

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**

Studijní obor: **Adiktologie B5345 – kombinovaná forma**



Hana Riemlová

Jak prožívají závěrečnou fázi léčby klienti na mužském protialkoholním oddělení PN
v Opavě?

How do clients in the inpatient alcohol treatment experience the final phase of the
treatment?

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:
PhDr. Petra Vondráčková, Ph.D.

Praha, 2021

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, 14. 7. 2021

Hana Riemlová

Identifikační záznam:

RIEMLOVÁ, Hana. Jak prožívají závěrečnou fázi léčby klienti na mužském protialkoholním oddělení PN v Opavě? [How do clients in the inpatient alcohol treatment experience the final phase of the treatment?]. Praha, 2021. 40, 1. Bakalářská. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, 1. LF UK 2021. Vedoucí závěrečné práce. PhDr.Petra Vondráčková, Ph.D.

Poděkování

Děkuji vedoucí práce PhDr. Petře Vondráčkové, Ph.D. za trpělivost, ochotu, cenné rady a zpětné vazby při vedení mé bakalářské práce.

Abstrakt:

Východiska: Fáze ukončení léčby je velmi důležitým mezníkem v léčbě pacienta. Její průběh má velký vliv na další fungování klienta v životě, zda a jakým způsobem bude schopen využívat získané znalosti a dovednosti.

Cíle: Základním cílem bakalářské práce je zjistit, jak prožívají klienti závěrečnou fázi léčby.

Metody: Sběr dat byl realizován pomocí kvalitativní metody zakotvené teorie, data byly upravovány pomocí techniky kódování. Rozhovory byly provedeny s 15 klienty.

Výsledky: Z výsledků vyplývá, že průběhu ukončení léčby je provázen intenzivními emocemi. Všichni dotazovaní klienti na konci léčby pozorovali na sobě nějaké změny v různých oblastech – chování, myšlení, prožívání. Důležitým faktorem pro změny byla komunikace, většina klientů mluvila o zlepšení komunikace na konci léčby a s tím zlepšení v prožívání, myšlení, chování. Převážná většina klientů byla spokojena se stanovenou délkou léčby, odpovídala jejich potřebám.

Závěr: Cíle výzkumu byly naplněny, byly zodpovězeny všechny otázky výzkumu.

Klíčová slova: alkohol, syndrom závislosti, ústavní léčba, psychoterapie, fáze ukončení

Abstract:

Background: The phase of termination of treatment is a very important milestone in the treatment of the patient. Its course has a great influence on the further functioning of the client in life, whether and how he will be able to use the acquired knowledge and skills.

Aims: The basic aim of the bachelor's thesis is to find out how clients experience the final phase of treatment.

Methods: Data collection was carried out using a qualitative method of grounded theory, data were modified using coding techniques Interviews were conducted with 15 clients.

Results: The results show that the course of treatment termination is accompanied by intense emotions. At the end of the treatment, all interviewed clients observed some changes in various areas - behavior, thinking, experience. An important factor for the changes was communication, most clients talked about improving communication at the end of treatment and with it an improvement in experience, thinking, behavior. The vast majority of clients were satisfied with the specified length of treatment, they corresponded to their needs.

Conclusion: The goals of the research were fulfilled, all questions of the research were answered.

Key words: alcohol dependence, institutional treatment, psychotherapy, phase of termination

Obsah

1	Úvod.....	7
2	Teoretická část	8
2.1	Alkohol.....	8
2.2	Závislost na alkoholu	8
2.3	Ústavní léčba závislosti na alkoholu	9
2.4	Oddělení 18D Psychiatrické nemocnice v Opavě.....	10
2.5	Psychoterapie	12
2.5.1	Psychoterapie u léčby závislostí	12
2.6	Psychoterapie jako proces	14
2.6.1	Fáze ukončení	15
2.6.2	Načasování ukončení	15
2.6.3	Důvody ukončení	17
2.6.4	Obsah ukončení.....	18
2.6.5	Emoce a reflexe	18
2.6.6	Fáze ukončení u léčby závislostí	20
3	Praktická část	21
3.1	Cíle výzkumu	21
3.2	Metodologie výzkumu	21
3.3	Etika výzkumu	22
3.4	Výzkumný soubor	22
3.5	Analýzy dat	23
3.5.1	Myšlení	24
3.5.2	Chování.....	27
3.5.3	Emoce	28
3.5.4	Délka léčby	33
3.5.5	Vlastní uvědomění si blížícího konce léčby	35
3.5.6	Témata na konci léčby	36
4	Diskuze	39
5	Závěr	46
	Seznam použité literatury	47

1 Úvod

Závěrečná fáze psychoterapeutického procesu je jeho důležitou součástí, přesto vědecká literatura se tomuto tématu příliš nevěnuje. Způsob, jakým je terapie ukončena, může mít vliv na další fungování klienta v běžném životě.

Téma své práce jsem si vybrala proto, jelikož pracuji s klienty v ústavní léčbě na mužském protialkoholním oddělení v Psychiatrické nemocnici v Opavě jako terapeut, s tématem ukončení se setkávám často. Přijala jsem výzvu podívat se na toto téma důkladněji a hlouběji z jiné strany, než jsem zvyklá z pozice terapeuta. Zároveň výsledky výzkumu by mohly být i impulsem pro změny v dosavadním programu oddělení.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části se zabývám alkoholem, závislostí na alkoholu, ústavní léčbou, psychoterapií a fází ukončení psychoterapie. Ve výzkumné části jsem provedla kvalitativní výzkum a hledala jsem odpovědi na své otázky.

2 Teoretická část

V teoretické části se věnuji závislosti na alkoholu, ústavní léčbě, kdy představuji program oddělení 18D PN v Opavě. Dále se věnuji psychoterapii, psychoterapii u léčby závislostí a psychoterapii jako procesu, kde se zabývám především fází ukončení terapie.

2.1 Alkohol

Chemicky označujeme alkohol jako etylalkohol, etanol vzniká kvašením cukrů. Látka je lidstvu známa od starověku, stejně tak problémy s jejím nadužíváním. Patří společně s nikotinem mezi legální drogy. Psychotropní účinek je zprostředkován ovlivněním několika neurotransmitterových systémů – dopaminergního, noradrenergního, GABAergního a opioidního. Jedná se o látku se značnou orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity. (Kalina a kol. 2019).

