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 -6 Nmet

Doporučené klinické postupy v adiktologii pro psychosociální 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 IV
PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE

Obsah

0 PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE
1 VČASNÁ A KRÁTKÁ INTERVENCE
2 KRIZOVÁ INTERVENCE
3 INDIVIDUÁLNÍ PORADENSTVÍ
4 MOTIVAČNÍ ROZHOVORY
5 SKUPINOVÉ PORADENSTVÍ / MOTIVAČNÍ SKUPINY
6 PÁROVÉ A RODINNÉ PORADENSTVÍ

BOX IV
0 PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE

Doporučené klinické postupy pro psychosociální intervence zahrnují širokou škálu postupů zaměřených na psychologickou a sociální změnu. Intervence zaměřené na psychologickou změnu zahrnují jak méně strukturované formy podpory a jasně ohraničené postupy motivačních rozhovorů, tak vysoce strukturované poradenské postupy. Samostatný okruh Doporučených postupů pak tvoří postupy pro psychoterapii. Intervence zaměřené na sociální změnu zahrnují pomoc při zajišťování základních potřeb, jako je strava, oblečení a ubytování, zprostředkování zdravotních a dalších služeb, volnočasových aktivit, zaměstnání a podporu rozvoje pozitivních přátelských, rodinných a komunitních vztahů a vazeb.

Psychosociální intervence jsou voleny na základě toho, co je známo o jejich účinnosti a efektivitě z důkazní základny, nakolik je konkrétní metoda vhodná pro individuální situaci klienta, zda je pro něj přijatelná, a s ohledem na kulturní specifika (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update. Independent Expert Working Group, 2017). Kvalita péče také závisí na schopnostech a vyškolení personálu (NMS, 2010).

Obecně platí, že jakákoli psychosociální intervence je lepší než žádná intervence. Důkazy účinnosti jsou popsány konkrétně u jednotlivých metod.

Pro maximalizaci účinků intervencí je důležité:

- využití ověřených intervencí (evidence-based),
- vzdělaný/vyškolený odborník v dané intervenci, který dokáže navázat vztah, vybudovat důvěru u klienta a kvalifikovaně intervenci provést,
- supervize.

Obecné zásady psychosociálních intervencí

Pracovník spolu s klientem určí optimální typ psychosociálních intervencí, na které klienty nasměrují s ohledem na dostupnost služeb v dané oblasti tak, aby zapadal do klientova individuálního plánu péče (ASAM, 2020).

Volba a vhodná kombinace psychosociálních intervencí začíná již během indikačního a vstupního rozhovoru, kdy se posuzuje závažnost dané situace, závislostního chování a určuje se úroveň intervence. Výběr a průběh práce s klientem je vhodné konzultovat také se zkušeným klinickým supervizorem nebo jiným kolegou/kolegyní či kolegy, což poskytuje příležitost zvážit, zda je třeba upravit současný poměr farmakologických, psychologických a sociálních intervencí spolu s dosaženým pokrokem.

V některých případech postačí jednoduché, standardní psychosociální intervence, včetně motivační podpory k dosažení klientových cílů plánu péče (často poskytované jejich klíčovým pracovníkem nebo formou skupinových návštěv). Poměr použitých intervencí se však bude pravděpodobně měnit s tím, jak budou procházet fázemi péče a následné péče.

Zaměření posuzování plánu péče se bude v různých fázích pravděpodobně lišit. Na počátku zahrnuje úroveň zapojení a nabídku sociálních intervencí k řešení bezprostředních problémů. Později je zaměřena spíše na psychosociální intervence, které umožní další změnu chování, případně abstinenci. V další fázi se může zaměřit spíše na posouzení a rozvoj profesních a vzdělávacích potřeb, terapeutickou práci s rodinou nebo zlepšení sociálních vztahů. To může zahrnovat rozmanitější prvky plánu péče. S postupem času a zotavováním může být při přezkumu zváženo, do jaké míry uživatel služby zvládne omezený kontakt se službou a zda se nadále pozitivně zapojí do podpůrných aktivit v komunitě.

Lepších výsledků lze dosáhnout vhodnými intervencemi, včetně těch, které kladou důraz na práci zaměřenou na:

- osobní cíle,
- využívají odměňující aktivity,
- posilují úroveň sebeúčinnosti (self-efficacy),
- posilují dovednosti zvládání,
- pomáhají rozvíjet pozitivnější sociální vztahy.

Psychosociální intervence jsou prováděny samostatně nebo společně s farmakologickými a dalšími intervencemi.

Existují základní prvky pro poskytování psychosociálních intervencí, které jsou klíčové. Patří k nim:

- vytvoření vhodné organizační struktury pro poskytování péče[1];
- účinné pracovní spojenectví mezi uživateli služeb a pracovníky poskytujícími péči;
- porozumění sociálním vztahům, ve kterých se jedinec pohybuje;
- odpovídající dohled a řízení poskytovaných intervencí;

[1] Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb

- integrace farmakoterapie s psychosociálními intervencemi;
- systematické posuzování péče, které odrážejí dosažený pokrok a výsledky.

Zdroje

1. Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update. Independent Expert Working Group (2017). Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London: Department of Health.
2. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti – NMS. (2010). Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě. Úřad vlády ČR. ISBN 978-80-7440-042-1.
3. American Society of Addiction Medicine – ASAM. (2020). National Practice Guideline. Focused Update. PRACTICE GUIDELINE For the Treatment of Opioid Use Disorder.

BOX IV
1 VČASNÁ A KRÁTKÁ INTERVENCE

1. Charakteristika metody

Screening, krátká intervence a doporučení k léčbě (známé také pod pojmem SBIRT[2]) jsou intervence založené na důkazech, které se používají k identifikaci, prevenci a snižování poruch spojených s užíváním návykových látek zejména ve zdravotních službách, která nejsou specializovaná na adiktologickou péči (WHO, 2016). Důležitou roli v poskytování krátké intervence hrají také sociální služby (Cochran, Field, 2013) a systém vzdělávání (O´Brien, 2006).

Krátká intervence je časově nenáročná technika, která se používá k zahájení změny škodlivého nebo rizikového užívání návykových látek. Může být poskytována širokou škálou vyškolených odborníků. Intervence může probíhat také v zařízeních, kde lidé původně nehledali pomoc kvůli samotnému užívání návykových látek, ale buď kvůli jeho důsledkům, nebo kvůli nesouvisejícím tělesným či psychiatrickým poruchám. Metoda je tedy určena především pro "první linii" kontaktu s klientem, což může být ordinace praktického lékaře, nízkoprahový program v terénu či v kontaktním centru nebo jiné odborné pracoviště, kam klient přichází za jiným účelem a rizikové užívání návykových látek je odhaleno sekundárně.

Krátká intervence je strukturovaná, na klienta zaměřená, neodsuzující intervence kratšího trvání (obvykle 5-30 minut, maximálně 60 minut). V případě potřeby mohou být sezení prodloužena na maximálně 5 sezení, aby došlo k rozvoji dovedností potřebných ke změně, případně k posouzení doporučení k další péči (Kiefer et al, 2022).

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

Klienti, u kterých jsou odhaleny náznaky problémů spojených se závislostním chováním. U těchto klientů má být intervence provedená vždy, když na to upozorňují zdravotní, psychologické, interpersonální či sociální problémy klienta.

3. Teoretická východiska

Krátká intervence vychází z paradigmatu snižování rizik a jejím cílem je snížit spotřebu návykových látek na bezpečnou úroveň nebo dosáhnout úplné abstinence. Podporuje kontinuální péči tím, že integruje služby prevence, intervence a léčby. Skládá se z osobních poradenských sezení, nicméně nejnovější výzkumy podporují její účinnost také prostřednictvím telefonu nebo webových stránek. Nedílnou součástí krátké intervence se do značné míry stal screening rizikového užívání návykových látek a jeho důsledků. Tento model je znám jako screening s krátkou intervencí a doporučením do vhodného zařízení poskytujícího adiktologickou péči (Matoo et al., 2018).

Jeden z nejvlivnějších modelů krátké intervence nese zkratku FRAMES, kterou poprvé použili Miller a Rollnick (1991) ve své knize o motivačním interview. Krátkou intervenci je třeba odlišit od krátké terapie, která je systematicky zaměřeným procesem, jenž se opírá o zapojení klienta, hodnocení a rychlou implementaci strategií změny. Zahrnuje více sezení s delší dobou trvání a

[2] Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment

zabývá se různými oblastmi zájmu, jako jsou osobnostní problémy, potíže v psychosociální oblasti a psychiatrická onemocnění (Matoo et al., 2018).

4. Zásady (nezbytné součásti)

Zásadní podmínkou provedení časné diagnostiky a intervence je souhlas klienta s provedením screeningu prostřednictvím screeningového nástroje a podrobení se krátké intervenci (Miovský et al., 2013).

Aby krátká intervence byla efektivní, je potřeba:

- navázání pracovního spojenectví,
- vyjádření zájmu o klienta a jeho problém,
- naslouchání klientovi,
- nehodnotící postoj,
- respekt jeho autonomii,
- vytvoření bezpečného prostoru pro řešení jeho problému.

Dále je klíčová pozitivní motivace klienta, posilování klientovy vůle a sebedůvěry, ocenění dílčích pokroků a posilování rozhodnutí klienta s užíváním přestat či jej omezit. Během krátké intervence jsou klientovi poskytovány nové pohledy na problém, jeho problémy jsou dávány do souvislosti s užíváním návykové látky či závislostním chování a je zvyšováno povědomí o aspektech užívání, rizicích a následcích (Malinovská et al, 2020).

Zásady krátké intervence lze shrnout do rámce FRAMES, který se skládá z:

- zpětné informace o riziku nebo poškození (feedback),
- důrazu na osobní odpovědnost za změnu chování (responsibility),
- jasné radě ke změně (advice),
- nabídky alternativní možnosti změny (menu),
- empatie směrem ke klientovi (empathy),
- posílení úrovně pozitivního sebehodnocení nebo optimismu (self-efficacy).

Krátké intervence jsou také strategicky kombinovány s doporučením na vhodné adiktologické služby. Intervence prokázala účinnost při snižování užívání návykových látek a jeho škodlivých důsledků. Objevují se také důkazy o zlepšení funkčnosti a kvality života (Matoo et al., 2018).

5. Popis doporučené praxe

Účinná krátká intervence vyžaduje několik základních kroků:

1) Zmiňte téma užívání návykových látek s ohledem na klientovo zdraví a pohodu a na to, jak to souvisí se situací, v níž se klient nachází.
2) Veďte společnou diskuzi s klientem, při které používejte strategie, jako je shrnutí a reflexe, které slouží k poskytnutí zpětné informace o rizicích.
3) Požádejte klienty, aby hovořili o změně a aby stanovili realistické cíle.
4) Sezení ukončete shrnutím a poskytnutím pozitivních informací a snahou o to, aby klienti převzali odpovědnost za změnu svého chování (WHO, 2020).

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje také následující devítistupňový přístup ke krátké intervenci podle ASSIST (WHO, 2010b):

1) Zeptejte se, zda si klient přeje znát výsledky svého skóre z dotazníku ASSIST.
2) Použijte hodnocení ASSIST k poskytování personalizované zpětné vazby klientům o jejich výsledcích.
3) Poskytněte radu, jak snížit rizika spojená s užíváním návykových látek.
4) Umožněte klientům převzít konečnou odpovědnost za svá rozhodnutí.
5) Zeptejte se klientů, zda a jak jsou znepokojeni svými výsledky.
6) Porovnejte dobré stránky užívání návykových látek s těmi méně dobrými.
7) Shrňte a analyzujte prohlášení klientů o jejich užívání návykových látek s důrazem na "méně dobré stránky užívání".
8) Ptejte se klientů, jak moc se obávají méně dobrých stránek.
9) Poskytněte klientům materiály, které si odnesou domů, a podpořte tak krátkou intervenci.

Dalším možným postupem je model 5P (v anglickém jazyce známé jako 5A) doporučovaný zejména pro uživatele tabáku/nikotinu (WHO), ale užitečný i v jiných případech závislostního chování:

1) Ptát se (Ask): při prvním kontaktu se ptejte na užívání návykových látek, na typ, množství a frekvenci užívání (tento bod vychází ze screeningu).
2) Poradit (Advice): následně klienta edukujte o zdravotních rizicích spojených s užíváním návykových látek a o potenciálu vzniku závislosti a doporučte mu přestat.
3) Posoudit (Assess): následně zhodnoťte klientův postoj ke změně, náhled na situaci a ochotu přestat návykovou látku užívat. V případě, že klient není připraven na změnu, pak mu zopakujte rizika spojená s užíváním, vyjádřete ochotu mu pomoci, až bude připraven na změnu a znovu zhodnoťte připravenost ke změně při dalších návštěvách. V bodě 4 a 5 se již nepokračuje.
4) Pomoct (Assist): je-li klient připraven ke změně, prodiskutujte s ním možnosti, jak změny dosáhnout (např. jeho představy, časový horizont, kdy chce přestat s užíváním, plány, jak chce pracovat s bažením po návykové látce nebo spouštěči, podpora v rodině a v sociální síti,

změna životního stylu) a poskytněte dle možností a konkrétní situace svépomocné materiály, kontakty na adiktologické služby, doporučte sebemonitoring (zaznamenávání bažení, spouštěčů, relapsů).

5) Plánovat (Arrange): stanovte s klientem cíle a naplánujte kontrolu pro zhodnocení naplnění cílů. Do doby další kontroly vybavte klienta kontakty na adiktologické a psychiatrické služby a edukačními a svépomocnými materiály.

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Zpětná vazba s ohledem na výsledky screeningu s cílem vzbudit povědomí o rizicích užívání a zdravotních a behaviorálních důsledcích. Očekávaným výsledkem u klienta je, aby si byl vědom potřeby změny svého chováni a dozvěděl se možnosti, jak jí dosáhnout. Jsou nabídnuty konkrétní postupy, jak změnit chování (rady, jaký cíl si stanovit, co změnit ve svém chování, jak kontrolovat výsledky). V zájmu dosažení přínosu se doporučuje povzbuzovat a opakovat strategie vedoucí ke změnám chování a potvrzovat úspěch, upozorňovat na dlouhodobou výhodnost změny, pomáhat přijmout selhání a motivovat k novému začátku.

7. Doplňující komentář

Včasnou a krátkou intervenci je vhodné přímo navázat na průběh vstupního vyšetření nebo prováděný screening. Například při screeningu rizikové konzumace alkoholu, škodlivého užívání nebo závislosti na alkoholu za využití AUDIT nebo AUDIT-C (Kiefer et al., 2021)., a analogicky v ostatních klinických situacích.

8. Vysvětlivky vybraných pojmů

ASSIST je komplexní screeningovou metodou, která se vztahuje na většinu psychoaktivních látek. Poskytovatelé zdravotní péče díky němu mohou zjišťovat míru rizik souvisejících s každou návykovou látkou, kterou dotazovaný užívá. Dotazník ASSIST je osmipoložkový dotazník, který obsahuje vodítka a pokyny, jimiž se tazatel může při vedení rozhovoru řídit. Některé z těchto pokynů umožňují tazateli pomocí filtračního schématu určité otázky u konkrétních osob vypustit a rozhovor tak zkrátit. Dotazovaným obdobím jsou poslední tři měsíce a zkušenost v dosavadním životě. Zjišťuje se míra rizika souvisejících s každou návykovou látkou, kterou dotazovaný užívá: nízké, střední vysoké a z výsledku testu vyplývá i způsob krátké intervence – bez intervence, krátká intervence, doporučení odborného vyšetření a adiktologické péče.

