

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
Institut sociálního zdraví



Účinné faktory skupinové psychoterapie při léčbě závislostí
Effective factors of group psychotherapy in addiction treatment

Diplomová práce

Olomouc 2024

Autor: Mgr. Dana Matoušová

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Arnošt Krtek, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Olomouci, dne 11. dubna 2024



podpis studenta

Poděkování

Upřímně a ráda děkuji vedoucímu práce Mgr. Bc. Arnoštovi Krtkovi, Ph.D. za odborné vedení, inspirující myšlenky a pomoc, které se mi od něj dostalo. Velmi si vážím ochoty a projevené důvěry všech participantů, s úctou jim děkuji. Za podporu po celou dobu mého studia, trpělivost a ohleduplnost děkuji mé rodině a za trpělivost také mému psovi, neboť na procházky musel zejména v poslední době čekat o něco déle.

Abstrakt

Tato diplomová práce se zaměřuje na účinné faktory skupinové psychoterapie při léčbě závislostí (dále též „terapeutické faktory“), přičemž klade důraz na způsob zjišťování terapeutických faktorů obecně a dále při léčbě závislých osob. Analyzuje reakce psychoterapeutů na otázky týkající se skupinové psychoterapie při léčbě závislých osob, která probíhá v různých zařízeních a v různých podobách. Zkoumá, jaké faktory skupinové psychoterapie při léčbě závislostí považují za účinné, jakým způsobem zjišťují nové poznatky o účinných faktorech skupinové psychoterapie při léčbě závislostí, a zjišťuje, jaké specifické techniky nebo aktivity, metody či přístupy ve skupinové psychoterapii se závislými osobami používají a jakým výzvám čelí. Výzkum využívá kvalitativní metodologii a sběr dat probíhal prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s osmi psychoterapeuty. Získaná data byla analyzována pomocí tematické analýzy. Výsledky ukazují, že přístup psychoterapeutů ke skupinové psychoterapii závislých osob a k jejím účinným faktorům, stejně jako ke zjišťování nových výzkumných poznatků v této oblasti, je různý, i když některá témata a přístupy jsou společná pro vícero psychoterapeutů. V závěru práce jsou diskutovány možnosti implikace získaných poznatků do praxe s určitou neskromnou nadějí na její zlepšení.

Klíčová slova:

Psychoterapie, účinné faktory skupinové psychoterapie, závislosti, léčba, skupinová psychoterapie, adiktologie, výzkum

Abstract

This thesis focuses on the effective factors of group psychotherapy in the treatment of addiction (hereafter referred to as "therapeutic factors"), with an emphasis on how to identify therapeutic factors in general and in the treatment of addicts. It analyses the responses of psychotherapists to questions concerning group psychotherapy in the treatment of addicts, which takes place in different settings and in different forms. It explores what factors of group psychotherapy in the treatment of addictions they find effective, how they identify new knowledge about effective factors of group psychotherapy in the treatment of addictions, and what specific techniques or activities, methods or approaches they use in group psychotherapy with addicts and what challenges they face. The research uses a qualitative methodology and data collection was conducted through semi-structured interviews with eight psychotherapists. The data collected was analysed using thematic analysis. The results show that psychotherapists' approaches to group psychotherapy for addicts and its effective factors, as well as to identifying new research findings in this area, vary, although some themes and approaches are common to multiple psychotherapists. The thesis concludes with a discussion of the possibilities for the implications of the findings for practice, with some immodest hope for its improvement.

Keywords:

Psychotherapy, effective factors of group psychotherapy, addiction, treatment, group psychotherapy, addictology, research

Obsah

Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Psychoterapie	9
1.1 Vymezení psychoterapie	9
1.2 Psychoterapie jako povolání.....	11
1.3 Skupinová psychoterapie	12
1.4 Současné směry v psychoterapii	13
1.5 Účinné faktory psychoterapie	14
2 Závislosti	20
2.1 Vymezení, definice	20
2.2 Syndrom závislosti	21
2.3 Základní skupiny návykových látek	22
2.4 Specifická témata osob se závislostí.....	23
2.5 Nelátkové neboli behaviorální závislosti	23
2.6 Sociální důsledky závislosti na psychoaktivních látkách	24
2.7 Sociální důsledky závislosti na alkoholu	24
2.8 Léčba návykových nemocí obecně	25
2.9 Specifika sociální práce s klienty se závislostí	27
2.10 Služby a zařízení pro klienty se závislostí	27
2.11 Psychoterapeutický přístup v léčbě závislostí	29
3 Účinné faktory skupinové psychoterapie	33
3.1 Způsoby zjišťování účinných faktorů	33
3.2 Výzkum psychoterapie	34
3.3 Účinné faktory skupinové psychoterapie při léčbě závislostí	37
EMPIRICKÁ ČÁST	40
4 Realizace výzkumu	40
4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	40
4.2 Výzkumná strategie	41
4.3 Formulace výzkumných otázek a sběr dat	41
4.4 Výběr participantů a postup sběru dat	43
4.5 Metoda analýzy dat	45
4.6 Etické hledisko a ochrana soukromí.....	47

5	Výsledky výzkumu	48
5.1	Skupinová psychoterapie při léčbě závislostí	48
5.2	Osoba terapeuta	56
5.3	Případy zotavení klienta v rámci sk. psychoterapie	57
5.4	Zkoumání efektivity sk. psychoterapie při léčbě závislostí	59
5.5	Význam dlouhodobé podpory klienta	65
5.6	Otevřená otázka aneb řekněte, co chcete.....	66
6	Diskuze	69
6.1	Diskuze nad výsledky výzkumu.....	69
6.2	Silné a slabé stránky výzkumu	79
6.3	Praktické využití.....	80
6.4	Návrhy pro další výzkum	81
7	Závěr	82
8	Souhrn	85
9	Seznam literatury	86
9.1	Knihy	86
9.2	Elektronické zdroje	89
	Příloha č. 1 – Informovaný souhlas a souhlas se zpracováním osobních údajů.....	94
	Příloha č. 2 – Seznam zkratk	95
	Příloha č. 3 – Seznam tabulek.....	96

Úvod

Tento text vznikl jako příspěvek k tématu problematiky skupinové psychoterapie při léčbě závislých osob. Spletitá cesta ze závislosti začíná okamžikem prvního kontaktu s nízkoprahovými službami, pokračuje léčbou v ambulantních či pobytových službách a nekončí ani poté, co se za klientem zavřou brány institucí, neboť v tomto momentě nastupuje následná péče zahrnující různé doléčovací programy. Zde všude se klient na své cestě ze závislosti setkává se skupinovou psychoterapií, která je považována za významnou, ne-li klíčovou metodu v léčbě závislostí (Kalina, 2015).

Fokus textu je namířen na problematiku účinných faktorů skupinové psychoterapie při léčbě závislostí a celkově na specifika skupinové psychoterapie této skupiny klientů. Data empirické části jsou vytvořena na základě kontaktů s osmi psychoterapeuty, s nimiž jsem vedla interview o různých aspektech skupinové psychoterapie při léčbě závislostí, včetně cest získávání nových (výzkumných) poznatků z této oblasti. Toto téma mě oslovilo vzhledem k mému zaměření na studium aplikované psychoterapie a sociální práce, přičemž problematika závislostí je mi blízká, neboť v širší rodině se vyskytovala závislá osoba, která však již svoji závislost úspěšně překonala, byť cesta z ní byla trnitá.

V této práci jsem se také vedle tématu skupinové psychoterapie při léčbě závislostí dotkla problematiky závislostí obecně a se zaměřením na její léčbu prostřednictvím široké škály programů a služeb. Kvůli této práci jsem měla možnost objevit, že skupinová psychoterapie při léčbě závislostí je složitým a komplexním problémem, jehož hloubky jsem stále nedohlédla. Díky výzkumu a zejména sběru dat jsem také poznala několik vzácných lidí, kteří se ochotně podělili o svoje poznatky a myšlenky. Bez nich by tato práce nevznikla. Mám možná neskromnou naději, že tato diplomová práce bude sloužit jako zdroj inspirace pro praxi sociálních a jiných pracovníků v oblasti adiktologických služeb.

„Nechceme lhostejně míjet ty, kteří ztratili víru v sebe, druhé, lidskou existenci. Ty, kteří na své cestě životem hledali útočiště u drogy a poznali i její odvrácenou tvář, která se objevuje s neúprosnou logikou – tvář utrpení, bolesti, samoty, nesvobody, smrti. Chceme podat pomocnou ruku všem, kteří na to čekají, kteří volají své SOS. A varovat ty, pro které je droga symbolem magického neznáma, romantické vzpoury, únikem z nepřátelské skutečnosti.“

Programové prohlášení o. s. SANANIM¹

TEORETICKÁ ČÁST

1 Psychoterapie

1.1 Vymezení psychoterapie

Lidská bytost funguje jako celistvý systém, kde interakce mezi duševními a fyzickými procesy jsou vzájemně propojené a ovlivňující se. Používáním psychologických technik můžeme ovlivňovat i tělesné fungování jedince. Ověřenými psychologickými prostředky můžeme docílit změny v duševní i fyzické oblasti. Psychoterapie má svou roli v prevenci, léčbě i rehabilitaci poruch zdraví. Dále je užitečná pro každého, kdo touží po lepším porozumění sobě samému a přeorganizování svého života (Vymětal, 2010). Podle Vymětala at al. (2004, s. 20) probíhá vlastní psychoterapie jako „vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem.“

Dle Vybírala a Roubala (2010, s. 30) je psychoterapie „léčebná činnost, při níž psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění.“ Dovednosti terapeuta se týkají používání technik, vedení rozhovoru a vytvoření a udržování podpůrného vztahu.

Kratochvíl (2017, s. 16) považuje psychoterapii za „léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky.“ Využívání těchto prostředků je cílené a plánované, se záměrem ovlivňovat duševní procesy, osobnost jedince a jeho vztahy, stejně jako poruchy a faktory, které tyto poruchy vyvolávají. Mezi tyto psychologické

¹ SANANIM z. ú. je nestátní nezisková organizace, která vznikla v roce 1990 a působí v oblasti drogových závislostí. Převzato z webu této organizace: <https://www.sananim.cz/o-nas/>.

nástroje patří verbální a neverbální komunikace, vyvolávání emocí, budování terapeutického vztahu, učení, sugesce, skupinové interakce a další. Cílem psychoterapie je zmírnění nebo odstranění obtíží a ideálně i příčin, které je vyvolávají. Jejím úkolem je pomáhat klientům změnit prožívání, tak aby dosáhli lepšího přizpůsobení různým situacím a úkolům. Psychoterapie má také přinášet pocit seberealizace a sebeuplatnění, naplňování vlastního potenciálu a vést k nalezení a realizaci smyslu života, a také k dosažení harmonie a spokojenosti cestou změny v chování a prožívání klienta (Kratochvíl, 2017).

Dle Prochasky a Norcrosse (2024, s. 30) je psychoterapie „odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů odvozených od uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, poznání, emoce a další osobní charakteristiky směrem, který účastníci považují za žádoucí.“

Psychoterapie jako léčebná metoda se používá při mnoha psychopatologických projevech. Zvláště v léčbě duševních poruch jako jsou úzkostné stavy, poruchy přizpůsobení nebo mírné deprese, hraje psychoterapie podstatnou, někdy dokonce primární roli, zejména z dlouhodobého hlediska. U některých poruch, jako je bipolární porucha nebo psychotická onemocnění, pak funguje spíše jako doplňková léčba. Nicméně je důležité pečlivě zvážit indikaci psychoterapie u určitých chorob, například u psychóz, aby její aplikace nebyla pro klienta iatrogenní (Timuřák, 2014).

Styl psychoterapie může být buď direktivní, kdy psychoterapeut vystupuje v roli experta a aktivně i za pomoci příkazů vede klienta, nebo nedirektivní, kdy klienta spíše provází a podporuje, přičemž se vyhýbá udělování doporučení a rad. Existují různé formy psychoterapie, které určují základní rámec a uspořádání: individuální (s jedním klientem a jedním psychoterapeutem) nebo skupinová (jeden či dva psychoterapeuti a skupina klientů). Prostředky psychoterapie zahrnují specifické techniky a metody používané v rámci psychoterapeutického procesu. Ty mohou zahrnovat rozhovor, hraní rolí, nácvik, práci s asociacemi, analýzu snů, práci s tělem, barvami, hudbou a další (Orel, 2020).

Současná podoba psychoterapie prochází změnami, které zahrnují využívání komunikačních technologií. Některá terapeutická pracoviště nyní poskytují možnost konverzace s terapeutem v online podobě pomocí chatovacích platforem nebo

videohovorů (Amichai-Hamburger et al., 2014). Psychoterapie pomocí video přenosu se ukazuje nejen jako populární a některými uživateli preferovaná volba, ale také jako volba, jejíž efektivita je prokázána metaanalytickými důkazy, které ukazují, že účinnost takovéto léčby je podobná jako u osobní terapie (Fernandez et al., 2021). Na trh také přicházejí různé webové aplikace, které umožňují průběžné monitorování psychoterapeutického procesu a analýzu výsledků v psychoterapii² (Řiháček et al., 2023).

1.2 Psychoterapie jako povolání

Psychoterapie představuje inspirující a smysluplné povolání, které poskytuje možnosti osobního růstu a otevírá dveře do širších oblastí, jako je duchovní rozvoj, umění, věda, filozofie a medicína. Současně je to oblast s vysokými profesními a lidskými nároky. Psychoterapeut musí mít pevný teoretický základ, praktické dovednosti a měl by dbát i na svůj osobní rozvoj a pohodu v různých sférách života. Vzhledem k úzkému kontaktu s duševním trápením klientů je důležité, aby se terapeut staral i o svou vlastní duševní stabilitu a rozvoj, a to prostřednictvím vlastní terapie, intervize s kolegy a supervize (Vybíral & Roubal, 2010).

Psychoterapii vykonávají zejména lékaři a psychologové, ale v posledních letech se k nim přidávají další odborníci z jiných profesí, kteří absolvovali předepsaný výcvik v psychoterapii (Timuřák, 2014). Někteří představitelé, zejména z oblasti psychiatrických a psychologických společností, se snaží omezit oprávnění používat termín "psychoterapeut" pouze na psychiatry a klinické psychology. Na druhé straně zastánci liberálnějšího přístupu v evropském psychoterapeutickém společenství uznávají titul psychoterapeuta prakticky pro každého, kdo úspěšně absolvoval předepsaný výcvik, včetně praxe v klinickém prostředí, povinné supervize a teoretického vzdělávání. Tento výcvik není vázán na původní obor studia, někde je však vyžadováno vysokoškolské vzdělání v oblasti medicínské, humanitní, sociální nebo pedagogické, případně teologické (Vybíral & Roubal, 2010). Právní úpravě v České republice chybí jednotný rámec, a proto byl připraven nový zákon o psychologických a psychoterapeutických službách, o němž v současné době probíhá odborná diskuze.³

² Např. aplikace DeePsy – více informací na www.deepsy.cz.

³ Více informací lze nalézt na webu: www.komorapap.cz.

Dle Yaloma a Leszcz (2002, s. 53) musejí být terapeuti „dobře obeznámeni s vlastními temnými stránkami a být schopni vcítit se do všech lidských tužeb a impulzů.“ Zkušenosti z vlastní terapie umožňují budoucím terapeutům prožít mnoho aspektů terapeutického procesu z perspektivy klienta. Terapeuti musí rozvíjet uvědomění a vnitřní sílu, aby se naučili čelit četným profesním rizikům, která jsou s tímto povoláním spojena (Yalom & Leszcz, 2002).

Dle Vymětala (2010, s. 144) se „v osobnosti a chování terapeuta skrývá možná největší psychoterapeutický potenciál.“ Mezi jeho klíčové osobnostní charakteristiky, které se odrážejí v jeho přístupu, postojích a chování ke klientovi, patří: empatie, tj. porozumění vcítěním, akceptace, tj. bezvýhradné přijetí, a autenticita terapeuta (Vymětal, 2010). V průběhu terapie se nemění jen klient, ale mění se i terapeut. Terapeutova změna vychází z těch interakcí s klientem, které jsou prožívány jako léčivé (Rosenblatt, 2018).

Za zakladatele oboru psychoterapie se považují český rodák, lékař a zakladatel psychoanalýzy Sigmund Freud (1856-1939) a Pierre Janet (1859-1947), který se zaměřil na hypnotické techniky a rozvinul teorii „nevědomých a automatických duševních procesů“ (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015, s. 345).

1.3 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je „postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce mezi členy skupiny“ (Kratochvíl, 2017, s. 232).

Skupinová dynamika je „souhrn skupinového dění a skupinových interakcí.“ Zahrnuje cíle a normy skupiny, tenze a koheze, vůdcovství, projekci minulých zážitků a vztahů do současných interakcí, vytváření podskupin a vztahy mezi jednotlivci a skupinou. Dále je součástí skupinové dynamiky i vývoj skupiny v průběhu času (Kratochvíl, 2009, s. 15).

Primárním nástrojem skupinové psychoterapie je skupinový rozhovor, který je obohacen o různé metody jako jsou hraní rolí, pohybové techniky, psychodramatické scénky a další. Skupiny mohou být zaměřené na interakce v rámci skupiny nebo na specifická témata. Mohou být buď uzavřené, kde účastníci procházejí celým terapeutickým procesem společně, nebo otevřené, kdy se do skupiny průběžně přijímají noví účastníci a propouštějí stávající (Vymětal, 2010).

1.3.1 Porovnání skupinové psychoterapie s individuální

Mezi terapeutem a klientem v individuální psychoterapii vzniká intenzivní vztah, který je více či méně asymetrický. Odpovědnost za výsledek a vedoucí úlohu má terapeut. U skupinové psychoterapie probíhá velké množství vzájemných interakcí mezi členy skupiny a mezi členem skupiny a terapeutem, také mezi terapeuty navzájem. Mezi členy skupiny jsou vztahy více horizontální. Skupiny vytváří skupinovou dynamiku, která je charakteristická kohezí (soudržností) a tenzí (napětím). V čase se proměňuje. Ve skupinách působí normy, což je soubor nepraných pravidel, a členové skupiny v ní zaujímají různé role jako vůdce, černá ovce, trpitel, moralista apod. (Vymětal, 2010; Kratochvíl, 2009).

1.4 Současné směry v psychoterapii

Tradičně byly hlavní teoretické přístupy základem pro různé směry v psychoterapii. I přes širokou škálu těchto přístupů lze psychoterapii zjednodušeně rozdělit do čtyř hlavních teoretických skupin: psychodynamické, kognitivně-behaviorální, humanisticko-existenciální a ekletické a integrativní. K nim lze přidat také systemické a narativní přístupy (Timulák, 2014).

Kratochvíl (2017) dělí současné psychoterapeutické směry na: a) hlubinou psychoterapii, b) dynamickou psychoterapii, c) rogersovskou psychoterapii, d) behaviorální psychoterapii, e) kognitivní psychoterapii, f) komunikační psychoterapii, g) Gestalt terapii, h) existenciální a humanistickou psychoterapii, ch) tzv. jiné přístupy, které zahrnují transpersonální psychoterapii, procesorientovanou psychoterapii, satiterapii, bioenergetiku atd. a i) ekletickou a integrativní psychoterapii.

Norcross a Prochaska (2024) společně definovali 15 hlavních terapeutických systémů: 1) psychoanalytické terapie, 2) psychodynamické terapie, 3) existenciální terapie, 4) terapie zaměřené na osobu, 5) Gestalt terapie, 6) interpersonální terapie, 7) expoziční terapie, 8) behaviorální terapie, 9) kognitivní terapie, 10) takzvané terapie třetí vlny ACT a DBT⁴, 11) systemické terapie (komunikační/strategická terapie, strukturální terapie, Bowenova terapie rodinných systémů), 12) multikulturní terapie, 13) konstruktivistické

⁴ ACT – acceptance and commitment therapy (terapie přijetí a odhodlání), DBT – dialektická behaviorální terapie (Norcross & Prochaska, 2024).

terapie (na řešení zaměřená a narativní terapie), 14) integrativní terapie (integrativní psychodynamicko-behaviorální terapie a multimodální terapie) a 15) transteoretická terapie.

V posledních desetiletích se stále více psychoterapeutů nechce zcela identifikovat s jedním psychoterapeutickým přístupem, nýbrž svoji práci definují jako integrativní nebo eklektickou. V rozsáhlém průzkumu mezi více než 1 000 psychoterapeuty pouze 15 % uvedlo, že ve své praxi používají jen jednu teoretickou orientaci, přičemž medián počtu teoretických východisek používaných v praxi byl čtyři (Tasca et al., 2015). Mezi psychoterapeuty a výzkumníky panuje rostoucí shoda na tom, že žádný psychoterapeutický přístup nemůže být účinný a vhodný pro všechny klienty, jejich potíže a situace. Jádrem integrace psychoterapie jsou zjištění výzkumu, že navzdory různým teoretickým východiskům a přístupům odlišných psychoterapeutických škol, vedou k podobným výsledkům (Barth et al., 2013). Integrativní psychoterapie umožňuje lépe přizpůsobit terapii charakteristickým rysům a potřebám každého klienta zvolením pro něj vhodného postupu založeného na důkazech efektivity (Zarbo et al., 2016).

1.5 Účinné faktory psychoterapie

Účinné faktory psychoterapie dle Vymětala et al. (2004, s. 115) jsou „terapeutem navozené děje, které vyvolávají změny v prožívání, jednání, tělesných funkcích anebo sociálních vztazích pacienta, přičemž tyto změny jsou v přímé souvislosti s činností terapeuta.“

Obecné účinné faktory psychoterapie jsou ty, které přispívají k žádoucím změnám a jsou přítomné v různém stupni ve všech, resp. téměř ve všech terapeutických směrech. Patří sem faktory na straně terapeuta, klienta, jejich vzájemném vztahu a vliv terapeutické situace. Specifickými účinnými faktory pak rozumíme takové postupy, jimiž navozujeme zamýšlené změny, a které jsou specifické jen pro některé psychoterapeutické směry a přístupy (Vymětal, 2010).

Obecnými účinnými faktory psychoterapie jsou dle Prochasky a Norcross (2024) pozitivní očekávání, terapeutický vztah, hawthornský efekt⁵ (terapeut věnuje klientovi zvláštní pozornost), zvyšování vědomí (vhled, edukace, zpětná vazba), katarze (korektivní emoční zkušenost) a emoční uvolnění, možnost volby (nové životní alternativy, sebeosvobození a sociální osvobození) a tvarování chování (protipodmiňování jako změna reakce na podněty a manipulace s následky, kdy měníme chování prostřednictvím změny následků ovládajících naše chování).

Desítky let výzkumu ukazují, že poskytování psychoterapie je interpersonální proces, v němž hlavní léčebnou složkou je povaha terapeutického vztahu. Zefektivnění psychoterapie lze nejlépe dosáhnout zlepšováním schopnosti psychoterapeutů navazovat vztahy s klienty a přizpůsobovat tyto vztahy jednotlivým klientům (Lambert & Barley, 2001).

Někteří však přisuzují rozhodující podíl na výsledku terapie tzv. faktoru klienta. Assay a Lambert (1999) uvádějí, že až 40 % podílu na výsledku terapie závisí na tomto faktoru, který je často opomíjen (Levitt at al., 2017). Klient totiž disponuje tzv. sebeúdravnými schopnostmi, které stojí za spontánní remisí klienta, jenž může sám překonat i postraumatickou stresovou poruchu či hraniční poruchu osobnosti (Bohart & Tallman, 2010). Jako součást faktoru klienta se uvádí také placebo efekt a očekávání. Stranou pozornosti nesmí zůstat ani aktivní zapojení klienta do procesu psychoterapie a jeho reflexivní práce mimo terapii. Jinými slovy „účinná psychoterapie vytváří podmínky pro to, aby se klient mohl změnit sám“ (Dubovská, 2020, s. 7).

Na podkladě výzkumu Laska at al. (2014) bylo identifikováno šest společných účinných faktorů majících vliv na výsledek psychoterapie. Jsou to: terapeutická aliance, osobnost terapeuta, empatie, kongruence/opravdovost, spolupráce/shoda na cíli a pozitivní zřetel/potvrzení. K nim se přidávají specifické faktory jako rozdíly mezi technikami, kompetence poskytnout léčbu a dodržování protokolu.

⁵ Zvláštní pozornost, jež se lidem dostává, vede ke zlepšení např. jejich pracovního úsilí, což zjistila Hawthornská studie, která zkoumala, jak se změní produktivita práce v továrně vlivem lepšího osvětlení. Výsledkem bylo, že lidé zvýšili produktivitu díky pozornosti druhých osob (Prochazka & Norcross, 2024).

1.5.1 Účinné faktory skupinové psychoterapie

Skupinová terapie představuje velmi účinnou formu psychoterapie, která má potenciál přinést smysluplný užitek, přičemž její účinnost je srovnatelná s terapií individuální, což již bylo prokázáno řadou výzkumů (McRoberts at al., 1998; Tillitski, 1990).

Účinné faktory skupinové psychoterapie, v odborné literatuře označované také pojmem „terapeutické faktory,“ se pokusila klasifikovat řada autorů. Mezi nejznámější patří Irvin D. Yalom a Modyn Leszcz, Stanislav Kratochvíl, Sidney Bloch a Eric Crouch, Paul Dierick a Germain Lietaer. Předpokladem fungování terapeutických faktorů a základním účinným faktorem psychoterapie zůstává vztah mezi terapeutem a členy skupiny (Jániš, 2010).

Podle Yaloma a Leszcze (2021) lze identifikovat jedenáct základních účinných faktorů. I když některé nebo všechny z těchto faktorů mohou být přítomny v různých typech skupinové terapie, každá skupina se odlišuje v jejich kombinaci a důrazu na konkrétní faktory. Jak klienti vnímají účinnost terapie je ovlivněno množstvím faktorů, jsou to například: délka terapie, typ skupiny, míra angažovanosti klienta, diagnóza a věk klienta a také terapeutický přístup a přístup terapeuta. Terapeutické faktory jsou ovlivňovány typem skupinové terapie, fází terapie, mimoskupinovými vlivy a individuálními odlišnostmi klientů. Každý bude mít prospěch z jiných faktorů skupinové psychoterapie, přičemž skupinovou zkušeností prochází každý klient odlišně.