Z Národního výzkumu užívání tabáku a alkoholu z roku 2019 v ČR vyplývá, že byla odhadnuta celková roční spotřeba na 7,7litrů alkoholu na osobu, nejvyšší denní průměrnou dávkou vykazovali respondenti ve věkové skupině 45 - 64 let. Potvrzuje se rostoucí trend míry denní konzumace alkoholu v posledních 10 letech (Mravčík a kol., 2019). Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů v naší republice se týká přibližně 25 % mužské populace a 5 % žen. Pravidelná denní konzumace alkoholu v dávkách vyšších než 18 g u žen a 20 g u mužů sebou nese riziko návyku a následně závislosti na alkoholu (Kalina a kol., 2003). Problematika nadměrného užívání alkoholu je dlouhodobý problém, netýká se jen současné doby. Závislost na alkoholu postihuje lidi jakéhokoliv věku, pohlaví, sociálního postavení a vzdělání (Nešpor, 2011).

2.2 Závislost na alkoholu

Dr. Popov definuje závislost na alkoholu jako chronické recidivující onemocnění, postihující pacienta v oblasti zdravotní, časem taky v dalších důležitých oblastech jeho života (Kalina a kol., 2003). Důsledky závislosti na alkoholu zásadně působí i v oblasti rodinných a dalších sociálních vztahů, zaměstnání a interakce s okolím (Nešpor a Csémy, 1996). Příznakem rozvinuté závislosti bývá výrazná změna tolerance následovaná výskytem odvykacích příznaků, např. v podobě ranních doušků, (tj. potřeby doplnit hladinu alkoholu vzápětí po probuzení) a amnestickými poruchami (tzv. okénka) (Raboch, Pavlovský a kol., 2020).

Dle 10. revize MKN je závislost definována jako skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Konečná diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit užívat látku,
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky,
- c) tělesný odvykací stav: látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky,
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku,
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení (Nešpor, 2011).

2.3 Ústavní léčba závislosti na alkoholu

Pokud nastane situace, že pacient již ztratil možnost svými silami zvládnout stav z odnětí drog a opakovaně se vrací k droze bez ohledu na škody na zdraví a ve svém okolí, potom je třeba uvažovat o jeho hospitalizaci (Heller a kol., 2011). Při úspěšné léčbě dochází k úzdravě, u závislosti na alkoholu není možné dosáhnout kontrolovaného užívání. Abstinence je výchozí podmínka léčby závislosti na alkoholu (Kalina a kol., 2003).

Ústavní léčba závislosti na alkoholu je realizovaná v lůžkovém zařízení některých psychiatrických léčeben či specializovaných oddělení psychiatrických nemocnic (Kalina

a kol., 2003). Základní pilíř ústavní léčby společně s farmakologickou léčbou, léčebným programem s režimem tvoří psychoterapie (Heller a kol., 2011). Terapeutický program lůžkových oddělení často využívá zásady terapeutické komunity. Střednědobé léčby vycházejí taky často z apolinářského modelu, léčba trvá 3 až 6 měsíců. Základem komplexního terapeutického programu je strukturovaná léčba. Se strukturou úzce souvisí i soubor nastavených pravidel – režim. Jednotlivé zařízení přikládají režimu různě velký význam. Cílem režimové léčby je schopnost přejít od vnějších pravidel a struktury daných terapeutů k pravidlům a struktuře vnitřní, které si dokáže pacient udržet sám (Kalina a spol. 2003).

Průběh léčby lze rozdělit do několika různě od sebe oddělených fází. Strukturován je i každý týden léčby, který je zajištěn vyváženým programem přesně stanoveným časovým rozvrhem stanovených aktivit. Základními činnostmi v rámci strukturovaného programu jsou psychoterapeutické skupiny (Kalina a spol., 2003). Efektivní program by měl pružně reagovat na skutečné potřeby klienta (Heller, 2011). Jedním z hlavních terapeutických cílů pacienta je získání náhledu, kdy je schopen začít realizovat důležité změny životního stylu a s tím související odhodlání pro abstinenci (Kalina a kol. 2003).

2.4 Oddělení 18D Psychiatrické nemocnice v Opavě

Oddělení 18D je otevřené oddělení s psychoterapeutickým programem a režimem zaměřeným pro léčbu závislosti na alkoholu u mužů. Kapacita oddělení je 25 pacientů. O pacienty se stará multidisciplinární tým – psychiatr, psycholog, 2 psychoterapeuti, sociální pracovníce, zdravotní sestry a nižší zdravotnický personál.

Na oddělení jsou pacienti překládáni z přijímacího oddělení 18A po absolvování detoxifikační léčby. Léčba je režimová, pacienti jsou vedeni k zodpovědnosti, samostatnosti, ostražitosti. Při nedodržení režimu dostávají upozornění - tzv. křížky, není zde klasický bodovací systém.

Psychoterapeutický program se uskutečňuje především na úrovni komunity, která je důležitým a účinným prvkem. Každý den v pracovním týdnu je zahájen ranní komunitou. V pátek probíhá hodnotící komunita.

Základním kamenem léčby je skupinová psychoterapie. Na oddělení pracují 2 psychoterapeutické skupiny. Po příchodu na oddělení jsou pacienti v „přípravné fázi“, připravují se na vstup do skupiny. Tato přípravná adaptační fáze trvá zhruba 14 dní, pacienti mají za úkol vypracovat písemně svůj životopis a obhajobu do skupiny. Pokud

jsou připraveni, musí přesvědčit skupinu o svých motivacích a cílech pro léčbu a pokud se jim to podaří, jsou přijati do skupiny a pokračují v léčbě. V rámci skupinových sezení každý člen v průběhu léčby vypráví svůj životní příběh.

K dalším aktivitám týdenního psychoterapeutického programu na oddělení patří – arteterapie, muzikoterapie, relaxace, hromadná psychoterapie, psychogymnastika. Je možnost i individuální terapie. K nepovinným aktivitám patří jóga a tvoření v keramické dílně. V programu je 1x týdně zařazeno sportovní odpoledne. Jsou realizovány také společné vycházky, výlety v rámci blízkého okolí.

Pravidelný kontakt mezi pacientem a terapeuty zajišťují deníky, které si pacienti píšou každý den. Poskytují prostor pro aktuální sebereflexi, pomáhají k lepšímu náhledu na vlastní situaci a problémy, umožňují sledovat vývoj názorů a stavu v průběhu léčby. Po propuštění mohou pacienti do něho nahlížet zpětně a připomenout si svůj pobyt v nemocnici.

