

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

ID studijního oboru: N5345, prezenční forma navazujícího magisterského studia



Bc. Michaela Kubátová

Analýza metod a realizace prevence relapsu ve vybrané terapeutické
komunitě

Analysis of the applied methods of the relapse prevention and interventions
used in selected therapeutic community for addiction treatment

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Reichelová

Praha

2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 8. 12. 2015

jméno a příjmení

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Lence Reichelové ze trpělivost a odborné vedení této diplomové práce.

Dále bych chtěla poděkovat terapeutické komunitě Magdaléna o.p.s. a jejímu terapeutickému týmu za zapojení do výzkumu, poskytnutí rozhovorů a sdílení cenných informací pro účely této diplomové práce.

V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu po celou dobu mého studia.

Identifikační záznam

KUBÁTOVÁ, Michaela. Analýza metod a realizace prevence relapsu ve vybrané terapeutické komunitě [Analysis of the applied methods of the relapse prevention and interventions used in selected therapeutic community for addiction treatment]. Praha, 2015. 106 s., 1 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie, Vedoucí práce Reichelová, Lenka.

Abstrakt

Cílem tohoto kvalitativního výzkumu bylo zmapovat, jak probíhá příprava a proces programů prevence relapsu v léčebném zařízení typu terapeutické komunity pro drogově závislé v České republice - Magdaléna o.p.s. Dalším cílem bylo popsat specifika těchto programů a zanalyzovat metody, které se v daném zařízení k tomuto účelu využívají. K dosažení těchto cílů byly použity čtyři metody: analýza odborných dokumentů, polostrukturované rozhovory se členy terapeutického týmu terapeutické komunity, zúčastněné pozorování na skupině prevence relapsu a polostrukturovaný rozhovor s klientkou terapeutické komunity.

Výzkumný soubor se nakonec skládal ze 4 terapeutů, jedné klientky terapeutické komunity. Pro analýzu dokumentů byly poskytnuty 3 odborné příručky, ze kterých terapeutický tým vychází při tvorbě programů prevence relapsu. Pro zpracování dat dále posloužily výstupy ze zúčastněného pozorování na skupině.

Bylo zjištěno, že specifické programy prevence relapsu, které jsou dlouhodobě součástí strukturovaného programu terapeutické komunity Magdaléna, jsou na programu jednou týdně, program trvá hodinu a je veden jedním terapeutem. Realizovány jsou skupinové techniky z okruhu specifických témat. Techniky jsou založeny na edukačním základě, kombinované s terapeutickým působením zejména kognitivně-behaviorálního typu. Evaluace těchto programů v dané komunitě neprobíhá. Prevence relapsu a metody s ní spojené v léčebném programu přesahují do dalších oblastí, nejvíce do rodinné terapie, skupinové terapie, individuální terapie, volnočasových aktivit a pracovní terapie. Využívají se tedy specifické i globální strategie prevence relapsu. O tématu re/lapsu se v terapeutické komunitě Magdaléna mluví otevřeně, re/laps klienta však znamená, že klient v zájmu ochrany bezpečného léčebného prostředí nemůže pokračovat v léčbě v tomto zařízení.

Klíčová slova

Relaps, laps, prevence relapsu, metody prevence relapsu v léčbě závislostí, KBT, terapeutická komunita

Abstract

The aim of this qualitative study was to map the preparation and process of relapse prevention programs in therapeutic community for treating addictions in Czech republic called Magdaléna o.p.s.. The next aim was to describe the specifics of these programs and analyse methods that are mostly applied.

For fulfilling these aims, four methods were chosen: analysis of documents, semistructured interviews with the members of the team of therapists, observation of the researcher in the specific relapse prevention program during her internship and one semistructured interview with client of this therapeutic community.

The final number of respondents for this research was four therapists and one client. Three methodic relapse prevention documents were analysed and for setting the final outcomes of this research were also used the outputs from the observation of the researcher from the specific relapse prevention program.

Based on this research it was found out, that the specific relapse prevention programs in Magdaléna have been part of the long-term structured schedule of the treatment. This program is on the schedule once per week in duration of one hour and it is managed by one of the therapists. The program have been carried out in group and it is always based on one specific topic. Educational and mostly cognitive-behavioral therapeutical methods have been combined. Any evaluation of these programs has been realized.

Beside these specific programs relapse prevention methods can be also found in different areas of the schedule. Relapse prevention methods are also applied in family therapy, group therapy, individual therapy, leisure time activities and occupational programs. Either specific or global strategies for relapse prevention are used. Re/lapse is a frequent topic in Magdaléna. There is the aim of the safe environment for the treatment ruled by specific rules, so re/lapse of client during the time of treatment means, that he/she can't continue in the treatment in the same facility.

Key words: relapse, lapse, relapse prevention, relapse prevention methods in the addiction treatment, cognitive-behavioral therapy, therapeutic community

Obsah

I. Úvod	9
II. Teoretická část.....	12
1. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	13
1.1. Relaps, laps a recidiva	13
1.2. Relaps a drop-out.....	14
1.3. Craving.....	16
1.4. Dynamika a skrytí předchůdci relapsu.....	17
1.5. Kolo změny dle Prochasky a DiClementa	23
2. Prevence relapsu závislého chování	26
2.1. Základní vybrané modely prevence relapsu.....	27
2.2. Kognitivně-behaviorální přístup v kontextu prevence relapsu	31
2.3. Integrovaný psychodynamicko/kognitivně-behaviorální přístup v kontextu prevence relapsu	32
3. Metody a strategie v prevenci relapsu	33
3.1. Behaviorální strategie	35
3.2. Kognitivní strategie	38
3.3. Intervence týkající se životního stylu	39
3.4. Strategie zvládání	40
3.5. Poradenské techniky	44
4. Prevence relapsu v systému péče léčby závislostí.....	45

5. Léčebný model terapeutické komunity a jeho zařazení v systému služeb léčby závislostí	46
5.1. Implementace programu prevence relapsu do terapeutické komunity	48
6. Hodnocení kvality v léčbě závislostí: terapeutická komunita a prevence relapsu ...	49
6.1. Evidence-based přístup: Výzkumy zaměřené na účinnost programů prevence relapsu	53
III. Empirická část	56
7. Vymezené cíle výzkumu	57
8. Výzkumné otázky	58
9. Metodologický rámec studie	58
9.1. Výzkumný soubor	59
9.2. Metody získávání dat	61
10. Etické aspekty	64
11. Získávání dat	65
11.1. Analýza dokumentů	65
11.2. Zúčastněné pozorování	66
11.3. Rozhovor s klientkou terapeutické komunity	67
11.4. Rozhovory se členy terapeutického týmu komunity	67
12. Provedení, zpracování a analýza dat	68
13. Interpretace výsledků	69
13.1. Interpretace výsledků analýzy dokumentů	69
13.2. Interpretace výsledků ze zúčastněného pozorování	73
13.3. Interpretace výsledků rozhovorů s terapeutem a klientkou	74

14. Diskuse	87
IV. Závěr	93
V. Seznam odborné literatury	95
VI. Přílohy.....	100

I. Úvod

V této diplomové práci se autorka zabývala problematikou prevence relapsu. Relaps můžeme označit za jednorázový či déledobý návrat k závislému chování a představuje bohužel stále nejčastější výsledek terapeutické intervence (Zotagová in Wanigaratne et al., 2008). To potvrzuje důležitost prevence relapsu jako součásti terapie i následné péče.

Existující data poukazují na fakt, že závislí jedinci, kteří přestanou užívat alkohol nebo drogy, čelí možnosti relapsu i v případě, že byla jejich předchozí léčba úspěšná. Mnoho uživatelů návykových látek se tak dostává do chronického cyklu, kdy po relapsech znovu nastupují do léčby, následuje krátké období zotavení, než znovu proběhne relaps (Douaihy et al., 2007). Z toho důvodu se začíná v léčbě závislostí klást větší důraz na klinické strategie, které se zaměřují na snížení pravděpodobnosti relapsu.

V kontextu léčby závislostí vycházejí metody prevence relapsu z předpokladu, že závislý je schopen své závislé chování měnit a kriticky tak reaguje na pojetí závislosti jako nemoci. Jedná se tedy o jeden z přístupů kognitivně-behaviorální psychologie v léčbě drogově závislých. Prevence relapsu jako kognitivně-behaviorální přístup, se zaměřuje na zvyšování kontroly, kombinuje přitom nácvik dovedností zvládání, kognitivní restrukturalizace a intervence zaměřené na stabilizaci životního stylu. Nejde tedy jen o to naučit klienta vyhýbat se rizikovým situacím, ale tyto situace anticipovat a efektivně je zvládat, tedy vybavit klienta dovednostmi snižujícími riziko relapsu (Kuda, 2003).

Metody prevence relapsu pro léčbu závislostí byly nejprve navrženy pro aplikaci v doléčovacích programech, čím dál častěji se však začínají uplatňovat i v dalších léčebných programech. Jedním z jedinečných typů komplexního dlouhodobého rezidenčního léčebného zařízení pro drogově závislé, kde jsou často metody prevence relapsu jednou z běžných součástí léčby, je terapeutická komunita pro drogově závislé. Program terapeutické komunity pro drogově závislé se sám o sobě v širších souvislostech zaměřuje na klíčové záležitosti prevence relapsu Podle Kaliny (2005) našly během reforem v terapeutických komunitách pro drogově závislé svoje místo různé nové metody a služby, jednou z těchto nových metod je právě specifický program prevence relapsu. Například na rozdíl od následné péče, znamená relaps v terapeutické komunitě zpravidla porušení

kardinálního pravidla a nejčastěji má za následek vyloučení z léčby. Znamená to tedy jiné uchopení metod prevence relapsu napříč různými typy služeb. Práce s relapsem bývá v různých zařízeních ošetřena interními pravidly, oblast prevence relapsu bývá ale zpracována mnohem méně a působí často rozpaky, jak k ní přistupovat (Kuda, 2000).

První a dosud asi nejrozsáhlejší studii o prevenci relapsu dosud provedli Marlatt a Gordonová (1985), kteří jsou autory teoretického modelu prevence relapsu, který byl vzorem pro naši práci. Podle tohoto modelu, by se v léčbě závislostí na relaps nemělo pohlížet jako na selhání, ale spíše jako na součást přirozeného procesu, se kterým by se v léčebném plánu mělo dopředu počítat a dále pracovat. Další zásadní východisko pro naši práci představuje model změny chování. Podle Prochasky a DiClementeho je relaps dokonce jedna z fází na tzv. „kole změny“ (Kalina, 2013).

Výzkumný problém této práce plyne ze zjištění, že dosud nebyl proveden výzkum, který by zkoumal, jaké metody se využívají v prevenci relapsu v terapeutických komunitách v České Republice, z jakých teoretických manuálů terapeuti vycházejí a jaké všechny součásti programu terapeutické komunity jsou zahrnuty do specifických programů prevence relapsu. Zároveň neznáme kvalifikace pracovníků korespondující s poskytováním programů prevence relapsu a možné specifické požadavky (vzdělání, výcviky, kurzy...).

Jako cíl této práce jsem si zvolila zmapování strategií v poskytování intervencí týkajících se prevence relapsu v léčebném typu zařízení, kterým je terapeutická komunita. Na základě dobré praxe byla zvolena pro realizaci výzkumu Terapeutická komunita Magdaléna o.p.s. v Mníšku pod Brdy, která je jednou z deseti terapeutických komunit v České republice, které obdržely certifikát odborné způsobilosti v rámci systému RVKPP (Mravčík et al., 2014).

V teoretické části této diplomové práce jsou popsány základní pojmy v problematice prevence relapsu v širších souvislostech. Dále se věnujeme metodám prevence relapsu, které jsou využívány v ČR i v zahraničí ve službách pro léčbu závislostí. Stručně popisujeme typ léčby, kterým je terapeutická komunita a jaké je její zařazení v síti léčebných služeb pro závislé. V závěrečné části teoretické části věnujeme prostor hodnocení kvality programů prevence relapsu v evaluaci léčebných zařízení.

Praktická část se věnuje analýze získaných dat v kvalitativním výzkumu pomocí analýzy dokumentů, rozhovorů s terapeuty dané terapeutické komunity, rozhovoru s klientkou této terapeutické komunity a pozorování na skupině prevence relapsu.

II. Teoretická část

1. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1.1. Relaps, laps a recidiva

Relaps je popisován jako nejběžnější výsledek intervencí u závislého chování (Kuda, 2003). Jako relaps bývá označováno opětovné užití drogy poté, co závislý předtím došel k rozhodnutí s drogou skoncovat a prošel kteroukoli formou léčby (Kuda, 2000). Jiná teorie definuje relaps jako návrat k pití nebo k užívání jiných drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti. Rychlost, se kterou se příznaky závislosti vrátí, se považuje za klíčový indikátor posuzování stupně závislosti. Relaps bývá doprovázen souborem příznaků označovaných jako „syndrom porušení abstinence“ (deprese, rezignace, pocity viny, hněv), které prohloubí a upevní obnovené užívání drogy a mohou vést k dalšímu kolu drogové kariéry. Přístup k relapsu se napříč různými typy léčebných služeb liší. Marlattova teorie považuje relaps za součást procesu uzdravy a jeho kvalitní zpracování individuem za faktor snižující pravděpodobnost dalšího relapsu (Kalina, 2001). Podle Wanigaratneho, et al. (2008) jednotná definice pojmu „relaps“ neexistuje, relaps tak můžeme vnímat jako narušení procesu změny.

Někteří autoři rozlišují mezi pojmy relaps, laps a recidiva. Prevence relapsu definuje laps jako „jednorázové porušení zásad týkajících se častostí či typu chování, které si jedinec sám stanovil“ (Wanigaratne et al., 2008, s. 21). Kalina (2001) vysvětluje pojem laps jako jednorázové, izolované užití alkoholu nebo drog po období abstinence, které se někdy také označuje jako „uklouznutí“.

Můžeme se v této souvislosti setkat i s pojmem recidiva. V tradičním medicínském modelu relaps znamená recidivu (obnovení nemoci) a řešen bývá opakovaným nástupem do léčby (Kalina, 2001). Medicínskou definici relapsu/recidivy popisují Wanigaratne et al. (2008) jako opětovný výskyt symptomů choroby po období zlepšení. Zotagová (in Kuda, 2000) píše, že pojem recidiva se u alkoholových závislostí používá častěji než relaps. Stejně tak Nešpor (1999, 2003, 2011) používá ve stejných souvislostech z medicínského prostředí pojem recidiva. Toto ryze medicínské pojetí relapsu (recidivy) se jeví jako černobílé, jelikož jako jediný cíl považují abstinenci. Abstinence může být cílem intervencí u zneužívání chemických látek, ale není možné, aby byla cílem u celé šire závislých chování. Relaps by neměl být vnímán jako pasivní fenomén a nebyť chápán absolutně:

„všechno nebo nic“. Výsledky výzkumů v oblasti závislosti ukazují, že relaps je spíše proces než jednorázový úkaz, nebo výsledek procesu (Wanigaratne et al., 2008). Kalina (2010) mluví o lapsu, relapsu i recidivě v jedné souvislosti. Z lapsu se může stát relaps, který se dále může rozvinout do recidivy. V praxi bývá tato terminologie často zaměňována¹ (Pavlovská, 2010).

1.2. Relaps a drop-out

Aby měl klient z léčby prospěch, je nutné, aby v ní setrval a dokončil ji. Řádné dokončení léčby se pokládá za nejdůležitější prediktor příznivého účinku (De Leon, 2010; In Kalina 2015). Přitom právě předčasné ukončení (drop-out) je velmi častým jevem. Průměrně z léčby vypadává 35% klientů, kteří nastoupili do terapeutických komunit, a až 50% klientů léčených v ambulantních programech. Nejčastěji odcházejí klienti v prvním období léčby, u standardního programu v délce jednoho roku odejde v prvních třech měsících zhruba 13% klientů. Zde se hovoří o časném vypadnutí (early drop out), které je spojeno s vysokým rizikem návratu k užívání (Kalina, 2008a, 2015; Daley, 2003 in Douaihy et al, 2007). Vypadnutí může být buď spontánní (svévolný odchod klienta navzdory doporučení setrvat), nebo indukované zařízením (disciplinární ukončení, propuštění klienta pro porušení pravidel).

Důvody pro vypadnutí z léčby bývají nejčastěji:

- Důvody související s drogami: relaps, craving, svádění ostatních klientů nebo ostatními klienty, pochybnosti o smyslu a schopnosti dosáhnout života bez drog
- Důvody související se vztahy: jednak vztahy v zařízení (partner v zařízení, vlastní dítě v zařízení, ostatní klienti, postavení outsidera, konflikt s terapeutem/terapeuty,

¹ Pavlovská (2010) ve výsledcích svého výzkumu upozorňuje na to, že termíny „laps“ a „relaps“ bývají často v praxi zaměňovány. Pro therapy bývá často složité rozlišit, kdy se jedná o laps a kdy už o relaps a velmi záleží na individuálním posouzení klienta. V naší práci se pokusíme zachovat terminologii definovanou v této teoretické části. V případech, kdy se může jednat jak o laps, tak o relaps, použijeme označení „re/laps“, pokud se nejedná o citace.

nepřítomnost terapeuta), jednak vnější vztahy s partnerem a rodinou.

- Celkový postoj k léčbě: pesimismus, dlouhodobá váhavost a nerozhodnost

Důvody vypadnutí v prvním období léčby mohou být odlišné od těch, které přicházejí v úvahu v dalších obdobích. Velmi časně vypadnutí (klient opustí léčbu v prvních dnech nebo týdnech) lze takřka výhradně přičíst na vrub problémům s drogami (nepřerušené brání, relaps, craving, nedostatečná motivace k životu bez drog, svádění ostatních klientů – tedy vlastně pokračující vzorce drogového chování). Velký význam má ale i nepřijetí ostatními klienty a konflikt s personálem (Kalina 2003, 2008b).

Vzhledem k perspektivě klienta žít dále bez drogy se podle Kaliny (2003) objevují tyto skutečnosti:

- 1) Dokončení léčby v plánovaném termínu významně zvyšuje vyhlídky na další pozitivní vývoj.
- 2) Předčasné ukončení léčby má pro klienta vážné důsledky: u těch, kteří léčbu nedokončili, je pravděpodobnost relapsu 60-90%
- 3) I když přerušeni léčby přináší riziko relapsu v zásadě bez ohledu na to, kdy k němu dojde, je přerušeni v prvním období mimořádně nepříznivé pro vytrvání v abstinenci: k trvalejšímu užívání drog se vrací 80 – 90 % klientů.

Je zřejmé, že problémy s drogami jsou sice jedním z důvodů vypadnutí, ale přesto jedním z hlavních, častých a závažných. Práce na těchto problémech by měla mít v léčebném programu tomu odpovídající postavení. Systematická pozornost věnovaná cravingu a prevenci relapsu přináší do programu další účinné faktory, které zvyšují pravděpodobnost udržení klienta v léčbě a tím dosažení léčebného efektu.

Nespornými účinnými přístupy v prevenci vypadnutí (i v prevenci komplexu drop out/relaps) jsou např. trvalá práce s motivací a pozitivní orientace na změnu, podpora v aktivním zapojení klienta do strukturovaných aktivit, v denní léčbě pak plánování a hodnocení času, ve kterém klient pobývá mimo denní centrum. K tomu může přispět jak využívání principů terapeutické komunity, tak individualizovaná terapie, tj. úloha klíčového pracovníka či garanta jako individuálního průvodce klienta paralelně se skupinovým programem (Kalina, 2003).

1.3. Craving

Craving (česky „bažení“, „chutě“ v drogovém slangu) je velmi komplexní psychosomatický fenomén, který se podle Kaliny (2015) projevuje na fyziologické, neurobiologické, emoční, kognitivní a behaviorální úrovni. Tento jev často trvá jen několik vteřin až minut, u klienta však může spustit řadu procesů, které při nedostatečných dovednostech zvládnání mohou často dojít do fáze relapsu.

Nešpor (1999, 2003, 2011) uvádí jako projevy cravingu oslabení paměti, zvýšení metabolismu glukózy, zvýšení tepové frekvence a systolického krevního tlaku, snížení kožního odporu, vyšší salivace (slinění) u závislých na alkoholu. Dále významné jsou podle Nešpora subjektivní projevy cravingu, k nimž patří vzpomínky na příjemné pocity pod vlivem návykové látky nebo při hazardní hře (např. uvolnění) nebo nutkavé fantazie o návratu k užívání či hraní, ale také aktuální nepříjemné pocity tělesné (svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třesy, bolesti hlavy a v různých částech těla, pocení) i duševní (silná touha po návykové látce nebo hazardní hře, úzkosti, stísněnost, únava, slabost, zhoršené vnímání okolí, neklid, vzrušení, podrážděnost). Kalina (2015) píše, že fyziologicky craving souvisí s aktivací sympatického nervstva, což má význam pro zvládnání cravingu na základě behaviorálních teorií. Fišerová (2003; In Kalina, 2015) dále v neurobiologickém pojetí závislosti v souvislosti s bažením zmiňuje aktivaci určitých částí mozku, které souvisejí s mechanismem odměny.

V pojetí WHO je dle Jeřábka (2015) centrálním příznakem syndromu závislosti silná touha užívat psychoaktivní látku, alkohol, nebo tabák (craving, bažení, dychtění). Tento příznak má složku subjektivní (psychickou) a fyzickou (patofyziologickou – součást odvykacího stavu). Craving je jednou z šesti komponent, které se hodnotí v kritériích pro diagnózu syndromu závislosti.

Ve velké části případů hrozí nebezpečí, že se craving může rozvinout do relapsu. Craving v léčbě může znamenat komplikaci, se kterou však lze efektivně pracovat (Kalina 2015; Nešpor, Csémy 1999). Existují různé psychologické způsoby prevence a zvládnání bažení, které pracují zejména se zvědomováním okolností cravingu, vyhýbáním se pocitům viny a negativním emočním i tělesným stavům, a s technikami klientova sebeuvědomování

(Nešpor, Csémy, 1999). Těmto metodám se podrobněji věnujeme v empirické části našeho textu.

1.4. Dynamika a skrytí předchůdci relapsu

Relaps se neděje náhodně, ale předchází mu řada procesů již nějakou dobu před tím, než k samotnému uklouznutí a případnému rozvinutí relapsu dochází. V průběhu procesu relapsu lze zaznamenat jasné varovné signály. Závislý dělá sérii zdánlivě bezvýznamných rozhodnutí, která jej k uklouznutí posouvají. Marlatt a Gordonová (1985) v souvislosti s tím mluví o tzv. skrytých předchůdcích relapsu neboli pre-rizikových situacích.

Nerovnováha životního stylu je v tomto modelu považována za základní faktor v procesu relapsu. Lze si ji představit jako nepoměr mezi tlaky zvenčí („měl bych“) a vlastními představami a možnostmi („chci, mohu“). Celková úroveň stresu úzce souvisí s nerovnováhou životního stylu, z níž vznikají pocity „sebedeprivace“. Závislý si potom často sám pro sebe zdůvodňuje, že si dopřeje závislé chování („dlužím si cigaretu, napítí atd.“) a tak zvyšuje pravděpodobnost relapsu. Často se stává, že si jedinci pocity sebedeprivace akumulují, aby si vytvořili potřebu okamžitého uspokojení – tzv. fenomén „poslední kapky“ (Wanigaratne a kol., 1990 in Kuda, 2003).

Dalším důležitým faktorem, je podle Kudy (2003) craving. V případě nerovnováhy životního stylu a s tím spojenou vysokou úrovní osobního stresu craving dopadá na úrodnou půdu a nebezpečí relapsu velmi roste. V praxi se osvědčuje učit klienty vnímat přítomnost silnějšího cravingu jako možný symptom nerovnováhy životního stylu.

V případě, kdy závislý prožívá silnou potřebu dopřát si závislého chování (např. intoxikaci), je to spojeno s pocity viny. Zde nastupují obranné mechanismy, které tyto nepříjemné pocity redukuje, zejména racionalizace a popření. To vede k neuvědomovanému plánování relapsu. Dochází k sérii zdánlivě bezvýznamných rozhodnutí – jde o kognitivní vzorec nenápadných „mini-rozhodnutí“, která však jedince přivedou do vysoce rizikové situace. Vidíme, jak se klienti nevědomě přivádějí do bezvýchodných situací. Model dynamiky relapsu s jeho skrytými předchůdci je graficky

znázorněn v příloze č. 1, kognitivní model procesu relapsu podle Marlatta a Gordonové potom v příloze č. 2.

Podle Kudy (2003) je období procesů předcházejícím samotnému relapsu, ke kterým u klientů dochází často frustrujícím zážitkem pro terapeuta, který tyto varovné signály vnímá, ale závislý je odmítá. V kapitole o metodách prevence relapsu se zabýváme tím, jak se dá v podobných situacích s klientem pracovat, nebo jak se v terapeutické práci k prodělanému relapsu s klientem vracet tak, aby se učil z vlastních chyb.

1.4.1. Vysoce rizikové situace

Marlatt a Gordonová (1985) definovali tzv. vysoce rizikové situace, které představují ohrožení pocitu sebekontroly jedince, vyvolávají a zesilují craving a zvyšují riziko relapsu. Tyto situace vystavují člověka spouštěčům, ale to, zda uklouzne, určuje způsob jejich zvládnání (Millerová, 2011 in Pavlovská, 2015). Ačkoli tyto situace mohou být pro jednotlivce velmi konkrétní, výzkum ukazuje, že existují široké obecné kategorie situací, které se pojí s vysokou mírou relapsů (Cummings et al. 1980 In Wanigaratne et al., 2008). Dle výzkumů se jedná zejména o tyto situace:

Negativní emoční stavy (intrapersonální stavy)

Jsou nejčastější skupinou vysoce rizikových situací, které zvyšují riziko relapsu, nalézáme je podle Kudy (2003) až u 35 % všech relapsů. Jedná se především o frustraci, vztek, úzkost, smutek, hněv, depresi nebo nudu. Jedná se o pocity, se kterými se jedinec možná dříve vyrovnával tím, že si dopřál své závislé chování a má tak velmi slabě rozvinuté dovednosti zvládnání pro vyrovnávání se s těmito stavy. Zároveň sem však musíme zařadit i pozitivní emoční stavy, kdy se klient cítí dobře a rozhodne si v takové situaci dopřát závislé chování.

Interpersonální konflikty

Za druhou největší kategorii, ve které je pozorována vysoká míra relapsů (16 %) můžeme považovat kategorii interpersonálních konfliktů. Jedná se o konflikty s přáteli, rodiči, partnerem, členy rodiny, zaměstnavateli, spolupracovníky či v jiných sociálních situacích.

Sociální tlak

Vysokou míru relapsů (20 %) pozorujeme i v další obecné kategorii přímého nebo nepřímého sociálního tlaku. Může se jednat o situace, kdy je jedinec, pokoušející se o abstinenci, tlačěn okolím k dopřání si závislého chování (Wanigarante, 2008; Pavlovská, 2015; Kuda, 2003). Sociální tlak může být přímý, např. setkání s drogovým známým, který nám nabídne drogu. Může však být i nepřímý, kdy se závislý nachází v blízkosti osoby či skupiny, které užívají drogy (Kuda, 2003).