Terapeutické faktory dle Yaloma a Leszcze (2021): (1) **Dodávání naděje** – poskytování naděje ve skupinové terapii je terapeuticky účinné samo o sobě, a proto by terapeut měl aktivně posilovat klientovu víru v účinnost této formy léčby. To zahrnuje podporu pozitivních očekávání, odstranění negativních předsudků a poskytování edukace o procesu skupinové léčby. Důležitým prvkem je také pozorování pozitivních změn u jiných klientů s podobnými problémy, kteří své potíže úspěšně zvládli. (2) **Univerzalita** – spočívá v přesvědčení, že neexistuje myšlenka nebo čin, který by někdo jiný dříve nesdílel. Klienti pociťují velkou úlevu, když si uvědomí, že nejsou osamoceni, a že i ostatní čelí podobným výzvám a sdílí podobné životní zkušenosti. Tímto způsobem klienti postupně odstraňují své přesvědčení o vlastní izolaci, resp. výjimečnosti svého problému (Crowe & Grenyer, 2008). (3) **Poskytování informací** – edukace o psychických procesech, významu symptomů, interpersonální a skupinové dynamice a průběhu psychoterapie.

(4) **Altruismus** – v terapeutických skupinách klienti dostávají tím, že sami dávají (podporu, potvrzení, náhled, sdílejí svoje zkušenosti). Skupinová terapie dává klientům příležitost být užiteční pro ostatní členy skupiny. Na začátku terapie se klienti často domnívají, že nemají druhým co nabídnout. Postupně ale zjišťují, že jejich přítomnost a podpora jsou pro ostatní cenné. Tímto způsobem se u nich zvyšuje sebedůvěra (Sezgin & Punamäki, 2008).

(5) **Korektivní rekapitulace primární rodiny** – někdy vedoucí skupiny připomínají rodičovské postavy, což může vyvolat reakce, které původně vznikaly ve vztahu k autoritám/rodičům. Dávné konflikty z rodinného prostředí mohou být v rámci skupiny prožívány korektivně.

(6) **Rozvoj sociálních dovedností** – na základě zpětné vazby získávají klienti informace o svém nevhodném chování. U klientů se rozvíjí emoční inteligence, protože se učí reagovat na situace s ohledem na ostatní, řešit konflikty a vyjadřovat empatii. Také se učí zdrženlivějšímu hodnocení ostatních lidí a jsou schopni lépe projevovat a sdílet své emoce.

(7) **Napodobující chování** – ostatní klienti a terapeut jsou vzory pro klienty, neboť se s nimi do určité míry identifikují. Napodobování vzorů chování motivuje klienty k experimentování s novými způsoby jednání, jež mohou rozvinout adaptivní spirálu, která postupně posiluje klientovu schopnost přizpůsobit se novým situacím i mimo skupinu.

(8) **Interpersonální učení** – potřeba přijetí od ostatních a vzájemná interakce jsou univerzální pro všechny lidi, protože lidská existence je závislá na síti mezilidských vztahů. Psychologické obtíže často vycházejí z narušených mezilidských vztahů. Cílem psychoterapie je klienta naučit budovat uspokojivé a autentické mezilidské vztahy, což může vést ke zmírnění soc. úzkosti a zvýšení sebedůvěry. Pozitivní reakce ostatních na klientovo chování dále posilují jeho sebevědomí. Skrze zpětnou vazbu a introspekci klient lépe porozumí svému chování, rozpozná a uvědomí si vliv svého jednání na pocity a postoje druhých lidí a také na své vlastní postoje a pocity (Holmes & Kivlighan, 2000).

(9) **Skupinová soudržnost (koheze)** – soudržnost ve skupinové terapii má podobný význam jako terapeutický vztah v individuální terapii. Označuje míru, jakou je skupina přitažlivá pro své členy a souvisí s jejich pocitem začlenění, sounáležitosti a toho, jak si cení skupiny. Je založena na tom, jak se členové skupiny vzájemně podporují, oceňují, a zda cítí, že jsou v rámci skupiny bezpodmínečně přijímáni a respektováni (Harris & Mazmanian, 2016; Burlingame at al., 2001).

(10) **Katarze** – je propojena se soudržností. Intenzivní emocionální projevy mohou urychlit vytváření blízkých vztahů mezi členy skupiny, zejména pokud navzájem sdílejí své

pocity a dále s nimi pracují. (11) **Existenciální faktory** – jsou důležité především pro klienty s vážnými psychickými a zdravotními problémy. Lidé se potýkají s existenciálními otázkami jako je strach ze smrti, osamělost, svoboda a hledání smyslu.⁶ Úzkost může vznikat z těchto hlubokých otázek, resp. ze strachu ze smrti (Yalom & Leszcz, 2021).

Terapeutické faktory dle Kratochvíla (2009): (1) **Členství ve skupině** – když klient v terapeutické skupině vidí, že ostatní členové sdílejí podobné obavy a problémy, začínají se cítit součástí. Nicméně cílem není pouze vytvoření příznivé atmosféry ve skupině; cílem je, aby se skupinové zkušenosti staly základem pro efektivnější zapojení klienta do jeho přirozených sociálních sítí v běžném životě. (2) **Emoční podpora** – členové skupiny se snaží naslouchat a porozumět si navzájem. Každý člen je přijat bez ohledu na svou minulost, status či problémy; je respektován jako jedinec s vlastními emocemi a myšlenkami. Rozdílné názory a postoje nejsou důvodem k odsuzování. Akceptace nevyklučuje kritiku a konfrontaci. Součástí emoční podpory je také poskytování naděje. (3) **Pomáhání jiným** – klient se aktivně podílí na pomoci ostatním tím, že je podporuje, vyjadřuje se empaticky, interpretuje události ve skupině a sdílí své vlastní zkušenosti, potíže a trápení. Tento jiným označením altruistický faktor pomáhá překonat zaměření na vlastní problémy, zvyšuje pocit sounáležitosti s ostatními a posiluje pocit vlastní hodnoty a vlivu. (4) **Sebeexplorace a sebeprojevení** – když se člen skupiny otevřeně projevuje, riskuje zveřejnění svého skrytého chování, utajovaných emocí a motivů. Dochází k sebeodhalení, stává se transparentním. Klient skupině sděluje soukromé informace, které často nesdělil ani svým nejbližším, včetně zážitků spojených s pocity studu a viny. Jestliže skupina dostatečně nepodpoří klienta, který se tzv. odhalil, může mu to způsobit i trauma nebo pocity ponížení. (5) **Odreagování** – někdy strach nedovolí jedinci projevit své emoce, obava z nepřijetí mu brání v projevení své agresivity a hněvu. Někdy emoce projevit nemůže nebo se stydí za své pocity lítosti. Skryté emoce, které jsou spojeny s bolestivými traumatickými zážitky, se při uvolnění vynořují na povrch a mohou se projevit v plné síle. Při abreakci jedinec události (jako např. frustraci, trauma, křivdu, ztrátu apod.) znovu citově prožívá. (6) **Zpětná vazba, konfrontace** – zpětná vazba označuje proces, kdy klient obdrží informace od ostatních o tom, jak jeho chování působí

⁶ O existenciálních faktorech, resp. existenciální psychoterapii napsal Irvin D. Yalom knihu Existenciální psychoterapie, která vyšla v nakladatelství Portál, Praha 2020.

na okolí. Tím získává informace o aspektech svého chování, které sám nevnímá. Pro situace, kdy je zpětná vazba značně negativní, se někdy používá termín konfrontace. Pokud má být konfrontace užitečná, musí být vyvážena pozitivním vztahem mezi kritizovaným a kritizujícím, musí být přiměřená schopnostem kritizovaného přijmout kritiku a musí brát v úvahu jeho současnou situaci a atmosféru ve skupině. (7) **Náhled** – znamená porozumění dříve neuvědomovaných souvislostí ve vlastní psychice a mezilidských vztazích, které se pojí s maladaptivním chováním. Interpersonální perspektiva zahrnuje poznání toho, jak klient přispívá svým chováním a reakcemi ke svým aktuálním problémům a konfliktům ve vztazích s ostatními. Tento náhled zahrnuje jak emocionální, tak intelektuální složku. (8) **Korektivní emoční zkušenost** – je intenzivní prožitek vztahu nebo situace, který napravuje nesprávné obecné přesvědčení, vyplývající z dřívějších traumatizujících prožitků. Během emoční korekce se okolí chová jinak, než klient s nepřiměřeným chováním očekával na základě svého chybného zevšeobecnění. Klient může přehodnotit rodinné vztahy a události, pokud dojde ke korektivní zkušenosti ve skupině, kterou prožívá jako rodinu. (9) **Zkoušení a nácvik nového chování** – posilování ze strany skupiny hraje významnou roli při upevňování nových reakcí. Díky pozitivní zpětné vazbě se klienti přesvědčují o přínosech nového chování. V rámci skupinové psychoterapie může být použit systematický plánovaný nácvik, jako je například nácvik asertivity. Klienti se také učí prostřednictvím zkušeností druhých (nápodobou). (10) **Získávání nových informací a sociálních dovedností** – ve skupině získává klient nové informace o lidském chování, interpersonálních vztazích a strategiích. Pasivním pozorováním získává vhled do zákonitostí lidských vztahů a skupinové dynamiky, přičemž vidí stejné situace z různých úhlů pohledu, může se také učit novým sociálním dovednostem a využívat zkušenosti druhých k pochopení a řešení svých vlastních problémů (Kratochvíl, 2009).

2 Závislosti

2.1 Vymezení, definice

Problematika závislostí je v dnešní době mimořádně aktuální a její důležitost neustále roste, což dokazuje rostoucí počet rizikových uživatelů a zvýšená spotřeba návykových látek. Trend závislostí se ještě více zhoršuje s rychlým nárůstem nových syntetických drog a snadnou dostupností návykových látek i pro běžnou populaci. Počet osob, které budou potřebovat (psychoterapeutickou) pomoc v důsledku nadužívání návykových látek, bude pravděpodobně stále vzrůstat (Křížová, 2021).

Hajný (2001) vymezuje závislost jako onemocnění, které je charakteristické naléhavou touhou po účincích drogy, kterou klient užívá i přes to, že si tím přivodí řadu nepříjemných problémů. Za závislosti označujeme „návykové a impulzivní nemoci, které jsou řazeny mezi duševní poruchy a poruchy chování“ (Křížová, 2021, s. 16).

Na závislost můžeme pohlížet jako na multifaktoriální onemocnění, na jehož udržení a rozvoji se podílejí jak faktory genetické, tak vývojové a sociální faktory a také vliv prostředí (Kalina, 2015).

Někteří autoři dávají do souvislosti závislost s traumatizací v dětství, adolescenci či dospělosti. Mezi nejběžnější formy traumatických zážitků v dětství patří fyzické a sexuální zneužívání, v pozdějším věku pak i přepadení, fyzické násilí, znásilnění, závažnější nehoda apod. Tyto zážitky často vedou k rozvoji posttraumatické stresové poruchy, což má za následek negativní dopady na jednotlivce v podobě různých psychických poruch či poruch chování. Trauma narušuje integritu a základní důvěru jedince, což vede k problémům ve vztahu k vlastnímu tělu, sobě samému a okolnímu světu. Jedinec často zapojí obranné mechanismy jako je popření (potlačení) a disociace. Užívání drog a alkoholu může sloužit jako prostředek k potlačení emocí nebo k jejich změně, což zastavuje noční můry a deprese se mění v apatii. Převládá falešný pocit kontroly a pocit bezmoci ustupuje. Je zjevné, že silně traumatizovaní závislí tvoří jednu z nejtěžších skupin k léčbě a často přerušují léčbu, neboť léčba nezohledňuje jejich posttraumatické symptomy, které nebyly rozpoznány (Kudrle in Kalina, 2003; Maté, 2023).

Někdy je také závislost dávana do souvislosti s poruchou attachmentu.⁷ Zranitelnost vlastního já je důsledkem vývojových selhání a rané deprivace prostředí vedoucí k neefektivním stylům připoutání. Zneužívání návykových látek je pak pokusem o nápravu, tento stav však zhoršuje (Flores, 2001). Jak napsal Kohut (in Flores, 2001), k vyléčení v psychoterapii dochází tehdy, když člověk může navázat zdravé vztahy mimo terapeutické prostředí.

V současnosti jsou k dispozici dva hlavní klasifikační systémy pro diagnostiku návykových a impulzivních nemocí. Jedním z nich je klasifikační systém vytvořený Americkou psychiatrickou asociací (APA), kterým je Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, zkráceně DSM-5.⁸ Druhým je klasifikační systém vytvořený Světovou zdravotnickou organizací (WHO) nazvaný MKN-10⁹, který je užíván zejména v Evropě, včetně ČR¹⁰ (Křížová, 2021).

I když existuje široká paleta názorů na diagnostiku (od kritiky a odmítání až po obhajobu), určení diagnózy je stále důležitou součástí moderní zdravotní péče. Diagnostika je klíčová pro efektivní komunikaci mezi odborníky a umožňuje diskusi o jednotlivých případech. Nicméně je důležité být obezřetný v „škatulkování“ pacientů do diagnostických kategorií, abychom nezanedbali jejich jedinečnost a individualitu. Diagnózy by měly být chápány jako pomocné kategorie, nikoli jako „nálepky“, které by determinovaly osud jednotlivce (Orel, 2020).

2.2 Syndrom závislosti

Syndrom závislosti můžeme definovat jako „soubor psychických (emočních, kognitivních a behaviorálních) a somatických změn, které jsou důsledkem dlouhodobého užívání psychoaktivní látky“ (Vágnerová, 2014, s. 496). Nešpor (2018, s. 18) definuje syndrom závislosti jako „skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž

⁷ Příčinou poruchy attachmentu je absence vnímavého pečovatele v raném dětství (nemusí jít o matku, jedná se o jakoukoli pečující a milující, tzv. mateřskou osobu).

⁸ Číslo 5 označuje pátou revizi manuálu, která byla přijata v roce 2013. Používá se v USA (Křížová, 2021).

⁹ 10. revize byla přijata v roce 1994 (Křížová, 2021).

¹⁰ Na 72. Světovém zdravotnickém zasedání v květnu 2019 byla schválena 11. revize MKN. Tato revize vstoupila v platnost dne 1. 1. 2022. Oficiální česká verze MKN-11 byla uveřejněna Světovou zdravotnickou organizací v únoru 2024. Tato revize se u nás postupně zavádí do praxe. Více viz. www.uzis.cz (ÚZIS ČR).

má užívání nějaké látky nebo třídy látek u daného jedince mnohem větší přednost před jiným jednáním, kterého si kdysi cenil více.“

V MKN-10 je syndrom závislost popsán v kategorii Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19) jako: „Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí“ (ÚZIS ČR).

2.3 Základní skupiny návykových látek

Jednotlivé omamné a psychotropní látky můžeme dělit na: opioidy a opiáty, konopné drogy, halucinogeny, psychostimulancia, těkavé látky, MDMA (extáze) a taneční drogy, farmaka s psychotropním účinkem a tabák¹¹ (Minařík & Kmoch in Kalina, 2015). Jednou z nejrozšířenějších a nejzávažnějších forem závislostí je závislost na alkoholu.¹² Dle diferenciální diagnostiky rozlišujeme akutní intoxikaci alkoholem (F10.0), škodlivé užívání alkoholu (F10.1), syndrom závislosti na alkoholu (F10.2), odvykací stav (F10.3), odvykací stav s deliriem (F10.4), psychotickou poruchu (F10.5), amnestický syndrom (F10.6) a reziduální stav a psychotickou poruchu s pozdním začátkem (F10.7) (Kalina 2015; Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

¹¹ V ČR kouří asi 30 % osob ve věku nad 15 let, v ostatních zemích EU je podíl kuřáků podobný nebo nižší. Celosvětově umírají v důsledku nemocí způsobených tabákem ročně 4 miliony lidí a v ČR 23 000 osob. Z tohoto pohledu patří tabák mezi drogy s nejvyšší mírou rizika (Minařík & Kmoch in Kalina, 2015).

¹² V ČR je spotřeba alkoholu vypočítána na cca 10 l čistého alkoholu na obyvatele. Nadměrně konzumuje alkohol asi 1/10 žen a 1/4 mužů (Kalina, 2015).

Tabulka č. 1 – Počet pacientů s diagnózou F10¹³ a F11-19¹⁴ (znázorňuje strukturu pacientů dle věku léčených v psychiatrických ambulancích v roce 2022)

Diagnóza	Věková kategorie								Celkem
	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
F10	94	837	3112	5398	4789	3495	1410	138	19 273
F11-19	483	2483	4016	3110	908	534	384	140	12 058

Zdroj: Ročenka psychiatrické péče – ÚZIS ČR, vytvořeno autorem

2.4 Specifická témata osob se závislostí

Společnými tématy klientů se závislostní problematikou dle Khantziana¹⁵ (in Kalina, 2015) jsou:

- osobnostní rysy jako je nízká sebeúcta a nízká tolerance afektů: je nutno zapracovat na lepším sebeporozumění, sebepojetí a sebezvládnání.
- interpersonální vztahy narušené či chybějící: cílem je zlepšení dovedností v navazování a udržování normálních a vzájemně podpůrných vztahů
- spouštěče v prostředí jiných závislých osob: vytváření strategií zacílených na to, jak se chovat mezi závislými osobami a jak se vymanit z rizikového prostředí (Kalina, 2013).

2.5 Nelátkové neboli behaviorální závislosti

Zahrnují různé druhy návykového chování vyznačující se tím, že jedinec jej přestává mít plně pod kontrolou. V rámci MKN-10 tyto poruchy najdeme v kapitole návykové a impulzivní poruchy. Jedná se o patologické zakládání požárů, syndrom patologického hráčství, patologické kradení a trichotilomanií.¹⁶ Do kategorie jiných návykových a impulzivních poruch řadíme například kompulzivní nakupování a kompulzivní tuláctví.¹⁷

¹³ Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu.

¹⁴ Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.

¹⁵ E. J. Khantzian je jedním z mála psychoanalytických teoretiků, jenž svoje pojetí závislosti přetavili do prakticky použitelných principů a metod psychoterapie (Kalina, 2015).

¹⁶ Trichotilomanie je psychická porucha, u které si člověk sám vytrhává (a někdy i konzumuje) vlasy.

¹⁷ Oniomanie – kompulzivní nakupování, dromomanie – kompulzivní tuláctví (Kuklová, 2015).

Znaky závislostního chování můžeme detekovat u hypersexuality a v některých rysech i u poruch příjmu potravy. Mezi behaviorální závislosti patří i skupina takzvaných technologických závislostí (počítače, internet, on-line hry, mobily apod.) a závislost na práci (workholismus). Obecně lze říci, že za „návykové chování je možno považovat každé chování, které životu něco zásadně bere“ (Kuklová, 2016, s. 29).

2.6 Sociální důsledky závislosti na psychoaktivních látkách

Osoby se závislostí na psychoaktivních látkách často čelí narůstajícím sociálním problémům. Partnerské vztahy těchto osob často trpí kvůli frustraci, zlosti, strachu, zklamáním očekáváním, pocitům viny, lítosti, depresím atd. Dalším důsledkem je ztráta schopnosti identifikovat problémy ve vztazích, řešit manželské konflikty a udržovat intimní vztahy. Závislý jedinec je pro rodinu a své okolí zátěží v ekonomické, sociální a psychické rovině. Společnost má tendenci odmítat a odsuzovat zejména osoby konzumující drogy, a často je stigmatizuje kvůli jejich závislosti. Touha po droze je tak silná, že závislý jedinec je ochoten se uchýlit ke krádežím, podvodům a manipulaci s blízkými lidmi, aby ji získal. Nikoliv výjimečným důsledkem drogové závislosti je zapojení do kriminálních aktivit. Zasaženy jsou také děti v rodinách závislých osob, které v ovzduší konfliktů, napětí a stresů nemají adekvátní podmínky pro svůj zdravý psychický rozvoj. Rodinná terapie by proto měla být neodmyslitelnou součástí primární léčby závislých (Rotgers, 1999; Vágnerová, 2014).

I poté, co děti z takovýchto rodin dospějí, potýkají se s následky dysfunkční rodiny, v níž vyrůstaly, neboť v důsledku absence jasně vymezených hranic a chybějící rodičovské vřelosti si například nejsou jisti tím, jaké chování je běžné, mají na sebe vysoké nároky, mají sklon buď k mimořádné zodpovědnosti nebo mimořádné nezodpovědnosti, mají problémy s důvěrnými vztahy, jsou impulzivní, trpí nedostatkem sebevědomí, neustále vyhledávají pochvalu a ujištění apod. (Woititz, 2021).

2.7 Sociální důsledky závislosti na alkoholu

Závislost na alkoholu má odlišné sociální důsledky ve srovnání se závislostí na drogách. V české společnosti je konzumace alkoholu tolerována. Nicméně, pokud jedinec ztratí kontrolu nad pitím a poruší společenské normy, je často vyloučen. Alkoholik má obvykle

nízký sociální status, přičemž ženy alkoholičky bývají více odsuzovány než muži. Ostatní příslušníci rodiny jsou více ohroženi konzumací alkoholu v důsledku potřeby úniku před realitou, vlivem sociálního učení nebo nápodobou. Vlivem alkoholu narušená schopnost sebeovládání zvyšuje riziko úrazů, nehod a materiálních škod. Alkohol je také příčinou mnoha násilných trestných činů v důsledku snížené schopnosti sebekontroly (Vágnerová, 2014).

2.8 Léčba návykových nemocí obecně

Za závislostí nestojí jedna příčina, a proto je při léčbě využíváno více přístupů. Ideálně by léčba závislostí měla být dlouhodobá a intenzivní (Nešpor, 2018). Specifické potřeby klientů vyžadují široký výběr léčebných programů a zařízení, které mohou poskytnout optimální služby klientům v rámci systému léčebné péče. Cílem je vytvořit takový systém služeb, aby každému klientovi bylo možno zabezpečit vhodný typ léčebného zařízení, resp. služby. Systém péče se vyvíjí v průběhu času a zahrnuje různé subjekty, včetně státních a soukromých organizací, zdravotnických i nezdravotnických a neziskových a komerčních subjektů. Provázanost jednotlivých složek systému péče je nezbytná pro koordinovaný pohyb klienta tímto systémem péče. Léčebná péče musí být dostupná jak místně, tak časově (Bém in Kalina at al., 2003).

Dle Nešpora (2002, 2018) jsou v léčbě závislostí efektivní tyto metody a přístupy:

- Krátká intervence, kterou mohou poskytnout sociální pracovníci, praktičtí lékaři, učitelé, psychologové. Četné studie zahrnující různé skupiny klientů ukázaly, že krátké intervence mohou snížit míru pití alkoholu u klientů bez ohledu na jejich věk a pohlaví (Fleming, 1999; Cisler, 2003; Moyer, 2002).
- Svépomocné organizace typu Anonymních alkoholiků, jejichž 12 kroků je inspirací pro podobné organizace i profesionály v oboru. Jejich efektivita byla prokázána řadou studií (Humphreys, 2004; Moos, 2001).
- Práce s motivací – lze ji využít ke zvládnutí cravingu (bažení), kdy si klient vybaví negativní důsledky recidivy (negativní motivace) a výhody abstinence (pozitivní motivace).
- Psychoterapie – obvyklá je větší strukturovanost skupin, terapeut je více aktivní a častěji podněcuje členy skupiny.

- Rodinná a manželská terapie – cílem je nasměrovat děti k záležitostem odpovídajícím jejich věku, zbavit je domnělé zodpovědnosti za problémy rodičů, vybudovat bezpečné prostředí, posílit jejich sebevědomí a učit je budovat zdravé hranice. Manželská terapie se zaměřuje na zlepšení komunikace v páru.
- Muzikoterapie – dobré zkušenosti zejména s klasickou a zklidňující orientální hudbou.
- Network therapy – léčba v síti sociálních vztahů včetně pracovních.
- Psychodrama – např. nácvik zvládnutí obtížné situace.
- Poradenství a sociální pomoc – právní, pracovní, zdravotní atd.
- Nácvik sociálních a jiných relevantních dovedností – např. komunikace, zdravého sebeprosazení, odmítání drogy.
- Relaxační techniky – vč. smíchu a jógy, které mají pozitivní vliv na životní styl, zvládnutí stresu, úzkost nebo lehčí depresi. Mírní psychosomatické obtíže.
- Terapeutická komunita – viz níže.
- Socioterapeutické kluby – vznikají při léčebných zařízeních, zvyšují motivaci prostřednictvím vzorů dlouhodobě abstinujících klientů.
- Farmakoterapie – pro zvládnutí akutního odvykacího stavu nebo substituční léčbě.
- Spiritualita – pozitivně ovlivňuje chování a postoje ke zdraví, vyšší odolnost vůči stresu, optimističtější životní orientace.
- Zvládnutí stresu – např. prostřednictvím meditace, pohybových aktivit, relaxace
- Mindfulness – založeno na dobrém vnímání sebe a okolí, zvládnutí emocí.
- Změna vztahového rámce – jiné pojmání reality a hledání nových možností.
- Dlouhodobé sledování – má velký význam a zahrnuje účast ve svépomocných organizacích, psychoterapii a pomoc při zastavení recidivy a zvládnutí krizí (Nešpor, 2002; Nešpor, 2018).

Na léčbu závislostí na návykových látkách, patologického hráčství a duálních poruch¹⁸ se fokusuje oddělení pro léčbu závislostí, které je součástí Kliniky adiktologie. Její součástí je i centrum adiktologie, které se zabývá výzkumem užívání návykových látek a aktivit,

¹⁸ Závislost na návykové látce v kombinaci s duševní poruchou.

kteřé mohou vést k závislosti, a také zkoumá nové přístupy v prevenci, léčbě a sociálním začleňování závislých (VFN, 2019).

V České republice má silné postavení tzv. tradiční, režimový přístup k léčbě závislosti, jenž je spjat s prací doc. Jaroslava Skály, který jej začal aplikovat v 50. letech 20. století na klinice u Apolináře. Jeho osvědčený přístup přetrvává dodnes. Také je znám jako zakladatel záchytných stanic.¹⁹ Skála kombinoval prvky z terapeutických komunit s přístupy behaviorální terapie. Vedl pacienty ke zvyšování fyzické zdatnosti, sebedisciplíně, k edukaci a k vystavování se stresovým situacím. Rovněž se snažil o posilování pocitu odpovědnosti klienta za pokrok v léčbě a svůj stav. Zavedl tzv. bodový systém obsahující odměny, ale také tresty (Křížová, 2021).

