Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2

www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

Výsledek – 5 Nmet

Doporučené klinické postupy v adiktologii pro psychoterapeutické metody práce

Konečný uživatel výsledků:

Úřad vlády ČR
nábřeží Edvarda Beneše 4,
118 01 Praha 1

Název projektu: Doporučené klinické postupy v adiktologii

Číslo projektu: TITSUVCR936

Řešitel projektu: Český adiktologický institut

Doba řešení: 1. 1. 2022 – 31. 12. 2024

Důvěrnost a dostupnost: veřejně přístupný, URL původu: https://kdp-adiktologie.cz

Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

Informace o autorském týmu:

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

Tým projektu Doporučené klinické postupy v adiktologii (DP) byl sestaven s ohledem na multidisciplinaritu projektového záměru. Odborníci byli rozděleni do tří skupin: rešeršisté, metodologové, metodici, experti a respondenti, přičemž někteří členové týmu zastupovali více rolí.

Tým projektu dle rolí (vždy v abecedním pořadí):

Vedoucí projektového týmu:
PhDr. Petr Hrouzek, Ph.D.

Hlavní metodolog projektu:
Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., EMPH, KCLJ (po celou dobu projektu)

Metodologové projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková – od 1.7.2023 (metodická část tvorba DP)
Mgr. Lenka Šťastná, PhD. – od 1.7.2023 (metodická část projektu tvorba DP)
MUDr. Jakub Minařík – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)
MUDr. Petr Popov MHA – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)

Hlavní metodik projektu:
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková

Metodici projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková
Mgr. Tomáš Jandáč, PhD.
Mgr. Jan Kozák

Rešeršní tým projektu:
PhDr. Miroslav Barták, PhD
Mgr. Jan Kozák
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková
Mgr. Benjamin Petruželka, PhD.

Respondenti projektu:
Mgr. Nikola Gažová
Mgr. Luděk Kalousek
Mgr. Gabriela Rolová, PhD.
David Valouch

Expertní panel projektu:
MUDr. David Adameček
MUDr. Pavel Bém (do 31.12.2022)
Bc. Tomáš Brejcha
MUDr. Jiří Dolák
MUDr. Jiří Dvořáček
Ing. Mgr. Aleš Herzog
PhDr. et Mgr. Dagmar Krutilová
PhDr. Jiří Libra (do 31.12.2022)
MUDr. Jakub Minařík (od 1.1.2024)
Mgr.PharmDr. Zbyněk Oktábec, Ph.D.
MUDr. Olga Pecinovská
MUDr. Petr Popov MHA (od. 1.1.2024)
PaedDr. Martina Richterová – Těmínová
Mgr. et Mgr. Nora Staňková, Ph.D.
Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D. (do 31.12.2023)

Celkovou editorskou činnost celého souboru DP jeho úvodní a závěrečnou vnitřní revizi provedl vedoucí týmu Petr Hrouzek.

Rešerše v úvodní fázi projektu zpracovali Elizabeth Nováková, Miroslav Barták, Jan Kozák a Benjamin Petruželka.

Autory návrhových znění jednotlivých DP, zapracování připomínek a finálního znění jsou (řazeno dle struktury DP).

Úvod do DP a procesní schémata: Petr Hrouzek, Elizabeth Nováková

DP pro diagnostiku: Lenka Šťastná ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro metody harm reduction a risk reduction: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková. Metody pro harm reduction v prostředí zábavy zpracovala Nikola Gažová.
DP pro psychoterapii: Elizabeth Nováková ve spolupráci s Kamilem Kalinou a Petrem Hrouzkem.
DP pro psychosociální metody: Renáta Habiňáková ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.

DP pro farmakoterapii: Jiří Dvořáček ve spolupráci se Zbyňkem Oktábcem a Jakubem Minaříkem, Zuzana Postránecká (Psychedeliky asistovaná terapie), Tomáš Páleníček (Psychedeliky asistovaná terapie), Viktor Mravčík (Psychedeliky asistovaná terapie).
DP pro následné intervence a rehabilitaci: Jan Kozák (prevence relapsu), Luděk Kalousek, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti práce a vzdělávání), David Valouch, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti bydlení) ve spolupráci Petrem Hrouzkem.
DP pro děti a dospívající vytvořil: Tomáš Jandáč ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro starší dospělé: Renáta Habiňáková a Elizabeth Nováková.
DP pro těhotné ženy: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby omezené na svobodě: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby s duálními poruchami: Jan Kozák.
DP pro včasnou diagnostiku v souvisejících oborech: Lenka Šťastná.
DP pro zapojování lidí se zkušeností do systému péče: Unie lidí se zkušeností se závislostí, Jan Šulc (editor), Zuzana Nott (editorka),

Souhrnnou výzkumnou zprávu projektu vytvořili Elizabeth Nováková, Petr Hrouzek, Renáta Habiňáková a Lenka Šťastná.

Aplikační příručku vytvořil Petr Hrouzek ve spolupráci s Elizabeth Novákovou

Kontrolu třídění zdrojů dle síly důkazu provedla Gabriela Rolová.

Další informace o projektu:

Zpracování finální sady Doporučených postupů předcházela řada kroků. V souladu s projektovým zadáním, které jako první výsledek stanovilo přehled existujících zahraničních doporučených postupů v adiktologii, byla v počáteční fázi zpracovaná rešerše existujících mezinárodních i tuzemských doporučených postupů, které byly následně hodnoceny pomocí nástroje AGREE II a kategorizovány dle ICD-10 opět v souladu s projektovým zadáním (V1), které jako druhý požadovaný výsledek stanovilo přehled účinností dílčích intervencí v oblasti adiktologie (V2).
Tento soubor zdrojů byl doplněn o materiály doporučené experty. Výsledek této fáze byl představen během kontrolního dne, kde byly také diskutovány rizika a limity a došlo ke konsensu dalšího směřování práce. V následujícím období byla navržena struktura doporučeného postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání (podkapitoly).

Navrhovaná struktura postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání byly diskutovány během kontrolních dnů se zástupci konečného uživatele a experty konečného uživatele a průběžně s panelem expertů projektu. Pro vytvoření samotných postupů v souladu s projektovým zadáním (V3-V11) byla využita baterie zdrojů identifikovaných v první fázi projektu v kombinaci s dalšími zdroji. Všechny návrhové verze byly diskutovány v rámci týmu, který se pravidelně setkával během porad, s expertním panelem projektu a během kontrolních dnů se zástupci TAČR a Úřadu vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí. Návrhové verze byly rovněž zaslány k připomínkovacímu řízení klíčovým organizacím v oboru.

V závěrečné fázi projektu bylo v souladu s projektovým zadáním vytvořeno modelové využití definovaných doporučených klinických postupů v adiktologii (V12) v podobě Aplikační příručky k Doporučeným klinickým postupům v adiktologii a tato souhrnná závěrečná zpráva.

Program veřejných zakázek v aplikovaném výzkumu a inovacích pro potřeby státní správy BETA2 byl schválen usnesením vlády České republiky č. 278 ze dne 30. 3. 2016 a je zaměřen na podporu aplikovaného výzkumu a inovací pro potřeby orgánů státní správy. Poskytovatelem finančních prostředků je Technologická agentura ČR.

BOX III – PSYCHOTERAPIE

Obsah

0 PSYCHOTERAPIE

1 INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

2 SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

3 PÁROVÁ A RODINNÁ PSYCHOTERAPIE

4 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

5 POBÍDKOVÁ TERAPIE

BOX III

0 PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie je informovaná a cílená aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z ustálených psychologických principů s cílem pomoci klientům změnit jejich chování, poznávání, emoce a/nebo jiné osobní charakteristiky směrem, který účastníci považují za žádoucí (Norcross, 1990 In APA, 2012). Záměrně a systematicky využívá komunikační prostředky mezilidské interakce v rámci terapeutického vztahu nebo vztahů, zaměřuje se na člověka a jeho problémy se sebepojetím, vlastním příběhem, vztahy k druhým a ke světu (Kalina, 2013).

Psychoterapie je považovaná za efektivní (Miller et al., 2018), a to pro různé cílové skupiny (děti, dospělí, starší lidé) (APA, 2013; Čevelíček et al., 2021; Polakovska a Vybíral, 2018), její účinky přetrvávají v čase a v některých případech mohou být vyšší než v případě farmakoterapie (APA, 2013). Výzkum naznačuje, že systematické psychoterapeutické intervence jsou více účinné než nestrukturované interakce a více účinné než žádná intervence a že jednotlivé modality a směry se neliší v účinnosti (Mulder et al., 2017; Miller et al., 2018; Kalina, 2013; APA, 2012). Neexistuje však jasné chápání ani definice terapeutické změny a toho, jak psychoterapeutické intervence fungují a jaké přesně mohou mít účinky (Kazdin, 2011; Roussos, 2013 In Donald a Carey, 2017; Tschacher et al., 2014; APA, 2013).

Dostupná vědecká evidence není ve shodě, zda je terapie účinná spíše díky společným faktorům (společné pro všechny psychoterapeutické směry a modality), specifickým faktorům (vázaným na konkrétní směry či metody) nebo jejich kombinaci (Cuijpers et al., 2019). Současný výzkum přináší poznatky o působení psychoterapie na neurobiologické úrovni, kde má vliv na významné změny ve funkci a struktuře mozku. Dobré výsledky v psychoterapii jsou spojené se zlepšením neuronální plasticity a konektivity, se změnou v genové expresi, se změnou epigenetických faktorů, s neurogenezí, se změnou využívání konkrétních částí mozkové sítě a s celkovou harmonizací neuronální a síťové funkce (např. Kandel, 1998; Fuchs, 2004; Barsaglini et al., 2014; Malhotra and Sahoo, 2017).

Perspektiva klientů je nedílnou součástí hodnocení terapie. Širší pohled na změnu a účinnost a kombinace kvantitativní a kvalitativní metodologie může být přínosné také v případech, kdy je cílem klienta vyrovnat se s neustupujícími symptomy nebo kdy jeho problémy nemusí snadno zapadat do medicínské, diagnostické nebo symptomové konceptualizace změny (Kazdin, 1999 in Donald a Carey, 2017) a při posuzování zotavování. Namísto hodnocení jedné dimenze změny, a tím i účinnosti, může být cennější při práci s klienty triangulovat více oblastí změny (např. změna symptomů, fungování, pohody) a perspektiv (např. klient, terapeut, pozorovatel) s využitím kvalitativního i kvantitativního výzkumu (Kazdin, 2014 in Donald a Carey, 2017).

Řiháček et al. (2021) rozlišují tři aspekty psychoterapeutické práce: (1) technický, představující viditelnou část práce (techniky, postupy, intervence), (2) konceptuální, jež zachycuje, jak terapeuti konceptualizují terapeutickou změnu a v jakých pojmech o ní uvažují a (3) vztahový aspekt, vyjadřující, jak terapeuti vnímají svou roli v terapeutickém vztahu. Někteří odborníci pracují s konceptem tzv. významných momentů/událostí. Timuľák (2007 In Řiháček, 2019) na základě metaanalýzy stanovuje například devět obecných kategorií významných událostí z pohledu klientů: uvědomění/porozumění si, změna chování/vyřešení problému, zplnomocnění, úleva, prozkoumávání emočního prožívání, pocit porozumění od terapeuta, angažovanost, ujištění a podpora/bezpečí a osobní kontakt. Jiné výzkumy se zabývaly podrobnějším popisem a kategorizací vybraných typů momentů, například hloubkou vztahu či mírou shody v identifikaci důležitých momentů mezi terapeutem a klientem (Řiháček, 2019). Donald a Carey (2017) akcentují důležitost pozorování změn například ve struktuře osobnosti, změny před a po intervenci, hodnocení subjektivní pohody a kvality života.

Existuje mnoho psychoterapeutických směrů a modalit, které vycházejí z odlišných filozoficko-teoretických základů, mají svůj specifický vzdělávací/výcvikový systém, požadavky na praxi, intervizi a supervizi. Mezi různými modalitami a psychoterapeutickými přístupy přitom na základě výzkumů nejsou výrazné rozdíly. Malým zjištěným rozdílům mezi druhy terapie se říká

paradox ekvivalence[1]. Podle *American Psychological Association* (APA, 2013) jsou obecné účinky psychoterapie uznávány jako významné a u většiny diagnostických stavů poměrně konstantní, přičemž možné odchylky jsou spíše ovlivněny charakteristikami klienta a klinickými a kontextovými faktory spíš než konkrétními diagnózami či druhy psychoterapeutické péče. Tyto doporučené postupy proto nepopisují praxi v jednotlivých modalitách, ale jsou založeny zejména na evidenci v oblasti účinných faktorů a transteoretických přístupech v terapii, mezi které patří například pozitivní očekávání a podpora naděje, věnování pozornosti, zvyšování/rozšiřování vědomí, emoční uvolnění a katarze, volba alternativ, tvarování chování a terapeutický vztah (Prochaska a Norcross, 1999). Klienti jsou podporováni k uskutečňování zdraví (ve všech jeho aspektech) prospěšného jednání a v myšlení o světě méně maladaptivním způsobem.

Ačkoliv tyto postupy nereflektují intervence a přístupy jednotlivých terapeutických modalit, některé techniky jsou ve výzkumu akcentovány jako velmi účinné. Dle předběžných výsledků jsou techniky založené na *mindfulness*, techniky založené na přijetí a DBT přístupy (společně označované jako třetí vlna KBT) účinné v léčbě problémů souvisejících s užíváním návykových látek (Ii, 2019). Mindfulness techniky je proto doporučeno implementovat do terapie vždy, pokud je to možné a pro práci s klientem přínosné.[2] Z hlediska působení psychoterapie na neurobiologické úrovni vytvářejí obecné faktory psychoterapie tzv. *enriched environment* (obohacené prostředí, EE), u kterého je doložen pozitivní vliv na funkci i architekturu mozkových sítí (např. Sale et al., 2014). Jde konkrétně o tyto parametry: dobrovolné zapojení se do kognitivních a motorických aktivit, které jsou předmětem zájmu, přítomnost nových prvků vyvolávajících zvědavost a zkoumání, adekvátní sociální interakce, kontrola a možnost volby nad vlastním sociálním a prostorovým prostředím a bezpečná a nehostilní atmosféra (Baumans, 2005; Sale et al., 2014). Podpora mezilidských interakcí vede k identifikaci se skupinou, ke sdílení zkušeností a cílů, podpoře pocitu sounáležitosti, k přijetí a zodpovědnosti za sebe a za proces úzdravy. Začlenění zásad EE do psychoterapie doplňuje stávající způsoby péče a přispívá ke zlepšení výsledků.