Tento model je v literatuře někdy popisován jako tzv. „velká trojka“. Tři hlavní výše zmíněné oblasti jsou pak nazývány jako „depky“ (negativní emocionální stavy), „hádky“ (interpersonální konflikt) a „přihláška do klubu“ (sociální tlak) (Wanigaratne et al., 2008).

Mezi další vysoce rizikové situace, spojené s relapsem, lze řadit negativní fyzické stavy (dlouhodobé bolesti), testování kontroly a craving (bažení), (Kuda, 2003). Z praxe z doléčování vyplývají i některé jiné možné příčiny re/lapsů, například zklamání očekávání, chybějící ocenění, sociální izolace, sebemedikace (např. úzkostí) či pocity osamění. Mason, Shaham, Weiss et al. (2009) a anonymní alkoholici (1974, in Wanigaratne et al. 2008) doplňují stres, vyčerpání, depresi, sebelítost, přílišná očekávání od ostatních, polevování v pravidlech a režimu či mantra „to se mi stát nemůže“.

Jelikož není možné se všem rizikovým situacím vyhnout, pracuje prevence relapsu na rozvoji dovedností pro jejich zvládnání a zvyšování sebekontroly (Pavlovská, 2015). Každé úspěšné zvládnutí rizikové situace zvyšuje klientovu sebedůvěru. Tomu umožňuje odhalovat další situace a chovat se v nich bezpečněji (Kalina, 2001).

1.4.2. Zdánlivě bezvýznamná rozhodnutí

Situace, kdy klient cítí potřebu užít drogu, je spojena s pocity viny. Tyto pocity se snaží redukovat pomocí obranných mechanismů (především popření a racionalizace), což následně vede ke skrytému „plánování“ relapsu pomocí série rozhodnutí. Tento vzorec rozhodnutí se nazývá zdánlivě bezvýznamná rozhodnutí, zdánlivě irelevantní rozhodnutí případně bezvýhodné situace. Jde o sérii běžných rozhodnutí (zda jít domů pěšky, či

navštívit konkrétního kamaráda), která mohou klienta dovést do vysoce rizikové situace, kdy už není schopen odolat pokušení. Jde o jakousi přípravu relapsu, klient si však obvykle tento proces neuvědomuje a vliv svých rozhodnutí vidí až zpětně (Pavlovská, 2015, Wanigaratne et. al).

1.4.3. Dovednosti zvládání

Některým vysoce rizikovým situacím se závislý může úspěšně vyhýbat, jiné však musí zvládnout. Na kognitivně-behaviorálním modelu procesu relapsu vidíme, že rozhodující je, má-li osoba dovednosti, jak danou rizikovou situaci zvládnout. Právě tato schopnost zvládání společně se zvyšováním „uvědomění“ a „změnou životního stylu“ tvoří rozvoj reakcí zvládání hlavní cíle prevence relapsu. Schopnost zvládání je relevantní ve dvou rovinách: 1) jedinec má schopnosti zvládat specifické vysoce rizikové situace, 2) má schopnosti ke zvládání stresu obecně (životních nároků) (Kuda, 2003, Wanigaratne et al. 2008).

Je možné, že člověk používal závislé chování jako hlavní reakci zvládání celé škály stresorů, jako jsou úzkost, konflikty, deprese, bolest atd. V takovém případě je člověk mnohem náchylnější k tomu, mít slabší nebo nedostatečné přizpůsobivé reakce zvládání (řešení problémů, asertivita). Je častým jevem u problematických pijáků nebo uživatelů drog s dlouhou historií návyku, že při ukončení závislého chování je pro ně extrémně náročné zvládnout i sebemenší stresory. Vinou své závislosti se buď nedokázali naučit přizpůsobivější reakce zvládání, nebo se jejich schopnosti snížily.

Kognitivně-behaviorální model předpokládá, že hlavním determinantem relapsu je fakt, jestli někdo má nebo nemá reakce zvládání. Tudíž identifikování, výuka s posilováním reakcí zvládání je hlavním cílem při prevenci relapsu (Wanigaratne et. al, 2008).

1.4.4. Syndrom porušení abstinence (Abstinence violation effect)

Po lapsu obvykle nastupuje syndrom porušení abstinence (nebo také efekt porušení pravidla). Klient je zahlcen velkými pocity viny z vlastního selhání, které jsou přímo úměrné postojům osvojeným v předchozí léčbě. Pokud není schopen využít efektivní chování ke zvládnutí rizikové situace, dojde ke snížení pocitu vlastní účinnosti a pro

klienta se zvýší přitažlivost drogy jako prostředku k překlenutí krizové situace, a to zvláště, očekává-li pozitivní účinky drogy. Jak atraktivita drogy roste, roste i pravděpodobnost, že ji klient v zátěžové situaci užije. Jako důsledek se objevuje popsáný efekt porušení abstinence, který patří mezi *vysoce rizikové situace* a který se projevuje souborem příznaků, jako jsou deprese, rezignace, pocity viny z vlastního selhání, hněv a snížené sebevědomí (Kuda, 2003, Pavlovská, 2015). Marlatt a Gordonová (1985) uvádějí, že tradiční pojetí léčby tento vzorec paradoxně podporuje (černobílé pojetí relapsu).

Jde o psychologickou past vznikající ze zákazu určitého chování, tj. rozhodnutí nebo donucení nikdy už něco nedělat (Marlatt, Gordon, 1985). Způsob, jakým je zákaz chápán, má vliv na jeho dopady. Někteří klienti i terapeuti si pravidlo „nikdy více“ vykládají absolutně, bez prostoru pro chyby a se sebetrestajícím pocitem, že při jeho překročení nastanou zlé důsledky. Tento tlak vyvolává uvedený efekt, čímž se zvyšuje pravděpodobnost lapsu a při uklouznutí je pak nižší šance zabránit rozvoji relapsu (Wanigaratne et al., 2008 in Pavlovská, 2015). Syndrom porušení abstinence je podle Kudy (2003) velmi důležitým bodem v celém procesu relapsu, je onou křižovatkou na cestě k uzdravě, kdy se rozhoduje, zdali se jedinec vrátí na původní úroveň chování, nebo bude pokračovat dál v pozitivní cestě. Zde prevence relapsu nachází velké možnosti, jak snížit riziko plného relapsu.

Důležitým pojmem je v této fázi procesu relapsu *disonanční konflikt*. Podle teorie kognitivní disonance je rozdíl mezi tím, jaké má jedinec hodnoty a očekávání od sebe sama (např. „dokážu abstinovat“) a tím, jak se chová (např. uklouznutí), příčinou konfliktu. Zde platí přímá úměra – čím větší rozdíl mezi očekáváním a chováním, tím větší konflikt. Přirozená je pak potřeba tento konflikt redukovat. V našem případě se může konflikt snížit dalším užitím drogy za současného redukování nároků na vlastní kontrolu (abstinenci). Logicky lze tedy předpokládat podle tohoto modelu rostoucí riziko plného relapsu (Kuda, 2003, Wanigaratne, 2008).

1.4.4. Pocit vlastní účinnosti (Self-efficacy)

Kognitivně-behaviorální formulace „zvládnání“ blíže souvisí s pojetím vlastní účinnosti (Bandura, 1977 in Wanigaratne et al., 2008). Self-efficacy označuje, co klient

soudí o svých schopnostech adekvátně obstát při řešení konkrétní situace (Millerová, 2011 in Pavlovská, 2015). Prevence relapsu ho využívá jako jednu ze zásadních teorií. Klient si stanovuje vlastní pravidla či cíle, kterých se chce držet. Předpokládá se, že když se mu to daří, zažívá pocit vlastní účinnosti a je schopen se snáze vyrovnat s rizikovými situacemi (Kuda, 2008). S tímto pojetím však nesouhlasí některé výzkumy. Například studie prováděná s bývalými kuřáky zjistila, že pocit jejich účinnosti se snížil po vystavení vysoce rizikové situaci bez ohledu na to, zda uklouzli nebo ne. Ti, kteří vydrželi nekouřit, měli stejné obavy o svou schopnost zvládnout budoucí rizikové situace jako ti, kteří uklouzli (Gordon, 2003 in Pavlovská 2015).

Helen Annis a její kolegové vyvinuli program prevence relapsu zaměřený výhradně na vlastní účinnost a rizikové situace (Annis a Davis, 1988). Diagnostické nástroje pro očekávání úspěšnosti (například Dotazník situační sebedůvěry pro problémové pití, Annis, 1984) se ukázaly jako nedoceníitelné při plánování a provádění intervencí. Studie relapsů jednotlivců, kteří měli problémy se závislostmi, ukázaly, že „očekávání pozitivních výsledků“ je dominantním kognitivním faktorem při snížení vlastní účinnosti (Marlatt a Rohsensow, 1980; Cooney et al., 1987 in Wanigaratne et al. 2008). Vytváří se konflikt mezi pocity nedostatečnosti (snížená vlastní účinnost) a atraktivitou zapojení se do závislého chování (disonanční konflikt). Negativní důsledky dopřání si závislého chování jsou z velké části ignorovány. Pokud člověk v této fázi podlehne, nejspíš se uskuteční celá řada kognitivních procesů (Wanigaratne et al. 2008).

Fiorentine a Hillhouse (2003, in Pavlovská 2015) navrhli jinou souvislost mezi úzdavou a pocitem vlastní účinnosti, tzv. model „závislého Já“ (addicted Self). Oproti Marlattově prevenci relapsu, která považuje abstinenci i kontrolované užívání za regulérní cíle léčby, předpokládá model závislého Já, že jde o dva postupné kroky úzdavy, kdy klienti obvykle nejprve zkoušejí své užívání kontrolovat a teprve po opakovaných selháních usoudí, že celoživotní abstinence je nezbytná. Právě toto přijetí podporuje pocit úzdavy.

1.5. Kolo změny dle Prochasky a DiClementa

Pro práci s relapsem je jedním z nejzásadnějších východisek tzv. „model změny“ u závislého chování. Tento model byl poprvé popsán v roce 1983 Prochaskou a DiClementem (Kalina, 2013). Vedle postupů prevence relapsu, mohou být podle DiClementa (2003) dobře propojeny s modelem fází změny dále například postupy motivačních rozhovorů.

Terapeut je podle DiClementa (2003) takovou porodní bábou v procesu změny, která má v každém případě vždy jedinečný průběh. Jeho úkolem je provázet jedince, pár, nebo rodinu během procesu změny, jak nejlépe dokáže.

Model kola změny se týká různých typů chování. DiClemente (2003) píše, že ať už mluvíme o pití, poruchách příjmu potravy, kouření, špatné komunikaci v manželství, o rodičovství či o nízké sebedůvěře, struktura změny je stejná.

Wanigaratne (2008) považuje za důležitou vlastnost tohoto modelu fakt, že jde o model „kruhový“ na rozdíl od modelu „lineárního“. To umožňuje mnohem optimističtější přístup ke změně chování. Pokud jedinec „zrelaboval“, může znovu vstoupit do cyklu a procházet tímto cyklem znovu, dokud nebyl dosažen žádoucí výsledek.

Kruhový model procesu změny znázorňujeme v příloze č. 2. V následujícím textu se blíže věnujeme jednotlivým fázím tohoto modelu.

1.5.1. Fáze prekontemplace

V této fázi klient o vlastní změně neuvažuje, užívání drogy ho neznepokojuje, naopak ho většinou těší a přináší uspokojení (Kalina, 2013). Lidé nacházející se v této fázi zkrátka nepovažují své chování za problémové. Co se týče závislého chování, jedná se nejčastěji o lidi „v odporu“, nebo takové, kteří „popírají svůj problém“. Čtyři typické postoje v prekontemplaci se podle DiClementa (2003) dají popsat jako tzv. „čtyři R“ (z anglického originálu, v českém překladu zcela neplatí): váhavost, rebelství, rezignace a racionalizace.

Váhaví lidé v prekontemplaci buďto nemají dostatek znalostí o situaci, anebo z pouhé setrvačnosti prostě nechťejí o změně přemýšlet. Rebelové vkládají do svého chování mnoho energie a také investují do vlastních rozhodnutí. Působí nepřátelsky a mají odpor k tomu, aby jim někdo říkal, co mají dělat. Opakem chování rebelů se značí rezignovaní. Ti se vyznačují nedostatkem energie a zacílení. Tato skupina se vzdala naděje na změnu a problém je zcela zavaluje. Rezignovaní klienti vidí na cestě ke změně nepřekonatelné překážky, a tudíž považují změnu za beznadějnou. Člověk, který svůj problém racionalizuje, má tam, kde rezignovaný mluví o pustině, veškeré odpovědi pohotově. Tito klienti o změně neuvažují, protože jsou si vědomi míry rizika nebo mají spousty důvodů, proč problém vlastně není problém, a když tak ne pro ně, ale jen pro druhé lidi. (DiClemente, 2003).

Podle Kaliny (2013) nelze přesto fázi prekontemplace ztotožňovat s nulovou motivací. Klient se ještě nerozhodl o vlastní změně uvažovat, ona změna však visí ve vzduchu: pro někoho je možná, někdo o ní uvažuje, někdo se pro ni už rozhodl, někdo ji uskutečňuje. Klient ještě není ten, koho se to týká, ale může prožívat neurčitou nespokojenost a stejně neurčitou naději.

1.5.2. Kontemplace (analýza risků a zisků)

Kontemplace je fáze uvažování. Kalina (2013) píše, že nejdůležitější změnou oproti předchozí fázi je výskyt problémů, z nichž některé jsou klienti schopni dát do přímé souvislosti s užíváním drog. Užívání stále ještě přináší uspokojení, ale začínají narůstat pochybnosti o správnosti dalšího uvažování a narůstají obavy z budoucího vývoje. Uvažování o vlastní změně, je spojeno s charakteristickou ambivalencí. Klient zvažuje výhody a nevýhody změny, zisky a ztráty, průchodnost a náklady. Podle DiClementa (2003) bývá často paradoxním momentem v procesu změny. V terapeutické práci s klientem nám pouhý fakt, že klient má vůli uvažovat o potížích a možné změně, dává naději. Na druhou stranu to, že ambivalence může z kontemplace učinit chronickou záležitost, je velice frustrující. Ve fázi kontemplace je klient otevřen informacím a srovnávání pro a proti. Mnoho klientů zároveň čeká na tu poslední kapku, která je přikloní směrem k rozhodnutí.

1.5.3. Rozhodnutí (od závazků k akci)

Nevýhody užívání drog už dostávají převahu nad výhodami. Podle Kaliny (2013) jsou v popředí otázky o formě změny a jejím časování, klient přemýšlí o formě léčebného programu. DiClemente (2003) popisuje fázi rozhodování jako snahu učinit správné kroky k zastavení problémového chování a k nastoupení pozitivní cesty. Většina ze zúčastněných se chystá udělat a udělá významný pokus o změnu a mnoho z nich se už o to v nedávné době pokusilo. Vypadají, že jsou připraveni se zavázat a podstoupit akci. Tato fáze jako taková však představuje stejnou míru přípravy jako odhodlání. Závazek pak musí být doprovázen vhodnými dovednostmi, na které je třeba se zaměřit v procesu poradenské a motivační práce s klientem.

1.5.4. Akce (uvedení plánu v život)

V této fázi klienti následují a dodržují svůj připravený plán. Dostávají se do léčebného procesu, kde dodržují svůj stanovený plán. V této fázi je dle DiClementa (2003) nejzásadnější pro klienta potvrzení plánu, hledání podpory, posílení víry v sebe sama a získání většího monitorovacího nástroje na měření svých kroků a aktivit. Nejdůležitějším úkolem pro terapeuta je v této fázi podpořit klientovu víru v sebe sama. Zaměřit se na úspěšné kroky, potvrdit jeho rozhodnutí a podpořit ho v prvních úspěších. Obvykle tato fáze trvá tři až šest měsíců.

1.5.5. Udržování, relaps a cyklení

Změna vyžaduje vybudování nového vzorce chování, proto chvíli trvá, než se nový model vytvoří. Další důležitou fází následující po úspěšné změně je fáze udržování. V této fázi je nové chování pevně etablováno a hrozba návratu ke starým návykům nebo k relapsu již není tolik intenzivní.

Relaps se ale udává kdykoliv. Ať už ve fázi akce, nebo udržování. Jednotlivci budou cítit silné, neočekávané a neodolatelné nutkání k relapsu, kterému neodolají. Někdy to způsobí hra na testování sama sebe, nebo přílišné uvolnění. Cenu nelze předem odhadnout a víra ve vlastní schopnosti začne brzy rezavět. Většinou se relaps nepříhodí automaticky, ale nastane pozvolna po prvním uklouznutí.

Pokud víme, kde se klient na kole změny nachází, pomůže nám to rozhodnout jaké postupy použít a kdy. Klienti potřebují oporu při přecházení z jedné fáze do druhé. Konečným cílem je pomoci člověku, aby úspěšně provedl efektivní změnu ve svém životě. Za předpokladu, že se změna týká zlepšení života, musí změny vydržet v čase (DiClemente, 2003). Motivační rozhovory jsou podle Soukupa (2014) komunikačním přístupem zaměřeným na hledání a rozvíjení vnitřní motivace klientů ke změně chování.

2. Prevence relapsu závislého chování

Skutečnost, že relaps je častým faktem a že by bylo hodně neúčinné lpět na požadavku úplné a trvalé abstinence jako na jediném žádoucím výsledku terapie závislosti, si vynutila také zaměření pozornosti na prevenci tohoto jevu, který je samozřejmě stále vnímán jako nežádoucí zpomalující proces uzdravy a snižující klientovu sebedůvěru (Kuda, 2010). Teorie prevence relapsu striktně vychází z bio-psycho-sociálního chápání závislosti. Vznikla v podstatě jako kritická reakce na tradiční medicínský model závislosti, která pojímá závislost jako nemoc (Kuda, 2003).

Léčba závislosti, která by nepracovala s prevencí relapsu, by nepřinesla pozitivní výsledky. Prevence relapsu vychází z předpokladu, že závislý je schopen své závislé chování měnit (Kalina, 2008). V léčbě závislosti se předpokládá u klienta se změnou životního stylu. K tomu, aby klient dokázal fungovat po absolvování léčby v normálním životě je zapotřebí informovat klienta o rizicích, se kterými se bude pravděpodobně potýkat, a v ideálním případě s klientem nacvičit potřebné dovednosti.

Prevence relapsu je psychoedukační program, který v sobě spojuje nácvik behaviorálních dovedností, kognitivní intervence a podporu rovnováhy životního stylu (Marlatt & Gordon, 1985; Kalina, 2001). Kalina (2008) v této souvislosti dále mluví o potřebnosti zvyšování sebeřízení (sebekontroly) a schopnosti předpokládat, rozpoznávat a efektivně zvládat rizikové situace. Klíčovým prvkem prevence relapsu je kontrola (Kuda, 2003). Hlavním cílem je naučit uživatele drog, kteří se snaží změnit své chování spočívající v užívání drog, rozpoznávat, předvídat a zvládat tlaky a problémy, jež mohou vést k relapsu. Pomoci tak individuu změnit jeho závislé chování a udržet tyto navozené změny. (Marlatt & Gordon 1985; Kalina, 2001). Jedním z úkolů, kterým se dále prevence

relapsu zabývá, je zabránit tomu, aby se z lapsu stal relaps (Pavlovská, 2015). Svým zaměřením patří prevence relapsu do skupiny kognitivně-behaviorálních přístupů. Tento přístup je založen na teoretickém modelu průběhu relapsu, popsaném Marlattem a Gordonovou. Tyto autoři popisují relaps jako proces, který má určité zákonitosti. Pokud klient tento proces pochopí, zlepšuje se jeho self-management a tedy i jeho schopnost odolávat relapsu. Tato teorie považuje relaps za součást procesu uzdravy a jeho kvalitní zpracování individuem za faktor snižující pravděpodobnost další relapsu (Kalina, 2001).

Prevenici relapsu je možné použít pro pomoc klientům s jakýmkoli závislým chováním. Wanigaratne et al. (2008) popisují tento přístup zejména u uživatelů drog, problematických pijáků, gamblerů, kuřáků, osob se závislým sexuálním chováním, osob trpících přejídáním, recidivujících delikventů a kompulzivních utrácečů.

Úkolem adiktologických služeb je téma relapsu a jeho prevence netabuizovat, otevřeně o relapsu s klienty mluvit, pracovat s ním a vést klienty k osvojení mechanismů, které využijí ke zvládnání rizikových situací a potencionálních relapsů (Pavlovská, 2015). Prevenici relapsu můžeme vnímat jako cíl práce s klientem nebo jako metodu, která k předcházení relapsu využívá specifický pohled na schopnosti a kompetence závislé osoby. Prevence relapsu se vyvíjí a kromě využití v následné péči se stává nezbytnou součástí i dalších typů služeb pro uživatele drog, velmi efektivní je využití prevence relapsu již v základní léčbě (Kuda, 2008; Kalina, 2010).

2.1. Základní vybrané modely prevence relapsu

Jak již bylo zmíněno, původní model prevence relapsu byl představen Marlattem a Gordonovou. Od té doby si různí autoři upravovali využití a vyvinuli se další směry, které však z velké části jen rozvíjejí model původní.

2.1.1. Marlattův model

Tento model byl představen v roce 1985 Marlattem a Gordonovou a dodnes se jedná o nejvlivnější směr v prevenci relapsu. Z tohoto modelu také nejvíce vycházíme v naší práci, proces prevence relapsu dle tohoto modelu byl znázorněn v příloze č. 3 a jednotlivé body byly popsány výše. Marlattův model je uceleným

kognitivně-behaviorálním přístupem, který představuje rámec pro porozumění relapsu a strategiím k omezování pravděpodobnosti a závažnosti jeho rozvoje. Kombinuje nácvik dovedností zvládání, kognitivní restrukturalizaci a intervence zaměřené na stabilizaci životního stylu. Vychází z bio-psycho-sociálního modelu závislosti, a je veden předpokladem, že závislost je výzva k růstu, a nikoliv nemoc, která člověka stahuje zpět (Kalina, 2013; Pavlovská, 2015). Strategie prevence relapsu v tomto pojetí čerpají z teorie sociálního učení.

Autoři tohoto modelu se domnívají, že je možné tento model na jakékoli návykové chování, jež je tvořeno vzorcem kompulzivního návyku, kde se jedinec snaží dosáhnout okamžitého uspokojení (Millerová, 2005). Přístup prevence relapsu lze aplikovat na různé definice „relapsu“, prakticky všude tam, kde je v léčebném plánu nebo v plánu osobního růstu stanovena žádoucí hladina určitého chování. Relapsem tak může být i návrat k rizikovějšímu užívání drog u aktivních uživatelů či injekční aplikace buprenorfinu u klientů v substituční léčbě (Pavlovská, 2015).

2.1.2. Prevence relapsu založená na uvědomění

Tato metoda vychází z kognitivní terapie zaměřené na uvědomění - Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), která byla původně navržena pro prevenci relapsu deprese (Lau & Segal; In Witkiewitz, K., Marlatt, G., A., 2007). Witkiewitz, Marlatt a Walker představili v roce 2003 kognitivně-behaviorální myšlenkovou meditaci jako možnost doplnění k existujícím léčebným metodám, nebo jako samostatnou formu léčby závislosti. Ta kombinuje prevenci relapsu s metodami založenými na uvědomění. Cílem je rozvinout povědomí o vlastních myšlenkách a pocitech a jejich přijetí prostřednictvím nácviku uvědomění (zaměření na dech prostřednictvím zklidnění) a následně tyto dovednosti využít jako efektivní strategii zvládání vysoce rizikových situací, a tím snížit pravděpodobnost relapsu (Pavlovská, 2015).

Uvědomění (mindfulness) můžeme označit jako záměrnou kontrolu a nezaujatou pozornost jedince k vlastním myšlenkám. Tradiční techniky kognitivní terapie se snaží o změnu obsahu myšlenek, zatímco techniky uvědomění usilují o změnu přístupu člověka k vlastním myšlenkám a pocitům. Pro jedince závislého na návykových látkách může mít

uvědomění pozitivní vliv pro rostoucí pozornost vůči spouštěčům cravingu, což dohromady s užitými strategiemi zvládnání může vést k předcházení, případně zmírnění cravingu (Groves, Farmer, 1994; Witkiewitz, Marlatt, Walker, 2003; In Pavlovská 2015).

Stres a napětí jsou častými spouštěči relapsu. Relaxace těla a mysli (mind-body relaxation), kterou tento model využívá, pomáhá jedinci opustit negativní myšlenky z minulosti a přestat mít obavy z budoucnosti, což bývají časté spouštěče relapsu. Starat se o sebe v rámci relaxace těla a mysli znamená starat se o zbytek svého života. Součástí vytváření si nových návyků se rozumí hledat si čas na relaxaci (Melemis, 2015).

Pokud dochází k opakovanému stavu uvědomění ve vysoce rizikových situacích, aniž by jedinec podlehl pokušení užít drogu nebo jednat impulzivně, povede ke zvýšení pocitu vlastní účinnosti a snižuje se tak nebezpečí relapsu.

2.1.3. CENNAPS model

Tento systematický technický model Gorskeho Centra aplikovaných věd (Gorski's Center for Applied Sciences, CENNAPS) spojuje základní principy dvanáctikrokového programu Anonymních alkoholiků a tzv. Minnesotského léčebného modelu (Gorski, 1990 in Millerová, 2005; Pavlovská, 2015; Pospíšilová, 2010). Gorski byl jedním z prvních adiktologických odborníků který vypracoval materiály pro oblast prevence relapsu, jež prosazovaly pohled na relaps jako na stav mysli předcházející vlastnímu užití, který se vyznačuje varovnými signály interní a behaviorální povahy (Millerová, 2005). Tento model je vhodný především pro klienty, kteří jsou motivovaní, usilují o abstinenci, ale nedaří se jim to a s pomocí tohoto modelu se zaměří na signály varující před relapsem a učí se je rozpoznat (Gordon, 2003; in Pavlovská). Gorski svůj přístup k prevenci relapsu představuje ve specifických pracovních sešitech. Přístupy aplikuje také např. na problematiku krátké terapie, řízené péče a na některé specifické skupiny populace např. Afroameričany. (Williams & Gorski, 1997; Gorski, 1998; Gorski, 2003; In Millerová 2005).

Model stojí na devíti principech, které pomáhají terapeutům vytvořit plán léčby klienta:

- 1) Seberegulace: fyzická, psychická a sociální stabilizace klienta a jeho činností v každodenním životě.
- 2) Integrace: techniky zaměřené na sebehodnocení.
- 3) Porozumění problému: vzdělávání v problematice prevence relapsu.
- 4) Sebepoznání: identifikace varovných signálů relapsu.
- 5) Dovednosti zvládání: zvládání varovných signálů a rizikových situací.
- 6) Změna: každodenní stanovování cílů pro konkrétní den a hodnocení plánu úzdravy.
- 7) Vědomí: trénink dovedností a vedení evidence změn.
- 8) Podpora: zapojení blízkých osob z klientova okolí do terapie.
- 9) Udržování: plánování budoucnosti a průběžné aktualizování těchto plánů.