2.9 Specifika sociální práce s klienty se závislostí

V sociální práci s touto cílovou skupinou je nutno klást důraz na individuální potřeby klienta a na jeho chápání vlastní životní situace, rovněž na strukturální souvislosti problému a na požadavky sociálního prostředí, ve kterém žije. Zdá se, že právě ochota přijímat klientovo vidění je dobrým prediktorem úspěšné sociální práce s uživateli drog. Znamená totiž, že sociální pracovník neřeší klientovy problémy, tak jak je vnímá on (sociální pracovník), ale místo toho vytváří prostor pro vnímání potřeb klienta. Univerzálním nástrojem sociální práce s touto cílovou skupinou je motivační rozhovor (Navrátil, in Kalina at al., 2003).

2.10 Služby a zařízení pro klienty se závislostí

V České republice fungují tato zařízení pro léčbu závislosti: (1) Terénní programy – poskytování služeb probíhá tam, kde se klienti pohybují, tj. přímo „na ulici.“ Klientům jsou předávány informace o dostupných programech péče a léčby, stejně jako o aktuálních rizicích spojených s užíváním drog a možnostech jejich minimalizace. Součástí je také distribuce sterilních jehel a stříkaček. (2) Nízkoprahová kontaktní centra – jsou zde vytvořeny podmínky pro cílenější a dlouhodobější práci s klientem. V centru pozornosti stojí klientova motivace k léčbě. Kontaktní centra mají možnost posoudit aktuální stav klienta, doporučit vhodnou léčbu a případně pomoci s přijetím do léčby.

¹⁹ První záchytná stanice na světě byla založena v roce 1951 (Křížová, 2021).

(3) Ambulantní léčba – nabízí ji různá zařízení jako poradenská centra, krizová centra nebo AT²⁰ poradny. Tento druh léčby klade na klienty určité požadavky. Společně s klientem je vytvořen individuální plán léčby. Součástí léčby může být i rodinná nebo párová terapie. (4) Denní stacionáře – jedná se o intenzivní ambulantní léčbu v délce dva až tři měsíce. Pro klienta je vytvořen celodenní program, avšak po jeho skončení se vrací do svého známého prostředí. Léčbu tvoří skupinová, individuální a rodinné terapie. (5) Péče v detoxifikačních jednotkách – cílí na zbavení organismu návykových látek a minimalizování projevů odvykacích symptomů, podpůrně lze předepsat medikaci. Trvá zpravidla 5 až 10 dnů. (6) Psychiatrické léčebny – jedná se o krátkodobou pobytovou léčbu rozdělenou do tří fází v rozsahu 3 až 6 měsíců. Probíhá formou skupinové, individuální a rodinné terapie (Matoušek at al., 2010).

(7) Terapeutické komunity – klient žije a absolvuje proces léčby ve strukturovaném prostředí, s jasně vymezenými pravidly a řádem. Podnětné a bezpečné prostředí podporuje klienty v jejich růstu a zrání skrze sociální učení. Stojí na tezi, že zneužívání návykových látek je důsledkem, nikoliv jádrem problému. Jeho původ spočívá v hlubších, obecnějších problémech, buď psychologických nebo vývojových, a ukazuje na širší problém zvládnání životních situací. Léčba probíhá v délce 6 až 18 měsíců a klade vysoké požadavky na klienta zejména pokud jde o jeho přizpůsobení se. Důraz je kladen na komunitní způsob života a intenzivní terapeutický program (Kalina, 2008).

Kooyman (1993, in Kalina, 2013) popsal 15 účinných faktorů působících v terapeutické komunitě: a) terapeutická komunita jako náhradní rodina, b) ucelená filozofie, c) terapeutická struktura, d) rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií, e) sociální učení prostřednictvím sociální interakce, f) učení prostřednictvím krize, g) terapeutický účinek všech aktivit komunity, h) odpovědnost klienta za jeho chování, ch) zvýšení sebevědomí díky úspěchům - princip „do as if“ („jednej jako by“) vyjadřuje, že klient má jednat nikoliv jako člověk, jakým byl v minulosti, nýbrž jako člověk, jakým se chce stát, i) internalizace pozitivního hodnotového systému, j) konfrontace, k) pozitivní tlak vrstevníků, l) učení se rozumět emocím a vyjadřovat je, m) změna negativního přístupu k životu na pozitivní, n) zlepšení vztahů v původní rodině. Z pozice psychoterapeutických

²⁰ Zkratka slov alkohol-toxikomanie.

teorií představují terapeutické komunity integrovaný psychoterapeutický přístup psychodynamický a kognitivně-behaviorální.

(8) Doléčovací centra jsou zacílena na následnou péči včetně prevence relapsu, podpory abstinujících a udržení motivace s délkou doléčovacího programu 6 až 12 měsíců. Centra nabízí poradenství, skupinovou a individuální terapii, popř. rodinnou či párovou, dále pomoc s hledáním bydlení a práce (Matoušek at al., 2010).

Následnou péči řadíme podle § 64 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním znění, mezi služby sociální prevence. Následnou péči tvoří programy ambulantního doléčování, chráněné bydlení a programy pracovní rehabilitace a poskytuje se v ambulantní nebo pobytové formě (Kalina at al., 2015).

2.11 Psychoterapeutický přístup v léčbě závislosti

Psychoterapie je klíčovým prvkem v systému péče o osoby trpící závislostí. V různých zařízeních má psychoterapie odlišné cíle, které musí být v souladu s definovanými cíli programů léčby a přizpůsobeny aktuální fázi léčby a individuálnímu procesu klienta. Důležitým tématem je také diferenciatní diagnostika, zejména vzhledem k častému výskytu duálních diagnóz. Pacienti v akutní fázi onemocnění jako např. v akutní psychóze nebo intoxikovaní nejsou obecně vhodní pro psychoterapii. Omezené možnosti mají také osoby s mentálními defekty. Pro skupinovou psychoterapii nejsou vhodné těžce depresivní klienti, agresivní klienti a výrazné disociální poruchy osobnosti (Miovský & Bartošíková, 2003a, in Kalina, 2003).

U klientů se závislostí byla výzkumně potvrzena větší účinnost psychoterapie než adiktologické poradenství. Konkrétně u klientů závislých na opiátech, kteří prošli psychoterapií, došlo ke zlepšení ve více oblastech a ve větší míře než u těch, kterým se dostávalo pouze poradenství (Woody at al., 1983).

Určitá témata jsou v psychoterapii závislých stěžejní. Jedná se o tato témata: práce se spouštěči, práce s motivací, práce s cravingem,²¹ práce s rizikovými situacemi, prevence recidivy a práce s relapsem a recidivou. Práce se spouštěči je postavená na tom, aby si klient uvědomil, které situace, věci, myšlenky, vzpomínky, vnitřní prožitky, události apod.

²¹ Craving – bažení (intenzivní touha a nutkání) po návykové látce.

mu vyvolávají craving a těmto situacím, resp. rizikovému prostředí, se vyhýbal. Tím sníží riziko relapsu a recidivy. Léčba závislostí se výrazně zabývá otázkou předcházení recidivě, tvorbou krizového plánu²² a také otázkou vypořádání se s již vzniklou recidivou a relapsem. Rovněž je nutné pracovat s klienty na nahrazení nefunkčních vzorců chování, na adaptaci, posilování sebedisciplíny, zvládnutí nějaké formy režimu a vycházení s druhými lidmi (Křížová, 2021).

V léčbě závislostí se často využívá skupinová psychoterapie, která je však vhodná pouze v určitých fázích léčby. Běžně jí předchází individuální terapie. Před zapojením do skupinové psychoterapie je důležité klienty připravit a motivovat. Způsob práce skupin se může v jednotlivých zařízeních značně lišit v závislosti na přístupu terapeuta nebo na cílech, které si skupina stanovila. Používají se kognitivně-behaviorální techniky, Gestalt terapie, dynamický způsob práce, systemické přístupy a další (Miovský & Bartošíková, 2003b, in Kalina, 2003).

Skupinová psychoterapie se závislými na návykových látkách má určité specifické rysy (Kalina, 2015):

- Větší strukturovanost – terapeut je více iniciativní, podněcuje skupinovou interakci, motivuje ke spolupráci, navrhuje témata. Cílem je snížit tenzi, která spolu s nižší motivovaností klientů často vede k předčasným odchodům klientů.
- Využívání konfrontací – konfrontace umožňují klientovi zpochybnit a překonat své dřívější (rizikové) postoje, vytvářejí náhled. Konfrontace však musí být kultivované a nesmí být zraňující.
- Emoční podpora – závislým klientům, kteří mají zkušenosti spíše s odmítáním ve vztazích, trvá déle, než se začnou cítit ve skupině bezpečně a získají důvěru, proto je zvláště na počátku důležité klienty emočně podpořit. Je také nutno dát pozor na tendence směřující k posilování identifikace s drogovou subkulturou a na pocity výlučnosti nebo stigmatizace.
- Zvláštní charakter přenosů – projevuje se v nich nezralá, nedostatečně strukturovaná osobnost závislého. Je možné se setkat s manipulací se skupinou, s terapeuty či některými jejími členy, s projevy devalvace či idealizace.

²² Předem utvořený postup pro případ hrozící nebo vzniklé recidivy (Křížová, 2021).

- Vazba na skupinu – závislí klienti také často projevují „závislost“ na skupině, na zařízení, v němž se léčí, či na terapeutovi.
- Problém homogenity a heterogenity – skupiny závislých jsou více homogenní, což s sebou nese riziko blízkosti drogové problematiky a předchozího životního stylu, skupina je pak náchylná k „nákaze závislostními vzorci a antiterapeutickými normami“ (Kalina, 2015, s. 434).

Dle Frouzové (2003) existují čtyři hlavní teoretické a praktické přístupy v psychoterapii drogových závislostí: behaviorální přístup (Carroll & Onken, 2005), spirituální přístup Anonymních alkoholiků, psychodynamický přístup a přístup rodinné terapie.

Rotgers at al. (1999) uvádí pět hlavních teoretických a praktických přístupů v léčbě drogových závislostí: 12stupňový přístup, psychodynamický přístup, manželská/rodinná terapie, behaviorální přístup, posilování motivace. Behaviorální přístup k léčbě poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek spočívá v konceptu učení a modifikace chování. Tvrdí, že jakékoli chování, které bylo vytvořeno procesem učení,²³ může být také učením změněno, potlačeno nebo úplně odstraněno.

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) vychází z předpokladu závislosti na návykové látce jako naučeném chování, které je upevňováno pozitivními účinky návykové látky. Na počátku terapie klient postupně objevuje podněty, které jeho problémy vyvolávají. Pro docílení úspěšné léčby je nutno změnit negativní jádrová přesvědčení klientů cestou kognitivní restrukturalizace, což je metoda práce s myšlením klienta, resp. s jeho automatickými negativními myšlenkami a kognitivními omyly. Jádrová přesvědčení a schémata si člověk vytváří po celý život, ale ta nejsilněji emočně nabitá již v dětství. Základním předpokladem práce s myšlenkami je, že se naše nálada neodvíjí ani tak od reálné situace, jako spíše od toho, co si o ní myslíme. Závislí klienti, kteří jsou zvyklí o sobě slyšet pouze negativa, si uvědomí, že mají i pozitivní stránky a svou hodnotu. V KBT přístupu se rovněž využívají relaxační techniky, jako je zklidňující dýchání, progresivní svalová relaxace a autogenní trénink, zejména pokud klient trpí nadměrnou úzkostí, je zvýšeně impulzivní, popř. agresivní. Metoda emoční reskripce slouží k ovlivnění hlubokého prožívání, stejně jako terapeutické dopisy nebo přehrávání situací formou

²³ Jde o klasické podmiňování, operantní podmiňování a učení nápodobou.

psychodramatu. Emoční reskripce je metoda, která využívá imaginaci. Klient je po zklidnění vystaven v představě situaci, kterou špatně zvládl nebo ji intenzivně negativně prožíval. Následně je klient vyzván, aby si představil, jak by pro něj daná situace byla přijatelnější, aby ji mohl příjemně prožít. Užívání návykových látek bývá často náhradním řešením problémů, se kterými si klient neví rady, proto je důležité naučit klienty konstruktivnímu řešení problémů, na což je KBT rovněž zacílena (Kuklová, 2016).

Většina komplexních programů pro péči o závislé klienty zahrnuje prvky přímo pocházející nebo odvozené z KBT. Množí se důkazy o efektivitě této terapie, která v některých případech dosahuje lepších výsledků než jiné metody (Schulte at al., 2008). Kognitivně-behaviorální terapie je nejvíce zkoumanou metodou v repertoáru psychoterapeutických přístupů v léčbě závislostí (Kalina, 2013; McHugh at al., 2010; Sudhir, 2018; Wölfling at al., 2014; Bador & Kerekes, 2020).

Při léčbě s uživateli psychotropních látek se osvědčily tzv. motivační rozhovory jako metoda krátké terapeutické intervence. Motivační rozhovor je technika navržená za účelem podpořit klienta při přijímání rozhodnutí, že se změní. Motivace vzniká v situaci, kdy se klient ocitá v rozporu mezi svými cíli a současným stavem. Prvním krokem směrem k proměně je tedy identifikace těchto cílů, na které je třeba se zaměřit. Společně s klientem se pak vytváří plán pro realizaci změny. Po stanovení konkrétních cílů následuje volba strategií a plánování bezprostředních kroků k uskutečnění plánu (Miller & Rollnick, 2003).

V psychice člověka je rodina přítomna i tehdy, když v ní nežije, protože původní rodina utváří podstatným způsobem jeho chování a osobnost. „Psychická stabilita lidí a stabilita rodin spolu úzce souvisejí a navzájem se podmiňují“ (Vymětal, 2003, s. 89). Všeobecná shoda panuje na tom, že začlenění rodinné terapie do léčby závislých osob má za následek zvýšení pravděpodobnosti, že klient úspěšně dokončí léčbu a zlepší své léčebné výsledky. Přínosem pro rodinu může být především překonání pocitů studu, selhání, hněvu, viny, obviňování a sebeobviňování, posílení sounáležitosti a zvýšení kompetence při zvládání problémů. Rodina se v první fázi na léčbě spolupodílí především tím, že má pomoci klientovi vytvořit bezpečné bezdrogové prostředí a podporovat jej v jeho abstinčním úsilí. Členové rodiny se mohou naučit komunikovat spolu přímo a otevřeně. Rodina se ocitá v náročné situaci, kdy poskytuje podporu a zároveň ji sama

potřebuje. Proto je důležité rodinu pečlivě seznámit s principy, pravidly a cíli léčby, s průběhem a kritickými fázemi terapie a společně s rodinou sestavit plán péče a následně rodinu léčbou provést (Kalina, 2003).

3 Účinné faktory skupinové psychoterapie

3.1 Způsoby zjišťování účinných faktorů

Účinnost psychoterapie zajímá jak psychoterapeuty, kteří vynakládají finanční prostředky na své vzdělání a profesi, tak klienty, kteří si léčbu hradí, a rovněž další plátce psychoterapeutické péče, jako jsou zdravotní pojišťovny, případně stát (Vybíral & Roubal, 2010).

Nejjednodušším způsobem zjišťování terapeutických změn je tázání se přímo klienta. Často se tak děje pomocí osobnostních dotazníků, sebesuzovacích škál a dotazníků vyvinutých speciálně pro měření efektu psychoterapie jako např. Outcome Questionnaire nebo britský dotazník CORE-OM, který obsahuje 34 položek zahrnující čtyři okruhy: fungování (interpersonální a sociální), subjektivní well-being, problémy (psychopatologická symptomatologie) a rizikové chování (Timulák, 2005). Významný je pohled klientů také z toho důvodu, že si psychoterapeuti občas nejsou zcela vědomi toho, co jejich klienti prožívají, z čeho pramení jejich negativní pocity vůči nim. Uvědomí si to až v momentě, kdy jim to klienti sdělí (Rhodes et al., 1994).

Další možností je metoda mapování tzv. „kritických událostí“. Klient si má vzpomenout na stěžejní událost, která se odehrála v rámci psychoterapie. Odpovědi klientů jsou potom kódovány do různých kategorií. Terapeutické faktory také zjišťujeme prostřednictvím video či audio nahrávek terapeutických sezení, které se následně podrobují analýze (Jániš, 2010).

K měření terapeutických faktorů skupinové psychoterapie můžeme použít např. Yalomovo Q-třídění (obsahuje 60 výroků charakterizujících jednotlivé faktory) a další dotazníky založené na metodě Q-třídění (MacNair-Semands at al., 2010). Nebo také validní Dotazník terapeutických faktorů – Therapeutic Factors Inventory (TFI), který hodnotí, jak členové skupiny vnímají míru, do jaké jsou terapeutické faktory popsané Yalomem přítomny ve skupině (Joyce at al., 2011; Lese & MacNair-Semands, 2000). Tento

zaužívaný dotazník, resp. jeho krátká verze TFI-S (obsahuje 19 položek), která byla přeložena i v České republice, byla podrobena výzkumu s cílem ověřit validitu českého překladu (Dubovská at al., 2019).

3.2 Výzkum psychoterapie

3.2.1 Je psychoterapie vědou či uměním?

Kromě perspektivy terapeuta a informací poskytnutých klienty existuje ještě další důležitá metoda pro posuzování účinných faktorů v psychoterapii, a to výzkum účinků psychoterapie (Yalom & Leszcz, 2021).²⁴

Psychoterapie je činností s „nezbytným poznatkovým zázemím ve vědě“. Vědecká je její promyšlenost, systematickosti, etika a kázeň. Součástí vědeckého přístupu je i odborné vzdělání a další výcvik psychoterapeutů, včetně pravidelné supervize a dodržování etického kodexu. Zároveň je však psychoterapie svou podstatou „osobním uměním terapeuta“. Tento aspekt psychoterapie může být opřen pouze o „rozvíjené a ustavičně kultivované nadání a tvořivost psychoterapeuta“ (Vybíral & Roubal, 2010, s. 30).

Psychoterapie je tradičně chápána jako umění, avšak zároveň se opírá o vědecky podložené metody pomoci lidem s psychologickými a psychiatrickými problémy. Z názoru, že psychoterapie je víc než jen „automatické vykonávání vědecky ověřených postupů“, pravděpodobně vyplývá nechuť některých psychoterapeutů ke zkoumání účinků psychoterapie. Někteří psychoterapeuti však mohou být skeptičtí ke zkoumání účinků psychoterapie, protože mají za to, že to, co se děje v jedinečném vztahu s klientem, není snadno reprodukovatelné a těžko se zohledňuje v rámci vědeckého výzkumu. Navíc zkoumání účinků psychoterapie může být pro psychoterapeuty rizikové, protože negativní výsledky mohou zpochybnit kvalitu jejich práce (Timulák, 2005).

Dle Yaloma a Leszcze (2021, s. 14–15), jestliže obor nepoužívá vědeckou přesnost k testování výsledků léčby a základních principů léčby, stává se jen „pomíjejícím stylem“. „Psychoterapie je umění i věda, výzkumné výsledky mohou ovlivňovat široké řečiště

²⁴ Výzkumem psychoterapie se zabývá Mezinárodní společnost pro výzkum psychoterapie (International Society for Psychotherapy Research, www.psychotherapyresearch.org). Další společností, která se věnuje výzkumu psychoterapie je Evropská asociace pro behaviorální a kognitivní terapie (Timulák, 2005).

praxe, ale lidské setkání v centru terapie bude vždy hluboce subjektivní a nekvantifikovatelnou zkušeností.“

3.2.2 Výzkum psychoterapie obecně

Dle Vymětala at al. (2004) by nemělo být pochyb o nutnosti systematického zkoumání psychoterapie. Cestou výzkumu totiž můžeme snížit riziko projekce osobních zkušeností, subjektivního zkreslování při procesu poznávání, zejména předčasného a neoprávněného zobecňování, pozorujeme vliv náhody a nalézáme souvislosti, které by jinak mohli zůstat bez povšimnutí. Výzkum tak „přispívá ke zvýšení kvality léčby, a tím i ke zvýšení kvality života pacientů, což je jedním z cílů jakéhokoliv terapeutického působení“ (Vymětal at al., 2004, s. 127).

Jako první exaktně zkoumal psychoterapeutický proces a vliv určitých postojů a chování terapeuta na výsledek léčby C. R. Rogers.²⁵ Díky němu víme, že klientovi projevovaná akceptace, autenticita a empatie působí léčivě, a v současné době tvoří základ práce mnoha psychoterapeutických směrů a škol. V prvním letech byla zkoumána účinnost psychoterapie, aby byla výzkumně zdůvodněna legitimita psychoterapie jako léčby. Následovalo období, v němž se porovnávaly různé psychoterapeutické přístupy mezi sebou (Weiss at al., 2004). Toto období přešlo v diferencovaný přístup, pro který jsou typické otázky po účinnosti konkrétní léčby pro konkrétní skupinu klientů (za splnění určitých podmínek). Účinnost psychoterapie musí být zjištěna a ověřena, neboť by bylo „eticky nepřijatelné a pacienta ohrožující provádět něco, čeho účinek a směr působení není znám.“ Účinnost je u konkrétního člověka dána jeho správnou či nesprávnou indikací²⁶ pro určitou terapii a průběhem psychoterapeutického procesu. Indikace se týká také formy léčby (Vymětal at al., 2004, s. 144).

Výzkum psychoterapie je možné tradičně rozdělit na výzkum efektu (výsledku) terapie (outcome research) a výzkum procesu psychoterapie (process research). Zkoumání efektu psychoterapie si klade otázku, jestli psychoterapie funguje, výzkum procesu psychoterapie pátrá po tom, jak funguje. Výzkum procesu terapie může být

²⁵ Zakladatel na osobu zaměřené terapie, tj. v popředí stojí pohled klienta. Jeden z nejvýznamnějších představitelů humanistické psychologie.

²⁶ Indikací rozumíme zařazení konkrétního klienta do určitého terapeutického programu nebo opačně vytvoření terapeutického programu klientovi „na míru“ (Vymětal at al., 2004).

bezprostředně využitelnější pro terapeuty, protože přibližuje aktuální průběh terapie. Výzkum efektu psychoterapie se snaží ověřit a validizovat účinnost psychoterapie. Účinnost je nutno chápat v širokém smyslu, od ústupu symptomů až po změnu osobnosti. Studium účinků psychoterapie často zahrnuje srovnání účinnosti psychoterapie s jinými metodami léčby, jako je svépomocná léčba nebo léčba psychofarmaky (Timuňák, 2005).

Poznatky terapeutů ve svých studiích ověřovali autoři systematických výzkumů. Jejich přínos je považován za velmi zásadní. Systematické výzkumy mohou mít podobu: studia individuálního případu, experimentální metody, korelační studie, analogické studie a metaanalýzy (Jániš, 2010).

Jako alternativa kvantitativního šetření přichází v úvahu kvalitativní výzkum, který se zaměřuje na slovní vyjádření a třídění poznatků do kategorií, namísto použití měřících technik. Základem jsou zkušenosti, pozorování a zážitky, sbírané prostřednictvím rozhovorů a písemných materiálů. Výzkumník se opírá o rozhovory s klienty, terapeuty a dalšími relevantními osobami, stejně jako o přímá pozorování a nahrávky terapeutických sezení. Kvalitativní výzkum se zaměřuje zejména na pohled klientů na terapii, ale obtíže mohou nastat při určování validity, spolehlivosti a zobecnitelnosti získaných dat. Tento typ výzkumu tak nabývá většího významu při zkoumání procesu terapie než jejich výsledků (Kratochvíl, 2017).

Evropská psychoterapeutická asociace vydala v roce 2013 „Pravidla a doporučení pro profesi psychoterapeuta“, kde mimo jiné uvádí, že psychoterapeut by se měl starat o svůj profesní růst, což také zahrnuje být „v obraze o pokračujícím vývoji“ (teorie, praxe, výzkumu) v psychoterapii. Také by měl používat techniky a intervence podložené výzkumem, tj. mít přehled o současném vývoji v psychoterapii, nových metodologiích, přístupech a výzkumech jejich efektivity. Psychoterapeut by měl také přenášet výzkumné poznatky do praxe, tj. měl by být schopen využít výsledky výzkumu ke zkvalitňování své práce a případně ji ve světle těchto poznatků proměňovat (Česká asociace pro psychoterapii, 2013).

3.2.3 Výzkum psychoterapie na příkladech

Pokud jde o výzkum psychoterapeutické praxe u nás, jedním z mála výzkumů je výzkum Roubala a Řiháčka (2019). Výzkumu se zúčastnilo 373 českých psychoterapeutů. Po vyplnění online dotazníků analýza identifikovala šest kategorií psychoterapeutických technik využívaných českými psychoterapeuty: systemické, psychodynamické, kognitivně-behaviorální, humanistické, psychoedukační a neverbální/na tělo zaměřené techniky. Výsledky ukazují velkou variabilitu v používání terapeutických technik, které jdou napříč jednotlivými terapeutickými přístupy. Nejčastěji využívanou technikou bylo „vyjadřování empatického porozumění“. Dalšími dvěma často využívanými technikami byly „otázky na výjimky z problému“²⁷ a „zvědomování a zesilování emocí“, což bylo dáno tím, že nejčastěji byla ve výzkumu zastoupena humanisticko-experenciální a systemicko-postmoderní orientace. Kognitivně-behaviorální a psychodynamické techniky byly využívány méně často. V případě kognitivně-behaviorálních technik to bylo dáno nízkým zastoupením terapeutů s touto orientací ve výzkumu (Roubal & Řiháček, 2019).

Hlavním cílem další studie bylo prozkoumat vliv úrovně motivace k léčbě na chování klientů odeslaných do programu léčby závislostí na návykových látkách. Výzkumný vzorek tvořilo 112 účastníků. Při sběru dat byl použit Dotazník motivace k léčbě (TMQ). Bylo zjištěno, že klienti s vysokou úrovní motivace k léčbě měli na konci léčby nízkou míru zneužívání návykových látek a jejich adaptace na léčebný program byla vysoká (Bulut & Bozkurt, 2019). Úroveň motivace ovlivňuje zapojení, udržení a výsledky léčby, přičemž motivace ke změně chování je důležitým terapeutickým faktorem u klientů s poruchami užívání návykových látek (Mobasher, 2017).

3.3 Účinné faktory skupinové psychoterapie při léčbě závislostí

Skupinová psychoterapie je považována za důležitý, resp. přímo klíčový prvek v léčbě závislostí. Jedním z hlavních cílů terapie je posun od náhledu k aktivnímu zapojení klienta, kdy je schopen provést zásadní změny ve svém životním stylu a rozhodnout se pro abstinenci (Popov in Kalina, 2003).

²⁷ Otázky tohoto okruhu se opírají o předpoklad, že žádné trápení, starost nebo problém netrvá nepřetržitě.