ASSIST C je zkrácená dvoupoložková verze dotazníku, která hodnotí zkušenosti jednotlivce s návykovými látkami za poslední tři měsíce. Výhodou je aplikace v prostředích, kde je zapotřebí krátký, účinný a spolehlivý screeningový test k identifikaci jednotlivců s rizikovým a škodlivým užíváním látek, kteří by měli prospěch z krátké intervence. Může být také použit k identifikaci uživatelů návykových látek, kteří vykazují symptomy látkové závislosti pro další diagnostické hodnocení (Humeniuk et al., 2010).

Dotazníky naleznete v příloze dokumentu.

Důkazy účinnosti

Krátká intervence je založena na ověřených vědeckých principech snižování škod, stádiích změny, motivačních rozhovorech, komunitním poskytování a nákladové efektivitě. Může být použita i v jiných než adiktologických službách (např. u praktického lékaře) i nespecializovanými odborníky a pro rozšíření služeb pro osoby, které potřebují pomoc. Metodu lze tedy považovat za součást zodpovědnosti lékaře. Důkazy pro krátkou intervenci jsou příznivé pro poruchy způsobené užíváním alkoholu (Matoo et al. 2018). Studie autora Woodruff a kolektivu (2014) neprokázala významnou změnu po provedení intervence SBIRT u uživatelů nelegálních látek.

Včasné a krátké intervence vykazují pozitivní výsledky kromě snížení míry užívání alkoholu také při snížení užívání tabáku a konopí, snížení úmrtnosti, snížení počtu úrazů způsobených alkoholem a snížení počtu návštěv na pohotovosti (Barata et al., 2017; Blow et al., 2017, SAMSHA, 2019). Většina studií poukazuje na účinnost krátké intervence při snižování užívání konopí a/nebo souvisejících důsledků u poruch způsobených užíváním konopí. Studie by však měly být interpretovány opatrně vzhledem k rozdílům v typu, teoretické konstrukci, délce trvání a výsledných opatřeních krátké intervence a atributech terapeutů (Parmar, Sarkar, 2017).

Metaanalýza 69 studií hodnotila výsledky u 33 642 participantů. Většina intervencí probíhala v prostředí praktického lékaře a akutní péče a porovnávala rozšířené krátké intervence s žádnou či minimální intervencí. Výsledky ukázaly, že ve srovnání s kontrolními podmínkami krátká intervence snížila množství vypitého alkoholu. Primární metaanalýza zahrnovala 34 studií (15 197 účastníků) a poskytla středně kvalitní důkazy, že účastníci, kteří absolvovali krátkou intervenci, konzumovali méně alkoholu než účastníci minimální nebo žádné intervence po jednom roce. Analýza podle pohlaví prokázala, že muži i ženy po krátké intervenci snížili spotřebu alkoholu. Dále se ukázalo, že tyto intervence mají malý dopad na tzv. binge drinking (Kaner et al., 2018).

Neexistují dostatečné důkazy, na jejichž základě by bylo možné vyvodit závěry o tom, zda je krátká intervence účinná či neúčinná při snižování užívání psychoaktivních látek jiných než alkohol, nikotin nebo kofein nebo škod souvisejících s jejich nelékařským užíváním[3], pokud jsou tyto intervence aplikovány u osob, u kterých byl proveden screening, ale které samy léčbu nevyhledávají. (Young et al, 2014).

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. 4.	5. 6. 7.														3.			

[3] Ve většině populačních studií je zneužívání definováno jako „užívání bez lékařského předpisu či lékařské indikace“ případně jako „nelékařské, problémové, škodlivé či nevhodné užití“ (NMS, 2015).

1. Kaner, E.F.S., Dickinson, H.O., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., Saunders, J.B., Burnand, B. Heather, N. (2009), The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 28: 301-323. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1111/j.1465-3362.2009.00071.x
2. Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., Daeppen, J. B., Saunders, J. B., & Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. The Cochrane database of systematic reviews, 2(2), CD004148. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4
3. Parmar, A., Sarkar, S. (2017). Brief Interventions for Cannabis Use Disorders: A Review. *Addictive Disorders & Their Treatment* 16(2):p 80-93, June 2017. | *DOI:* 10.1097/ADT.0000000000000100
4. Barata, I. A., Shandro, J. R., Montgomery, M., Polansky, R., Sachs, C. J., Duber, H. C., Macias-Konstantopoulos, W. (2017). Effectiveness of SBIRT for alcohol use disorders in the emergency department: A systematic review. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18(6), 1143–1152.
5. Blow, F. C., Walton, M. A., Bohnert, A. S., Ignacio, R. V., Chermack, S., Cunningham, R. M., Barry, K. L. (2017). A randomized controlled trial of brief interventions to reduce drug use among adults in a low-income urban emergency department: T*he HealthiER You study. Addiction*, 112(8), 1395–1405. doi:10.1111/add.13773
6. Shekhawat, A. S., Mathur, R., Sarkar, S., Kaloiya, G. S and Balhara, Y. P. S. (2023). A randomized controlled trial of brief intervention for patients with cannabis use disorder. *Journal of Neurosciences in Rural Practice,* Vol. 14 Issue 4 Pages 710-716. DOI: 10.25259/jnrp_79_2023
7. Woodruff, S.I., Clapp, J.D., Eisenberg, K., McCabe, C., Hohman, M., Shillington, A.M. et al. (2014). Randomized clinical trial of the effects of screening and brief intervention for illicit drug use: the life shift/shift gears study. *Addiction Science & Clinical Practice,* Vol. 9. DOI: 10.1186/1940-0640-9-8

Další zdroje

Cochran, G., & Field, C. (2013). Brief Intervention and Social Work: A Primer for Practice and Policy. Social Work in Public Health, 28(3–4), 248–263. https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759016

Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R, Poznyak, V., Monteiro, Maristela G. et al. (2010). The Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44320

Kiefer, F., Batra, A., Petersen, K. U., Ardern, I. S., Tananska, D., Bischof, G., Funke, W., Lindenmeyer, J., Mueller, S., Preuss, U. W., Schäfer, M., Thomasius, R., Veltrup, C., Weissinger, V., Wodarz, N., Wurst, F. M., Guideline Group AUD, & Hoffmann, S. (2022). German Guidelines

on Screening, Diagnosis, and Treatment of Alcohol Use Disorders: Update 2021. European addiction research, 28(4), 309–322. https://doi.org/10.1159/000522335

Malinovská, J., Švarcová, B., Brunerová, L., Pálová, S., Brož, J. (2020). Screening a krátká intervence u uživatelů nelegálních drog. *Vnitřní Lékařství*; 66(7): 450–454.

Mattoo, S. Prasad, S., Ghosh, A. (2018). Brief intervention in substance use disorders. *Indian Journal of Psychiatry* 60(Suppl 4):p S466-S472. DOI: 10.4103/0019-5545.224352

Miller WR, Rollnick S Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior.

Miovský, M., Čablová,/ L., Jurystová, L. (2013). Časná diagnostika a krátké intervence v adiktologii. Kapitola 14, in: Kalina, K., a kol. (in print, 2014). Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing. 1991 *New York Guilford Press.*

NMS (2015). Problematické užívání psychoaktivních léků v České republice: Souhrn epidemiologických údajů.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMSHA. (2019). Enhancing Motivation for Change in Substance Use Disorder Treatment: Updated 2019. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571071/

Young, M.M., Stevens, A., Galipeau, J. et al. (2014). Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: a systematic review. *Syst Rev 3, 50.* https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-50

©World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, 2020. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing.

WHO Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care

BOX IV
2 KRIZOVÁ INTERVENCE

1. Charakteristika metody

Krizová intervence je okamžitá a krátkodobá pomoc zaměřená na člověka v krizové situaci s cílem obnovit rovnováhu jeho bio-psycho-socio-spirituálního fungování a minimalizovat potenciál rozvoje dlouhodobé traumatizace a dalších negativních dopadů.

Prioritou krizových intervencí je dosažení stabilizace. Krizová intervence je v nejširším slova smyslu pomoc v krizi a jejím základním nástrojem je rozhovor.

Krizová intervence má za cíl pomoci zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující nebo jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Oproti psychoterapii se zaměřuje pouze na prvky v klientově minulosti nebo budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s aktuální krizovou situací (Vondráčková in Kalina et al., 2015).

Krizi lze definovat jako situaci, kterou člověk prožívá jako intenzivní, ohrožující jeho existenci, nezvládnutelnou za pomoci známých strategií zvládání (Roberts, 2005) či za pomoci blízkých osob. James a Gilliland (2016) definují krizi jako událost nebo situaci vnímanou jako nesnesitelně obtížnou, která přesahuje dostupné zdroje a mechanismy zvládání jedince. Vlastní prožívání krize je velmi subjektivní.

Včasně a dobře provedená krizová intervence klientovi nabízí také příležitost osvojit si nové poznatky a dovednosti, jak krizi zvládat (Millerová, 2011).

Výzkumy ukazují, že chování, ke kterému patří i závislostní chování, má vyšší tendenci ke změně právě v situacích krize (Duhigg, 2012, Rotgers, 2003 in Kalina et al., 2015).

Krizová intervence v adiktologii má svá specifika. Už samotné užívání návykových látek nebo rozvinuté závislostní chování je možné vnímat jako sebepoškozující reakci na krizi.

V adiktologické praxi, probíhá krizová intervence nezřídka s klientem pod přímým vlivem návykové látky nebo nutkáním k návykové činnosti, případně s klientem prožívajícím krizi v době odnětí užívané látky nebo činnosti.

Pokud se na krizi díváme jako na ztrátu, musíme v tomto kontextu přihlédnout také ke ztrátě kontroly nad užíváním nebo záměru abstinovat. Krizová intervence pak může v kontextu adiktologické praxe efektivně využívat prvky motivačních rozhovorů a prevence relapsu.

Pro krizovou intervenci v adiktologii platí všechny obecné zásady krizové intervence. Pomoc má být okamžitá a zaměřená na redukci ohrožení. Má být tedy poskytnuta bez ohledu na to, jestli je či není klient pod vlivem látky nebo jestli je právě ve fázi relapsu. Efektivně poskytovat krizovou intervenci tak mohou těmto osobám zejména pracovníci, kteří mají zkušenost s komunikací a

motivační prací s aktivními uživateli návykových látek. Práce s relapsem je tak přímou součástí krizové intervence.

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

Indikací je krizová situace, kterou jedinec osobně prožívá jako náhlou, zátěžovou a ohrožující. Dle hloubky probíhající změny a terapeutického kontinua je možném indikovat krizovou intervenci prakticky absolutně v rámci první odborné pomoci všem klientům a blízkým osobám ohrožených závislostním chováním, kteří vyhledají pomoc v krizové situaci. Bez ohledu na to, zda se jedná o jejich první kontakt s odbornou péči nebo již odborná péče probíhá, bez ohledu na hloubku požadované změny a aktuální motivaci ke změně. Krizová intervence by měla být provedena minimálně jako jednorázové sezení, po němž následuje předání klienta do další péče.

3. Teoretická východiska

Kořeny krizové intervence vycházejí z práce psychiatrů Lindemanna a Caplana v polovině 20. století. Erich Lindemann koncipoval teorii krize na základě své práce s mnoha akutními a smutkem zasaženými pozůstalými a příbuznými obětí požáru. Gerald Caplan později rozšířil Lindemannovu práci, když v 60. letech popsal čtyři fáze krizové reakce: 1) počáteční nárůst napětí z emočně nebezpečné události, která krizi urychlila, 2) zhoršení každodenního života, protože jedinec ustrnul a nemůže krizi rychle vyřešit, 3) zvýšení napětí, protože jedinec nedokáže krizi vyřešit pomocí nouzových metod řešení problémů, a 4) upadání do deprese nebo duševního zhroucení.

V současnosti je publikována řada modelů krizové intervence. V popisu doporučené praxe je představen model krizové intervence Robertse (1991, 2000, 2005), který vychází z teorie krizové intervence Caplana (1964), Golana (1978) a Lindemanna (1944) a rozšiřuje je. Představuje praktický příklad postupného plánu reakce na krizi, který je použitelný v širokém spektru krizových situací.

4. Zásady (nezbytné součásti)

Klienti v krizi prožívají značné trápení, emoční bolest a cítí se zranitelní a nejistí. Pro interakci je proto nezbytné vytvářet a udržovat respektující, neodsuzující a ohleduplnou komunikaci. Prostředí bez ruchů a s dostatkem soukromí významně přispívá k rozvoji kontaktu (Tripathi et al., 2023). Pokud je nutné poskytnout intervenci na rušném místě, je vhodné odvést klienta někam stranou, podle potřeb si s ním sednout nebo se naopak pohybovat (Nepustil, 2019).

Obecné zásady při provádění krizové intervence zahrnují:

- Shromáždění informací, které poslouží k posouzení rozsahu krizové reakce (včetně psychického stavu), příčin krize a okolností, za jakých k ní došlo, k objasnění přetrvávajícího ohrožení, doby trvání krize.

- Zjištění předchozích způsobů řešení problémů a možnosti a limity řešení v současnosti.
- Posouzení stupně dezorganizace ve způsobu chování a zachování možností k překonání krize.
- Získání informací o tom, které potíže považuje klient za hlavní a nedůležitější.
- Zmapování sociální opory a další zdroje daného klienta.

V další fázi vzniká plán, jak krizi řešit. Existence, či naopak neexistence systému sociální opory má rozhodující vliv na hloubku a trvání krizového stavu. Systém sociální opory představují lidé a instituce, které mohou klientovi poskytnout pomoc nejen v běžných podmínkách, ale i v případě psychické a sociální krize. V této fázi získává klient schopnost samostatného rozhodování. Prvky emocionální opory a podpora konstruktivního jednání klienta jsou nedílnou součástí krizové intervence. Pokud je krizový stav klienta vážný a návrat do jeho přirozeného prostředí není možný, je nutná hospitalizace.

Pokud přichází klient v krizi a selhávají u něj běžné mechanismy zvládání, je proto zapotřebí empatického přístupu a akceptování klientova tempa, umění pracovat s tunelovým viděním a zúženým vnímáním, (ne)vědomými pocity viny a selhání a navázání kontaktu „tady a teď“. Je důležité rozeznat akutní reakce na stres, kdy člověk ztrácí schopnost běžného vnímání a umět pracovat se silnými emocemi. Nemírnit ani neposilovat, ale akceptovat, uznat, že tyto emoce jsou v pořádku a umožnit, aby je projevil v podobě, v jaké potřebuje. V průběhu rozhovoru je důležité sledovat, jak se stav klienta vyvíjí (Nepustil, 2019) a přizpůsobovat tomu další postup.

5. Popis doporučené praxe

Při poskytování krizové intervence vycházejte z výše uvedených obecných zásad. Po celou dobu sezení zachovávejte klid a vstřícné komunikační nastavení. Klid má zásadní význam, neboť přispívá k regulaci prožívání klienta. Pokud se s klientem ocitnete v emocionálně vypjaté situaci, poskytněte péči vedoucí ke zklidnění v první řade sobě. Vyvarujte se jednoduchým soudům a naslouchejte tomu, co klient sděluje (Millerová, 2011).