(Zdroj Pavlovská, 2015; Millerová, 2005)

2.1.4. Good lives model

Thakker a Ward (2010; In Pavlovská 2015) kriticky zhodnotili Marlattův model prevence relapsu a navrhli jeho inovaci. Integrovat do něj rámec tzv. modelu dobrého života, celkové pohody a optimismu s cílem zvýšit úspěšnost prevence relapsu jejím zasazením do pozitivnějšího rámce. Nevýhodou však zůstává fakt, že tento koncept je zatím teoretický, nebyl dosud výzkumně testován.

Aby lidé naplnili svoje základní potřeby, jednají tak, aby získali související pocit odměny. Jsou-li tyto potřeby naplněny, dá se říci, že člověk žije dobrý život.

Problémové chování, kterým je závislost bývá obvykle spojeno s neschopností jedinců adekvátně naplňovat základní potřeby. Tento model byl proto navržen, aby odhaloval příčiny, proč jedinec vyhledává odměnu v problémovém chování. Drogy mohly pro uživatele představovat způsob, jak potřeby (zejména pocity štěstí a vnitřního klidu) naplnit a zároveň jak se vyhnout rozvoji negativních emocí, což ve výsledku způsobí, že jedinec není schopen potřeby uspokojit jinými způsoby. Na to model reaguje pozitivními formulacemi cílů a plánů budoucího dobrého života klienta a tréninkem vhodných způsobů naplňování vlastních potřeb (Pavlovská, 2015).

2.2. Kognitivně-behaviorální přístup v kontextu prevence relapsu

Metody prevence relapsu pracují s pojmem „závislostní chování“ (addictive behavior). Předpokladem tedy je, že závislost je vzorec chování, který má potenciál se změnit. Vzorce chování jako nadměrné pití, kouření, přejídání se nebo zneužívání návykových látek můžeme považovat za podskupiny větší kapitoly, která se nazývá závislostní chování (Marlatt & Gordon, 1985).

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) vnímá podle Kaliny (2013) užívání návykových látek jako naučenou kognitivně-behaviorální strategii, která dominuje v životě uživatele v procesu vyrovnávání se s problémy. Předpokládá se, že užívání je v těsném vztahu s problémy každodenního života. Pro vysvětlení vzniku a udržování užívání návykových látek bere KBT v úvahu:

1. Základní teorie učení v intencích behaviorálních terapií – klasické a operativní podmiňování - a dále sociální učení v pojetí Bandury, tj. zástupné učení nápodobou
2. V invencích kognitivních terapií vliv kognitivního učení, které KBT pokládá za další relevantní typ učení, a vliv kognitivních proměnných
3. Spoluúčast faktorů prostředí

KBT minimalizuje kauzální vliv genetických faktorů. Důraz je kladen na interakci biologických komponent určujících konstituci osobnosti, faktorů prostředí a jednotlivých procesů učení. Výsledkem je závislost jako maladaptivní forma způsobu života, maladaptivní životní styl.

V léčbě závislostí nachází podle Kaliny KBT stále větší uplatnění. Většina komplexních programů péče o klienty závislé na alkoholu a drogách využívá některé prvky přímo pocházející nebo odvozené z KBT. Množí se důkazy o její účinnosti, v některých případech je výrazně úspěšnější než jiné metody. Je nejstudovanější metodou v repertoáru terapeutických přístupů v léčbě závislostí.

Obvykle se jedná o krátkodobý, vysoce strukturovaný přístup, zaměřený na dosažení konkrétních cílů, orientovaný na aktuální problémy, flexibilní, vhodný pro většinu klinických programů a uspořádání léčby.

KBT zahrnuje:

- Vyšetření zaměřené na kognitivní, behaviorální a funkční analýzu problémů klienta
- Léčebný plán – stanovení cílů a jejich vyhodnocování
- Vybudování fungujícího terapeutického vztahu založeného na spolupráci
- Povzbuzení motivace ke změně
- Použití kognitivních a behaviorálních technik

Co se týče cílů, abstinence není jediným cílem léčby a KBT ho klientovi nevnucuje; jako hodnotné cíle mohou být stanoveny například kontrolované užívání (pití) nebo snížení rizikového chování. KBT staví přístup ke cravingu na zásadách - rozpoznat, zvládnout, vyhnout se droze (Kalina, 2013).

2.3. Integrovaný psychodynamicko/kognitivně-behaviorální přístup v kontextu prevence relapsu

Prevence relapsu vychází z kognitivně-behaviorálního modelu relapsové situace jako nenáhodné, a nikoli jednorázové události, jako komplexu kognitivních, behaviorálních a afektivních procesů, které závislý člověk často není schopen rozpoznat a nahlédnout vlastní roli v nich. Frouzová (2003; In Kalina, 2013) se domnívá, že model i metoda z něj vycházející jsou integrovaným psychodynamicko/kognitivně-behaviorálním přístupem, což je možná názor přesahující teoretický rámec, v němž se autoři skutečně pohybovali; možnosti integrace zde existují a je užitečné model Marlatta et al. také tímto způsobem interpretovat a používat v praxi.

Keller (1999) píše, že psychoanalyticko/kognitivně-behaviorální metodou lze terapií odkrývané postoje, obrany, konflikty a pocity drogově závislých využít k facilitaci léčby a kognitivně-behaviorální prevenci relapsu. V tomto pohledu se pod psychodynamickou terapií rozumí široké spektrum terapií orientovaných na náhled a respektujících psychoanalytické principy a ne ortodoxní nebo klasická psychoanalýza jako taková.

Kognitivně-behaviorální terapie se provádí v rámci interpersonálního kontextu stejně jako dynamická psychoterapie. Mezilidský vztah nabývá pro pacienty podstatného významu a je škoda, že je mu věnována tak malá pozornost. Zaměření na nuance mezilidských procesů při terapii může mít dobrý vliv na prevenci relapsu a její výsledek. Drogově závislí vykazují široké spektrum nevědomých obranných mechanismů, které často přispívají k tomu, že se vystavují rizikovým situacím a iracionálním myšlenkám a pocitům, které je rovněž predisponují k relapsu (Kaufman, 1994; Krystal, 1975; Wurmser, 1978; in Keller 1999). Pochopení obrany může také přispět k překonání různých obtíží při nabývání a praktikování schopností. Stejně jako jiní lidé, prožívají i drogově závislí nevědomé konflikty, které mohou, pokud se jim nevěnuje pozornost, rovněž vést k relapsu (Kaufman, 1994; In Keller, 1999).

Stejný autor doporučuje v integrovaném přístupu například interpretace nevědomého konfliktu a charakterových rysů, pokud představují ohrožení abstinence. Když léčbu nebo abstinenci ohrožují odpor, obrana nebo nevědomé konflikty, je nutno selektivně využít terapeutických metod umožňujících vyjádření pacienta. Naopak v pokročilejším stádiu léčby, kdy abstinence je již stabilizována, může převládnout určitá forma psychodynamické léčby, během které jsou řešeny nevědomé konflikty v rámci tradiční matrice přenos-protipřenos (Keller, 1999).

3. Metody a strategie v prevenci relapsu

Literatura a metodiky prevence relapsu přináší široké spektrum možností, jaké metody, techniky a intervence pro práci s klientem v prevenci relapsu využít. V prevenci relapsu je důležité, aby terapeut vybavil klienta „dovednostmi“ identifikovat a anticipovat rizikové situace, vyhnout se jim a/nebo je zvládnout. Pokud by mělo dojít k užití drogy, vybavit klienta dovednostmi a strategiemi, jak zabránit plnému rozvinutí relapsu. A zvýšit klientův pocit vlastní účinnosti.

Pokusíme-li se vytvořit průnik okruhů, jimiž se jednotlivé přístupy k prevenci relapsu zabývají, můžeme stanovit dvě základní skupiny postupů pro předcházení relapsu. První skupinou jsou „specifické intervenční strategie“, tj. intervence zaměřené na

konkrétní klientovu zranitelnost a vysoce rizikové situace. Například pro klienta, který má problém s pitím a má sklon relabovat pod sociálním tlakem, by nácvik asertivních dovedností byl specifickou strategií. Druhá skupina „globální strategie“, zahrnuje strategie, které pracují s celkovým životním stylem klienta, zapojují jeho sociální okolí a vedou ho ke změně chování a s ním souvisejících stereotypů. Globální změny životního stylu pak mají za cíle: identifikovat v životním stylu zdroje stresu; identifikovat a změnit nezdravé vzorce zvyků; objevit pozitivní aktivity a začít se jim věnovat; naučit se efektivnějšímu managementu času (pro zaplnění vakua, které zůstalo poté, co se klient vzdal závislého chování; dospět k „umírněnému“ a „vyrovnanému“ životnímu stylu.

Účinná a smysluplná prevence relapsu by měla využívat kombinace obou zmíněných strategií (Kuda, 2008; Kalina, 2015; Pavlovská, 2015; Wanigaratne et al., 2008).

Protože v České republice patří prevence relapsu nejvíce do fáze doléčování, popsané metody se využívají nejvíce v této fázi. Úspěšně se však integrují i do terapeutické komunity či do ústavní léčby. Terapeut tak má možnost využít svou kreativitu pro tvorbu technik, které by se opíraly o základní metodiku a poznatky z teorií relapsu a pasovaly do programu daného typu léčebné služby.

Vlastní terapeutická strategie prevence relapsu má podle Kaliny (2015) následující složky:

1. *Psychoedukace*: klient se seznamuje s modelem relapsu, což umožňuje orientaci ve vlastním jednání a jeho zdrojích. Nemusí se vždy jednat o „výuku“ v pravém slova smyslu. Zejména při skupinové terapii mohou terapeuti jednotlivé složky modelu postupně pojmenovávat a zavádět jako „slovník“ do skupinové komunikace.
2. *Zvědomování*: Klient mapuje svoje zkušenosti, rozpoznává rizikové a prerizikové situace a vlastní podíl na nich, učí se citlivosti vůči signálům rizika (vnitřní nepohoda, craving atd.). Může odhalit vy skrytých předchůdcích relapsu svoje psychologické obrany (racionalizace, potlačení) a kognitivní mantry (zautomatizované myšlenky či iracionální přesvědčení), udržující jeho emoční a behaviorální mantry (zautomatizované myšlenky či iracionální přesvědčení), udržují jeho emoční a behaviorální závislostní vzorce; touto

mantrou může být například přesvědčení, že jedinec má nárok se odměnit užitím drogy při negativních emocích a pocitech deprivace.

3. *Hledání alternativ*: Klienti nachází alternativy k dosavadním nefunkčním vzorcům v myšlení, jednání a v životním stylu. Především si definuje efektivnější strategie v kontextu vysoce rizikových situací, jak tyto situace identifikovat a anticipovat v sobě i ve svém okolí, jak se jim vyhnout a/nebo je zvládnout a pokud by k užití drogy i tak došlo, jak zabránit plnému rozvinutí relapsu.

4. *Tvarování chování, nácvik dovedností*: Ke skutečnému uplatnění efektivnějších strategií se klient potřebuje vybavit potřebnými dovednostmi, které mu může dodat například nácvik relaxace, plánování a sebehodnocení, trénink asertivity, techniky zaměřené na rozvoj sociální inteligence a komunikace apod. Můžeme sem zařadit i aktivní přístup k negativním emočním stavům a cravingu. Vybavenost potřebnými dovednostmi zvyšuje klientův pocit vlastní účinnosti a kompetence.

5. *Intervence k životnímu stylu*: z modelu relapsu vyplývá význam nevyváženého životního stylu jako zdroje a podhoubí vysoce rizikových situací. Nejúčinnější strategie prevence relapsu směřuje tudíž do této oblasti.

Wanigaratne et al. (2008) ve svém manuálu technik pro terapeuty v prevenci relapsu vycházejí z Marlattova kognitivně-behaviorálního modelu relapsu. Strategie zaměřené na prevenci relapsu dělí na behaviorální a kognitivní, nejpoužívanější techniky rozebíráme níže v této kapitole. Dále popisujeme některé intervence využívané v prevenci relapsu týkající se životního stylu a také strategie zvládnání. Na závěr se zmiňujeme o poradenských techniky, technice matice a mapování a technice HALT. Přehled modelu a jednotlivých intervencí prevence relapsu, jak ho navrhli Marlatt a Gordonová (1985) je znázorněn v příloze č. 4 této diplomové práce.

3.1. Behaviorální strategie

Behaviorální diagnostika v prevenci relapsu je zaměřena hlavně na kvantifikování závislého chování (počet cigaret, jednotek alkoholu atd. denně), identifikování vysoce

rizikových situací (intrapersonální, interpersonální, skupinové tlaky atd.) a identifikování dovedností zvládání a jejich deficitů. Obecně se behaviorální diagnostika používá na počátku programu prevence relapsu. Nicméně diagnostické techniky, jako je sebemonitorování (např. diář chutí), mohou být použity v průběhu celého programu.

Sebemonitorování

Při této technice si klient vede podrobné záznamy o určité aktivitě s cílem naučit se vědomě se soustředit na chování, které si přeje změnit. Primární užití sebemonitorování v prevenci relapsu spočívá především v diagnostice vysoce rizikových situací (špatná nálada, konflikt, sociální tlak atd.). Dále technika může pomoci klientovi identifikovat možné spouštěče, objevit dané chování nebo vzorec zvyků (kdy, jak a kde); identifikovat důsledky, které pro jedince či lidi okolo něj dané chování má nebo stanovit cenu, kterou člověk platí na úrovni fyzické, psychické a finanční. Technika využívá zejména rozhodovacích matic a deníků pití / braní drog (Wanigaratne et al., 2008; Pavlovská, 2015).

Relapsové mapy a popis minulých relapsů

Tato technika využívá metaforického popisu minulých případně budoucích relapsů jako cest. Cílem těchto postupů je identifikace možných budoucích nebezpečí a jejich varovných signálů a hledání alternativních možností.

Relapsové fantazie

V chráněném prostředí léčebných zařízení, které jsou zaměřeny na abstinenci, může relaps někdy působit jako nevyslovitelné nebo nemyslitelné téma. Produkce relapsových fantazií umožňuje terapeutovi shromáždit důležité informace o rizikových situacích klienta a jeho konkrétních slabínách, jeho dovednostech zvládání a roli závislého chování v klientových představách. Jako intervenční strategie tato technika vždy vytváří zvýšené uvědomění klienta ohledně jeho slabín a rizikových situací

Nácvik relaxace

U kořenů závislého chování často leží úzkost a funguje jako hlavní faktor při jeho udržování. Návčik relaxace je vyzkoušená a ověřená strategie pro zvládnutí úzkosti (Jacobson, 1976; in Wanigaratne et al. 2008). Různé typy relaxace a její návčik se využívá v mnoha léčebných zařízeních a pomáhá tak klientům učit se zdravé prostředky, jak zvládat úzkost a stres. Někteří autoři popisují vedle návčiku relaxace také návčik meditace a jógy jako využitelných technik pro zvyšování sebeuvědomění klienta (Wanigaratne, et al. 2008, Nešpor, Csémy 1999).

Návčik asertivity

Deficity v sociálních dovednostech jsou u jedinců s problémy závislostí velmi časté, a rovněž obtíže s asertivním jednáním patří k nejčastějším. Asertivita se u člověka dotýká tří hlavních oblastí, které se v terapii mohou trénovat: řeč, řeč těla a myšlenky spolu s kognitivními procesy. Návčik asertivního chování může pomoci například ve vysoce rizikové situaci typu sociálního tlaku. Klasickým příkladem techniky je návčik odmítání, umět říci „ne“.

Expozice podnětům

Zde terapeut využívá expozice klienta stimulům spojeným se závislým chováním (desenzitizace) za kontrolovaných podmínek a v bezpečném prostředí. Princip metody spočívá v tom, že expozice podnětům povede k adaptaci/uvyknutí. Pokud klient přečká nutkání a chutě tímto způsobem, snižuje tato technika efektivitu stimulu ke spuštění reakce do budoucna, a zároveň zvyšuje klientovu sebedůvěru (vlastní účinnost) (Wanigaratne et al., 2008).

Mezi další behaviorální techniky řadíme podle Pavlovské (2015) odchod z dané situace, odstranění předmětů souvisejících s užíváním drog nebo zatelefonování podpůrné osobě.

3.2. Kognitivní strategie

Kognitivní restrukturování

Klient se učí identifikovat a měnit myšlenkové pasti (např. odhalení zdánlivě bezvýznamných rozhodnutí), a myšlení na důvody, proč chce klient abstinovat (možné nosit s sebou napsané pro případ cravingu) (Pavlovská, 2015).

Nácvik relapsu

Podle Wanigaratneho et al. (2008) klienti někdy uvádějí, že dovednosti, které se naučí v terapii, jim připadají „mimo“ danou situaci, ve srovnání se stavem téměř transu, ve kterém se nacházejí. Nácvik relapsu je užitečnou technikou, která pomáhá překlenout mezeru mezi terapií a skutečnou situací. Klient si při této technice představí situaci, ve které se odehrálo uklouznutí a prochází vlastní rozhodovací proces a zvažuje, jaké dovednosti mohl použít ke zvládnutí situace.

Přeznačení a odpoutání se

Terapeut může na základě popsaného prožitku cravingu klientovi ukázat kognitivní chyby, kterých se dopustil (falešná přesvědčení, falešné předpoklady a zkreslení v interpretaci prožitku). Důležitou částí je dále technika založená na reinterpetaci a „přeformulování“ zkušenosti, naučí klienta prožitky chutí externalizovat (odpoutat se od nich). Účinný způsob, jak toho dosáhnout, je přimět klienta, aby verbalizoval svůj prožitek ve třetí osobě, aby jej popsal jako pozorovatel, místo toho, aby se s tímto prožitkem identifikoval.

Imaginace zvládnání

Zvládnání vysoce rizikových situací a zvládnání nutkání a chutí je hlavním cílem klienta v programu prevence relapsu. Techniky této kategorie rozvíjí kognitivní dovednosti „zvládnání“ rizik. Používáním technik řízené fantazie může terapeut přivést klienta k tomu, aby cvičil imaginace zvládnání rizikových situací v průběhu terapeutického sezení (Wanigaratne et al., 2008).

3.3. Intervence týkající se životního stylu

Rovnováha životního stylu

Pro většinu klientů i po dosažení určité míry stability znamená život bez drogy velké ochuzení v jejich životním stylu. Je často obtížné vyplnit toto vakuum, které po sobě závislost zanechá. Nejlepším místem pro zahájení takového procesu může být rezidenční léčba. Kvůli aspektu odloženého potěšení je důležité pomoci klientům, aby byli schopni překonat úvodní rezistenci, dokud nový způsob chování nezačne přinášet výsledky. Mohou k tomu pomoci různé techniky ke zvládnání stresu (meditace, cvičení) a formování „zdravého životního stylu“.

Substituční požitky

Jedná se o využití jakékoliv aktivity, která produkuje okamžité potěšení a odvádí klienta od závislého chování. Klient je veden k tomu, aby si vytvořil seznam aktivit, které může použít, když prožívá silné chutě na drogy. Pokud se tyto aktivity zabudují do klientova životního stylu, jde o globální intervenci. Mít ve svém repertoáru i jiné aktivity, než jenom závislé chování, by samo o sobě mělo snížit pravděpodobnost uklouznutí. Substitučními požitky se však musí vždy vybírat opatrně a s ohledem na jejich důsledky v delším časovém horizontu, pokud se stanou součástí klientova životního stylu, neboť se samy o sobě mohou stát negativními závislostmi.

Pozitivní závislosti

„Pozitivní závislost“ je zjevnou substitucí „negativní závislosti“. Pozitivní závislost můžeme popsat jako aktivitu, která může nebo nemusí mít okamžité pozitivní důsledky, ale je dlouhodobě prospěšná pro jedince (sport, volnočasové aktivity). Aby se aktivita mohla stát pozitivní závislostí, musí splňovat 6 požadavků:

- Je nekompetitivní. Klient si ji může sám vybrat a provozovat a věnovat se jí asi hodinu denně.
- Je možné ji provádět snadno, bez přílišného mentálního úsilí.
- Klient jí může dělat sám nebo občas s ostatními, ale nesmí být na ostatních závislý, aby ji mohl provozovat.
- Klient by měl věřit, že pro něj má nějakou hodnotu (tělesnou, mentální nebo spirituální)

- Klient by měl věřit, že pokud u ní vytrvá, stane se lepším. Stačí, když je to klientovo přesvědčení nebo názor.

- Je důležité dělat tuto aktivitu, aniž by se klient kritizoval. Pokud by se nedokázal při této aktivitě akceptovat, nebyla by návykovou.

Pozitivní závislosti mívají na rozdíl od závislostí negativních blahodárné a žádoucí výsledky v dlouhodobém horizontu a v počátcích nemusí být vždy bez potíží (Wanigaratne et al., 2008).

Techniky pro kontrolu stimulů (spouštěčů)

V každodenním životě je téměř nemožné vyhnout se všem stimulům, které spouštějí nutkání a chutě. Nicméně je do určité míry možné promyslet a upravit okolní prostředí tak, aby expozice byla minimální. Kontrola stimulů je zaměřena na minimalizaci expozice stimulům asociovaným se závislostí (např. omezit poslech hudby, kterou má klient asociovanou s bráním drog) Tyto techniky bývají řazeny mezi globální intervence (Wanigaratne, et al, 2008; Pospíšilová, 2010).

3.4. Strategie zvládnání

Zvládnání lapsu

Wanigaratne et al. (2008) popisují obecné a konkrétní strategie zvládnání lapsu, které vychází z metod Marlatta a Gordonové (1985).

V případě pití, je doporučeno klientovi, pokud nastane laps:

- Počkat 20 minut.
- Projít si pozitiva a negativa pokračování pití.
- Zavolat na pohotovostní číslo.

Klientům bývá dále doporučeno, aby s sebou nosili připomínací kartičku s instrukcemi co dělat, pokud nastane laps, tabulku rozhodování týkající se jejich rozhodnutí abstinovat a telefonní číslo přítele (případě telefonní linky léčebného zařízení, se kterým je klient v kontaktu).

Obecný způsob zvládnání lapsu:

- Napít se vody, ovocné šťávy, minerální vody.
- Četba, sledování televize, poslech rádia nebo hudby.

- Procházka nebo společnost.
- Sníst něco sladkého.
- Potěšit se něčím.
- Mít připravený nealkoholický nápoj pro zvláštní příležitosti.
- Vzít si na speciální příležitost s sebou láhev nealkoholického nápoje.
- Nemít v domě alkohol.

Stejní autoři dále definují konkrétnější strategie zvládnání lapsu v tomto znění:

1. *Přestaňte, rozhlédněte se a poslouchejte.* Pokud nastane laps, přestaňte dělat to, co děláte a přemýšlejte. Je to varování, že jste v nebezpečí. Uvažujte o lapsu jako o prázdné pneumatice: řidič zastaví na bezpečném místě, aby situaci řešil. Podívejte se na svou kartičku, která vám připomene instrukce.

2. *Zůstaňte klidní.* Pamatujte si, že jeden laps neznamena celkový relaps. Uklouznutí neznamena, že jste zcela prohráli a že vaše vůle už nemá žádnou sílu, anebo že jste beznadějně závislý. Neexistuje selhání, pouze zpětná vazba. Je to příležitost se učit. Nechte přejít pocit „začal jsem, takže i skončím.“ Vyhněte se myšlence: „Tak teď bych se taky mohl pustit do pořádného flámu.“

3. *Znovu si projděte svůj závazek.* Vybavte si svoji rozhodovací matici v tabulce bilance rozhodování. Zvažte krátkodobé a dlouhodobé výhody abstinence. Vzpomeňte si, jak daleko už jste došli na cestě změnit váš zvyk. Skutečně věříte, že jedno uklouznutí zruší veškerý pokrok, který jste až dodnes udělali? Obnovte svoji motivaci a svůj závazek.

4. *Znovu si projděte situaci, která vedla k lapsu.* Jaké události vedly k tomuto uklouznutí? Byly nějaké časné varovné signály? O jakou vysoce rizikovou situaci se jednalo? Můžete získat nové informace ohledně zdrojů stresu ve vašem životě. Můžete mít dojem nebo pocit, že účinky drogy užití při uklouznutí vás přemůžou a znemožní vám znovu získat kontrolu.

5. *Udělejte si okamžitý plán akcí pro zotavení:*

- Zbavte se všech drog nebo alkoholu.
- Odejděte z vysoce rizikové situace. Projděte se, opusťte místo činu.
- Naplánujte si náhradní aktivitu, která naplní vaše potřeby v danou chvíli.

6. *Požádejte o pomoc.* Usnadněte si to. Požádejte přátele nebo příbuzné. Zavolejte na relapsový telefon.

V této souvislosti může být použita také například tzv. metoda „semafor“. Jedná se o jednoduchou kognitivně-behaviorální techniku, která klienta nabádá v situacích, kdy by mohl jednat v rozporu se svými zájmy, aby si vybavil dopravní semafor a nechat na něm rozsvěcet barvy. Červená znamená stop, zastavit a uvažovat. Oranžová znamená zvážit možnosti, které se nabízejí, včetně jejich krátkodobých i dlouhodobých následků. Z těchto možností je pak třeba vybrat nejvýhodnější. Zelená znamená vybranou možnost uskutečnit a vyhodnotit výsledek (Kučerová, 2006; Nešpor, Csémy, 1999).

Zvládání hněvu

Hněv je pocit, který zvyšuje riziko relapsu, především když žene klienta do hádek a konfliktů. Obvykle se nevedou sezení speciálně o hněvu, ale může to být indikováno složením skupiny. Doporučení ke zvládání hněvu:

- Vyjádřete hněv raději slovy než činy.
- Zbavte se toho pocitu pomocí cvičení.
- Udeřte do něčeho bezpečného, např. do polštáře.
- Rozpýlte se: běžte nakupovat – kupte si něco, běžte do kina, divadla, muzea, galerie nebo knihovny, dívejte se na video.
- Cvičte relaxační techniky. Zpomalte a kontrolujte svůj dech. Pusťte si relaxační kazetu.

V samotných situacích se vedle technik zvládání také dá pracovat na tónu hlasu a řeči těla.

Zvládání paniky

Jeden člověk ze tří zažívá záchvaty paniky. Pro zvládání paniky je důležité si pamatovat, že tyto pocity nejsou ničím jiným než zveličením normálních tělesných reakcí na stres. Naučit se zvládat záchvat paniky je otázka cviku. Stres funguje podle přirozeného vzorce. Narůstá, dosahuje plató a potom pomalu odezní. Pouze tím, že počká, se klientův strach zvolna vytratí. Je důležité zůstat v dané situaci a neutíkat. Pro tuto situaci terapeut může poradit klientům:

- použít rychlé relaxační cvičení
- opakovat si pozitivní výrok o sobě
- přemýšlet o pokroku, který udělali navzdory všem obtížím
- rozhlédnout se okolo a soustředit se na detaily okolí
- když jsou připraveni odejít, začít jednoduše a uvolněně

Zvládání stresu

Mnoho lidí používá pro zvládnutí stresu nějaký druh činnosti. Lidé, kteří mají problém se závislostí, často užívají své závislé chování jako způsob a strategii pro zvládání stresu.