Pacienti v průběhu léčby dostávají informace o problematice závislosti různými formami. Kromě skupinové psychoterapie probíhá každý týden přednáška lékařky, psychologa, biblioterapie. K dispozici mají i literaturu s problematikou závislostí v knihovničce na oddělení.

Velká pozornost je v rámci léčby věnována i následné léčbě, proto na oddělení dojíždějí pravidelně na besedy pracovníci z Modrého kříže, Domu pod Svahem v Havířově, Renarkonu Ostrava. V PN v Opavě 1x týdně probíhají setkání Anonymních alkoholiků, pacienti se jich mohou zúčastnit. Na besedy také přicházejí bývalí abstinující pacienti oddělení 18D, aby se podělili o své zkušenosti s abstinencí.

Oddělení 18D pořádá 1x měsíčně setkání s bývalými abstinujícími pacienty v kulturním domě PN Opava. Pro své abstinující bývalé pacienty oddělení pořádá rekondiční pobyty v Horních Holčovicích – 2 na jaře a 2 na podzim. Absolventi 18D více jak před 20 lety si sami začali organizovat výšlapy, které se konají po celý rok každý měsíc. Pacienti v léčbě se mohou těchto výšlapů taky zúčastnit. Pro abstinující bývalé pacienty oddělení v případě akutních krizových situací nabízí krátkodobé stabilizační hospitalizace. V rámci léčby je doporučován pohovor nejbližších příbuzných s psychologem oddělení.

2.5 Psychoterapie

Výraz psychoterapie pochází z řečtiny, skládá se ze dvou slov - "psyché" a "therapón". "Psyché" původně znamenala duši ve smyslu životní síly mající zdroj v sobě samé. "Therapón" byl služebník, průvodce a opatrovník bohů, "therapeuó" představuje sloužit, pečovat o někoho, v přesunutém významu i léčit (Vymětal, 2004). Psychoterapie je specializovaná činnost, metoda léčení anebo soubor léčebných metod, proces sociální interakce, záměrné ovlivňování (Kratochvíl, 2006). Vlastní psychoterapie je realizována jako záměrná, vědomá, strukturovaná a vědecky podložena interakce mezi terapeutem a pacientem (Vymětal, 2004).

Základní cíle psychoterapie dle Kratochvíla jsou:

- a) odstranění chorobných příznaků,
- b) reedukace, reorganizace, restrukturační, resocializace, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti (Kratochvíl, 2006).

Z pozice délky dělíme psychoterapii na:

- a) krátkodobou - nepřesáhne délku 3 měsíců (přibližně do 15 setkání),
- b) střednědobou - 3 až 6 měsíců (do 50 setkání),
- c) dlouhodobou - déle než 6 měsíců.

Z hlediska objektu, kdy objektem může být jedinec, psychoterapii dělíme na:

- a) individuální terapii,
- b) skupinovou terapii,
- c) terapii v rámci léčebného společenství (Vymětal a kol., 2004).

2.5.1 Psychoterapie u léčby závislosti

Základním terapeutickým nástrojem u léčby závislosti je skupinová psychoterapie. Účinek skupinové psychoterapie spočívá ve skupinové dynamice, která je tvořena interpersonálními vztahy a interakcí mezi členy skupiny v kontextu vnějších vlivů (Kalina a spol., 2003). Vanniceli (1995) uvádí, že skupinové terapie spojují dohromady klienty, které spojuje problém závislosti, což podporuje jejich koncentrovanost na úzdru. Ve skupině se může projevit, jak závislý funguje ve skutečném světě, což je možnost, jak na svých problémech může pracovat (Millerová.,G, 2011). Miovský a Bartošiková (2003)

uvádějí, že skupinová psychoterapie je vhodná v užším slova smyslu jen v určitých fázích léčby. Často jí předcházejí individuální práce s klientem. Právě individuální práce by měla klienta adekvátně připravit a motivovat pro skupinovou psychoterapii (Kalina a kol., 2019).

Skupinová psychoterapie nabízí:

- dostávání a poskytování podpory a zpětné vazby,
- zlepšení mezilidských vztahů a komunikace,
- experimentování s novým chováním ve vztahu k lidem,
- mluvení o pocitech upřímně a přímo,
- získávání vhledu do svých vlastních myšlenek, pocitů a chování a jejich pochopení,
- možnost pochopit myšlenky, pocity a chování druhých lidí,
- zlepšení sebedůvěry, sebehodnocení, sebeúcty,
- prodělání osobní změny v rámci skupiny s předpokladem, že přenesete to, co se naučíte, do života mimo skupinu (Yalom, 2007).

Mezi společné rysy skupinové psychoterapie se závislími na návykových látkách patří:

- větší strukturovanost – mnohdy terapeut přebírá větší iniciativu,
- využívání konfrontací – slouží k vytvoření náhledu cestou zpochybnění a rozbití dřívějších rizikových postojů klienta,
- emoční podpora – je důležitá hlavně na počátku, klientům trvá, než se začnou cítit ve skupině bezpečně,
- zvláštní charakter přenosů,
- vazba na skupinu – pacienti mají častěji tendenci se „navázat“, což může mít podobu závislosti na skupině, terapeutovi či léčebném zařízení,
- problém homogenity a heterogenity – skupiny závislých mají spíše charakter homogenních skupin, co se týká problematiky (Kalina a kol., 2019).

V oblasti léčby závislostí představují behaviorální a kognitivně-behaviorální přístupy dominantní přístup. Obecně lze říct, že cílem terapeutických přístupů je změna konkrétního chování, které brání nezávislému chování člověka. Změna může být na úrovni fyziologické, emocionální, kognitivní i motorické.

Cílem intervencí může být:

a) zmírnění intenzity, frekvence nebo trvání takového chování, které pacientovi způsobuje problém nebo jiným lidem,

b) vytvoření nových dovedností pacienta,

c) zvýšení intenzity, frekvence nebo trvání takového chování, které sice v repertoáru pacienta je, ale tím, že není dostatečně využíváno, působí problémy (Kalina a spol., 2003).

2.6 Psychoterapie jako proces

Psychoterapeutickým procesem rozumíme průběh psychoterapeutického dění v jeho obecné podobě. Můžeme hovořit o procesu v mnoha časových rovinách. Jako doba průběhu terapie bývá obvykle chápán časový úsek mezi prvním a posledním kontaktem mezi terapeutem a pacientem. V tomto rámci je možné jako psychoterapeutický proces označit všechny činnosti a prožitky pacienta a terapeuta, které probíhají v terapeutických hodinách, ale i mimo ně, pokud se vztahují přímo k účastníkům této interakce (Vymětal a kol., 2004).