Proces intervence je možné dle charakteru krizové situace vést dle níže uvedených konceptů:

Konceptualizace procesu krizové intervence do sedmi kritických fází, kterými klienti obvykle procházejí na cestě ke stabilizaci, řešení a zvládnutí krize (Roberts 1991, 2000, 2005). Na sebe navazující fáze jsou v procesu krizové intervence zásadní a mohou se plynule překrývat:

1. Naplánujte a proveďte důkladné biopsychosociální posouzení a posouzení bezprostředního nebezpečí (včetně sebevražedných myšlenek);
2. navažte kontakt a spolupráci;
3. identifikujte hlavní problémy, včetně příčin krize (rychlá a přesná orientace v hlavních okolnostech, jež vedly k rozvoji krize);

4. snažte se porozumět pocitům a emocím;
5. vytvářejte a hledejte alternativy a nové strategie zvládání;
6. obnovte fungování prostřednictvím realizace akčního plánu;
7. naplánujte následná a podpůrná sezení.

Šestikrokový model krizové intervence (James a Gililand) zahrnuje tři kroky naslouchání a tři akční kroky. Naslouchání je založeno na pozorování, porozumění, empatickém reagování, respektu ke klientovi, přijetí, neodsuzující postoj a péče. Kroky akce je nutné provádět nedirektivním způsobem a ve spolupráci s klientem. Důležité je posoudit potřeby klienta a podporu prostředí, kterou má k dispozici.

Tři kroky naslouchání:

A. **Definujte problém**; s klientem popište situaci s cílem jí v klientových pojmech porozumět,
B. **zajistěte bezpečnost klienta**; společně s klientem zmapujte míru ohrožení (včetně suicidálních tendencí) zmapujte zdroje a dostupnost dalších bezpečných osob případně další podpory,
C. **poskytujte podporu**; podporujte klienta ve vyjádření emocí a validujte je, podporujte zaznamenané zvládací strategie, orientujte se na možnosti sebe podpory klienta na základní tělesné úrovni, mapujte nejbližší budoucnost.

Tři kroky akce:

A. **Zkoumejte alternativy;** dotazujte se na zvládací mechanizmy v obdobných situacích, dotazujte se na výjimky v zážitku selhávání zvládacích mechanismů, na osoby, které obdobné situace zvládají a jejich strategie, pokud je to vhodné propracujte katastrofický scénář a zkoumejte protektivní faktory, které jej mohou zvrátit.
B. **Vytvořte plán**; společně s klientem formulujte možné kroky vedoucí ke zklidnění, zmírnění ohrožení a orientaci a alespoň minimální možnou úlevu. Orientujte se na nejbližší budoucnost.
C. **Získejte závazek**; společně s klientem se ujistěte že plánu rozumí, je pro něj příznivý nebo alespoň minimálně představitelný. Ujistěte se o proveditelnosti nejbližších kroků plánu a schopnosti klienta je provést. Zformulujte časový horizont, ve kterém bude pro klienta příznivé kontaktovat blízkou bezpečnou osobu nebo odbornou službu, případně domluvte příští společný kontakt. Vybavte klienta krizovými kontakty pro případ zhoršení situace. (verbální či písemné vyjádření klientova plánu, ujištění se, že klient plánu rozumí a cítí se schopen plán dodržet).

Vždy je doporučeno prověřit míru ohrožení sebevraždou, přičemž je žádoucí se zaměřit na přítomnost následujících aspektů (modifikovaná škála SAD PERSONS):

- **Pohlaví** (Male Sex); Větší pravděpodobnost spáchání sebevraždy je u mužů, (1).
- **Věk** (Age); Osoby ve věku 15-25 let a starší než 59 let patří do rizikovější skupiny (1).

- **Deprese nebo beznaděj**; Vyšší pravděpodobnost vykazují klienti s depresí, zejména pokud se začnou lépe cítit a mít více energie po období těžké deprese (2).
- **Předchozí sebevražedné pokusy nebo psychiatrická péče** (1).
- **Aktuální vliv návykových látek** (1).
- **Ztráta racionálního uvažování** (2).
- **Svobodný, rozvedený nebo ovdovělý** (1).
- **Promyšlený nebo uskutečněný pokus** (2).
- **Absence sociální podpory** (1).
- **Vyjádřený budoucí záměr** (2).

Hodnocení skóre:
0-5: v závislosti na okolnostech může být propuštění bezpečné
6-8: pravděpodobně vyžaduje navazující péči nebo psychiatrickou konzultaci
>8: pravděpodobně vyžaduje hospitalizaci

Tato škála je široce využívána při hodnocení rizika sebevraždy nicméně není prokázáno, že by přesně předpověděla sebevražedné chování (Warden et al., 2014).

Dalším způsobem zhodnocení ohrožení sebevraždou, zvláště je-li aktuální průběh intervence ohrožován nedostatkem času, je dotazovat se na tyto tři oblasti:

- **Přítomnost sebevražedných myšlenek**; Uvažujete o tom, že byste si něco udělal(a)?
- **Přítomnost konkrétního plánu**; Jak byste to provedl(a)?
- **Přítomnost protektivních faktorů a zábran**; Co Vám brání v tom, abyste si něco udělal(a)?

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Očekávaným výsledkem krizové intervence pro klienta je:

- zvládnutí nebezpečí, které krize přináší (ohrožení integrace, života, vztahů, sociálního zázemí apod.);
- využití příležitosti k získání motivace pracovat na potřebných změnách;
- zabránění, aby krize přešla do chronického stadia (rezignace, dlouhodobé sebeobviňování či obviňování druhých).

Krizová intervence končí ve chvíli, kdy se klient cítí být schopen svou situaci konstruktivně řešit. U některých klientů pak může přejít v další formy psychoterapeutické práce (Vondráčková in Kalina et al., 2015).

Důkazy účinnosti

U důkazů účinnosti vycházíme ze studie provedené na základě statistické analýzy a kvantitativní syntézy 36 recenzovaných studií krizové intervence, které měly buď (a) pre-post design a následné období, nebo (b) experimentální skupinu a kontrolní skupinu plus následné období, 26 studií nebylo experimentálních. Pouze 12 studií v databázi mělo silný experimentální design. Pozitivní je, že 81 % (29) studií používalo vícerozměrný statistický design. Systematický výzkum účinnosti i studie výsledků krizové intervence dosáhly významného pokroku při identifikaci nejlepších postupů. Kromě toho byly identifikovány společné faktory úspěchu intervence, mezi něž patří vřelost a empatie terapeuta, pracovní spojenectví, vhled a zpětná vazba a faktory působení, jako jsou kognitivní dovednosti (Robert, Everly, 2006).

Včasně poskytnutá krizová intervence v podobě programů pomoci při katastrofách, iniciativ v oblasti duševního zdraví, služeb pro oběti trestných činů a komunitních jednotek krizové intervence založených na duševním zdraví vyrostla z touhy zmírnit utrpení a pomoci při zotavování osob postižených krizí. Mnozí krizoví pracovníci a výzkumníci se obecně shodují na tom, že touha pomáhat, pokud není podložena empirickými a praktickými základy, může vést k intervencím, které se navzdory dobrým úmyslům ukáží jako neúčinné nebo potenciálně škodlivé. Vzdělávání a školení podložené výzkumem založeným na důkazech a zkušenostech z praxe proto může být optimální metodou, jak zabránit možným škodlivým dopadům včasných intervencí, jako je krizová intervence po celospolečenských katastrofách nebo teroristických útocích. Je nesmírně důležité, aby přístupy k duševnímu zdraví při katastrofách byly pevně založeny na teorii krizové intervence a řídily se doporučeními a varováními týkajícími se osvědčených postupů a také studiemi založenými na důkazech.

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. 3.																	4.	

1. Roberts, A.R., Everly, G.S. (2006) A Meta-Analysis of 36 Crisis Intervention Studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 6(1):10-21; doi:10.1093/brief-treatment/mhj006.
2. Edwards, D., Carrier, J., Csontos, J., Evans, N., Elliott, M., Gillen, E., Hannigan, B., Lane, R. and Williams, L. (2024), Review: Crisis responses for children and young people – a systematic review of effectiveness, experiences and service organisation (CAMH-Crisis). *Child Adolesc Ment Health*, 29: 70-83. https://doi.org/10.1111/camh.12639
3. Hoffberg, A. S., Stearns-Yoder, K. A., & Brenner, L. A. (2020). The Effectiveness of Crisis Line Services: A Systematic Review. *Frontiers in public health*, *7*, 399. https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00399

4. Tripathi, A., Brahma, A., Malhotra, S., Akula V. (2023). Clinical Practice Guidelines for Assessment and Management of Patients Presenting with Psychosocial Crisis. *Indian J Psychiatry*. 2023 Feb;65(2):212-220. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_485_22. Epub 2023 Jan 30. PMID: 37063625; PMCID: PMC10096203.

Další zdroje

James R.K., Gilliland B.E. (2016). Crisis Intervention Strategies. Cengage Learning.
Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Grada Publishing, a.s., Vydání I. ISBN 978-80-247-4331-8.

Lewis, S., & Roberts, A.R. (2001). Crisis Assessment Tools: The Good, the Bad, and the Available. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 1*, 17-28.

Millerová, G. (2011). Adiktologické poradenství. Nakladatelství Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.
Roberts, A.R. (2005). Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research. Oxford University Press.

Roberts, A.R., Ottens, A.J., (2005). The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolutions. *Brief Treatment and Crisis Intervention.* 5(4):329-339; doi:10.1093/brief-treatment/mhi030

Warden, S., Spiwak, R., Sareen, J. and Bolton, J.M. (2014). The SAD PERSONS Scale for Suicide Risk Assessment: A Systematic Review. Archives of Suicide Research 2014 Vol. 18 Issue 4 Pages 313-326. DOI: 10.1080/13811118.2013.824829

BOX IV
3 INDIVIDUÁLNÍ PORADENSTVÍ

1. Charakteristika metody

Poradenství je metodou se širokým spektrem využití v adiktologické praxi. V rámci poradenství jsou klientovi během partnerské spolupráce poskytovány informace, rady, vedení a podpora při zvládání obtíží spojených se závislostním chováním. Poradenství by mělo být přiměřené aktuální životní situaci klienta, životním cílům a potřebám tak, aby se zlepšila jeho schopnost se ve své životní situaci orientovat a na základě vlastních sil a zdrojů ji řešit nebo přijmout (Vondráčková in Kalina, 2015).

Poradenský rozhovor je základním nástrojem, který nám umožňuje vhled do klientovy životní situace, jeho prožívání a vnímání dané situace. Je klíčový k navázání důvěry mezi pracovníkem a klientem a k vytvoření fungujícího pracovního spojenectví, které se utváří již od prvního kontaktu. Lze předpokládat, že některé významné aspekty klientova života se budou odkrývat až postupem času, v souvislosti se vzrůstající důvěrou ve vzájemném vztahu.

Individuální poradenství lze definovat jako intervenci zaměřenou na klienta, která má pomoci jednotlivci překonávat problémy (EMCDDA, 2007). Adiktologické poradenství je z hlediska charakteru průběhu a zacílení procesu vhodné rozlišit na **Poradenství** (counselling) **a Expertní poradenství** (advising).

Poradenství (couselling) zakládá svůj proces na dialogu mezi poradcem a klientem a opírá se o pracovní spojenectví a tematicky zaměřené na podporu zvládání vnitřních a inter personálních obtíží klienta. Svá východiska a značnou část postupů sdílí s psychoterapií, je však více orientováno na realitu, posilování dostupných kompetencí, tvorbu strategií a případně edukaci. Nezabývá se nevědomými procesy a změnou osobnosti.

Expertní poradenství (advising) zakládá proces na poskytování odborných rad, orientaci v problematice, případně edukaci v používání cílených strategií pro dosažení požadovaných změn. Expertní poradenství se zpravidla zaměřuje na konkrétní problematiku a je nezbytnou součástí dalších intervencí. Podle oblastí, kterým se v jeho průběhu poradce věnuje v návaznosti na požadovanou změnu je v adiktologické praxi zpravidla využíváno:

- **Zdravotní poradenství;** zaměřené na konkrétní informace, rady a edukaci v oblasti specifických nemocí nebo obecně životního stylu a jeho dopadů na zdravotní stránku člověka. Zahrnuje také informace týkající se bezpečného užívání návykových látek a obecné informace o léčebných možnostech (Vondráčková in Kalina et al., 2015).
- **Sociální poradenství**; zaměřené na konkrétní informace, rady a edukaci směřující k řešení aktuální sociální situace. Nejčastěji se zaměřuje na orientaci v systému dostupných služeb, pomoc se zařizováním dokladů, s orientací na trhu práce a v oblasti bydlení, finanční gramotnosti, případně na rozvoj souvisejících kompetencí v daných oblastech.

- **Právní poradenství**; zaměřené na konkrétní informace, rady a edukaci v oblasti poskytování informací o zákonných právech a povinnostech a pomoc při jejich naplňování, např. dluhové poradenství, rodinné právo a trestněprávní problematiku.

Obě zaměření poradenského procesu se mohou doplňovat a prolínat, stejně tak jako být využívána cíleně odděleně, v závislosti na charakteru požadované změny. Poradenský proces může významně napomoci plně využít kompetence klienta a identifikovat oblasti, pro které je indikována psychoterapie.

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

Vzhledem k vysoké variabilitě procesu a zacílení je dle hloubky požadované změny a terapeutického kontinua možné indikovat individuální poradenství prakticky absolutně všem klientům a blízkým osobám ohrožených závislostním chováním. Bez ohledu na to, zda se jedná o jejich první kontakt s odbornou péči nebo již odborná péče probíhá, bez ohledu na hloubku požadované změny a aktuální motivaci ke změně.

Poradenské postupy ve smyslu krátké a včasné intervence, motivačních rozhovorů a prevence relapsu jsou zpracovány na úrovni samostatného Doporučeného postupu.

3. Teoretická východiska

Individuální poradenství sdílí teoretická východiska s individuální psychoterapií. Efektivní poradenský proces klientovi umožňuje dosahovat: uvědomění/porozumění si, změny chování/vyřešení problému, zplnomocnění, úlevy, prozkoumávání emočního prožívání, zážitku porozumění od poradce, angažovanosti, ujištění a podpory/bezpečí, osobního kontaktu (Timuľák 2007, in Řiháček, 2019).

Poradenský proces by měl být založen na otevřeném dialogickém vztahu a průběžném upevňování pracovního spojenectví a stimulující interakci. Je také potřeba ověřovat, zda se klient nachází v odpovídající modalitě péče (Millerová, 2011).

4. Zásady (nezbytné součásti)

Obecné zásady poradenského procesu bez ohledu ne jeho zacílení, které ovlivňují jeho efektivitu a umožňují tvořit pracovní spojenectví a bezpečí jsou definovány následovně:

- **srozumitelnost.** Používání jazyka, kterému klient rozumí a ujišťování se, že došlo k vzájemnému pochopení. Příliš odborný jazyk může být pro jakýkoliv komunikační protějšek frustrující, může podkopávat sebedůvěru a motivaci ke spolupráci.

- **aktivní naslouchání**, proces podporuje povzbuzení k formulaci myšlenek, objasnění, parafrázování, reflexe, zrcadlení a pojmenovávání pocitů, ocenění a shrnování.
- **vhodně zvolené otázky**. Preference konstruktivních otázek, zejména takových, které pomáhají vytvářet něco nového a vedou klienta k tomu se nad nimi zamýšlet, protože nezná jasnou odpověď. Otázky by měly být otevřené, směřující k problémům klienta, jeho silným stránkám a posilujícím představám o sobě samém. Operacionalizace a kladení otázek by mělo mít těžiště v pohledu do budoucnosti a představách úspěšného řešení problémů. Dotazování na minulost by mělo být využito ke konstruktivním představám o budoucnosti.
- **podpora spolupráce.** Dotazování na klientovy představy by mělo být párováno s alternativami předkládanými poradcem. Důraz při tom vždy zůstává na právu klienta, činit svobodná rozhodnutí a volit řešení.
- **Autenticita.** Konzistentní vystupování, zdůvodňování kroků a otevřená komunikace včetně reflektovaných omylů a přiznaných neznalostí podporují důvěryhodnost procesu.