Řiháček a Matějka (2021) uvádějí, že slabým místem psychoterapie může být nedostatek zpětné vazby o účinnosti poskytovaných intervencí, protože terapeuti jsou odkázáni na svůj klinický

[1] *APA Dictionary* jej definuje jako situaci, kdy dva různé postupy přináší podobné výsledky, přestože mají odlišné výchozí předpoklady nebo vlastnosti. Například dva velmi odlišné psychoterapeutické postupy mohou přesto přinést velmi podobné, pozitivní výsledky, které jsou pravděpodobně způsobeny terapeutickým vztahem a nikoli konkrétními postupy (APA, 2023).

[2] *Mindfulness* postupy nejsou pro potřeby Doporučených postupů předkládány jako samostatná metoda, ale jako principy, které je doporučeno do psychoterapeutického procesu implementovat bez ohledu na psychoterapeutickou modalitu, vzhledem k tomu, že cíleně podporují dosahování meta-cílů psychoterapie, a to zejména ve smyslu posilování zakotvení se v těle, vnímání prožívání a myšlenkových procesů, zakotvení ve vnímání a prožívání přítomnosti a posilování odolnosti a sebeúčinnosti.

úsudek a intuici, přičemž některé zahraniční výzkumy ukazují, že je velmi obtížné rozpoznávat a předvídat zhoršení klientů.

Zdroje

APA (2012). Recognition of Psychotherapy Effectiveness. American Psychological Association. Dostupné z: https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy

APA (2013). Recognition of Psychotherapy Effectiveness. American Psychological Association. Psychotherapy, Vol. 50, No. 1, 102–109.

APA (2023).“Equivalence paradox“. APA Dictionary of Psychology. American Psychological Association. Dostupné z: https://dictionary.apa.org/equivalence-paradox

Barsaglini, A., Sartori, G., Benetti, S., Pettersson-Yeo, W., & Mechelli, A. (2014). The effects of psychotherapy on brain function: a systematic and critical review. Progress in neurobiology, 114, 1–14. https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2013.10.006

Baumans, V. (2005) Environmental Enrichment for Laboratory Rodents and Rabbits: Requirements of Rodents, Rabbits, and Research. Ilar Journal, 46, 162-170. https://doi.org/10.1093/ilar.46.2.162

Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. Annual review of clinical psychology, 15, 207–231. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424

Čevelíček, M., Řiháček, T., Tarinová, A. (2021). Vnímané překážky vstupu do psychoterapie. Československá psychologie 16 (1).

Donald, I. N., & Carey, T. A. (2017). Improving knowledge about the effectiveness of psychotherapy. Psychotherapy and Politics International, 15(3), 1-11. [1424]. https://doi.org/10.1002/ppi.1424

Fuchs, T. (2004). Neurobiology and psychotherapy: An emerging dialogue. Curr Opin Psychiatry Current Opinion in Psychiatry. 17. 479-485479. 10.1097/00001504-200411000-00010.

Ii, T., Sato, H., Watanabe, N., Kondo, M., Masuda, A., Hayes, S., Akechi, T. (2019). Psychological flexibility-based interventions versus first-line psychosocial interventions for substance use disorders: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. Journal of Contextual Behavioral Science, (13), 2019, 109-120. ISSN 2212-1447.

Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada.

Kandel, E. R. (1998). A new intellectual framework forpsychiatry. American Journal of Psychiatry, 155, 457–469.

Kazdin, A. E. (2011). Evidence-based treatment research: Advances, limitations, and next steps. American Psychologist, 66(8), 685–698. https://doi.org/10.1037/a0024975

Malhotra, S., & Sahoo, S. (2017). Rebuilding the brain with psychotherapy. Indian journal of psychiatry, 59(4), 411–419. https://doi.org/10.4103/0019-5545.217299

Miller, S., Chow, D., Hubble, M. (2018). The question of expertise in psychotherapy. Journal of Expertise, 1 (2). ISSN 2573-2773.

Mulder, R., Murray, G., & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. The Lancet Psychiatry, 4(12), 953–962. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1

Polakovska, L., Vybíral, Z. (2018). Nežádoucí účinky psychoterapie. Psychoterapie, 12 (2).

Prochaska, J.O., Norcross, J.C. (1999). Psychoterapeutické systémy. Praha: Grada Publishing.

Řiháček, T., & Roubal, J. (2019). Využívání psychoterapeutických technik v praxi. E-psychologie, 13(1), 1-17. https://doi.org./10.29364/epsy.335

Řiháček, T., Čevelíček, M., Roubal, J. (2021). Psychoterapeutické metody v praxi: průzkum rozdílů mezi rezorty. Psychoterapie 15 (2).

Sale, A., Berardi, N., & Maffei, L. (2014). Environment and brain plasticity: towards an endogenous pharmacotherapy. Physiological reviews, 94(1), 189–234. https://doi.org/10.1152/physrev.00036.2012

Tschacher, W., Junghan, U.M., Pfammatter, M. (2014). Towards a Taxonomy of Common Factors in Psychotherapy—Results of an Expert Survey. Clinical Psychology&Psychotherapy (1), 21.

BOX III
1 INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

1. Charakteristika metody

Individuální psychoterapie je nástrojem podporujícím úlevu od negativně prožívaných symptomů a k uskutečnění pozitivní změny v osobnostní rovině a v prožívání. Je prováděná ve vztahu klient a terapeut. Psychoterapie vede ke zvýšení kvality života, k podpoře adaptivního chování v pracovní/studijní a vztahové rovině, ke zvýšení schopnosti činit zdraví (ve všech jeho spektrech) prospěšná rozhodnutí. Psychoterapie se zakládá na integraci dostupných vědeckých poznatků (evidence-based princip)[3] a klinické expertízy v kontextu individuálního případu klienta, s ohledem na jeho situaci, cíle a kulturu (APA, 2012; Mulder et al., 2017).

2. Indikace a kontraindikace (cílová skupina/klinická situace)

Psychoterapie je indikovaná ve všech typech zařízení s ohledem na žádoucí cíle klienta. Psychoterapie je součástí metod práce při léčbě rizikového, škodlivého užívání, závislostního chování a přidružených obtíží. Využívá se v prevenci relapsu a je nástrojem pro osobní rozvoj a růst, nejen pro terapii patologických stavů. Je indikovaná v počátečních fázích péče nebo úzdravy pro podporu klienta, v průběhu péče v různých typech zařízení (případně v kombinaci s farmakoterapií, psychosociálními intervencemi apod.) a při udržování nabytých změn.

Relativní kontraindikací je aktuální intoxikace klienta a extrémně narušené životní podmínky ve smyslu chybějícího bydlení a dalších základních potřeb, které je třeba naplnit před vstupem do psychoterapie, avšak v tomto případě není evidence v jasné shodě a je třeba zvažovat indikaci individuálně dle potřeb a cílů klienta. V případě aktuálně působících environmentálních, živelných a dalších katastrof, války a extrémně traumatických událostí je vhodné aplikovat před zahájením psychoterapeutického procesu metody zaměřené na stabilizaci a zlepšení akutního stavu (krizová intervence, případně farmakoterapie), s ohledem na zajištění základních životních potřeb.

[3] Psychoterapií, její účinností a dalšími aspekty se v ČR zabývá Centrum pro výzkum psychoterapie, viz https://psychotherapyresearch.fss.muni.cz

3. Teoretická východiska

Individuální psychoterapie se opírá u východiska uváděná v úvodu BOXU III. Individuální psychoterapie je založená na dvojici klient-psychoterapeut. S výjimkou klasické psychoanalýzy, kde leží analyzand na gauči mimo zorné pole analytika, který sedí v záhlaví, jsou založeny všechny další směry na rozhovoru tváří v tvář, kdy klient a psychoterapeut sedí naproti sobě[4]. Celý proces bez ohledu na přístup či modalitu a využívané postupy a techniky je založen na potenciálu terapeutického vztahu pro vznik pracovního spojenectví.

4. Zásady (nezbytné součásti)

Zásadou je strukturovaný a plánovaný interakční proces mezi terapeutem a klientem založený na důkazech a používání psychoterapeutických metod a technik (Emmelkamp et al., 2014).

- Terapeutický vztah – léčivá aliance mezi terapeutem a klientem (Norcross a Lambert, 2018). Základní procesní nástroj a nezbytná podmínka pro vznik pracovního spojenectví.
- Hranice ve vztahu klienta a terapeuta – dvojice se schází v přesně vymezeném čase a prostoru za účelem psychoterapeutické práce. Vztah je založen na bezpečí a přijetí. Samozřejmostí je dodržování etických pravidel.
- Setting – Individuální psychoterapie probíhá ve dvojici klient a psychoterapeut v jasně definovaném prostoru a čase.
- Kontrakt - Nezbytnou součástí je kontrahování bezpečí a na základě zhodnocení klientovy situace a domluva na ohnisku terapie.
- Prostor – Základní setting musí umožňovat vytvořit klidný a bezpečný prostor, do kterého nemůže nikdo jiný bez předchozí domluvy vstoupit, a ve kterém bude možné se plně soustředit na probíhající terapii. Prostorově by mělo být sezení uzpůsobeno tak, aby se terapeut a klient vzájemně nacházeli v takovém úhlu, aby nebylo nutné zůstávat v nepřetržitém očním kontaktu. Jejich sedadla by tedy měla svírat tupý úhel a být k sobě pootočená[5]. Součástí prostoru by měly být základní a automaticky dostupné prostředky pro uspokojení bazálních potřeb přímo souvisejících s procesem terapie jako voda, kapesníky, snadno dostupná toaleta. Pokud jsou součástí procesu prostředky pro zápis a záznam, je nezbytné klientovi objasnit, jak a kdy budou používány včetně toho, k čemu zápisy a záznamy

[4] Jejich sedadla by měla být pootočená k sobě a svírat tupý úhel. Není vhodné mezi klienta a psychoterapeuta umisťovat stůl, případně počítač (Kalina, 2013).

[5] Jednotlivé modality psychoterapie mohou používat odlišný setting, nebo jej měnit v závislosti na probíhajícím procesu. Vždy však platí, že setting má na průběh psychoterapeutického procesu vyznaný vliv a představuje základní médium pro tvorbu terapeutického vztahu a pracovní aliance a měl by tedy být terapeutem aktivně utvářen a klient by mu měl rozumět.

slouží a kdo k nim má přístup. Zápis a záznam by neměl být překážkou pro probíhající proces a způsobovat nereflektované nekonzistence v jednání terapeuta.

- Čas – Standardní psychoterapeutické sezení trvá 45 až 50 minut. Začíná a končí ve sjednaný čas. Dlouhodobé dodržování tohoto pravidla je významným parametrem bezpečí a umožňuje klientovi získat základní kontrolu ve smyslu předvídatelnosti procesu. Pokud je důvod pro změnu tohoto nastavení, je nutné vyjasnit s klientem účel takové změny. Tato změna musí sledovat jasný cíl a být opřena o předpokládaný prospěch klienta z této změny. Naopak se nesmí odehrávat nahodile a pokud k nahodilému překročení stanoveného času dojde, musí tato skutečnost být reflektována terapeutem s jasným procesním výstupem.
- Dohoda o frekvenci setkávání – Frekvence sezení se liší dle kontrahovaného terapeutického cíle a z něj odvozené potřeby intenzity procesu.
- Rutinní sledování výsledků – označuje se různými termíny: zpětná vazba výsledků, sledování pokroku, rutinní sledování výsledků a zpětná vazba, péče založená na sledování výsledků, kontinuální měření výsledků a péče založená na zpětné vazbě. Vede k lepšímu *matchingu* péče a potřeb klienta. Dle výzkumu může být rutinní sledování výsledků obtížné pro klienty s výraznou psychopatologií a klienty, kteří spadají do Klastru B poruch osobností (disociální, antisociální, histrionská, narcistická a emočně nestabilní porucha osobnosti); a v případech, kde klinické nastavení neumožňuje personalizovaný *matching* potřeb klienta s terapeutickým působením a přizpůsobení zacílení či směru terapie (Barkham et al., 2023).

5. Popis doporučené praxe

Úvodní setkání

- Využijte úvodní setkání zejména pro zahájení budování bezpečného pracovního spojenectví. Vzhledem ke skutečnosti, že jde o klíčový moment terapie a dle dostupné evidence dochází k ukončení terapie nejčastěji po prvním sezení spíše než v pozdějších fázích (Wampold, 2015), má budování základů pracovního spojenectví, bezpečí a zájmu o vlastní proces přednost před všemi ostatními relevantními cíli. Jako žádoucí se ukazuje uvažovat o úvodním setkání spíše jako o úvodní etapě několika setkání, případně využívat systému „setkání na zkoušku“ (1-3 probatorní setkání).
- Budujte stabilitu pracovního spojenectví. Komunikujte se zřetelnou otevřeností a zájmem o svět klienta, jeho zdroje a obtíže. Využívejte nehodnotící komunikační strategie.
- Využívejte principů obohaceného prostředí (EE) v terapeutickém vztahu a procesu. Podněcujte zájem klienta o jeho vlastní fungování i fungování terapeutického procesu, zkoumejte s ním možnosti jeho zapojení do procesu a jeho zvědavost na možnosti změn, kterých chce dosáhnou.

- Udržujte předvídatelnost. Seznamte klienta s tím, jak pracujete, na čem se vaše odbornost zakládá, co to pro něj v rámci procesu znamená a jak se může na procesu spolupodílet. Věnujte pozornost i ochraně osobních údajů a ochraně sdílených skutečností, včetně jejich limitů. Pokud pořizujete ze setkání záznam, domluvte se s klientem na způsobu jeho pořizování, uchovávání a využívání.
- Podporujte autonomii klienta. Posilujte možnosti svébytné volby klienta, podporujte jeho kontrolu nad interakčními procesy v rámci setkání.
- Zjišťujte relevantní informace a proveďte celkové zhodnocení. Zajímejte se o motivy klienta do psychoterapie vstoupit, o jeho představy o výsledcích setkávání, o jeho obtíže a zdroje. Zajímejte se o předchozí klientovy zkušenosti s psychoterapií.
- Stanovte podobu rutinního sledování. Společně s klientem vyberte vhodné parapety změny, které chcete sledovat a stanovte frekvenci a způsob jejich vyhodnocování tak, aby tento proces byl od začátku prezentováno jako nedílná součást terapie (Barkham et al., 2023).

