy k abstinenci vůči alkoholu (Kathleen, 2003; Raymond, 1994).

Nejznámější látkou z této skupiny farmak je disulfiram (Antabus). Antabus se začal používat v 40. letech minulého století. Je podáván v optimálním případě po dobu jednoho roku od zahájení abstinence. Je obvykle užíván s frekvencí 2x týdně. Léčba se v těsně zahájeném prostředí antabusové reakce, během které si klient zažije jaké nepříjemné úinky má kombinování alkoholu a antabusu (Popov, 2003). Navzdory popularitě tohoto přípravku jsou empirické důkazy o jeho efektivitě smíšené. Fullerovi a jeho kolegové (1986) se nepodařilo v rozsáhlé studii prokázat, že užívání antabusu je efektivnější než užívání minimální dávky antabusu nebo neužívání žádného přípravku. Dále bylo zjištěno, že efektivita antabusu je úzce spojena s kompliancí uživatelů, protože v této studii dodržovalo léčbu pouze 20% uživatelů. Chick a kolegové ve své studii tento výsledek potvrdili (Kathleen, 2003; Raymond, 1994).

Léky na utlumení bažení

Hlavním mechanismem léků z této skupiny je potlačování chuti na alkohol. Mezi nejčastěji užívané látky z této skupiny patříacamprosát (Campral) a naltrexon.

Acamprosát se užívá 3x denně po dobu jednoho roku. Podávání se nepřerušuje ani v případě recidivy. Acamprosát je možné užívat i nárazově, například v krizi rozkousat tabletu, nechat ji vstřebat pod jazykem a usnadnit si tak zvládnutí bažení po alkoholu (Švestka, 1999). Výzkumy na efektivitu acamprosátu byly především provedeny v Evropě. Kontrolované výzkumy ukázaly, že léčba acamprosátem může téměř dvojnásobně zvýšit abstinenci jeho uživatelů (Kathleen, 2003; Raymond, 1994; Sass et al., 1996).

Naltrexon funguje na principu blokády endogenních opiátů, které jsou aktivovány při požití alkoholu a mají za následek příjemný efekt

alkoholu (Fuller & Hiller Sturmhofel, 1999). Dkaz léebného potenciálu naltrexonu poskytly studie, které zjistily, že užívání naltrexonu snižuje užívání alkoholu, bažení, prodlužuje dobu abstinence před objevením se prvního relapsu a snižuje délku relapsu (Volpiccelli et al., 1992). Podobně jako u antabusu nedávné studie ukázaly, že compliance je kritická podmínka pro dosažení efektivity léby (Volpiccelli, et al., 1997).

Použitá literatura

Alcoholics Anonymus world Services (1989). Anonymní alkoholici, New York: Alcoholics Anonymus world Services, inc.

Babor, T.F., Higgins Biddle. J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001), AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test, Geneva: WHO.

Babor, T.F., & Higgins Biddle. J.C. (2000). Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategie for medical praktice and public health. *Addiction*, 95, 677–686.

Bamford, Z., Booth, P.G., McGuire, J., & Salmon, P. (2005). Minimal intervention as a preparation for the treatment of alkohol dependency. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 289–294.

Bien, T.H., Miller, W.R. & Tonigan, J.S. (1993). Brief interventions for alkohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315–336.

Carney, M.M., & Kivlahan, D.R. (1995). Motivational subtypes among veterans seeking substance abuse treatment: Profiles based on stages of change. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 135–142.

DiClemente, C.C., & Hughes, S.O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alkoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217–235.

DiClemente, C. D., Bellino, L. E., & Neavins, T. M. (1999). Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Alcohol Research & Health*, 23, 86 – 92.

Doumas, D. M., McKinley, L. L., & Book, P. (2009). Evaluation of two web based alcohol interventions for mandated college students. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 65–74.

Edwards, G. (2004). *Záhadná molekula*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

Foy, D. W., Nunn, L. B., & Rychtarik, R. G. (1984). Broad spectrum behavioral treatment for chronic alcoholics: effects of training controlled drinking skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 218–230.

Fuller, R.K., & Hiller Sturmhofel, S. (1999). Alcohol Treatment in the United States. *Alcohol Research & Health*, 23, 69 – 77.

Fuller, R.K., Branchey, L., Brightwell, D.R., Derman, R.M., Emrick, C.D., Iber, F.L., James, K.E., Lacoursiere, R.B., Lee, K.L., Lowenstam, I., Maany, I., Neiderhiser, D., Nocks, J.J., & Shaw, S. (1986). Disulfiram treatment of alcoholism: A Veterans Administration Cooperative Study. *Journal of the American Medical Association*, 256, 1449–1489.

Heather, N. (2002). Effectiveness of brief interventions proved beyond reasonable doubt. *Addiction*, 97, 293–4.

Humphreys, K. (1999). Professional Interventions That Facilitate 12 Step Self Help Group Involvement. *Alcohol Research & Health*, 23, 93 – 98.

Israel, Y., Hollander, O., Sanchez Craig, Booker, S., Miller, V., Gingrich, R., & Rankin, J.G. (1996). Screening for Problem Drinking and

Counselling by the Primary Care Physician Nurse Team. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20, 1443 – 1450.