Klíčovým parametrem poradenského procesu je jeho flexibilita. Potřeby klienta se budou v efektivním poradenském procesu vyvíjet a měnit. Je tedy nezbytné se průběžně ujišťovat u míře naplněnosti původních záměrů a případně provést úpravu zakázky. Je nutné zohledňovat fakt, že mnohdy se může jednat o jeden z mála bezpečných a otevřených vztahů, které klient zažívá a je tedy žádoucí podporovat jeho kontrolu nad autonomií v poradenském procesu.

5. Popis doporučené praxe

Pro efektivitu poradenského procesu je zásadní zaměřit se na vybudování důvěry klienta k poradci. Zvláštní důraz by měl být kladen na citlivost, vřelost a porozumění, které spolu vytvářejí základ důvěryhodného vztahu. K nejdůležitějším složkám kteréhokoli z přístupů patří navázání vztahu, intervence a ukončení práce (Matoušek, 2013).

Poradenství (counselling)

Proces poradenství postupuje cyklicky v níže uvedených fázích. V kratších poradenských intervencích či jednorázových poradenských konzultacích fáze probíhají v rámci jednoho setkání. V delším intervenčním rámci se mohou prolínat napříč jednotlivými setkáními nebo tvořit jednotlivá setkání.

- **Navažte vztah** (fáze 1); Prozkoumejte společně s klientem situaci, ve které se nyní nachází. Ujišťujte se, že správně chápete, jak klient situaci vnímá a prožívá. Zjišťujte, jaké mé představy o jejím řešení, co již vyzkoušel a s čím si neví rady. Buďte transparentní s seznamte klienta s možnostmi a limity spolupráce. Zajímejte se o to, kde má zájem začít, nabídněte mu vaše odborné vidění situace včetně toho, co v jeho nahlížení na obtíže chybí.
- **Stanovte cíle** (fáze 2); Formulujte s klientem jeho představy o požadované změně, popište společně cílový stav. Cíle stanovujte konkrétní a představitelné. Doprovázejte klienta tak,

aby co nejvíce sám rozpoznával, co je pro něj důležité a formuloval cíle s ohledem na své možnosti.

- **Naplánujte kroky** (fáze 3); Provázejte klienta představami o krocích, které k dosažení cíle vedou. Plánujte postupné malé a dosažitelné kroky. Zaměřujte se na dostupné kompetence a podporujte jej v jejich využívání. Mapujte dostupné zdroje pro realizaci kroků. Podporujte klienta v tvořivém zacházení se svými zdroji a kompetencemi. Pokud je to žádoucí poskytnete klientovi edukaci či nácvik v těch oblastech, kde mu kompetence a dovednosti chybí. Pokud klient žádá faktickou radu a je to relevantní, poskytněte mu ji. Podpořte v realizaci kroků.
- **Uzavřete rozhovor** nebo etapu (fáze 4); Zhodnoťte s klientem proběhlé setkání či etapu spolupráce. Reflektujte jeho pokroky. Dotazujte se na užitečné části spolupráce a podpořte klienta v reflexi toho, co pro něj užitečné není.

V kontextu adiktologické praxe zohledňujte v poradenském procesu následující jevy. Jejich zohledňování zvyšuje efektivitu procesu zotavení (Millerová, 2011):

1. **Podporujte přijetí skutečnosti**, že klient se uzdravuje ze závislostního chování; pomáhejte klientovi s řešením stigmatu závislosti v jeho životě.
2. **Upozorňujte na spouštěče**; reflektujte euforické vzpomínky klienta na užívání návykových látek nebo závislostní chování, pomozte mu detekovat rizika.
3. **Upozorňujte na jiné formy závislostního chování**; reflektujte užívání jiných látek nebo jiné závislostní chování, které stojí mimo klientovu pozornost nebo které nevnímá jako problematické a pomozte mu předcházet relapsu a vnímat souvislosti.
4. **Podporujte nové sociální vazby**; podporujte klienta ve vyhledávání nových bezpečných sociálních situací a vazeb.
5. **Podporujte zvyšování všímavosti a odolnosti**; pomáhejte klientovi porozumět jeho postojům a prožívání. Pomáhejte rozvinout strategie pro zvládání vnitřních rozporů a odolnost vůči vnější zátěži.

Expertní poradenství

V procesu expertního poradenství dodržujte stejné zásady a postupujte podle stejného procesního řazení jako v případě psychologického poradenství. Těžiště procesu udržujte v poskytování žádaných informací a edukaci. Udržujte baterii poradenských informací v dané oblasti aktualizovanou.

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

- zvýšení a udržení motivace pracovat na zvoleném cíli dle hloubky požadované změny.
- orientace v možnostech adiktologické péče, uvědomění si rizik spojených se závislostním chováním a jejich důsledků,

- rozšíření klientových komunikačních a sociálních dovedností a kapacit zvládání náročných situací;
- objasnění a podpora v řešení psychologických, interpersonálních a sociálních problémů spojených s užíváním alkoholu či nealkoholových návykových látek;
- překonání vnitřních i vnějších překážek pro vstup do intenzivní, případně pobytové adiktologické služby.

7. Doplňující komentář

Pro dobrou poradenskou praxi je žádoucí držet se principů stanovených Millerovou (2011):

1. Poskytněte respektující vstřícné prostředí (také ve vztahu ke kulturním rozdílům).
2. Buďte flexibilní.
3. Vystupujte jako odborník na oblast poradenství, nikoli na život klientů.
4. Vytvořte s klientem vztah založený na důvěře. Nepředstírejte, že víte něco, co nevíte.
5. Nevytvářejte problémy, ale pokud nastanou, zabývejte se jimi.
6. Nehádejte se s lidmi, ale reagujte na to, co říkají. Nenechávejte věci bez odpovědi.
7. Podělte se o své zkušenosti se selháním komunikace, pokud k němu dojde.
8. Omluvte se, pokud jste se v něčem mýlili.
9. Naučte se jednat s lidmi, kterým nejste sympatičtí.
10. Hledejte podporu u svých kolegů a supervizorů.

Důkazy účinnosti

McGovern a kolektiv (2011) v randomizované kontrolované studii srovnávali integrovanou kognitivně behaviorální terapii s individuálním poradenstvím (counselling) v oblasti závislostí při souběžném užívání návykových látek a PTSD. Integrovaná kognitivně-behaviorální terapie byla účinnější než individuální poradenství v oblasti závislostí při snižování symptomů opětovného prožívání PTSD. Individuální poradenství v oblasti závislostí bylo srovnatelně účinné s integrovanou kognitivně behaviorální terapií ve výsledcích užívání návykových látek a při jiných měřeních závažnosti psychiatrických příznaků.

Další studie (Ntchana, Daley, 2022) ukázala, že vzdálené (telefonické/online) intenzivní adiktologické poradenství je relativně lepší volbou u klientů ve věku 18-45 než ambulantní péče a funguje lépe u svobodných nebo nikdy neprovdaných žen mladších 30 let s vyšším vzděláním.

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.												5.		3. 4.			

1. Russell, M.A., Coatsworth, J.D., Brown, A. *et al.* (2023). Peer Network Counseling Effects on Substance Use: an Individual Participant Data Meta-Analysis Integrating Three Randomized Controlled Trials. *Prev Sci* 24, 1510–1522 (2023). https://doi.org/10.1007/s11121-022-01468-z
2. McGovern, M.P., Lambert-Harris, C., Alterman, A.I., Xie, H., Meier, A. (2011). A Randomized Controlled Trial Comparing Integrated Cognitive Behavioral Therapy Versus Individual Addiction Counseling for Co-occurring Substance Use and Posttraumatic Stress Disorders. *J Dual Diagn.* 2011 Jan 1;7(4):207-227. doi: 10.1080/15504263.2011.620425. PMID: 22383864; PMCID: PMC3289146.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMSHA (2019). Counseling Approaches To Promote Recovery From Problematic Substance Use and Related Issues. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 65. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK601486/
4. Logan, D. E., & Marlatt, G. A. (2010). Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *Journal of clinical psychology*, 66(2), 201–214. https://doi.org/10.1002/jclp.20669
5. Ntchana, A., Daley, R. (2022). Effectiveness of Remote Intensive Counseling Versus Outpatient Counseling in Substance Use Disorders: A Retrospective Cohort Study. Cureus 14(4): e24167. doi:10.7759/cureus.24167

Další zdroje

Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada.
Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Grada Publishing, a.s., Vydání I. ISBN 978-80-247-4331-8.
Logan, D. E., & Marlatt, G. A. (2010). Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *Journal of clinical psychology*, 66(2), 201–214. https://doi.org/10.1002/jclp.20669
Millerová, G. (2011). Adiktologické poradenství. Překlad českého vydání Jiří Bareš. Nakladatelství Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.
Nepustil, P., Geregová, M., Frišaufová, M., Hýl, P. et al. (2021). Metody sociální práce a síťování v adiktologických službách. Praha: Úřad vlády ČR.
Matoušek (2013). Encyklopedie sociální práce. Praha: portál. ISBN: 978-80-262-0366-7
Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMSHA (2019). Counseling Approaches To Promote Recovery From Problematic Substance Use and Related Issues. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 65. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK601486/

BOX IV
4 MOTIVAČNÍ ROZHOVORY

1. Charakteristika metody

Motivační rozhovor je ucelený, teoreticky podložený a metodologicky propracovaný klinický a poradenský přístup (Kalina, 2013) zaměřený na hledání a rozvíjení vnitřní motivace klientů ke změně chování (Soukup, 2014). Tato metoda je jednou z dovedností pomáhajících pracovníku v adiktologických službách při práci s klienty. Motivační rozhovory respektují právo na sebeurčení a právo na svobodné rozhodování. Je to uživatel služby, komu je předávána odpovědnost za volbu, chování i případnou změnu. Jakékoli postupy či techniky zmíněné dále budou ovšem účinné pouze v případě, že se podaří vytvořit kvalitní pracovní spojenectví.

Motivační rozhovory mají několik obecných principů, které se zaměřují na různé aspekty aplikace teoretických východisek do praxe: **stanovení cílů, přiměřenost intervence stavu motivace, dělba odpovědnosti za změnu.** U uživatelů závislostního chování je důležité pracovat s motivací ke změně a respektovat její momentální úroveň.

Motivace je dynamická a proměnlivá. Reaguje na mezilidské vlivy, včetně zpětné vazby a uvědomění si různých dostupných možností. Motivace je silným prediktorem výsledků péče poruch způsobených užíváním návykových látek (PUNL). V různých fázích může kolísat a lišit se v intenzitě. Může se snižovat, když klient pociťuje pochybnosti nebo ambivalenci ohledně změny, a zvyšovat, když jsou důvody pro změnu a konkrétní cíle jasné. V tomto smyslu může být motivace ambivalentním stavem nebo rozhodným odhodláním.

Motivaci lze posílit v mnoha bodech procesu změny. Historicky se v léčbě PUNL mělo za to, že klienti musí "padnout na dno" nebo zažít hrozné, nenapravitelné následky zneužívání návykových látek, aby byli připraveni ke změně. Výzkum nyní ukazuje, že to není nutné a že poradci mohou klientům pomoci identifikovat a prozkoumat jejich touhu, schopnost, důvody a potřebu změnit chování související s užíváním návykových látek, čímž se zvyšuje motivace a usnadňuje posun ke změně (SAMSHA, 2019).

Základním cílem motivačního rozhovoru je dosahování změn ve směru šťastnějšího, úspěšnějšího a bezpečnějšího životního stylu. Stanovení cílů a označování problémů určuje klient, přičemž pracovník usnadňuje a podporuje proces změny, případně její udržení. Cíle, ke kterým klienta motivuje by měly být realistické, konkrétní, měřitelné a časově omezené (Kalina, 2013, SAMSHA, 2019).

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

Motivační proces je chápán v rámci širšího vývojového modelu změny, v němž jsou kontemplace a odhodlání důležitými ranými kroky, které lze dle Millera (1983) ovlivnit intervencemi pracovníka.

Motivační rozhovor se dá využít na samém počátku spolupráce k získání klienta k zaměření na změnu, jako způsob udržování kontaktu v průběhu práce na změně a dá se s ním pracovat, kdykoli se objeví ambivalence ohledně probíhající změny (Millerová, 2011).

V adiktologii je práce s motivací důležitou součástí nejrůznějších forem terapie či poradenství. Dá se s ní pracovat v malé i ve velké skupině, při individuální konzultaci, práci s rodinou i dalších formách terapie. Využíváme ji především v situacích, kdy klienti prožívají stav ambivalence a konfliktů jak oblasti myšlení, tak v oblasti chování. Má své místo všude tam, kde je potřeba vytvořit a upevnit dobrý vztah, zaměřit spolupráci ve prospěch změny, hledat a upevňovat motivaci ke změně a efektivně plánovat potřebné kroky k ní. S těmito situacemi se setkáváme u klientů závislých i abstinujících. Práce s motivací je tím pádem důležitá jak při úvodních setkáních s klienty, kteří právě vyhledali služby určitého zařízení, tak v průběhu péče a následné péče. Motivační rozhovory jsou tedy široce využívaným přístupem napříč spektrem adiktologických služeb.

3. Teoretická východiska

Pro účely zpracování KDP pro motivační rozhovory vycházíme z původního modelu Millera a Rollnicka a následným propojením tohoto modelu s transteoretickým modelem jako rámcem pro pochopení procesu změny Prochasky a DiClementeho. V kontextu teorie PRIME (West 2013, 2016), která je pro potřeby KDP využívána, je nutné v souladu s individuálně specifickými změnami v motivačním systému konkrétního jednotlivce nahlížet na tarnsteoretický model (Prochaska, DiClemente) jako na mechanismus uplatňující se nikoliv na celý motivační systém jednotlivce, ale jen na tu jeho část, na kterou intervence cílí. Jinými slovy je pravděpodobné, že bude za využití motivačních rozhovorů možné úspěšně intervenovat k posílení motivace docházet do péče, nebo změnit vzorce užívání konkrétní látky, současně ale nebude v témže čase možné dosáhnout změny motivace pro abstinenci od všech látek, nebo dosáhnout změny motivace k práci na primárních obtížích, které stojí v základu závislostního chování.

Miller vycházel ze základních principů empatického porozumění Carla Rogerse a ze sociální psychologie a použil procesy, jako je atribuce, kognitivní disonance a vlastní účinnost (Britt, Hudson, Blampied, 2004). Motivace není pojímána jako osobnostní rys, ale jako mezilidský proces. Model upouští od nálepkování a klade velký důraz na individuální odpovědnost. Kognitivní disonance vzniká kontrastem probíhajícího problémového chování s výrazným vědomím negativních důsledků chování. Empatické postupy vycházející z metod Carla Rogerse, sociálně-psychologické principy motivace a objektivní zpětná vazba při hodnocení jsou využívány k tomu, aby tato disonance směřovala k řešení změny chování a vyhnula se "zkratům" nízkého sebehodnocení, nízké

sebeúčinnosti a popírání. Tento motivační proces je chápán v rámci širšího vývojového modelu změny, v němž jsou kontemplace a odhodlání důležitými ranými kroky, které lze ovlivnit intervencemi terapeuta (Miller, 1983).