Kontrahování

- Používejte kontrakt jako prostředek k ujasnění podmínek a cílů společné práce. Předmětem domluvy je frekvence setkávání[6], ohnisko terapeutické zakázky a předpokládaná délka terapie; jde-li o placenou službu, rovněž cena za sezení a způsob úhrady (včetně storno podmínek). Kontrakt nemusí být písemný.
- Dbejte na to, abyste s klientem dosahovali shody o cílech společné práce. Míra shody je pozitivně spojena s výsledkem terapie (Řiháček, 2019).
- Používejte rozhovor jako základní techniku psychoterapie. Využívejte všechny parametry rozhovoru pro vytvoření terapeutického vztahu. Aktivně naslouchejte, poskytujte reflexi a zpětnou vazbu, edukujte, podporujte naději v úspěšný výsledek, udržujte v souladu verbální a neverbální chování, podněcujte emoce a zájem o učení, (Kalina, 2013).

Navázání terapeutického vztahu

- Věnujte zvýšenou pozornost budování terapeutického vztahu. Terapeutický vztah zahrnuje pocity a postoje, které k sobě terapeut a klient navzájem zaujímají, a způsob, jakým je vyjadřují (Norcross a Lambert, 2018). Vztah je jedním z nejdůležitějších prediktorů pozitivního přínosu napříč všemi terapeutickými modalitami (Yakeley, 2014; APA, 2012). Psychoterapeutický vztah má podstatný a trvalý vliv na výsledek terapie nezávisle na typu léčby (Norcross a Lambert, 2018), je předpokladem pro aktivaci dalších postupů (Wampold,

[6] Za krátkodobou psychoterapii se v ambulantní frekvenci setkávání 1x týdně považuje cca 20-30 sezení (asi 3–6 měsíců), za střednědobou bývá označovaná terapie čítající asi 40-120 sezení (1–3 roky). Dlouhodobá terapie čítá asi 120–200 sezení (3–5 let). Za ultradlouhou se označuje psychoterapie trvající systematicky 5 a více let. Na opačném spektru stojí ultrakrátké terapie (3–10 sezení). Rozhraní uváděné v literatuře bývá ovšem neostré. Individuální psychoterapie probíhající v jiných, než ambulantních podmínkách frekvenci sezení zhušťuje (Kalina, 2013).

2015) a je součástí léčebného procesu. K čím hlubší práci na změnách v osobnostní struktuře dochází, tím více žádoucí je podpora bezpečného terapeutického vztahu.

- I v postupující terapii se zaměřujte na budování a udržení terapeutického vztahu a hledejte způsoby, jak jej lze v praxi ověřovat a jak pracovat s negativními okolnostmi, které se ve vztahu mohou objevovat (Klostermann et al., 2019). K oslabení terapeutického vztahu může přispívat nepružné řízení terapie, neschopnost ji strukturovat, či naopak přílišný důraz na strukturu, nevhodné sebeodhalování terapeuta, nevhodné používání mlčení v terapii, neústupné interpretace přenosu či zlehčující a nepřátelská komunikace (Hilsenroth, 2012 In Yakeley, 2014).
- Vystupujte empaticky a aktivně projevujte zájem o terapeutický vztah s klientem.
- Vytvářejte očekávání prostřednictvím vysvětlení obtíží a jejich terapie a zapojením klienta do aktivit na posílení zdraví ve všech jeho aspektech.

Pracovní spojenectví

- S klientem budujte pracovní spojenectví založené na porozumění kontextu obtíží, na vztahu mezi vámi a klientem, na cílech psychoterapie a úkolech, které v terapeutickém vztahu budou probíhat (Wampold, 2015; Norcross a Lambert, 2018).
- Věnujte pozornost vztahu mezi pracovním spojenectvím a procesem terapie. Angažovaný a aktivní vztah stojí na aktivním zapojení, zaměření na „*teď a tady*“ a na průběžné zpětné vazbě (Yakeley, 2014).
- Věnujte pozornost efektivním aspektům terapeutického vztahu jako jsou spolupráce, konsensus v cílech společné práce, empatie, podpora a potvrzení, monitoring a reflexe klientovy zpětné vazby.

Zhodnocení a formulace spolupráce

- Věnujte se posouzení symptomů, současné situace, léčebné a terapeutické historie a zhodnocení životní historie klienta a převažujících vzorců fungování. Při posouzení symptomů se se zaměřte na dobu jejich trvání, typ a závažnost.
- Zvažte přítomnost možných komorbidit.
- Věnujte pozornost současným interpersonálním vztahům, dennímu fungování klienta a jeho psychologické struktuře, stresorům, obtížím a traumatickým událostem v životě, stejně jako současným pocitům a prožívání.
- Zmapujte předchozí zkušenosti s terapií nebo jinou péčí a důvody pro její ukončení, současnou a/nebo v minulosti užívanou psychiatrickou medikaci.
- Zkoumejte osobnost klienta, jeho kapacitu pro tvorbu a udržování vztahů, podobu vztahu s rodinnými příslušníky a blízkými osobami, schopnost vypořádávat se s problémy, adaptaci na nové situace a vnímání sebe sama (Grover et al., 2020).

- Věnujte pozornost úrovni organizace složek osobnosti, jejich fungování, převažujícím afektům, obranám a míře kontroly nad impulsy, a rovněž specifickým modalitám terapeutického vztahu (přenosy a protipřenosy).
- Pamatujte, že posouzení a formulace případu není jednorázovým aktem, ale rozvíjí se a doplňuje v průběhu celého procesu psychoterapie.

Podpora pozitivního očekávání a naděje

- Věnujte se podpoře pozitivního očekávání a naděje. Terapie je prostorem pro podporu očekávání, že účast v terapeutickém procesu a aktivní spolupráce mohou vést ke zlepšení stávající situace. Pozitivní očekávání je žádoucím společným účinným faktorem napříč psychoterapeutickými modalitami (Kalina, 2013).

Monitoring a evaluace

- Věnujte se v terapeutickém procesu také monitoringu a evaluaci. Rutinní monitoring v terapii je transteoretickou metodou kombinující elementy supervize, průběžného hodnocení a zajišťování celkové kvality poskytované služby. Zahrnuje sběr a záznam dat, zpětnou vazbu mezi klientem a terapeutem a přizpůsobování terapeutického působení na základě detekovaných potřeb (Barkham et al., 2023).
- Domluvte se s klientem na záchytných bodech (například po 5 sezeních, po měsíci apod.), během kterých reflektujte a evaluujete společnou práci a aktualizujte cíle, případně rekontrahujete cíle s ohledem na nové skutečnosti. Využití zpětné vazby jako součásti terapeutického procesu pomáhá lépe předvídat zhoršení symptomů a plánovat péči na základě potřeb klienta (Barkham et al., 2023).

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Výsledkem psychoterapeutického procesu může být zlepšení ve spektru životních aspektů. Psychoterapie je nástrojem k posilování náhledu na situaci a k jeho vývoji do produktivní fáze, ve které je možné realizovat změny v životním stylu a upevňovat dosažené výsledky. Psychoterapie slouží k identifikaci afektů a hlubokých kořenů naučených vzorců chování, k nahlédnutí těchto přesvědčení a k posílení seberegulačních dovedností. Napomáhá k posílení sebeúcty a schopnosti sebepéče, podporuje rozvoj a udržování zralých objektivních mezilidských vztahů (Khantzian et al., 2005 In Kalina, 2013).

Cílový stav, jehož má být v psychoterapii dosaženo, může být definován jako úleva od příznaků, úzdrava, úprava chování a zlepšení psychosociální adaptability, podpora růstu a osobnostního zrání a v širším pojetí prospěch klienta ze zvládání, překonávání a řešení životních krizí a obtíží (Kalina, 2013).

Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb definují žádoucí cíle individuální psychoterapie jako získání náhledu na vlastní situaci, porozumění prožívání a motivaci s cílem dosáhnout změny životního stylu ve smyslu minimalizace rizik spojených se závislostním chováním, úzdravy nebo abstinence (ÚV ČR, 2021).

7. Doplňující komentář

Cílů individuální psychoterapie je řada a souvisí s potřebami a možnostmi konkrétního klienta. Níže uvedené charakteristiky lze považovat za relativně univerzální meta-cíle, jichž by mělo být dosahováno vždy v dobře fungující terapii.

Psychoterapeutický proces zahrnuje komplexní zhodnocení, identifikaci základních i přidružených obtíží, zaměření na individuální silné stránky klienta, podporu v procesu zotavení (recovery). Klient prozkoumává problémy a zvyšuje svou iniciaci k jejich řešení. Buduje náhled a zvyšuje vlastní angažovanost v procesu změny. Učí se všímavosti, regulaci emocí, efektivní komunikaci. Může prozkoumávat ambivalence ke změně, posílit vnitřní motivaci, stanovit dosažitelné cíle a dostávat podporu při jejich dosahování. Psychoterapie přispívá ke zlepšení komunikace, nastavování hranic, posílení podpůrné sítě; vede ke zlepšení nálady, zvýšení sebeúcty, zlepšení sociálního fungování, kognitivních schopností a ke zvýšení celkové kvality života.

V terapii dochází k identifikaci varovných příznaků (které vedou ke zhoršení stavu), k rozvoji strategií zvládání a k podpoře zotavení a dlouhodobé stability dosažených změn. Individuální psychoterapie usnadňuje vyhledání léčby bez dlouhodobého narušení každodenního režimu klienta. Umožňuje konzistentní terapeutickou podporu, individualizovaný přístup, monitorování a úpravu cílů terapie s ohledem na vyvíjející se potřeby.

Vedle klasického setkávání terapeuta a klienta tváří v tvář existuje možnost terapie poskytované online či kombinace osobních setkávání a online formy. Psychoterapie v online prostoru má svá specifika, pravidla a zásady. Více například viz informace zpracované Evropskou asociací pro psychoterapii (EAP): https://www.drogy-info.cz/article/blog/doporuceni-eap-pro-online-psychoterapii/

8. Vysvětlivky vybraných pojmů

Mindfulness – do českého jazyka bývá překládáno jako všímavost. Jde o princip věnování vědomé pozornosti tomu, co se odehrává v našem organismu i mimo něj v danou chvíli. Techniky mindfulness je možné se učit a rozvíjet a aplikovat v každodenním životě. Mindfulness v terapii stojí na KBT principech (Mindfulness-Based Cognitive Therapy). Minfulness má dle výzkumů pozitivní dopad na somatické i duševní zdraví, zvyšuje odolnost vůči stresu a emočně náročným situacím, zlepšuje koncentraci a spánek a snižuje pocity úzkosti a deprese. Pro více informací viz: https://mindfulness.med.muni.cz/clanky/co-je-to-mindfulness-a-jak-zacit

Setting – má mnoho významů, v tomto kontextu znamená jakési časové a prostorové nastavení a ohraničení situace a terapeutického prostoru v konkrétním i abstraktním smyslu slova.
Kontrakt – dohoda mezi klientem a terapeutem. Nemusí být písemná, často jde jen o ústní konsensus zahrnující jakési nastínění toho, jak společná práce bude vypadat, jak často a za jakých podmínek bude probíhat.
Recovery – bývá překládáno jako úzdrava, zotavení či zotavování. Jde o (mnohdy celoživotní) proces změny, při němž člověk pracuje na zlepšení vlastního zdraví a naplnění vlastního potenciálu. Někdy bývá recovery stavěno na opačný pól k léčbě, ale to není přesné. Recovery stojí na uvědomění si celistvosti lidského bytí a procesu úzdravy a jeho principy mohou prostupovat formální i neformální terapií. Terapie může být prostředkem k nastartování pozitivní změny. Pro více informací viz https://www.pacienti-recovery.cz

Důkazy účinnosti

I				II				III					IV			V			
a	**b**	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d	e	a	b	c	**d**	**a**	**b**	**c**
1.	2.															9.	5.	7.	6.
3.	4.																10.	8.	
	11.																		
	12.																		

1. APA (2013). Recognition of Psychotherapy Effectiveness. American Psychological Association. Psychotherapy, Vol. 50, No. 1, 102–109. Dostupné z: https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy
2. Barkham, M., Jong, K. de, Delgadillo, J., & Lutz, W. (2023). Routine outcome monitoring. In Hill, C.E, Norcross, & J.C. (Eds.), Psychotherapy skills and methods that work (pp. 429–C15P317). Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/oso/9780197611012.003.0015
3. Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. Annual review of clinical psychology, 15, 207–231. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424
4. Emmelkamp, P. M., David, D., Beckers, T., Muris, P., Cuijpers, P., Lutz, W., Andersson, G., Araya, R., Banos Rivera, R. M., Barkham, M., Berking, M., Berger, T., Botella, C., Carlbring, P., Colom, F., Essau, C., Hermans, D., Hofmann, S. G., Knappe, S., Ollendick, T. H., … Vervliet, B. (2014). Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. International journal of methods in psychiatric research, 23 Suppl 1(Suppl 1), 58–91. https://doi.org/10.1002/mpr.1411

5. Grover, S., Avasthi, A., & Jagiwala, M. (2020). Clinical Practice Guidelines for Practice of Supportive Psychotherapy. Indian journal of psychiatry, 62(Suppl 2), S173–S182. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_768_19
6. Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada.
7. Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada.
8. Klostermann, K., Mignone, T., Mahadeo, M., Papagni, E. (2019). The truth about what works in psychotherapy. Journal of Psychology and Clinical Psychiatry. 2019;10(1):57-58.
9. Mulder, R., Murray, G., & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. The Lancet Psychiatry, 4(12), 953–962. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1
10. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III.*Psychotherapy*, 55(4), 303–315. https://doi.org/10.1037/pst0000193
11. Wampold, B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. World Psychiatry 2015;14:270–277.
12. Yakeley, J. (2014). Psychodynamic psychotherapy: Developing the evidence base. Advances in Psychiatric Treatment, 20(4), 269-279. doi:10.1192/apt.bp.113.012054

Další zdroje

APA (2023).“Equivalence paradox“. APA Dictionary of Psychology. American Psychological Association. Dostupné z: https://dictionary.apa.org/equivalence-paradox
Donald, I., Carey, T.A. (2017). Improving knowledge about the effectiveness of psychotherapy. Psychother Politics Int. 2017;15:e1424.
Řiháček, T., Matějka, P. (2021). Deep learning v psychoterapii: Strojová analýza nahrávek terapeutických sezení. Psychologie 15 (3).
ÚV ČR (2021). Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb. Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Praha. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33575/1116/Standardy_odborne_zpusobilosti_adi-služeb_2021%20–%20Koordinace%2033.pdf

BOX III
2 SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

1. Charakteristika metody

Skupinová psychoterapie je terapií několika klientů najednou prováděná jedním či více terapeuty, přičemž terapeut je aktivním členem skupiny (Ezhumalai et al., 2018). Prostředí skupiny vytváří mezilidské situace se záměrem pomoci ke změnám v chování, prožívání, myšlení a v osobních charakteristikách (Kalina, 2013). Podle výsledků meta-analýz je skupinová psychoterapie efektivní v porovnání s žádnou intervencí, ekvivalentní k jiným formám terapie včetně individuální terapie a efektivní z hlediska času a nákladů (Rosendahl et al., 2021).