Autoři Prochaska a Norcross uvádějí, že psychoterapie je v podstatě interpersonálním vztahem. Vznik pevného terapeutického spojení považují jako jednoho z hlavních činitelů ovlivňující úspěch psychoterapie. Na důležitosti vzniku pevného spojení se shodují mnozí psychoterapeuti různých psychoterapeutických směrů (Norcross, Prochaska., 1999). Terapeutický vztah je nositelem změny a změna je podstatou psychoterapie (Kalina a spol., 2013). Terapeut by měl umět navázat, udržet a ukončit terapeutický vztah. K důležitým složkám terapeutického vztahu patří přenosy a protipřenosy, reálný vztah dvou lidí a pracovní spojení (Kalina, 2008).

V práci s klienty trpícími závislostí je stále častěji zdůrazňován význam empatie terapeuta a jeho pozitivní vztah ke klientům. Necítí-li se klient akceptován, nechce přijmout pomoc nebo se jí může dokonce bránit. Více úspěchů vykazuje léčba založená

na dobré pracovní alianci bez obviňování, konfrontací a nálepkování klienta (Kalina a kol., 2003).

Terapeutický vztah vychází ze setkání dvou lidí, z nichž jeden nabízí pomoc, druhý pomoc vyhledává. Carl Rogers (cit. In Vymětal, 1996) popsal základní čtyři podmínky terapeutického vztahu:

- terapeut by měl být v jednání s klientem kongruentní, jednotlivé části jeho projevu by měly být ve vzájemném souladu,
- terapeut by měl být autentický,
- terapeut by měl klienta přijímat a oceňovat,
- terapeut musí být empatický (Kalina a kol., 2003).

Samotný psychoterapeutický proces můžeme rozdělit do několika fází:

- a) úvodní fáze – spojení,
- b) vlastní terapie,
- c) fáze ukončení,
- d) postterapeutická fáze (Vymětal a kol., 2004).

2.6.1 Fáze ukončení

Ukončení léčby často bývá velmi obtížné. Průběh zakončení je závislý na formě dohody o trvání terapie, délce terapie, důrazu, jaký je kladený na terapeutický vztah, výsledcích, kterých se v léčbě podařilo dosáhnout a také na osobnosti terapeuta a pacienta a subjektivním významu daného vztahu pro oba (Vymětal a kol., 2004). Závěrečná fáze může mít podobu jednoho sezení či může zahrnovat několik sezení (Maples a Walker, 2014).

Převážná část studií zabývající se závěrečnou fází terapie byla provedena v krátkodobé psychoterapii, 2 ve střednědobé psychoterapii. Výzkum ukončení se obecně zaměřuje na identifikaci chování a psychoterapeutických odpovědí na ukončení (Hardy, Woodhouse, 2021).

2.6.2 Načasování ukončení

Skutečnost, že terapie skončí, je nevyřčený předpoklad od samého začátku, ale kdy začíná ten konec? Kdo ho iniciuje? (Rabu a kol., 2013). Gelso a Woodhouse

definovali ukončení jako poslední fázi psychoterapie, kdy klient a terapeut vědomě či nevědomě pracují na ukončení léčby. Odhaduje se, že závěrečná fáze zabírá přibližně 17% délky terapie (Saidon, Shafran a Rafaeli, 2018). Způsob, jakým klient a terapeut ukončí společný vztah a práci, má velký vliv na další fungování klienta, zejména na to, zda bude využívat dovednosti a znalosti získané terapie v pozdějším životě (Gelso a Woodhouse, 2002). Je známo, že terapeutická aliance, zejména dohoda o terapeutických úkolech, má velký vliv na výsledek terapie (Westmacott a kol., 2010).

Klienti všeobecně předpokládají, že k řešení svých problémů je třeba méně sezení než to předpokládají jejich terapeuti, terapeuti mají tendence naopak délku léčby nadhodnocovat. Nesrovnalosti mezi klientem a terapeutem v odhadech důležitosti problému snižují také pravděpodobnost rozhodnutí o vzájemném ukončení. (Westmacott a kol., 2010). V závěrečné fázi je důležité podpořit psychologické ukončení, porozumět získaným zkušenostem a získat smysl pro orientaci v samostatném udržování zisků z léčby (Davis a Yiunggren., 2009).

V psychodynamicky zaměřené studii 40 % účastníků uvedlo, že terapie byla ukončena včas, 37 % skončila dřív než měla a 23 % skončila později, než měla. Je známo, že klienti, kteří skončili včas, byli spokojenější a měli více pozitivních pocitů (Roe a kol., 2006).

V kvalitativním výzkumu, kde bylo zkoumáno 12 procesů ukončení, kdy terapie byly upraveny potřebám klientů, v 11 případech byli iniciátory klienti, pouze v 1 případě ukončil terapii terapeut (Rabu, Binderb a Haavind., 2013).

Boyer a Hoffman uvádí 25 % ukončení na základě vnějších faktorů nebo rozhodnutím terapeuta (Boyer a Hoffman, 1993). Marx a Gelso (1987) uvádějí, že, většina klientů (67 %) oceňuje možnost debatovat o svých reakcích se svým terapeutem (Hardy a Wodhouse, 2021).

Studie dále sledovaly rozdílnost shod při ukončování terapie. Zjistili, že terapeuti a klienti mají sklon shodovat se na pozitivních důvodech ukončení (problém byl vyřešen nebo vylepšen 39 % klientů a 31 % terapeutů) a překážkami v léčbě (35 % klientů a 37 % terapeutů). Naopak pokud se pozornost zaměřila na ukončení v důsledku neúspěšné terapie, mezi klienty a terapeuty došlo k velmi malé shodě. Hunsley a kol. (1999) také potvrdili značnou rozdílnost mezi vnímáním ukončení terapie pro nespokojenost ze strany klienta a terapeuta (Westmacott a kol., 2010). Jiná studie uvádí velkou shodu při

ukončení zahájených terapeutem (95 %), případy zahájeny klientem by se mohly rozdělit na dohodnuté (49 %) a nesouhlasné (51 %) s ukončením terapie. Z analýzy vyplynuly důležité informace – ukončení iniciované terapeutem i dohodnuté ukončení představovaly více pozitivních motivů ukončení, lepší terapeutickou vazbu i celkově vyšší spokojenost s léčbou. Naopak jako konfliktní vnímali ukončení pouze klienti, kteří se rozhodli pro ukončení sami. (Olivera a kol., 2017).