Navzdory nedostatku empirických údajů se po Millerově úvodním článku projevil o motivační rozhovory značný zájem, především v kontextu závislostí. Vzhledem k tomuto zájmu začal Miller zkoumat procesy a výsledky této metody, v důsledku čehož jeho původní model rozpracoval a dále rozvinul spolu s Rollnickem. Významným vývojem bylo propojení motivačních rozhovorů s transteoretickým modelem změny, přičemž transteoretický model poskytuje rámec pro pochopení samotného procesu změny a motivační rozhovor poskytuje prostředek k usnadnění tohoto procesu změny. V tomto rámci je připravenost ke změně chápána jako míra, do jaké klient zvažuje potřebu změny a zvažuje výhody a nevýhody změny. Na nedostatek motivace lze tedy nahlížet jako na vnímání problému, kdy klient nevidí žádnou (nebo nedostatečnou) potřebu změny, zatímco ostatní (např. zdravotníci) vnímají problém a potřebu změny (Britt, Hudson, Blampied, 2004).

4. Zásady (nezbytné součásti)

Miller a Rollnick (1991) uvádějí následující klinické zásady, na nichž jsou motivační rozhovory založeny: vyjadřovat empatii, rozvíjet rozpory, vyhýbat se argumentaci, vyrovnávat se s odporem a podporovat vlastní účinnost.

V následujícím textu jsou stručně přiblíženy principy motivačních rozhovorů (např. In Miller and Rollnick, 1991, Millerová, 2011, Soukup, 2014, Kalina 2013):

- Pozorné naslouchání a snaha přesně porozumět tomu, co klient sděluje. Je to tedy **empatický vhled** a jeho vyjádření klientovým jazykem a srozumitelnou formou.
- Pomoci vidět klientovi rozpory a podpořit jejich prozkoumání. Cílem je, aby to byl klient, kdo sám sebe se situací konfrontuje, tj. popisuje současnou situaci i žádoucí stav, nikoli pracovník. Jedná se o **rozvíjení rozporů**, nikoli o jejich vytváření.
- **Podpora důvěry klienta ve vlastní schopnosti**, pomoc klientovi vidět své předchozí úspěchy, hledat poučení z neúspěchu, najít vhodné způsoby změnu uskutečnit, najít a využít podporu okolí, plánovat si dosažitelné cíle, odstraňovat překážky.
- **Snaha vyhnout se napravovacímu reflexu.** Napravovací reflex znamená, že má pracovník potřebu nabádat, přesvědčovat či informovat klienta o žádoucích změnách chování a rizicích současného chování. Z hlediska pravděpodobnosti žádoucí změny je to však nevýhodné. Situace, kdy klient obhajuje opačnou stranu argumentu a uvádí důvody pro zachování současného stavu, snižuje pravděpodobnost, že změnu uskuteční. Ovládne-li pracovník napravovací reflex, nebudou mít potřebu se obhajovat.

Nezbytnou součástí této techniky je postoj úcty a respektu ke klientovi a jeho autonomii, důvěra v lidský potenciál a ve schopnost rozvíjet se pozitivním směrem.

5. Popis doporučené praxe

Hlavní zásady tedy zahrnují vyjádření empatie, posílení úrovně pozitivního sebehodnocení, vyrovnávání se s odporem a objevování rozporů (Soukup, 2014, Hannover and Hannich, 2010). Tyto zásady mají základ v následujících komunikačních dovednostech, které shrnuje akronym OARS+:

- **Kladení otevřených otázek** (Open questions). Otevřenými otázkami spolu s reflexí upřesňujte s klientem téma a usilujte o posun v procesu**.**
- **Používání afirmací (ujištění, potvrzování kladných postojů, ocenění)** (Affirming). Zaměřujte se společně s klientem na jeho kvality a silné stránky. Tedy na to, co ve zvládacích strategiích klienta funguje a na jeho uvědomovaných schopnostech. Označujte ty schopnosti a zvládací strategie, které zaznamenáte, ale klient si je neuvědomuje. Autenticky a citlivě oceňujte aktuální úspěšné zvládací strategie klienta a pomozte mu objevit i minulé úspěchy. Podporujte ho v důvěře ve vlastní schopnosti a v tom, aby změnu opíral o to, co funguje, na svých schopnostech, kvalitách a silných stránkách.
- **Reflektivní naslouchání** (Reflecting). U reflektivního naslouchání se pokuste odhadnout a sdělit, jak rozumíte tomu, co vám klient řekl. Pro pojmenování takového sdělení je používán pojem reflexe. Reflexí si ověřujete hypotézu o prožívání klienta. Pokud je odhad správný, klient obvykle přitaká a své sdělení rozvine, případně pokud odhad není správný sdělení upřesní. Obojí pak vede k přesnějšímu a hlubšímu porozumění.
- **Shrnutí** (Summarising)**.** Shrnutí je v podstatě rozšířená reflexe. Do shrnutí zahrňte podstatné momenty toho, co proběhlo v předchozí konverzaci. Shrnutím na počátku rozhovoru usnadníte uvedení do tématu, můžete shrnout, co podstatného se událo na předchozím setkání. V průběhu setkání shrnujte ambivalenci klienta či významné aspekty aktuální situace. Na konci proveďte rekapitulaci a podstatné závěry a případná rozhodnutí, která klient učinil.
- **Podněcování sebemotivujícího jazyka, řeč změny** (+ change talk). K podnícení sebemotivujícího jazyka můžete využít následující metody: 1) *kladení otevřených evokujících otázek*, kterými klienta přivedete k tomu, aby vyjádřil své obavy a názory, např. Co vás vede k tomu, uvažovat o změně?; 2) *používání měřítka významnosti*, kdy klienta vyzvete, aby pomocí škály ohodnotil významnost změny v chování a společně diskutujete nad výsledky; 3) *pohled dopředu,* kdy se klient dívá do budoucna a popisuje, jaký dopad by změna mohla mít na jeho budoucnost a jak by naopak vypadala budoucnost, pokud by ke změně nedošlo; 4) *pohled zpět* - zde se klient vrací v myšlenkách zpět do doby, kdy stávající problémy neexistovaly, a srovnává ji se současností; 5) *práce s "rozhodovací váhou"* - klient zvažuje pro a proti, která se s příslušnou změnou pojí a tyto "dvě strany mince" poté společně rozeberte; 6) *podrobnější rozbor - vyzvěte klienta k* bližšímu objasnění důvodů ke změně, příklady, popisy situací; 7) *zkoumání krajních variant*, pokud jde o jeho chování, respektive toho nejlepšího, co by realizovaná změna mohla přinést.

Další složkou motivačních rozhovorů je **poskytování informací a rad.** Nevyžádané informace a rady vyvolávají potřebu se obhajovat, vymezovat (Soukup, 2014). Pokud rady či informace poskytujete, aktivně povzbuzujte klienta, aby se sám rozhodl (Britt, Hudson, Blampied, 2004):

- Nejprve se snažte zjistit, co klient už ví a co ho ještě zajímá. Je výhodné přispět radou až ve chvíli, kdy víme, že klienta skutečně zajímá, a že zvýší pravděpodobnost změny a nevyvolá obhajování.
- Požádejte o svolení ("Něco mě napadlo, rád/a bych vám to řekl/a…."), vyjádřete, že mohou informaci odmítnout ("Nevím, zda Vám to bude připadat užitečné..."), poukazujte na zkušenost jiných lidí ("Některým lidem se osvědčuje..."), nabízejte více možností způsobu řešení problému.
- Po poskytnuté informaci se zeptejte, co si o ní klient myslí a která z možností mu připadá nejpřijatelnější (Soukup in Kalina, 2015).

Práce s odporem

Odpor je vnímán jako přirozená součást změny a v rámci sezení funguje jako signál ke změně strategie. Neodporuje se mu, ale spíše se uznává a zkoumá s cílem posunout klientovo vnímání.

Argumentace nebo přímé přesvědčování jsou považovány za kontraproduktivní a je třeba se jim vyhnout, protože pravděpodobně vyvolávají obranu nebo odpor. Místo toho je styl obecně klidný a facilitační a vztah se podobá spíše pracovní alianci.

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Cílem motivačního rozhovoru je dosáhnout změny u klienta. Klient si uvědomuje, že je důležité podniknout kroky ke zlepšení jeho situace. Pracovník se snaží porozumět motivacím, které danou osobu vedou ke změně a překážkám, které brání k uskutečnění změny. Výsledkem je, aby byl klient schopen provést ve svém životě potřebné změny, nebo práci na změně zahájit.

7. Doplňující komentář

Principy motivačních rozhovorů jsou využívány také spolu s krátkou intervencí. Po posouzení klienta a zjištění problémového, rizikového či závislostního chování následuje systematická zpětná vazba o zjištěných skutečnostech s využitím komunikačního stylu motivačních rozhovorů.

8. Vysvětlivky vybraných pojmů

Kognitivní disonance. Teorie kognitivní disonance (Festinger, 1957) předpokládá, že jedinci se snaží udržet konzistenci/soulad mezi kognicemi (myšlenkami, chováním, postoji, hodnotami nebo přesvědčeními) oproti rozporu a nesouladu. Nekonzistentní kognice vyvolávají nepříjemné stavy, které motivují jedince ke změně jedné nebo více kognicí, aby konzistenci obnovili.
Sebeúčinnost/sebedůvěra (Self-efficacy) se vztahuje k přesvědčení člověka o jeho schopnosti uspět v určitých situacích nebo splnit úlohu. Tento pojem definoval Bandura v roce 1977. Podle jeho názoru je pocit vlastní účinnosti předpokladem pro změnu chování (Bandura, 2006).
Ambivalence je stav, v němž člověk prožívá rozporné aspekty uvažovaného rozhodnutí či změny. Ambivalenci pracovník pozná během rozhovoru tak, že klient uvádí zároveň důvody pro změnu i proti změně, často i v jedné větě (Soukup, 2014). Ambivalence je přitom považována za klíčovou. Řeší se zaměřením na klientova přání, očekávání, přesvědčení, obavy a naděje se zvláštním důrazem na rozpory mezi nimi.
Transteoretický model změny chování původně vytvořili Prochaska a DiClemente (1984, 1986) v klinickém kontextu, aby popsali proces změny chování u závislostního chování. V nejnovější formulaci (Prochaska et al., 1992) předpokládají, že jedinci při pokusu o změnu chování procházejí pěti stadií, z nichž první tři jsou motivační a zbývající dvě akční. První stadium se označuje jako stadium prekontemplace, kdy jedinec nemá v úmyslu své chování v dohledné době změnit. Předpokládá se, že mnoho lidí v této fázi si své problémy neuvědomuje nebo si je uvědomuje nedostatečně. Následuje stadium kontemplace, kdy si jedinec uvědomuje, že v souvislosti s daným chováním existuje problém, a vážně uvažuje o jeho překonání, ale zatím nepodnikl žádné kroky ani přípravy. Třetí fází je fáze příprav, kdy se jedinci rozhodli, že v příštím měsíci podniknou kroky, a v uplynulém roce se jim to nepodařilo. Poté přichází fáze akce, kdy jedinec skutečně mění své chování. Poslední fází je fáze udržovací, kdy se jedinec snaží udržet změnu chování tím, že pracuje na prevenci relapsu. Fáze akce a udržovací fáze mají navíc vymezené časové rámce, přičemž ve fázi akce se nachází, pokud změnili své chování na dobu od 1 dne do 6 měsíců, a jako ve fázi udržovací, pokud změnili své chování na dobu delší než 6 měsíců.

Důkazy účinnosti

Motivační rozhovory vznikly na základě konvergence pozorování toho, co bylo účinné pro podporu změny v klinické praxi (Miller, 1983). Od doby, kdy byl tento přístup aplikován, se počet publikací věnovaných motivačním rozhovorům exponenciálně zvýšil do té míry, že v současné době existuje více než 1300 randomizovaných studií a přibližně 150 přehledů o účinnosti motivačních rozhovorů u různých forem chování a u různých cílových populací. Většina studií se zabývá problematickým užíváním návykových látek (Bischof, 2021).

Tato metoda se ukázala jako slibná v různých prostředích a u různých poruch spojených s užíváním návykových látek, jako je alkohol, kokain a marihuana (Burke et al., 2003). Kromě užívání

návykových látek byla prokázána účinnost intervence např. u snížení rizikového sexuálního chování, zvýšení dodržování medikace, zvýšení připravenosti ke změně u poruch příjmu potravy a zlepšení při dodržení zdravých stravovacích návyků. Dále se ukázalo, že motivační rozhovor je účinným přístupem ke zvýšení angažovanosti a adherence klientů v adiktologické péči (Madson, Loignon, Lane, 2009).

Systematický přehled celkové účinnosti motivačních rozhovorů v různých prostředích a na základě 104 publikovaných přehledů (z toho 39 metaanalýz) ukázal dobré výsledky pro ukončení nebo prevenci nežádoucího chování, zejména pokud jde o problematické užívání návykových látek (především alkoholu, konopí a tabáku), zatímco důkazy pro chování podporující zdraví (s výjimkou podpory fyzické aktivity) byly různorodější a z hlediska metodologické kvality zahrnutých studií slabší. Pokud jde o potenciální proměnné, byly zjištěny účinky ve srovnání s kontrolními skupinami, které neprošly žádnou péčí nebo nespecifikovanou běžnou péčí, ale nikoli ve srovnání s kontrolními podmínkami s jinými intervencemi založenými na důkazech, jako je kognitivně-behaviorální terapie. Na základě dosud provedených studií se ukázalo, že motivační rozhovor je na důkazech založená, účinná a poměrně úsporná metoda podpory změny chování u ambivalentních klientů, zejména v případě problémového užívání návykových látek (Bischof, 2021).

DiClemente et al (2017) uvádí, že používání této intervence spolu s krátkou intervencí zvyšuje motivaci u všech druhů návykového chování.

Nebylo prokázáno, že by intervence vycházející z transteoretického modelu byly efektivnější než intervence založené na modelu bez prvku různých fází (Quinlan a McCaul, 2000; Adams a White, 2005; Dijkstra, 2005; de Vet et al., 2008; Cahill et al., 2011b in West, 2016).

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
	3. 4. 5. 8.															1. 2.		6. 7.	

1. Bischof, G., Bischof, A., & Rumpf, H. J. (2021). Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice. *Deutsches Arzteblatt International*, 118(7), 109–115. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0014
2. Britt, E., Hudson, S.M., Blampied N.M. (2004). Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling* 2004 Vol. 53 Issue 2 Pages 147-155.https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00141-1

3. Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843–861. https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.5.843
4. DiClemente, C.C., Corno, C.M., Graydon, M.M., Wiprovnick, A.E., Knoblach, D.J. (2017). Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. *Psychol Addict Behav.* 31(8):862-887. doi: 10.1037/adb0000318. PMID: 29199843.
5. Madson, M.B., Loignon, A.C., Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment.* Vol. 36 Issue 1 Pages 101-109. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.005/
6. Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11(2), 147–172. https://doi.org/10.1017/S0141347300006583
7. Pócs D., Hamvai Cs, Kelemen O. (2017). Health behavior change: motivational interviewing. *Orv Hetil.* 2017 Aug;158(34):1331-1337. DOI: 10.1556/650.2017.30825
8. Yakovenko, I., Quigley, L., Hemmelgarn, B.R., Hodgins, D.C, Ronksley, P. (2015). The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: Systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*. Vol. 43 Pages 72-82. Available at: https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.12.011

Další zdroje

Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, p. 307-337.

Festinger, L. (1957). An Introduction to the Theory of Dissonance. Stanford, CA: Stanford University Press.

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

Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Grada Publishing, a.s., Vydání I. ISBN 978-80-247-4331-8.

Millerová, G. (2011). Adiktologické poradenství. Překlad českého vydání Jiří Bareš. Nakladatelství Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.