2. Indikace a kontraindikace

Pro zařazení do skupiny je třeba posoudit, zda je klient schopný profitovat z této formy terapie a zvážit, zda je schopný a ochotný zabývat se svým interpersonálním chováním, přijímat a poskytovat zpětnou vazbu a být otevřený (Yalom, 2007).
Do skupinové psychoterapie je indikovaný klient stabilizovaný, mimo akutní intoxikaci a odvykací stav. Specifický okruh překážek pro zařazení do skupinové terapie představují situace, kvůli kterým nejsou klienti schopni účastni v hlavních aktivitách skupiny kvůli logistickým, kognitivním nebo interpersonálním faktorům. Mimo tyto faktory by kontraindikace měly být spíše relativní než absolutní. Klient nevhodný pro jednu skupinu kvůli konfliktním osobnostním rysům může profitovat ze skupiny, která je více zaměření na osoby s podobnými rysy (Malhotra a Baker, 2022).

Kontraindikací pro účast ve skupině jsou tedy obecně akutní psychotické symptomy, aktivní suicidální myšlenky, organické poškození, somatická nemoc, která jednoznačně neumožňuje být součástí skupiny (infekční onemocnění, nutný pobyt na lůžku, akutní ataka nemoci vyžadující stabilizaci apod.), výrazný kognitivní deficit, těžká porucha osobnosti a velmi malá motivace pro tuto formu terapie (Ezhumalai et al., 2018).

3. Teoretická východiska

Ve skupinové psychoterapii jednotlivec dosahuje žádoucích změn ve skupině, v jejím kontextu a za její podpory. V psychoterapeutickém procesu hraje roli skupinová dynamika, zároveň je skupina jako celek subjektem terapie a její zkušenost je podstatná pro klienty i terapeuta/y. Prostředí skupiny umožňuje přenosy, možnost porozumění a sdílení, zpětné vazby, možnost projekce maladaptivních (vztahových) vzorců a vzorců pro identifikaci. Zároveň umožňuje korektivní zkušenost a možnost vytváření a uvědomění změn ve vztazích (Kalina, 2013).

Skupiny jsou uzavřené, polootevřené či otevřené. Dle typu je třeba reflektovat příchody a odchody, které jsou ve skupinovém kontextu významné.

Terapeuti by si měli být vědomi různých etap[7] vývoje skupiny, protože přechod přes jednotlivé etapy naznačuje růst a změnu ve skupině:

- Etapa formování *(forming)* je pro klienty náročná, zahrnuje projevy pocitů úzkosti, nedůvěry a nejistoty týkající se skupiny. Bude se projevovat vysoká míra závislosti na terapeutovi a skutečná skupinová interakce bude v této fázi nízká. Terapeuti by měli využít této příležitosti k edukaci skupiny a k vytvoření soudržnosti tím, že budou diskutovat o cílech a očekáváních.
- Etapa „bouření“ *(storming)* je obdobím, kdy si klienti tvoří ve skupině hierarchii, mohou se vytvářet podskupiny a docházet k vnitřním konfliktům. Členové skupiny jsou v této fázi schopni sdílet více intimní detaily o sobě a svém životě. Terapeut by měl usilovat o vyřešení rušivých konfliktů a podporovat skupinu, aby si v ní lidé vytvořili pevné a osobní vztahy. Posílení cílů a účelu skupiny může pomoci klienty stmelit.
- Etapa přizpůsobení *(norming)* je obdobím, kdy z více konfliktní fáze přechází skupina do etapy, v níž se zvyšuje oddanost skupině a jejím cílům a zvyšuje se soudržnost. Velkou část práce v tomto čase přebírají klienti, terapeut by měl v diskusi hrát méně aktivní roli a místo toho usnadňovat diskusi a poskytovat náhledy. Návrat konfliktů je známkou regrese do předchozího vývojového stadia a terapeut by měl zasáhnout, aby skupinu do tohoto stadia vrátil.
- Etapa výkonu *(performing)* ukazuje, jak po vstupu do stádia výkonu skupina vyspěla. Zasahování terapeuta by mělo být minimální, protože skupina funguje téměř zcela samostatně. Klienti si jsou vědomi svých silných a slabých stránek a mohou si navzájem pomáhat v rozvoji a růstu.
- Etapa ukončování *(adjourning)* je posledním stádiem vývoje skupiny. Znamená, že skupinová terapie se chýlí ke konci. Klienti mohou zažívat pocity smutku a úzkosti, protože se již nebudou účastnit sezení. Během této etapy by měl terapeut pomoci klientům vyjádřit jejich pocity a usnadnit diskusi o závěrečných tématech. Kromě toho by měl pomoci členům skupiny plánovat život mimo skupinu a pomoci jim při loučení s touto formou terapie i s ostatními. Nesprávné vedení procesu ukončování může mít na klienty negativní dopad a poškodit pokrok, kterého dosáhli (Malhotra a Baker, 2022).

[7] Platí pro uzavřené skupiny, které se v klinické praxi ne vždy používají. V polootevřené skupině s nízkou frekvencí příchodů a odchodů („skupiny občas otevírané“) může nový člen skupiny procházet obdobným vývojem.

Terapeutické skupiny existují také v režimu bez vedení, jde o svépomocné a podpůrné skupiny a skupiny založené na 12 krocích (AA, NA a další druhy) (Rosendahl et al., 2021).

4. Zásady (nezbytné součásti)

Skupinová koheze – skupinová soudržnost vede k pozitivně prožívané vztahové blízkosti. Členové skupiny zažívají pocit jisté univerzality (podobnost a obecnost problémů a obtíží v životě)[8]. Univerzalita a sounáležitost vedou k poznávání pozitivních vlastností a vývoje ostatních členů skupiny. Tím vzrůstá důvěra v terapii a v to, že může klientovi přinést pozitivní změnu. Dynamická rovnováha koheze a tenze zajišťuje terapeutický potenciál, převaha koheze jej může oslabovat (Kalina, 2013)

Důvěra a bezpečí – členové skupiny ve spolupráci s terapeutem formulují pravidla (nevynášení informací, právo na stop a další). Klienti jsou informováni o nevhodnosti vytváření podskupin a navazování vztahů mezi sebou mimo prostředí skupiny[9]. Terapeut je zodpovědný za bezpečí skupiny.

Transparentnost – otevřenost, přijetí, rovnost a partnerství působí pozitivně na členy skupiny.

Dodávání naděje – cíle se tak stávají dosažitelnými a změna možnou.

Poskytování informací od členů skupiny i terapeuta/ů – díky vzájemným interakcím klienti rozvíjejí socializační techniky a interpersonální učení jeden od druhého. Klienti jsou ve skupině schopni budovat odlišný pohled na situaci a pozorováním ostatních členů měnit své nahlížení i chování.
Korektivní rekapitulace zkušeností z primárního rodinného/pečujícího prostředí – členové skupiny dostávají možnost znovu zažít rodinnou dynamiku v bezpečném a kontrolovaném prostředí a zažít korektivní zkušenost.

Emoční podpora – je nezbytná ze strany terapeuta/ů i členů skupiny. Podpora, sdílení a sdělování, akceptování každého člena s ohledem na jeho jedinečnost a specifika.

[8] Lidé se zkušeností se závislostí či s jinými duševními poruchami mohou mít pocit, že jejich problémy a zkušenosti jsou jedinečné a mnohdy velmi náročné a mohou cítit stud a strach ze sdílení a reakcí jiných osob. Kontext skupiny lidí s mnohdy obdobnými obtížemi dává zažít pocit, že na to nejsou sami.
[9] Toto tvrzení není plošně aplikovatelné. Jednotlivá zařízení formulují vlastní pravidla pro navazování vztahů mezi klienty. Obecně jsou vztahy mezi skupinu považovány za rizikové, nežádoucí anebo zakázané.

Altruismus – dodávání podpory ostatním členům a čerpání této podpory pro sebe. Lidé se mohou posouvat od zaměření na sebe k sounáležitosti s druhými, kultivovat vlastní účinnost, hodnotu a sebeúctu, což se promítá i do života mimo terapii (Kalina, 2013).

Existenciální faktory – působí na chápání skutečnosti, že jsou klienti zodpovědní za svoje rozhodování. Skupina je prostorem pro sdílení minulých i současných zkušeností a tvoří tak prostor pro katarzi. Klienti dosahují většího náhledu na sebe a na faktory ovlivňující jejich chování a prožívání[10] (Malhotra a Baker, 2022).

Strukturovanost – terapeut iniciuje témata ve skupině, podněcuje vzájemné interakce a motivuje členy ke společné práci. Z počátku je třeba více pracovat s jednotlivci, dokud se nevytvoří skupinová koheze a spolupráce (Kalina, 2015).

5. Popis doporučené praxe

Proces sestavování skupiny

- Věnujte se individuálnímu sezení s každým účastníkem před zahájením skupinové terapie.
- Informujte účastníky o účelu skupinového setkávání. Obvykle skupinu tvoří 8–12 členů. Minimálně by měli být členové 2[11] a v maximu by jich nemělo být více než 15.
- Věnujte pozornost indikaci a kontraindikaci, které jsou popsány v oddílu 2. Výzkum potvrzuje, že klientovy charakteristiky ovlivňují skupinový proces a výsledky. Je vhodné zaměřit se na charakteristiky v oblasti *attachmentu*, protože ty mohou ovlivňovat schopnost navazovat vztahy ve skupině a s terapeutem/y (Rosendahl et al., 2021).

Setting

- Zajistěte dostatek židlí pro všechny členy skupiny, tak aby se všichni viděli a slyšeli. Pokud některý z klientů během sezení není přítomen, měla by jeho židle zůstat prázdná, ale v kruhu ostatních. Klienti a terapeut(i) mají stejné židle/křesla.
- Komunikujte s klienty nutnost respektovat základní pravidla v terapeutickém procesu. Dodržována by měla být pravidelnost, dochvilnost, mlčenlivost a důvěrnost sdělovaných informací. Sdělované informace nemají být diskutovány mimo kontext skupinových sezení.

[10] Účinné faktory volně dle I. Yaloma. Obdobně formuluje účinné faktory S. Kratochvíl. Řadí mezi ně členství ve skupině, emoční podporu, pomoc jiným, sebeexploraci a sebeprojevení, odreagování, konfrontace a zpětné vazby, náhled, kolektivní emoční zkušenost, nácvik nového chování a zisk nových informací a sociálních dovedností (Kalina, 2013).

[11] V rozporu s minimálním počtem členů skupiny uváděným v literatuře se v praxi využívá minimální počet členů tři. Dva členové nevytvoří dostatečnou vztahovou síť potřebnou pro interpersonální učení.

- Komunikujte s klienty význam stanovené frekvence skupinové terapie ve vazbě na stanovené cíle, zpravidla probíhá jednou týdně až 3 – 4x denně dle typu zařízení a klinických podmínek. Skupinová sezení obvykle nepřesahují 90 minut.

Budování vztahů a skupinové koheze

- Věnujte pozornost skupinové kohezi. Ta je prokazatelně efektivním vztahovým aspektem v terapii (Norcross a Lambert, 2018). Skupinová koheze, obdobně jako aliance v individuální terapii, je jedním z klíčových elementů terapie a je vhodné ji průběžně monitorovat (Norcross a Lambert, 2018).
- Do skupiny zahrňte klienty v různých fázích léčby/terapeutického procesu/recovery, aby se usnadnilo individuální zotavení. Díky srovnání s jinými, kteří jsou v procesu zotavování dále, si členové skupiny mohou začít představovat sami sebe v podobné situaci (Malcolm et al., 2016 In Malhotra a Baker, 2022).

Procesy

- Umožňuje členům skupiny zapojit se do interakcí, rozšiřujte diskusi, pokud je to přínosné, poskytujte náhled a zároveň se snažte vyhýbat předčasné interpretaci. Dle Yaloma (2007) si klienti na počátku do skupiny přenáší své předchozí zkušenosti, které promítají do svojí percepce druhých členů a do svého chování vůči nim (přenos, projekce). Po čase se tedy ve skupině chovají obdobně jako mimo ni[12]. V tomto pojetí není nutné dopordrobna vyprávět historii člověka, protože dříve či později se jeho chování, vnímání a prožívání objeví ve skupině.
- V roli terapeuta fungujte jako podporovatel, pomáhejte klientům formovat, rozvíjet a dosahovat jejich cílů. Naslouchejte názorům členů skupiny a neste zodpovědnost za průběh sezení dle stanovených pravidel a časového harmonogramu.
- Pomáhejte některým jednotlivým členům využít specializované služby prostřednictvím doporučení, pokud mají potřeby, které nelze uspokojit v rámci skupiny.
- Kultivujte dovednost zaznamenávat vývojové procesy, které probíhají při práci se skupinou a naučte se skupině pomoci při vyhodnocování jejích zkušeností jako prostředku ke zlepšení.
- Buďte si vědomi svých vlastních pocitů vůči členům skupiny (zkušenosti s jinými skupinami, např. se studenty, kolegy apod. mohou ovlivnit interakci se skupinou). V roli terapeuta působíte ve skupině intrapersonálně a interpersonálně (AGPA, 2007).
- Věnujte prostor zpětné vazbě zaměřené na vztahy a na pokroky v terapii (Rosendahl et al., 2021). Nejpříznivějším faktorem, který klienti se zkušeností s užíváním návykových látek a závislostním chováním vnímají během skupinové terapie, je katarze, soudržnost skupiny a

[12] Maladaptivní spirála dle Yaloma.

interpersonální učení. Důležitá je také zpětná vazba, odměna, přijetí ve skupině, pocit sdílení a sounáležitosti s celkem, důvěrnost, podpora a identifikace potřeb a oblastí, na kterých je třeba pracovat (Ezhumalai et al., 2018).