Důležitou částí prevence relapsu je sdělování informací. Zcela nezbytné je vysvětlení

myšlenkových (kognitivních), skutkových (behaviorálních) a tělesných (fyziologických) mechanismů, které fungují v okamžiku, kdy člověk cítí stres. Tím, že klientovi poskytneme způsob, jak chápat svůj stres, zvýší se jeho pocity kontroly, a proto se zvýší i jeho sebedůvěra (pocit vlastní účinnosti). Jako obecný způsob zvládání stresu mohou být použity relaxační techniky, např. progresivní relaxace nebo meditace. Specifické postupy zvládání situací vyvolávajících stres se zaměřují na kognitivní složku stresu, tedy myšlenkové procesy.

Základní postup je:

- Identifikovat negativní myšlení a chyby v myšlení
- Napravovat chyby v myšlení
- Nahradit negativní myšlení pozitivním

Zvládání chutí

Důležité je znát spouštěče chutí, které se nejlépe zjistí metodou monitorování do „deníků chutí“, kterou jsme popsali výše. Poučení o chutích samo o sobě však ještě klientovi nemusí pomoci. Cílem je zejména pomoci klientovi zvládnout chutě, pokud nastanou. Jendou z technik, které prevence relapsu používá je „balíček chutí“. Jedná se o sadu individuálně vypracovaných instrukcí, která klientům pomáhá zvládat craving. Wanigaratne et al. (2008) uvádějí, že může vypadat třeba takto:

1. Rozpoznejte chuť.

2. Rychlá relaxační technika.
3. Pozitivní tvrzení o sobě.
4. Rozptýlení.
5. Mnohem později, když už pocity odezněly, pokuste se zjistit, které spouštěče tuto chuť odstartovaly a запиšte je do svého deníku chutí.

Právě chutě neboli craving někteří autoři uvádějí jako jednu z možných příčin relapsu hned vedle takových rizik, jakým je pro klienta například interpersonální konflikt či přítomnost uživatelů drog. I tam, kde craving vystupuje jako fenomén sám o sobě, a bez souvislosti s relapsovou situací, představuje závažný problém, který klienty obtěžuje, a k jeho zvládnutí se používají v podstatně shodné behaviorální a kognitivně behaviorální postupy jako v práci s relapsem. Jeho význam a právě důležitost strategií jeho zvládnutí, mě přimělo vytvořit na toto téma podkapitulu, ve které je tento fenomén popsán.

(Wanigaratne et. al. In Pospíšilová)

3.5. Poradenské techniky

Během všech technik s klientem platí, že terapeutova dovednost do značné míry ovlivňuje účinnost celé techniky (Zotagová in Kuda, 2000). Aby klient mohl otevřeně mluvit o svém relapsu a chutích a jejich možném výskytu v budoucnosti, je podle Millerové (2011) klíčové navázat důvěryplný vztah k terapeutovi nebo poradci. K tomu je potřeba neodsuzující přístup pracovníka i přesto, že také pro něj je re/laps nelehkou situací, která může vyvolávat pocity zklamání či zmaru. Jako velmi vhodné při zpracování re/lapsu se jeví také využití skupiny. Terapeut by měl mít na paměti, že klienti si někdy musí projít jednotlivými fázemi změny několikrát, než se změna v jejich chování stabilizuje. Během programu prevence relapsu vzniká také prostor pro přenos a protipřenos, je proto důležité, aby měl poradce dobré terapeutické schopnosti v takovém případě s klientem efektivně pracovat.

Rozhodovací matice a mapování

Marlatt (1985; In Pavlovská, 2015) popsal tabulku bilance, porovnávající důsledky eliminace návykového chování a důsledky jeho pokračování, tzv. rozhodovací matici. Z ní je možné vysledovat míru klientovy motivace, jeho cíle a hodnoty, a stanovit tak odpovídající intervence. Klient navíc může tabulku nosit neustále při sobě pro případ

cravingu. V rozhodovací matici klient zvažuje okamžité důsledky svého chování (přestat brát návykové látky nebo dále užívat) a pozdější důsledky s tímto chováním spojené.

Na techniku rozhodovací matice navazuje mapování, kdy si klient načrtne mapu prevence relapsu, na níž vyznačí svou aktuální situaci a cíl, kam chce dojít. Obě tyto techniky je možné použít jak preventivně před relapsem, tak poté, když už k němu došlo (Pavlovská, 2015).

HALT

Millerová (2011) uvádí využití techniky HALT, která našla využití v některých svépomocných skupinách. Tato technika pomáhá varovat před relapsem tím, že závislému prostřednictvím zkratky připomíná, aby se vyhýbal hladu (HUNGRY), hněvu (ANGRY), samotě (LONELY) a únavě (TIRED).

S využitím této techniky v prevenci relapsu pomáhá terapeut klientovi zjistit, jak se klient projevuje při zažívání těchto stavů – to klientovi pomůže vnímat, když se ocitne v emocionálně vypjatých situacích, že je čas se zastavit a začít uplatňovat strategie péče o sebe sama a moci tak předejít relapsu. Metodu lze použít i tehdy, když klientovi není dobře a neví proč – nejprve zkusit uspokojit tyto potřeby a navrátit tak pocit ztracené rovnováhy.

4. Prevence relapsu v systému péče léčby závislostí

V tradičním modelu veřejného zdravotnictví se rozeznávají tři úrovně prevence: primární prevence se týká odstranění příčin, a tím zabránění jejímu vzniku. Sekundární prevence se týká včasné identifikace a léčby poruchy, aby se tak zastavil její další rozvoj. Terciární prevence označuje léčbu rozvinuté poruchy, nebo aby se snížilo riziko relapsu. S rizikem relapsu tedy počítá nejvíce třetí úroveň. (Wanigaratne, et al., 2008) V původní aplikaci spadá prevence relapsu jednoznačně pod definici terciární prevence. Nicméně se uvádí, že tento přístup může být také použit pro primární a sekundární prevenci (Marlatt a Gordon, 1989 in Wanigaratne, et al., 2008).

Prevence relapsu byla vyvinuta především jako program pro udržování navozených změn, jedná se tedy o fázi po ukončení základní léčby. Dle Kudy (2003) bývá obava z relapsu klíčovým motivačním faktorem klientů pro vstup do doléčovacího programu.

Prevence relapsu je proto jeho naprosto zásadní složkou. Doléčovací programy jsou ambulantní zařízení, která se zaměřují na udržení změny chování a životním způsobu klienta, které získal během léčebného procesu či abstinence (Kalina, 2008b). Programy prevence relapsu lze ale s úspěchem integrovat i do základní léčby, je třeba vždy program upravit tak, aby odpovídal celkovému přístupu v daném léčebném programu (Kuda, 2003).

Přístup k relapsu se však napříč různými typy léčebných služeb liší (Kalina, 2001). Práce s relapsem bývá v jednotlivých zařízeních ošetřena interními pravidly, klient dostává jasnou instrukci, co v takovém případě udělat a jak z něj získat užitečnou zkušenost i informaci pro budoucnost (Kuda, 2000). Je důležité zmínit, že i to, jak vnímají re/laps služby pro uživatele návykových látek, hraje roli ve způsobu, jakým o něm ne/hovoří, jak s ním zacházejí, a především v jaké podobě ho prezentují klientům, jelikož i relaps se může stát tzv. „sebenaplňujícím proctvím“ (Thakker, Ward, 2010 in Pavlovská, 2015).

Zahraniční zdroje uvádějí, že strategie prevence relapsu se v léčbě závislostí běžně využívají v terapii zaměřené na zvyšování motivace, v individuálním a skupinovém poradenství nebo v case managementu (Marlatt, Witkiewitz, 2007).

5. Léčebný model terapeutické komunity a jeho zařazení v systému služeb léčby závislostí

Pro účely naší práce považujeme za vhodné stručně popsat léčebný model terapeutické komunity, jeho zařazení v systému péče pro drogově závislé.

Terapeutickou komunitu můžeme definovat jako specializované rezidenční (pobytové) zařízení zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. V terapeutické komunitě se poskytuje střednědobá a dlouhodobá odborná péče v trvání 6-18 měsíců

Cílovou populaci tvoří osoby závislé na návykových látkách (obvykle nealkoholových) ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžkým psychosociálním, případně i somatickým poškozením. Věk klientů se ve většině komunit pohybuje v rozmezí 18-35 let. Existují však komunity, kteří se specializují na

klienty mladistvé, i komunity, které přijímají starší klientelu (Richterová Těmínová et al., 2008).

V komplexním systému péče služba navazuje na detoxifikaci nebo krátkodobou a střednědobou léčbu a předchází doléčovacím programům. Pobyt pacientů/klientů je zpravidla dlouhodobý, rozdělený do několika (většinou čtyř) fází, které se odlišují různou mírou odpovědnosti a pravomocí pacientů/klientů v komunitní spoluprávě. Program se zaměřuje na obnovu fyzického a psychického zdraví pacientů/klientů, na prevenci a řešení sociálního vyloučení a práci na sociálním začleňování včetně obnovení rodinných a dalších blízkých vztahů. Ve službě se poskytuje kromě ubytování a stravování zejména socioterapeutická a psychoterapeutická pomoc směřující k zásadní změně životního stylu a sebepojetí pacientů/klientů, vedoucí k životu bez drog. Služba je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje jako samostatná organizace s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Je poskytována jako sociální a/nebo zdravotní služba (Standardy odborné způsobilosti, 2015; Vavrínčiková et al. 2013, Kalina, 2008b).

Pracovníci tvoří multidisciplinární terapeutický tým, mají různé vzdělání (psychoterapeutické, speciálně-pedagogické, lékařské, v oblasti sociální práce apod.), specializované výcviky a různé praktické dovednosti. Důležitým předpokladem pro práci se závislými v terapeutické komunitě jsou také osobnostní vlohy terapeuta. Tým terapeutické komunity – stejně jako celá komunita – je hierarchicky uspořádán. Vztah týmu a klientů je důležitým prvkem terapeutické komunity. Platí, že základním nositelem změny je vztah klient-terapeut, klient-skupina, klient-komunita. Vztah, zejména při dlouhodobé rezidenční péči, je mnohem autentičtější než např. v ambulantní terapii. Existuje však velmi jasná hranice, kterou ani jedna strana nesmí překročit.

Terapeutický proces vychází z individuálního zhodnocení klienta, zahrnuje strukturované aktivity a využívá účinné faktory terapeutické komunity. Léčebný proces obsahuje aktivity terapeutické, výchovné, rehabilitační a pracovní. Základními nástroji terapeutického procesu jsou psychoterapie skupinová, komunitní i individuální, farmakoterapie, edukace, sociální práce, rodinná (případně partnerská) terapie, rehabilitace směrem ke stabilizaci a zlepšení psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta. Součástí péče je léčba psychiatrických a somatických komorbidit. Další využívané

prostředky jsou například volnočasové, sportovní, zátěžové programy, pracovní terapie, a jiné rehabilitační aktivity. Léčba v terapeutické komunitě se označuje jako „léčba vedoucí k abstinenci“. Abstinence však není cílem léčby v terapeutické komunitě, je pouze cestou, podmínkou a součástí normálního života. Cílem léčby v terapeutické komunitě je změna životního stylu, kterého lze dosáhnout prostřednictvím osobního růstu. Řád terapeutické komunity je tvořen souborem pravidel. Základní (kardinální) pravidla tvoří zákaz užívání drog a manipulace s nimi, zákaz násilného chování, závazek podřídit se rozhodnutí komunity a zákaz sexuálních vztahů. Vedle nich existuje řada dalších pravidel, jejichž porušení vede k mírnějším sankcím (Kalina, 2008b; Richterová, Těmínová et al., 2008; Vavrinčíková et al. 2013).

Podle Kratochvíla (1979 in Richterová Těmínová, et al, 2008) je terapeutická komunita (TK) zvláštní formou skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého všedního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších, adaptivnějších způsobů chování. Stejný autor odlišuje terapeutickou komunitu v širším slova smyslu (jako systém) a v užším slova smyslu (jako metoda). Terapeutická komunita v širším slova smyslu je systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu včetně pacientů. Terapeutická komunita v užším slova smyslu je terapeutickou metodou, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korelaci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování.

5.1. Implementace programu prevence relapsu do terapeutické komunity

Programy specifické prevence relapsu nebyly vždy součástí léčeného programu v terapeutických komunitách. Nejnovější standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (2015) definují, že prevence relapsu

se provádí u všech pacientů/klientů a je neoddělitelnou součástí programu terapeutické komunity. Dále stanovují, že léčebné zařízení typu terapeutických komunit má mít písemně stanoveno, jak principy prevence relapsu v programu uplatňuje. Tato položka standardů kvality není označena jako zásadní. Oproti starší verzi standardů odborné způsobilosti které o prevenci relapsu v terapeutických komunitách nehovořily, je to posun k tomu, že v budoucnu by prevence relapsu nemusela zůstat pouze doménou doléčovacích programů.

Kalina (2008a) popisuje prevenci relapsu v terapeutických komunitách jako novou metodu, která bývá do programu terapeutické komunity integrována k základnímu léčebnému modelu. Dle De Leona (2001; In Kalina, 2008a) se program terapeutických komunit pro drogově závislé sám o sobě zaměřuje na klíčové záležitosti prevence relapsu. K relapsům však dochází při léčbě i po ní. Mnoho terapeutických komunit podle jeho slov zařazuje do programu navíc zvláštní skupiny či workshopy specifické prevence podle kognitivně-behaviorálního schématu, které vyvinuli Marlatt a Gordonová. Pro integraci programů prevence relapsu do základní léčby, je zapotřebí určitého sladění metody a celkového přístupu v daném léčebném programu.

Dosud nebyl uskutečněn výzkum, který by zkoumal způsoby implementace specifických programů prevence relapsu do programu terapeutické komunity a možné komplikace či otázky související se sladěním metod s přístupy léčebného zařízení. V naší práci jsme se tímto tématem v praktické části zabývali a pokusili jsme se popsat, jak je implementován program specifické prevence relapsu v jednom konkrétním léčebném zařízení tohoto typu v České republice – v terapeutické komunitě Magdaléna o.p.s.

6. Hodnocení kvality v léčbě závislostí: terapeutická komunita a prevence relapsu

Co se týče evaluace samotných programů prevence relapsu, Wanigaratne et. al. (2008) nabízí ve svých publikacích několik modelových dotazníků s návody, jak taková hodnocení provádět. Pokud bychom se zaměřili na evaluační metody v širším kontextu, tedy v našem případě evaluace léčby v terapeutických komunitách, nejčastěji se zde hodnotí účinnost léčby, udržení v léčbě a předpoklady klientů pro úspěšnou léčbu

(Nevšímal, 2003). Pro to, abychom mohli hovořit o hodnocení kvality takto specifických úseků, považujeme za důležité blíže se věnovat hodnocení kvality v léčbě závislostí obecně.

Podle Miovského můžeme rozlišit tři základní typy evaluací adiktologických programů a intervencí: evaluaci přípravy, evaluaci procesu a evaluaci výsledku. Na tomto principu hodnocení naplnění jednotlivých kritérií je postaven například model standardů adiktologických služeb v ČR a systém certifikací těchto služeb (Miovský in Kalina, 2015).

Dle specifických standardů odborné způsobilosti dlouhodobé rezidenční léčby v terapeutické komunitě (2015), je jednou ze 34 položek standardů položka „hodnocení kvality, bezpečí a efektivita služby“. Tato položka však není řazena mezi 10 položek zásadních standardů. Hodnotit účinnost svých služeb tak může terapeutická komunita podle tohoto standardu sama. V tomto standardu je stanoveno, že pravidelně, minimálně jednou ročně, jsou vyhodnocovány kvalita, bezpečí a efektivita služby. Kvalita, bezpečí a efektivita služby jsou hodnoceny minimálně ve vztahu k následujícím kritériím:

- a) Počet a struktura výkonů a pacientů/klientů,
- b) naplnění kapacity služby,
- c) četnost a typ mimořádných událostí a režimových komplikací,
- d) návštěvnost otevřených skupinových forem práce, jako jsou skupiny pro rodiče a partnery nebo přípravné motivační skupiny,
- e) četnost a důvody vypadnutí z programu v první třetině programu,
- f) četnost úspěšně dokončených léčebných plánů,
- g) počet a struktura realizovaných doporučení do dalších zařízení, zejména zajištěné doléčování.

Dále standardy stanovují za nezbytný průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případové práce na poradách a při supervizi.

Pokud si terapeutická komunita vede statistiky, provádí hodnocení, kontroluje bezpečnost a efektivitu svých služeb, výsledky jsou nejčastěji zaznamenány ve výročních zprávách dané organizace.

Ukázalo se, že programy, které se poskytují v podobných typech léčby, se liší ve výsledcích (Ball a Ross, 1991; Gossop et al., 1998; Simpson et al., 1997 in Gossop, 2009). Výsledky léčby ovlivňují nejen léčebné intervence, ale také kvalita péče a další aspekty poskytovaných služeb. Soubor léčebných intervencí zahrnuje metody a služby léčebného zařízení, institucionální prostředí, prostorové uspořádání a souhrnné charakteristiky pacientů a personálu (Moos, 1997 in Gossop 2009)

Hodnocení přípravy a realizace léčebného programu

Při evaluaci přípravy se především sleduje, jak kvalitně je program připraven (Miovský in Kalina, 2015). Klíčovými jsou identifikace a popis cílové skupiny a její specifika, dále se často využívá analýza potřeb.

Programy, jejichž realizace je hodnocena jako dobrá, mají vyšší pravděpodobnost lepších výsledků (Prendergast et al. 2002 in Gossop, 2009). Mezi známky dobře realizovaného programu patří náležitá forma programu, vzdělávání v léčebných postupech, sledování průběhu léčby, nízký podíl osob, které program nedokončily, a další doklady toho, že léčba je realizována podle záměru (Gossop, 2009).

Hodnocení výsledků léčebného programu

V terapeutických komunitách pro léčbu závislostí v České Republice proběhla v posledních letech rozsáhlá evaluace výsledků léčby (Šefrámek, 2014). Studie probíhala ve 4 terapeutických komunitách v ČR na výzkumném vzorku 176 klientů. Autor zvolil kombinaci čtyř výzkumných nástrojů: Maudsley Addiction Profile (MAP), Opiate Treatment Index pro uživatele opiátů, Zung Self-Rating Depression Scale (Zungova škála deprese) a dotazník kvality života.

Výsledky tohoto výzkumu mimo jiné ukázaly, že 44,3% klientů řádně ukončila léčbu. Značná část klientů abstinuje od nealkoholových drog jeden rok po ukončení léčby. Míra abstinence od nealkoholových drog se tak zvýšila z 10,2% na 86,1%. Pokud klienti

pokračovali v užívání drog, výrazně se snížila frekvence užívání většiny návykových látek. Relaps na nealkoholových drogách po léčbě je relativně častý, 46,7% respondentů minimálně jednorázově užilo některou ze sledovaných nealkoholových drog v celém období 12 měsíců po léčbě. Jeden rok po ukončení léčby došlo k částečným zlepšením v konzumaci alkoholu. 54,5% klientů konzumovalo alkohol ve škodlivé míře před začátkem léčby. Zatímco před léčbou abstinovalo 28,4% klientů, jeden rok po léčbě to bylo 33,5%. Pozitivní je, že se signifikantně zvýšil počet klientů, kteří konzumují alkohol ve společensky přijatelné míře (ze 17% na 35%) a zároveň se významně snížil počet klientů, konzumujících alkohol ve škodlivé míře (z 54,5% na 31,3%). Klienti terapeutických komunit se vyznačují závažným profilem obtíží v užívání drog, osobním a sociálním fungování a také zdravotními problémy. Profil obtíží klientů terapeutických komunit je závažnější než v jiných typech léčby. Přesto i tato skupina klientů je schopna dosáhnout značně příznivých léčebných výsledků a velmi výrazných změn ve svém chování. Zjištění ukazují, že terapeutické komunity dosahují příznivých výsledků léčby u klientů se závažným profilem obtíží.

Podle autora studie a dle dalších výzkumu je Maudsley Addiction Profile (MAP) velmi vhodným nástrojem pro hodnocení výsledků léčby v terapeutické komunitě. Tento dotazník lze použít opakovaně v průběhu léčby a po jejím ukončení. Měří nedávné obtíže a fungování ve čtyřech oblastech (1) užívání drog, (2) rizikové chování, (3) fyzické a psychické zdraví, (4) osobní a sociální fungování. Dalším vhodným prostředkem pro evaluaci výsledků léčby může být dotazník kvality života (World Health Organization Quality Of Life Assessment, WHOQOL-BREF). Tento dotazník se skládá celkem z 26 otázek, které jsou rozděleny do čtyř oblastí: (1) fyzické zdraví, (2) prožívání, (3) sociální vztahy a (4) prostředí.

Důležitým poznatkem je, že výsledné sledování samotného relapsu není samo o sobě určující. Sledovat pouze to, zda klienti po léčbě abstinují, nebo pokračují v užívání drog, by bylo neadekvátní a neuspokojivé. Takové zjednodušení neodpovídá různorodosti obtíží a potřeb, s nimiž klienti do léčby přicházejí. Dlouhodobé injekční užívání pervitinu a/nebo heroinu je mezi klientelou terapeutických komunit velmi časté. Řada klientů ve značné míře užívá rovněž jiné drogy, jako jsou benzodiazepiny a alkohol. Rozšířené je polymorfnní užívání drog. Klienti se potýkají s obtížemi v oblasti fyzického a psychického

zdraví, osobního a sociálního fungování. Snížení užívání drog stojí na prvním místě v hodnocení výsledků léčby (Kalina, 2008 in Šefránek, 2014, str. 99.)

Abstinence však není výhradním cílem léčby v terapeutické komunitě. Je nezbytnou podmínkou pro dosažení změn mnohem širších. Klienti musí řešit problémy v jiných oblastech, které mohly užívání drog předcházet a/nebo mohly být užíváním prohloubeny. Kalina (2008 in Šefránek, 2014) uvádí, že abstinence sama o sobě není spolehlivým měřítkem změny, pokud není doprovázena zlepšeními v jiných oblastech. Terapeutická komunita si klade za cíl změnu životního stylu klienta, jeho identity a (znovu)zapojení do společnosti. Samotné hodnocení abstinence versus relaps by bylo proto jen zjednodušeným hodnocením výsledků léčby.

6.1. Evidence-based přístup: Výzkumy zaměřené na účinnost programů prevence relapsu

U klientů, kterým se po léčbě dařilo vyvarovat relapsu ve spojitosti s užitím heroinu, byla zjištěna vyšší míra uplatňování kognitivních strategií, jako např. strategie odvádění pozornosti (distraction coping strategy) a strategie vyhýbavého chování (avoidance coping strategy) (Gossop et al., 2002 i Gossop, 2009). Dalším prediktorem dobrých výsledků je počet protektivních faktorů v okolí dané osoby, tj. lidí, činností, nebo sociálních struktur, o nichž jedinec soudí, že mu pomáhají v jeho úsilí zdržet se užívání drog (Gossop et al., 1990 in Gossop, 2009).

Při porovnání tříměsíčních a šestiměsíčních programů prevence relapsu v randomizované studii bylo v prospektivním sledování zjištěno, že oba druhy programů vedou k významnému zlepšení. Výsledky rovněž nasvědčovaly tomu, že pokračování v léčbě po uplynutí tří měsíců je přínosné z hlediska oddálení okamžiku opětovného užití drogy (McCusker et al., 1995 in Gossop, 2009).

Při srovnání skupin uživatelů kokainu ve dvanáctitýdenní léčbě, a to jednak v programu prevence relapsu a jednak v podpůrné skupině založené na programu Dvanácti kroků (Wells et al., 1994), se zjistilo, že účastníci v obou skupinách dokázali omezit své užívání kokainu a konopí, přičemž nebyly zaznamenány žádné rozdíly v dopadech obou metod na užívání kokainu nebo udržení pacientů v léčbě.

Výsledky byly porovnány u klientů závislých na kokainu náhodně zařazených do skupinového nebo individuálního programu prevence relapsu (Schmitz et al., 1997 in Gossop, 2009). Významné a trvalé zlepšení bylo zjištěno v závažnosti závislosti, bažení po kokainu a strategiích zvládnání, přičemž mezi skupinovou a individuální léčbou nebyly shledány žádné rozdíly ve výsledcích (Gossop, 2009).

Přehled kontrolovaných klinických studií došel k závěru, že pro řadu užívaných drog existují důkazy o efektivnosti prevence relapsu ve srovnání s neléčenou kontrolní skupinou. Bylo zjištěno, že prevence relapsu má účinnost srovnatelnou s ostatními aktivními druhy léčby, avšak že nemá účinnost vyšší (Carroll, 1996 in Gossop, 2009).

Je několik oblastí, v nichž byla prevence relapsu vymezena jako zvláště slibná. Prevence relapsu může snížit intenzitu epizod relapsu, pokud k němu dojde. Studie srovnávající program prevence relapsu s psychoterapeutickým programem zjistila trvalé zásadní účinky nebo časově posunuté účinky prevence relapsu, což nasvědčuje tomu, že trvalé nebo pokračující zlepšení může souviset s uplatňováním dovedností zvládnání naučených v programu prevence relapsu (Gossop, 2009).

Důkazy svědčící o vhodnosti určitého druhu léčby pro určitého pacienta (patient-treatment matching) nejsou konzistentní. Některé studie nasvědčují tomu, že prevence relapsu je snad efektivnější pro těžší případy užívání drog, respektive pro pacienty s vyšší závažností užívání drog, s negativním nastavením a s větším deficitem v dovednostech zvládnání (Carroll et al., 1991 a 1995 in Gossop, 2009).

V randomizované kontrolované studii, která hodnotila účinnost terapie (buďto prevence relapsu, nebo podpůrný klinický program) a farmakoterapie v léčbě pacientů užívajících kokain, vykazovaly všechny skupiny po dvanácti měsících léčby významné zlepšení (Carroll et al., 1994 in Gossop, 2009). V závažnějších případech byly významně lepší výsledky u pacientů v programu prevence relapsu než ve skupině s podpůrným klinickým programem.

Mezi uživateli drog, kteří trpěli depresemi, byla sledována vyšší míra udržení v léčbě a lepší výsledky z hlediska užívání kokainu, jestliže byli pacienti léčeni v programu prevence relapsu než v klinickém programu zvládnání závislosti (Carroll et al., 1995 in Gossop 2009). Ačkoli všechny skupiny dokázaly udržet výsledky, kterých v léčbě

dosáhly, bylo postupně sledováno významné a pokračující zlepšování co do míry užívání kokainu u pacientů, kteří absolvovali program prevence relapsu oproti pacientům, kteří prošli klinickým programem zvládnání závislosti (Carroll et al. 1994 in Gossop, 2009).