Miller, M.K., Clark, J.D., Jehle, A. (2015). Cognitive Dissonance Theory (Festinger). The Blackwell Encyclopedia of Sociology. Publisher: John Wiley & Sons. Editors: George Ritzer. Available at: (11) (PDF) Cognitive Dissonance Theory (Festinger) (researchgate.net)

Miller W.R., Rollnick, S.R. (1991). Motivational interviewing: preparing people to change behaviour. New York: Guilford Press; 1991.

Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. (1984) *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Dow Jones Irwin, Homewood, IL.

Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. (1986) Towards a comprehensive model of change. In Miller, W. R. and Heather, N. (eds), *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change.* Plenum Press, New York, pp. 3–27.
Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. and Norcross, J. C. (1992) In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.
Soukup, J. (2014). Motivační rozhovory v praxi. Nakladatelství Portál, s.r.o. ISBN 978-80-262-0607-1.
Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMSHA. (2019). Enhancing Motivation for Change in Substance Use Disorder Treatment: Updated 2019. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571071/
West, R. (2016). Modely závislosti. Editoři českého vydání: Viktor Mravčík, Kateřina Grohmannová. Vydal Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. ISBN 978-80-7440-157-2.

BOX IV

5 SKUPINOVÉ PORADENSTVÍ/MOTIVAČNÍ SKUPINY

1. Charakteristika metody

Nejčastější formou práce s adiktologickými klienty je práce ve skupině. Důvody častého využívání skupinových sezení jsou např. podpora a pozitivní tlak na abstinenci ostatních ve skupině, zmenšení pocitu izolace, dodání naděje a inspirace prostřednictvím možnosti být při úzdravě druhých a sledováním tohoto procesu u ostatních, efektivní konfrontace rizikového chování od lidí s podobnými zkušenostmi a nákladová efektivita (Flores and Georgi, 2005 in Kalina, 2015). Vzhledem k velké rozšířenosti práce ve skupinách je velmi důležité, aby byli poradci obeznámeni se základními principy a technikami skupinového poradenství (Millerová, 2011).

Skupinová práce má v adiktologii velké množství způsobů využití. Skupinový přístup se různí v propracování metod skupinové práce a důrazu na využití skupinové dynamiky a analýzy skupinových procesů. Řada skupinových programů využívá prvky různých směrů, přístupů a typů skupin. Ze skupinové psychoterapie vychází např. skupiny životopisné, tematické, interakční, skupiny hodnotící, nácvikové, psychoedukační, skupiny s blízkými (Kalina, 2013).

Způsob, jakým skupiny pracují, se může lišit také dle zaměření terapeuta nebo dle cíle, který si skupina stanovila. Tento okruh Doporučených postupů se zabývá především motivačními skupinami, které představují skupinovou aplikaci principů terapie podporující motivaci podle Millera a Rollnicka.

Motivační skupiny využívají poradenský přístup založený na důkazech a je zaměřený na klienta. Tento přístup pomáhá překonat ambivalenci ohledně změny nežádoucího chování. Motivační rozhovory se zaměřují na posílení vnitřní motivace. Motivační poradenství se využívá již řadu let u nejrůznějších závislostí na návykových látkách a závislostního chování, např. při odvykání kouření, hazardního hraní, ale také u poruch příjmu potravy, úzkostí, depresí či souběžného užívání např. léků a jiných návykových látek (SAMSHA, 2020).

Důležitým faktorem při zotavování je dodávání naděje při obnovování sociálních a emocionálních vazeb, které byly buď zničeny procesem závislostního chování, nebo byly před PUNL nedostatečně rozvinuté. Zneužívání návykových látek často ovlivňuje sebeúctu a klienti nemusí mít naději, že se jejich život může podstatně zlepšit. Skupinová práce je pro tyto změny vhodná, protože usnadňuje rozvoj sebeúčinnosti a podporuje naději, která je pro zotavení nezbytná (Koehn, O'Neill, Sherry, 2012).

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

Motivační skupiny se používají v předléčebném poradenství. Klienti motivačních skupin se obvykle nacházejí v takovém stádiu motivace, kdy kontemplace přecházejí do rozhodování. Vnímají problémy a obtíže spojené s užíváním, zvažují pro a proti, případně jsou nakloněni změně, nevědí však, kdy změnu uskutečnit a jak. Stává se ovšem, že přijde klient ve stádiu prekontemplace (ze zvědavosti nebo s kamarádem), který si problémy nepřipouští a o změně neuvažuje (Kalina, 2013).

Kromě indikace spojené se stádiem připravenosti ke změně jsou motivační skupiny indikovány také klientům se zájmem o nástup do nespecifikovaného typu adiktologické péče, se zájmem o zprostředkování adiktologické péče, klientům čekající na léčbu, klientům bez konkrétní zakázky či klientům, kteří prozatím nemají zájem o strukturovanější program adiktologické péče.

Vzhledem k tomu, že mnoho klientů má zkušenosti se skupinovou i individuální terapií, je vhodné při volbě mezi oběma typy nebo při vytváření kombinovaného plánu péče zvážit preference klientů (APA, 2006).

3. Teoretická východiska

Motivační rozhovor je poradenský přístup, který má silnou empirickou podporu v individuálních intervencích. Metodu lze s několika úpravami přizpůsobit skupinové terapii.

Motivační rozhovory (Miller, Rollnick, 1991) vycházejí z Carla Rogerse a sociální psychologie a mají své principy a zásady. Jsou založeny na vyjadřování empatie, rozvíjení rozporů, vyhýbání se argumentaci, vyrovnávání se s odporem a podporování vlastní účinnosti. Cílem je posílit osobní motivaci a odhodlání k dosažení konkrétního cíle tím, že se v atmosféře přijetí a empatie zjišťují a rozebírají důvody klientů pro změnu (Krejci, Neugebauer, 2015).

4. Zásady (nezbytné součásti)

Obecné zásady při skupinovém poradenství

Poradenské skupiny podporují osobní a mezilidský růst a řeší potřeby těch, kteří prožívají náročné životní změny. Skupinoví poradci si uvědomují své osobní a vnější silné stránky, potřeby a zdroje, které je vedou při plánování a přípravě na zapojení do skupinových aktivit, průběžně vyhodnocují a snaží se vyvažovat individuální potřeby členů i skupiny jako celku.

Uplatňují se znalosti, dovednosti a techniky přiměřeně typu a fázi skupiny a jedinečným potřebám klientů i potřebám skupiny jako celku (např. věk, kulturní hodnoty, náboženské zvyklosti, specifické potřeby atd.). Jsou jasně definovány etické, profesionální a sociální hranice vztahů se členy skupiny.

Je vhodné používat modely rozvoje skupiny, pozorovat procesy a stanovit terapeutické podmínky v různých typech a modalitách skupin. Věnovat pozornost dynamice mezi členy skupiny v rámci skupinových sezení i napříč nimi a také tomu, jak tato dynamika působí na soudržnost skupiny. Je potřeba facilitovat komunikaci, zabývat se bezpečím ve skupině a přizpůsobit tempo sdělování informací ke zvýšení pohody jednotlivců a skupiny (McCarthy et al., 2022).
Mezi další obecné zásady patří:

- podpora účasti členů skupiny,
- vyjádření uznání, porozumění a empatické reakce na chování členů skupiny,
- shrnutí výroků a diskuze ve skupině,
- získání informací od členů skupiny, a naopak předání relevantních informací členům skupiny,
- udržování soustředění skupiny,
- nezapomínat na cíle skupiny,
- poskytovat a přijímat zpětnou vazbu (ASGW, 2021).

Zásady motivačních skupin

U motivačních skupin se používají stejně jako u individuální formy (viz také oddíl DP Motivační rozhovory) zásady OARS+:

- **O**tevřené otázky.
- **A**firmace silných stránek klienta (potvrzení, ujištění).
- **R**eflektivní naslouchání.
- **S**hrnutí.
  + Podněcování sebemotivujícího jazyka.

Používání přístupu FRAMES:

- **F**eedback – poskytnout individualizované zpětné vazby.
- **R**esponsibility – umožnit klientům, aby se zapojili do změn chování, které podporují jejich zotavení převzetím odpovědnosti za svá rozhodnutí.
- **A**dvice – poskytnout radu v případě, že o ni klient stojí, tzn. s jeho souhlasem.
- **M**enu of options – poskytnout klientovi nabídku možností, které mu pomohou učinit rozhodnutí, jež podpoří jeho angažovanost a usnadní jeho zotavení.
- **E**mpathy – projevit empatii prostřednictvím reflektivního naslouchání.
- **S**elf-effiacy – pomáhat klientům zvyšovat jejich sebeúčinnost. Zhodnotit minulé úspěchy, identifikovat silné stránky, a posilovat sebedůvěru.

5. Popis doporučené praxe

1) Při zahájení představte zásady a podstatu motivační skupiny; Předtím, než proběhne standardní představení skupiny a shodnete se na pravidlech skupiny (např. nepřerušovat, přijít včas apod.) seznamte účastníky s tím, jak bude skupina probíhat:

- Začněte tím, že zjistíte, zda by chtěli učinit nějaké změny.
- Ujistěte je, že sice máte určité znalosti a dovednosti, které mohou být užitečné, ale pokud je třeba provést nějakou změnu, jsou to oni, kdo ji provede. To znamená, že odpovědnost za změnu je na nich, a vy je nebudete ke změně nijak nutit ani se je k ní snažit dotlačit.
- Informujte je, že ačkoli jste facilitátorem skupiny, každý z nich hraje důležitou roli při podpoře ostatních členů skupiny.
- Vysvětlete, že skupina využívá motivační přístup, což znamená, že členové budou pomáhat usnadňovat změnu jeden druhému prostřednictvím podpůrných interakcí.
- Zdůrazněte, že na rozdíl od některých modelů léčby závislosti a závislostního chování se tento přístup výslovně vyhýbá konfrontaci.
- Vysvětlete, že přístup skupiny je založen na empatii, přijetí a respektu k individuálním odlišnostem, a můžete poznamenat, že výzkumy ukazují, že podpůrný a empatický způsob je při motivační terapii účinnější než konfrontační.

Vzhledem k tomu, že tento typ skupiny je pro některé klienty novou zkušeností, vyhraďte jim několik minut na diskuzi o jejich pocitech z tohoto přístupu. Mějte na paměti, že normy se vytvářejí na počátku skupiny a že není snadné je změnit (Yalom, 1995). Základní pravidla skupiny je potřeba jasně stanovit na začátku každého sezení. Informování členů hned na začátku, že nepřátelské nebo dominantní projevy nepatří ke stylu této skupiny, pomůže od narušování a možnosti, aby jedna osoba skupině dominovala.

Někteří poradci považují za užitečné použít při zahájení skupiny zkratku „OPEN“.

- O (open): Zahájení sezení vysvětlením účelu skupiny: dozvědět se více o myšlenkách, obavách a volbách členů.
- P (personal): Zdůrazňuje se osobní volba.
- E (environment): Prostředí je plné respektu a povzbuzení pro všechny členy.
- N (non-confrontational): Nekonfliktní povaha skupiny.

Pokud se ve skupině objeví nový člen, je užitečné požádat ostatní členy skupiny, aby vysvětlení fungování skupiny poskytli novým členům, přičemž poradce je podle potřeby upřesní a doplní (Krejci, Neugebauer, 2015).

2) Zaměření na spolupráci a vytváření atmosféry partnerství; V souladu s přístupem motivačních rozhovorů se zaměřte na spolupráci a vytvoření partnerské atmosféry. Pokud je to možné, uspořádejte židle do kruhu. V případě skupin se dvěma facilitátory se vyhněte tomu, aby oba facilitátoři seděli vedle sebe, protože tak vzniká „expertní“ část kruhu. Uveďte diskusi jazykem spolupráce. Během sezení používejte otevřené otázky nebo prohlášení, jejichž cílem je zjistit, co si členové o dané problematice/informaci myslí.

3) Reflektivní naslouchání a řeč změny; Stejně jako u individuálních motivačních rozhovorů je i v motivační skupině jádrem schopnost reflektivního naslouchání. Reflexe pomáhají navázat vztah,

vyjádřit empatii, snížit odpor, selektivně zdůraznit odpovědi, které jsou pro proces změny nejdůležitější, podpořit autonomii a podpořit řeč změny. Jednoduché reflexe opakují nebo parafrázují význam výroku, zatímco složitější reflexe zesilují význam nebo dávají hlas pocitům, které jsou základem výroku. Ve skupinách složených z členů v různých fázích změny jsou reflexe mocným pomocníkem při reakci na jednotlivce a při uplatnění jeho reakce ve prospěch skupiny. Ačkoli může být reflektivní naslouchání ve skupinovém formátu náročné, je stále možné. Pokud skupinu facilitujete ve dvou, může se jeden zaměřit na reflexi a druhý na skupinový proces.

4) Použití principů motivačních rozhovorů při zvládání odporu; Metody motivačních rozhovorů, které snižují odpor při individuálním poradenství, fungují velmi dobře i ve skupinovém prostředí. Slouží jako model toho, jak se členové skupiny k sobě mohou vzájemně chovat. Používejte metody, jako jsou empatické reflektování, dotazování na upřesnění sdělení, které jsou v souladu se směřováním skupiny, a potvrzení osobní volby a odpovědnosti. Pokud se objeví negativní nebo nepřátelský komentář některého člena, zdůrazněte nejpozitivnější část komentáře, přeformulujte komentář a/nebo utvrďte člena skupiny (např. pro jeho zájem, zkušenost, energii, vášeň, bolest), může následovat jemné připomenutí zásad skupiny. Také diferenciální posilování lze využít tím, že se věnujete pozitivním, neargumentujícím reakcím nebo reakcím v rámci rozhovoru o změně (používání afirmací). Tyto selektivní reflexe umožňují jednotlivcům, aby byli vyslechnuti a posíleni za své konstruktivní připomínky.

5) Diskuze o stádiích změny a povzbuzení členů k identifikaci jejich vlastního stádia; Mnoho poradců považuje stádia změny za užitečný model pro konceptualizaci připravenosti klientů ke změně a pro přizpůsobení intervencí. Bylo zjištěno, že je v některých případech užitečné, členy skupiny s těmito stádii seznámit. Začněte sezení diskusí o jednotlivých stádiích a poté představte scénáře různých forem chování, aby klienti mohli identifikovat stádium změny pro každý scénář. Mnozí klienti ve stádiu prekontemplace nebo kontemplace se mohou programu účastnit v důsledku tlaku okolí, takže může být užitečné rozpoznat a uznat, že se mohou myšlence na změnu bránit. Tento odpor mohou klienti projevovat několika způsoby. Mohou se chovat otevřeně nepřátelsky, odmítat zapojit se do rozhovoru o užívání návykových látek nebo se jevit zúčastněně, zatímco cítí pasivitu a odpor. Zdůrazněte, že tyto pocity jsou normální. Ujistěte je, že i další členové se mohou cítit pod tlakem a že skupina jim poskytne příležitost prozkoumat vlastní pocity ohledně užívání návykových látek s ostatními v podobné situaci. Jiní se mohou cítit demoralizovaní, protože se mnohokrát pokoušeli o změnu. Pokud jim poskytnete informace o fázích změny a o počtu pokusů o změnu, ke kterým často dochází, než se projeví trvalá změna, můžete jim dodat naději.

6) Shrnutí; Používejte shrnutí, reflexi a vyzdvižení nejdůležitějších výroků. Shrnutí lze využít k přezkoumání a zdůraznění informací poskytnutých skupinou, k propojení reakce jednoho člena s dřívějším komentářem jiného člena nebo při změně tématu ve skupině.