2.6.3 Důvody ukončení

Důvody k odchodu z léčby se v různých studiích značně liší. Častými udávanými důvody ze strany klientů jsou:

- spokojenost s pokrokem v léčbě,
- nepřímé překážky (včetně vnějších jako je péče o děti, finanční bariéry),
- nespokojenost s terapií či terapeutem.

Z výzkumů vyplývá, že názory klientů a terapeutů na důvody ukončení terapie se mohou lišit (Westmacott a kol., 2010). Terapeuti častěji než klienti podpořili úspěch jako důvod ukončení (Todd, Deane a Bragdon, 2003). V případě shody o ukončení terapie ze strany terapeuta i klienta byla pozorována větší pracovní aliance než na začátku léčby, než v případě jednostranného ukončení ze strany klienta. Podobně jsou vnímány i překážky účasti na léčbě. Při vzájemné domluvě obou stran bylo pozorováno méně překážek v léčbě, více překážek léčby hlášených klienty a terapeuty je spojeno s jednostrannými rozhodnutími o ukončení (Westmacott a kol., 2010).

Ze závěrů výzkumů, které uvádějí Bhatie a Gelso, vyplývá, že 66 % klientů ukončilo terapii na základě vzájemné dohody, 24,5 % ukončení kvůli vnějším faktorům, 6,9 % pro rozhodnutí klienta, 1,3 % rozhodnutí terapeuta, 1,3 % pro ostatní důvody. Ve svých výzkumech uvádějí jako důvody ukončení rozhodnutí terapeuta, rozhodnutí klienta, vzájemná dohoda, vnější faktory nebo jiné důvody. (Bhatie a Gelso, 2017).

Kognitivně behaviorálně zaměřeni terapeuti uvádějí kritéria, kdy je klient připraven na ukončení terapie. Patří k nim:

1. snížení symptomů,
2. pokles symptomů, který je stabilní a udržuje se po dobu 8 týdnů,
3. snížení funkčního poškození,

4. využívání nových dovedností,

5. pocit hrdosti na nové dovednosti (Jacobson a kol., 2006).

U psychodynamicky a psychoanalyticky orientovaných terapeutů při ukončení psychoterapeutického procesu je kladen důraz taky na práci s přenosem a strukturální změny osobnosti (Delgado a Strawn, 2012, Curtis, 2002).

2.6.4 Obsah ukončení

Terapeuti často zápasí s určováním nejdůležitějších věcí, na které se mají v průběhu ukončení zaměřit. Marmarosh (2017) uvádí, že největší pozornost při ukončení se věnuje hodnocení léčby, plánům do budoucna, shrnutí pozitivních zisků a rozloučení (Marmarosh, 2017).

KBT terapeuti zdůrazňovali aspekt dosažených cílů terapie se zaměřením na současnost, budoucnost, shrnutí toho, co se klienti naučili a připravovali se na prevenci relapsů. Naproti tomu psychodynamicky orientované přístupy se věnovaly emocionální zkušenosti s ukončením a jeho podobnosti s jinými, dřívějšími ztrátami (Saidon, Shafran, a Rafaeli, 2018).

Při ukončování hraje roli taky spokojenost klienta. Bylo zjištěno, že ve spokojených případech se terapeuti a klienti vzájemně zapojili do ukončovacích aktivit. Naproti tomu v nespokojených případech zahájili terapeuti revizi terapie, klienti se aktivně nepodíleli (Shafran a kol., 2019).

Aktivity v průběhu ukončovací fáze lze shrnout:

- příprava na ukončení,
- zhodnocení terapie,
- reflexe pocitů na straně klienta i terapeuta,
- plány do budoucnosti (Rabu a kol., 2013).

2.6.5 Emoce a reflexe

Provedené výzkumy také popisovaly, jak závěrečnou fázi terapie prožívají terapeuti i klienti. Závěry výzkumů ukazují, že pozitivní emoce převažují nad negativními (Roe a kol., 2006).

Závěrečná fáze je významná nejen svým načasováním, ale právě i prožíváním intenzivních emocí. V kognitivní psychologii se mluví o efektu aktuálnosti, který charakterizuje schopnost člověka pamatovat si lepší položky, což je dobře použitelné právě pro konečnou fázi. Právě pozdější sezení často mohou zanechat obzvlášť silnou stopu v paměti pacienta. Možnost diskutovat, zpracovat a přijmout konec je vzácná příležitost pro obě strany, jak terapeuta, tak klienta. (Saidon, Shafran a Rafaeli, 2018).

Z výzkumů taky vyplynulo, že ztráta smysluplného vztahu je nejčastěji uváděna jako okolnost přispívající k negativním pocitům v průběhu ukončení. K prožívaným negativním pocitům patří deprese, úzkost a hněv (Roe a kol., 2006). Je důležité pomoci prožít klientům, kteří podstupují ukončení léčby, plně své emoce. Předpokládá se, že současné prožívané emoce se mohou propojovat s dřívějšími zkušenostmi z mezilidských vztahů (Saidon, Shafran a Rafaeli, 2018). Quintana popisuje model ukončení buď jako ztrátu nebo jako transformaci. Delší léčba má souvislost s pozitivními pocity. Mezi nejčastější objevující se pocity patří hrdost, dychtivost, radost, vděčnost, nezávislost (Roe a kol. 2006). Nejlépe hodnocenou reakcí byla hrdost (Hardy a Wodhouse, 2021). Právě pozitivní pocity se vyskytují mnohem více než negativní. Diskutuje se o významnosti pozitivních pocitů právě v závěrečné fázi. (Roe a kol., 2006). Klienti zmiňovali pocity úlevy, snížení obav z relapsu v případě, že jim terapeuti nabídli možnost se v případě potřeby kdykoliv vrátit (Rabu a Haavind, 2018).

Roe (2006) uvádí, že téměř polovina účastníků výzkumů zmiňovala dvě témata související s pozitivními pocity ukončení psychoterapie – ukončení jako získání nezávislosti a ukončení jako odraz pozitivních hledisek terapeutického vztahu (Roe a kol., 2006). Jiná studie vypovídající o zkušenostech pacientů naznačuje, že pozitivní terapeutické vztahy, pozitivní výsledek a diskuse s terapeutem přispívají k pozitivní zkušenosti s ukončením, zatímco smíšené terapeutické vztahy, smíšené výsledky způsobují náhlé ukončení a negativní zkušenost je pravděpodobnější (Fragkiadaki, E. and Strauss, S. M. 2012). U klientů vnímající ukončení jako normativní nebo pozitivní růstový proces lze ukončení považovat za rezonující s dřívější zkušeností s růstem a nezávislostí (Saidon, Shafran a Rafaeli, 2018).