Pokud byli pacienti náhodně zařazeni buďto do strukturovaného programu prevence relapsu, nebo do programu následné péče Dvanácti kroků, dokázali ti z účastníků programu prevence relapsu, kteří při příjmu uváděli nízkou psychickou zátěž, abstinovat významně delší dobu než pacienti s udávanou vysokou psychickou zátěží (Brown et al., 2002 in Gossop, 2009).

Lepších výsledků bylo dosaženo také v případě, když bylo zařazení do následné péče v souladu s preferencí účastníka (Gossop, 2009).

III. Empirická část

V následující části popisujeme plán a průběh konkrétního výzkumu, zaměřeného na analýzu programů prevence relapsu v terapeutické komunitě Magdaléna. V následujícím textu představujeme stanovené cíle tohoto výzkumu a výzkumné otázky. Následuje část zaměřená na metodologický rámec studie, který obsahuje údaje o výzkumném souboru, metodách získávání dat a etických aspektech. Další část popisuje samotný proces získávání dat čtyřmi výzkumnými metodami: analýzou dokumentů, zúčastněným pozorováním, polostrukturovaným rozhovorem s klientkou a polostrukturovanými rozhovory s terapeuty terapeutického týmu v daném léčebném zařízení. Následují informace o tom, jak bylo provedeno zpracování a analýzy dat. V závěru představujeme výsledky této kvalitativní studie. Nakonec je zpracována diskuse.

7. Vymezené cíle výzkumu

Pro tento výzkum byly stanoveny následující cíle:

- 1) Zmapovat a popsat metody a formu provádění prevence relapsu v dané terapeutické komunitě, jaké tematické okruhy se nejvíce používají.
- 2) Zjistit četnost zapojování programů prevence relapsu v dlouhodobé intenzivní rezidenční léčbě terapeutické komunity.
- 3) Určit, za jak důležitou položku považuje terapeutický tým terapeutické komunity pro drogově závislé právě prevenci relapsu a jak je s prevencí relapsu v této komunitě zacházeno.
- 4) Definovat, kdo provádí prevenci relapsu, jaké jsou kvalifikační požadavky terapeuta, zkušenosti pracovníků s prováděním specifické prevence relapsu v TK, zda se střídá více lidí, jak probíhá reflexe v týmu atd.
- 5) Zjistit, zda probíhá nějaké hodnocení účinnosti programů prevence relapsu v rámci nějaké širší evaluace v dané terapeutické komunitě, případně jakou formou.

8. Výzkumné otázky

Pro naplnění stanovených cílů byly zvoleny tyto výzkumné otázky:

- 1) Jak terapeutický tým v dané terapeutické komunitě vnímá re/laps klientů?
- 2) Jak je pro terapeutický tým důležité zapojení programů prevence relapsu v dané terapeutické komunitě?
- 3) Jaké metody terapie používají v programech prevence relapsu se svými klienty v terapeutické komunitě?
- 4) Jakým tématům se v rámci prevence relapsu terapeuti terapeutické komunity se svými klienty věnují?
- 5) Kdo z terapeutického týmu provádí programy specifické prevence relapsu (kolik pracovníků) a jakou mají tyto pracovníci související kvalifikaci/výcviky?
- 6) Jak často jsou zařazovány programy specifické prevence relapsu do programu terapeutické komunity? (četnost, délka skupin, pravidelnost)
- 7) Zjišťuje se účinnost programů prevence relapsu v dané terapeutické komunitě, případně jak a jaké nástroje jsou využívány?

9. Metodologický rámec studie

Pro tento výzkum byly využity prvky evaluace, jako nástroje hodnocení procesu programu prevence relapsu v dané terapeutické komunitě. Pro tyto účely jsme využili evaluační manuál Světové zdravotnické organizace (WHO, 2000).

Ve výzkumu této diplomové práce se autorka zaměřuje na dvě fáze evaluace a to na evaluaci přípravy a evaluaci procesu (více Miovský, 2008). V evaluaci přípravy byla využita technika analýzy dostupných dokumentů týkajících se programů prevence relapsu v daném zařízení. Zjišťovány byly údaje o úrovni adekvátního vzdělání potřebného k účelům poskytování programů prevence relapsu, časovém vymezení programů prevence relapsu a dalších přípravných prvků programů. V evaluaci procesu se autorka dále zaměřila na implementaci technik prevence relapsu do programu terapeutické komunity.

9.1. Výzkumný soubor

Za základní výzkumný soubor byl zvolen tým pracovníků (terapeutů) v terapeutické komunitě pro léčbu závislostí Magdaléna o.p.s., která splňuje standardy kvality sociálních služeb a je příkladem dobré praxe mezi poskytovateli adiktologických služeb. Z celkového počtu šesti terapeutů, kteří v dané terapeutické komunitě působí, nám byl poskytnut prostor pro rozhovor se čtyřmi z nich. Výzkumný soubor byl dále rozšířen o jednu klientku dané terapeutické komunity.

V České republice je podle různých zdrojů uváděno 11–16 terapeutických komunit specializovaných na léčbu závislostí (Mravčík & Nechanská, 2013, Vavrinčíková et al., 2013). Sekce terapeutických komunit A.N.O. měla v říjnu 2013 celkem 14 zařízení v 10 krajích. V registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV bylo v srpnu 2014 celkem 13 terapeutických komunit poskytujících služby osobám ohroženým závislostí nebo závislým na návykových látkách (Mravčík et al., 2014). Terapeutických komunit, které měly k červnu 2014 certifikát odborné způsobilosti v rámci systému RVKPP bylo celkem 10 (Mravčík et al., 2014).

Ve vybrané terapeutické komunitě je kapacita 14 lůžek pro dlouhodobou rezidenční léčbu, dle výroční zprávy daného zařízení v průběhu roku 2013 léčilo celkem 40 klientů, a to zejména (70%) se závislostí na pervitinu, dále pak nejvíce se závislostí na heroinu (20%). 77% klientů v daném roce tvořili muži (výroční zpráva dané TK).

9.1.1. Metody výběru

Výběr byl dále zvolen na základě vlastní zkušenosti v zařízení (absolvovaná odborná praxe). Využili jsme tedy metodou záměrného účelového výběru (Patton 1990; In Miovský, 2006).

Metoda výběru byla zvolena *nepravděpodobnostní* na základě zacílení na jednu určitou terapeutickou komunitu. Konkrétně se bude jednat o metodu *záměrného (účelového) výběru* výzkumného vzorku v kombinaci s metodou výběru přes instituce. Jedná se o takový postup, ve kterém cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je právě vybraná (určená) vlastnost (či projev této vlastnosti)

nebo stav (např. příslušnost k určité sociální nebo jiné skupině). Znamená to, že na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto kritérium (nebo soubor kritérií) splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit (Patton, 1990 in Miovský, 2006).

Pokud by měl být soubor ještě více specifikován, tak vzhledem k tomu, že byly provedeny rozhovory pouze s těmi pracovníky terapeutické komunity, kteří se osobně podílí na specifické prevenci relapsu, využili jsme variantu *prostého záměrného výběru*. Miovský (2006) vysvětluje, že metoda prostého záměrného výběru spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií si autor výzkumu vybírá mezi potencionálními účastníky výzkumu (tj. účastníky splňujícími určité kritérium nebo soubor kritérií) toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ní také souhlasí. Tento způsob výběru bývá uplatněn zejména v případech, kdy se nejedná o příliš velký potřebný výběrový soubor a osoby náležející do základního souboru jsou poměrně snadno dostupné.

9.1.2. Kritéria výběru

V prvním stupni výběru, který se specializoval na výběr instituce, byla zvolena terapeutická komunita Magdaléna o.p.s.. Hlavním důvodem bylo, že se jedná o certifikované zařízení, které splňuje standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby. Druhým důvodem byla dostupnost terapeutické komunity pro autorku.

Jako kritéria druhého stupně výběru pro zapojení do výzkumného šetření byla určena participace terapeuta, který je zaměstnancem vybrané terapeutické komunity, na přípravě a vedení programů prevence relapsu v dané terapeutické komunitě a dále souhlas pracovníka s účastí ve výzkumu.

V terapeutické komunitě Magdaléna působilo v době tohoto výzkumu 6 terapeutů. Výzkumný soubor by tak v ideálním případě tvořilo celkově 6 pracovníků - terapeutů, kteří jsou zaměstnanci vybrané terapeutické komunity (tedy plný počet pracovníků podílejících se na programech prevence relapsu v tomto zařízení). Z časových důvodů terapeutické komunity vedoucí terapeutické komunity autorce poskytl možnost rozhovorů se 4 členy terapeutického týmu. Respondenty z řad terapeutického týmu tedy byli: vedoucí terapeutické komunity – Mgr. Pavel Hanzal a terapeuti – Mgr. František Jirový,

Bc. Miroslav Salcman a Bc. Petr Buchta. S každým pracovníkem osobně proběhly polostrukturované rozhovory. Výzkumu se nezúčastnily dvě terapeutky. Nevýhodou bylo, že se jednalo o jediné dvě ženy v terapeutickém týmu. Jedna z nich působí v terapeutické komunitě jako terapeut exuser.

Navíc byl pro účely tohoto výzkumu umožněn rozhovor s jednou klientkou terapeutické komunity, která se toho času nacházela v pokročilé fázi léčby (2. fáze). Původní plán metod sběru dat byl z tohoto důvodu rozšířen o rozhovor s jednou členkou terapeutické komunity z řad klientů.

Náš výzkumný soubor není reprezentativní, byl však sestaven tak, aby bylo dosaženo minimální teoretické nasycenosti dat.

9.2. Metody získávání dat

E-mailem jsme oslovili nejprve vedení terapeutické komunity, po delší odmlce pak také vedení organizace Magdaléna o.p.s. Informovali jsme vedoucí komunity i vedoucí organizace o tématu našeho výzkumu a o záměrech výzkumu. Po souhlasu obou vedoucích se zapojením do výzkumu, jsme se domluvili na první termín, kdy osobně autorka přijela na rozhovor s terapeutickým týmem (jeho zástupci) do dané TK. Tato setkání přímo v komunitě proběhla celkem ve dvou termínech.

Pro účely našeho výzkumu jsme si zvolili několik metod, pro získávání dat, které jsou doporučeny v evaluačních metodikách.

Jako první jsme použili metodu výzkumné strategie *analýzy dokumentů* (více Hendl, 2008). Primárně se jednalo o tři metodické příručky pro prevenci relapsu, sekundárně pak výroční zprávy organizace a další textové dokumenty dostupné na webových stránkách zařízení (čítanka po klienty, informace o terapeutickém týmu).

Termín analýza dokumentů můžeme podle Miovského (2006) definovat různě. Rozeznat můžeme širší a užší pojetí. V širším pojetí analýzou dokumentů v oblasti kvalitativního přístupu chápeme analýzu jakéhokoli materiálu, který je zdrojem informací relevantních cílů studie. V užším pojetí pod termínem analýza dokumentů chápeme

výzkumnou strategii založenou na analýze již existujícího materiálu, případně materiálu, který vzniká interakcí mezi výzkumníkem a účastníky výzkumu.

Terapeutický tým jsme požádali o zprostředkování informací o tom, zda v terapeutické komunitě existuje ucelená metodika o tom, jak provádět specifické programy prevence relapsu a v ideálním případě o možnost nahlížení do této metodiky. Jak jsme předpokládali, takto ucelená metodika pro terapeutické komunity dosud neexistuje. Dotazovali jsme se tedy, které všechny textové dokumenty slouží podle názoru terapeutů v dané terapeutické komunitě k teoretickému ukotvení programů prevence relapsu a z jakých podkladů při práci vycházejí. Bylo nám poskytnuto k nahlížení několik dokumentů, ze kterých jsme se pokusili získat co nejširší informace o tom, jaké teoretické a metodické zakotvení v terapeutické komunitě pro dané programy prevence relapsu existují ať už v ucelené formě, či obecně. Naším cílem bylo v této části výzkumu získat co nejvíce informací o dostupných dokumentech a provést analýzu dostupných písemných dokumentů. Nastudovali jsme si manuály a metodické příručky, které v zařízení terapii využívají pro svou práci. Vypsali jsme si důležitá teoretická východiska a pořídili si kopie důležitých dokumentů, které jsme si záložovali pro pozdější srovnání s výsledky z procesové evaluace v následujících krocích výzkumu. Tato teoretická východiska jsme pak srovnávali s používanými metodami v praxi.

Jako další metodu pro získávání dat jsme použili metodu *moderovaného rozhovoru (interview)*, které bylo *polostrukturované/semistrukturované*, a bylo vedeno se členy terapeutického týmu (více Miovský, 2006).

Interview se skládalo ze dvou částí:

1) Jednotlivých pracovníků jsme se během sjednaného rozhovoru nejprve zeptali na základní osobní informace, které považujeme za důležité k účelům tohoto výzkumu. Sestavili jsme výčet otázek na konkrétní osobní údaje jako je délka praxe a absolvované terapeutické výcviky. Předpokladem bylo, že nám respondenti tyto informace poskytnou, vzhledem k tomu, že převážná většina informací je volně dostupná i na webových stránkách jejich pracoviště. Jejich rozhodnutí, zda nám tyto informace poskytnou pro zpracování v naší práci, bylo však dobrovolné (viz Etické aspekty).

2) V druhé části se rozhovor zaměřil na otevřené otázky týkající se procesu programů prevence relapsu (stanovené ve výzkumných otázkách).

V obou částech byl vždy na počátku vysvětlen účel dotazování a nabídnuta možnost dobrovolné účasti.

Jako další metodu jsme měli v plánu použít metodu *zúčastněné pozorování* (otevřenou formou) výzkumníka přímo na několika skupinách věnovaných programům specifické prevence relapsu v terapeutické komunitě (Miovský, 2006). Tato metoda nám však v době našeho výzkumu nebyla umožněna. Důvodem byla obava terapeutického týmu z toho, že účast cizí osoby (výzkumníka), na programu by narušil dynamiku terapeutického procesu. Toto rozhodnutí jsme respektovali a domluvili jsme se, že autorka v praktické části této diplomové práce ke zpracování dat v této metodě využije vlastní poznámky z programu prevence relapsu ve stejné terapeutické komunitě, které získala v době odborné týdenní stáže. Stáž proběhla v dubnu roku 2012, poznámky si autorka zpracovala bezprostředně po programu ve formě písemných poznámek. Z etických důvodů nebyla pořízena audionahrávka.

Namísto zúčastněného pozorování autorce byl poskytnut rozhovor s členkou terapeutické komunity z řad klientů, která se nachází v 2. fázi léčby. Této příležitosti bylo využito a jako čtvrtou metodu získávání tak tvořilo *polostrukturované interview s klientkou terapeutické komunity*. Otázky měly jinou formu než v rozhovorech s terapeuty. Tento rozhovor proběhl po získání rozhovorů s terapeutickým týmem, proto otázky pro tento rozhovor byly vytvořeny na místě a vycházely ze zjištěných údajů od respondentů – terapeutů. Od klientky jsme získali souhlas se zpracováním dat pro studijní účely a zachováme její anonymitu.

Rozhovory s pracovníky i rozhovor s klientkou jsme (s jejich souhlasem) nahrávali na diktafon, audionahrávky jsme poté přepsali do písemné podoby pro další potřeby analýzy dat.

10. Etické aspekty

Na zapojení terapeutické komunity Magdaléna do tohoto výzkumu jsme se nejprve domluvili e-mailem s ředitelem Magdaléna o.p.s., později telefonicky s vedoucím komunity. E-mailem a později i osobně byl terapeutickému týmu poslán a představen design našeho výzkumu a respondenti byli dopředu informováni o tématu výzkumu a jeho cílech. Vedoucímu terapeutické komunity byla navržena písemná dohoda o provedení výzkumu a jeho metodách, předpokládali jsme, že zjištění a publikování know-how může být bariérou pro terapeutickou komunitu v zapojení do výzkumu nebo neposkytnutí určitých interních dat. Terapeutický tým terapeutické komunity Magdaléna s výzkumem souhlasil a po domluvě jsme zůstali u ústní dohody se členy terapeutického týmu, kteří byli respondenty této diplomové práce. Respondenti měli možnost dobrovolné účasti na výzkumu s možností kdykoli ukončit spolupráci, všichni zúčastnění dobrovolně souhlasili se zapojením do výzkumu. Byl nám poskytnut prostor pro rozhovor se čtyřmi členy terapeutického týmu z celkového počtu šesti terapeutů, což jsme respektovali.

S terapeutickým týmem jsme se domluvili, že identifikace daného zařízení nebude anonymní, byl nám poskytnut souhlas, že můžeme v diplomové práci užívat jméno zařízení a o terapeutické komunitě psát jako o konkrétním zařízení terapeutická komunita Magdaléna. Dále vedoucí komunity souhlasil s tím, že respondenti z terapeutického týmu nebudou v diplomové práci anonymní a můžeme použít jejich jména.

V rámci výzkumu jsme realizovali i jeden rozhovor s klientkou terapeutické komunity Magdaléna. Klientka souhlasila s poskytnutím dat a jejich následným zpracováním pro účely této diplomové práce. V práci zachováváme anonymitu této klientky.

Autorka použila v textu poznámky ze zúčastněného pozorování na programech prevence relapsu, které v minulosti v terapeutické komunitě zažila. Pro tyto účely byla podepsána dohoda o mlčenlivosti týkající se osobních údajů o klientech, kterou v práci zachovává.

Výsledky budou po ukončení výzkumu poskytnuty respondentům a na základě jejich přání budou ošetřeny podmínky dostupnosti práce pro veřejnost.

11. Získávání dat

Data byla získána čtyřmi různými metodami: 1) analýzou odborných dokumentů, 2) polostrukturovanými rozhovory se členy terapeutického týmu komunity, 3) zúčastněným pozorováním na skupině prevence relapsu, 4) polostrukturovaným rozhovorem s klientkou terapeutické komunity.

11.1. Analýza dokumentů

Dostupné dokumenty se staly naší výchozí teorií o metodice programu a používaných intervencích. Teorie programu posloužila jako východisko pro určení plánu evaluace a kritérií, kterých jsme se při výzkumu drželi. Teorie nebo model programu označuje představy o fungování programu, pomocí níž ho lidé vytvořili (Hendl, 2008). Identifikovali jsme zdroje programu prevence relapsu v dané terapeutické komunitě, aktivity, cíle, a specifikovali jsme vztahy mezi nimi. V analýze dokumentů jsme se zaměřili na manuály a příručky, ve kterých v dané terapeutické komunitě vycházejí při tvorbě programů prevence relapsu. Jak píše Gossop (2009), jedním ze způsobů, jak zlepšit integritu a standardy léčby poskytované ve službách, které jsou nuceny fungovat s omezenými zdroji a při omezené dostupnosti kvalifikovaného personálu, je používání metodických příruček pro vedení léčby. Léčebné manuály byly ve výzkumu psychoterapie nazvány „malou revolucí“ (Wilson, 1996). Příručky mohou poskytnout vodítko, pro léčebné metody a postupy tím, že specifikují, co by měl terapeut během sezení dělat a jak by sezení měla probíhat. Příručky mohou být užitečné zvláště v případech, kdy intervence realizují méně školení a zkušení terapeuti. V této souvislosti je důležité rozlišovat mezi ideály „nejlepší praxe“ a realitou každodenních podmínek v existujících službách.

Je však třeba poznamenat, že tyto příručky nejsou všelékem. Hodí se spíše pro léčbu jasně vymezených, specifických problémů než pro řešení různorodých a neostře ohraničených problémů vyskytujících se u mnoha drogově závislých pacientů. Výhodou příruček je jejich přesný popis postupů, avšak ani striktní dodržování postupů podle manuálů nezaručí dobré výsledky léčby. Nevýhodou příruček je jejich nepružnost směrem k odlišným potřebám pacientů.

V terapeutické komunitě Magdaléna vycházejí při realizaci prevence relapsu ze třech základních metodických příruček. Jedná se o:

- (1) *Tematické skupiny prevence relapsu*, které z britských materiálů připravil v roce 2000 Mgr. Aleš Kuda
- (2) *Prevence relapsu pro závislá chování: manuál terapeuta* od kolektivu zahraničních autorů Shamil Wanigaratne, Wendy Wallace, Jane Pullin, Francis Keaney a Roger Farmer, kterou v roce 2008 v českém vydání připravilo pražské Centrum Adiktologie.
- (3) *Bažení (craving): Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání*. Tuto příručku připravila v roce 1999 dvojice autorů Prim. MUDr. Karel Nešpor a Csc. PhDr. Ladislav Csémy.

Ze stejných zdrojů jsme vycházeli i v teoretické části této diplomové práce, zejména v kapitole č. 3.: Metody a strategie prevence relapsu. Dále popisujeme podrobnější analýzu metod prevence relapsu dle jednotlivých příruček a jejich srovnání. Částečně byly také analyzovány dokumenty jako výroční zprávy Magdalény o.p.s. a textové dokumenty dostupné na webových stránkách zařízení, například Čítanka pro klienty, která obsahuje popis léčby v terapeutické komunitě Magdaléna, jejích pravidel, cílů a dalších informací pro klienty.

11.2. Zúčastněné pozorování

Jednou z plánovaných metod získávání dat pro náš výzkum bylo zúčastněné pozorování na programu specifické prevence relapsu v terapeutické komunitě. Bohužel nám v době našeho výzkumu nebylo umožněno takovou metodu realizovat, vzhledem k povaze skupiny a k faktu, že by autorka výzkumu jako cizí osoba pro současnou sestavu klientů mohla narušit dynamiku programu. Jako alternativní metoda byl realizován rozhovor s jednou z klientek terapeutické komunity.

Nicméně v minulosti autorka této diplomové práce v terapeutické komunitě absolvovala odbornou týdenní stáž, při které se jednoho programu prevence relapsu

zúčastnila. Pro účely tohoto výzkumu byly využity výstupy ze stáže v podobě poznámek z tohoto specifického programu prevence relapsu.

11.3. Rozhovor s klientkou terapeutické komunity

V původním plánu bylo záměrem tohoto výzkumu využít tři výzkumných metod: analýzy dokumentů, zúčastněného pozorování na programu prevence relapsu a rozhovorů s terapeutickým týmem, a zanechat tak mimo rozsah této práce pohled klientů na průběh prevence relapsu. Ve výzkumném procesu však autorka narazila na situaci, kdy jí nebylo umožněno se v době výzkumu zúčastnit programu a jako alternativní metoda namísto zúčastněného pozorování vedoucí komunity navrhl rozhovor s jednou klientkou terapeutické komunity, která se nachází v pokročilé fázi léčby (2. fáze). Této možnosti bylo využito a klientce byly kladeny otázky vyplývající z již získaných rozhovorů se členy terapeutického týmu. Klientka souhlasila se zpracováním poskytnutých údajů pro studijní účely této diplomové práce.

11.4. Rozhovory se členy terapeutického týmu komunity

První rozhovor byl veden s pracovníkem, který je vedoucím terapeutické komunity a zároveň má ze členů terapeutického týmu s vedením specifických skupin prevence relapsu největší zkušenosti. Vedoucí komunity měl na starost plánování spojená s realizací tohoto výzkumu v terapeutické komunitě a ze všech členů terapeutického týmu se v něm nejvíce angažoval. Tento terapeut poskytl ze všech rozhovorů nejpodrobnější informace, a proto lze tento rozhovor považovat za stěžejní. Ostatní pracovníci dále nejčastěji potvrzovali již předem získané informace z prvního rozhovoru, rozšířili je a v některých případech týkajících se osobního pohledu zprostředkovali cenné odlišné úhly pohledu v rámci multidisciplinárního týmu.

12. Provedení, zpracování a analýza dat

Byla vytvořena jednotná struktura otázek, která byla využita při rozhovorech s terapeuty. Mezi každým rozhovorem si autorka stanovila několik dalších podotázek pro další rozhovory, které by více specifikovaly již získané informace. V průběhu každého rozhovoru dále nastal prostor pro individuální specifické podotázky pro dotvoření celkového výsledku.

Během rozhovorů s terapeuty bylo zjišťováno, jak terapeutický tým vnímá re/laps, jak se dá nebo nedá s re/lapsem v tomto typu léčebného zařízení pracovat, jestli se toto pojetí nějakým způsobem liší od práce s re/lapsem v následné péči. Dále autorku zajímalo, jak probíhají programy prevence relapsu v dané terapeutické komunitě. Otázky tohoto okruhu byly zaměřeny na četnost programu, specifika, kdo je vede, jejich časové ohraničení, používané metody a formu jakou terapeuti pracují, z čeho při práci a aplikaci metod vycházejí, jaká témata zařazují, pro jaká témata naopak prostor případně není a proč. Další otázka se týkala evaluace, zda existuje nějaká pravidelná zpětná kontrola účinnosti programů prevence relapsu v daném zařízení.

Otázky kladené respondentce z řad klientů souvisely s programy prevence relapsu, jak jsou pro ni programy důležité, jaká témata považuje za důležitá a která se řeší nejčastěji. Další otázky se zaměřovaly na nově osvojené volnočasové aktivity, na aplikaci prevence relapsu v praxi (klientka už jezdí na výjezdy i mimo prostředí komunity) a na vlastní zkušenost s klientem komunity, který zrelaboval. Jedna z otázek zjišťovala, jestli někdy tato klientka program prevence relapsu vedla (autorka měla z předchozích rozhovorů vedených s terapeuty informaci, že klienti vedou část programů prevence relapsu).

Rozhovory jsme nahrávali na vlastní diktafon, respondenti o tomto procesu byli informováni předem. Analýza byla provedena v textovém editoru WORD. Rozhovory jsme přepsali doslovně (doslovná transkripce) do textové podoby, rozřídili jsme data na základě kódů, opakujících se tvrzení, témat a dalších klíčů. Data z rozhovorů použitá v textu sestávají z úplných citací (Hendl, 2008). V citacích uvádíme iniciály terapeutů, nebo označení „klientka“.

Pro analýzu dat jsme použili *metodu zachycení vzorců*. Podle Miovského (2006) spočívá základní princip metody zachycování vzorců („gestaltů“) v tom, že v datech vyhledáváme určité opakující se vzorce (případně témata) a ty zaznamenáváme.

Pokusili jsme se popsat a analyzovat způsob, jakým jsou programy konceptualizovány a implementovány do praxe. Dále srovnat adekvátnost aplikace metod a technik v praxi v porovnání s manuály programu a se standardy kvality (Hora a kol., 2014). Zaměřili jsme se na silné a slabé stránky procesu programu. Provedli jsme na základě získaných dat co nejpodrobnější popis implementace programu PR v terapeutické komunitě (Hendl, 2008). Také jsme se v závěru zaměřili na vysvětlení toho, jak by se výsledky evaluace daly aplikovat na dlouhodobý obecný cíl případného zdokonalení implementace programu prevence relapsu v terapeutické komunitě (WHO, 2000). Ve všech krocích byla využita tzv. analýza *deskriptivní/popisná s kvalitativními indikátory*, přičemž analýzu provedeme *induktivní (zdola nahoru)*. Tento přístup usiluje o popsání různorodosti uváděných odpovědí (WHO, 2000).