V několika výzkumech byl prokázán účinek skupinové terapie na pacienty závislé na návykových látkách, zejména pokud jde o nákladovou efektivitu této formy léčby. Nicméně bylo provedeno jen málo výzkumů o tom, jak může skupinová terapie těmto klientům pomoci. Výzkumu se zúčastnilo 80 klientů závislých na návykových látkách rozdělených do dvou skupin. V první skupině se klienti účastnili skupinových terapeutických sezení. V druhé srovnávací skupině se klienti skupinové terapie neúčastnili. Obě skupiny absolvovaly stejnou léčbu s výjimkou skupinové terapie. Klienti první skupiny uváděli jako nejpřínosnější terapeutický faktor skupinové terapie katarzi, následovanou soudržností skupiny a interpersonálním učením. Identifikace byla vnímána jako nejméně užitečný faktor skupinové terapie. Po roce trvání studie zůstalo abstinovat 52,5 % osob z první skupiny ve srovnání s 22,5 % osob z druhé skupiny (Ahmed at al., 2010).

Skupinová psychoterapie je jednou z nejběžnějších intervencí používaných při léčbě závislosti na alkoholu. Navzdory jejímu běžnému klinickému používání jsou dlouhodobé studie, které byly provedeny za účelem zkoumání účinnosti skupinové psychoterapie při léčbě ambulantních pacientů se závislostí na alkoholu omezené. Byla provedena dlouhodobá srovnávací studie (od ledna 2004 do května 2010) u 177 osob se závislostí na alkoholu, které již absolvovaly 10týdenní ústavní program léčby závislosti na alkoholu, jejímž hlavním cílem bylo zhodnotit účinnost pokračující skupinové psychoterapie u ambulantních klientů se závislostí na alkoholu. Míra abstinence u klientů, kteří se účastnili skupinové psychoterapie v kombinaci s individuální, byla významně vyšší než ve skupině klientů, kteří docházeli pouze na individuální psychoterapii. Výzkum prokázal, že pro klienty se závislostí na alkoholu, kteří absolvovali ústavní protialkoholní léčbu, se ambulantní skupinová psychoterapie jeví jako účinná forma pokračující péče nebo následné péče v rámci systému ambulantního poskytování služeb (Kim at al., 2012).

Šefránek (2013) se jako jeden z mála zabýval výzkumem efektivity léčby v českých terapeutických komunitách. Cílem jeho studie bylo vyhodnotit, jak se změnilo užívání drog, osobní a sociální fungování, kriminalita a celkově kvalita života uživatelů drog jeden rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě. Výzkumný soubor tvořilo 176 uživatelů drog léčených celkem ve 4 terapeutických komunitách. Po jednom roce od ukončení léčby došlo k signifikantnímu nárůstu abstinence od opiátových drog, metamfetaminu a

benzodiazepinů. Před léčbou abstinovalo od všech sledovaných drog 13,8 % klientů, jeden rok po skončení léčby to bylo 89,7 % klientů. Dále došlo k podstatnému snížení kriminality u všech sledovaných osob. Počet trestných činů poklesl takto: ze 73,2 % klientů, kteří byli zapojeni do trestné činnosti před léčbou na 9,6 % klientů, kteří uvedli trestný čin jede rok po ukončení léčby. Pouze částečné zlepšení bylo zjištěno v konzumaci alkoholu. Jeden rok po ukončení léčby konzumovalo alkohol ve škodlivé míře 31,3 % klientů. U klientů s řádně dokončenou léčbou, byly zjištěny lepší výsledky než u klientů, kteří léčbu nedokončili. Výzkum tak potvrdil, že léčba v terapeutické komunitě podstatným způsobem redukuje užívání návykových látek a kriminální chování.

EMPIRICKÁ ČÁST

Dle Ferjenčíka (2000, s. 49) není vědecké zkoumání „závodem osamělých běžců“. Naopak svou povahou je činností společenskou. *„Důsledně vzato, každý jednotlivý výzkum je ovlivněn sociálním kontextem – neexistuje absolutně „čistý“ nebo „nezávislý“ výzkum.“*

V dnešním stále složitějším světě je výzkum prováděn s cílem reagovat na otázky vznikající v nejrůznějších oblastech. Tento proces není omezen pouze na technické a přírodní vědy, neboť i sociálněvědní obory zkoumají důležité a zajímavé otázky. Výzkum představuje systematický a pečlivě plánovaný proces, jehož cílem je objevovat nové poznatky a souvislosti a tím přispívat k rozvoji daného oboru (Handl, 2005).

V další části textu se zaměřím na průběh výzkumu, který zahrnuje proces od definování cíle výzkumu a výzkumných otázek, přes způsob výběru participantů, až po metodu zpracování sesbíraných dat a otázky etiky tohoto výzkumu.

4 Realizace výzkumu

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

V teoretické části jsem se zabývala účinnými faktory skupinové psychoterapie obecně a při léčbě závislostí vedena snahou o jejich zmapování a jejich teoretické uchopení. Ve výzkumu účinných faktorů skupinové psychoterapie, ať už obecně nebo ve vztahu ke skupině závislých osob, jsou dle mého názoru jisté nedostatky pramenící z velmi malého počtu výzkumů realizovaných v České republice. Nabyla jsem tak dojmu, že se (zejména v současné době) otázce výzkumu účinných faktorů skupinové psychoterapie obecně a konkrétně při léčbě závislostí nepřikládá taková pozornost, jakou by si zcela jistě zasloužila. Právě z těchto důvodů jsem se rozhodla svým výzkumem přispět k hlubšímu porozumění dané problematice. Nenašla jsem totiž mnoho výzkumně podložených informací o tom, jaké specifické účinné faktory skupinové psychoterapie (dále též „terapeutické faktory“) při léčbě závislostí působí a co a jak ovlivňují. Dále bych chtěla zjistit, jak rozdílné je pojetí a chápání této problematiky ze strany jednotlivých participantů, na čem se shodnou a na co mají odlišné názory, resp. jaká je jejich žitá zkušenost s terapeutickými faktory při léčbě závislostí, resp. obecně se skupinovou psychoterapií při léčbě závislostí.

I když má výzkumník určitou představu o studovaném jevu, je důležité si uvědomit, že během výzkumu se často objevují další jevy a informace, které mohou podstatně měnit nebo upravovat původní předpoklady (Miovský, 2006).

4.2 Výzkumná strategie

Nejprve jsem si musela ujasnit, jakou zvolím výzkumnou strategii, tj. jak naplánuji postup, jenž určí „průběh výzkumu, rozsah i kvalitu dosažených výsledků,“ neboť je to „základní rámec, v němž výzkum probíhá“ (Vymětal at al., 2004, s. 133).

I když se dlouhou dobu v sociálních vědách, zejména u nás, upřednostňoval kvantitativní výzkum, v současnosti se úspěšně rozvíjejí také metody kvalitativního výzkumu. Ty umožňují hlubší porozumění sociálním vztahům a lépe zachycují význam, který lidé přisuzují svému jednání a okolnímu světu (Danielová, 2006).

Vedena snahou daný fenomén prozkoumat do větší hloubky zvolila jsem kvalitativní výzkumnou strategii, v níž jsem vytvořila tzv. výzkumný projekt, což je předem vytvořený plán výzkumu, jehož dodržení je závazné. Sestává z těchto kroků: a) formulace výzkumných otázek a stanovení cílů výzkumu, b) volba zkoumaných osob a místa výzkumu, c) sběr a analýza dat, d) interpretace dat, e) výzkumná zpráva a event. publikace výsledků (Vymětal at al., 2004).

4.3 Formulace výzkumných otázek a sběr dat

Jako techniku sběru dat jsem se rozhodla použít rozhovor, což je v případě kvalitativní výzkumné strategie jedna z nejčastěji využívaných technik sběru dat v oblasti sociální práce (Hricová at al., 2023). Rozhovor je jednou z nejnáročnějších a zároveň nejefektivnějších metod pro sběr kvalitativních dat. Jeho úspěšné provedení zahrnuje nejen uplatnění nezbytných sociálních dovedností a citlivosti, ale také rozvoj schopností pozorovat (Miovský, 2006).

Práce kvalitativního výzkumníka je podobná práci detektiva. Výzkumník aktivně hledá a analyzuje veškeré informace, které přispívají k objasnění výzkumných otázek a odvozuje z nich deduktivní a induktivní závěry. Navazuje kontakty s novými lidmi a pracuje přímo v terénu, kde se zkoumané jevy nacházejí (Handl, 2005).

Stanovení výzkumných otázek vycházelo ze snahy porozumět fenoménu terapeutických faktorů při léčbě závislostí prostřednictvím žité zkušenosti participantů. Primární výzkumnou otázkou proto bylo: Jaké jsou účinné faktory skupinové psychoterapie při léčbě závislostí?

Po pečlivém zvážení jsem zformulovala následující hlavní výzkumné otázky, které mají zodpovědět primární výzkumnou otázku a poodhalit průběh skupinové psychoterapie při léčbě závislostí pro její lepší pochopení a zasazení do souvislostí:

1. Jaké jsou podle Vašich zkušeností hlavní výhody skupinové psychoterapie ve srovnání s individuální psychoterapií při léčbě závislostí?
2. Jaké faktory podle Vás určují, zda je závislý klient vhodný pro skupinovou psychoterapii?
3. Jaké specifické techniky nebo aktivity, metody či přístupy využíváte během skupinové psychoterapie při léčbě závislostí?
4. Jaké jsou nejčastější výzvy, se kterými se setkáváte při vedení skupinové psychoterapie při léčbě závislostí?
5. Jaké faktory skupinové psychoterapie při léčbě závislostí považujete za účinné?
6. Můžete popsat nějaký konkrétní případ, kdy skupinová psychoterapie měla zásadní vliv na proces zotavení klienta?
7. Jaký druh zpětné vazby obvykle dostáváte od účastníků skupinové psychoterapie?
8. Využíváte tuto zpětnou vazbu pro zefektivnění psychoterapeutického procesu?
9. Jaký význam má podle Vašeho názoru dlouhodobé sledování a podpora klienta po ukončení skupinové psychoterapie pro udržení zotavení?
10. Pomocí jakých metod zjišťujete účinnost psychoterapie, pokud se touto otázkou zabýváte?
11. Začleňujete výzkumné poznatky o účinných faktorech skupinové psychoterapie při léčbě závislostí do své praxe?
12. Je ještě něco k tématu, co byste chtěl(a) závěrem říci?

Otázky jsem naformulovala na podkladě studia relevantní literatury se zohledněním výzkumného záměru. Staly se jakousi osou celého výzkumu, neboť sloužily jako připomenutí vytyčených témat a zároveň se staly nezbytným vodítkem pro výzkumníka tak, aby se během rozhovoru dokázal vrátit k těmto tématům a příliš se od nich neodchylovala. Podstatné bylo také to, aby měli všichni participanti stejnou možnost vyjádřit se ke všem naformulovaným otázkám. Z důvodu zachování co největší flexibility v odpovědích jsem zvolila formu otevřených otázek. K výše uvedeným hlavním otázkám jsem postupně přidávala vedlejší otázky podle toho, jaká témata a myšlenky přinášeli sami participanti, a které jsem vyhodnotila jako důležité pro další objasnění formou doplňujícího dotazování. Poslední otázka vybízela participanty k tomu, aby řekli k tématu diplomové práce cokoliv svého. Byla takto široce formulována se záměrem, aby popř. otevřela dveře novým (jiným) myšlenkám a poznatkům participantů vytvořených na základě jejich žité zkušenosti.

U polostrukturovaného rozhovoru je klíčová jeho schopnost odhalit významné a často skryté aspekty lidského chování. Základem tohoto typu rozhovoru je konverzace, která umožňuje zkušenému výzkumníkovi flexibilně měnit styl, tempo a pořadí otázek s cílem získat detailní odpovědi od účastníka. Umožňuje účastníkovi vyjádřit své myšlenky přirozeným hovorovým stylem (Mišovič, 2019).

4.4 Výběr participantů a postup sběru dat

Na základě výše uvedených úvah jsem si následně stanovila kritéria výběru vhodných participantů pro účely mého výzkumu. Prvním a nejdůležitějším kritériem bylo, aby byl participant psychoterapeutem nebo adiktologem, který vede (či vedl) skupinové psychoterapie závislých osob minimálně 2 roky. Druhým, neméně důležitým kritériem bylo, aby byli participanti z různých částí republiky a každý pracoval v jiném léčebném zařízení kvůli získání větší variability pohledů na danou problematiku. Participanty jsem vybírala prostřednictvím webových stránek jednotlivých náhodně vybraných léčebných zařízení pro závislé klienty. Rozeslala jsem cca 30 emailů na kontakty uvedené na webu vybraných organizací. Výběr participantů vycházel z informací volně dostupných na webu a ve třech případech šlo o doporučené participanty. Zvolila jsem metodu záměrného

(účelového) výběru. Jedná se o vůbec nejrozšířenější metodu výběru, při níž cíleně vyhledáváme participanty podle jejich určitých vlastností (Miovský, 2006).

4.4.1 Participanti

Participanti byli odborníci, kteří vedou (či vedli) skupinové psychoterapie při léčbě závislostí. Přičemž otázka druhu závislosti byla pojata velmi široce, neboť nebyla předem omezena na určitý druh závislosti (např. závislost na alkoholu, patologické hráčství apod.). V praxi šlo zejména o látkové závislosti, z behaviorálních závislostí byla zastoupena jen jedna a to gamblerství. Mezi odborníky byly nejčastěji zastoupeny profese: psycholog, adiktolog, a sociální pracovník. Výzkumu se účastnilo osm participantů ve složení: 4 ženy a 4 muži. Věk participantů se pohyboval od 29 let do 52 let. Detailnější údaje jsou uvedeny v tabulce. Nabídku autorizování rozhovoru nevyužil žádný participant. Účast ve výzkumu nebyla honorována.

Tabulka č. 2: Demografické údaje participantů

Věková skupina (roky)	Pohlaví	Profese vyjma psychoterapie	Délka vedení sk. psychoterapie (roky)
35 – 40	muž	sociální pracovník	8
25 – 30	žena	adiktolog	2
40 – 45	žena	psycholog	17
25 – 30	žena	psycholog	2
50 – 55	muž	sociální pracovník a adiktolog	13
40 – 45	muž	vědecký pracovník	12
30 – 35	žena	sociální pracovník	3
50 – 55	muž	adiktolog	5

Zdroj: vytvořeno autorem

4.4.2 Postup sběru dat

Výzkum probíhal v časovém rozmezí od 4. ledna 2024 do 23. února 2024. Celkem jsem uskutečnila osm on-line rozhovorů prostřednictvím aplikace ZOOM. Do této aplikace se

participanti přihlásili kliknutím na vytvořený odkaz s termínem a časem schůzky, který jsem jim vždy den předem zaslala emailem. Rozhovory probíhaly tak, že jsem se nejprve participantům představila, poté jsem je požádala, aby mi v krátkosti sdělili něco o sobě (věk, profesi, jak dlouho působí ve svém oboru apod.), následně jsem je informovala o průběhu rozhovoru a požádala o jejich informovaný souhlas (viz níže). Páteří celého rozhovoru bylo postupné pokládání hlavních otázek. Poté jsem se doptávala vedlejšími otázkami na informace, které mi byly nejasné nebo mě více zaujaly. Ke konci rozhovoru jsem nabídla prostor pro dotazy participantů a poděkovala jim za jejich ochotu, spolupráci a čas. U osmého rozhovoru jsem začala pociťovat, že množství informací a jejich rozsah začínají být dostatečné pro účely této práce.

Každý rozhovor v délce cca 60 minut byl zaznamenán ve video podobě a poté převeden v počítači do psaného textu. Převod byl pořízen pomocí softwaru Transkriptor a text byl poté výzkumníkem redigován, pokud šlo o zjevné chyby softwaru vzniklé při přepisu, a anonymizován.

4.5 Metoda analýzy dat

Následně jsme přikročila k tematické analýze dat z rozhovorů. Tematická analýza představuje často využívanou metodu v kvalitativním výzkumu, která umožňuje výzkumníkovi identifikovat, analyzovat a interpretovat významové vzorce ve výzkumném souboru. Hlavním nedostatkem tematické analýzy je ovlivnění výzkumníkem, který se zamýšlí nad daty, hledá v nich spojení a svým způsobem je tak interpretuje; nicméně by měl být otevřen množnosti případného přehodnocení, pokud se tato možnost stane aktuální (Braun & Clarke, 2021). Tento způsob zpracování dat je vhodný pro pochopení žitých zkušeností psychoterapeutů, kteří vedou (či vedli) skupinové psychoterapie závislých osob.

Postup tematické analýzy je popsán v šesti krocích:²⁸

- 1) Seznámení se s daty – zahrnuje přečtení souboru dat, výzkumník v nich hledá významy, vzorce, vytváří a zaznamenává si první kódy.

²⁸ V praxi se ale často výzkumník vrací k předchozím bodům.

- 2) Generování počátečních kódů – ve druhé fázi výzkumník vytváří počáteční seznam kódů v datech a hledá opakující se vzorce.
- 3) Hledání témat – následuje třídění a porovnávání kódů a vytváření témat.
- 4) Přezkoumání témat – spočívá v ujasňování hranic mezi tématy. Jde o nové pročtení textů, jimž byly přiděleny kódy, a porovnávání jednotlivých témat vůči celému souboru dat. Celý soubor je znovu přečten, aby se zjistilo, zda nebylo něco podstatného opomenuto.
- 5) Definování a pojmenování témat – v této fázi jsou témata definována podle jejich hlavní myšlenky. Výzkumník zvažuje každé téma zvlášť a také jejich vzájemné propojení. V tématech se často objevují různá subtémata.
- 6) Sepsání zprávy – na základě konečného výčtu témat výzkumník vypracuje finální analýzu a sepíše závěrečnou zprávu (Braun & Clarke, 2006, in Hricová at al., 2023).

Před tematickou analýzou jsem si několikrát pečlivě přečetla přepisy rozhovorů, abych se více seznámila s jejich obsahem, resp. získala vhled do předmětné problematiky porozuměním vzájemných souvislostí mezi jednotlivými tématy navzájem a v rámci nich. Poté jsem do nového textového dokumentu vypsala ke každé otázce v bodech (resp. krátkých větách) odpovědi participantů na položené otázky, abych v nich snadněji nalézala témata. Text přepisů jsem označila tematickými kódy a subkódy (názvy zjištěných témat a podtémat), např.: "Skupinová psychoterapie při léčbě závislosti", "Specifické techniky, metody a přístupy skupinové psychoterapie." Některé části textu jsem označila několika kódy, protože jsem v nich identifikovala více významů. Následně jsem seřadila a vložila jednotlivé části přepsaného textu pod příslušné kódy a subkódy. Dle Miovskeho (2006, s. 20) je proces kódování „procesem identifikace a systematického označování výzkumných celků.“ Kódování je klíčovým prvkem analýzy, který pomáhá interpretovat data. Jeho cílem je najít významy v poskytnutých datech, srovnávat data od různých účastníků výzkumu a identifikovat podobnosti a rozdíly mezi nimi.

Páteří mého výzkumu jsou tato témata: a) skupinová psychoterapie při léčbě závislosti, b) osoba psychoterapeuta, c) zkoumání efektivity skupinové psychoterapie při léčbě závislosti, d) příklady z praxe, (e) případy zotavení klienta v rámci sk. psychoterapie a f) individuální sdělení k tématu výzkumu.

První téma **skupinová psychoterapie při léčbě závislostí** zahrnuje tato podtémata: 1. výhody skupinové psychoterapie oproti individuální psychoterapii, 2. vhodnost klienta pro skupinovou psychoterapii, 3. specifické techniky, metody a přístupy skupinové psychoterapie a 4. účinné faktory skupinové psychoterapie.²⁹

Dalším podtéma bylo spojené s **osobou terapeuta** a zahrnovalo výzvy, kterým čelí na skupinových psychoterapiích.

Pokud jde o **zkoumání efektivity skupinové psychoterapie**, toto téma zahrnuje podtémata jako 1. zpětná vazba od účastníků skupinové psychoterapie, 2. využití zpětné vazby pro zefektivnění psychoterapeutického procesu, 3. metody zjišťování účinnosti skupinové psychoterapie a 4. propojení výzkumu s praxí.

4.6 Etické hledisko a ochrana soukromí

Participanty jsem před započítím on-line rozhovorů informovala o zaměření a cíli výzkumu a o tom, jakým způsobem s nimi rozhovor povedu. Otázky k výzkumu jsem jim poslala předem³⁰ (tj. společně s prosbou o účast ve výzkumu), aby měli možnost se s dostatečným předstihem seznámit se všemi otázkami a mohli, jestliže by na položené otázky nechtěli odpovídat, odmítnout účast ve výzkumu. Dále jsem účastníkům výzkumu vysvětlila, jakým způsobem budou data shromážděna a jak s nimi bude nakládáno. Výzkumník také informoval participanty o jejich právech, včetně možnosti odvolání souhlasu s použitím jejich rozhovorů pro výzkumné účely, možnosti ukončení rozhovoru v jeho průběhu a vyjádření nesouhlasu se zpracováním a uchováváním dat. Výzkumník odpověděl na otázky participantů a poskytl jim písemnou verzi informovaného souhlasu (viz Příloha č. 1), který účastníci následně podepsali. Co se týče nakládání s daty, tj. videozáznamy rozhovorů a jejich přepisy, ty jsou uchovávány v zařízení chráněném před zneužitím s tím, že po uplynutí nezbytné doby³¹ budou smazány. Tištěné verze rozhovorů v anonymizované podobě s poznámkami a vytvořený dokument s kódy jsou uloženy u výzkumníka a po uplynutí nezbytné doby budou skartovány. V textu práce jsou použity pouze krátké anonymizované úryvky rozhovorů. Veškeré texty jsou anonymizovány.

²⁹ Vždy je myšleno „skupinová psychoterapie při léčbě závislostí“.

³⁰ Prakticky se jednalo o přílohu emailu, v němž jsem je poprvé oslovovala.

³¹ Nezbytnou dobou je myšlena doba psaní diplomové práce a její obhajoby.

Přepisy jednotlivých rozhovorů a tzv. informované souhlasy podepsané participanty nejsou součástí této práce z důvodu zachování anonymity participantů, která jim byla zaručena s cílem zajistit maximální otevřenost v jejich výpovědích. V rámci informovaného souhlasu se výzkumník zavázal k tomu, že shromážděná data ve formě nahrávek či přepisů nebudou zveřejněna.

5 Výsledky výzkumu

Výzkum ukázal a potvrdil, že skupinová psychoterapie má velký potenciál v léčbě závislostí. Blíže osvětlil účinné faktory skupinové psychoterapie při léčbě závislostí v odlišných zařízeních specializovaných na léčbu závislostí, a to i na jednotlivých konkrétních příkladech z praxe. Ukázalo se, že v praxi synergicky působí mix různých faktorů skupinové psychoterapie. Některé účinné faktory skupinové psychoterapie byly participanty zmiňovány častěji, jiné byly takřka opomenuty, resp. uváděny ojedinelé. Více či méně se lišil pohled participantů na způsob zjišťování účinnosti skupinové psychoterapie nebo na otázku dlouhodobého sledování a podpory klienta po skončení léčby i názory na zjišťování zpětné vazby po skončení skupinové psychoterapie nebo začleňování výzkumných poznatků o účinných faktorech skupinové psychoterapie při léčbě závislostí do praxe.

5.1 Skupinová psychoterapie při léčbě závislostí

5.1.1 Výhody sk. psychoterapie oproti individuální psychoterapii

Více participantů souhlasilo s tím, že skupinová psychoterapie má výhody (oproti individuální psychoterapii) spočívající v tom, že může nabídnout sdílení stejných či podobných zážitků ve skupině, více podpory, interakci s více lidmi, zprostředkuje více zkušeností, poskytne klientům pozitivní i negativní motivaci. *„No jako tu hlavní výhodu vnímám to, že lidi, kteří otázku tý závislosti řeší, si vlastně o tom mohou popovídat s někým, kdo má obdobnou zkušenost.“*

Skupina dle participantů vytváří vhodné prostředí pro to, aby si klienti prošli korektivní zkušeností, zažili skupinovou kohezi, získali zpětnou vazbu na svoje názory, chování a postoje. Někteří participanté uváděli, že je důležité si odžít víc rolí, že skupina působí jako

model rodiny, v němž jsou zastoupeni oba rodiče, sourozenci a další důležité osoby ze života klientů.

Výhodou skupiny podle části participantů je také to, že poskytuje „více materiálu“, může se tam toho odehrát mnohem víc, když je tam přítomno cca 10 až 15 lidí, kteří spolu nějakým způsobem interagují. *„A jak je tam víc lidí, tak je tam prostě možnost si odžít víc těch rolí, který většinou v té terapii zrcadlí to, co se děje těm klientům i venku.“*

Někteří participanté spatřovali zásadní přínos ve vytvoření bezpečného prostředí pro závislého klienta, který potom může být autentický, projevovat svoje emoce a vytvářet vztahy s ostatními klienty.

„Někdy je ta závislost i o tom, že nedokážou ty lidi upustit páru, spustit emoce s někým jiným, že to v sobě dusí a tam najednou, když můžou v tom bezpečném prostředí pustit nějaký svoje zranění, bolesti, tak je to taky velmi úlevné.“

Velký prostor participanté věnovali otázce vzájemné podpory klientů, která působí léčivě, je velkou motivací v udržení změn a zároveň je motivací i pro ostatní klienty, neboť je jim názorným příkladem toho, že změna je možná.

„Já si myslím, že ta skupina je výhodou v tom, že ty klienti se podporují v těch úspěších. To znamená, že když se některému klientovi daří třeba abstinence nebo nějaké to regulované užívání, tak je to samozřejmě motivací i pro ty ostatní: je hele ono to funguje, on to dává, tak je možný to zvládnout, tak třeba to zvládnou i já.“

Nespornou výhodou je dle participantů také to, že vztahy mezi klienty ve skupině jsou mnohem víc horizontální, není tak zatížena „atributem authority.“ Velkou roli hraje ve skupinové psychoterapii model rodiny, který skupina vytváří, neboť umožňuje klientovi vstřebat širší spektrum zážitků a prožitků spojených se vztahy v rodině (nějaké komunitě, v níž žil). S tím se pojí i možnost důvěřovat širšímu spektru lidí.

Zhruba polovina participantů zmínila výhodu spočívající v kombinaci skupinové a individuální psychoterapie, neboť individuální terapie může připravit klienta na skupinovou terapii a na individuální terapii lze řešit téma, které se otevřelo na skupinové terapii a klient cítí potřebu to dořešit jen mezi čtyřma očima.