Typ skupiny

- Při práci s lidmi se zkušeností se závislostním chováním můžete s ohledem na žádoucí cíle uplatnit různé typy skupin, ve kterých je v souladu se stanoveným cílem klientů skupina různě tematicky a koncepčně zaměřena, například edukativně, nácvikově, životopisně, tematicky a interakčně. V praxi se kombinují různé směry, přístupy a typy skupin. Genderové skupiny jsou specificky zaměřené na témata, která jsou výrazněji akcentována v daném genderu.
- Klienty do skupiny vybírejte na základě podobnosti jejich obtíží (Kalina, 2013). Na druhé straně určitá různorodost skupiny (heterogenita), např. v parametrech věku, genderu, životní zkušenosti apod. rozšiřuje kapacitu interpersonálního učení.
- Skupiny s blízkými pojímejte jako informační, edukační, interaktivní. Tyto skupiny mohou využívat skupinové dynamiky a některých faktorů skupinové psychoterapie, ale blízcí nevstupují do psychoterapeutického procesu klienta, jde o jiný kontrakt.

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Cíle skupinové terapie se často shodují s cíli individuální psychoterapie, ale zahrnují také jedinečné cíle související s prostředím a dynamikou skupiny. Skupinová psychoterapie přispívá k budování pocitu sounáležitosti a podpory, k možnosti sdílet zkušenosti, ke snížení pocitu izolace a stigmatizace, k rozvoji mezilidských dovedností, k osobnímu růstu a pozitivní změně. Výsledné cíle skupinové terapie jsou přenášeny do běžného života (Ezhumalai et al., 2018).

Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb definují cíle zejména jako získání náhledu na závislostní chování, porozumění vlastnímu prožívání a motivaci s cílem dosáhnout změny životního stylu ve smyslu minimalizace rizik spojených se závislostním chováním, úzdravy nebo abstinence (ÚV ČR, 2021).

7. Doplňující komentář

Cílů skupinové psychoterapie je řada a souvisí s potřebami a možnostmi konkrétního klienta. Dále uvedené charakteristiky lze považovat za relativně univerzální meta-cíle, jichž by mělo být dosahováno vždy v dobře fungující skupinové psychoterapii. Skupinová terapie nabízí příležitosti k

nácviku sociálních dovedností, komunikace a řešení konfliktů v podpůrném prostředí. Skupinová dynamika podporuje u účastníků pocit odpovědnosti a motivace ke změně. Podpora a porozumění skupiny snižuje pocity izolace a stigmatizace a podporuje pocit sounáležitosti. Sdílením svých příběhů a naslouchání ostatním mohou účastníci normalizovat své zkušenosti, snížit pocity studu a sebeobviňování a získat náhled na svou situaci. Skupinová terapie pomáhá normalizovat proces vyhledávání odborné pomoci. Skupinová sezení nabízejí bezpečné prostředí, kde se účastníci mohou vyjádřit, validovat své potíže a dostat vhodnou odbornou pomoc. Psychoterapie vede k vytváření podpůrné sítě i po ukončení péče. Terapie vede ke zlepšení nálady, zvýšení sebeúcty, zlepšení sociálního fungování, kognitivních schopností a celkové kvality života. Členové skupiny spolupracují na vytváření plánů prevence relapsu, identifikaci spouštěčů a přístupu ke komunitním zdrojům pro trvalou podporu. Intenzivní skupinová terapeutická sezení vedou ke zpracování myšlenek, pocitů a chování v podpůrné a neodsuzující atmosféře. Cílem je zlepšit dovednosti zvládání problémů, strategie prevence relapsu a sebeuvědomění. Účastníci se učí praktické postupy a techniky pro zvládání cravingu, identifikaci spouštěčů a zvládání rizikových situací.

8. Vysvětlivky vybraných pojmů

Attachment – Citová vazba (s matkou nebo náhradní matkou) tvoří komplex emoční a kognitivní reprezentace, jež je rozvíjena a upevňována od raného dětství. Kvalita citové vazby výrazně ovlivňuje intrapersonální a interpersonální vztahy v průběhu života. V dětství se jedná o dyadický vztah v rané fázi života, který je podkladem adekvátního vztahu k sobě a k druhým (Bowlby, 2010 In Doležalová, 2016).

Důkazy účinnosti

I				II				III					IV				V		
a	**b**	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d	e	**a**	b	c	**d**	**a**	**b**	**c**
9.	8.												3.			6.	1.	5.	4.
																7.	2.		6.
																	3.		10.
																	8.		

1. AGPA (2007). Practice guidelines for group psychotherapy. The american group psychotherapy association. Science to service task force. Dostupné z: https://www.agpa.org/docs/default-source/practice-resources/download-full-guidelines-(pdf-format)-group-works!-evidence-on-the-effectiveness-of-group-therapy.pdf?sfvrsn=ce6385a9_2

2. Ezhumalai, S., Muralidhar, D., Dhanasekarapandian, R., & Nikketha, B. S. (2018). Group interventions. Indian journal of psychiatry, 60(Suppl 4), S514–S521. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_42_18

3. Malhotra A, Baker J. Group Therapy. [Updated 2022 Dec 13]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549812/

4. Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada.

5. Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada.

6. Yalom, I. (2007). Teorie a praxe skupinové psychoterapie. PORTÁL, s.r.o. ISBN: 80-7367-304-5.

7. Esposito, G., Formentin, S., Marogna, C., Sava, V., Passeggia, R., & Karterud, S. W. (2022). Pseudomentalization as a Challenge for Therapists of Group Psychotherapy With Drug Addicted Patients. *Frontiers in psychology*, *12*, 684723. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.684723

8. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. 55(4), 303–315. https://doi.org/10.1037/pst0000193

9. Rosendahl, J., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M., & Strauss, B. (2021). Recent Developments in Group Psychotherapy Research. *American journal of psychotherapy*, 74(2), 52–59. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031

10. Kalina, K. (2008). Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Grada Publishing a.s., 2008. ISBN: 978-80-247-2449-2.

Další zdroje

Doležalová, P. (2016). Perspektiva teorie citové vazby v léčbě závislostí dospělých klientů. *Adiktologie*, 16(3), 236–244.

ÚV ČR (2021). Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb. Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Praha. ISBN 978-80-906148-9-5

BOX III

3 PÁROVÁ A RODINNÁ PSYCHOTERAPIE

1. Charakteristika metody

Párová a rodinná terapie jsou terapií páru či rodiny s jedním či dvěma terapeuty. Klientem je přitom celý pár nebo rodina. Terapie párů a rodin je účinná při snižování závažnosti závislostního chování, snižování souvisejících párových a rodinných konfliktů, pro zlepšování komunikace a soudržnosti v rodině i pro podporu efektivních rodičovských postupů. Terapie je efektivní také v oblasti snižování partnerského násilí a v redukci vystavení dětí násilí v rodině (Ahluwalia et al., 2018; Barraca Mairal, 2015).

Párová terapie může vytvářet dobrou podporu pro dosažení žádoucích změn jak v oblasti závislostního chování, tak v oblasti partnerských vztahů. Manželská a rodinná terapie musí být citlivá ke genderu a kultuře (Ahluwalia et al., 2018). Rodinná terapie je prospěšná při léčbě poruch způsobených závislostním chováním bez ohledu na to, zda je poskytována jako výhradní péče, nebo je součástí vícesložkového programu (Hogue et al., 2022).

2. Indikace a kontraindikace (cílová skupina/klinická situace)

Terapeutické programy by měly nabízet párovou a rodinnou terapii jako standardní součást adiktologické péče (Hogue et al., 2022). Zapojení rodinných příslušníků do léčby přináší prospěch lidem, kteří chtějí změnu, i rodinnému systému jako celku (Esteban et al., 2023). Párová a rodinná terapie mají pozitivní vliv na zapojení do léčby (*engagement*). Obzvlášť vhodné je zařazení rodinné terapie u adolescentních klientů (Hogue et al., 2022). Aktivní zapojení rodiny je z vývojového hlediska klíčové pro ovlivnění pozitivních výsledků a udržení dlouhodobého zotavení mladých lidí (Hogue et al., 2022 In Esteban et al., 2023).

Kontraindikací je soudní rozhodnutí o tom, že partneři spolu nemají být ve styku, závažné kognitivní narušení či akutní psychóza, závažné fyzické násilí a závislostní chování přítomné u obou partnerů zároveň (Ahluwalia et al., 2018).

3. Teoretická východiska

Stabilní, oboustranně uspokojivý vztah v páru je spojen s oboustranným prospěchem pro partnery a jejich děti (Halford & Snyder, 2012 In Barraca Mairal, 2015). Rodina představuje rizikový i ochranný faktor a zlepšení v oblasti závislostního chování tak může usnadňovat nebo mu bránit. Problémy ve vztahu, špatná komunikace a nevhodné strategie pro řešení problémů mohou předcházet závislostnímu chování a dysfunkční vztahy mohou závislostní chování udržovat a usnadňovat. Manželské a rodinné konflikty mají také tendenci usnadňovat návrat k závislostnímu chování (Ahluwalia et al., 2018).

Terapeut musí zkoumat různé aspekty fungování rodiny, aby určil, které z nich je třeba posílit, změnit nebo omezit, aby se zvýšila účinnost intervencí. Rodinnému systému/páru je třeba věnovat stejnou pozornost, jakou by dostával klient v individuální terapii (Ahluwalia et al., 2018).

Rodinná terapie jako součást adiktologické péče sleduje dva hlavní cíle. Snaží se o využití silných stránek a zdrojů rodiny, aby pomohla najít, rozvinout nebo udržet způsoby, jak žít bez návykových látek/závislostního chování a snižuje dopady užívání na klienta a jeho rodinný systém. V centru pozornosti je rodina a/nebo jednotlivec v kontextu rodinného systému. Člověk se závislostním chováním je považována za subsystém v rámci rodinné jednotky (jeho/její symptomy mají závažné důsledky v celém rodinném systému). Rodinné vztahy v rámci tohoto subsystému jsou body terapeutického zájmu a intervencí (Ahluwalia et al., 2018).

4. Zásady (nezbytné součásti)

Pro párovou a rodinnou terapii musí být bezprostředně zajištěno bezpečí všech členů rodinného či partnerského systému. Dále viz zásady pro individuální a skupinovou psychoterapii. I v tomto případě jsou zásadní setting, důvěra, kontrakt, pracovní aliance, dodávání naděje, emoční podpora a další složky psychoterapie.

5. Popis doporučené praxe

Konkrétní kroky a intervence používané v párové a rodinné terapii se liší v závislosti na jedinečných potřebách a okolnostech každého klienta, páru a rodiny v souladu s odbornou profesní

přípravou terapeuta a koncepcí pracoviště. Následující kroky jsou obecné, ale představují minimální rámec, dle kterého se lze řídit v práci s párem či rodinou.

Úvodní setkání

- Zaměřte se na zjištění a vzájemné pochopení toho, jak pár/rodina vnímá svůj problém, jakou má motivaci a potřebu podstoupit terapii. Zkoumejte zdroje rodiny, předchozí zkušenosti s péčí, potřeby a očekávání.
- Vyhodnoťte, zda je terapie pro danou problematiku vhodná.
- Vysvětlete páru/rodině povahu a modalitu terapie a uzavřete neformální dohodu o rolích jednotlivých členů páru/rodiny a terapeuta. Stanovte zásady, co se má a nemá dělat v rámci terapeutického procesu (Varghese et al., 2020).
- Dojednejte s rodinou/párem časový rámec, předpokládanou délku, kontrolní body (např. po 5 sezeních, po měsíci[13]) a v případě, že jde o placenou službu, také další nezbytné strukturální prvky jako úhradu a storno podmínky.

Zhodnocení a zapojení (engagement)

- Proveďte úvodní posouzení k porozumění dynamice páru nebo rodiny, včetně povahy a rozsahu závislostního chování, vztahové dynamiky, rodinné historie a individuálních problémů jednotlivých členů.
- Posouzení různých aspektů fungování rodiny a interakcí věnujte přibližně 3-5 sezení s celou rodinou či párem, přičemž každé sezení trvá přibližně 45 až 60 minut (Varghese et al., 2020).
- Dotazujte se na historii vztahu, komunikační postoje a historii rodiny, tak aby bylo možné odhalit případné nepříznivé zkušenosti z minulosti související se současnými obtížemi (Ahluwalia et al., 2018).
- Věnujte se v počáteční fázi terapie vytvoření vyváženého pracovního spojenectví s párem/rodinou, stanovení cílů a zmapování časové osy adiktologické problematiky, která často souvisí s životními změnami a velkými životními stresory. Intervence zaměřené na aktivní zapojení páru/rodiny do terapeutického procesu obvykle probíhají v počáteční fázi léčby, ačkoli v rodinné terapii závislosti se k zapojování a stanovování cílů terapeut s klienty neustále vrací (Bobek a Hogue, 2023).

Stanovení cílů

- Spolu s klienty stanovte cíle terapie, které se týkají problémů se závislostním chováním, a to i v kontextu dynamiky vztahů. Tyto cíle mohou zahrnovat snížení užívání, zlepšení komunikace, obnovení důvěry a zlepšení celkového fungování vztahu/rodiny.

[13] Během nich společně reflektujte změny a případně aktualizujte zakázku terapie a kontrakt s ohledem na aktuální situaci a cíle.

- Intervence zaměřené na vztahy zavádějte, jakmile klient udrží abstinenci a pár /rodina pravidelně navštěvují sezení. Hlavním cílem této části terapie je posílit pozitivní pocity, komunikační dovednosti a schopnosti řešení problémů. Komunikační dovednosti zahrnují dovednosti naslouchat, přímo vyjadřovat emoce a dovednosti k vyjednávání (Ahluwalia et al., 2018).
- S párem/rodinou uzavřete kontrakt o spolupráci. Kontrakt nemusí být písemný.

Psychoedukace

- Poskytujte informace o poruchách způsobených závislostním chováním, jejich dopadu na vztahy a o dostupných možnostech péče. To pomáhá zvýšit informovanost a porozumění všech zúčastněných stran.
- V rámci edukace zahrňte poskytnutí základních informací o nemoci/poruše, jejím průběhu, příčinách, léčbě a prognóze (Varghese et al., 2020).