13. Interpretace výsledků

13.1. Interpretace výsledků analýzy dokumentů

13.1.1. Tematické skupiny prevence relapsu

Příručka je určena především pro práci v léčebnách, terapeutických komunitách a doléčovacích centrech. Obsahuje 23 modulů. Každý modul se zaměřuje na určité téma, popis a objasnění určitého problému a dále konkrétní postupy a návody práce se skupinou, které jsou však často využitelné i v individuální terapii. Program prevence relapsu v této příručce je postaven jako nácvik dovedností a nácvik orientace v ohrožujících situacích, odpovídá tak tedy nejspíše kognitivně-behaviorálnímu pojetí psychoterapie. Jedná se o techniky, které se snaží předejít rozvoji relapsu, ale vychází i z předpokladu, že kvalitní práce s klientem po relapsu dokáže obrátit v klientův prospěch i situaci opětovného užití drogy vnímanou a hodnocenou dosud často jako posun na samý počátek. Důraz se klade na vlastní aktivní učení klientů samých. Moduly, kterými se text zabývá, shrnujeme zde:

- 1) Fáze doléčování
- 2) Odvykání a touha
- 3) Vaše nebezpečné situace
- 4) Příprava na stresové situace
- 5) Užívat si bez drog
- 6) Témata léčení a rodiny
- 7) Cíle členství ve skupině
- 8) Napít se, vzít si – rizika a limity
- 9) Co dělat v případě uklouznutí
- 10) Otevřeně o léčení
- 11) Jak říkat NE (na nabídku drogy)
- 12) Jak se vztahovat k uživatelům drog
- 13) Uspořádání zdravých vztahů
- 14) Navazování přátelství
- 15) Jak mluvit o své minulosti v zaměstnání
- 16) Zaměstnání, které splňuje vaše potřeby
- 17) Zvládání problémů v zaměstnání
- 18) Zvládání bolesti a léky na předpis
- 19) Jak vytvořit ideální skupinu
- 20) Láska a intimní vztahy
- 21) Léčení, doléčování a podpora ze strany společnosti
- 22) Pohled dopředu: plány, cíle a sny
- 23) Příběhy z léčení

Moduly se týkají často mezilidských vztahů, psychických procesů, otázek léčby, zaměstnání či psychických procesů. Intervence často obsahují techniky identifikace spouštěčů, identifikace vysoce rizikových situací, nácvik zvládacích strategií nebo plánování budoucnosti a to jak v tréninkové tak v informační formě.

13.1.2. Prevence relapsu pro závislá chování: manuál terapeuta

Manuál terapeuta byl jednou z hlavních publikací, ze které jsme čerpali pro tuto práci, ukázalo se, že je také jednou ze tří hlavních příruček, ze kterých čerpají naši respondenti při terapeutické práci s klienty. Teoretická část této publikace je velice podrobná a obsáhlá, jednotlivá témata se prolínají s teoretickou částí tohoto textu. Pro empirickou část naší práce je stěžejní analýza té části publikace, která představuje aplikovaný model prevence relapsu a jednotlivé možnosti technik v kognitivně-behaviorální praxi. Intervenční strategie programu prevence relapsu se v publikaci rozděluje do pěti kategorií: *procedury zhodnocení, postupy ke zvýšení vhledu/uvědomění, nácvik dovedností, kognitivní strategie a intervence k životnímu stylu*. Tyto intervence pak mohou být překlasifikovány do dvou skupin: *specifické intervenční strategie a globální intervenční strategie*. Popsané techniky, které se využívají v prevenci relapsu představují sebemonitorování (deníky pití), identifikace vysoce rizikových situací, tabulka bilance rozhodování, identifikace spouštěčů, pohovory, přehrávání rolí, dotazníky, procedury ke zvyšování vhledu a uvědomění (relapsové mapy a popis minulých relapsů, relapsové fantazie), nácvik dovedností a behaviorální procedury (nácvik relaxace, nácvik asertivity, expozice podnětům), kognitivní strategie (kognitivní restrukturování, nácvik relapsu, přeznačení a odpoutání se, imaginace zvládnání), intervence týkající se životního stylu (substituce stimulů, pozitivní závislosti, techniky pro kontrolu stimulů).

Následují samostatné kapitoly: Stres, vysoce rizikové situace, chyby v myšlení, psychologické pasti, rozhodování a řešení problémů, rovnováha životního stylu, deprese, řešení problémů. Manuál terapeuta obsahuje také popisné návody, jak jednotlivé intervence aplikovat v praxi a obsahuje i vzory jednotlivých cvičení či dotazníků evaluací v příloze.

13.1.3. Bažení (craving): Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání

Publikace se zaměřuje na podrobné vysvětlení problematiky cravingu (bažení) z psychologického, medicínského i sociálního hlediska. Teorii doplňuje velké množství příkladů z české praxe v dlouhodobé práci s klienty v ústavní léčbě zdravotnického zařízení, které se zabývá léčbou závislostí. Jedná se jak o příklady nejrůznějších metod a technik v práci se zvládnáním cravingu (tedy i v prevenci relapsu), tak o konkrétní příklady jednotlivých klientů. Autoři vychází z výsledků, které přinesly nejrůznější výzkumy zahraničních autorů, a představuje ucelený soubor metod, které je vhodné v práci s cravingem využít. Autoři kladou důraz zejména na téma spouštěčů cravingu a význam relaxačních a meditačních technik. Metody a techniky, kterých se tato publikace popisuje, shrnujeme v následujícím seznamu.

- 1) Identifikace spouštěčů
- 2) Identifikace bezpečných situací, kdy ke cravingu určitě nedojde
- 3) Vyhýbací strategie
- 4) Strategie zacházení s penězi
- 5) Identifikace rizikových duševních stavů a návrh lepších způsobů, jak tyto stavy zvládat
- 6) Úprava životního stylu (dostatek spánku, pravidelná strava, bezpečné zájmy a záliby nesouvisející se zaměstnáním, relaxační techniky a jóga, systematické vytváření fungující sítě sociálních vztahů
- 7) Techniky založené na prohloubení sebeuvědomování
- 8) Pasivní pozorování myšlenek (going with craving, „surfing“)
- 9) Sebemonitorování
- 10) Seznam lidí, na které se v krizi obrátit
- 11) Relaxačních a meditační techniky
- 12) Myšlenky opačného zaměření a technika vnitřního dialogu
- 13) Uvědomování si negativních důsledků recidivy a výhod abstinence
- 14) Life skills (Dovednosti potřebné pro život)
- 15) Pomoc druhé osobě (za účelem zvýšení vlastního sebevědomí)
- 16) Změna vztahového rámce (reframing/přeznačkování spouštěčů)
- 17) Krizový „havarijní“ plán
- 18) Způsoby odmítání
- 19) Závislostní scénáře

Všechny tři výše zmíněné příručky mají společné, že vycházejí z modelu prevence relapsu, která byla vytvořena Marlattem a Gordonovou. Všechny popisují důležitá témata, které by měla být obsažena v programech prevence relapsu a představují techniky, které

se v každé příručce trochu liší. Soubor tak nabízí širší škálu technik, ze které může terapeut vybírat. Příručka o zvládání cravingu (Nešpor, Csémy, 1999) používá vlastní specifickou terminologii, která se liší od terminologie v ostatních příručkách i teoretické části této diplomové práce. Asi největší terminologický rozdíl je v tom, že Nešpor a Csémy hovoří o „recidivě“ a ne o „relapsu“.

13.2. Interpretace výsledků ze zúčastněného pozorování

Programu se autorka zúčastnila v dubnu roku 2012. Tou dobou bylo v léčbě 13 klientů. Na program specifické prevence relapsu bylo předem zvolené téma vztahů. Program vedl jeden terapeut a v programu využil techniku, kterou popisuje Kuda (2000) v publikaci Tematických skupin pro prevenci relapsu, konkrétně v Modulu číslo 13: Uspořádání zdravých vztahů.

Terapeut program uvedl tím, že mluvil o sociálních vztazích klientů mimo komunitu, tedy o lidech, se kterými budou klienti po léčbě v denním kontaktu – rodina, partner, kamarádi, kolegové v práci, sousedé... A nastínil rizika, která by mohla v budoucnosti klienty v sociálních interakcích s těmito lidmi ohrozit. Dále mluvil o lidech v sociálním okolí klienta, kteří by naopak mohli klienta podpořit, poskytnout mu pomoc. V tomto případě se tak jednalo se o vztahy pozitivní.

Poté terapeut rozdál podklady pro cvičení (viz příloha č. 6) a srozumitelně vysvětlil zadání. Klienti dostali za úkol zamyslet se nad svým sociálním okolím na všech úrovních: nejbližší lidé – nejbližší kruhová zóna okolo já (rodina, přátelé), blízcí – 2. kruhová zóna (známí, spolupracovníci, spolužáci, sousedé...) a povrchní vztahy – 3. kruhová zóna, kam patří ostatní lidé, které klienti znají. Úkolem bylo, aby klienti zaznamenali jména důležitých lidí, se kterými jsou v kontaktu do papíru a jména umístili podle důležitosti do kruhových fází a zároveň do pozitivní nebo negativní zóny, podle toho, zda se jedná o lidi, kteří je mohou ohrozit, nebo podpořit.

Poté, co klienti dostali dostatečný prostor pro splnění zadání, pokračovala technika debatou. Klienti sdělovali dojmy z techniky, svá zjištění, překvapení, obavy a jistoty. Objevily se například případy, kdy několik klientů zaznamenalo také jména ostatních členů skupiny terapeutické komunity do zóny vlastního ohrožení; někdo napsal rodiče do obou

zón – tedy do pozitivní i ohrožující, jiný člen mluvil o obtížnosti ukončení sociálních kontaktů s romskou komunitou, která však ohrožuje klientovu abstinenci a podobně.

V následné debatě se mluvilo o nelehkém úkolu ukončit vztahy s lidmi, kteří klienty ohrožují v udržení abstinence a o důležitosti posilování vazeb s lidmi, kteří jsou ochotni klientům nabídnout pomocnou ruku a podpořit je v léčbě.

13.3. Interpretace výsledků rozhovorů s terapeuty a klientkou

Informace získané v rámci rozhovorů s pracovníky by se daly shrnout do několika hlavních okruhů: Vnímání relapsu v terapeutické komunitě Magdaléna, Průběh programu specifické prevence relapsu, Témata na specifických programech prevence relapsu, Metody a techniky využívané ve specifických programech prevence relapsu, Rodinná terapie, Individuální plány, Tým terapeutické komunity, Provázanost léčbené sítě a následná péče, Evaluace výsledků. Ve výsledcích citujeme výpovědi členů terapeutického týmu, které jsme získali v rozhovorech pro náš výzkum a doplňujeme je o pohled klientky. Výroky klientky jsou vždy popsány jako její sdělení pro lepší orientaci v textu a osobních výpovědích.

Vnímání relapsu v terapeutické komunitě Magdaléna

V léčebném zařízení typu terapeutické komunity se pracuje s tzv. kardinálními pravidly, které zajišťují bezpečí pro klienty. Přestoupením kardinálních pravidel má obvykle za následek předčasné ukončení léčby z disciplinárních důvodů, protože je v zásadním protikladu s udržením bezpečného prostředí pro ostatní. Kardinálním pravidlem je také v souvislosti s prevencí relapsu zákaz užití návykových látek, jejich držení nebo ukrývání v prostředí terapeutické komunity (Kalina, 2008). Zároveň ale víme, že relaps je sám o sobě jednou z fází na kole změny, se kterou se dá dále pracovat nejlépe formou prevence relapsu (Prochaska, DiClementi). V terapeutické komunitě Magdaléna mají stanovena opatření, jak v takových situacích postupovat, zda se přistoupí k nejstriktnějšímu opatření – opuštění komunity – záleží na několika faktorech.

Jedním z faktorů je doba, kdy klient re/lapsuje. U klienta v nulté, první, druhé nebo třetí fázi léčebného procesu je re/laps vnímán rozdílně. V nulté a první fázi se re/laps vnímá jako něco, co ohrožuje klienta ale i komunitu a jen těžko by se zpracovával. Jedná se o fáze, kdy se klienti ještě nedostávají mimo prostředí komunity a znamenalo by to, že se dostali ke droze nebo alkoholu nějakým podvodným způsobem. Tím pádem je to často propojené s porušením dalších pravidel, jako je útěk atd. U klientů v druhé polovině nebo v třetí fázi už re/laps může být klasifikován jiným způsobem a nemusí nutně znamenat opuštění léčby. P.H.: „*Když je to ke konci léčby, tak jsme asi ochotní a schopní s tím dále pracovat. Když ten klient je spolupracující, tak to v některém případě dokážeme vnímat i jako součást léčby a dále s tím pracovat tady v komunitě.*“

Dalším faktorem, na kterém záleží, je, o jakou formu re/lapsu se jedná. Obecně je posuzování takových podmínek velmi individuální. P.B.: „*Když jsme tu měli například relaps na bednách, tak toho klienta jsme tady nechali. Sice to znamenalo rychlé rozhodování, ale protože ten klient nemá žádné látky v těle, není až tak ohrožující pro tu skupinu jako kdyby si dal nějakou drogu.*“ Naopak M.S.: „*pokud je to tak, že tu najdeme někoho pod vlivem, tak ho vyhodíme.*“

Bezpečí skupiny je hlavním faktorem posuzování závažnosti re/lapsu. Bezpečné prostředí komunity je jedním z účinných faktorů terapeutické komunity (Kalina, 2008b). F.J.: „*Od práce s relapsem v doléčovacích centrech je v komunitě hlavní rozdíl v daném problému takový, že tady ten člověk ohrožuje ten zbytek. A my musíme zvážit, jakým způsobem jeho relaps ohrozil komunitu.*“ Terapeuti pak v první řadě myslí na to, aby zachovali bezpečné prostředí ostatním klientům usilujícím o léčbu. Důležité je posouzení jak v terapeutickém týmu, tak v celé komunitě, zvážení jak moc takové uklouznutí mohlo poškodit důvěru a bezpečí. P.H.: „*Když klient přijde, nebo zavolá z výjezdu, že si dal pivo nebo že si zapálil, tak je to relaps a my se sejdeme a mluvíme i s komunitou o tom, jak dál budeme s tím člověkem pracovat. Samozřejmě ho zachytíme, chceme ho pořád mít v rukou, řekneme mu, ať přijede čistý, až vystřízliví a pak to budeme zpracovávat. Je to samozřejmě složitější, protože než ten člověk vystřízliví, tak to chvíli trvá, ale snažíme se ho mít pořád v rukou, pracovat s ním.*“

Klientka nám v rozhovoru popsala jeden příklad re/lapsu, který zažila u jednoho z klientů během léčby. Klientka: „*U jednoho člověka se to stalo na výjezdu. To bylo tak,*

že jsme ho v komunitě něčím naštváli, on měl pocit křivdy, nedořešil si to, nemluvil o svých pocitech, uzavřel se a nepustil k sobě už nikoho. A vlastně si jel takovou tu svojí. Jel na výjezd, přijel z výjezdu a řekl, jak to zmáknul, že šel okolo herny, že ho to vůbec nepřitahovalo a tak. No a za 4 dny mu to svědomí nedalo a přiznal se, že si zahrál. A dopadlo to tak, že jsme mu dali šanci, tím, že se přiznal.“

Kdybychom to měli shrnout, v klasifikaci toho, jak hodnotit relaps klienta v komunitě, pak záleží na fázích, záleží na tom, jak závažně je re/laps klasifikován, jak je ohrožující pro skupinu. Záleží však také na tom, jak probíhá domluva v týmu. P.H.: *„Nemáme na to jasnou metodiku, hledáme řešení, které by bylo optimální pro toho klienta a pro tu skupinu.“* Obecně platí, že klient po re/lapsu setrvává spíše výjimečně. Nejčastější scénář bývá, že klient, který zre/lapsoval je odkázán na detoxifikační jednotku. V komunitě i v týmu samotném se zatím řeší, jak tento klient komunitu ohrožuje a nejčastěji je klient následně přeložen do jiné léčby, či jiného zařízení, případně jsou mu poskytnuty kontakty na další služby a je s ním ukončena spolupráce.

Domluva v týmu bývá různá, vnímání re/lapsu se u některých terapeutů liší a záleží na názoru všech. Dva z terapeutů uvedli, že by byli ochotni s relapsem za některých okolností v komunitě pracovat a přišlo by jim to zajímavé: F.J.: *„Pro mě osobně to není nic, co by mě nějak děsilo, občas mě vlastně mrzí, že s relapsem nepracujeme“.* Jeden terapeut uvedl, že je radši, když je klient rovnou přerazen do jiné léčby, pravidla jsou tak jasně daná a má smysl dodržovat kardinální pravidlo.

Průběh programu specifické prevence relapsu

Prevence relapsu je v terapeutické komunitě na programu jednou týdně. Program trvá jednu hodinu, účastní se všichni klienti komunity a program je vždy veden jedním terapeutem (rozpis týdenního programu v terapeutické komunitě Magdaléna je přiložen v příloze č.5). Každý terapeut volí terapeutické metody dle vlastního uvážení, nabídka témat je sepsána na zdi komunitní místnosti a téma jednotlivých sezení je vždy zvoleno klienty. Terapeuti mohou využívat různé metody dle vlastního uvážení, pravidlo je ale takové, aby se nejednalo o zaměnitelný program se skupinovým sezením. F.J.: *„Zase aby to nebyla další skupina, protože to je jedno z mála pravidel, na kterých jsme se*

dohodli. Prostor není adresován jenom jednomu klientovi a mluvil o něčem jako terapeutickém, ale aby to byla více edukace pro všechny. Jinak ty programy děláme každý jinak.“ Z pohledu klientky jsou tyto programy prevence relapsu důležité. Klientka: „Nastiňují se tam různé situace, které nás můžou potkat, kde si nemůžeme být tak jistí. A tím, že tady žijeme v tom uzavřeném prostředí, tak aspoň díky té skupině vnímáme realitu.“

Témata na specifických programech prevence relapsu

Seznam témat, kterým se postupně terapeuti s klienty věnují na specifických skupinách určených pro program prevence relapsu, jsou vyvěšena v komunitní místnosti. P.H.: „Jedná se o takový balíček témat, kterými by ten klient měl projít. Vybírali jsme je společně s klienty. Máme zkušenost, že některá témata jsou více žádaná, ale pak se nedostane na jiná. To téma si vybere klient, připraví si ho, že se o něm chce bavit. Je to gambler, tak si vybere téma gamblingu, nebo je to agresivní člověk, tak si vybere téma jak pracovat se stresem.“ Výběr témat v danou dobu pak závisí na klientech. P.H.: „Témata postupně probíráme, víceméně podle potřeb klientů v danou dobu. Ptáme se, co by je teď zajímalo, nebo co je aktuálně ve skupině přítomno. Tomu tématu se pak věnujeme.“

Jedná se o těchto 21 témat:

- | | |
|---|---|
| 1) Závislost – co to je | 13) Gambling |
| 2) Zdravotní rizika | 14) Kouření |
| 3) Motivace k léčbě | 15) Spouštěče, problémy životního stylu |
| 4) Změna životního stylu: pevný denní režim | 16) Vztahy: čisté, nečisté, rodinné |
| 5) Práce s chutěmi | 17) Volný čas |
| 6) Stres, úzkost | 18) Asertivita |
| 7) Práce s relapsem | 19) Láska: intimní vztahy |
| 8) Rizikové situace, místa | 20) Umění odmítnout |
| 9) Zvládání bolesti | 21) Doléčování |
| 10) Sebeuvědomování, vnímání okolí | |
| 11) Finance | |
| 12) THC, alkohol | |

Podle slov terapeutů by si měl každý klient za dobu léčby projít programy zaměřenými na všechna tato témata. Z analýzy dokumentů víme, že témata se z velké části překrývají s tématy z publikace Tematické skupiny prevence relapsu.

Respondentka z řad klientů terapeutické komunity se například v současné době potýká s tématem financí, které bylo jejím tématem v programu prevence relapsu, které měla za úkol zpracovat. Nezbyvá jí moc peněz a nemůže tak například koupit dceři to, co by chtěla, což u ní vyvolává pocity viny. V prevenci relapsu pracuje na tom, jak předcházet takovým situacím a umět si říct v takových chvílích o pomoc a hledat pak další řešení. Jako další témata, která klientce poslední dobou na programu prevence relapsu přišla důležitá, zmiňuje deprese, vztahy, životní styl, abstinence od drog a alkoholu, gambling, nácvik situací z venku, nebo „vyhýbací manévry“ (kognitivní strategie). M.S.: *„Řešíme tam třeba životní styl, často se lidi nechťejí vzdát toho, že styl oblékání, hudba – řešíme, jestli je možné tu hudbu dál poslouchat, aniž by k tomu člověk užíval ty drogy. To jsou hodně živé diskuze, protože člověk se toho nechce vzdát, ale nějak tuší, že to není zdravé.“*

Klientka považuje craving jako téma, kterým se v terapeutické komunitě často zabývají: *„O chutích se bavíme vlastně každý den, každý den máme hodnocení a nálady a tam se to očekává. Ale my to vždycky na každém vidíme, když mu není dobře, tak se ptáme, co se děje a on by nám měl říct, jestli měl chutě a jestli už je zpracoval. Jestli už to přešlo do toho cravingu - bažení, to se tady taky stává, že lidi v tom zůstávají zbytečně dlouho. Venku si myslím, že to vůbec není možné. Tam si myslím, že když už bažím, tak ten mozek už je tak zaměstnaný, že už nemyslím na nic jiného než na tu drogu a dopadá to špatně. Je důležité rozpoznat ty prvotní chutě, i s tím se dá něco dělat.“*

Metody a techniky využívané ve specifických programech prevence relapsu

Metody vychází převážně ze zvolených témat, které byly popsány výše. Jedná se tedy o program zaměřený na tematické skupiny. Jednou z hlavních výchozích publikací, ze které dlouhodobě v terapeutické komunitě Magdaléna při skupinách prevence relapsu vycházejí, je publikace Tematické skupiny prevence relapsu, kterou sepsal Mgr. Aleš Kuda z britských materiálů. Podle slov jednoho z respondentů se však ne všechny metody, které byly vytvořeny pro účely následné péče, dají aplikovat v terapeutické komunitě,

z publikace však jako z metodiky čerpají, programy si dále uzpůsobuje každý terapeut sám. P.H.: „*Držíme se metodiky podle témat. Často nás postupy z příruček už nebaví, takže se snažíme zaktualnit díky tomu, že ten klient přinese tu svoji zkušenost, snažíme se reagovat na to, co je a když si vybere téma, tak mu nabídneme knihovnu na přípravu.*“

Další postupy pak závisí na znalostech a zkušenostech terapeuta a povaze skupiny. P.B.: „*Každý z nás to dělá asi trochu jinak, víceméně zpracováváme nějaká cvičení, nějakou teorii, ale různí se to. Hlavně to děláme sami, já nemám ani zkušenost, jak to dělají kolegové, protože jsem u toho ani nikdy nebyl a na to vedení skupin jsme sami. Já osobně vycházím z různých materiálů, knížek, někdy si něco vymyslím sám. Důležité pro mě je, udělat nějaké cvičení, u kterého by byli klienti interaktivní, a přemýšleli a bavili se o tom, jak to sami mají. Aby to nebylo pouhé teoretizování o něčem, ale aby to k něčemu bylo.*“

Při skupinách dochází ke kombinaci edukativního a terapeutického působení. Sezení probíhá ve skupině vedené terapeutem, dochází tedy jak k procesu učení, tak k terapeutickému procesu. Například podle čítanky pro klienty na webových stránkách terapeutické komunity jsou toxické řeči - tedy hovory o drogách a drogové minulosti zakázány vést mimo skupinu. Předchází se tak vzniku cravingu, který by mimo skupinové sezení nemusel být úspěšně terapeuticky zpracován. Na skupinách i na programech prevence relapsu mají tyto řeči a úvahy svoje místo. M.S.: „*Mám rád, když se o drogách mluví, když mluvíme o tom, co drogy klientovi přinášejí, jaké byly ty zážitky. Často o tom mluví ve stylu, že už ty drogy nechtějí, že už chtějí být dobří lidé, což mi nějak vadí. Někdy šťourám a přijde mi sympatické, dělat to naživo. Je potřeba o tom mluvit, aby to neskončilo u toho, že se rozjedeme.*“

Metody používané při specifické prevenci relapsu pak mají za hlavní cíle zvyšování vhledu a uvědomování, nácvik dovedností a kognitivních strategií a sebemonitorování klientů. To se děje při použití technik, jako je identifikování možných spouštěčů, identifikování rizikových situací, uvědomování si četnosti a za jakých situací mají klienti chuť na drogu/alkohol pomocí zaznamenávání chutí a následné terapeutické práce s cravingem.