„V jakékoliv léčebnách, v terapeutické komunitě všude, vždycky tam jsou i individuály a je to zpočátku důležité, protože pak na doléčování může být klidně jenom skupina, ale v nějaké fázi té léčby, jako ze začátku, si myslím, že je důležité, aby ten člověk mohl vlastně některý věci, který nechce sdílet v té skupině, říct v tom individuálu.“

Jeden participant se v této souvislosti zamýšlel nad výhodou skupiny ze svého pohledu, výhody skupiny vidí v tom, že získává zpětnou vazbu od více lidí, neboť slyší „jak to slyší ostatní“, pracuje s koterapeutem, což mu skýtá možnost mít víc času na přemýšlení a je to pro terapeuta „menší nápor“.

5.1.2 Vhodnost klienta pro sk. psychoterapii při léčbě závislosti

Skupinová terapie není vhodná pro každého klienta. Klient musí splňovat určitá kritéria, aby mohl být zařazen do skupinové psychoterapie. Tato kritéria se liší také v závislosti na druhu a způsobu poskytované léčby. Jiné požadavky musí klient splnit, má-li být přijat do denního stacionáře, jiné má-li být vzat do doléčovacího programu a jiné, má-li se účastnit komunitního způsobu léčby závislosti.

Většina participantů se shodla na potřebě určité motivace k léčbě a nějaké bazální reflexe klienta, jeho schopnosti sebeotevření se před lidmi, tj. jeho možnosti otevřeně mluvit na dané téma, a o jeho způsobilosti otevřít nějaké své téma před skupinou. Někteří participanté mluvili o tom, na co je potřeba dávat pozor, aby do skupiny nepřijali někoho, kdo skupinu naruší či dokonce rozloží, resp. bude ztěžovat práci ve skupině nebo narušovat bezpečné prostředí skupiny. „... a zároveň nad tím, jestli má nebo nemá duální diagnózu, protože to je za mě jako velmi výraznej faktor, kterej vstupuje do toho, jestli je ten člověk vhodnej nebo není pro tu skupinovou terapii.“

Z výpovědí participantů vyplynulo, že pokud klient není vhodný pro skupinovou terapii z toho důvodu, že trpí pocitem nedůvěry nebo ostychu, tak je nezbytné ho nejprve připravit v rámci individuální terapie.

Na čem se participanté vesměs shodli, pokud jde o negativní vymezení vhodnosti pro skupinovou terapii, bylo to, že skupinu mohou narušit těžší poruchy osobnosti jako narcistická porucha osobnosti nebo hraniční porucha osobnosti, resp. jakákoliv rozvinutá (aktivní) psychóza. Nicméně by tyto osoby apriori z terapie nevyklučovali, ale vždy by

jejich zapojení zvážili případ od případu tak, aby jejich přítomnost ostatní klienty nepoškozovala a skupina nebyla ochromena ve své činnosti, resp. narušeno její bezpečí.

„Hmm, tak vezmu do skupiny někoho, kdo je osobnostně nějakým způsobem třeba složenější, že má tendenci k nějakému třeba narcistnímu nebo hraničnímu prožívání svého života a on vlez do té skupiny a je tam sám sebou. Otrká se, že jo, je tam sám sebou a výhoda je, že takovejhle člověk se tam může rychleji jako dynamičtěji nějak dopracovat k nějakému náhledu na to, že ty vztahy, který on rozehrává, mu vlastně ubližují, takže to bysme si mohli říct dobře, tak není problém tam takového člověka vzít, ale problém je, když to začne tu skupinu nějakým způsobem paralyzovat, blokovat.“

Dle některých participantů je také nutno zvážit vhodnost klienta pro určitou skupinu s ohledem na fázi změny, ve které se klient a skupina nachází, neboť v opačném případě může skupinu demoralizovat. Např. pokud by na doléčovací skupině vedl „toxický“ řečník.

Klient by také neměl být v akutní fázi intoxikace, i když, jak deklaroval jeden participant, lze pracovat i s klienty pod vlivem alkoholu a zkoušet model kontrolovaného užívání, ale tento způsob terapie není pro každého.

Jeden participant se od ostatních lišil, když uvedl, že jediným a zásadním faktorem je motivace toho člověka a základní mentální dovednost potřebná pro účast ve skupinové psychoterapii.

„Já jako tím, že mám vlastně vzdělání v těch postmoderních směrech, tak ne zcela věřím na skupinovou dynamiku. Jo, hlavně jako mám občas pochybnosti kolem těchto principů a vlastně mi právě přijde, že to, aby ty lidi všichni tam byli v nějakém jako bezpečí, pohodě, aby pracovali, tak právě když mají tu motivaci, nebo chuť s tím něco dělat, tak pak mi přijde, že vlastně není asi až tak problematický, jestli prostě tam sedí i ten hraničář...“

5.1.3 Specifické techniky, metody a přístupy sk. terapie při léčbě závislosti

Někteří participanté uváděli, že vycházejí ze směrů, ve kterých jsou vyškoleni, což je: KBT, hagioterapie (léčba za pomoci projekce do biblických příběhů), psychoanalytický směr, krátká dynamická psychoterapie, systemický narativní směr, humanistický a integrativní přístup. Jeden participant odpověděl, že používá přístupy z rodinné terapie. Participanté

se shodovali v tom, že je potřeba zacílit terapii a techniky dle potřeb klienta a skupiny, přičemž je potřeba reflektovat v jaké fázi a formě léčby se skupina nachází.

Jeden participant uvedl, že nejprve hledají s klientem vzorce, kdy konzumuje alkohol, pak hledají strategie, jak to vyřešit jinak, snaží se najít zdroje pro zvládnání, trénují nové vzorce, nový životní styl a strategie zvládnání bažení.

Několik participantů popsalo, jak probíhá jejich skupina, jakou má strukturu a co se v ní děje. Například ve stacionáři ráno vyberou deníky, popovídají si, jak se ten den, kdo má, s čím klienti přicházejí. Odpoledne je skupina, v níž se často využívá nějaká specifická technika. „*Vlastně vždycky se zeptám, kdo má téma, které bych chtěl s ostatními probrat.*“

Někteří používají arteterapeutické techniky, relaxační techniky nebo strategie zvládnání bažení. Často participant zmiňovali, že zařazují do svého programu tematické skupiny (např. životopisnou skupinu, nácvikovou skupinu). Z používaných technik zmínili osu života, kámen (vztahové konstelace), rodinné mapy, techniky neverbálního charakteru (např. náladoměrky), imaginaci, meditaci, techniky zaměřené na komunikaci a na emoce, dopis sobě nebo někomu jinému (pak ho spálí nebo zakopou na zahradě), řeku života, přístup mindfulness. Jeden participant uvedl, že jeho kolegyně ve dvojici používá techniky podle Virginie Sattirové.³² Dva participant uvedli, že používají techniku psychodramatu a jeden zmínil rodinné konstelace.

„Často využívám relaxační techniky, nějaký předčítání relaxačních technik s imaginacema. Některý arteterapeutické techniky využívám třeba při řece života, když člověk přichází do toho programu, je potřeba, aby odvyprávěl nějak srozumitelně svůj příběh.“

Jeden participant uvedl, že používá balintovskou strukturu, aby skupina nesklouzla do poradenství, ale byla terapeutická, a také využívá při své práci projektivní karty, které pomohou obejít vytvořené obrany a za pomoci asociací odhalit skryté obsahy. Další participant odpověděl, že funguje psychodynamický přístup, ale že je někdy vhodné použít něco z KBT nebo gestalt experiment.

³² Mezinárodně uznávaná rodinná terapeutka. Důraz kladla na zlepšování komunikace uvnitř rodiny.

„Vůbec jako psychodynamický přístup nějak v těch závislostech se ukazuje dlouhodobě, že funguje, protože ty věci vycházejí z těch raných zážitků. Vychází to ze vztahů z té rodiny a nějak jako na tohle docela věřím. A v určitý moment je vhodný použít i nějakou jako kognitivně-behaviorální strukturu, že holt se něco oškáluje, nebo se dá zadání, nebo se pracuje s nějakým třeba i gestalt experimentem. Jo, že se tam navodí nějaká situace, co kdyby jo, jak by ses choval, tak i tohle je možný.“

Výzkum ukázal, že někteří participanté pracují se skupinou tzv. hlubině, což znamená, že skupina nemá žádnou strukturu a terapeuti čekají, s čím přijde skupina, jaké téma přinese, nabízí volný prostor pro to, co chtějí řešit klienti, pracují s přenosem a protipřenosem, s rolí otce a matky skupiny. Dle participantů je důležité umět improvizovat, reagovat na atmosféru ve skupině. Jeden participant výslovně uvedl, že je potřeba, pokud jde o přístupy „šít je na míru tomu klientovi“. Jeden participant takovouto skupinu nazval „sebeřídící“, neboť terapeut nepřináší žádné téma, nechá vést proces klienty a je tam spíše jako „dozorující faktor“.

„Je to hodně nevědecké, hodně intuitivní, vlastně použít jednou úplné rogeriánství a naprosté přijetí a jednou vysoce direktivní přístup KBT podle toho, co si ta skupina žádá a co ten konkrétní člověk potřebuje. Jako lidé jsou různě nastavení, ale i v průběhu léčby jako vlastně i v životě, tak někdy je potřeba uchlácholit a někdy je potřeba nařídít.“

Jeden participant uvedl, že používá ve skupinové terapii při léčbě závislostí cirkulární otázky a zázračnou otázku. V terapeutické komunitě používal techniku „horkého křesla“, ale s touto technikou nemá dobrou zkušenost, neboť je náročná na zpracování emocí a někdy nemá kýžený efekt a pokud „se to dobře neuzavře“, tak je to potřeba zpracovat na dalších komunitách.

Participanté přikládali velký význam také (psycho)edukaci a posilování a udržení motivace k léčbě prostřednictvím předávání informací, vysvětlování, aktivizace skupiny, hlídáním hranic a bezpečí ve skupině. Jeden participant zmínil důležitost režimových opatření typu plánování, které je u nich v různých skupinách každý měsíc ve stejný čas.

5.1.4 Účinné faktory sk. psychoterapie při léčbě závislostí

Toto téma se do určité míry překrývá s tématem výhod sk. psychoterapie, neboť účinné faktory skupinové psychoterapie lze také považovat za výhody skupinové psychoterapie oproti individuální psychoterapii.

Někteří participanti jednoduše odkázali na účinné faktory dle Yaloma a Kratochvíla, které uvádím v teoretické části práce, jiní (některé) tyto faktory vyjmenovali. *„Všechny. Nemá smysl je vyjmenovávat odshora dolů vlastně tak, jak jsou jich snad by se jich našlo i desítky. Všechny jsou specifické a všechny v nějaký moment mohou být vysoce účinné. Ne, nemám, nemám žádný, který bych vypíchnul, že tenhle je víc účinnější.“*

Participanti uváděli zejména účinné faktory jako sdílení emocí, dodávání naděje, vzájemná podpora, korektivní zkušenost, dynamika skupiny, vztahy mezi členy skupiny, autenticita, koheze skupiny, bezpečí, emoční podpora, faktor sounáležitosti, učení se od druhých, skupina jako model rodiny. *...“taky to bezpečí, je teda u závislostí hrozně důležitý, že vědí, že je to prostředí, kde se nepije, kde ty látky nejsou. Kde je to nějak v uvozovkách hlídáný nebo prostě zabezpečený, aby tady to prostředí měli čistý.“*

Jeden participant zmínil důvěru v proces, což znamená i to, že se informace ze skupiny nevynáší, důvěrné vztahy umožňující mluvit i o velmi intimních tématech, otevřenost klientů vůči sobě z hlediska toho, že si dokáží říct z podstaty své zkušenosti věci, které terapeut říct nemůže, neboť *„prostě v té situaci nikdy nebyl“*.

Několik participantů přisuzovalo velký význam korektivní zkušenosti, zejména pokud klient zažil něco traumatického nebo má „něco nedořešeného“. Dobře fungující skupina, která je bezpečným prostorem pro sdílení, otevřenost a autenticitu, mu může posloužit k tomu, aby si v ní prostřednictvím setkání s jinou zkušeností něco prožil, odžil a získal novou pozitivní zkušenost. Ve skupině si klienti dovedou říct „víc autentičtější“ podporu, ale taky kritickou zpětnou vazbu a konfrontaci s tím, co klient řekl a teď si odporuje. Jeden participant uvedl, že také záleží na tom, kdo a jak vede skupinu, neboť *„klienti mnohem víc, než si myslíme, přemýšlí o nás.“* V této souvislosti zdůraznil potřebu autenticity terapeutů, aby jim klienti uvěřili.

Jeden participant sdělil, že považuje za důležitý faktor zodpovědnosti, neboť skupině se hůře lže, např. v otázce recidivy, kdy je snadnější zalhat jednomu člověku (v individuální terapii) než celé skupině.

Další pak deklaroval, že za vůbec nejvýznamnější považuje stabilitu a bezpečí, neboť u této skupiny „hodně rozkolísaných“ klientů je to obzvláště důležité. Vytvoření a udržení stabilního terapeutického vztahu, pevný rámec skupiny a bezpečí považuje tento participant za důležitější než konkrétní techniky a přístupy skupinové psychoterapie.

„Já si myslím, že tyhleto faktory mají větší vliv než třeba použitý techniky. Je asi jedno, v čem je ten terapeut vyškolen. Mně to tak přijde a každý ten směr se dívá na ten problém z trošku jiného úhlu. Ale nemám pocit, že je něco, co by bylo lepší nebo horší, spíš tady tyhleto stabilní věci, který jsou stejný pro všechny ty směry, to je to, co tomu dodává tu účinnost.“

Jeden participant k této otázce uvedl, že postmoderní úhel pohledu neříká, že se „něco nějak musí dít, nebo že se něco nějak ve skupině děje“, ale že přináší větší svobodu v tom přemýšlení nebo minimálně nějakou pluralitu, neboť není dáno, co a jak se děje ve skupině, přičemž se obrací k lidem, místo k nějakým faktorům nebo symptomům s tím spojeným.

Participant, který se ve své praxi věnoval hagioterapii, uvedl, že je účinným faktorem „vypnutí autocenzury“, kdy se klienti v biblickém příběhu nejprve nevidí, až potom si uvědomí, že ty postavy jsou vlastně oni. A také je účinným faktorem postava terapeuta, který může být „drsný“, ale zároveň také přijímající, podporující a přijímající klientům, aby to zvládli. Klient nad sebou cítí pevnou ruku, ale také vřelost, takže potom s touhle podporou se závislostí bojuje daleko lépe. Tento participant dodal, že u závislostí speciálně hodně funguje pozitivní vztah s vyšší mocí, tj. spirituální rovina. ... *„když máš pocit, že tvoje dobro ti přeje nějaká, pomáhá ti, nějaká vyšší síla, Bůh nebo já nevím co, vesmír, tak je to někdy dost velká podpora pro to to zvládnout.“*

5.2 Osoba terapeuta

5.2.1 Výzvy terapeuta při vedení sk. terapie při léčbě závislosti

V tomto bodě participanti nejčastěji uváděli, že výzvou je udržet motivaci klienta k léčbě, překlopení motivace od toho dělám to pro okolí k tomu, dělám to pro sebe, dále motivovat klienty k otevření se, ke svěření se. Dále je to zpracování relapsu klienta. *...“aby ten relaps člena, který byl třeba i oblíbený, tak nebyl demotivační, ale nějakým způsobem ty ostatní motivoval k tomu, udržet si svoji abstinenci. To je třeba docela výzva, která se tam občas děje.”*

Pro jednoho participanta je výzvou srovnat si úroveň s klienty, aby nepoužíval slova, kterým nerozumí, a také to, aby ve skupině byl pro klienty, se kterými nemá úplně stejný světonázor. Výzvou je i zpracování ztráty ve skupině (odchody, úmrtí) a příprava klientů na život venku, aby nečekali „potlesk za abstinenci“ a „slavobránu“.

Jeden participant označil za výzvu to, že musí terapeuticky zpracovat situaci, kdy se klient zpočátku na něj povyšuje, aby „ukázal své grandiózní já“, aby to nepřenášel do terapie. Další výzvou je pro něj dát všem klientům stejný prostor, tj. podněcovat mlčenlivé klienty a brzdit příliš hovorné klienty.

Pro dalšího participanta je výzvou umět si poradit s nárokovostí klientů, kteří mají více nároků na službu a na zařízení, neboť celkově je dle něj společnost nárokovější a to se potom promítá do přístupu klientů, kteří mají nějaké představy a očekávání. S tím se pojí i přístup k zodpovědnosti, kdy někteří klienti mají tendenci „házet“ zodpovědnost na terapeuty. Výzvou pro tohoto participanta je rovněž zpracování emocionality klientů, protože abstinující klient se potýká s jiným způsobem prožívání, než který zažíval pod vlivem návykové látky. Skupina je tím „zatěžována“, ale zároveň je to i materiál, kterým může být „obohacována“.

Pro některé participanty je výzvou protipřenos, resp. nutnost jeho zpracování, neboť „na něco jsme prostě hákliví a na něco citliví.“ Výzvou je i požadavek klientů na strukturu, pokud má terapeut za to, že je potřeba učit klienty samostatnosti a zodpovědnosti v nestrukturované skupině, nebo práce s pravidly, neboť pravidlo může být i ochranným štítem, kdy klient blokuje svoje téma, aby o něm nemusel hovořit.

Jeden participant označil za výzvu udržet s klienty přesvědčení, že to dává smysl, protože rozumí jejich pochybnostem, a neustále hledat motivaci, hledat smysly a významy, proč být v terapeutické komunitě, když pobyt tam je tak náročný (izolovat se na rok, vstávat velmi brzy, pracovat v zimě někde venku atd.).

Pro dalšího participanta je výzvou odhalení traumatu při skupinové práci a s tím související nutnost ho dobře zpracovat, i když se to zdá být s ohledem na okolnosti těžké. Dále je to frustrace klienta pramenící z toho, že není tak úspěšný jako někdo jiný ve skupině, vyhýbavé chování nebo zlehčování a bagatelizace problému se závislostí, podceňování, kdy klient je příliš destruktivní a na řešení problému rezignoval a také překonání autocenzury, aby si klient přiznal problém a převzal zodpovědnost za své léčení.

Jeden participant uvedl, že je pro něj výzvou najít balanc mezi individuálním přístupem ke klientovi a ochranou pro skupinu, tj. nakolik brát pravidla „černobíle stoprocentně“ a na kolik je případně někdy upravovat. Za svoji výzvu pak označil občasnou „nejistotu pramenící z mládí“.

5.3 Případy zotavení klienta v rámci sk. psychoterapie

První participant uvedl, že v rámci hagioterapie jednou na skupině dělali sochání. Klientka zareagovala prudkou reakcí, tj. pláčem a útekem z místnosti. Ukázalo se, že se jí otevřelo zranění, které zažila hodně dávno, a to bylo zneužití a znásilnění, které vytěsnila a způsobovalo jí velké úzkosti, napětí a deprese, které řešila alkoholem. Sochou se to vrátilo do vědomí a ona to mohla zpracovat a tím se trauma postupně zacelilo. Díky podpoře skupiny, kdy několik žen sdílelo podobné příběhy, takže spolu mohly tu tíhu nést a sdílet, tak si tato klientka odžila své trauma v bezpečném prostředí skupiny a už nepotřebovala zmírňovat svoje stavy alkoholem.

Druhý participant uvedl, že jeho klient trpěl závislostí na pornografii v komorbiditě s paranoidní schizofrenií, současně byl z dětství traumatizovaný. Intelekt měl klient spíše nadprůměrný, hodně četl. Při skupinové terapii odhalil, že jeho vztah s dívkou je jen platonický, že on plní její přání, ačkoliv mu řekla, že není schopna vztahu, přičemž klient žil v přesvědčení, že pokud bude plnit její přání, tak změní svůj názor a začne s ním chodit. Na skupině se otevřel víc a zjistil, že by se mu ulevilo, pokud by ten vztah dál

nepokračoval. Klient si nesl vzorec, že musí dobře sloužit ostatním, aby byl přijímaný. Při terapii se mu otevřela cesta pro objevení meziprostoru (mezi pornografií a platonickým obdivem), jak fungují a reálně vypadají vztahy.

Třetí participant popsal případ klienta, který byl v 35 letech panic. Velmi se za to styděl, bylo to pro něj ponižující, že nedovede navázat vztah se ženou. Měl pocit, že kdyby to někomu řekl, tak bude terčem posměchu a šikany. Najednou to řekl na skupině, protože se tam cítil bezpečně. Zjistil, že celý problém byl v jeho hlavě, protože klienti reagovali jinak, než si představoval, skupina to vzala s pochopením. Tím ztratil bázeň a mohl začít navazovat vztahy se ženami. Byl přijat skupinou, a poté byl přijat okolím. Nyní žije ve šťastném vztahu.

Čtvrtý participant zmínil případ klienta, který měl problém se zvládnutím agrese. V rámci skupiny „vyjel“ na jiného klienta. Rozborem situace zjistili, že agrese byla zaměřená nikoliv na napadeného klienta, ale na otce tohoto agresivního klienta, kterému byl napadený klient chováním a částečně i somaticky podobný. Díky konfliktu a následné korekci, kdy ve skupině byla jedna „mateřská postava“, která klienta objala a podržela, dovedli klienta až ke smíření, skupina saturovala podporu rodiny v rámci konfliktu a tím se udál významný reparační mechanismus. *„Tak tam jsem jako zavnímala, že tohle by se nikdy neudálo v individuálu, nešlo by to.“*

Pátý participant uvedl příklad klienta středního věku s mentálním omezením, který opakovaně lhal. Díky podpůrnému prostředí, které bylo vůči němu laskavé a přijímající se naučil reagovat jinak. Nebýt komunity, nebýt skupinové terapie, nebýt toho, že byl v obklopení lidí, kteří měli chuť, tendenci a naladění mu nějak pomoci, tak by dle participanta skončil špatně.

Šestý participant neuvedl konkrétní příklad, ale na otázku odpověděl tak, že řekl, že to jsou všechny „wow momenty“.

„To, co má zásadní vliv na zotavení klienta, tak mnohdy nedohlédneme, protože ty procesy se odehrávají měsíce a roky potom. Jo, co se uděje tomu klientovi rok po terapii, tak může mít přímou a účinnou souvislost třeba s jednou jedinou konkrétní skupinovou terapií. Ale pokud to dohlédneme, tak to, co je nejviditelnější, tak jsou ty wow momenty.“

To pochopení něčeho, co bylo dlouho ve vzduchu a najednou si to ten klient uvědomí, jinak se mu poskládají souvislosti.“

Sedmý participant uvedl, že jeden klient měl problémy se vztahy a hodně se uzavíral, chtěl řešit věci jen v individuální terapii. Časem si prožil korektivní zkušenost prostřednictvím tzv. osy života. Dostal se ke svým emocím, reakce jeho „rodičů“ byla jiná (empatická), což byl pro něj katarzní zážitek. Začal se jinak ve skupině projevat, vrátil se do práce, jinak se vztahoval k lidem. Do skupiny se „zamiloval“. Dokázal z ní však, když nastal čas, odejít s tím, že je čas „jít dál do života venku“.

5.4 Zkoumání efektivity sk. psychoterapie při léčbě závislostí

5.4.1 Zpětná vazba od účastníků sk. terapie

Většina participantů uvedla, že zpětnou vazbu dostávají ústně na skupinách nebo se při individuální terapii vrací k některým momentům ze skupiny, nepoužívají k jejímu zjišťování speciální dotazníky či jiné metody. V této souvislosti uvedli, že dostávají zpětné vazby od velmi pozitivních po velmi negativní.

Pro získání zpětné vazby je nutné vytvořit určité podmínky. *„Já to mám tak při své práci, že dopředu klientům říkám na úvodní hodině, že chci, abychom se bavili o tom, jak nám to spolu jde a jestli mají pocit, že něco funguje, tak ať to řeknou, a když mají pocit, že něco nefunguje, ať to řeknou. A já si stejně nechávám tuhle svobodu směrem k nim a tohle opakuju víckrát.“*

Výše uvedené shrnul participant, jenž odpověděl, že pokud je ve skupině bezpečná atmosféra, tak dochází k samovolnému vyjadřování zpětných vazeb nejen mezi klienty, ale i směrem k terapeutům. Více participantů uvedlo, že si na konci skupiny vyhradí chvíli pro reflektování skupiny (říct jeden pocit, tři slova, zda to dávalo smysl, bylo to pro ně užitečné, co si z toho odnáší apod.) nebo se zeptají v bezpečném prostředí individuální terapie.

Jeden participant dal do souvislosti negativní zpětnou vazbu s motivovaností klientů, neboť negativní zpětné vazby jsou zejména u nemotivovaných klientů, kterým léčení nedává smysl s tím, že pokud klient vydrží, tak se pak naopak setkávají s pozitivními zpětnými vazbami. *„Pak opravdu u těch dlouhodobějších klientů dostáváme zpětný*

vazby, že jim to významně změnilo život. Právě to, že změnili ten životní styl, nahlédli do své psychiky, osobnosti, vyřešili si některé věci, získali na věci jiný pohled, jiný postoj.“

Tento participant ke způsobu zjišťování zpětné vazby uvedl, že pokud klient řádně odchází z léčby, tak léčbu hodnotí ústní formou. Jednou ročně vždycky na začátku roku zpracovávají hodnocení programu a služby písemnou formou, kdy dostávají klienti formuláře, dotazníky, kde hodnotí spokojenost s programem, s přístupem terapeutů, jak jim vyhovují termíny, časová dotace apod. V zařízení jiného participanta zjišťují zpětnou vazbu prostřednictvím rekapitulace týdne, která je vždy v pátek. V rámci této rekapitulace klienti písemně odpovídají i na otázky týkající se sk. psychoterapie (např. co byste chtěli vzkázat týmu, co byste potřebovali jinak, co Vám vyhovuje). Klient může své připomínky sdělit i ústně, neboť to potom společně probírají v kolečku. Na konci léčby pak klienti rekapituluji celou léčbu.

Další participant zjišťuje účinnost léčby v rámci ambulance podle toho, jak naplňují, resp. nenaplňují terapeutický kontrakt uzavřený s klientem. V soukromém zařízení pak mají dotazník spokojenosti, v němž se sk. terapie hodnotí v jednom balíku s dalšími věcmi a má nejvíc bodů. V pobytové službě píší klienti deník, z něhož lze rovněž zjistit spokojenost klienta se službou.