Přerámování vztahu

- Aplikujte intervence s cílem odklonit se od individuálních způsobů definování problémů (např. označení jednoho člena rodiny jako výhradního nositele problému – *„on je závislý, my potíže nemáme“*) a z toho plynoucích generování řešení, veďte pár/rodinu k chápání zaměřenému na vztahy.
- Zaměřte se na to, aby cílem intervencí bylo odstranit iracionální popisy a přisuzování významů chování členů rodiny/páru a místo toho se zaměřujte na pochopení motivace chování na základě vztahů.
- Pomozte klientům pochopit komplexnost lidského chování a podpořte je v porozumění vlastním emocím a vzorcům chování, reflektujte uváděné informace a pomáhejte je uvádět do souvislostí (Bobek a Hogue, 2023).
- V závislosti na konfliktech a dosavadním průběhu terapie se můžete zaměřit na analýzu konkrétních předchozích konfliktů, například tím, že přezkoumáte s klienty minulý incident a navrhnete alternativní způsoby, jakými na sebe mohli klienti reagovat, nebo místo toho přejdete přímo k řešení zdrojů konfliktů na abstraktnější úrovni, například tím, že poukážete na vzorce interakce, kterých si pár/rodina možná nevšimla (Varghese et al., 2020).

Podpora změny chování

- Aplikujte intervence zaměřené na změnu chování, které cílí na nácvik nových dovedností a podpoření individuální změny, která povede ke zlepšení vztahů.

- Zaměřte se na nácvik dovedností jako například asertivní komunikační dovednosti, prosazování zdravě nastavených hranic, vyjednávání o pravidlech a hranicích, efektivnější vyjadřování pocitů apod. (Bobek a Hogue, 2023).
- Vnímejte jako klíčové posílit dovednosti členů rodiny nebo partnera s adiktologickým symptomem, aby podpořili změnu a intervence vedoucí k posílení komunikačních dovedností a řešení problémů v souvislosti se závislostním chováním (Lee et al., 2023).

Restrukturalizace

- Zkoumejte párovou/rodinnou dynamiku a role pro identifikaci vzorců interakcí, které mohou přispívat k závislostnímu chování nebo bránit zotavení.
- Zaměřujte intervence na změnu způsobu řízení rodinného systému, tj. na změnu základních přesvědčení, předpokladů a rodinných/párových pravidel. Tento systémový přístup pomáhá klientům rozpoznat, jak individuální chování ovlivňuje celý rodinný/vztahový systém.
- Pomozte klientům prozkoumat možná přesvědčení o různých rolích, které zastávají dva různí rodiče, a pomozte jim přijít na způsob, jakým mohou společně oba rodiče reagovat na své dítě.
- Povzbuzujte členy rodiny k tomu, aby porozuměli dynamice své rodiny a tomu, jak tato dynamika souvisí s problematickým chováním. To nakonec podněcuje posuny ve vazbě a emočních procesech mezi členy rodiny/párem (Bobek a Hague, 2023).
- Poskytujte průběžnou podporu a sledujte, zda se klientům daří udržovat pozitivní změny.
- Pravidelně se věnujte hodnocení aktuálního stavu a v případě potřeby doporučujte další služby.

Ukončování spolupráce

- Pracujte s klienty na strategiích, jak předcházet relapsu a jak se vyrovnat se spouštěči a s cravingem. To může zahrnovat identifikaci rizikových situací, rozvoj dovedností pro zvládání a vytvoření podpůrného prostředí pro zotavení.
- Podporujte klienty v posilování jejich podpůrné sítě a hledání jejich zdrojů.
- S párem/rodinou zkontrolujte původní cíle terapie. Společně přezkoumejte cíle, kterých bylo dosaženo a reflektujte, jaké další se v průběhu terapie objevily.
- Zdůrazňuje klientům, že je potřeba pokračovat v těchto nových vzorcích a upevňovat je v rámci rodinného/párového systému (Varghese et al., 2020).

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Cílem párové/rodinné terapie je ovlivnit komplexní vztahové vzorce a změnit je tak, aby došlo k produktivní změně pro celou rodinu či pár. Vychází se ze systémové perspektivy předpokládající, že změny v jedné části rodinného systému mohou vyvolat a vyvolávají změny v

dalších částech systému a tyto změny mohou přispět k řešení. Terapie rodiny či páru působí příznivě na snížení závislostního chování, zlepšení rodinných vztahů, lepší pracovní výsledky, dodržování péče, udržení v péči a dlouhodobé udržení dosažených výsledků (Ahluwalia et al., 2018). Obvyklými cíli rodinné terapie jsou zlepšení komunikace, řešení rodinných problémů, pochopení a řešení rodinných situací a vytvoření lépe fungujícího domácího prostředí. Konkrétně v terapii dochází ke zkoumání interakční dynamiky rodiny, mobilizaci zdrojů páru či rodiny, restrukturalizaci maladaptivních interakčních stylů a posílení společného řešení problémů (Varghese et al., 2020).

Terapeutické programy, které zahrnují partnery, jsou efektivní ve zvyšování motivace klientů do vstupu a pokračování v péči. Jsou také spojeny s lepšími výsledky péče zahrnujícími snížení závislostního chování, delší období abstinence a lepší vztahové fungování (Ahluwalia et al., 2018).

Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb stanovují, že pokud služba poskytuje poradenství pro rodinné příslušníky a blízké osoby, zohledňuje individuální podmínky s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování (ÚV ČR, 2021).

7. Doplňující komentář

Je třeba být ostražitý/á k přílišné ochotě nabízet řešení, návrhy a pomoc. Pokud terapeut začne v interakci dominovat tím, že mluví, radí, navrhuje, komentuje, ptá se a interpretuje hned na začátku, klienti se mohou stáhnout. Zpočátku je vhodné zjišťovat realitu rodiny či páru otevřenými otázkami, aby bylo možné klientům porozumět. V interakcích s klienty je vhodné udržovat neutrální postoj (Varghese et al., 2020).

Psychoedukativní účinek mají také skupiny s blízkými (rodičovské, partnerské). Ačkoliv nejde o psychoterapii, význam těchto skupin je v psychoedukaci, podpoře, sdílení informací a motivaci (Kalina, 2015).

8. Vysvětlivky vybraných pojmů

Restrukturalizace – rozpoznání nefunkčních a konfliktních vzorců myšlení a chování a jejich nahrazení konstruktivnějšími způsoby přemýšlení a jednání.
Kontrakt – dohoda mezi klienty a terapeutem. Nemusí být písemná, často jde jen o ústní konsensus zahrnující popis toho, jak společná práce bude vypadat, jak často a za jakých podmínek bude probíhat.
Engagement – aktivní zapojení do léčby/do terapeutického procesu.

Důkazy účinnosti

I				II				III					IV				V		
a	**b**	**c**	d	a	b	c	d	a	b	c	d	e	a	b	c	**d**	a	**b**	c
	4. 5.	7.														2.		1. 3. 6. 8.	

1. Ahluwalia, H., Anand, T., & Suman, L. N. (2018). Marital and family therapy. *Indian journal of psychiatry*, *60*(Suppl 4), S501–S505. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_19_18 přehledový článek autorů

2. Barraca Mairal J. (2015). Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT) as a third-wave therapy. *Psicothema*, *27*(1), 13–18. https://doi.org/10.7334/psicothema2014.101

3. Bobek, M. a Hogue, A. (2023). Family Therapy for Addiction. What Is It, and How Can It Help My Family? Dostupné z: https://drugfree.org/article/family-therapy-for-addiction/

4. Esteban J., Suárez-Relinque C., & Jiménez T. I. (2023). Effects of family therapy for substance abuse: A systematic review of recent research. *Family Process*, 62, 49–73. https://doi.org/10.1111/famp.12841 - systematické review

5. Hogue, A., Schumm, J. A., MacLean, A., & Bobek, M. (2022). Couple and family therapy for substance use disorders: Evidence-based update 2010-2019. *Journal of marital and family therapy*, *48*(1), 178–203. https://doi.org/10.1111/jmft.12546 - metaanalýza

6. Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing, a.s.

7. Lee, B. K., Ofori Dei, S. M., Brown, M. M. R., Awosoga, O. A., Shi, Y., & Greenshaw, A. J. (2023). Congruence couple therapy for alcohol use and gambling disorders with comorbidities (part I): Outcomes from a randomized controlled trial. *Family process*, *62*(1), 124–159. https://doi.org/10.1111/famp.12813 -

8. Varghese, M., Kirpekar, V., & Loganathan, S. (2020). Family Interventions: Basic Principles and Techniques. *Indian journal of psychiatry*, *62*(Suppl 2), S192–S200. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_770_19

Další zdroje

ÚV ČR (2021). Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb. Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Praha. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33575/1116/Standardy_odborne_zpusobilosti_adi-služeb_2021%20–%20Koordinace%2033.pdf

BOX III

4 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

1. Charakteristika metody

Komunita je malé společenství lidí, v němž jsou stanovena jasná pravidla a kde pilíři terapeutického procesu jsou svépomoc a vzájemná pomoc. Terapeutická komunita (TK) je metodou, ve které má terapeutický efekt samotná komunita, která se skládá ze sociálního prostředí, vrstevníků a pracovníků. Komunita je tedy jak kontextem, v němž dochází ke změně, tak metodou usnadňující změnu (De Leon, 1995) a je aktivně využívaná jako primární metoda pro facilitaci sociálních a psychologických změn jednotlivce. Vztah klientů a týmu je důležitým prvkem TK. Základním nositelem změny je vztah klient – terapeut, klient – skupina a klient – komunita. Klient je v TK hlavním protagonistou odpovědným za svůj osobní rozvoj vedoucí ke smysluplnějšímu a odpovědnějšímu životu a za udržení blaha komunity (Vanderplasschen et al., 2014).

Komunity nabízejí prostředí bez návykových látek[14] (které jsou zdrojem primárních klientových obtíží), kde lidí žijí společně organizovaným, strukturovaným způsobem, a kde získávají potřebné znalosti a dovednosti, které jim umožní žít udržitelnějším životním stylem po návratu do společnosti. Klíčovým charakteristickým rysem TK je využití samotné komunity jako základního činitele změny („komunita jako metoda“). Přestože vzájemný zájem nelze vyvolat nedobrovolně, prostředí TK je výslovně strukturováno tak, aby jej podporovalo. Pravidelná setkávání, formální i neformální aktivity, při nichž se spolupracuje při práci, hře a terapii, a struktura, v níž se pravidelně zvažují vztahy mezi členy a členové jsou povzbuzováni ke sdílení odpovědnosti za sebe navzájem a individuálně, to vše podporuje rozvoj zájmu o prospěch klienta i komunity (Carr a Ball, 2014). Členové komunity sdílejí odpovědnost jeden za druhého a přijímají společná rozhodnutí, která ovlivňují fungování komunity (Paget, 2008 In Carr a Ball, 2014).

[14] Nepřítomnost NL v rámci terapeutické komunity může mít své výjimky a kontroverze: do některých TK v ČR i v zahraničí jsou přijímáni i klienti na substituci, obvykle jsou akceptovaná také nenávyková psychofarmaka předepisovaná lékařem.

Mezi účinné faktory TK patří například bezpečné prostředí pro růst, sociální, resp. interpersonální učení, zpětné vazby, náhled, převzetí odpovědnosti, učení nápodobou, terapeutický dopad všech aktivit na komunitu, učení se z krizových situací, zvyšování sebeúcty cestou vlastního přičinění, integrace pozitivních hodnot, učení se rozumět emocím a vyjadřovat je (Jones, 1953; Kratochvíl, 1979; Campling a Haig, 1999, Kooyman, 2003 In Kalina, 2008).

2. Indikace a kontraindikace (cílová skupina/klinická situace)

TK se doporučuje zejména uživatelům návykových látek se závažnými poruchami osobnosti, omezenou podporou rodiny a opakovaným selháním předchozích pokusů o léčbu (Vanderplaschen et al., 2014).

Dle požadované změny je možném indikovat program terapeutické komunity v těch situacích, kdy je přítomna motivace k hlubší změně životního stylu zahrnující abstinenci a současně je přítomna jedna nebo více z následujících skutečností:

- neúspěšně proběhly předchozí pokusy o změnu.
- jsou přítomny další zdravotní komplikace.
- jsou přítomny další sociální komplikace.
- jsou přítomny další komplikace v oblasti duševního zdraví.

Všechny výše uvedené charakteristiky mohou být od určité míry také kontraindikací. Vždy je nutné posuzovat vhodnost na základě individuální situace, charakteristik a cílů klienta.

3. Teoretická východiska

Terapeutická komunita je zpravidla strukturovaným prostředím s definovanými morálními i etickými hranicemi. Významným faktorem je pocit, že je klient součástí něčeho vyššího, co jej přesahuje. Lidé v TK jsou jejími členy, mají významnou roli při rozhodování a řízení a stávají se pozitivními vzory pro ostatní (Kalina, 2015). V TK je podskupinou skupina klientů a skupina pracovníků. Tým má pravomoci vůči komunitě, především v odborných záležitostech a při rozhodování má zpravidla konečné slovo. V současnosti je v ČR nejvíce obvyklá hierarchická struktura TK[15], kde se postavení klienta odvíjí jednak od léčebné fáze, jednak od funkce v samosprávě komunity. Klienti v nižších fázích mají méně práv i povinností, postupem do vyšších fází přebírají vyšší míru povinností, zodpovědnosti a také práv a výhod (Kalina, 2015).

[15] Existují také tvz. demokratické TK, více viz: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1626/317/Evaluace_vysledku_lecby_v_terapeutickych_komunitach.pdf, str.15 nebo Kalina (2008).

Součástí fungování komunity jsou mimo jiné neformální prvky každodenního života. Tímto způsobem dochází postupně k odklonu od neverbálního odehrávání k uvědomování a verbálnímu vyjadřování. Účast v TK stojí mimo jiné na řešení široké škály každodenních interakcí. Všichni mají možnost diskutovat jakýkoliv prvek z komunitního života. Všichni členové komunity pravidelně zkoumají vztahy a emoce k sobě navzájem. Členové komunity sdílejí vzájemnou odpovědnost a podílejí se na plánování a ukončování léčby (Shah a Paget, 2006 In Šefránek, 2014).

TK uplatňuje postupy založené na účinných faktorech terapeutické komunity jako metody a na účinných faktorech skupinové terapie (viz DKP pro skupinovou psychoterapii) ÚV ČR, 2021).

4. Zásady (nezbytné součásti)

Komunita – společenství lidí, ve kterém jsou pilíři terapeutického procesu svépomoc a vzájemná pomoc.
Pravidla komunity – platí pro všechny členy společenství.
Program – program kombinuje běžné denní činnosti, psychoterapeutické metody, péči o společný prostor, o sebe a ostatní členy komunity.