7) Zpětná vazba; Zpětná vazba pomáhá klientovi pochopit, jak se jeho chování srovnává s větší skupinou. Tato zpětná vazba se obvykle používá k vytvoření rozporu (diskrepance) tím, že zvyšuje pravděpodobnost, že klient bude vnímat své dříve přijaté chování jako potenciálně problematické. Ti členové, kteří jsou tišší a nesdílejí, mají stále výhodu osobní zpětné vazby z vlastního hodnocení.

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Cílem motivačně zaměřených skupin je navodit atmosféru důvěry, rozpoznat připravenost členů na změnu, identifikovat a řešit jejich ambivalenci, pomoci členům skupiny identifikovat osobní cíle, zvládnout odpor, zvýšit motivaci a posílit jejich odhodlání ke změně (Young, 2013).

Změny, kterých může motivační skupina pomoci klientovi dosáhnout, závisí na individuálně stanovených cílech. Mezi přínosy motivační skupiny dle projektu NETAD (2014) patří:

- podpora zdravotního a psychického stavu,
- pomoc při řešení sociálních problémů,
- navázání vztahu a vytvoření důvěry k léčebným institucím,
- skupinové sdílení, podpora a konfrontace,
- minimalizace rizikového chování,
- snížení míry užívání návykových látek či snížení závislostního chování,
- pomoc při výběru vhodného typu péče, podání objektivních informací a její zprostředkování,
- prostor pro sdílení obav z léčby či změny,
- překlenovací kontakt před nástupem do adiktologické péče v případě dlouhé čekací doby,
- udržovací kontakt v případě nevyjasněného typu péče.

7. Doplňující komentář

Při individuálních motivačních intervencích se poradce snaží porozumět klientově perspektivě a zjistit klientovy argumenty pro změnu a jeho odhodlání ke změně, místo aby mu předkládal názory a předsudky. Ve skupinovém formátu jsou všichni členové skupiny povzbuzováni ke sdílení názorů a zkušeností, což je pro skupinu příležitostí k učení. Pokud však zpětná vazba členů vyznívá jako odsuzující, kritická nebo sebestředná, spíše než empatická, může vyvolat odpor. Aby poradce této možnosti zabránil, snaží se vytvořit atmosféru vzájemného respektu a spolupráce, modeluje pozitivní způsoby poskytování zpětné vazby a jemně usměrňuje méně užitečné komentáře a reakce.

Dále je potřeba myslet na to, že vzhledem k tomu, že skupina je v podstatě vnímána jako klient, musí se poradci neustále věnovat skupinovým procesům a nesklouznout do režimu vedení individuální terapie v rámci skupiny. Současně může zaměření především na skupinový proces omezit schopnost poradce zjistit obavy a perspektivy každého člena (Velasquez et al., 2006).

Vzhledem k tomu, že členové skupiny jsou často značně různorodí, pokud jde o jejich cílové chování, stádia změny a důvody ke změně, může proces motivační skupiny zaměřený na pochopení a získání ochoty ke změně u každého člena skupiny sloužit spíše ke zdůraznění heterogenity skupiny než její univerzálnosti, což je jeden z faktorů, o němž se věří, že je na procesu skupinové terapie léčivý (Yalom, 1995). Tuto obavu však lze zmírnit tím, že poradce bude neustále podporovat motivaci zahrnující zásady potvrzování a respektu k různým zkušenostem a perspektivám.

Z výše uvedeného vyplývá, že poradce, který používá motivační přístup ve skupinovém prostředí, by měl být v ideálním případě kvalifikovaný v metodách motivačních rozhovorů i v procesech skupinové práce (Velasquez et al., 2006).

8. Vysvětlivky vybraných pojmů

Evokace v rámci motivačních rozhovorů se týká identifikace a vyzdvižení silných stránek klientů a následné pomoci jim tyto silné stránky využít k zahájení změny. Evokace je založena na přesvědčení, že klienti již mají vše, co potřebují k zahájení změny; úlohou poradce je připojit se k nim při hledání a využívání těchto vnitřních zdrojů (Krejci, Neugebauer, 2015).

Ambivalence je stav, v němž člověk prožívá rozporné aspekty uvažovaného rozhodnutí či změny. Ambivalenci pracovník pozná během rozhovoru tak, že klient uvádí zároveň důvody pro změnu i proti změně, často i v jedné větě (Soukup, 2014). Ambivalence je přitom považována za klíčovou. Řeší se zaměřením na klientova přání, očekávání, přesvědčení, obavy a naděje se zvláštním důrazem na rozpory mezi nimi.

Sebeúčinnost/sebedůvěra (Self-efficacy) se vztahuje k přesvědčení člověka o jeho schopnosti uspět v určitých situacích nebo splnit úlohu. Tento pojem definoval Bandura v roce 1977. Podle jeho názoru je pocit vlastní účinnosti předpokladem pro změnu chování (Bandura, 2006).

Důkazy účinnosti

Účinnost motivačních skupin není dostatečně prozkoumaná, nicméně dosavadní výsledky jsou poměrně slibné. RCT studie motivačních skupin u veteránů se závislostí na alkoholu v ambulantní péči, zvýšila návštěvnost sezení a 12krokových skupin a snížila spotřebu alkoholu (Santa Ana et al., 2021).

Další z novějších (Csilik et al, 2021) studií, v tomto případě se jedná o pilotní studii, jejímž cílem bylo změřit účinnost motivačních rozhovorů ve skupinách ukázala, že motivační skupiny vedou k významnému snížení užívání alkoholu a úzkostných a depresivních symptomů účastníků (n=85, z nichž 37 podstoupilo pět motivačních skupin po 2 hodinách a 48 dále podstupovalo běžný typ péče). Navíc se zdá, že u účastníků motivačních skupin docházelo ke zvýšení subjektivního skóre štěstí. Reakce účastníků byly velmi pozitivní. Studie poskytuje povzbudivé výsledky ve prospěch proveditelnosti a účinnosti motivačních rozhovorů ve skupinách.

U pilotní studie (D'Amico et al., 2013), která probíhala s klienty se soudně nařízenou léčbou, byla nabízena před standardní léčbou skupina pro posílení motivace. Během dvou let navštěvovalo motivační skupinu 73 klientů, zatímco 94 klientů ji nenavštěvovalo. Ve srovnání s těmi, kteří se motivační skupiny neúčastnili, měli ti, kteří navštěvovali motivační skupinu, výrazně nižší pravděpodobnost, že budou splňovat kritéria pro závislost na návykových látkách, navštěvovali vyšší podíl sezení a s větší pravděpodobností léčbu dokončili. Závěrem studie mj bylo, že motivační skupina může podpořit lepší účast v programech adiktologické péče u osob, které si neurčují léčebné cíle. K vyvození jednoznačných závěrů je však zapotřebí dalšího výzkumu.

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
		2. 3. 5.				1. 4.													

1. Csillik, A., Devulder, L., Fenouillet, F., Louville, P. (2021). A pilot study on the efficacy of motivational interviewing groups in alcohol use disorders. *Journal of Clinical Psychology,* Vol. 77 Issue 12 Pages 2746-2764. DOI: 10.1002/jclp.23265
2. D'Amico, E. J., Hunter, S. B., Miles, J. N., Ewing, B. A., & Osilla, K. C. (2013). A randomized controlled trial of a group motivational interviewing intervention for adolescents with a first time alcohol or drug offense. *Journal of substance abuse treatment,* 45(5), 400–408. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.06.005
3. LaChance, H., Feldstein, Ewing, S.W., Bryan, A.D., Hutchison, K.E. (2009). What makes group MET work? A randomized controlled trial of college student drinkers in mandated alcohol diversion. *Psychol Addict Behav.*;23(4):598-612. doi: 10.1037/a0016633. PMID: 20025366; PMCID: PMC2802458.
4. Lincour, P., Kuettel, T., Bombardier, Ch.H. (2022). Motivational interviewing in a group setting with mandated clients - A pilot study. *Addictive Behaviors* 27(3):381-91. DOI: 10.1016/S0306-4603(01)00179-4
5. Santa Ana, E.J, LaRowe, S.D., Gebregziabher, M., Morgan-Lopez, A.A., Lamb, K., Beavis, K.A., Bishu, K., Martino, S. (2021). Randomized controlled trial of group motivational interviewing for veterans with substance use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 1;223:108716. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.108716.

Další zdroje

APA - American Psychiatric Association (2006). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders Second Edition. substanceuse.pdf (psychiatryonline.org)

Association for Specialists in Group Work: ASGW (2021). ASGW Guiding Principles for Group Work. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://asgw.org/wp-content/uploads/2021/07/ASGW-Guiding-Principles-May-2021.pdf

Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Grada Publishing, a.s., Vydání I. ISBN 978-80-247-4331-8.

Koehn, C., O'Neill, L. & Sherry, J. (2012). Hope-Focused Interventions in Substance Abuse Counselling. *Int J Ment Health Addiction* 10, 441–452 (2012). https://doi.org/10.1007/s11469-011-9360-3

Krejci, J., Neugebauer, Q. (2015). Motivational Interviewing in Groups: Group Process Considerations. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 10:23–40. DOI: 10.1080/1556035X.2015.999616

Matthieu, M. M., Oliver,C. M., Hernandez, G. I., McCullough, J. A., Adkins, D. A., Mallory, M. J. et al. (2024). Application of motivational interviewing to group: Teaching advance care planning via group visits for clinical professionals. *Patient Education and Counseling, v*ol. 120 pages 108-116. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108116

McCarthy, C. J., Bauman, S., Choudhuri, D. D., Coker, A., Justice, C., Kraus, K. L., Shaw, L. (2022). Association for Specialists in Group Work Guiding Principles for Group Work. *The Journal for Specialists in Group Work,* 47(1), 10–21. https://doi.org/10.1080/01933922.2021.1950882

NETAD (2014). Kalina, K., et al., Doporučené postupy v adiktologii. Pracovní verze v rámci projektu, nepublikováno.

SAMSHA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2020). Counseling Approaches To Promote Recovery From Problematic Substance Use and Related Issues. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 39.* Available at: TIP 65 Counseling Approaches to Promote Recovery From Problematic Substance Use and Related Issues (nih.gov)

Soukup, J. (2014). Motivační rozhovory v praxi. Nakladatelství Portál, s.r.o. ISBN 978-80-262-0607-1.

Velasquez, M.M, Stephens, N.S., Ingersoll, K. (2006): Motivational Interviewing in Groups. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 1:1, 27-5. http://dx.doi.org/10.1300/J384v01n01_03

Yalom, I. D. (1995). The theory and practice of group psychotherapy (4th ed.). Basic Books.

Young, T. L. (2013). Using Motivational Interviewing Within the Early Stages of Group Development. *The Journal for Specialists in Group Work*, 38(2), 169–181. doi:10.1080/01933922.2013.7643

BOX IV
RODINNÉ A PÁROVÉ PORADENSTVÍ

1. Charakteristika metody

Rodinné poradenství při práci s klienty se závislostním chováním má dva základní cíle: využít rodinné zdroje a síly k podpoře změny tohoto chování a snížit vliv závislostního chování na rodinu a samotného jedince (Kaufman, Yoshioka, 2004 in Kalina, 2013). Nejčastější způsoby práce s rodinou kopírují fáze změny závislostního chování: práce s rodinou uživatele, který odmítá péči, rodinné poradenství během péče a rodinné poradenství k udržení změny.

Párové poradenství

Párové poradenství v adiktologii cílí na snižování užívání návykových látek nebo závislostního chování, podporu při zotavení a zároveň se snaží zlepšit kvalitu vztahů v rámci partnerských vztahů. Klienti se učí strategiím pro udržení změny a zapojují se do postupů budování vztahů se svými partnery s cílem zlepšit jejich kvalitu a fungování. Studie poukazují na přímou souvislost mezi závislostním chováním a manželskými/partnerskými konflikty, což souvisí s často nepředvídatelným chováním spojeným s užíváním návykových látek a také s nestabilitou, konflikty a stresem. Párové poradenství je cenným nástrojem pro využití partnerské podpory k pozitivnímu posílení osoby v zotavení a změně dynamiky vztahů tak, aby byly příznivější pro pokračující péči. Přístupy na podporu párů, které se potýkají se závislostním chováním, čerpají z technik párové terapie zaměřených na změnu chování, které snižují užívání návykových látek a posilují vztahy. V rámci těchto přístupů jsou klientům poskytovány behaviorální techniky zaměřené na snížení užívání návykových látek, udržení cílů zotavení a zapojení se do postupů budování vztahů s partnerem (APA, 2006).

Rodinné poradenství

Přístupy rodinného poradenství pomáhají klientům a jejich rodinným příslušníkům porozumět užívání návykových látek, zotavování a jejich dopadům na fungování rodiny. Je možné nabídnout rodinné vzdělávací skupiny s cílem vzdělávat rodinné příslušníky a rozptýlit stigma a mylné představy o problémovém užívání návykových látek. To může pomoci podpořit jak členy rodiny, tak samotného klienta. Tyto skupiny lze nabídnout rodinným příslušníkům nebo jiným zainteresovaným osobám, kteří docházejí spolu s klientem (APA, 2006).

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

Indikace poradenské intervence u rodin a párů je závislostní chování, špatný styl komunikace, vysoká míra rodinných konfliktů, neefektivní rodičovství přístupy a nedostatečná rodinná provázanost.

Pokud byla rodinám a pečovatelům nabídnuta svépomoc nebo podpůrné skupiny, ale neměli z nich prospěch, a pokud mají i nadále významné rodinné problémy, mělo by se zvážit poskytnutí formálních psychosociálních intervencí (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update. Independent Expert Working Group, 2017).

Kontraindikací, kdy by někteří rodinní příslušníci neměli být zahrnuti do adiktologické péče patří případy, kdy dochází k partnerskému násilí, pokud dochází ke zneužívání nebo zanedbávání dětí, pokud se klienti potýkají také s psychózou nebo mají sebevražedné sklony, a když mají klienti výrazné kognitivní problémy (např. závažné problémy s učením nebo pamětí).

3. Teoretická východiska

Práce s rodinnými příslušníky se liší od práce se samotnými uživateli. Klientem je právě onen rodinný příslušník či osoba blízká a intervence cílí na něj, na jeho prožívání, postoje a zvládání dané situace. Je běžné, že partner či rodinný příslušník prožívá silné emoce a chce situaci vyřešit ihned. Důležitým úkolem poradenského pracovníka je přiblížit takového člověka realitě. Je vhodné mu podat informace o jednotlivých typech návykových látek, o jejich účincích a také rizicích spojených s jejich užíváním. Důležitou součástí takového poradenského rozhovoru je debata o vhodných způsobech komunikace s blízkým, který užívá návykové látky, správné míře vyvíjeného tlaku a o správném nastavení osobních hranic ve vzájemném vztahu. Zásadní je však vytvoření takového prostoru, v němž je možné otevřeně mluvit o svých obavách, problémech a všech dalších pocitech, které v ní daná situace vyvolává. Přijetí a vyslechnutí společně s uklidněním emocí posiluje schopnost nahlédnout na danou situaci s větším odstupem a pochopením (Nepustil, 2019).

Rodinné a párové poradenství sdílí svá východiska s metodami psychoedukace, multidimenzionální rodinné terapie, behaviorální párové a rodinná terapie, krátké strategické rodinné terapie, funkční rodinné terapie a strategické rodinná terapie či krátké terapie zaměřená na řešení.