Někteří participanté uvedli, že zpětnou vazbu získávají i neformálně, přirozeně při různých setkání bývalých klientů, např. pokud s nimi jedou na hory nebo přijedou jednou za rok na absolventské setkání nebo pokud je navštíví v zařízení či přímo ve skupině.

Jeden participant dal zpětnou vazbu a spokojenost s terapií do souvislosti se zvoleným psychoterapeutickým směrem. Pokud chce klient strukturu, vedení, tak nemusí být spokojen v psychodynamické nebo dasainsanalytické³³ skupině, a naopak každému nemusí vyhovovat přístup uplatňovaný např. v hagioterapii.

„Tak já jsem zažil skupiny KBT se závislostmi, hagio, která je psychodynamická a taková provokativní, i dasains. A mám pocit, že na určitý typ lidí funguje jiná ta forma

³³ Dasainsanalýza vychází z fenomenologické filozofie a soustřeďuje se na autentické spolubytí a zkušenost klienta. Člověk má poznat svoje možnosti a jednat podle nich.

psychoterapie. Někdo potřebuje tu strukturu a ty domácí úkoly v tom KBT, ti tam byli spokojení, ale někteří to takhle nemají. A ti na to nadávali.“

Dle tohoto participanta je to také o tom, jak si „sedlí“ s klientem a co klient zažil dříve. Například pokud klient zažil šikanu od svých rodičů a od vrstevníků, tak může špatně zareagovat na nátlak. ... *„když na něj tlačíš, sice v dobrém slova smyslu, v hagioterapii, no tak je to pro něj jako červený hadr a prostě se zablokuje. Tak pro něj třeba v něčem ten dasains může být dobrý.“*

5.4.2 Využití zpětné vazby pro zefektivnění terapeutického procesu

Většina participantů se shodla na tom, že informace získané zpětnou vazbou využívají pro zvýšení účinnosti terapeutického procesu. Pokud se něco objeví, tak to řeší v týmu, vždycky se nad nimi zamyslí, resp. to vrací zpátky do skupiny. Více participantů se shodlo na tom, že poznatky ze zpětné vazby zpracovávají na supervizích nebo intervizích.

Jeden participant uvedl, že poznatky získané zpětnou vazbou využívají minimálně v technických věcech, jestli je skupina dobře nastavená časově a jestli je dostatečná frekvence setkávání. Určitým zrcadlem skupinového dění je i to, co se posléze odehrává ve skupině.

„Ono to není tak, že by nám ten klient řekl, teď jste špatně reagovali, ale spíš, co se pak děje v té skupině, tak dokážete zpětně dohlédnout, že třeba jsme něco přehlédli, nebo jsme něčemu nevěnovali dostatečnou pozornost. Časem se stáváme pozornější na některý jevy, který se v té skupině objevují.“

Jeden participant zmínil, že zpětné vazby aktualizují to, v jaké fázi léčby (života, prožívání pocitů) se klient nachází. Také uvedl konkrétní příklad využití zpětné vazby, že když jim klienti řekli, že je „štvou“ kolečka, protože se pořád představují, tak přijali opatření, že přijímají nové klienty jen čtyřikrát za rok.

Další participant uvedl, že věci, které nefungují se snaží integrovat do změny systému průběžně, tj. nečekají až na zpětnou vazbu v hodnotících dotaznících. Snaží se být flexibilní a program přizpůsobovat průběžně podmínkám a potřebám klientů.

Jeden participant řekl, že dotazník spokojenosti plánují zavést i v rámci ambulance, zatím ho využívají jen v nízkoprahových službách, tak aby ho dostali všichni klienti příslušného zařízení jednou ročně.

Jiný byl pohled participanta, který má za to, že v případě negativní vazby je nutno se poctivě zamyslet, zda nejde o přenos, zda neudělal někde chybu, zda se nejedná o jeho neodbornost, osobní téma, zda proces nevedou špatným směrem či zda se to týká nějakého zranění klienta. ... „*a někdy nám v tom brání, i mně, ta pýcha. Já jsem terapeut, já vím kudy, a přece mě tady nebude nikdo poučovat, jak to mám dělat? A ono ejhle ona v tom nějaká moudrost může být, i moje nějaká zranění.*“ Ve zpětné vazbě vidí tento participant největší terapeutický efekt pro růst klienta i terapeuta. „*A podle mě, vlastně jeden z těch největších léčivých faktorů je, že když roste terapeut, tak roste i ten klient.*“

5.4.3 Metody zjišťování účinnosti sk. terapie

Většina participantů uvedla, že nemají speciální nástroj zacílený na zjišťování účinnosti skupinové terapie. Nejvíce k tomu využívají zpětné vazby od klientů.

„Fakt jenom tím ptáním se těch lidí zpátky, u nás v komunitě nikdo na to nedělal žádné výzkum a nebyl na to moc ani nárok vlastně nebo jako já jsem měla nějakou chuť, ty věci víc rozvíjet, ale to prostředím úplně nebylo proto jako naladěný, tak jsem se tak jako držela toho, co se děje.“

Jeden participant uvedl, že účinnost vyhodnocují „ze subjektivního pocitu klientů“, což znamená, že pokud klienti dávají pozitivní zpětnou vazbu, terapie jim vyhovuje, dává jim smysl, formuje je, je to známka, že proces probíhá v pořádku. V opačném případě vyhodnocují, zda je to nastavením systému nebo je to problém klienta, který je nedostatečně motivován, jeho rozhodnutím neměnit životní styl apod.

Pro dalšího participanta je ke zjištění efektivity důležitá průběžná „poctivá práce v procesu“, v rámci níž si terapeuti vyměňují informace, jak skupina funguje, a sdílejí různé úhly pohledu na průběh terapie. Při volnočasových aktivitách vidí, jak se bývalým klientům daří, zda s nimi chtějí zůstat dále v kontaktu. Další participant uvedl, že mají ve službě mix individuální terapie, skupin a komunit a věří tomu, že je to účinné. Účinnost mohou sledovat na tom, kolik % klientů program dokončí.

Jiný participant odpověděl, že účinnost zjišťuje ze setkání s klientem, i když vidí smysl v dotaznících a aplikacích na zjišťování účinnosti terapie. *„Ale já pořád sázím možná naivně na to setkání a že vidím, že povídaj a že máme tu důvěru a že mi to poví, jak se mají. A ten efekt potom vidím, že v tom životě fungujou a jsou nějak šťastný nebo spokojený, tak to je prima. To mi jako metoda asi stačí.“*

Další participant uvedl, že se tím zabývá „vnitřně.“ Pokud něco používá, tak je to terapeutický kontrakt, který obsahuje cíle léčby. Pokud zjistí, že kontrakt není naplňován, tak terapie efektivní není. K tomu využívá i zápisy ze sezení a léčebný plán. Na intervizích a supervizích poté řeší, proč se to nedaří.

Z výzkumu vyplynulo, že systematicky se zjišťováním účinnosti sk. terapie zabývá pouze jeden participant, který uvedl, že mají skupinové plánování. Když klient přijde do skupiny, tak po něm požadují, aby vyslovil nějaký svůj skupinový cíl, což znamená, aby řekl, kam směřuje a k čemu skupinu potřebuje. Skupina kontrakt schválí nebo odmítne. Na konci roku tyto cíle klienti zhodnotí, udělají sebereflexi, sebehodnocení. Skupina pak dá klientovi podpurnou zpětnou vazbu. *„Takže, pokud klient dokončí skupinu, vůbec nejde o to, jestli měl nějaký relapsy, prostě to se stává, ale jde o to, jakým způsobem byl spokojený s naplněním těch svých cílů nebo jak je přehodnotil, jak se změnil, má na to nějaký pohled, vidí nějak sebe v nějakých větších, lepších souvislostech, kontextech, tak tomu říkám úspěšná léčba.“*

5.4.4 Propojení výzkumu s praxí

Většinou se k participantům nové poznatky z oboru dostávají prostřednictvím účastí na konferencích, účastí na seminářích a také pokud se dále systematicky vzdělávají. Jen jeden participant na otázku odpověděl, že nezačleňuje, neboť se výzkumem nezabýval.

„Objíždíme třeba některé konference, takže spíš to tak jako vnášíme intuitivně, vždycky každého, koho něco někde zaujme, tak to přinese do toho týmu, seznámí ho s tím a vlastně s tou myšlenkou. Pokažd' je to něco, co nám přijde smysluplný, tak s tím pracujeme, zkusíme třeba zaintegrovat do té naší práce.“

Jeden participant uvedl, že je psychologem v předatestační přípravě ve zdravotnictví, tak je sledování nových poznatků pro něj v podstatě povinností. K tomu má hodně teorie

v rámci výcviku, sleduje časopisy, hlavně zahraniční. V zaměstnání má každou středu odpoledne vzdělávání zahrnující povinné kazuistické semináře a přednášky.

Další participant nejmíc teorii sledoval a aplikoval do praxe, když byl ve výcviku. Teď už nové trendy tolik nesleduje. Z nových přístupů ho oslovila práce Gabora Maté, který dává závislostní chování (resp. jakékoliv sebepoškozující chování) do souvislosti s prožitým traumatem. *„Tak to jako rád používám, ty klienty to uklidní. Psychika člověka má obrovskou schopnost něco zavázat do pytle, někam schovat, je to sebezáchovný, ale bohužel některé pytle začnou prosakovat a začne to fungovat úplně někde jinde. Je potřeba se věnovat primární bolesti.“*

Jiný participant uvedl, že se tím zabývá už tím, že vystudoval adiktologii, kde bylo hodně výzkumů. Snaží se porovnávat teoretické poznatky s praxí. Jezdí na konference a těží z toho, že je členem České asociace adiktologů, odkud dostává hodně informací, stejně jako z Kliniky adiktologie, s níž je propojen, a kde čerpá aktuální informace z výzkumu.

Další participant uvedl, že se k němu dostávají poznatky vazbou na kolegy a kolegyně, kteří si více čtou v odborných časopisech a od nich dostává zpětnou vazbu. *„Zatím se mi ještě nestalo, že by někdo přišel s něčím tak objevným nebo průlomovým, že by byla vize zabývat se myšlenkou, jak začít skupinovou terapii dělat jinak než doposud.“*

Jiný participant se výzkumem zabýval v době, kdy se věnoval hagioterapii. V současnosti už tolik výzkum nesleduje, učí se z praxe, a i když se závislostmi už primárně nezabývá, dostane se k nim zprostředkovaně přes jiná témata, kterými se nyní zabývá, neboť *„všechno souvisí se vším“*. Zastává názor, že pokud se někdo prvotně zabývá závislostmi, tak je dobré to sledovat, resp. *„skoro nezbytné“*. Jakékoliv vzdělání v psychologii může přispět k získání nových poznatků v tomto oboru.

U participantů převážil názor o nutnosti dalšího vzdělávání, byť nikoliv zaměřeného výlučně na získání poznatků z výzkumů o účinnosti psychoterapie při léčbě závislostí.

„Já třeba nejsem schopný dohlédnout, jak moc to, co nás v těch výcvicích nebo v těch kurzech učí, je spojené s nějakým výzkumem. Jo, jak moc je to taková ta evidence based medicine, ale jakoby minimálně pořád se udržujeme v nějakým jako trendu, takže tímhle tím způsobem asi.“

5.5 Význam dlouhodobé podpory klienta

V této otázce se přístup participantů lišil, a to zejména s ohledem na to, v jakém typu zařízení pracují, neboť jiný byl pohled participanta, který pracuje v ambulantním léčebném zařízení a jiný participanta, který vede skupinové terapie v doléčovacím zařízení či v zařízení komunitního typu.

Někteří participanti uváděli, že je dobré, ba přímo nezbytné, takto podpořit klienta, neboť klient vidí, že terapeut má o něj zájem i po skončení terapie. Pro klienty je důležité vědět, že mohou být v kontaktu s léčebným či doléčovacím zařízením. Pro zařízení může být přínosné, vědět, jak se klienti mají, i kvůli měření efektivity léčby. *„Tak ale myslím si, že to význam má to, že ty lidi pak ještě docházejí někam a učí se žít ten život zase kousek jinak a jsou tam podpořeny.“*

Někteří však uvedli, že klienty dlouhodobě nesledují. Informace dostávají jen od klientů, kteří se k nim vrací. Další participant sdílel stejný pohled s tím, že setkání absolventů jednou za rok je spíše přátelské.

„Ten klient by ideálně měl podle mě odcházet samostatný, a ne v tom, že ještě pořád potřebuje nějak sledovat. Ale možná takové to hele jsme tady a jsme tady pro vás. Můžete se ozvat s úspěchem i neúspěchem. Tak to má podle mě význam.“

Jeden participant uvedl, že to má podle něj zásadní význam, neboť po ambulantní léčbě je nutno pokračovat v doléčování. To je podle něj stejně důležité, ne-li důležitější.

„Jo, protože ta léčba je jedna věc, to je fajn, ale tam je člověk trochu odtrženej od toho každodenního, takže tam je fakt strašně důležitý pokračovat a nevykašlat se na to, protože někdy má ten klient pocit, že už je venku, má to za sebou tu léčbu, ale to nejdůležitější je udržet ty změny právě i po té léčbě.“

Další participant v tom určitý význam viděl. Klient musí po roce odejít, protože se na jeho místo „tlačí“ další klient, je to pro něj velká vztahová ztráta, kterou musí zpracovat, a proto je pro něj důležité, že ví, že může navázat individuální terapií. Někteří klienti dochází potom ještě do růstové terapeutické komunity, která je taková „klubovější“, řeší se na ní různá existencionální témata, závislosti už jen velmi okrajově.

Jeden participant dal zajištění návazné péče do přímé souvislosti s postupem v léčbě, neboť je to podmínkou pro vstup do další fáze léčení.

... „a to byla jedna ze zásad, bez který jsme je nepouštěli do třetí fáze, kdy jsme opravdu chtěli, právě aby nevyhlídli po tom roce z nějakého bezpečí nebo z nějakého jako režimu, nějakého řádu, z nějakého prostoru, ve kterém nejsou drogy a je tam prostě čisto, sucho, tak aby měli nějakou návaznou péči.“

Další participant zastává názor, že po skončení jakékoliv terapie by měl mít klient možnost se kdykoliv znovu obrátit na svého terapeuta a být znovu přijat do léčby tam, kde to zná.

Jiný participant uvedl, že po skončení skupinové terapie nabízí klientům, pokud budou mít nějakou potíž, se ozvat, nebo jim napíše sám, ale to jen výjimečně, také jim řekne, že pokud budou chtít, tak mohou napsat skupině nebo přijít. A také, že na hagioterapii si chodili absolventi připomenout, čím prošli a co už mají za sebou, co dokázali zvládnout.

5.6 Otevřená otázka aneb řekněte, co chcete...

Jeden participant uvedl, že hodně záleží na tom, jakou formou léčby závislostí se ve svém výzkumu zabývá, že bych jiné informace dostala, pokud bychom se bavili o skupinové psychoterapii v jiné fázi a v jiném typu léčby než ambulantním, kterou je např. terapeutická komunita.

Další participant cítil potřebu poděkovat za „strašně zajímavé téma,“ které ho přinutilo se zamyslet a ... *„vlastně mě to nutilo v dobrém slova smyslu trošku ten svůj intuitivní přístup ke skupinám a vůbec ke své práci opřít o nějaký argumenty a o nějaký struktury. Jo, takže jako vždycky jsem rád, když vedu nějakou takovouhle rozhovor, že si třídím myšlenky.“* Rozhovor v tomto participantovi podnítl zájem o získání nových informací. *...„někdy budu mít víc času, tak třeba zase někam vlezu třeba do nějakého kurzu, kde se zase trošku nainspiruju a začnu to používat, jo, protože je to fakt vždycky fajn.“*

O důležitosti svépomocných skupin při léčbě závislostí promluvil na závěr jeden z participantů, který uvedl, že skupiny pro léčbu závislostí ani nemusí být s terapeutem, a přitom mohou znamenat úplně stejný přínos pro závislé klienty.

„Takže ta skupina jako taková může být sama o sobě i bez terapeuta ohromný léčebný konstrukt. Já třeba v rámci léčby svých klientů ohromně doporučuji docházet na Anonymní alkoholiky, Anonymní narkomany, jakýkoliv takovýchle svépomocných skupin.“

Jiný participant si všiml souvislosti mezi závislostí na něčem a závislostí na skupině. Často se to týká žen se silnými závislostmi. Jedná se o vztahovou závislost, kdy tyto lidé podléhají druhým, což se projevuje např. tak, že bezmezně věří tomu, co říkají druzí, nemají svůj vlastní názor nebo postoj. *„Oni v ten moment mají pocit, že to jsou skutečně oni, v tom je to těžký. No oni tomuhle věří, oni to přebírají. A to je blbý, že si neuvědomují, že fungují jako plastelína, když nemají ty druhé, tak jsou úplně bez struktury.“* Tím, že kopírují druhé, nemohou najít svoji vlastní cestu ze závislosti a skupina jim často není k užítku. Frustrace z toho, že nemají nic pevného, čeho se chytit, je vede do náruče závislosti.

„No ale být bez struktury je totální nejistota a úzkost, kterou pak zahání nějakou tou návykovou látkou.“ „Oni vlastně fungují v té skupině jakoby dobře, cejtěj emoce, všechno, ale jenom těch druhých, a to, co ty druhé nabízí.“

Participant tuto kapitolu uzavřel tak, že práce s takovým klientem je dlouhodobá, protože potřebuje nejprve „nějaké dozrání“.

Zajímavé bylo srovnání participanta, pokud jde o přístup klientů k léčbě v neziskovém zařízení a v soukromém sanatoriu, neboť se setkává s odlišnými nároky na něj jako terapeuta, které jsou dány také tím, z jakých sociálních vrstev klienti pocházejí. Klienti z neziskového sektoru přicházejí „s otevřenou náručí a otevřeným vědomím“.

„A tady ty lidi jdou cílevědomě si zatím, tady jsem si zaplatil a já se jdu vyléčit a já teďka chci vědět, jak se mám vyléčit a já chci odsud odcházet zdravej. A vlastně ani tak nepřichází si pro terapii jako pro instantní recept, což je dost těžký s tímto občas pracovat, protože přichází oni fakt, jako jdou na tu terapii a mají před sebou bloček, papír a tužku a píšu si.“

Další participant v souladu se směrem, v němž byl vzdělán, uvedl, že má dojem, že by měl být v centru pozornosti víc člověk než jeho diagnóza. Občas má totiž pocit, že se víc hledí na závislosti a méně na lidi.

„A mám takovou zkušenost, že když se to otočí jako víc k těm lidem a kousek dál od tý závislosti a víc k tomu, co vlastně uměj a co se jim daří a co je baví a otočíte to kousek dál od toho, co jim nejde a co je trápí, takže to občas dělá hezký věci. Neříkám, že to tak je vždycky, nebo že se nesmí tyhle věci rozpracovávat, jenom občas mi přijde fajn se taky bavit o tom, co funguje a co ty lidi umí.“

Jiný participant, vzděláním adiktolog, se zamýšlel nad rozdílným přístupem ke skupinové terapii u psychoterapeutů, kteří vyznávají určitý směr či přístup v léčbě závislostí, a adiktologů, jež mají speciální vzdělání v oblasti závislostí. Dle jeho názoru je výcvik v určitém směru pro terapeuta limitující, neboť je jím ovlivněn.

„Promiňte mi to slovo, že to tak řeknu, jedou si prostě v té své škole a je to daleko, řekněme strukturovanější jo, ty jejich skupiny mají tvar, začínají tak, tak, dělá se to a to, většinou dopředu mívají naplánované, co se ten den bude dělat, použiju takovou a takovou techniku. Já to mám úplně obráceně, vlastně vždycky ten tvar a průběh té skupiny přizpůsobím momentální situaci.“

V další části rozhovoru jsme spolu hovořili o potřebě přistupovat ke klientům individuálně, sledovat v jaké fázi léčby i života se klient nachází, zda je dostatečně připraven pro změnu a zvolit adekvátní přístup, neboť standardizovaná léčba může být neefektivní, pokud klient na ni není připraven, není v potřebné fázi uvědomění si nebo náhledu nebo je příliš zatížen např. nezpracovaným traumatem. Potom se může stát, že techniky působí krátkodobě a léčba nemá dlouhodobý efekt.

„Ten člověk není cílovou skupinou té školy. Nebo v tom jeho daném životním momentě to není prostě na tu školu. Mnohokrát za život jsem se potkal s pacienty, kteří už prošli KBT. A rok, dva, nějakou delší dobu, prostě jim to fungovalo a najednou se to začalo všechno vracet. Ano, KBT sloupne prostě jednu, dvě, tři sloupky ze shora, dál se nikdy nemůže dostat.“

Závěrem participant vyslovil souhlas s vyřčenou myšlenkou, že člověk potřebuje dozrát k tomu poznání, které terapie otevřela. *„Je obrovský rozdíl uvědomit si to kognitivně na rozumové úrovni a obrovský rozdíl je dokázat to spojit s pocitovým prožíváním.“*

Další participant závěrem řekl, že ho práce baví, že je hezká v tom, že vidí, že klienti si dovedou pomoci, byť se nejedná o svépomocnou skupinu, neboť terapie má nějaký

rámec. Může sledovat i osobnostní růst svého klienta, nejen to, že zvládá abstinovat, což spolu souvisí. Tento klient pracuje i s lidmi, kteří mají za sebou bezdomoveckou zkušenost. Za tím se skrývá také to, že už o všechno přišli. Výzvou je pak se s tím vyrovnat, že už nikdo z rodiny tady pro ně není, že je potřeba za těchto okolností žít sám se sebou.

„A v rámci skupiny se vyrovnáváme s tímhle tím, že už není komu psát omluvný dopis, protože ta rodina ho odstříhla úplně. Už to není tak, že poslala mě sem manželka, já chci zachránit manželství, ale ono žádný manželství 10 let není a 10 let neviděl ani ty děti a naráží, když je chce kontaktovat, tak oni fakt jako nechtěj. Anebo už jsou všichni mrtví, protože rodina byla taková, že tam pili všichni.“

Jiný participant uvedl, že téma považuje za důležité. Uvedl, že účinné faktory mají stejný obecný základ, jde o to, jak specificky to klientům nabídnout. Pokud jde o přístupy, je žádoucí je aplikovat dle potřeb klienta. Ačkoliv participant používá ve své skupině zejména psychodynamický přístup, použije i nějaké techniky z KBT, neboť si je vědom toho, že musí ke klientovi přistupovat individuálně, a techniky přizpůsobit jeho aktuálním potřebám.

„Myslím si, že se to fakt jako doplňuje a že zbytečná taková ego chyba občas našeho oboru je, jet si ty různé směry a dohadovat se, který je lepší. Každý má něco a přesně, pokud léčíte tím vztahem, tak prostě dobře, někdo víc používá techniky gestaltu, někdo z KBT, někdo z analýzy, ale je to víc takovejch cest ke stejnému cíli. Mně přijde, že tak by to mělo být a úplně ideálně by se to mělo šít na míru tomu klientovi.“

6 Diskuze

6.1 Diskuze nad výsledky výzkumu

V této části práce jsou shrnuty a diskutovány výsledky výzkumu s cílem zodpovědět primární výzkumnou otázku, tj. jaké jsou účinné faktory skupinové psychoterapie při léčbě závislostí. Zjištění z rozhovorů s participanty výzkumu jsou uvedena v kontextu s informacemi z teoretické části práce a se zasazením výsledků do širších souvislostí. Dále je uvedeno doporučení pro praxi a jsou shrnuty silné stránky a limity závěrečné práce.

Zájem o účinnost skupinové psychoterapie a její schopnost vyvolat změny zaměstnává psychoterapeuty už po celá desetiletí. Na toto téma byly provedeny mnohé studie a

metaanalýzy. Dnes už není pochyb o tom, že je skupinová psychoterapie účinná (Burlingame, 2003; Yalom & Leszcz, 2021).

První téma skupinová psychoterapie při léčbě závislostí zahrnovalo tato podtémata: 1. výhody skupinové psychoterapie oproti individuální psychoterapii, 2. vhodnost klienta pro skupinovou psychoterapii, 3. specifické techniky, metody a přístupy skupinové terapie a 4. účinné faktory skupinové psychoterapie.³⁴

Pokud jde o **výhody skupinové psychoterapie** oproti individuální psychoterapii, participantů nejčastěji zmiňovali, že hlavní výhodou je sdílení zkušeností (starostí, příběhů) ve skupině, vzájemná podpora, velké množství vzájemných interakcí, skupina jako model rodiny, získání zpětné vazby od více lidí, zdroj motivace pro klienty.

Další výhody skupinové psychoterapie participantů viděli v tom, že skupina lépe odhalí patologické projevy chování závislých (manipulace, zneužívání) a usměrní je, také může poskytnout pocit bezpečí, pomoc se získáním náhledu, s korekcí patologických vztahových vzorců. Pokud se klient cítí bezpečně a ve skupině funguje skupinová koheze, může více projevit svoje emoce a získat tak korektivní emoční zkušenost. Klient ve skupině je také příkladem pro ostatní, což pro něj může znamenat určité zadostiučinění. Participantů se dále shodli na tom, že skupinová psychoterapie může klientovi zprostředkovat víc zkušeností, velkou výhodou je také to, že vztahy mezi klienty ve skupině jsou horizontální, což mimo jiné znamená, že jsou k sobě navzájem mnohem víc otevření a upřímní.

Tato zjištění jsou v souladu s teorií, neboť skupina nabízí širší spektrum přenosových možností oproti individuální terapii, a také poskytuje větší potenciál pro vícero korektivních zkušeností (Zeig, 2005). Informace získané od ostatních klientů mají odlišný vliv než ty, které poskytuje psychoterapeut. Klient se setkává s příběhy jiných lidí, s jejich motivacemi a důsledky jejich jednání, které často připomínají jeho vlastní zkušenosti. To mu umožňuje vnímat různé perspektivy a úhly pohledu (Kratochvíl, 2009). Skupinová psychoterapie nabízí jedinečné psychoterapeutické možnosti. Klientům se např. lépe daří rozpoznat kognitivní omyly ostatních členů skupiny (víc než svoje vlastní) a tím skupina

³⁴ Vždy je myšleno „skupinová psychoterapie při léčbě závislostí.“

poskytuje násobně více příkladů propojení pocitů a myšlenek nežli individuální psychoterapie (Heimberg, 1993).