5. Popis doporučené praxe

Ačkoliv každá TK vychází ze své jedinečnosti, svých specifik a vlastních pravidel, následující prvky by měly být přítomny vždy. Terapeutická komunita je jednak specifickým terapeutickým modelem a prostředím, a dále je „komunita jako metoda“ přístupem zahrnujícím participaci ve společenství, která vede jedince k dosažení jeho cílů (NIDA, 2015).

Úvodní zhodnocení

- Na začátku terapeutické práce proveďte komplexní posouzení individuálních potřeb klienta v oblasti fyzického a psychického zdraví, v oblasti sociální i spirituální. Zhodnocení zahrnuje například historii užívání návykových látek, rodinné prostředí, významné události v životě, kulturní aspekty a další relevantní oblasti.
- Zvláštní pozornost věnujte vhodnosti intervence/matchingu v rámci hodnocení motivace, protože se pravděpodobně jedná o výrazný prediktor toho, jak budou klienti reagovat na iniciační fázi. Motivace a připravenost jsou silnými prediktory pozitivní reakce na léčbu i retenci v TK (Goethals et al., 2012).

Individualizovaný plán péče

- Na základě zhodnocení ve spolupráci s klientem vytvořte individuální plán reflektující cíle v oblasti adiktologické, v oblasti duševního a fyzického zdraví, mezilidských vztahů, práce, vzdělání, bydlení, zapojení rodiny/blízkých apod.
- Dbejte na to, aby každý klient měl svého garanta, odpovědného za vedení případu. Garant pravidelně hodnotí stav klienta a plnění léčebného plánu (Kalina, 2015).
- Dbejte na to, aby každý klient měl vytvořený svůj plán péče, který je pravidelně revidován na základě potřeb. Součástí plánu je plánování odchodu z komunity (ATCA, 2019).

Strukturovaný program

- Realizujte TK jako spektrum aktivit, které pomáhá klientům problémy identifikovat, porozumět příčinám a postupně je řešit. Mezi aktivity v TK patří setkávání komunity, skupinová terapie, individuální terapie, práce s rodinou a blízkými, pracovní terapie, sociální práce, vzdělávání a volnočasové, sportovní, zátěžové techniky a jiné rehabilitační aktivity. Rozdělení času v TK se blíží běžnému harmonogramu v životě. V pracovních dnech je pro jednotlivé aktivity (včetně pracovní terapie), na spánek a volný čas vyhrazen přibližně stejný čas (osm hodin), během víkendů je volného času více (Kalina et al., 2015).
- Využívejte programu TK a denního režimu. Jednotlivé aktivity poskytují prostor pro budování dovedností potřebných pro život, zodpovědnosti a schopnosti pečovat o sebe i o druhé.
- Jasně formulujte pravidla. Hlavní pravidla TK musí být jasně formulovaná pro všechny členy TK a musí existovat zdokumentovaný postup pro řešení jejich porušení. Za porušení pravidel musí být vyvozovány důsledky (ATCA, 2019).
- Myslete na to, že cílem úvodní fáze TK je rychlá asimilace nových klientů do komunity tím, že jsou seznámeni s hlavními pravidly, postupy a programem. Předpokladem je, že včasné zapojení může snižovat drop-out z léčby.

Vzájemná podpora a odpovědnost

- Facilitujte vzájemnou podporu a odpovědnost mezi členy komunity.
- Využívejte skupinovou terapii, skupiny vzájemné podpory a vzájemné mentorování k posílení pocitu sounáležitosti s komunitou a sdílené odpovědnosti za zotavení. Ve skupinách je vhodné zaměřit se na osobní přítomnost (*tady a teď*) na rozdíl od minulosti (*tam a tehdy*). Minulé chování a okolnosti se zkoumají pro ilustraci současných vzorců dysfunkčního chování a negativních postojů. Klienti jsou povzbuzováni k tomu, aby převzali osobní odpovědnost za svou současnou realitu a svoje budoucí směřování (DeLeon, 1995).
- Myslete na to, že pozitivní vnímání sociálních procesů v TK a schopnost integrovat pocit zodpovědnosti během prvního týdne v komunitě predikuje lepší retenci v léčbě během prvního měsíce. Posílení těchto pocitů během prvního měsíce v TK vede k vyšší retenci po 3, 6 a 9 měsících (Madell et al., 2008 In Carr a Ball, 2014). Klienti vykazují v prvním měsíci

pozitivnější reakci na sociální procesy TK než na procesy osobního rozvoje, které vyžadují sebereflexi a vhled (Goethals et al., 2012).

Intervence založené na důkazech a budování dovedností

- Myslete na to, že přístup terapeutické komunity je vícerozměrný. Zahrnuje terapii, vzdělávání, rozvoj hodnot a dovedností (ATCA, 2019). Součástí programu jsou také aktivity jako manuální práce, vzdělávání a nácvik dovedností (např. sestavování rozpočtu a vaření) apod.
- Provádějte intervence založené na evidenci pro adiktologickou péči poruch způsobených užíváním návykových látek. Nabídněte specializované služby pro souběžně se vyskytující poruchy duševního zdraví a trauma.
- Věnujte intenzivní pozornost fázi návratu klienta do běžného života a do jeho komunity (Jhanjee, 2014). Fáze návratu je klíčová. Motivujte klienty v návazné péči a snažte se akcentovat význam propojování návratu s prací a zapojením do komunity (Vanderplasschen et al., 2013).

Prostředí a aktivity

- Aby byly intervence a vzdělávací služby efektivně využity, musí být poskytovány v kontextu komunity vrstevníků. S výjimkou individuálního poradenství tedy všechny aktivity plánujte v kolektivních formátech.
- Podporujte klienty, aby přenášeli témata z individuálních konzultací do skupinových sezení (Kalina, 2015).
- Myslete na to, že mezi běžné aktivity v TK patří alespoň jedno denní jídlo připravované, podávané a sdílené všemi členy, denní rozvrh skupin, setkání a seminářů, týmové pracovní funkce a organizované trávení volného času; obřady a rituály (např. narozeniny, ukončení fáze/procesu atd.) (De Leon, 1995).

Zapojení rodiny a blízkých

- Zapojte rodinné příslušníky do procesu péče, kdykoli je to možné. Nabídněte rodinnou terapii, vzdělávání a podpůrné služby, které se budou zabývat rodinnou dynamikou, komunikačními vzorci a problémy souvisejícími se závislostí. Zapojení blízkých může pozitivně ovlivnit setrvání klientů v péči. Klienti, kteří zůstávají v péči delší dobu, mají lepší výsledky (Vanderplasschen et al., 2013).

Kontinuita péče

- Rozvíjejte přístup kontinuální péče, který zahrnuje postupné snižování úrovně péče a pokračující podpůrné služby po odchodu z terapeutické komunity.

- Koordinujte činnost s komunitními zdroji, poskytovateli ambulantní péče a dalšími podpůrnými sítěmi.

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Hlavním cílem TK je nápomoc k osobnímu růstu, které je realizováno změnou životního stylu a díky společenství lidí, kteří společně pracují na vzájemné pomoci (Kalina, 2015). Hlavním psychologickým cílem je změna negativních vzorců chování, myšlení a cítění; hlavním sociálním cílem je rozvoj odpovědného životního stylu bez návykových látek. Stabilní zotavení však závisí na úspěšné integraci těchto sociálních a psychologických cílů. Změna chování je nestabilní bez vhledu, a vhled je nedostatečný bez pociťované zkušenosti. K zajištění trvalé změny životního stylu a pozitivní osobně-sociální identity je tedy třeba integrovat chování, emoce, dovednosti, postoje a hodnoty. Sociální a psychologické cíle TK utvářejí jeho léčebný režim a také definují několik obecných předpokladů týkajících se jeho pohledu na zotavení (De Leon, 1995; De Leon a Unterrainer, 2020). Praktické cíle mohou zahrnovat dodání síly a odolnosti ve smyslu resilience, získání lepších komunikačních dovedností, změnu negativního sebepojetí, uvědomění si důležitosti zdraví, zlepšení fyzické kondice a další (Adameček et al., 2003 In Šefránek, 2014).

U klientů, kteří pocházejí ze silně deprivovaného prostředí, mluví odborníci o „habilitaci“, tedy rozvoji společenského, produktivního a „konvenčního“ životního stylu. U klientů s nižším zatížením jde o „rehabilitaci“, tedy návrat k vhodnějšímu životnímu stylu, který dříve žili a znali (De Leon a Unterrainer, 2020).

Standardy odborné způsobilosti stanovují, že v TK směřují intervence založené na skupinové terapii k porozumění vlastnímu prožívání, ke zvýšení motivace a k chování s cílem posílit sebehodnotu, sebeúctu a převzít odpovědnost za své jednání s narůstající mírou spoluodpovědnosti za skupinový proces (ÚV ČR, 2021).

7. Doplňující komentář

Terapeutická komunita nabízí unikátní prostředí, v němž dochází k učení se v průběhu fungování ve společenství. Jakákoliv událost i krize jsou využity jako příležitost k učení a růstu (ATCA, 2019). Průběh péče je zpravidla rozdělen do několika fází, které se odlišují různou mírou náhledu klienta na závislostní chování, odpovědnosti a pravomocí v komunitní spolusprávě (ÚV ČR, 2021).

8. Vysvětlivky vybraných pojmů

Retence – setrvání klientů v léčbě, míra dokončení léčebného programu

Drop out – vypadnutí, předčasný odchod z terapie z vlastního rozhodnutí nebo předčasné propuštění, nejčastěji z disciplinárních důvodů. Rizikové je období těsně po nástupu do péče, během kterého je vypadnutí nejčastější. Early drop-out neboli časné vypadnutí znamená odchod cca do 10 dnů od nástupu klienta (Kalina et al., 2001).

Důkazy účinnosti

I				II				III					IV				V		
a	**b**	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d	**e**	**a**	**b**	c	**d**	**a**	**b**	**c**
	9. 10.											5. 6.	3. 8.	2. 11.		4.	7.	1. 3. 7.	12. 13.

1. ATCA (2019). Australasian Therapeutic Communities Association Standard For Therapeutic Communities And Residential Rehabilitation Services. Third Edition June 2019. Australasian Therapeutic Communities Association (ATCA). Dostupné z: https://atca.com.au/wp-content/uploads/2021/12/ATCA-Standard-3rd-Edition-2019_.pdf

2. Pearce S, Pickard H. How therapeutic communities work: Specific factors related to positive outcome. *International Journal of Social Psychiatry*. 2013;59(7):636-645. doi:10.1177/0020764012450992

3. De Leon, G., & Unterrainer, H. F. (2020). The Therapeutic Community: A Unique Social Psychological Approach to the Treatment of Addictions and Related Disorders. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 786. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00786

4. Jhanjee S. (2014). Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian journal of psychological medicine*, *36*(2), 112–118. https://doi.org/10.4103/0253-7176.130960

5. Šefránek, M. (2014). Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí. Úřad vlády České republiky. 1. vydání. ISBN: 978-80-7440-103-9. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1626/317/Evaluace_vysledku_lecby_v_terapeutickych_komunitach.pdf

6. Carr, W. A., & Ball, S. A. (2014). Predictors and treatment outcomes of perceived ward atmosphere among therapeutic community residents. *Journal of substance abuse treatment*, *46*(5), 567–573. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.003

7. De Leon, G. (1995). Therapeutic Communities for Addictions: A Theoretical Framework. T he International Journal of the Addictions, 30(12), 1603-1645, 1995. DOI: 10.3109/10826089509104418

8. NIDA (2015). Research Report Series. Therapeutic Communities. NIDA Research Report Series. National Institute on Drug Abuse. Dostupné z: https://rm.coe.int/m2-i/1680a2adbd

9. Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandevelde, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *TheScientificWorldJournal*, *2013*, 427817. https://doi.org/10.1155/2013/427817

10. Vanderplasschen, W.; Vandevelde, S.; Broekaert, E. (2014). Therapeutic communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014 ISBN: 978-92-9168-683-4 doi:10.2810/25291

11. Goethals, I., Vanderplasschen, W., Vandevelde, S., & Broekaert, E. (2012). Fixed and dynamic predictors of treatment process in therapeutic communities for substance abusers in Belgium. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, *7*, 43. https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-43

12. Kalina, K. (2008) Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.

13. Kalina, K. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Úřad vlády České republiky. Publikaci vydalo o.s. Filia Nova pro Radu vlády ČR - Meziresortní protidrogovou komisi, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

Další zdroje

ÚV ČR (2021). Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb. Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Praha. Dostupné z: https://www.drogy-

info.cz/data/obj_files/33575/1116/Standardy_odborne_zpusobilosti_adi-služeb_2021%20–%20Koordinace%2033.pdf

BOX III

5 POBÍDKOVÁ TERAPIE

1. Charakteristika metody

Pobídková terapie (PT, označovaná také jako incentivní terapie nebo *contingency management*), je behaviorální terapie[16] založená na principech operantního podmiňování, která poskytuje odměny (pobídky, incentiva) za prokázání změny chování (Petry et al., 2017), většinou za abstinenci či dosažení jiného stanoveného cíle (Olmstead a Petry, 2009). Obvykle mají pobídky podobu poukázky/voucheru (Lussier et al., 2006), které lze směnit za zboží či služby nebo peněžní odměny za dosažení předem stanoveného terapeutického cíle (Drummond et al., 2014), případně může jít o různé výhody v programu (Kalina et al., 2015). U adiktologických klientů se PT zaměřuje na odměňování specifikovaného žádoucího chování jako je snížení nelegálního užívaní, abstinence, účast na aktivitách podporujících zdraví, zvýšené zapojení do specializovaných služeb apod. (Kalina et al., 2015). Vhodné je zařazení PT jako metody pro udržení klientů v léčbě HCV (Norton et al., 2019), posílení abstinence u klientů s duální diagnózou či ke zvýšení adherence k psychiatrické medikaci (Petry, 2011).

Ve studiích se pobídková terapie ukázala jako užitečný nástroj ke snížení užívání nikotinu či k abstinenci od něj v případě současných či bývalých injekčních uživatelů návykových látek (Drummond et al., 2014). Bylo prokázáno, že zlepšuje dodržování léčby HIV u uživatelů návykových látek a zvyšuje retenci a adherenci v substitučních programech. PT lze využít i v jiných oblastech léčby, například k posílení abstinence od cigaret u klientů s rakovinou, kteří čekají na operaci hrudníku nebo krku, u nichž je nekouření zvláště žádoucí. Klinické studie ukazují také pozitivní účinky

[16] V 50. až 60. letech 20. století se pod názvem *token economy* odměňovalo žádoucí chování u chronických pacientů psychiatrických nemocnic s cílem aktivizovat je a pomoci k sociální rehabilitaci (Kalina et al., 2015).

u těhotných žen, které kouří, a to na snížení množství cigaret během těhotenství a po něm a na porodní hmotnost dětí (Carroll, 2014).