Důležitou roli při ukončení hraje terapeut a terapeutická aliance. Klienti, kteří cítili od svého terapeuta dostatečnou podporu a povzbuzení při rozhodnutí o ukončení léčby uvádějí mnohem lepší zkušenost při ukončení. Naopak klienti, kteří nezažili dostatečnou podporu, prožívali negativní pocity z ukončení. K těmto pocitům také

přispělo, že neměli možnost zpracovat své pocity osamělosti, opuštěnosti, naštvanosti. Často měli pocit, že jejich léčba nebyla dokončena (Roe a kol., 2006).

2.6.6 Fáze ukončení u léčby závislosti

Ze studie, kterou realizovali Rouchalová, Roubal (2018) na protialkoholním oddělení v PN Brno vyplývá, že závěrečná fáze léčby je klíčový proces pro budování sebeúcty, který úzce souvisí s důvěrou ve vlastní schopnosti. Pacienti nabývají jisté úrovně stability, kdy získávají pocit, že jsou schopni zvládnout situace, do kterých se dostávají. To jim umožňuje ve vztahu k sobě vnímat a vyjadřovat pozitivní emoce. Vztah k sobě se v závěrečné fázi proměňuje, zotavuje. V této fázi se objevují nové cíle, které vycházejí z vnitřních potřeb a přání jedince. Pacienti mají nyní stabilní úroveň vlastní sebedůvěry. Postupně jsou více nadšení ohledně nových příležitostí a mají chuť je využívat. Sebedůvěra se stává vnitřním motorem, který pacienty pohání v jejich aktivitě (Rouchalová a Roubal, 2018). Je pozorováno, že pozitivní emoce se zvyšují v průběhu léčby u těch, kteří dokončili léčbu, vytrvání v léčbě je spojeno s nárůstem zkušeností s pozitivními emocemi jako je vděčnost, láska, hrdost, vyrovnanost, naděje (Flora a Stalikas, 2015).

Studie zkoumající interakce mezi atributy pacienta a terapeutickými intervencemi u léčby závislosti na alkoholu došla k závěru, že pacienti s vysokou emoční tísní dosáhli nejlepších výsledků, když se jejich léčba zaměřila na emoční zážitky, u pacientů s nízkou tísní byla pozorována opačná reakce (Karno, Beutler a Harword, 2002).

Autoři (Flores a Georgi, 2005) uvádějí, že v závěrečné fázi je pro klienta důležité si prožít i negativních emocí a jejich zpracování. Klienti by měli zvládnout konflikty, které ovládají jejich životy, předurčují je k maladaptivnímu chování a mohou ohrozit jejich abstinenci. Mělo by jim být umožněno zažít dostatek úzkostí a frustrace, aby odhalily destruktivní a maladaptivní vzorce a styly zvládání (Flores a Georgi, 2005).

Pokud ukončení terapie probíhá ve skupině, mohou u členů skupiny nastat silné emoce a zároveň obavy, jak dobře budou v podmínkách běžného života schopni uplatnit své zkušenosti ze skupiny. Mohou se objevit prvky ztráty a smutku (Millerová, 2011).

3 Praktická část

V praktické části bakalářské práce uvádím své výzkumné cíle a výzkumné otázky. Dále se věnuji metodologii výzkumu, sběru dat, jejich analýze a interpretaci. V diskusi se věnuji odpovědím na výzkumné otázky a zamyšlením nad výsledky výzkumného šetření.

3.1 Cíle výzkumu

Hlavní myšlenkou, která mě k realizaci výzkumu motivovala, byl zájem zjistit, jak prožívají závěrečnou fázi léčby pacienti oddělení 18D v Psychiatrické nemocnici v Opavě, co všechno toto prožívání může ovlivnit. Jaké emoce se nejčastěji objevují, jaké změny pozorují na sobě, o čem přemýšlejí a zda vnímají nastavenou délku tří měsíců léčby jako vyhovující.

Hlavní výzkumná otázka:

Jak prožívají klienti závěrečnou fázi léčby?

Doplňující výzkumné otázky:

Jaké prožívají emoce?

Jaké změny pozorují na sobě na konci léčby?

O čem přemýšlejí na konci léčby?

Je délka léčby pro ně vyhovující?

3.2 Metodologie výzkumu

Pro svůj výzkum jsem si vybrala formu kvalitativního přístupu. Data pro průzkum jsem sbírala formou polostrukturovaného rozhovoru. Samotný výzkum probíhal v období únor až květen 2021.

Polostrukturované interview je zřejmě vůbec nejrozšířenější podobou metody interview, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview. Polostrukturované interview vyžaduje oproti nestrukturovanému náročnější technickou přípravu. Vytváří se určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát (Miovisky, 2006).

Samotný rozhovor probíhal s klienty v závěrečné fázi léčby, kdy každý trval mezi 20-30 minutami.

Otázky, které jsem použila v rozhovoru:

1. Konec léčby měl vliv na nějaké vaše chování, ovlivnil Vás nějak blížící se konec?
2. Vnímáte nějaké změny na sobě?
3. Jaké emoce ve Vás vyvolává konec léčby?
4. Myslíte si o konci léčby, že je tak akorát?
5. Kdy jste si začal uvědomovat, že se blíží konec léčby?
6. Jaké to pro Vás bylo?
7. Objevilo se nějaké důležité téma pro Vás na konci?

Všechny rozhovory jsem nahrávala na diktafon, potom jsem je přepsala do wordu.

3.3 Etika výzkumu

Data byla sbírána v klidné terapeutické místnosti v soukromí. Vzhledem k tomu, že na tomto oddělení pracuji jako terapeut, snažila jsem se zůstat v roli výzkumníka, aby nedocházelo k souběhům rolí. Rozhovory jsem nahrávala na diktafon, na začátku každého rozhovoru jsem respondenty informovala o záměru své bakalářské práce, sdělila jsem jim, že informace od nich získané jsou zcela anonymní a budou využity zásadně pro účely této bakalářské práce. Byli informováni také o tom, že náš rozhovor mohou kdykoliv přerušit či ukončit, pokud nebudou chtít o něčem mluvit, nemusí informace sdílet. Vypracovala jsem písemně informace pro účastníka o provedeném výzkumu i text informovaného souhlasu, s nimiž jsem je seznámila a odkázala v rámci nahrávky (viz. Příloha č.1). Na základě těchto informací vyslovili klienti svůj souhlas do nahrávky. O svém výzkumu jsem informovala vedoucí pracovníky.