Pokud jde o **vhodnost klienta** pro skupinovou psychoterapii, participantů se shodli na tom, že je pro ně rozhodující zajistit ve skupině bezpečí, tj. je nutno vždy zvážit, zda klient skupinu nějakým způsobem nenaruší nebo ji nebude v její činnosti blokovat. Obecně nejsou vhodní klienti s narcistickou nebo hraniční poruchou osobnosti, s aktuálně rozvinutou psychózou. Pro participanty bylo také důležité, aby byl klient schopný sdílet svoje zážitky ve skupině, tj. neměl by trpět pocitem nedůvěry nebo ostychu, a pokud ano, je vhodné s ním nejprve pracovat v individuální psychoterapii. Více participantů zmínilo důležitost motivace klienta. I v teorii je motivace klienta vysoce vyzdvihována, neboť je klíčem k účinnosti léčby (Ryan at al., 2011). Jeden participant zdůraznil také to, že je nutno přihlížet k fázi změny, ve které klient je. Klient by také neměl být v akutní fázi intoxikace. Pro jednoho participanta je takovou překážkou duální diagnóza u nestrukturované skupinové psychoterapie.

Tato výzkumná zjištění částečně korespondují s teoretickým uchopením dané problematiky, neboť dle něho je psychoterapie v ambulantní skupině nevhodná pro paranoidní klienty, hypochondrické, akutně psychotické nebo sociopatické, rovněž hluboce depresivní a suicidální klienti nejsou pro takovouto skupinu vhodní. Je nutné pro ně najít specializovanou formu skupinové psychoterapie ve více homogenní skupině (Yalom & Leszcz, 2021).

Pokud jde o **specifické přístupy** skupinové psychoterapie, participantů uvedli, že ve svých skupinách používají: KBT (např. pro nácvik kontrolované konzumace alkoholu), hagioterapii, psychoanalytický směr, systemický narativní směr, humanistický a integrativní přístup. Jeden participant odpověděl, že používá přístupy z rodinné terapie. Více participantů uvedlo, že pracují nestrukturovaně, psychodynamicky (hlubině), tj. čekají, s čím přijdou klienti, jaké téma vnesou, co potřebují řešit (tzv. sebeřídící skupiny). Participantů se shodovali v tom, že je potřeba přihlížet k potřebám klienta a skupiny, přičemž je potřeba zohlednit, v jaké fázi a formě léčby se skupina nachází.

V teoretické části práce jsem na základě studia relevantní literatury vymezila následující psychoterapeutické přístupy: behaviorální, psychodynamický, KBT, systemický, Gestalt

terapii, rodinnou terapii a přístup zaměřený na posilování motivace a spirituality. Dominantní roli sehrávají v léčbě závislostí behaviorální a kognitivně-behaviorální přístupy. Tyto přístupy se soustředí na překonání současných problémů klienta změnou jeho myšlení a nácvikem žádoucího chování. Zastánci těchto směrů tak nehledají příčiny, ale vychází z toho, že instrumentálním a klasickým podmiňováním a desenzibilací mohou změnit chování klienta (Kratochvíl, 2017). Z teorie lze také dovodit, že největší efekt má individualizovaný a kreativní přístup, zohledňující konkrétní potřeby, osobní preference nebo přesvědčení klienta, a tento by měl mít přednost před rigidním dodržováním jakéhokoli konkrétního terapeutického směru (Holroyd & Luca, 2019). Rodinná terapie je efektivní zejména u cílové skupiny adolescentů závislých na návykových látkách (Liddle, 1999). Teoretická zjištění tak odpovídají zjištěním výzkumným.

Pokud jde o **specifické techniky** sk. psychoterapie, nejčastěji participanti uváděli, že se jedná o relaxační techniky, strategie zvládnání bažení, arteterapeutické techniky a techniky prevence relapsu. Často participanti zmiňovali, že zařazují do svého programu tematické a nácvikové skupiny. Z dalších technik do své skupiny začleňují: osu života, vztahové konstelace, rodinné mapy, techniky neverbálního charakteru, imaginaci, meditaci, techniky zaměřené na komunikaci a na emoce, dopis sobě nebo někomu jinému, řeku života, přístup mindfulness, techniky podle Virginie Satirové, projektivní karty, gestalt experiment, techniky zaměřené na posílení či udržení motivace. Dva participanti uvedli, že používají techniku psychodramatu a jeden zmínil rodinné konstelace. Jeden participant používá tzv. zázračnou otázku a cirkulární otázky. V terapeutické komunitě pak používali tzv. horké křeslo. Pro participanty je důležité, aby mohli improvizovat, reagovat na atmosféru ve skupině.

Některé výše uvedené specifické techniky jsou uvedeny v teoretické části této práce (viz kapitola 2.8). Pohled na specifické techniky se dle různých autorů mírně liší. Například dle Nešpora a Csémy (1996) se při skupinové psychoterapii v léčbě závislých osob využívají techniky KBT, Gestalt terapie, psychodramatu, muzikoterapie, relaxační techniky (včetně jógy), arteterapie, poetoterapie,³⁵ strategické terapie, techniky dynamické terapie a také nácvik intrapersonálních a interpersonálních dovedností.

³⁵ Poetoterapie (skládání básní) pomáhá u závislých uvědomovat si emoce a komunikovat. Sdílení pocitů může zvýšit zájem o druhé a skupinovou kohezi (Nešpor & Csémy, 1996).

Participantů referovali o těchto **účinných faktorech skupinové psychoterapie**: sdílení emocí, dodávání naděje, vzájemná podpora, korektivní zkušenost, dynamika skupiny, vztahy mezi členy skupiny, autenticita, koheze skupiny, bezpečí, emoční podpora, katarze, faktor sounáležitosti, učení se od druhých, skupina jako model rodiny. Dále k nim patří důvěra v proces (informace ze skupiny se nevynáší, důvěrné vztahy), otevřenost klientů vůči sobě, interakce s více lidmi. Další zmínili (kritickou) zpětnou vazbu a konfrontaci s více lidmi, také negativní a pozitivní motivaci a možnost být příkladem pro ostatní, odžít si více rolí, zprostředkování více zkušeností, pomoc se získáním náhledu a korekcí patologických vztahových vzorců. Někteří participantů jednoduše uvedli, že ve skupině působí faktory, které popisuje Yalom nebo Kratochvíl. Jeden participant vypíchl faktor zodpovědnosti (skupině se „hůře lže“). Další pak deklaroval, že za vůbec nejvýznamnější považuje stabilitu a bezpečí (stabilní terapeutický vztah, rámec terapie), obzvláště u této cílové skupiny. Za účinné faktory byly participantů také označeny: komunikace včetně toho, kdo a jak vede skupinu, vztahy mezi klienty a mezi klientem a terapeutem (terapeutický vztah), různorodost názorů (postojů), skupina jako trenažér sociálních (komunikačních) dovedností, emoční korekce nebo „vyzrálost“ terapeutů. Otázka terapeutických faktorů byla také ovlivněna psychoterapeutickým přístupem participantů, neboť jeden participant uvedl, že postmoderní úhel pohledu nedefinuje účinné faktory, ale obrací se k lidem, přináší větší svobodu. Participant, který se ve své praxi věnoval hagioterapii, zmínil odstranění autocenzury a pozitivní vztah s vyšší mocí (spirituální rovina).

Tahle výzkumná zjištění korespondují s uvedenou teorií. Výše uvedené faktory obsahově či pojmově spadají pod účinné faktory skupinové psychoterapie, které v teoretické části popsal Yalom a Leszcz společně s Kratochvílem. Jedná se o tyto faktory: dodávání naděje, univerzalita, poskytování informací, altruismus, korektivní rekapitulace primární rodiny, rozvoj sociálních dovedností, napodobující chování, interpersonální učení, katarze, existenciální faktory, korektivní emoční zkušenost, koheze skupiny, členství ve skupině, emoční podpora, pomáhání jiným, sebeexplorace a sebeprojevení, odreagování, zpětná vazba a konfrontace, náhled, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností. Pokud jde o existenciální

faktory, tyto participanty výslovně zmíněny nebyly. Přesto jsou ve skupinách zastoupeny, a to v hovorech o smrti, pokud některý z klientů zemře, což z výzkumu vyplynulo.

Yalom a Leszcz se společně s Kratochvílem shodují na významu interakce mezi klienty a získávání sociálních dovedností v rámci skupinové psychoterapie. Také společně kladou důraz na sdílení zkušeností a vzájemnou (emocionální) podporu klientů a podporují aktivní zapojení klientů do terapeutického procesu, přičemž vyzdvihují odpovědnost klientů za jejich vlastní změnu (Yalom & Leszcz; Kratochvíl, 2009). Skupinová terapie utváří důvěrnou atmosféru, která jednotlivým klientům pomáhá lépe porozumět svému životnímu příběhu a uvědomit si vzorce chování, které vedou k nepříjemným prožitkům. Skupina vytváří prostředí, kde její klienti mohou prožívat svoji individualitu a její změnu prostřednictvím změn a reflexí druhých klientů a také přes změny skupiny samotné. Základní myšlenka skupinové psychoterapie spočívá v tom, že autonomii člověka a jeho zdroje sociálního a psychického zrání umocňuje kontakt a komunikace s druhými lidmi a že „vlastní pochopená zkušenost je stabilnější než zkušenost, která se předává jenom zvenčí“ (Prášková & Praško, 2007, s. 4).

Dalším podtéma bylo spojené s **osobou terapeuta a zahrnovalo výzvy**, kterým čelí na skupinových terapiích. V tomto bodě participanti nejčastěji uváděli, že výzvou je udržet motivaci, dále motivovat klienty ke sdílení, také je výzvou zpracování relapsu klienta.

Pro jednoho participanta je výzvou srovnat si úroveň s klienty, komunikovat i s klienty, kteří mají odlišný světonázor. Výzvou je také zpracování ztráty ve skupině (odchody, úmrtí). Jeden participant označil za výzvu práci na sobě, pokud čelí nějakému nevhodnému chování klienta (povyšuje se) a také to, aby všichni klienti dostali ve skupině stejný prostor. Výzvy byly dále spatřovány v tom, aby si participanti uměli poradit s vyššími nároky klientů, potažmo s jejich nízkou zodpovědností, se zpracováním emocionality klientů, s protipřenosem. Výzvou je i požadavek klientů na strukturu, pokud má terapeut představu o nestrukturované skupině nebo práce s pravidly za situace, kdy chce klient pravidla využít (např. použití pravidla stop, aby se vyhnul citlivému tématu), ale terapeut vidí, že zároveň klient dané téma potřebuje zpracovat, vypořádat se s ním.

Jeden participant označil za výzvu udržet s klienty přesvědčení, že jejich pobyt v terapeutické komunitě má smysl. Pro dalšího participanta je výzvou odhalení traumatu

při skupinové práci a s tím související požadavek na jeho zpracování. Výzvou pro participanty je také frustrace klienta, vyhybavé chování nebo zlehčování a bagatelizace problému se závislostí, podceňování, kdy klient je příliš destruktivní a na řešení problému rezignoval a také překonání autocenzury, aby si klient přiznal problém a převzal zodpovědnost za své léčení. V neposlední řadě je to také najít balanc mezi individuálním přístupem ke klientovi a ochranou pro skupinu ve smyslu pravidla platí pro všechny.

Toto téma, resp. příslušná otázka, měla za cíl toliko dokreslit, resp. přiblížit, žitou situaci psychoterapeutů ve skupinové psychoterapii při léčbě závislostí pro lepší pochopení souvislostí s terapeutickými faktory, proto v teoretické části o úloze, postavení a výzvách psychoterapeuta ve sk. psychoterapii není samostatná kapitola, a to i s ohledem na stanovený rozsah práce. Na okraj dodávám, že různé psychotherapeutické přístupy se větší či menší měrou odlišují ve strukturování, direktivnosti a aktivním intervenování ze strany psychoterapeutů. Je důležité si uvědomit, jak klient reaguje na direktivní přístup, zda ho přijímá nebo spíše odmítá (Vybíral & Roubal, 2010). Role psychoterapeuta se může proměňovat také během skupinové psychoterapie. Zatímco zpočátku bývá terapeut více direktivní a pomáhá členům vnímat skupinu jako zdroj pomoci, později, když se mezi členy skupiny vyvinou silné vztahy a začnou působit skupinové normy, se psychoterapeut stahuje do pozadí a klientovo chování je ovlivňováno více těmito normami než chováním terapeuta (Frank, 1952).

Příklady zotavení klienta v rámci skupinové psychoterapie ukázaly na jednotlivých příkladech, že skupinová psychoterapie je účinná a klienti z ní mají prospěch spočívající např. ve zpracování traumatu, emoční korektivní zkušenosti, zlepšení vztahů s okolím a rodinou, uvědomění si souvislostí mezi svým chováním a důsledky svého jednání, převzetí zodpovědnosti, změně chování apod.

Téma zkoumání efektivity skupinové psychoterapie při léčbě závislostí zahrnuje podtémata jako zpětná vazba od účastníků skupinové psychoterapie, využití zpětné vazby pro zefektivnění psychotherapeutického procesu, metody zjišťování účinnosti skupinové psychoterapie³⁶ a propojení výzkumu s praxí.

³⁶ Vždy je myšleno při léčbě závislostí.

Pokud jde o **zpětnou vazbu**, participantí referovali o druhu zpětné vazby (od velmi negativní až po velmi pozitivní) a také o tom, jakým způsobem tuto zpětnou vazbu zjišťují, resp. dostávají. Nejčastěji se jednalo o verbální podobu při skupinové psychoterapii (např. na konci hodiny, při ritualizovaných přestupech mezi fázemi terapie) nebo při pravidelných skupinových schůzkách na toto téma. Ale také v individuální psychoterapii, kdy se společně vrací k některým okamžikům ze skupiny. Také při řádném odchodu klienta, který verbálně hodnotí léčbu. Někdy je zpětná vazba zaznamenána písemně, např. při rekapitulaci týdne nebo pravidelně jednou ročně vyplněním formulářů, dotazníků. Také ji lze vyčíst z deníků, které si v určitém typu zařízení klienti vedou. V soukromém sektoru klienti vyplňují dotazník spokojenosti, v němž hodnotí i spokojenost s terapií. Pokud je s klientem sepsán terapeutický kontrakt, tak je možné zjistit zpětnou vazbu z toho, zda je naplňován či nikoliv. Zpětná vazba je také zjišťována neformálně např. při (pravidelném) setkání absolventů, při různých akcích nebo v rámci návštěv absolventů v zařízení. Často ji lze vysledovat z dalšího průběhu skupiny.

Většina participantů, na otázku zkoumající **využití zpětné vazby pro zefektivnění procesu** skupinové psychoterapie, odpověděla, že informace získané zpětnou vazbou využívají pro zvýšení účinnosti terapeutického procesu, resp. zkvalitnění poskytovaných služeb. Poznatky ze zpětné vazby řeší v týmu, na skupině, nebo je zpracovávají na supervizích. Jeden participant uvedl, že poznatky získané zpětnou vazbou využívají minimálně v technických věcech (časové nastavení, dostatečná frekvence setkávání, frekvence přijímání nových klientů). Další participant vyjádřil úmysl zavést dotazník spokojenosti i v rámci ambulance, zatím ho využívají jen v nízkoprahových službách. Jiný byl pohled participanta, kterému negativní zpětná vazba slouží k zamýšlení se nad jejím důvodem, zda nejde o přenos, zda neudělal někde chybu, zda se nejedná o jeho neodbornost, osobní téma, zda proces nevedou špatným směrem či zda se to týká nějakého zranění klienta. Ve zpětné vazbě vidí tento participant největší terapeutický efekt pro růst klienta i terapeuta. I pro dalšího participanta je negativní zpětná vazba důvodem k reflektování terapeutického procesu.

Z teorie lze dovodit, že zpětná vazba od klientů pomáhá psychoterapeutům při hodnocení průběhu a výsledků skupinové psychoterapie a při hledání důvodů jejího pozitivního (event. negativního) vlivu na klienta, resp. na skupinu. Dle Lamberta (2006,

in Skorunka, 2006, s. 2) není doslova etické léčit bez toho, aniž by terapeuti vzali v potaz zpětnou vazbu a odezvu klienta na terapeutický postup. „Je nejvyšší čas, aby se průběžné hodnocení pacientovi odezvy na léčbu stalo rutinní součástí psychoterapeutické praxe.“

Jde-li o **metody zjišťování účinnosti** skupinové psychoterapie, většina participantů uvedla, že nemají speciální nástroj na zjišťování účinnosti skupinové psychoterapie. Nejvíce k tomu využívají zpětné vazby od klientů. V případě negativní zpětné vazby vyhodnocují, zda je to nastavením systému nebo je to problém klienta (např. jeho nedostatečné motivace). Jiný participant odpověděl, že účinnost zjišťuje ze setkání s klientem, i když vidí smysl v dotaznících a aplikacích na zjišťování účinnosti terapie. Účinnost lze zjistit též z (ne)naplňování individuálního terapeutického kontraktu, pokud je s klientem uzavřen. Systematicky se zjišťováním účinnosti sk. psychoterapie zabývá pouze jeden participant, který uvedl, že mají skupinové plánování, při němž klient uzavře se skupinou jakýsi kontrakt (vyjádří v něm svůj skupinový cíl), který je následně klientem a skupinou hodnocen.

Prostředkem ke zjišťování terapeutické změny snadno dostupným může být kvalitativní rozhovor, který umožňuje například odhalit klíčové okamžiky v průběhu psychoterapie, zaznamenat, jak se zisky z psychoterapie promítají do každodenního života klienta, popsat různé stránky terapeutického vztahu a zejména přiblížit pohled klienta a psychoterapeuta na její efektivitu vzhledem k společně vytyčenému cíli psychoterapie. Navíc samotný rozhovor může klientovi přinést nové úhly pohledu a porozumění, což znamená, že se také může stát součástí procesu změny. Určitý problém spočívá v tom, že kvalitativní metody sice umožňují zachytit specifickou situaci konkrétního případu, ale o to obtížněji lze jejich výstupy sumarizovat a zobecňovat. Limitem je též někdy omezená schopnost klientů najít a náležitě popsat změny, které se udály v terapii nebo mimo terapii, ale měly svůj původ právě v terapii (Sandell at al., 2019).

U participantů při zodpovídání otázky **propojení výzkumu s praxí** převážil názor o nutnosti dalšího vzdělávání, byť nikoliv zaměřeného výlučně na získání poznatků z výzkumů o účinnosti psychoterapie při léčbě závislostí. Většinou se nové poznatky k participantům dostávají prostřednictvím účastí na konferencích, účastí na seminářích, v rámci výcviků a také pokud se dále systematicky vzdělávají v oboru. Jen jeden participant na otázku odpověděl, že nezačleňuje výzkumné poznatky do praxe, neboť se

výzkumem nezabýval. A další vyjádřil jistou skepsi spočívající v tom, zda by vůbec nové výzkumné poznatky mohly znamenat nějakou změnu v jeho přístupu. Nicméně nové poznatky se k němu dostávají vazbou na kolegy, kteří s ním zajímavé informace sdílí. Aktuální informace z výzkumů lze rovněž čerpat přirozeně pracovním propojením s institucemi, které se výzkumem zabývají jako je např. Klinika adiktologie nebo Česká asociace adiktologů. Jiný účastník výzkumu sdělil, že již aktivně nové výzkumné poznatky z oblasti závislostí nevyhledává, protože se aktuálně zabývá jinými tématy, nicméně se k němu dostanou skrze studium jiných témat z oboru psychologie a psychoterapie, také se učí praxí.

Výše uvedené výzkumné poznatky jsou v souladu s teoretickým zázemím. Psychoterapeuti používají k vyhodnocování klientovy změny své zkušenosti, pozorování, intuici a v neposlední řadě své teoretické znalosti. Používání výzkumných nástrojů nemá tyto zdroje nahradit, nicméně je má vhodně doplnit (Sandell at al., 2019).

Kratochvíl (2017) uvádí, že považuje za důležité, aby psychoterapeuti znali výzkumné metody a dokázali je aplikovat v psychoterapii a také, aby byli seznámeni s výsledky dosavadních výzkumů. V širším slova smyslu se výzkumu dopouští každý psychoterapeut, který v praxi průběžně testuje své hypotézy, zajímá se o to, co funguje a jak to klienti prožívají, a přizpůsobuje svou práci na základě průběžné reflexe a zkušenosti (Skorunka, 2006). Dle Timuláka (2005, s. 252) je výzkum psychoterapie budoucností psychoterapie. Dle něj je těžké si v budoucnosti představit psychoterapeuta, který by „nebudoval svou praktickou činnost na empirických poznatcích výzkumu“.

Důležitou otázkou je, do jaké míry by měl psychoterapeut vycházet z konceptů, které jsou předem dané, ať už se jedná o vysvětlující teorie, manuály či diagnostické systémy. Existuje riziko předpojatosti, kdy psychoterapeut předem předpokládá, o co v případě klienta jde nebo že si předem vytvoří představu o tom, jak s ním má pracovat. Předpojatý přístup může vést k ignorování alternativních vysvětlení nebo k přehlížení klientových projevů, které se nehodí do konceptu. Opačně hrozí nevyjasněnost hodnot, s nimiž terapeut pracuje, nejasnost o cíli a v procesu terapie (či jednotlivému sezení) chybí směřování. Riskantní je jak přístup založený na tom, že psychoterapeut na začátku nic neví, tak vyhraněná podoba konceptuálně teoretického stanoviska (Vybíral & Roubal, 2010).

V otázce pátrající po **významu dlouhodobé podpory klienta** se přístup participantů lišil podle toho, zda pracují v ambulantním léčebném zařízení nebo v doléčovacím zařízení či v zařízení komunitního typu. Někteří participanti v podpoře viděli význam a smysl. Jiní ale klienty dlouhodobě nesledují. Jeden participant sdělil, že to má podle něj zásadní význam, neboť po ambulantní léčbě je nutno navázat doléčováním. Další participant v tom určitý význam viděl, neboť pro klienta je velkou vztahovou ztrátou odchod ze zařízení, proto je důležité nabídnout mu ještě další formu spolupráce (individuální terapii, růstovou terapeutickou skupinu). V jednom případě bylo dokonce podmínkou pro postup do další fáze léčení zajištění návazné péče. Další participant vyjádřil názor, že po jakékoli terapii by měl mít klient možnost se kdykoliv znovu obrátit na svého terapeuta. V některých případech participant nabízejí klientům možnost se ozvat nebo přijít. Jeden participant uvedl, že výjimečně se obrátí na klienta i on sám (formou sms).

Pokračující podpora po dokončení léčby je důležitá pro odstranění nebo zmírnění faktorů, které jsou spojeny s relapsem (např. nezaměstnanost, nedostatečná náplň volného času), a naopak posílení faktorů spojených se zachováním abstinence. Je žádoucí pomoci klientovi po skončené léčbě překlenout období přechodu do „normálního“ života, stabilizovat jeho stav a udržet změny v životním stylu, což je cílem služeb následné péče (Kalina, 2015).

6.2 Silné a slabé stránky výzkumu

Za silnou stránkou tohoto výzkumu považuji to, že jsem autenticky zachytila to, jaké účinné faktory skupinové psychoterapie při léčbě závislostí působí, jakým způsobem psychoterapeuti zjišťují účinnost terapie, zda se zaobírají zpětnou vazbou od svých klientů, a jestli považují výzkum o terapeutických faktorech za důležitý, event. zda získané výzkumné poznatky začleňují do své praxe. Pro kvalitativní výzkum jsem shromáždila data z jejich sdílených myšlenek a popisů různých situací, které jsou spojeny s průběhem psychoterapie při léčbě závislých osob, a mohla jsem tak analyzovat odpovědi na stanovené hlavní a potažmo i dílčí výzkumné otázky. Povedlo se mi oslovit a zapojit do výzkumu profesionály v oboru, kteří mají žitou zkušenost s vedením skupinových psychoterapií při léčbě závislých osob. Možná také kvůli tomu, že participanti mají různou délku psychoterapeutické praxe, mají různé vzdělání, působí v odlišných léčebných

zařízení v jiných částech republiky, tak mají rozdílné pohledy na předmětnou oblast výzkumu, což se demonstrovalo v paletě rozličných a v některých případech i velmi odlišných odpovědí na mnou kladené otázky. To přineslo do výzkumu určitou variabilitu.

Mezi slabé stránky mého výzkumu bych uvedla např. to, že výsledky výzkumu se vzhledem k málo početnému výzkumnému souboru (vzorku) nedají zobecnit na širokou společnost, i když v kvalitativním výzkumu není cílem podrobit zkoumání fenomény platné pro reprezentativní část populace (Švaříček & Šedřová, 2007). Dalším limitem výzkumu je určitě moje nezkušenost, pokud jde o realizování vědeckých výzkumů, a malá zkušenost s vedením on-line rozhovorů na odborné téma. Také to, že on-line rozhovor má svoje specifika, mezi které patří například, že on-line komunikace může mít vliv na míru spontaneity participantů – u některých ji může snižovat, u některých naopak zvyšovat (Hricová at al., 2023). Při pročitání rozhovorů jsem si uvědomila, že jsem se někdy nezeptala na zajímavá podtémata, která se v rámci odpovědí na výzkumné otázky vynořila. Na omluvu snad mohu říct, že jsem byla omezena předem domluveným časovým rámcem (cca 60 minut), který jsem se snažila dodržet, a který se pak ukázal jako limitující. Dalším limitem je jistě to, že se v mém výzkumu jedná o malý vzorek participantů (8), což ubralo práci na její větší diverzitě a komplexnosti. Slabá stránka může také spočívat v charakteru dat, jež jsou narativní, což s sebou nese možné ovlivnění např. náladou, zdravotním stavem, aktuální životní situací, sociálním kontextem, životním paradigmatem atd.

6.3 Praktické využití

Výsledky této práce potvrdily, že v rámci skupinové psychoterapie při léčbě závislostí působí efektivně určité faktory. Což znamená, že se klientům skupinové psychoterapie při léčbě závislostí může dařit v dosahování jejich vytyčených terapeutických cílů. Pro psychoterapeutickou praxi mají výsledky tohoto výzkumu využití v tom smyslu, že ukazují význam, potřebu a smysl dalšího zkoumání účinných faktorů skupinové psychoterapie při léčbě závislostí a vůbec celého psychoterapeutického procesu a jeho efektivity. Ukazují také na potřebu a důležitost získávání výzkumných poznatků z této oblasti a jejich začleňování do praxe. Pro pracovníky v sociálních službách může být tato práce zdrojem

informací, které jim mohou posloužit při skupinové či individuální práci s klienty se závislostí.

Další implikaci vidím v tom, že bych mohla zvýšit zájem o tuto problematiku mezi odbornou veřejností, která by podnítila diskuzi ohledně možností zapojení skupinové psychoterapie při léčbě závislostí do systému pravidelných úhrad z veřejného zdravotního pojištění.