Psychoedukace je široce používaným přístupem v souvislosti se závislostním chováním a může zlepšit fungování a dynamiku rodiny jednoduše tím, že se dozví informace o závislostech a možnostech zotavení. Tato jednoduchá intervence je velmi účinná.

Multidimenzionální rodinná terapie má dobrou empirickou podporu pro snižování užívání návykových látek, zejména u dospívajících. Zabývá se individuálním chováním a rodinnými procesy. Zlepšuje fungování dospívajících, rodičů a rodin jako celku a také vztahy rodin v rámci jejich komunit.

Přístupy behaviorálního párového a rodinného poradenství pomáhají podporovat zotavení tím, že učí klienty zlepšovat kvalitu jejich vztahů, komunikaci a zdravější způsob života. Tento strukturovaný poradenský přístup využívá techniky pozorování chování, formování a nácviku chování a akceptaci. Tato kombinace vytváří účinnou a efektivní změnu tím, že rychle potlačuje negativní a agresivní chování, které se může projevit u párů přicházejících na terapii (Fischer, Fink, 2014).

Krátká strategická rodinná intervence je praktický přístup zaměřený na řešení problémů s cílem snížit užívání návykových látek a závislostního chování u dětí a dospívajících a zlepšit fungování rodiny.

Krátká terapie zaměřená na řešení povzbuzuje rodiny k vytvoření pozitivní vize budoucnosti a k identifikaci vzájemných změn a zlepšení cílového chování potřebných k tomu, aby se tato vize stala skutečností.

V rámci rodinného poradenství existuje řada dalších postupů, např. funkční rodinná terapie, které sdílí rovněž využívá přístup založený na řešení problémů při zapojování, motivování a vytváření změn v chování klientů. Rodiny se také učí, jak nově nabyté dovednosti uplatnit v budoucích situacích. Služby case managementu mohou rodinám pomoci řešit problémy v rámci širších systémů péče, např. problémy související se zdravotní péčí, vzděláváním, právem a péčí o děti a měly by být standardní součástí péče. Vhodné mohou být také služby vzájemné podpory rodin při zotavování, které nabízejí rodinám cennou příležitost učit se od ostatních, kteří si prošli podobnou situací. To má pozitivní efekt vzhledem k tomu, že rodiny zasažené závislostí se často cítí izolované a potýkají se např. se stigmatizací (SAMSHA, 2020).

4. Zásady (nezbytné součásti)

Zásadní roli v rodinném poradenství hraje posouzení, což je metoda shromažďování důležitých informací o klientovi a jeho rodině. Postupy hodnocení používají rodinní poradci jako vodítko pro lepší pochopení vzorců fungování rodiny. Proces posuzování je zásadním krokem při rozhodování o tom, které intervenční strategie jsou v souladu s kulturou klientů. Přesné posouzení rodinných vztahů a fungování je významnou částí při vytváření plánu intervencí pro rodiny i páry (Mustaffa et al., 2013).

Při společném rozhodování o plánu péče s klienty a jejich rodinnými příslušníky je brána v úvahu dynamika rodiny, její fungování a vzájemná komunikace. Poradce identifikuje běžné rodinné struktury a dynamiku a posoudí, jak ovlivňují závislostní chování. To pomůže vyvinout cílenější poradenský proces, který se přímo zaměřuje na potřeby dané rodiny.

Každý z členů rodiny může mít jiné cíle. Úkolem poradenství je pomoci identifikovat změny, které by chtěli provést, naučit je, jak tyto změny provést, a vést je k tomu, aby se stali zdrojem vzájemné podpory. Toho lze dosáhnout vzděláváním rodiny v oblasti závislostí a zotavování, usnadňováním komunikace mezi členy rodiny, akcentováním zdroje zvládání a propojováním je s komunitními zdroji a podpůrnými sítěmi.

Díky novým poznatkům a dovednostem, jak zvládat problémy, mohou rodiny vytvořit prostředí, které podporuje zotavení každého člena rodiny. Na počátku intervence mohou rodiny potřebovat vzdělávání a informace o závislostním chování a jeho následcích. Rodiny v pozdějších fázích poradenství mohou potřebovat pomoc při řešení otázek, jako je důvěra, odpuštění, změny rolí, obnovení hranic v rodině a změna specifických vzorců interakce, které se mohly vyvinout v důsledku zneužívání návykových látek. Rodinné poradenství tak může směřovat k následné rodinné

terapii nebo potřebě individuální péče pro konkrétní členy rodiny. Rodinné poradenství může poskytnout neutrální prostor, ve kterém se členové rodiny setkávají, aby mohli řešit problémy a identifikovat potřeby. Členové rodiny jsou často překvapeni, když zjistí, že ostatní členové rodiny sdílejí jejich pocity. Rodina získá širší perspektivu a mohou lépe porozumět pohledům ostatních, což poskytuje vhled a soucit, které podpoří pozitivní změnu.

5. Popis doporučené praxe

Efektivní poradenský proces při práci s rodinou či párem se zakládá na shodných parametrech jako proces individuální. Je zásadní zaměřit se na vybudování důvěry klienta k poradci. Zvláštní důraz by měl být kladen na citlivost, vřelost a porozumění, které spolu vytvářejí základ důvěryhodného vztahu. Je nutné si uvědomit, že klientem se zde stává pár nebo rodina a při budování pracovního spojenectví je nezbytné, aby všichni členové rodiny měli k těmto základům budování bezpečí rovný přístup.

Na začátku se pro pochopení a posouzení fungování rodiny zaměřte na (Mustaffa et al., 2013):

- **Rodinné procesy**, kterými se rozumí chování a interakce, které ukazují fungování rodiny, např. způsoby zvládání konfliktů a řešení problémů v rodině.
- **Rodinné prožívání**, způsob, jakým jsou v rodině vyjadřovány a přijímány emoce, jinými slovy míru citové blízkosti nebo oddělenosti mezi členy rodiny.
- **Uspořádání rodiny**, které zahrnuje role, pravidla, očekávání a hranice. Skládá se také z úrovní hierarchie v rodině, které ukazují fungování rodiny.
- **Problémy týkající se minulých řešení** problémů a motivace, které k řešení problému vedly.
- **Silné stránky a zdroje rodiny**, které se týkají schopností rodiny k řešení problémů a toho, jak rodina zvládá náročné situace.

Při poradenské práci s rodinou či párem postupujte po následující ose:

- Spojení – navažte kontakt a pracovní spojenectví s každým členem rodiny a snažte se pochopit jeho úhel pohledu. Nesnažte se měnit strukturu rodiny, ale pracujte v jejím rámci a stavějte na jejích silných stránkách.
- Stabilizace – pomáhejte osobě se závislostním chováním dosáhnout požadované změny. Můžete využít dohodu o dodržení udržování této změny (alespoň 20 dní) a pak určit její dopad na všechny členy rodiny.
- Edukace – vzdělávejte členy rodiny o procesu vzniku a rozvoji PUNL, o procesu zotavování, o problematice bažení, opětovném budování důvěry, plánujte prevenci relapsu a edukujte v dalších tématech.
- Rodinné systémy a strukturální analýza – pomáhejte rodině zjistit, co v dané rodině nefunguje, co k problému přispívá a hledejte společně způsoby, jak to změnit k lepšímu.

- Alternativní strategie zvládání zátěžových situací – učte členy rodiny hovořit o emocích otevřeně a ohleduplně.
- Prevence relapsu – pomáhejte členům rodiny zformulovat a plnit plán prevence relapsu.

Pro efektivní edukaci v rámci poradenského procesu využívejte následující strategie (SAMSHA, 2020):

- **V rámci sezení nabízejte krátké vzdělávání** – poskytněte vzdělávací materiály, které si klient a členové rodiny mohou vzít domů a prostudovat je.
- **Nacvičujte řešení problémů a komunikačních dovedností** – můžete zadat procvičování některých situací doma.
- **Podpořte rodinu ve společném zaznamenávání důležitých informací a milníků** – vytvořte zápisník s výukovými materiály, domácími úkoly, cvičeními během sezení, tématy k další diskuzi, otázkami pro další zkoumání a s poznámkami o nových poznatcích, uvědomění, strategiích řešení problémů a komunikace.

6. Očekávaný výsledek

Rodinné poradenství a poradenství zaměřené na blízké osoby směřuje k dovednostem jako jsou dobrá komunikace se svým blízkým, nastavení pravidel a jejich vyžadování, podpora sebe i svého blízkého okolí.

Začlenění intervencí založených na rodinném poradenství zlepšuje psychosociální fungování rodinné jednotky či páru. Konkrétní přínosy představuje:

- **Zapojení do péče.** Zapojení rodiny do péče je spojeno se zvýšenou mírou nástupu do péče, snížením bariér, snížením míry předčasného ukončení péče a lepšími dlouhodobými výsledky.
- **Motivace**. Zapojení rodinných příslušníků od samého počátku jim dává příležitost dozvědět se informace o závislostním chování, biopsychosociálních účincích závislosti a o tom, jak toto chování ovlivňuje celou rodinu. V závislosti na závažnosti a délce trvání PUNL mohou někteří rodinní příslušníci považovat léčbu za beznadějnou záležitost. Jiní mohou být znepokojeni tím, jak léčba může změnit situaci jejich rodiny.
- **Nákladová efektivita**. Rodinné poradenství v adiktologii může vést k úsporám nejen v přímých nákladech na péči, ale také k úsporám pro společnost.
- **Prevence.** Rodinné poradenství může hrát důležitou roli také v prevenci, která se zaměřuje na fungování rodiny a rodičovské dovednosti, může zlepšit výsledky v oblasti behaviorálního zdraví u dětí jejichž rodiče se potýkají se závislostním chováním.

7. Doplňující komentář

Většina rodin se snaží co nejlépe přizpůsobit situaci člena rodiny, který se potýká se závislostním chováním. Obecně se rodiny pokoušejí udržet stabilní stav (homeostázu). Někdy to znamená zapojení do závislostního chování způsobem, který ve skutečnosti toto chování podporuje. Vyhněte se obviňování, odsuzování a nálepkování. Místo toho jim nabídněte vzdělávání, empatii a podporu (SAMSHA, 2020).

Při individuální poradenské práci s rodinnými příslušníky a blízkými osob ohrožených závislostním chováním zaměřené na zlepšování fungování rodiny nebo podporu procesu změny osoby ohrožené závislostním chováním sledujte cíle rodinného poradenství, využívejte jeho principy a postupujte podle doporučené praxe pro individuální poradenství.

Důkazy účinnosti

Novější výzkumy se zaměřují na rodiny s dospívajícími. Je tedy méně důkazů o stanovení účinnosti intervencí založených na práci s rodinou, které zahrnují jiné identifikované osoby ohrožené závislostním chováním (např. rodiče nebo manželé).

Důkazy účinnosti ve smyslu přínosu zapojení rodinných příslušníku do procesu změny lze nalézt především u rodinné terapie, která s poradenskými postupy sdílí teoretický základ. Studie Hogue et al. (2022) ukazuje, že systémová rodinná terapie je dobře zavedená jako samostatná intervence, přičemž většina z přezkoumávaných studií zkoumala tento přístup jako léčbu závislostí u dospívajících. Ačkoli behaviorální rodinná terapie i behaviorální párová terapie jsou pravděpodobně také účinné jako samostatné intervence, jsou dobře osvědčené, pokud jsou poskytovány jako součást vícesložkové intervence. Prokázaný přínos těchto terapií pro dospívající i dospělé je v souladu s metaanalýzou Arisse a Fairbairna (2020), která ukázala přínos terapií bez ohledu na věk.

V metaanalýze 12 kontrolovaných studií byla zjištěna střední účinnost ve prospěch behaviorální párové terapie oproti individuální behaviorální terapii. Párová terapie dosáhla lepších výsledků než typičtější individuální terapie u klientů užívajících látky v manželství nebo ve společném soužití. Přesněji řečeno, klienti, kteří podstoupili párovou behaviorální terapii, méně užívali návykové látky, měli méně problémů souvisejících s návykovými látkami a lépe fungovaly jejich vztahy po dobu 12 měsíců sledování než klienti, kteří podstoupili individuální behaviorální terapii. (O'Farrell et al, 2010).

Rodinné poradenství pomáhá zlepšit úsilí v oblasti prevence užívání návykových látek, snížit počet případů zneužívání návykových látek a pozitivních vzorků moči, zvýšit míru abstinence, snížit počet problémů souvisejících s návykovými látkami, snížit kriminalitu mladistvých (včetně recidivy a zatčení v souvislosti s návykovými látkami), posílit schopnost rodiny vyrovnat se s problémem, zlepšit fungování rodiny a dětí, snížit výskyt souběžně se vyskytujících problémů (např. pokusy o sebevraždu) (SAMSHA, 2020).

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. 3.	2. 4. 5. 6. 7. 8.																	

1. Ariss, T., & Fairbairn, C. E. (2020). The effect of significant other involvement in treatment for substance use disorders: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(6), 526–540. https://doi.org/10.1037/ccp0000495
2. Dakof, G. A., Henderson, C. E., Rowe, C. L., Boustani, M., Greenbaum, P. E., Wang, W., Hawes, S., Linares, C., & Liddle, H. A. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of family psychology: JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *29*(2), 232–241. https://doi.org/10.1037/fam0000053
3. 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, 178–203. https://doi.org/10.1111/jmft.12546
4. McCrady, B. S., Epstein, E. E., Cook, S., Jensen, N., & Hildebrandt, T. (2009). A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. *Journal of consulting and clinical psychology,* 77(2), 243–256. https://doi.org/10.1037/a0014686
5. McCrady, B. S., Epstein, E. E., Hallgren, K. A., Cook, S., & Jensen, N. K. (2016). Women with alcohol dependence: A randomized trial of couple versus individual plus couple therapy. Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 30(3), 287–299. https://doi.org/10.1037/adb0000158
6. O'Farrell, T.J., Murphy, M., Alter, J., Fals-Stewart, W. (2010). Behavioral Family Counseling for Substance Abuse: A Treatment Development Pilot Study. *Addict Behav.*, 35(1): 1–6. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.07.003.
7. O'Farrell, T. J., Schumm, J. A., Dunlap, L. J., Murphy, M. M., & Muchowski, P. (2016). A randomized clinical trial of group versus standard behavioral couples therapy plus individually based treatment for patients with alcohol dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, *84*(6), 497–510. https://doi.org/10.1037/ccp0000089
8. O'Farrell, T. J., Schumm, J. A., Murphy, M. M., & Muchowski, P. M. (2017). A randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually based treatment for drug-abusing women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(4), 309–322. https://doi.org/10.1037/ccp0000185

Další zdroje

APA - American Psychiatric Association (2006). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders Second Edition. substanceuse.pdf (psychiatryonline.org)
Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update. Independent Expert Working Group (2017) Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London: Department of Health.
Fischer, D.J., Fink, B.C. (2014). Clinical Processes in Behavioral Couples Therapy. *Psychotherapy*, Vol. 51 Issue 1 Pages 11-14. Accession Number: WOS:000333089800003 DOI: 10.1037/a0033823
SAMSHA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2020). Substance Use Disorder Treatment and Family Therapy. Updated 2020. Treatment Improvement Protocol 39. Available at: TIP 39 Substance Use Disorder Treatment and Family Therapy (samhsa.gov)
Mustaffa, S., Ghanbaripanah, A., Ahmad, R. (2013). Assessment in Family Counseling. *Procedia - Social and Behavioral Sciences,* vol. 93 Pages 2205-2208. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.10.189
Nepustil, P., Geregová, M., Frišaufová, M., Hýl P. et al. (2021). Metody sociální práce a síťování v adiktologických službách. Praha: Úřad vlády ČR.

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]