Postup na skupině prevence relapsu je takový, že téma vždy volí klient. Výběr tématu závisí na osobní historii klienta, aktuálním nastavení a dění ve skupině, nebo si klient vybere dobrovolně náhodné téma. P.H.: „*Nejradši jsem, když si ten klient přinese to téma tady a teď*“. Sezení vede terapeut nebo v některých případech předem zvolený klient. F.J.: „*Také část prevence relapsu vedou klienti. Jeden z klientů si vezme nějaké téma, které je mu blízké, ale může to být i jiné. To téma pak nějak zpracuje nebo odprezentuje nějakou teorii. Občas jim s tím pomáháme, když chtějí – s nějakou literaturou nebo podobně.*“ Dva z terapeutů uvedli, že rádi na těchto skupinách rozdělují klienty do několika pracovních skupin, ve kterých zpracovávají nějaké z témat. F.J.: „*Já třeba rád pracuji ve skupinkách. Rozdělím klienty do skupinek, nechám je pracovat na nějaké téma. Nechám je téma vypracovat, pobavit se o tom, kdy třeba zažívají stres, když probíráme téma stresu. Pak třeba nechám jednoho prezentovat před celou skupinou, takže to propojuji. Snažím se, aby lidi prezentovali a pracovali ve skupině.*“

Nutno dodat, že prevence relapsu probíhá v terapeutické komunitě i na dalších úrovních, než je vyhrazená hodina skupiny pro prevenci relapsu jednou týdně. Existují techniky, které terapeuti denně využívají dle aktuální potřeby na různých programech. P.H.: „*Na komunitě reagujeme na to, co se děje. Takže takové techniky se dějí v procesu. A pokud je aktuální téma jak pomoci člověku s tím, jak se prosadit, obhájit atd. tak mu můžeme pomoci v tom jak.*“

Doptávali jsme se na to, zda v terapeutické komunitě Magdaléna používají specifické techniky, které spadají do prevence relapsu, uvádí je například Wanigaratne et al. (2008) v manuálu pro terapeuty. Výsledkem bylo zjištění, že například *deníky chutí* samostatně se v dané komunitě nevedou, klienti si však deníky píšou a jednou z položek, o kterých by měli psát, jsou právě chutě. Deníky klientů večer terapeut čte a důležitá témata druhý den vnáší do skupiny. P.H.: „*Někdy je téma chutí samo o sobě navíc jako téma, které se kontraktuje, když v tom někdo lítá moc.*“ Klientka uvádí, že si nejčastěji do deníku píše o spouštěčích: „*Já to beru tak, že vlastně jakákoli situace nebo pocit, ve kterém mi není dobře, tak že by to ty chutě mohly být, když bych byla venku. Já jsem pila alkohol a všechny tyhle nepříjemné pocity jsem zapíjela alkoholem, abych nemusela nic řešit. Takže si vždycky uvědomuji tu situaci, ve které mi není dobře (...) takže to si tady píšeme všichni, ty spouštěče, to je důležité.*“

Co se týče volnočasových aktivit, jedná se o část programu, kterou nelze chápat jen jako doplňkovou, pomáhá totiž klientům terapeutické komunity obnovit smysl pro některé přirozené zdroje lidské libosti, zejména ze sociálních kontaktů, uvolnění po sportu atd. (Kalina, 2008a). Terapeutická komunita nabízí velké spektrum aktivit, do kterých klienty zapojuje. P.H.: *„Někdy je aktivní klient, který zná nějakou zajímavou aktivitu a přizve další klienty a učí je to, stejně je to u terapeutů. Například jógu nemáme programově, ale většinou se tu vyskytne někdo, kdo jí předcvičuje – někdy víc, někdy jen občas.“* Klientky jsme se v rozhovoru ptali, jestli si během léčebného pobytu v terapeutické komunitě našla nějaké nové volnočasové aktivity, které plánuje praktikovat i v budoucnu: *„Pro mě jsou hodně důležité ty zátěžové programy. Vlastně se sbalíme všichni a jedeme někam do přírody. Jezdíme lézt na skály, což je pro mě novinka a hrozně mě to baví. Jezdíme na výlety na kole, kdy si zabalíme spacák a stan a jezdíme týden na kole a někde se vyspíme, tak to je také skvělé. Byli jsme i v Rakousku, kde jsme spali v horách ve 2000 metrech a týden jsme chodili po horách, tak tohle je pro mě důležité.“*

Co se týče metod, které se z nějakých důvodů nepoužívají, jedná se například o management stresu. Ten podle respondentů probíhal v minulosti, ale postupem času terapeutický tým ustoupil od jeho používání. Z rozhovoru dále vyplynulo, že se v dané terapeutické komunitě nevyužívá technika expozice podnětům. M.S.: *„Klienti o zkušenosti s takovými technikami mluví ze zkušenosti z předchozí léčby, ale u nás to neděláme.“*

Individuální plány

V terapeutické komunitě probíhá léčebný proces ve skupině, aktivity i terapie mají skupinovou formu. Vedle skupinových programů je každému klientovi poskytnuta individuální podpora a vedení. Každému klientovi je určen jeden terapeut jako vlastní garant, který je odpovědný za vedení případu a pravidelné hodnocení stavu klienta a plnění léčebného plánu. S garantem se setkává klient na svých individuálních plánech, které si klient vytváří na měsíc dopředu a setkává se s garantem po celou dobu svého pobytu. Individuální plány a jejich hodnocení pak probíhají ve skupině. Garant podporuje klienta v tom, aby materiál z individuálních rozhovorů přinášel do skupiny, a pomáhá mu tak v zapojování do společenství a do léčebného programu (Kalina, 2008b).

I do těchto individuálních plánů patří téma prevence relapsu. P.H.: *„Klient má svého garanta z řady pracovníků, se kterým konzultuje skoro pokaždé, když je daný terapeut na službě. To znamená, že jednou měsíčně jedou v plánech (cíle, změny atd.). V tom plánu je jedním z bodů abstinence a je tam napsáno, jakých všech položek se to týká. To znamená práce s chutěmi, co Tě ohrožuje, co Ti může vzít, jaké jsou Tvoje spouštěče. A když to terapeut hodnotí s klientem, před tím, než téma přinese klient na komunitu, kde se jednou měsíčně individuální plány hodnotí, tak garant se o těchto tématech s klientem baví. Je to jedna z kolonek v měsíčním plánu.“*

Rodinná terapie

Rodinná terapie má své důležité místo v terapeutické komunitě Magdaléna. Probíhá jak rodinná terapie, tak i některé složky práce s rodinou, které nejsou přímo terapeutické, mají však pozitivní vliv na terapeutický proces. Podle Kaliny (2003) včasné zapojení partnera či rodiny klienta do léčby může působit jako prevence drop-outu. Systém práce s rodinou je v terapeutické komunitě Magdaléna velmi propracovaný a prevence relapsu představuje významnou složku v práci s rodinou. Setkání s rodinou a programy pro rodinu jsou častá a intenzivní. Rodiče jsou v rámci těchto setkání mimo jiné poučováni o tom, co znamená relaps a jaká může být jejich role v tom, aby mu u závislého člena rodiny předešli či mu ho pomohli zvládnout.

Skupiny pro rodiny a blízké klientů, kteří se léčí v Magdaléně, probíhají jednou za 14 dní v Praze v Podolí, v prostorách doléčovacího centra. Jednou měsíčně probíhá v terapeutické komunitě Magdaléna individuální program, který je určen pro klienta a jeho rodiče. P.H.: *„Tyto programy slouží k tomu, aby spolu byli klienti a rodiče více v těch krocích v určitých fázích. Máme zkušenost, která je i docela hezky popsána od kolegy, že ten rodič dělá stejné změny, když se to dělá dobře, jako ten klient. Takže se dostávají do určitých fází a musí spolu konzultovat, jak jsou na tom. Když je téma výjezdu, tak jsme ve druhé fázi, když je téma pojmenování a otevřená komunikace, tak jsme na začátku.“* Jednou za čtvrt roku se koná v Magdaléně rodičovská sobota. P.H.: *„To znamená, že sem rodiče najedou na celý den, často v montérkách, aby poznali ten program - je to takové poznávací: fotky, sport, oběd venku. Jde spíše o takové milé setkání, které obsahuje i individuál, tematická skupina jenom rodičů a jenom klientů a pak je společná skupina.“*

Klienti od druhých fází se pohybují mimo komunitu, takže se často s rodinou setkávají i sami mimo instituci.

Na konci léčebného procesu probíhají setkání s rodinou, případně jedním rodičem, nebo s blízkými osobami klienta. Mimo jiné se na tomto setkání probírá to, čemu se v metodice říká „krizový plán re/lapsu“. Rodiče s klienty si plánují postup, co by mělo nastat, kdyby u klienta nastal laps. P.H.: *„Já tomu říkám ‚záchranná brzda‘. Dohadují se pravidla, co se stane když...?‘, jak reagovat, unese to ten rodinný příslušník/neunese, ‚obrátím se na koho-mám na něj telefon?‘, ‚co udělám v první řadě, co udělám v druhé řadě, co udělám v třetí řadě?‘ Jde o to, jak ten rodič je schopný, ochotný a tak dále.“*

Tým terapeutické komunity

Co se týče složení, jsou v posledních desetiletích týmy terapeutických komunit výrazně multidisciplinární. Pracovníci mají různá vzdělání (psychologie, sociální práce, speciální pedagogika, medicína – psychiatrie). Různorodost vzdělání doplňují specializované výcviky a různé praktické dovednosti a zkušenosti (Kalina, 2008). Sebezkušenostní terapeutický výcvik různých zaměření je jedním z hlavních požadavků pracovní kvalifikace pro schopnost pracovat v terapeutickém týmu. V kontextu naší práce nás zajímala různorodost pojetí prevence relapsu ve vztahu k terapeutickému zaměření členů terapeutického týmu. P.H.: *„Samozřejmě je to i o tom, že jsou v tom týmu lidi různí a je to dobře. Aby se lidi v týmu mohli bavit, tak musí být různí. To nemůže dělat jeden člověk - mít pod sebou deset nohsledů, kteří budou dělat to, co on chce, to mi přijde špatně.“* Standardy kvality pak definují kritéria vzdělání a terapeutickou praxi s výcvikem na vedoucího komunity a většinu terapeutického týmu. Etický kodex terapeutické komunity zavazuje členy týmu chovat se jako vyzrálý a pozitivní vzor dospělosti pro klienty (Kalina, 2008). Role terapeuta v prevenci relapsu podle Wanigaratne (2008) představuje především zvyšování klientova sebeuvědomování a výuku kognitivních/behaviorálních dovedností a strategií zvládnání.

Všichni čtyři naši respondenti z řad terapeutů mají pětiletý sebezkušenostní výcvik. Tři z nich absolvovali sebezkušenostní výcvik SUR, deseinanalytického, gestalt nebo integrativního zaměření. Čtvrtý respondent má také výcvik deseinanalytického zaměření.

Na otázku, co dále využívají z dovedností terapeutické práce v prevenci relapsu, respondenti odpovídali, že využívají dostupných příruček a manuálů prevence relapsu, znalostí a zkušeností převážně z kurzů metod motivačních rozhovorů, technik práce se skupinou, edukační části výcviku SUR, využívají prvky KBT, případně prvky couchingu. Přímé specifické zaměření v prevenci relapsu či související absolvované kurzy nevedl žádný respondent. P.H.: „*V komunitách se asi nejvíce dělá KBT. Jak jsme tady s klienty, tak nejvíc děláme to, co vidíme. Upravuje se to, reviduje. I ten dynamický proces je opřený o skupinu. Takže tam dochází k různým funkcím přes ten proces. Nejvíce v týmu máme výcviky KBT, SUR, jsou tady dešoinanalytici, takže ty terapeutické směry se prolínají a ovlivňují. A já si myslím, že je to dobře. Myslím si, že nemá cenu mít v komunitě analytika, že dělá jenom chaos tím, že, pořád hledá příčinu a tak dále a pak nevidí, co ten člověk dělá. Tak to mi nepřijde na místě, ale možná je to mnou, že jsem takhle zaměřený. V individuálu klientovi překládáme, co mu skupina říká, aby se z toho nehroutil, neutekl atd. Aby to mohl zpracovat, říkáme mu, co má dělat, pomáháme mu křokovat, ale pořád ho postrkujeme do skupiny, ať se to odehrává v ní. A ne, že já si tady budu analyticky přemýšlet, z jakého kolena tam ta závislost přišla. To jsou výborná témata do ambulance, ale do komunit to není úplně ono, když si terapeut bere větší sousto než je jeho podíl na léčbě.*“

Provázanost léčené sítě a následná péče

Podle Kaliny (2008) není následná péče „povinná“, v concept-based modelech se však pokládá za integrální součást programu léčby a klient získává statut absolventa až po dokončení předepsané doby a naplnění cílů následné péče. Klienti, kteří úspěšně dokončí léčbu v terapeutické komunitě, jsou dále nejčastěji směřováni do doléčovacího centra stejné organizace, případně do doléčovacích center, která jsou lépe místně dostupná od jejich bydliště, případně zaměstnání. P.H.: „*Nejčastěji od nás klienti po dokončení léčby pokračují na našem doléčovákku. Ono se to nabízí, je to v místě, lidé stojí o to pokračovat, klienti znají terapeuty. A někdy se je snažíme vrátit tam, kam patří.*“ Klientům, kteří léčbu z nějakých důvodů (například kvůli relapsu) nedokončí, jsou nabídnuta jiná léčebná zařízení v závislosti na charakteru ukončování léčby nebo aktuálním zařazení v léčebných fázích, vždy je však snaha zajistit primárně kontinuitu a setrvání v léčbě.

Evaluace výsledků

Ucelená evaluace výsledků v terapeutické komunitě Magdaléna dosud neprobíhá. Jedná se podle standardů kvality o položku „hodnocení kvality, bezpečí a efektivity služby“, která není klasifikována jako zásadní. Terapeutická komunita nicméně s většinou klientů zůstává v kontaktu po ukončení jejich léčebného pobytu. Jedná se nejčastěji o telefonický kontakt, mnoho klientů pokračuje v léčebném procesu po ukončení léčby v komunitě v doléčovacím centru, které spadá pod stejnou organizaci, takže klienti zůstávají velmi často v kontaktu s terapeutickým týmem komunity i nadále. Terapeutická komunita pořádá několik akcí ročně, na které svoje klienty zve, a kde od nich často dostává zpětnou vazbu. Jedná se zejména o akci Kulturfest a také výroční setkání. F.J.: *„Se spoustou klientů jsme ve spojení. Ve druhých fázích si na nás často vezmou telefon, když volají po výjezdu nebo jestli se nemění nějaký plán. Zveme je na naše akce, takže na ně máme i e-mailové adresy. Klienti sami jezdí do komunity třeba na víkend nebo jsou na doléčováku, takže o většině klientů máme nějaký přehled, pokud se s námi nerozešli úplně ve zlém. A hlavně to potřebujeme do čísel pro různé zprávy, takže my ty čísla také potřebujeme a snažíme se je mít. Takže se někdy ozýváme i sami.“*

V teoretické části jsme popsali, že měření úrovně závislého chování jako primárního měřítka evaluace výsledku léčby není všeřikající a zjišťování takových dat by mělo být zasazeno do komplexnějších evaluačních šetření. Taková evaluace by ideálně měla zjišťovat vedle úrovně závislého chování údaje o faktorech, jako je mentální a tělesné zdraví, zaměstnání, rodinné a sociální vztahy a podobně. Zajímalo nás, zda existuje v terapeutické komunitě Magdaléna nástroj - dotazník či jiná metoda na měření efektivity léčebných intervencí, ve které by se některé položky zaměřovaly na zjišťování změny v užívání, následné abstinence nebo případného relapsu. Zjistili jsme, že se žádné takové evaluační metody v terapeutické komunitě nepoužívají z několika důvodů, zejména pak z důvodů nezaručené validity. P.H.: *„Takovéto dotazníky neděláme hlavně z toho důvodu, že to procesně nejde zvládnout. Bylo by zajímavé dozvědět se i o klientech, kteří po léčbě znovu užívají drogy. Bylo by ale validní, vyplnit to se všemi a ne jen s těmi klienty, kteří to jsou schopni vyplnit, ale právě i s klienty, kteří to schopni vyplnit nejsou. Ale tam se*

nedostaneme. Dělat jenom s úspěšnými klienty je lež. “ A také: M.S.: „klienti často chtějí pochlubit, nechťejí si rozházet vztahy s komunitou a radši řeknou, že se mají dobře. “

Odlišné informace však přináší výroční zpráva Magdalény z roku 2013. Výroční zpráva z roku 2014 oproti zprávě z předchozího roku neposkytuje statistiku o počtech léčených klientů a procentu abstinujících. V roce 2013 podle statistik ve výroční zprávě 57% klientů (ze všech, kteří nastoupí do léčby v komunitě) abstínuje rok po léčbě a 15% je dále v léčbě. O tom, jakou metodou se tato data podařilo zjistit a jak docházelo ke kontaktování klientů, jsme bohužel nezískali informace.

Vedle aspektu evaluace, kterým je hodnocení efektivity programu při navozování a udržování změny, se doporučuje také hodnocení klientovy spokojenosti s programem. Dotazník spokojenosti je v terapeutické komunitě Magdaléna ve fázi přípravy. Plánuje se zavést evaluace spokojenosti klientů, podle modelu, který se používá v terapeutické komunitě Advaita. Jejich dotazník je převzatý z Anglie. Jedná se o dotazník, který se táže klientů například na to, co vnímá klient v léčbě jako důležité a jako odpověď obsahuje nabídku škály různých programů (práce s rodinou, manuální práce, sociální práce atd.) P.H.: *„Přijde mi důležité, co považují za důležité ve skupině klienti. Tak to se chystá. A chci si to vyplnit i v týmu jaké to je, co my vnímáme jako důležité a třeba to srovnat. “*

14. Diskuse

Nové standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (2015) vešly v platnost v průběhu realizace našeho výzkumu. Oproti starší verzi definují, že prevence relapsu se provádí u všech pacientů/klientů a je neoddělitelnou součástí programu terapeutické komunity. Dále stanovují, že léčebné zařízení typu terapeutických komunit má mít písemně stanoveno, jak principy prevence relapsu v programu uplatňuje a stanovenými postupy by se služba podle těchto pokynů měla řídit. Tato položka standardů kvality není označena jako zásadní. Prevence relapsu byla dosud v České republice doménou doléčovacích programů, kde tvoří prevence relapsu základní program. V terapeutické komunitě Magdaléna je již dlouhodobě implementován specifický program prevence relapsu. Tento hodinový program tak probíhá jednou týdně. Na programu je vždy přítomen jeden terapeut a program je veden buď terapeutem, nebo předem určeným klientem.

Témata jednotlivých programů jsou stanovena na základě okruhů témat z příručky tematických skupina prevence relapsu (Kuda, 2000), které si však terapeutický tým společně s klienty uzpůsobil pro vlastní potřeby. Témata jsou tak více široká, teoretická a otázkou zůstává, kolik procent programu tvoří edukační část zaobírající se teorií oproti samotným terapeutickým technikám s nácvikem. Ze zúčastněného pozorování na jedné skupině však můžeme říct, že konkrétně v tomto programu terapeutická část s praktickým cvičením výrazně převažovala.

Výsledky z této terapeutické komunity přináší posun v tom, co popisují Kuda (2003) a Kalina (2008a), tedy že v leckterých terapeutických komunitách v České republice i v zahraničí přetrvávají názory, že prevence relapsu může znamenat nechtěné povolávání relapsu, a tedy že témata drog, relapsu či cravingu jsou často v terapeutických komunitách tabu či dokonce zakázanými tématy. Je pravda, že tzv. „toxické řeči“ jsou v terapeutické komunitě zakázány, ale v terapeutických sezeních nebo v programu prevence relapsu jsou naopak tato témata velmi vítána. V naší práci popisujeme, jak terapeutický tým vnímá re/laps a jak je s ním v rámci terapeutické komunity Magdaléna zacházeno. Většina respondentů našeho výzkumu projevují chuť s relapsem pracovat i v rámci terapeutické komunity a otevřeně se o chutích v chráněném prostředí bavit. Považujeme za velice pozitivní jev, že v terapeutické komunitě Magdaléna se o lapsu i

relapsu otevřeně mluví s klienty a téma relapsu a cravingu se objevuje velmi často. To otevírá lepší pole působnosti pro efektivní prevenci relapsu.

V léčebném zařízení typu terapeutické komunity platí kardinální pravidla, která zajišťují klientům bezpečné prostředí pro léčbu. Jedno z těchto pravidel zakazuje užití návykových látek a jejich držení nebo ukryvání v prostředí terapeutické komunity (Kalina, 2008a). Toto pravidlo souvisí se striktně abstinencně orientovanou léčbou, která může evokovat klasický medicínský pohled na relaps (recidivu), jako na selhání a neumožňovat tak prostor pro poučení se z chyb, se kterým se v prevenci relapsu počítá. V rozsahu této práce nás zajímalo, zda a jak je možné skloubit prevenci relapsu s léčebným zařízením, ve kterém re/laps znamená ukončení léčby. Bylo zjištěno, že u klientů první a druhé fáze léčby je na re/laps nahlíženo jinak a s větším dosahem sankcí než na relaps u klientů v pokročilejších fázích léčby, kde už se počítá s více rozvinutými dovednostmi zvládnání u klienta. Většina terapeutů je nakloněna tomu, aby se re/laps zpracoval v komunitě, za předpokladu, že je zajištěno bezpečné prostředí ostatním klientům. Sankce okamžitého ukončení léčby jako reakce na klientův re/laps tedy není absolutním řešením, které by se aplikovalo. S klientem i se skupinou se o případném proběhlém re/lapsu mluví, nejčastěji je pak klientovi, který zrelaboval zajištěna léčba v jiném prostředí, v některých případech laps dokonce nemusí znamenat ukončení klientova pobytu. Kdybychom to měli shrnout, v klasifikaci toho, jak se hodnotit re/laps klienta v komunitě, pak záleží na fázích, záleží na tom, jak závažně je re/laps klasifikován, jak je ohrožující pro skupinu. Záleží však také na tom, jak probíhá domluva v týmu.

Není naším cílem kritizovat kardinální pravidlo zakazující užívání drog v terapeutických komunitách kvůli implementaci prevence relapsu do modelu tohoto léčebného zařízení. Domníváme se, že toto pravidlo má své opodstatněné důvody a jasná pravidla mají v léčbě závislostí svou důležitou funkci především v oblasti zajištěného bezpečného prostředí. Považujeme však za důležité, že si v terapeutické komunitě dokáží najít cestu, jak s relapsem pracovat a využít proběhlý relaps jako výzvu k poučení se ze situace pro všechny klienty.

Co se týče metod prevence relapsu využívaných v terapeutické komunitě Magdaléna, považujeme metodologické příručky, které v tomto zařízení používají, za výběr nejpokročilejších odborných publikací, které české překlady v tomto směru dosud

nabízejí. Víme, že metodika prevence relapsu v českém prostředí se zaměřuje zejména na „udržovací“ fázi změny, chráněné prostředí terapeutické komunity tak znemožňuje některé techniky prevence relapsu, které se běžně používají v procesu doléčování. Terapeuti tohoto léčebného zařízení tak vzhledem k dlouhodobé praxi v oboru a v procesu terapeutické komunity modifikovali některé metody prevence relapsu oproti manuálům podle vlastních zkušeností, které vyhovují klientům na míru.

Prevenci relapsu, jak píše Pospíšilová (2010), v terapeutických komunitách nezajišťuje dílčí metoda, ale léčebný proces jako celek. V optice naší diplomové práce, která se zaměřovala zejména na metody používané v programu specifické prevence relapsu, jsme ostatní metody stejné kategorie aplikované mimo program skupin prevence relapsu pojmenovali jako metody, které tento dílčí program přesahují. Zjistili jsme, že tento přesah je zejména významný v oblasti rodinné terapie, skupinové terapie i individuální terapie, volnočasových aktivit a pracovní terapie. Prakticky celý program terapeutické komunity je orientován na změnu životního stylu klienta, která je hlavním cílem léčby. Změna životního stylu je zároveň jedna z důležitých oblastí prevence relapsu a může tak být považována za globální strategii, která je rozšířeným působením prevence relapsu v celém programu terapeutické komunity.

Vzhledem k povaze metod prevence relapsu, které mají v naprosté většině terapeutický charakter, považujeme za velice důležité, aby pracovníci, kteří vedou programy prevence relapsu, měli dobré terapeutické dovednosti. To se u všech našich respondentů z terapeutického týmu potvrdilo. Dosud však postrádáme u pracovníků terapeutické komunity specifickou přípravu ve formě školení a kurzů přímo v prevenci relapsu, což bychom vnímali jako jeden z kroků ke zvýšení efektivity programů prevence.

Bylo realizováno kvalitativní šetření (4 rozhovory s terapeuty, 1 rozhovor s klientkou, analýza dokumentů a zúčastněné pozorování). Na základě vybrané metody evaluace jsme využili 3 doporučené nástroje evaluačních šetření, kterými jsou rozhovor, zúčastněné pozorování a analýza dokumentů. Hodnocení jako takové nebylo naším cílem. Soustředili jsme se především na co nejpodrobnější zmapování a deskripci průběhu skupin prevence relapsu v daném zařízení a podrobnosti přípravy a realizace prevence relapsu. Stanovené cíle se nám podařilo naplnit, i když některé metody výzkumu musely být v průběhu výzkumu upraveny.

Terapeutické přístupy v terapeutické komunitě Magdaléna nejsou výhradně kognitivně-behaviorálního zaměření, i když prvky KBT podle slov vedoucího komunity hrají zásadní roli. U intervencí kognitivně-behaviorální terapie se vždy počítá s evaluací (Wanigaratne et al., 2008). Stejně tak specifické standardy kvality dlouhodobé rezidenční léčby terapeutických komunit definují položku „hodnocení kvality, bezpečí a efektivity služby“, která ale nespadá mezi 10 zásadních standardů. Terapeutická komunita Magdaléna je certifikované léčebné zařízení, evaluace zde však podle výpovědí v našich rozhovorech neprobíhá. Určitá zpětná vazba od některých klientů, kteří zůstávají s terapeutickou komunitou v kontaktu, údajně existuje, sbírají se data do statistik, bohužel se nám ale nepodařilo přesně zjistit, jakým způsobem data terapeuti získávají a jakých oblastí se data týkají. Jak jsme později zjistili, údaje o klientech týkající se dokončených či nedokončených léčeb a o důvodech ukončení a zařazení v časovém horizontu léčebných fází se však sledují a výsledky se publikují ve výroční zprávě zařízení. Stejně tak Čablová et al. (2013) popisují, že všechny komunity v ČR vyjma jedné z Plzeňského kraje pravidelně vyhodnocují využití a efektivitu poskytnutých služeb. Nejnovější výroční zpráva terapeutické komunity Magdaléna z roku 2014 již informace podobného charakteru nepřináší. Také na základě údajů, které jsme získali v rámci rozhovorů, v komunitě nepoužívají žádné hodnotící nástroje (dotazníky nebo podobně), které by se zaměřovaly na zjišťování informací o současném užívání mezi klienty po léčbě. Nepodařilo se nám zjistit, jaké prostředky se v minulých letech používaly a které zajistily data pro výsledky ve výroční zpravu v roce 2013. V tomto ohledu mohou být naše výsledky poněkud zkreslené, považovali jsme však následné pozdější podrobnější pátrání mimo rozsah zaměření našeho výzkumu, kde by nás zajímaly speciálně evaluační metody zaměřené na prevenci relapsu, které však víme, že určitě neprobíhají.

Mezi limity této práce patří, že bohužel nebylo možné provést rozhovor se všemi členy terapeutického týmu. Po domluvě a časovém plánování výzkumu ze strany terapeutické komunity, nám bylo umožněno provést rozhovory se čtyřmi terapeuty z celkového počtu šesti členů terapeutického týmu podílejících se na tvorbě programů prevence relapsu. Z reprezentativního hlediska by nás zajímal pohled na relaps a rozlišnosti v práci u celého terapeutického týmu, takto vnímáme výsledky jako ne zcela úplné. Konkrétně nebylo možné setkat se se ženami terapeutkami, u kterých bychom navíc mohli předpokládat jiné styly práce, možné odlišné pohlížení na relaps klientů a podobě.

Podle dalších informací na webových stránkách terapeutické komunity je jedna z terapeutek exuser. Domníváme se, že tento fakt může vnést do programů prevence relapsu ještě další zajímavé pohledy specifické o nabytou vlastní zkušenost se závislostí.

I tak nám byly poskytnuty cenné informace o průběhu programů prevence relapsu v konkrétní terapeutické komunitě a o využívaných metodách. Podobnému tématu se v léčebném zařízení typu terapeutické komunity nezabývala žádná studie a implementace programů prevence relapsu do programu léčebného zařízení terapeutické komunity tak dosud nebyla popsána.

Za hodnotnou část získaných kvalitativních dat považujeme uskutečněný rozhovor s klientkou. K tomuto rozhovoru jsme se rozhodli v průběhu výzkumu i proto, že na realizaci programu prevence relapsu v terapeutické komunitě Magdaléna mají klienti svůj podíl. Volí si témata jednotlivých programů a část programu dokonce vedou sami, což má podle našeho názoru dobrý edukační i svépomocný efekt. Podle Kaliny (2013) a Pospíšilové (2010) je význam prevence relapsu pro svépomoc mimořádný. Mnoho klientů si do jisté míry vybudovali své vlastní strategie zvládnání cravingu. někteří z nich si asi ani neuvědomují, že proti chutím používají stále tytéž obrany, a bývají to právě ty, které se osvědčily nejlépe. Je užitečné, když klient tyto mechanismy zvědomí a naučí se je cíleně používat. Pokud se klient o takové „dovednosti“ podělí s ostatními klienty, může pomoci těm, kteří si své vlastní strategie teprve budují – může jim usnadnit cestu k nejúčinnějším postupům a těm, kteří už se dovedou bránit sami, umožní rozšířit jejich vlastní repertoár o strategie, na něž by možná nepřišli.