Kadden, R. M. (1994) *Cognitive Behavioral Approaches to Alcoholism Treatment*. *Alcohol Research & Health*, 18, 279.

Kathleen, M.C. (2003). *Integrating Psychotherapy and Pharmacotherapy in Substance Abuse Treatment*. In: F. Rotgers, J. Morgenstern, & S.T. Walters (Eds.). *Treating Substance Abuse*. New York: The Guilford Press.

Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt G. A. (1999). *Relaps Prevention*. *Alcohol Research & Health*, 23, 151 – 160.

Longabaugh, R., & Morgenstern, J. (1999). *Cognitive Behavioral Doping Skills Therapy for Alcohol Dependence*. *Alcohol Research & Health*, 23, 78 – 85.

Marlatt, G.A., & Witkiewitz, K. (2002). *Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment*. *Addictive Behaviors*, 27, 867 – 886.

Miller, W. R., Leckman, A. L., Delaney, H. D., & Tinkcom, M. (1992). *Long term follow up of behavioral selfcontrol training*. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 249–261.

Miller, W. R., Benefield, R.G., & Tonigan, J S. (1993). *Enhancing Motivation for Change in Problem Drinking: A Controlled Comparison of Two Therapist Styles*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455–461.

Miller, W. R., & Rollnick S. (2003). *Motiva ní rozhovory*. Tišnov: SCAN.

Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E., & Vergun, P. (2003). *Brief interventions for alkohol probléme: a meta analytic review of controlled investigations in treatment seeking and non treatment seeking populations*. *Addiction*, 97, 279 – 292.

Moyers, T.H., & Waldorf, V.A. (2003) Motivational Interviewing. In: F. Rotgers, J. Morgenstern, & S.T. Walters (Eds.). Treating Substance Abuse. New York: The Guilford Press.

Nowinsky, J. (2003). Facilitating 12 step Recovery from Substance Abuse and Addiction. In: F. Rotgers, J. Morgenstern, & S.T. Walters (Eds.). Treating Substance Abuse. New York: The Guilford Press.

Owen, P., & Marlatt, G.A. (2001). Should Abstinence Be the Goal for Alcohol Treatment? *The American Journal on Addictions*, 10, 289–295.

Popov, P. (2003). Alkohol. In Kalina K., Radimecký, J. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, NMS

Raymond, F.A. (1994). Medication for Treating Alcoholism. *Alcohol Research & Health*, 18, 265.

Room, R., & Greenfield, T. (1993). Alcoholics Anonymous, other 12 step movements and psychotherapy in the U.S. population. *Addiction*, 88, 555–562.

Rotgers, F. (2003). Cognitive Behavioral Theories of Substance Abuse. In: F. Rotgers, J. Morgenstern, & S.T. Walters (Eds.). Treating Substance Abuse. New York: The Guilford Press.

Sanchez Craig, M., Annis, H., Bronet, A., & MacDonald, K. (1984). Random assignment to abstinence and controlled drinking: evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 390–403.

Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1973). Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy*, 4, 49–72.

Sass, H., Soyka, M., Mann, K., & Zieglgansberger, W. (1996). Relapse prevention by acamprosate. Results from a placebo controlled study

on alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry*, 53, 673–680.

Švestka, J. (1999). Acamprosat anticravingové (antidipsotropní) antialkoholikum. *Psychiatrie*, 3, 259–263.

Volpicelli, J.R., Alterman, A.I., Hayashida, M., & O'Brien, C.P. (1992). Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry*, 49, 876–880.

Volpicelli, J.R., Rhines, K.C., Rhines, J.S., Volpicelli, L.A., Alterman, A.I., & O'Brien, C.P. (1997). Naltrexone and alcohol dependence. Role of subject compliance. *Archives of General Psychiatry*, 54, 737–742.

Walsh, D.C., Hingson, R.W., Merrigan, D.M., Levenson, S.M., Cupples, L.A., Heeren, T., Coffman, G.A., Becker, C.A., Barker, T.A., & Hamilton, S.K. (1991). A randomized trial of treatment options for alcohol abusing workers. *New England Journal of Medicine*, 325, 775–782.

Walters, S.T., Vader, A.M., & Harris, T.R. (2007). A controlled trial of web based feedback for heavy drinking college students. *Prevention Science*, 8, 83–88.

Wanigaratne, S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F., & Farmer, R. (2006). *Relaps Prevention for Addictive Behaviors*. London: Blackwell Publishing.

WHO. (2002). Summary report of a world health organization meeting on dissemination of brief interventions for alcohol problems in primary health care: A strategy for developing countries. Alicante, Spain, 24–27 September 2002.

Tabulka 1 Program 12 krok (Alcoholics Anonymus world Services, 1989)

Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy začaly být neovladatelné.

Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše obnoví naše duševní zdraví.

Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.

Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sami sebe.

Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.

Byli jsme zcela povolní k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.

Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.

Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.

Rozhodli jsme se provést všechny tyto nápravy ve všech případech, kdy to situace dovolí, s výjimkou, kdy toto počinání by jim nebo jiným uškodilo.

Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.

Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vnitřní vztah s Bohem, jak jsme ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.

Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se spirituálně probudili

a v d sledku toho jsme projevili snahu p edávat toto poselství ostatním alkoholik m a uplat ovat tyto principy ve všech našich záležitostech.