6.4 Návrhy pro další výzkum

Další výzkum účinných faktorů skupinové psychoterapie při léčbě závislostí by se mohl ubírat několika směry. Mohl by se zaměřit na jednotlivé druhy závislostí, včetně nových typů závislostí jako jsou technologické závislosti (chatování, internet, hraní on-line her či on-line nakupování). Také by se mohl zaměřit na zjišťování účinných faktorů skupinové psychoterapie při léčbě závislostí v jednotlivých typech léčebných zařízení (jako jsou ambulantní zařízení, terapeutické komunity, denní stacionáře apod.).

Bylo by užitečné srovnat efekt krátké intervence a individuální a skupinové psychoterapie při léčbě klientů se závislostí. Rovněž by bylo zajímavé zjistit, jaká forma léčby a jaká délka léčby je pro klienty se závislostí ve skupinové psychoterapii nejprínosnější z hlediska jejich stupně závislosti, druhu závislosti a míry jejich motivace. Dalším tématem výzkumu by mohlo být srovnání účinnosti jednotlivých terapeutických přístupů (včetně integrativních a eklektických) v rámci skupinové psychoterapie při léčbě závislostí v mezinárodním měřítku (např. porovnáním jednotlivých členských států EU).

Realizací výše uvedených výzkumů by se přispělo k lepšímu pochopení problematiky skupinové psychoterapie při léčbě závislostí, což by mohlo ve svém důsledku vést k efektivnějšímu způsobu léčby klientů trpících závislostí a diferencovanějšímu přístupu k jednotlivým klientům s větším zohledněním jejich individuálních rozdílů a specifik jednotlivých typů a druhů léčby.

7 Závěr

Skupinovou psychoterapii lze považovat za jednu z významných forem intervence ve prospěch osob léčících se ze závislosti. Studium účinných faktorů skupinové psychoterapie při léčbě závislostí přináší užitečný vhled do dané problematiky, který může být cestou ke změně přístupu ke konkrétnímu klientovi, skupině nebo znamenat celkovou změnu konceptu léčby této cílové skupiny. Naše vnímání různých událostí a jevů je subjektivně zkreslené, což je dobré mít na zřeteli, a čas od času si to připomínat, např. při uvažování nad smysluplností začleňování poznatků z výzkumných studií ohledně terapeutických faktorů při léčbě závislostí do psychoterapeutické praxe.

Cílem psychoterapie je pomoci klientovi porozumět jeho vnitřnímu světu a měnit ho (Yalom & Leszcz, 2021). Navzdory širokému využití skupinové psychoterapie u závislých osob se efektivitě skupinové psychoterapie, jejím předpokladům a jednotlivým terapeutickým faktorům, věnuje malá výzkumná pozornost, a to zejména u nás.

V této kvalitativní studii jsem se zaměřila na popis a způsoby identifikace účinných faktorů skupinové psychoterapie při léčbě závislostí a také na metody zjišťování účinnosti skupinové psychoterapie a možnosti začleňování výzkumných poznatků o účinných faktorech skupinové psychoterapie při léčbě závislostí do psychoterapeutické praxe. Stavěla jsme na dvou teoretických základech. Jeden pochází z oblasti psychoterapie se zaměřením na skupinovou psychoterapii a druhý je z oblasti závislostí s důrazem na způsob léčby závislých osob. Primárním cílem této práce bylo zjistit, jaké účinné faktory skupinové psychoterapie působí při léčbě závislostí. Dále jsem zjišťovala, jaké specifické techniky nebo aktivity (metody) jsou během skupinové psychoterapie při léčbě závislých osob využívány, zda psychoterapeuti začleňují výzkumné poznatky o účinných faktorech skupinové psychoterapie při léčbě závislostí do své praxe a zda se vůbec zabývají otázkou zjišťování účinnosti psychoterapie, resp. zpětné vazby od svých klientů.

Pro tyto účely jsem vybrala osm participantů – psychoterapeutů, kteří vedou či vedli skupinové psychoterapie se závislými osobami v různých léčebných zařízeních. Uskutečnila jsem s nimi osm polostrukturovaných rozhovorů. Sesbíraná data jsem posléze analyzovala pomocí tematické analýzy. Výsledkem analýzy byla krystalizace šesti hlavních témat, která se více či méně týkala identifikace účinných faktorů skupinové

psychoterapie při léčbě závislostí, resp. zjišťování efektivity terapeutického procesu. Jednalo se o tato témata: (a) skupinová psychoterapie při léčbě závislostí, (b) osoba psychoterapeuta, (c) zkoumání efektivity, (d) příklady z praxe, (e) význam dlouhodobé podpory klienta, (f) individuální sdělení k tématu výzkumu.

Zjištění této studie spočívají v identifikaci účinných faktorů skupinové psychoterapie při léčbě závislostí. Zjistila jsem, že psychoterapeuti pohlíží na účinné faktory skupinové psychoterapie z různých úhlů pohledu, akcentují různé faktory, ale dohromady identifikovali všechny účinné faktory skupinové psychoterapie tak, jak jsou popsány v teoretické části práce.

Jedná se o tyto terapeutické faktory: sdílení emocí, dodávání naděje, vzájemná podpora, korektivní zkušenost, dynamika skupiny, vztahy mezi členy skupiny, autenticita, koheze skupiny, bezpečí, emoční podpora, katarze, faktor sounáležitosti, učení se od druhých, skupina jako model rodiny. Dále k nim patří důvěra v proces, otevřenost klientů vůči sobě, interakce s více lidmi, (kritická) zpětná vazba a konfrontace s více lidmi, také negativní a pozitivní motivace a možnost být příkladem pro ostatní, odžít si více rolí, zprostředkování více zkušeností, pomoc se získáním náhledu a korekcí patologických vztahových vzorců, faktor zodpovědnosti, stabilita a bezpečí (stabilní terapeutický vztah, rámec terapie). Za účinné faktory byly participanty také označeny: komunikace včetně toho, kdo a jak vede skupinu, vztahy mezi klienty a mezi klientem a terapeutem (terapeutický vztah), různorodost názorů (postojů), skupina jako trenažér sociálních (komunikačních) dovedností, emoční korekce nebo „vyzrálost“ terapeutů. Otázka terapeutických faktorů byla také ovlivněna psychoterapeutickým přístupem participantů, neboť jeden participant uvedl, že postmoderní úhel pohledu nedefinuje účinné faktory, ale obrací se k lidem, přináší větší svobodu. Participant, který se ve své praxi věnoval hagioterapii, zmínil odstranění autocenzury a pozitivní vztah s vyšší mocí (spirituální rovina). Nejčastěji byly participanty zmiňovány tyto faktory: sdílení emocí, zkušeností, vzájemná podpora, bezpečí (lze projevit emoce a být autentický), korektivní zkušenost, koheze skupiny, interpersonální vztahy.

Pokud jde o otázku ohledně metod zjišťování účinnosti skupinové psychoterapie, většina participantů nemá speciální nástroj na zjišťování účinnosti skupinové psychoterapie. Nejvíce ke zjišťování efektivity slouží zpětná vazba od klientů nebo setkání s klientem, kdy

participant vidí, že se klientovi daří, že chce s ním zůstat v kontaktu. Nebo je účinnost sledována podle počtu klientů, kteří úspěšně dokončí program. Účinnost také zjišťují z (ne)naplňování individuálního terapeutického kontraktu, pokud je s klientem uzavřen. Systematicky se zjišťováním účinnosti skupinové psychoterapie zabývá pouze jeden participant, který k němu využívá skupinové plánování, při němž klient uzavře se skupinou kontrakt, který následně podléhá vyhodnocování. Jde-li o začleňování výzkumných poznatků o účinných faktorech do praxe, převážil názor o nutnosti dalšího vzdělávání v oboru. Většinou se nové poznatky k participantům dostávají prostřednictvím účastí na konferencích, účastí na seminářích, v rámci výcviků, supervizí a také pokud se dále systematicky vzdělávají v oboru nebo vůbec v oblasti psychologie a psychoterapie. Aktuální informace z výzkumů lze rovněž čerpat pracovním propojením s institucemi jako Klinika adiktologie nebo Česká asociace adiktologů.

Čím se skupinová psychoterapie při léčbě závislostí liší od jiných skupinových psychoterapií jsou její specifické rysy (např. větší strukturovanost, emoční podpora, vazba na skupinu), dále tím, že jsou v ní častěji zastoupeny specifické typy skupin (hodnotící, nácvikové, psychoedukační, tematické atd.), častěji používá určité specifické techniky (např. zvládnání cravingu, prevence relapsu, na udržení motivace) a pouze určité psychoterapeutické přístupy (KBT, psychodynamický, integrativní, systemický atd.).

8 Souhrn

Cílem diplomové práce bylo zkoumat účinné faktory skupinové psychoterapie při léčbě závislostí. V teoretické části jsem vymezila pojmy jako psychoterapie, skupinová psychoterapie, účinné faktory (skupinové) psychoterapie, závislosti, syndrom závislosti, behaviorální závislosti, účinné faktory skupinové psychoterapie při léčbě závislostí, výzkum psychoterapie obecně a při léčbě závislostí. V metodologické části jsem popsala aspekty zvoleného kvalitativního výzkumu s využitím polostrukturovaného rozhovoru obecně a poté také konkrétně popisem metodologie tohoto výzkumu, sběru dat, výběru participantů a výzkumné metody. V interpretační části jsem zodpověděla na hlavní výzkumné otázky v kapitolách 5.1 Skupinová psychoterapie při léčbě závislostí, 5.2 Osoba terapeuta, 5.3 Případy zotavení klienta v rámci skupinové psychoterapie, 5.4 Zkoumání efektivity skupinové psychoterapie při léčbě závislostí, 5.5 Význam dlouhodobé podpory klienta, 5.6 Otevřená otázka anebo řekněte, co chcete...

V závěru práce je zodpovězena hlavní výzkumná otázka: Jaké jsou účinné faktory skupinové psychoterapie při léčbě závislostí. Výzkumně bylo potvrzeno, že ve skupinové psychoterapii při léčbě závislostí působí všechny terapeutické faktory dle třídění Yaloma a Leszcze a také Kratochvíla. Jde o následující terapeutické faktory: dodávání naděje, univerzalita, poskytování informací, altruismus, korektivní rekapitulace primární rodiny, rozvoj sociálních dovedností, napodobující chování, interpersonální učení, katarze, existenciální faktory, korektivní emoční zkušenost, koheze skupiny, členství ve skupině, emoční podpora, pomáhání jiným, sebeexplorace a sebereprojevení, odreagování, zpětná vazba a konfrontace, náhled, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností.

Práce je přínosná a obohacující tím, že popisuje konkrétní příklady z praxe skupinové psychoterapie při léčbě závislých osob a také pokusem o komplexnější pohled na tuto složitou problematiku. Může být snad také inspirací pro psychoterapeuty a pomáhající pracovníky v této oblasti, ale také pro širokou veřejnost.

9 Seznam literatury

9.1 Knihy

Dušek, K., & Večeřová–Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2. vydání). Grada.

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (2. vydání). Portál.

Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách: Drogy a jejich účinky. Rizika zvyšující užívání drog. Léčba. Problémové situace*. Grada.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.

Hricová, A., Ondrášek, S., & Urban, D. (2023). *Metodologie v sociální práci*. Grada

Jochmannová, L., & Kimplová, T. (eds.). (2021). *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Grada.

Kalina, K. (2008a). *Terapeutická komunita*. Grada.

Kalina, K. (2008b). *Základy klinické adiktologie*. Grada.

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

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada.

Kooyman, M., Terapeutická komunita pro závislé. In Nevšímal, P. (ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje - o. p. s. Magdaléna.

Kratochvíl, S. (2009). *Skupinová psychoterapie v praxi* (3. vydání). Galén.

Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie* (7. vydání). Portál.

Křížová, I. (2021). *Závislosti: pro psychologické obory*. Grada.

Kudrle, S. (2003). Trauma a závislost. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 130-135

Kuklová, M. (2016). *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislostí*. Portál.

- Maté, G., & Jurek, V. (2020). *V říši hladových duchů: blízká setkání se závislostí*. PeopleComm.
- Matoušek, O., Kolářková, J., & Kodymová, P. (eds.). (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (2. vydání). Portál.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. Sdružení SCAN.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Miovský, M., & Bartošíková, I. (2003a). Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 25-29.
- Miovský, M., & Bartošíková, I. (2003b). Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 36-44.
- Mišovič, J. (2019). *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Slon.
- Navrátil, P. (2003). Sociální práce. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 70-74
- Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby* (5. vydání). Portál.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Psychiatrické centrum Praha
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3. vydání). Grada.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2024). *Psychoterapeutické systémy: Základní přehled přístupů*. Portál.
- Rotgers, F., Keller, D. S., & Morgenstern, J. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Grada.
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., Uchtenhagen, A., Stöver, H., Degkwitz, P., Reimer, J. & Haasen, C. (2010). *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. Úřad vlády České republiky.

- Švaříček, R., & Šedřová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.
- Timuřák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Triton.
- Timuřák, L. (2014). *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru: integrativní rámec* (2. vydání). Portál.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (eds.). (2010). *Současná psychoterapie*. Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie* (3. vydání). Portál.
- Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie* (3. vydání). Grada.
- Vymětal, J. a kol. (2004). *Obecná psychoterapie* (2. vydání). Grada.
- Woititz, J. G. (2021). *Dospělé děti alkoholiků: překročte bludný kruh minulosti* (2. vydání). Portál.
- Yalom, I. D., & Hartlová-Císařová, H. (2012). *Chvála psychoterapie: otevřený dopis nové generaci psychoterapeutů a jejich pacientů*. Portál.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2021). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie* (4. vydání). Portál.
- Zeig, J. K., & Kratochvíl, S. (2005). *Umění psychoterapie*. Portál.

9.2 Elektronické zdroje

Ahmed, S., Abolmagd, S., Rakhawy, M., Erfan, S., & Mamdouh, R. (2010). Therapeutic Factors in Group Psychotherapy: A Study of Egyptian Drug Addicts. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 5(3–4), 194–213. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2010.523345>

Amichai-Hamburger, Y., Klomek, A. B., Friedman, D., Zuckerman, O., & Shani-Sherman, T. (2014). The future of online therapy. *Computers in Human Behavior*, 41, 288-294. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.09.016>

Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. <https://doi.org/10.1037/11132-001>

Bador, K., & Kerekes, N. (2020). Evaluation of an integrated intensive cognitive behavioral therapy treatment within addiction care. *The journal of behavioral health services & research*, 47(1), 102-112. <https://doi.org/10.1007/s11414-019-09657-5>

Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., ... & Cuijpers, P. (2016). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *Focus*, 14(2), 229-243. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.140201>

Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. <https://doi.org/10.1037/12075-003>

Braun, V., & Clarke, V. (2014). What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9(1), 26152. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>

Bulut, S., & Bozkurt, Í. (2019). The effect of treatment motivation levels on patients sent to a conditional substance abuse treatment program. *Universitas Psychologica*, 18(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-1.etml>

Burlingame, G. M., Fuhriman, A., & Johnson, J. E. (2001). Cohesion in group psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 373. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.373>

Burlingame, G. M., Fuhriman, A., & Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group dynamics: Theory, research, and practice*, 7(1), 3., <https://doi.org/10.1037/1089-2699.7.1.3>

Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452-1460., <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1452>

Cisler, RA, Barrett, D., Zweben, A., & Berger, LK (2003). Integrace krátké motivační léčby pro problémové pijáky v soukromé ambulanci: charakteristika klienta, využití služeb a předběžné výsledky. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21 (3), 1-21. https://doi.org/10.1300/J020v21n03_01

- Crowe, T. P., & Grenyer, B. F. (2008). Is therapist alliance or whole group cohesion more influential in group psychotherapy outcomes?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(4), 239-246. <https://doi.org/10.1002/cpp.583>
- Česká asociace pro psychoterapii. (2024). Evropský psychoterapeut, Pravidla a doporučení pro profesi psychoterapeuta. [https://czap.cz/resources/Documents/klicove-kompetence-evropskeho-psychoterapeuta-2015%20\(1\).pdf](https://czap.cz/resources/Documents/klicove-kompetence-evropskeho-psychoterapeuta-2015%20(1).pdf)
- Danielová, K. (2006). *Jan Hendl: Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 42(4), 812-813.
- Dubovská, E. (2020). *Klient: Často opomíjený účinný faktor psychoterapie*. Psychoterapie, 14(1).<https://journals.muni.cz/psychoterapie/article/view/12672>
- Dubovská, E., Furstová, J., Růžička, J., & Tavel, P. (2019). Validity of the Czech version of the therapeutic factors inventory—short form (TFI-S). *International Journal of Group Psychotherapy*, 69(3), 308-327. <https://doi.org/10.1080/00207284.2019.1584527>
- Fernandez, E., Woldgabreal, Y., Day, A., Pham, T., Gleich, B., & Aboujaoude, E. (2021). Live psychotherapy by video versus in-person: A meta-analysis of efficacy and its relationship to types and targets of treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(6), 1535-1549. <https://doi.org/10.1002/cpp.2594>
- Fleming, M., & MANwELL, L. B. (1999). Brief intervention in primary care settings: A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 128. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6760420/>
- Flores, P. J. (2001). Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International journal of group psychotherapy*, 51(1: Special issue), 63-81. <https://doi.org/10.1521/ijgp.51.1.63.49730>
- Frank, J. D. (1952). Group Methods in Psychotherapy. *Journal of Social Issues*, 8(2). <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1952.tb01602.x>
- Harris, N., & Mazmanian, D. (2016). Problem internet gamblers' perspectives on cognitive behavioural group therapy. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14, 885-895. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9622-6>
- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S., & Blendell, K. A. (1993). Cognitive - behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year followup. *Cognitive therapy and Research*, 17(4), 325-339. <https://doi.org/10.1007/BF01177658>
- Holmes, S. E., & Kivlighan Jr, D. M. (2000). Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment processes. *Journal of counseling psychology*, 47(4), 478. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.4.478>
- Holroyd, J., & Luca, M. (2019). Psychotherapy with clients with addiction (s): a grounded theory study of effective therapeutic approaches. *Journal of Psychological*

Therapies, 4(2),131-154.

<https://www.ingentaconnect.com/content/phoenix/jpt/2019/00000004/00000002/art00004>

Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B., ... & Weiss, R. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy. *Journal of substance abuse treatment*, 26(3), 151-158. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00212-5](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00212-5)

Jániš, M. (2010). ÚČINNÉ FAKTORY SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPIE. *E-psychologie*, 4 (1). <http://e-psycholog.eu/clanek/82>.

Joyce, A. S., MacNair-Semands, R., Tasca, G. A., & Ogrodniczuk, J. S. (2011). Factor structure and validity of the Therapeutic Factors Inventory–Short Form. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 15(3), 201. <https://doi.org/10.1037/a0024677>

Kim, J. W., Choi, Y. S., Shin, K. C., Kim, O. H., Lee, D. Y., Jung, M. H., ... & Choi, I. G. (2012). The effectiveness of continuing group psychotherapy for outpatients with alcohol dependence: 77-month outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(4), 686-692. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01643.x>

Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>

Laska, K., Gurman, A., & Wampold, B. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467-481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>

Lese, K. P., & MacNair-Semands, R. R. (2000). The therapeutic factors inventory: development of a scale. *Group*, 24, 303-317. <https://doi.org/10.1023/A:1026616626780>

Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: a new agenda. *Psychological bulletin*, 142(8), 801. <https://doi.org/10.1037/bul0000057>

Liddle, H. A. (1999). Theory development in a family-based therapy for adolescent drug abuse. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(4), 521-532. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2804_12

MacNair-Semands, R. R., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2010). Structure and initial validation of a short form of the Therapeutic Factors Inventory. *International journal of group psychotherapy*, 60(2), 245-281. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2010.60.2.245>

McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(3), 511. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012>

- McRoberts, C., Burlingame, G. M., & Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group dynamics: Theory, research, and practice*, 2(2), 101. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.2.2.101>
- Mobasher, M. W., Enaba, D., & Khalil, M. A. (2017). Do Motivational Incentives Facilitate Drug Addiction Therapy?. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 16(1), 13-19. DOI: 10.1097/ADT.0000000000000096
- Moos, R., Schaefer, J., Andrassy, J., & Moos, B. (2001). Outpatient mental health care, self-help groups, and patients' one-year treatment outcomes. *Journal of clinical psychology*, 57(3), 273-287. <https://doi.org/10.1002/jclp.1011>
- Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E., & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97(3), 279-292. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00018.x>
- Nešpor, K. (2002). *Moderní léčba návykových nemocí*. <https://www.drnespor.eu/addictcz.html>
- Prášková, H., Praško, J. (2007). Psychoterapie úzkostných poruch. Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů: Portál 1. lékařské fakulty Karlovy Univerzity v Praze. <https://connect.cuni.cz/p75cfz79to6/>
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling psychology*, 41(4), 473. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.4.473>
- Rosenblatt, P. C. (2009). Providing therapy can be therapeutic for a therapist. *American Journal of Psychotherapy*, 63(2), 169-181. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2009.63.2.169>
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 193-260. <https://doi.org/10.1177/0011000009359313>
- Řiháček, T., & Roubal, J. (2019). VYUŽÍVÁNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÝCH TECHNIK V PRAXI. *E-psychologie*, 13(1). https://www.e-psycholog.eu/pdf/rihacek_roubal.pdf
- Řiháček, T., Nehyba, J., Čevelíček, M., Polok, A., Matějka, P., & Doležal, P. (2023). DeePsy: Představení online nástroje pro zpětnou vazbu v psychoterapii. *Psychoterapie*, 17(1). <https://doi.org/10.5817/PSY2023-1-1>
- Sandell, R., Holub, D., Řiháček, T., Roubal, J., & Benešová, M. (2019). *Posouzení změn po ukončení psychoterapie (CHAP): Česká verze manuálu*. Masarykova univerzita. <https://doi.org/10.5817/CZ.MUNI.M210-9244-2019>
- Sezgin, U., & Punamäki, R. L. (2008). Effectiveness of group psychotherapy among women with multiple traumatic life events: a pilot study in the southeast Anatolian

- region. *Journal of Loss and Trauma*, 13(6), 557-575.
<https://doi.org/10.1080/15325020802173694>
- Skorunka, D. (2007). *Ze světa praxe do světa výzkumu (a zpět)*.
https://www.researchgate.net/publication/274871685_Ze_sveta_praxe_do_sveta_vyzkumu_a_zpet
- Sudhir, P. M. (2018). Cognitive behavioural interventions in addictive disorders. *Indian journal of psychiatry*, 60 (Suppl 4), 479-484.
DOI: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_15_18
- Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B., ... & Wilson, B. (2015). What clinicians want: Findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy*, 52(1), 1. <https://doi.org/10.1037/a0038252>
- Tillitski, C. J. (1990). A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus individual versus control treatments. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40(2), 215-224. <https://doi.org/10.1080/00207284.1990.11490601>
- Timuřak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(3), 305–314. <https://doi.org/10.1080/10503300600608116>
- ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2023). Psychiatrická ročenka 2022.
<https://www.uzis.cz/res/f/008442/psych2022.pdf>
- Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (2019). <https://www.vfn.cz/pacienti/kliniky-ustavy/klinika-adiktologie/>
- Weiss, R. D., Jaffee, W. B., de Menil, V. P., & Cogley, C. B. (2004). Group therapy for substance use disorders: what do we know? *Harvard review of psychiatry*, 12(6), 339-350. doi:10.1080/10673220490905723
- Wölfling, K., Beutel, M. E., Dreier, M., & Müller, K. W. (2014). Treatment outcomes in patients with internet addiction: a clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program. *BioMed research international*, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/425924>
- Woody, G. E., Luborsky, L., McLellan, A. T., O'Brien, C. P., Beck, A. T., Blaine, J., ... & Hole, A. (1983). Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of general psychiatry*, 40(6), 639-645. doi:10.1001/archpsyc.1983.04390010049006
- Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách (2006). https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zakon_108_2006.pdf
- Zarbo, C., Tasca, G. A., Cattafi, F., & Compare, A. (2016). Integrative psychotherapy works. *Frontiers in psychology*, 6, 172963. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02021>

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas a souhlas se zpracováním osobních údajů

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Dnes jsem poskytl/a rozhovor Mgr. Daně Matoušové, studentce oboru Aplikovaná psychoterapie a inovace v sociální práci na CMTF Univerzity Palackého v Olomouci, v rámci jejího kvalitativního výzkumu pro diplomovou práci na téma Účinné faktory skupinové psychoterapie při léčbě závislostí.

Beru na vědomí, že účast ve výzkumu je dobrovolná. Víím, že mohu kdykoliv v průběhu projektu ukončit svoji spolupráci, a to bez jakýchkoliv závazků.

Pro účel výzkumu smí být tento rozhovor zpracováván jen v anonymizované podobě bez souvislosti s mým jménem a kontaktem na moji osobu. Přepis textu nebude přílohou či jinou součástí diplomové práce. V jejím textu mohou být použity krátké anonymizované citace jako příklady výzkumných zjištění.

Pořízený videozáznam bude sloužit pouze k vypracování předmětné diplomové práce a nebude nikde zveřejněn. Tento záznam bude bezpečně uložen u řešitelky výzkumu Mgr. Dany Matoušové, a to pouze po dobu nezbytně nutnou pro vypracování diplomové práce, poté bude smazán.

Vím, že mohu svůj souhlas s rozhovorem vzít zpět. Byla mi nabídnuta možnost získat přepsaný rozhovor k autorizaci a výsledný text v elektronické podobě ke komentáři. S těmito podmínkami souhlasím.

Prohlašuji, že se výzkumu účastním na základě vlastního dobrovolného rozhodnutí a bez nároku na odměnu či jinou náhradu.

Datum:

Jméno:

Podpis:

Příloha č. 2 – Seznam zkratk

KBT – Kognitivně behaviorální terapie

ACT – Terapie přijetí a odhodlání

DBT – Dialektická behaviorální terapie

APA – American Psychological Association (Americká psychologická asociace)

DSM-5 – Diagnostický a statický manuál duševních poruch (5. vydání)

WHO – Světová zdravotnická organizace

MKN-10 – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VFN – Vojenská fakultní nemocnice

AT – Alkohol a toxikomanie

TFI – Therapeutic Factors Inventory

TFI-S – Therapeutic Factors Inventory - Short

EU – Evropská unie

Příloha č. 3 – Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Počet pacientů s diagnózou F10 a F11-19 (znázorňuje strukturu pacientů dle věku léčených v psychiatrických ambulancích v roce 2022)

Tabulka č. 2 – Demografické údaje participantů