3.4 Výzkumný soubor

Výběrový soubor tvořilo 15 respondentů, kteří byli hospitalizováni v PN v Opavě na mužském protialkoholním oddělení 18 D, které se specializuje na léčbu závislosti na alkoholu. Výběr klientů jsem prováděla dle kritérií, která jsem si stanovila na počátku průzkumu. Výzkumu se zúčastnili pouze pacienti, kteří řádně ukončili celou léčbu. Rozhovor jsem provedla až předposlední den před propuštěním z léčby. Všech 15

respondentů, které jsem oslovila, se průzkumu účastnilo, nikdo neodmítl. Věkové rozmezí oslovených respondentů se pohybovalo od 29 do 61 let.

Tabulka č.1: Respondenti, věk, pohlaví, diagnóza a počet léčeb

Klient	Věk	Pohlaví	Diagnóza	Počet léčeb
R1	41	Muž	F 10.2 - syndrom závislosti na alkoholu	1
R2	46	Muž	F 10.2 - syndrom závislosti na alkoholu	1
R3	38	Muž	F 10.2 - syndrom závislosti na alkoholu	2
R4	61	Muž	F 10.2 - syndrom závislosti na alkoholu	1
R5	50	Muž	F 10.2 - syndrom závislosti na alkoholu	1
R6	29	Muž	F 10.2 - syndrom závislosti na alkoholu	1
R7	34	Muž	F 10.2 - syndrom závislosti na alkoholu	1
R8	45	Muž	F 10.2 - syndrom závislosti na alkoholu	1
R9	35	Muž	F 10.2 - syndrom závislosti na alkoholu	1
R10	42	Muž	F 10.2 - syndrom závislosti na alkoholu	2
R11	45	Muž	F 10.2 - syndrom závislosti na alkoholu	1
R12	52	Muž	F 10.2 - syndrom závislosti na alkoholu	1
R13	37	Muž	F 10.2 - syndrom závislosti na alkoholu	1
R14	40	Muž	F 10.2 - syndrom závislosti na alkoholu	2
R15	55	Muž	F 10.2 - syndrom závislosti na alkoholu	1

Respondenty jsem označila kódy R, vždy u každého kódu se nachází pořadové číslo.

3.5 Analýzy dat

V první fázi analýzy dat byla provedena technika otevřeného kódování založena na technice zakotvené teorii (Strauss a Corbin, 1999). Záznamy z rozhovorů identifikovaly významné jednotky související se stanovenými otázkami, které potom byly kategorizovány dle významu (Miovský, 2006).

Dále jsem pokračovala technikou axiálního kódování, kdy jsem přemýšlela nad příčinami a důsledky, podmínkami a interakcemi, strategiemi a procesy, tvořila jsem osu propojující jednotlivé kategorie. Následně jsem použila techniku selektivního kódování, kdy jsem získávala obraz o vztazích mezi různými kategoriemi (Hendl., 2016).

Identifikované kategorie jsem seskupila do 6 hlavních kategorií:

1. Myšlení,
2. Chování,

3. Emoce,
4. Délka léčby,
5. Vlastní uvědomění si blížícího se konce léčby,
6. Témata na konci léčby.

3.5.1 Myšlení

Tato kategorie popisuje myšlenky, které popisovali klienti na konci léčby, především na sebe, svoje zdraví a spokojený život po léčbě.

3.5.1.1 Změna náhledu

Psychoterapeutická léčba s sebou přináší i možnost zastavení se a přemýšlení nad sebou. Jedním z důležitých terapeutických cílů je změna náhledu u pacienta, kdy je schopen začít realizovat změny ve svém životě. Někteří si uvědomili ke konci léčby správnost svého rozhodnutí se jít léčit a abstinovat.

R1: „*velká změna je i to, že nad sebou hodně přemýšlím. Uvědomil jsem si, že je to fajn, že jsem se tady dostal, ze začátku jsem takový pocit neměl, nějak se mi to začalo v hlavě skládat, snad jsem pochopil i tu léčbu teď na konci, hodně věcí mi do sebe zapadalo, kvituji to s uznáním.*“

R9: „*mám pocit, že jsem teď na konci si poskládal načerpané informace, pomohly mi i skupiny a chlapi, kteří jsou tady na opakované léčbě, hodně jsem poslouchal a sbíral informace. Utvrdil jsem se v tom, že tady jsem správně.*“

R13: „*bral jsem to všechno teď víc vážně, беру to, že konec léčby je začátek něčeho nového. Odcházím nyní s tím uvědoměním, že alkohol mě přivedl do takových dimenzí, kdy jsem neviděl, nevnímal, nemyslel, bylo mi všechno jedno. Teď jsem si to na konci uvědomil a vím, že jdu do něčeho nového a můžu hodně udělat, abych dostal zpět svoji osobnost, kterou jsem míval, to, co jsem vždycky chtěl.*“

V průběhu léčby pacienti dostávají informace o problematice závislosti z více zdrojů. Jsou konfrontováni se svým pitím a životem, především na skupinových terapiích.

R10: „*dostal jsem hodně informací, pro mě bylo důležité, že z více zdrojů, tak mě to utvrdilo, že některé věci pravda budou. Třeba jak alkohol funguje, jak ovlivňuje životy.*“

Když třeba posloucháte životopisy, každý je jiný, ale ve výsledku tam najdete stejné věci, hlavně v době, kdy se to zlomilo v tom pití.“

R11: *nastupoval jsem tady, že nechci pít. Změna je v tom, že jsem se utvrdil ve svých názorech, v tom, co jsem věděl a bylo pro mě důležité, že jsem na to nebyl sám, že jsem mohl sdílet, byl jsem ochotný sdílet. Cítím, že jsem rezistentnější vůči démonu alkoholu.“*

Abstinence s sebou přináší i zlepšení sebedůvěry, sebehodnocení, sebeúcty, což může pomáhat udržovat si odhodlání pro abstinenci, k tomu pomáhá i dobrý náhled na sebe.