PT je efektivní behaviorální intervencí pro iniciaci abstinence od legálních i nelegálních návykových látek (Orr et al., 2018). Metoda se ukázala jako účinná u různých látek (tabák, opioidy, benzodiazepiny, stimulancia, alkohol, marihuana) a v různých modalitách (ústavní, ambulantní, komunitní forma péče) (Drummond et al., 2014; Burduli et al., 2019; Paulus a Stewart, 2020). Intervence PT zvyšují účast v léčbě a výrazně snižují množství užívaných látek v porovnání s jinými modalitami (Orr et al., 2018; Burduli et al., 2019). Jde o prokazatelně nákladově efektivní přístup (Peirce et al., 2006; Olmstead a Petry, 2009; Burduli et al., 2019). PT je účinná u řady poruch spojených se závislostním chováním, lze ji provádět prakticky s jakoukoliv formou psychoterapie nebo farmakoterapie a je účinná bez ohledu na charakteristiky klientů a jejich předchozí potíže nebo aktuální problémy (např. Lussier et al., 2006).

2. Indikace a kontraindikace (cílová skupina/klinická situace)

V abstinenčně orientovaném programu (včetně substituční terapie) je indikací snaha o abstinenci od legálních i nelegálních látek, užívání alespoň jednou v posledních 30 dnech, schopnost poskytnout psaný informovaný souhlas (Burduli et al., 2019).

Kontraindikací může být výrazné riziko rozvoje nebezpečného odvykacího stavu po náhlém vysazení alkoholu a hrozba nebezpečného odvykacího syndromu a/nebo závažný odvykací syndrom v posledních 6 měsících. Dále je kontraindikací zdravotní nebo psychiatrický stav, jako je organická mozková porucha, demence nebo akutní psychotická porucha a lékařem nařízené užívání léčiv[17] pro management bolesti nebo jiné stavy, u nichž je vysazení léčiv kontraindikováno (Burduli et al., 2019).

Studie hodnotící vliv demografických údajů jako je věk, pohlaví, etnicita nebo příjem (Barry, Sullivan, & Petry 2009; Rash, Dephilippis, McKay, Drapkin, & Petry 2013; Rash, Olmstead, & Petry 2009; Rash & Petry 2015; Weiss & Petry 2011 In Petry et al., 2017) a studie zabývající se obtížemi v oblasti duševního zdraví (např, Ford, Hawke, Alessi, Ledgerwood a Petry 2007; Hertzberg et al., 2013; Mancino, McGaugh, Feldman, Poling a Oliveto 2010; McDonell a kol. 2013; Messina, Farabee a Rawson 2003; Petry, Alessi a Rash 2013a,b; Petry, Ford a Barry 2011; Tidey, Rohsenow, Kaplan, Swift a Reid 2011 In Petry et al., 2017) ukazují přínos PT ve srovnání s běžnou péčí u klientů potýkajících se se zdravotními komorbiditami, s nezaměstnaností, bezdomovectvím či s problémy v oblasti práva (Petry et al., 2017).

[17] Rutinní kontrola návykových látek v moči např. u klientů metadonového programu je skoro nemožná, pokud klient užívá lékařem předepsaná opiátová analgetika na management bolesti nebo pregabalin. Tyto případy je nutné posuzovat individuálně.

3. Teoretická východiska

PT je behaviorální intervence založená na operantním podmiňování, při níž se změny chování dosahuje pozitivním posilováním (Drummond et al., 2014; Ainscough et al., 2021). Operantní podmiňování je typ procesu učení, při němž se chování mění prostřednictvím důsledků. Podobně PT pojímá závislostní chování jako operantní chování, které je alespoň částečně udržováno faktory prostředí, a je tedy vnímavé k behaviorálním intervencím (Burduli et al., 2019; Carroll, 2014). PT formuje žádoucí chování (abstinence od alkoholu nebo jiných návykových látek, docházka na léčbu, dodržování medikace) buď poskytováním hmatatelných pobídek výměnou za důkaz žádoucího chování (např. abstinence), nebo odepřením těchto pobídek či odměn v případě nežádoucího chování (např. pokračování v pití alkoholu) (Burduli et al., 2019).

4. Zásady (nezbytné součásti)

Pracovníci by měli být vycvičeni v metodě PT, systém pobídek by měl být pro klienty srozumitelný a personál by měl dodržovat jednotný výklad PT (Kalina et al., 2015). Vstupu do programu předchází důkladné zhodnocení, plánování a stanovování cílů s každým klientem.

5. Popis doporučené praxe

Nastavení systému pobídek

- Zhodnoťte finanční možnosti a podobu pobídek, spočítejte minimální náklady na zavedení PT. Může jít o finanční částky, poukázky, vouchery na nákup, drobné předměty apod. Pokud mají pobídky příliš malou hodnotu nebo se testování provádí příliš často, postup se stává méně účinným (Prendergast et al., 2006; Lussier et al., 2006 In Petry et al., 2017).
- Poskytujte šanci na získání různě velkých pobídek. Jde o účinnou strategii (Petry et al., 2005 b, 2007, 2015a In Petry et al., 2017). Mezi další strategie patří aplikace PT jen u části klientů anebo uspořádání vzájemně závislých skupinových pobídek (Petry et al., 2017).
- Věnujte pozornost tomu, aby byl cíl i druh pobídky dohodnut ve spolupráci s klientem a klient dobře rozuměl vztahu mezi terapeutickým cílem a pobídkovým schématem (Kalina et al., 2015).
- Můžete využít také například systém žetonů, které si klienti tahají z pytlíku či nádoby. Polovina žetonů obsahuje nápis *„Dobrá práce!“* nebo podobnou povzbudivou frázi (bez výhry), malá část žetonů nese velkou výhru a zbytek malou výhru. Všechny žetony jsou po všech tazích vyměněny, takže šance na vytažení daného žetonu je pokaždé stejná.

Algoritmus pro počet tahů je následující: tři tahy za první týden negativních testů moči, přičemž za každý další týden negativních testů se přidává jeden další tah. Stupňující se odměňování má pozitivní vliv na prevenci relapsu (Peirce et al., 2006; Burduli et al., 2019).

- Odměnu klientům poskytujte neprodleně po evidenci žádoucího chování (Kalina et al., 2015).

Stanovení mechanismů kontroly

- Zvolte vhodnou testovací metodu (screening moči, specializovaný analyzátor apod.), podle toho, jakým látkám by se klienti měli v programu PT vyhýbat. Pro detekci užití v posledních 24 hodinách lze použít přístroj Smokerlyzer a alkoholový dechový tester a užití v posledních 72 hodinách hodnotit na základě reportu klienta (Orr et al., 2018).
- V případě testu moči můžete k validaci výsledků použít také vnější teplotní proužek k změření teploty a test na přítomnost cizorodých látek (např. abnormální hodnoty pH, kreatininu, glutaraldehydu a dusitanů) (Pierce et al., 2006).
- Pokud zvolíte biochemické ověření vzorku moči, je třeba počítat s časovou prodlevou, klient nebude moci ihned dostat pobídku, protože je nutné počkat na laboratorní výsledky (Orr et al., 2018).

Stanovení pravidel

- Nastavte pravidla programu dle žádoucích cílů (abstinenčně orientovaný program, harm reduction, zvýšení retence v programu apod.).
- Nastavte frekvenci testování, například 3x týdně (např. pondělí, středa, pátek) a stanovte pravidla pro to, jakým způsobem a na jaké látky se klienti testují. V případě programu, který není zaměřen na abstinenci, stanovte pravidla pro to, jaké látky či hodnoty jsou povolené a transparentně s klienty pravidla komunikujte.
- Klienty, kteří ve stanovených dnech nejsou schopni poskytnout vzorek moči, hodnoťte jako pozitivní na přítomnost látky (pokud nejde o domluvu s pracovníky či jinou nestandardní událost).
- Informujte klienty, že může být třeba až 4 dnů, aby se metabolity látek zcela vyloučily z těla a že k posouzení obnovené abstinence pomocí testování moči mohou být zapotřebí až dvě kontroly po užití látky (Burduli et al., 2019).
- Pravidelně provádějte zhodnocení průběhu programu a vyhodnocujte přínos pro klienty. Ptejte se na zpětnou vazbu klientů.

- Organizujte proces tak, aby byly pobídky vnímány jako posilování a podpora udržitelného zdravého životního stylu bez závislostního chování a byly poskytovány včas a konzistentně (Kalina, 2015).

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

PT přispívá k lepšímu udržení v adiktologické péči, k abstinenci, k harm reduction strategiím a zlepšuje psychosociální fungování klientů (např. Lussier et al., 2006; Secades-Villa et al., 2015; Petry et al., 2017; Burduli et al., 2019). Metoda prokazatelně zvyšuje pravděpodobnost žádoucího chování a je nákladově efektivní (např. Kalina et al., 2015; Petry et al., 2017; Burduli et al., 2019).

7. Doplňující komentář

Při implementaci PT do praxe[18] se objevují obavy ze skutečnosti, že na vnější posílení může bránit vnitřní motivaci ke změně. Většina dostupných důkazů naznačuje, že PT nemá nepříznivé účinky na snížení motivace ke změně chování při užívání návykových látek, a objektivní údaje o chování (tj. testy moči) jasně ukazují, že má příznivé účinky na skutečné chování při užívání návykových látek (Petry et al., 2017).

8. Vysvětlivky vybraných pojmů

Incentivum – pobídka, odměna.
Retence – setrvání klientů v péči, míra dokončení programu
Adherence – míra spolupráce klienta v terapii/péči

Důkazy účinnosti

[18] V ČR je známá specifická aplikace PT jako tzv. „skálovský bodovací systém“. Většina jeho modifikací se nedrží principů PT a behaviorální terapie obecně. Důkazy účinnosti nejsou známé (Kalina et al., 2015).

I				II				III					IV				V		
a	**b**	**c**	d	a	b	**c**	d	a	b	c	d	**e**	a	b	c	**d**	a	**b**	c
	7. 9. 13.	1. 2. 4. 5. 12.				10.						11.				3. 6.		8.	

1. Ainscough, T. S., Brose, L. S., Strang, J., & McNeill, A. (2021). Contingency management for tobacco smoking during opioid addiction treatment: Implementation challenges. *Drug and alcohol review*, *40*(4), 658–661. https://doi.org/10.1111/dar.13216

2. Burduli, E., Skalisky, J., Hirchak, K., Orr, M. F., Foote, A., Granbois, A., Ries, R., Roll, J. M., Buchwald, D., McDonell, M. G., & McPherson, S. M. (2018). Contingency management intervention targeting co-addiction of alcohol and drugs among American Indian adults: Design, methodology, and baseline data. *Clinical trials (London, England)*, *15*(6), 587–599. https://doi.org/10.1177/1740774518796151

3. Carroll K. M. (2014). Lost in translation? Moving contingency management and cognitive behavioral therapy into clinical practice. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1327*(1), 94–111. https://doi.org/10.1111/nyas.12501

4. Drummond, M. B., Astemborski, J., Lambert, A. A., Goldberg, S., Stitzer, M. L., Merlo, C. A., Rand, C. S., Wise, R. A., & Kirk, G. D. (2014). A randomized study of contingency management and spirometric lung age for motivating smoking cessation among injection drug users. *BMC public health*, *14*, 761. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-761

5. Orr, M. F., Lederhos Smith, C., Finlay, M., Martin, S. C., Brooks, O., Oluwoye, O. A., Leickly, E., McDonell, M., Burduli, E., Barbosa-Leiker, C., Layton, M., Roll, J. M., & McPherson, S. M. (2018). Pilot investigation: randomized-controlled analog trial for alcohol and tobacco smoking co-addiction using contingency management. *Behavioural pharmacology*, *29*(5), 462–468. https://doi.org/10.1097/FBP.0000000000000379

6. Paulus, M. P., & Stewart, J. L. (2020). Neurobiology, Clinical Presentation, and Treatment of Methamphetamine Use Disorder: A Review. *JAMA psychiatry*, *77*(9), 959–966. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0246

7. Secades-Villa, R.; García-Rodríguez, O.; Fernández-Hermida, J.R. (2015). Contingency management for substance use disorders in Spain: Implications for research and practice.

Preventive Medicine, Vol- 80, pp. 82-88,ISSN 0091-7435, https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.07.001.

8. Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing, a.s.

9. Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J., & Higgins, S. T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction (Abingdon, England)*, *101*(2), 192–203. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01311.x - 1b

10. Norton, B. L., Bachhuber, M. A., Singh, R., Agyemang, L., Arnsten, J. H., Cunningham, C. O., & Litwin, A. H. (2019). Evaluation of contingency management as a strategy to improve HCV linkage to care and treatment in persons attending needle and syringe programs: A pilot study. *The International journal on drug policy*, *69*, 1–7. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.02.009 - 3d

11. Olmstead, T. & Petry, N. (2009). The cost-effectiveness of prize-based and voucher-based contingency management in a population of cocaine- or opioid-dependent outpatients. *Drug and alcohol dependence*. 102. 108-15. 10.1016/j.drugalcdep.2009.02.005. – 1C

12. Peirce, J. M., Petry, N. M., Stitzer, M. L., Blaine, J., Kellogg, S., Satterfield, F., Schwartz, M., Krasnansky, J., Pencer, E., Silva-Vazquez, L., Kirby, K. C., Royer-Malvestuto, C., Roll, J. M., Cohen, A., Copersino, M. L., Kolodner, K., & Li, R. (2006). Effects of lower-cost incentives on stimulant abstinence in methadone maintenance treatment: a National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network study. *Archives of general psychiatry*, *63*(2), 201–208. https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.2.201 - 1C

13. Petry, N. M., Alessi, S. M., Olmstead, T. A., Rash, C. J., & Zajac, K. (2017). Contingency management treatment for substance use disorders: How far has it come, and where does it need to go?. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *31*(8), 897–906. https://doi.org/10.1037/adb0000287 - 1b

Další zdroje

Petry N. M. (2011). Contingency management: what it is and why psychiatrists should want to use it. *The psychiatrist*, *35*(5), 161–163. https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.031831

Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2

www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

[poslední strana]