Tento rozhovor s klientkou dále posloužil k rozšíření informací o průběhu realizace prevence relapsu i jako potvrzující zpětná vazba k předchozím rozhovorům, které jsme vedly se členy terapeutického týmu. Klientka vnímá programy prevence relapsu jako velice důležité pro proces vlastní léčby. Téma hodnocení programů prevence relapsu klienty se jeví jako kvalitativně významné a podle našeho názoru by si zasloužilo v budoucnu detailnější zpracování.

V procesu plánování designu tohoto výzkumu považovala autorka za přínosnou metodu pro sběr dat zúčastněné pozorování na skupině specifické prevence relapsu. Autorka toto pozorování absolvovala v minulosti během vlastní stáže ve stejné

terapeutické komunitě. Po domluvě se vedením terapeutického týmu však v době tohoto výzkumu takové pozorování z relevantních důvodů nemohlo proběhnout. V terapeutické komunitě velmi dbají o bezpečí skupiny, a vstup pro klienty neznámé osoby (výzkumníka) by dle posouzení terapeutů mohlo narušit bezpečí sdílení i dynamiku skupinového procesu. Rozhodnutí terapeutického týmu bylo samozřejmě respektováno a z těchto důvodů byly použity zápisky ze zúčastněného pozorování z minulosti. Dále proběhla domluva o alternativní formě získávání dat. Jako doplňující metoda proběhl rozhovor s jednou klientkou terapeutické komunity, která se nachází v pokročilé fázi léčby a má vlastní zkušenosti s vedením skupin prevence relapsu v TK Magdaléna.

Z výše zmíněných důvodů nebyl proveden podrobný zápis našeho zúčastněného pozorování do textové podoby, ale využili jsme zápisky ze zúčastněného pozorování z minulosti, kdy jsme byli v této terapeutické komunitě na stáži. V té době autorka nepředpokládala využití dat k těmto účelům, tudíž data z pozorování nemají podobu přesného popisu aktivit, jednání a interakcí, jak popisuje Hendl (2008) v doporučených postupech pro zúčastněné pozorování. Byl však zpracován popis použité terapeutické metody a popsán průběh programu specifické prevence relapsu v době autorčiny stáže v daném zařízení.

Co se týče popsané terminologie v teoretické části této diplomové práce, v praxi se ukázalo, že pracovníci pojmy relaps/laps/recidiva často zaměňují. Na stejnou problematiku poukazuje Pavlovská (2010) ve své bakalářské práci. Autorka souhlasí s tím, že by pro praxi bylo přínosné, kdyby se používání terminologie ujasnilo a sjednotilo.

Pro případné zdokonalení implementace programu prevence relapsu v dané terapeutické komunitě autorka jako dlouhodobý obecný cíl shledává možnost v zavedení pravidelného hodnocení kvality, bezpečí a efektivity služby. Měření úrovně závislého chování (tj. zjišťování relapsu po léčbě) jako primárního měřítka evaluace výsledku léčby není všehokrající a mělo být zasazeno do komplexnějších evaluačních šetření. Taková evaluace by ideálně měla zjišťovat vedle úrovně závislého chování údaje o faktorech jako je mentální a tělesné zdraví, zaměstnání, rodinné a sociální vztahy a podobně (Gossop, 2009; Šefrámek, 2014; Wanigarnate et al, 2008). Hodnocení programů prevence relapsu klienty by autorka považovala za dobrý krok pro zvýšení kvality poskytovaných služeb,

stejně jako dotazníky spokojenosti, které jsou v terapeutické komunitě Magdaléna v současné době v procesu přípravy. Dále by autorka podpořila terapeuty v dalším vzdělávání zaměřeném na prevenci relapsu, které může být naplněno účastí na školeních a kurzech prevence relapsu, které jsou pro široké zaměření působení terapeutických komunit v současné chvíli mimo primární specializaci jejich pracovníků.

Pro případné rozšíření výzkumu by autorka navrhovala rozhovory s dalšími klienty terapeutické komunity o jejich pohledu na prevenci relapsu v tomto léčebném zařízení. Zajímavé by bylo také srovnání implementací programu prevence relapsu a používaných metod napříč různými terapeutickými komunitami v České republice. Stejně srovnání by se také dalo zacílit na léčebné zařízení, kterým je střednědobá ústavní léčba, kde se dají programy prevence relapsu také úspěšně implementovat. Přínosné by dále mohlo být popsání dobré praxe implementace programů prevence relapsu v různých typech léčebných zařízení, za účelem zvýšení efektivity a kvality služby a upozornění na možná úskalí.

IV. Závěr

V této diplomové práci se autorka zabývala modelem prevence relapsu, který je využíván v terapeutické komunitě Magdaléna o.p.s. V teoretické části byly definovány základní pojmy a teorie související s problematikou re/lapsu, metody prevence relapsu a možné využití těchto metod v síti služeb pro uživatele návykových látek a dále možnosti jejich evaluace.

Jako cíl této diplomové práce si autorka zvolila zmapovat, jak se realizují programy prevence relapsu v dané terapeutické komunitě a jaké metody jsou k tomuto účelu využívány. Další oblastí zájmu této práce byla implementace programu prevence relapsu do rezidenčního programu terapeutické komunity a možné komplikace s ní spojené.

Díky získaným rozhovorům se členy terapeutického týmu dané komunity autorka dokázala zejména popsat, jak je v dané terapeutické komunitě vnímán re/laps a jak probíhají programy specifické prevence relapsu závislého chování. Specifická prevence relapsu je na programu v terapeutické komunitě jednou týdně, vede ji jeden terapeut (nebo

předem zvolený klient za účasti terapeuta) a každé sezení je zaměřeno na jedno z 23 předvolených témat. O re/lapsu se v daném zařízení mluví otevřeně a prevence relapsu je opřena o odborné metodické příručky a postupy vyplývající z evidence-based metodiky. Vzhledem k tomu, že dosud neexistuje ucelená metodika „ušíťá na míru“ rezidenčním zařízením pro základní léčbu, bylo důležitým zjištěním, jaké zdroje používá terapeutický tým k realizaci prevenci relapsu a jaké jednotlivé metody jsou používány. Značná část práce byla dále věnována analýze metodických příruček, ze kterých v terapeutické komunitě terapeuti vycházejí a to jak v teoretické, tak v praktické části naší práce.

K získání dat byly dále využity vlastní poznámky autorky ze zúčastněného pozorování na programu prevence relapsu, kterou autorka absolvovala v minulosti v rámci týdenní odborné stáže v daném zařízení. Pro účely této práce byla podrobněji popsána jedna metoda, která byla na tomto programu použita a aplikována.

Posledním výzkumným nástrojem byl rozhovor s jednou klientkou terapeutické komunity, která v době rozhovoru byla v druhé fázi léčby. Z pohledu klientky bylo možné více specifikovat důležitost programu prevence relapsu v daném zařízení, popsat jak relaps klientka vnímá a jak jsou z jejího pohledu programy koncipovány.

Ukázalo se, že využití strategií prevence relapsu má v terapeutické komunitě Magdaléna velký přesah i mimo výše popsaný specifický program prevence relapsu. Tento přesah jak specifických tak globálních strategií je nejvíce markantní ve skupinové terapii, rodinné terapii, individuální terapii a ve volnočasových aktivitách.

V. Seznam odborné literatury

- 1) Čablová, L., Pavlas Martanová, L., Vopravil, J. (2013). Analýza výzkumného potenciálu sítí - Terapeutické komunity. *Adiktologie* 13(3-4), 257-261.
- 2) DiClemente, C., C. (2003). Motivační rozhovory a fáze změny in Miller, W., R., Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování* (p. 175-185). Tišnov: Sdružení SCAN.
- 3) Douaihy, A., Daley, D., C., Stowell, K., R., and Park T., W. (2007) *Relapse Prevention: Clinical Strategies for Substance Use Disorders*. In Witkiewitz, K., Marlatt, G., A., *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention* (p. 37-72). Boston: Elsevier Academic Press.
- 4) Gossop, M. (2009). *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: NMS - Úřad vlády ČR.
- 5) Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*, Praha: Portál.
- 6) Hendl, J. (1999). *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha, Karolinum.
- 7) Hora, O., Suchanec, M., Žižlavský, M. (2014). *Evaluační výzkum*. Brno: Masarykova univerzita.
- 8) Jeřábek, P. (2015). *Psychopatologie závislosti*. In Kalina, K et. al. *Klinická adiktologie* (p. 190-210). Praha: Grada Publishing.
- 9) Kalina, K. a kol. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, Praha: Úřad vlády ČR, o.s. Filia Nova pro Radu vlády ČR.
- 10) Kalina, K. (2008a). *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- 11) Kalina, K. a kol. (2008b). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- 12) Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.

- 13) Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*, Praha: Grada Publishing.
- 14) Keller, D., S. (1999). Odkrývající terapie ve službách prevence relapsu: příspěvek psychoanalýzy k léčbě užívání návykových látek. In Rotgers, F. (1999). *Léčba drogových závislostí* (p. 72-96). Praha: Grada Publishing.
- 15) Kučerová, H. (2006) Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek F10-19: Léčba nefarmakologická (p. 177-179) . In Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.
- 16) Kuda, A. (2000) *Tematické skupiny prevence relapsu*. Olomouc: P centrum.
- 17) Kuda, A. (2003). Relaps a prevence relapsu. In Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti II.* (p. 117-124). Praha: Úřad vlády ČR.
- 18) Kuda, A. (2008). Prevence a zvládání relapsu. In Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti* (p. 225-234). Praha: Grada Publishing.
- 19) Lau, M., A., Segal, Z., V. (2007). Mindfulness-based cognitive-therapy as a relapse prevention approach to depression. In Witkiewitz, K., Marlatt, G., A., *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention* (p. 73-90). Boston: Elsevier Academic Press.
- 20) Marlatt, G. A., Gordon J., R. (1985). *Relapse prevention, Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours*. New York: The Guilford Press.
- 21) Marlatt, G., A., Witkiewitz, K. (2007). *Therapist's guide to Evidence-Based Relapse Prevention*. Boston: Elsevier Academic Press.
- 22) Melemis, S., M. (2015) Relapse Prevention and Five Rules Of Recovery. *Yale Journal of biology and medicine* 88 (2015) 325-332.
- 23) Millerová, G. (2005). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
- 24) Miovský, M. (2008). Evaluace adiktologických programů a služeb. In Kalina K., a kol., *Základy klinické adiktologie* (307-315). Praha: Grada Publishing.
- 25) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

- 26) Mravčík, V., Chomynová P., Grohmannová K., Nečas V., Grolmusová L., Kiššová L. a kol. (2014) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013. Praha: Úřad vlády České republiky.
- 27) Mravčík, V., Nechanská, B. (2013). České terapeutické komunity ve Sčítání adiktologických služeb 2012. Adiktologie, 13 (2), 92-105.
- 28) Nešpor, K., Csémy, L. (1999). Bažení (craving): Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání. Praha: Sportpropag.
- 29) Nevšímal, P. (2004). Terapeutická komunita pro drogově závislé I. - Vznik a vývoj. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna, o.p.s.
- 30) Nevšímal, P. (2007). Terapeutická komunita pro drogově závislé II. - Česká praxe. Praha/Mníšek p. Brdy: Středočeský kraj/Magistrát hl. m. Prahy.
- 31) Nevšímal, P., Marhoulová, K., Kasiková, Z. (2014). Výroční zpráva 2013. Magdaléna o.p.s. Zdroj:
<http://www.magdalena-ops.eu/images/stahnete-si/vyrocní-zpravy/2013.pdf>
dostupné: 1. 12. 2015
- 32) Nevšímal, P., Marhoulová, K., Kasiková, Z. (2015). Výroční zpráva 2014. Magdaléna o.p.s. Zdroj:
<http://www.magdalena-ops.eu/images/stahnete-si/vyrocní-zpravy/2014.pdf>
dostupné 1. 12. 2015
- 33) Pavlovská, A. (2010). Role prvního (re)lapsu v procesu doléčování z pohledu klienta a terapeuta. Nепublikovaná bakalářská práce. Praha: 1. LF UK.
- 34) Pavlovská, A. (2015). Prevence a zvládnání relapsu. In Kalina, K et. al. Klinická adiktologie (p. 480-491). Praha: Grada Publishing.
- 35) Pospíšilová, H. (2010). Relaps a prevence relapsu (kasuistická práce). Nепublikovaná bakalářská práce. Praha: 1. LF UK.
- 36) Richterová Těminová, M., Kalina, K., Adameček, D. (2008). Terapeutická komunita a její aplikace. In Kalina, K. a kol., Základy klinické adiktologie (p. 199-214). Praha: Grada Publishing.

- 37) Soukup, J. (2014). Motivační rozhovory v praxi. Praha: Portál.
- 38) Standardy odborné způsobilosti pro poskytovatele adiktologických služeb, Úřad vlády ČR, 2011
Zdroj: <http://snncls.cz/wp/wp-content/2012/06/7-TerapeutickeKomunity.pdf>
dostupné 11. 11. 2015
- 39) Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby, Úřad vlády ČR, 2015
Zdroj: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf
dostupné 20. 11. 2015
- 40) Šefránek, M. (2014). Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti: Změny v užívání návykových látek, kriminálním chování a v dalších oblastech jeden rok po ukončení léčby. Praha: Úřad vlády ČR.
- 41) Vanderplasschen, W., Vandavelde, S, Broekaert, E. (2014). Therapeutic communities for treating addicts: evidence, current practices and future challenges. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- 42) Vavrinčíková, L., Libra, J., Miovský, M. (2013). Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice, Zdroj: (http://snncls.cz/wp/wp-content/2013/06/Koncepce_sluzeb-verze_4_3_final.pdf) dostupné 11. 11. 2015
- 43) Vavrinčíková, L., Mravčík, V., Burešová, Z., Kiššová, L., Nečas, V. & Vopravil, J. (2013). Mapování dostupnosti a charakteru sítě služeb oboru Adiktologie. Analytická zpráva pro Ministerstvo zdravotnictví ČR – program Národní akční plány a koncepce 2012. Praha: Klinika adiktologie VFN a 1. LF UK v Praze.
- 44) Wanigaratne, S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F., Roger, F. (2008). Prevence relapsu pro závislá chování: Manuál terapeuta. Praha/Tišnov: Centrum Adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, sdružení SCAN.
- 45) WHO (2000). International Guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders. Geneva: WHO/UNDCP/EMCDDA.

46) WHO (2000). Sešit 1 Evaluace plánování. Ženeva: WHO/UNDCP/EMCDDA.

Zdroj: <http://www.drogy->

[info.cz/index.php/o_nas/evaluace/mezinarodni_standardy_evaluaci_lecby_a_pece](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/mezinarodni_standardy_evaluaci_lecby_a_pece)
dostupné 31. 8. 2015

47) WHO (2000). Sešit 2 Provádění evaluací. Ženeva: WHO/UNDCP/EMCDDA.

Zdroj: <http://www.drogy->

[info.cz/index.php/o_nas/evaluace/mezinarodni_standardy_evaluaci_lecby_a_pece](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/mezinarodni_standardy_evaluaci_lecby_a_pece)
dostupné 31. 8. 2015

48) WHO (2000). Sešit 4 Evaluace procesu. Ženeva: WHO/UNDCP/EMCDDA. Zdroj:

<http://www.drogy->

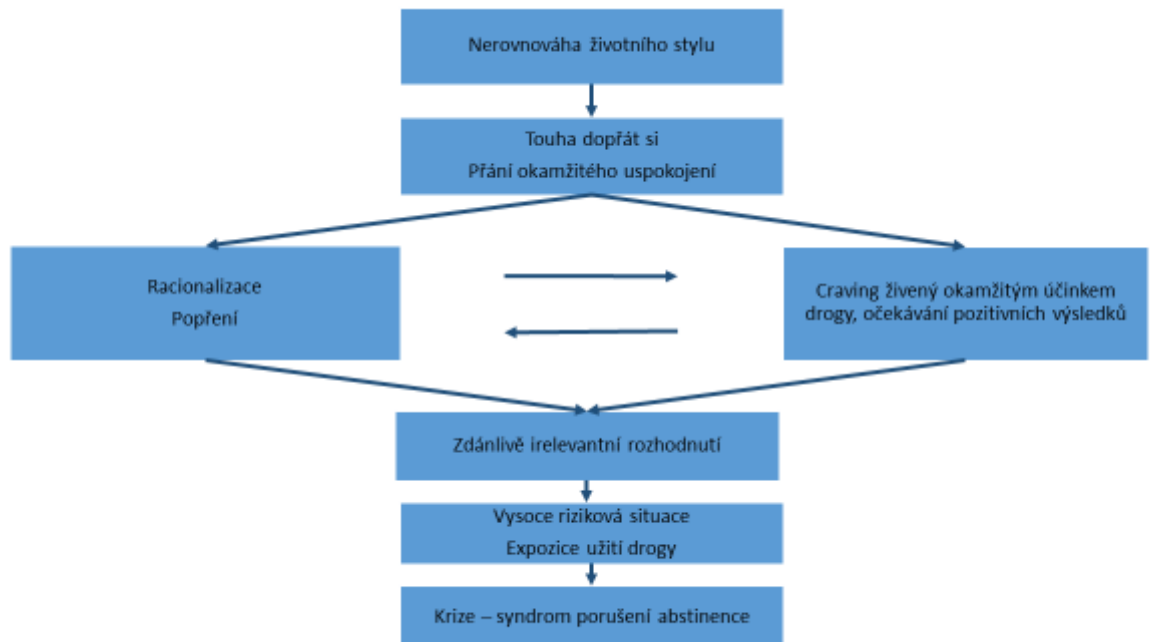
[info.cz/index.php/o_nas/evaluace/mezinarodni_standardy_evaluaci_lecby_a_pece](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/mezinarodni_standardy_evaluaci_lecby_a_pece)
dostupné 31. 8. 2015

Internetový zdroj:

<http://www.magdalena-ops.eu/>

VI. Přílohy

Příloha 1.: Skrytí předchůdci relapsu podle Marlatta a Gordonové (Kalina, 2008a; Wanigaratne et al., 2008)



Příloha 2.: Graf cyklu změny: Prochaska a DiClementi (In Wanigaratne et al., 2008, Kalina, 2015)

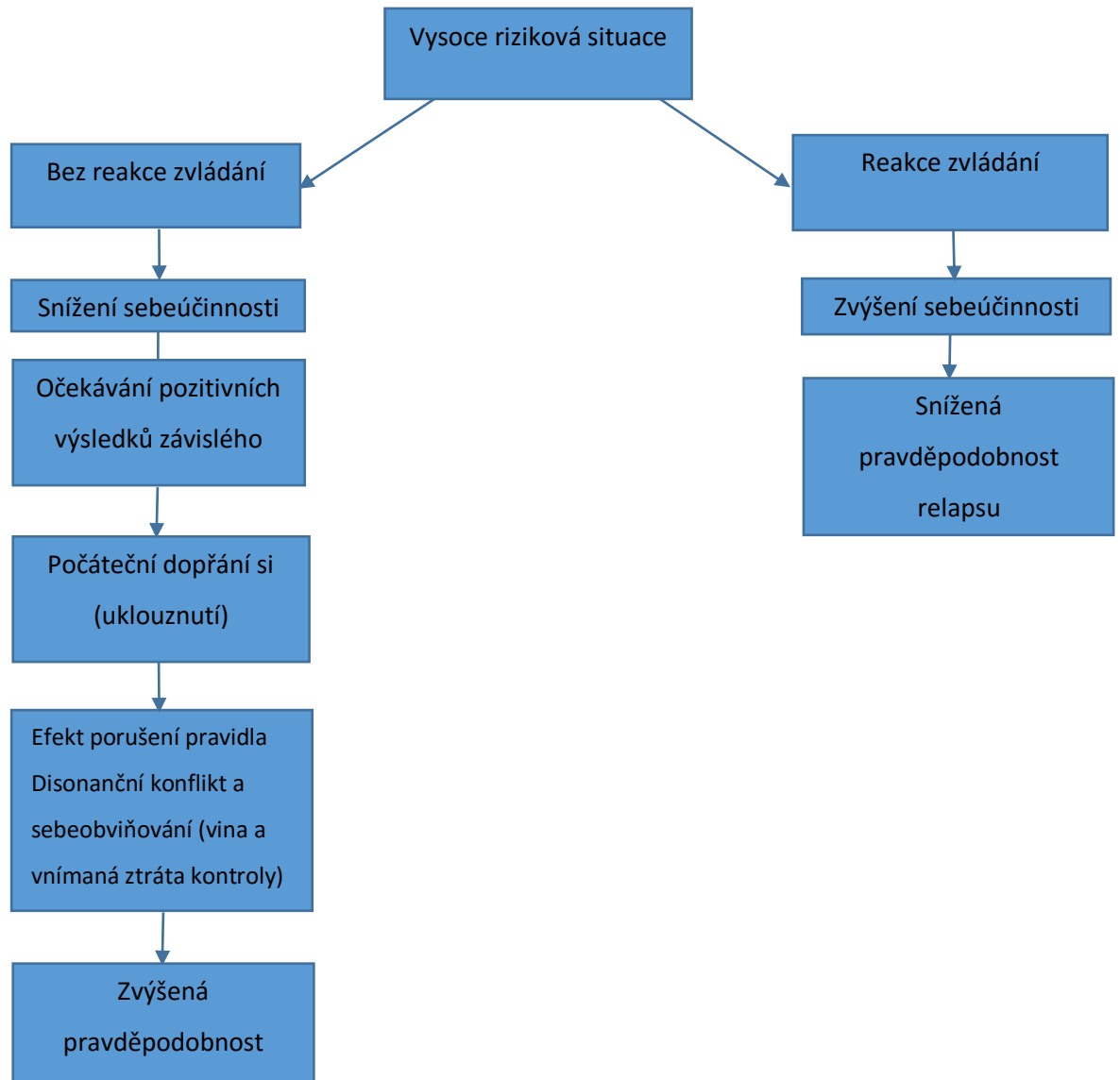
Cyklus tvoří 6 fází:

- Prekontemplace
- Kontemplace
- Rozhodnutí
- Aktivní změna
- Udržení
- Relaps

Červené šipky znázorňují riziko lapsu či relapsu v dané fázi



Příloha 3.: Kognitivně-behaviorální model procesu relapsu podle Marlatta a Gordonové (Marlatt & Gordon, 1985; Wanigaratne et al., 2008)

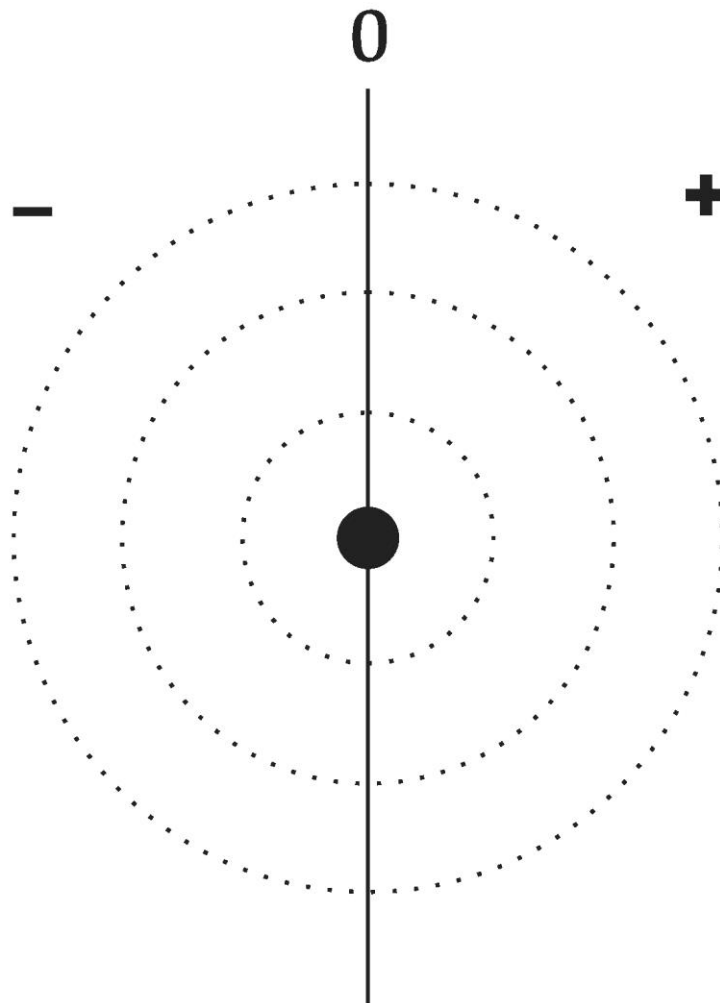


Příloha 4.: Přehled modelu a intervencí prevence relapsu podle Marlatta a Gordonové (1985; in Wanigaratne et al. 2008) viz další stana

Denní záznamy aktivit	Sebemonitorování Deníky cravingu		Diagnostické procedury			Rozhodovací matice			
			Relapsové mapy Rozhodovací matice Behaviorální diagnostika	Behaviorální diagnostika Sebemonitorování Test situační kompetence					
Rovnováha „měl bych“ / „musím“	→		Postupy na zvyšování vhladu/uvědomění			Výuka rozhodovací matice dopřání si		Výuka o EPP	
			Relapsové fantazie						
Meditace, relaxace, management času	→ Expozice podnětům		Nácvik dovedností / behaviorální postupy						
				Relaxace Přehrávání rolí Asertivita Zvládání stresu Vyhýbání					
	Přeznačení a odpoutání Imaginace zvládání Surfování po nutkáních Balíček na craving					Nouzový plán Kartičky s tipy Negativní imaginace		Kognitivní restrukturování Řešení problémů	
Pozitivní závislost	Kontrola stimulů		Intervence k životnímu stylu			Náhradní prožitky			
			Pozitivní závislosti Vyrovnaný životní styl	Zvládání stresu Strategie vyhýbání se					
↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Nerovnováha životního stylu	Touha dopřát si	Nutkání s craving	Kognitivní procesy Racionalizace Popření, EPP, ZIR	Vysoce rizikové situace	Bez reakcí zvládání	↓ sebeúčinnost a očekávání pozitivních výsledků	Úvodní dopřání si	Kognitivní proces Efekt porušení pravidla (EPP) + Disonanční konflikt	Zvýšená pravděpodobnost relapsu

Příloha 6.: Příklad pracovního materiálu k použité technice na skupině prevence relapsu při zúčastněném pozorování autorky: Uspořádání zdravých vztahů (Kuda, 2000, Modul č.

Vaše sociální okolí



Modul 13 - Uspořádání zdravých vztahů