R2: *„cítím na sobě velké odhodlání abstinovat.“*

R8: *„je mi jedno, co ostatní říkají, ať si říkají, co chtějí, oni to časem pochopí, ale první jsem já.“*

R7: *„mám to nastavené tak, že nebudu pít, v tom si věřím. Hodně mi pomohlo, že tady byli i chlapi, kteří mají za sebou více léceb, mají zkušenosti s abstinencí i recidivami, hodně jsem je poslouchal.“*

3.5.1.2 Změny hodnot a životní styl

Pro abstinenci je důležité uvědomování si svých vlastních hodnot. V průběhu léčby se některým pacientům podařilo přehodnotit svůj pohled na svoje zdraví a uvědomili si jeho hodnotu.

R4: *„Změnily si mi hodnoty, pro mě je teď důležité zdraví a nepít, potom se může budovat až to ostatní, když nebude tohle, tak nebude ani to ostatní.“*

Ve střízlivosti byli schopni o sobě přemýšlet a uvědomili si škodlivost alkoholu na svoje zdraví. Mimo jiné si taky uvědomili, že v době, kdy pili alkohol, byly jejich priority odlišné než nyní ve střízlivosti.

R8: *„nejpodstatnější pro mě je pochopení vztahu alkohol a zdraví, protože jsem s tím docela hazardoval, zdraví je hodně důležité a od toho se vše odvíjí. Uvědomil jsem si, že sám sebe zabíjím, to pochopení bylo pro mě důležité“.*

R4: *„zklidnil jsem se, neřeším vnitřně věci, které se mě netýkají. Je mi daleko více jedno, co se děje uvnitř komunity. Ujednotil jsem si v hlavě, jak to chci a jak to bude po léčbě, a*

že se nad tím nemůžu zase moc trápit, že to stejně nevyřeším. Pro mě je teď důležité abstinovat a řešit si svůj zdravotní stav.“

Využívání volného času je důležité téma při léčbě závislostí. Pocity nudy, to, že si nevím rady se svým volným časem, někteří řešili právě pitím alkoholu. V průběhu léčby mají pacienti čas přemýšlet o vyplnění svého volného času po léčbě i o změně svého životního stylu. Právě kvalitní životní styl je pro závislé lidi důležitý.

R9: *„mám teď averzi na lidi, kteří pijou. Teď 100 % vím, že takový už nebudu, že nebudu nikde vysedávat, budu se alkoholu vyhýbat. Jsem rozhodnutý nepít. Jsem rozhodnutý měnit svůj životní styl a chci udělat změny ve svém životě, těším se na to.“*

R1: *„přemýšlím intenzivněji, jak vyplním svůj volný čas. Chci ho využívat smysluplněji než před léčbou, když jsem pil. Ovlivnilo mě to v tom smyslu, že si více vážím toho, že jsem na léčbě byl, nejsem na tom nyní moc finančně dobře, plánuji drobné výlety, přehodnotil jsem svůj žebříček hodnot. Není třeba jezdit na drahé dovolené, ale raději více malých výletů se synem.“*

R12: *„uvědomil jsem si, že přijdu domů a můžu si dělat věci, tak jak chci, podle sebe, že budu mít svobodu....“*

3.5.1.3 Rodina a vztahy

Dlouhodobá konzumace alkoholu má za následek taky narušení mezilidských vztahů, nejvíce mezi svými nejbližšími. Právě o tom, jak se chovali, když pili, mnozí přemýšleli.

R13: *„Vím, že jsem ublížil svým nejbližším, to si uvědomuji čím dál tím víc. Jsem rád, že jsem tady nastoupil na léčbu. Teď na konci jsem hodně rekapituloval, co bylo před léčbou, co na léčbě.“*

R8: *„Přišel jsem na to, že se odměnit dá jinak než alkoholem, že jsou daleko hezčí a užitečnější věci na světě. Asi bylo pro mě důležité si to teď tady zažít. Hodně mi pomohlo slyšet informace na skupinách a od lékařky, Myslel jsem na děti, ať je nezklamou, i když jsem rozvedený, ať se můžeme vídat a děti chtějí být se mnou, ať mě nezavrhnou. To je pro mě nejdůležitější, na tom mi hodně záleží.“*

Často jsou narušeny i partnerské vztahy. Psychoterapeutická léčba nabízí pacientům možnost nahlédnout na sebe a svoje chování vůči ostatním, když pili. Právě tato konfrontace může přispět i k porozumění reakcí okolí.

R5: „pochopil jsem, jak mě vidí partnerka, v tom vidím velkou změnu u sebe.“

R13: „vnímám na sobě změny, jak fyzické, tak i psychické. Změnila se komunikace s manželkou, pochopil jsem, že jsem dělal věci špatně, vnímám, že nejsem jen já, ale i mé nejbližší okolí, které ví, že jsem si něčím prošel, přejí mi to, drželi mi palce, vnímám to tak, že jsem hlavně udělal něco pro sebe.“

3.5.2 Chování

Tato kategorie popisuje změny chování, které zaregistrovali klienti na konci léčby.

3.5.2.1 Komunikace

Řeč je rozhodujícím prostředkem mezilidské komunikace. Alkohol některým pacientům v minulosti pomáhal v komunikaci a sdělování svých názorů, odstraňoval obavy, nejistoty. Někteří naopak pod vlivem alkoholu nemluvili. V průběhu léčby pacienti zjišťují, že jsou schopni komunikovat, daří se jim sdělovat to, co potřebují a jsou v komunikaci sebejistější.

R7: „vnímám na sobě, že nejsem tak uzavřený a jsem daleko více komunikativnější, umím se otevřít a říct to svoje jasně, konkrétně, slušně, nedržím si věci v sobě.“

R3: „cítím se sebevědomější, takový upřímnější, nebojím se mluvit, je mi líp. Cítím se nabíjet do toho života. Jsem plný energie, mám chuť žít, mám smysl života, mám rodinu, mám pro koho žít. Mám důvod nepít.“

R9: „ted' na konci léčby jsem se rozmluvil, více jsem se ptal, jsem více aktivnější.“

R8: „vrátila se mi sebejistota, nerozhodí mě to, co na začátku léčby. Umím jinak již reagovat na věci zvenku, už mě nerozhazují.“

R6: „cítím se i psychicky líp, zklidnil jsem se, zlepšila se mi hodně komunikace, jsem ted' schopný říct, co chci, co cítím.“

Komunikace může přinášet i možnost přemýšlení nad sebou. V průběhu jednoho rozhovoru si pacient až u povídání uvědomil, že se naučil být trpělivý.

R4: „naučil jsem se tady trpělivosti, přišel jsem na to, že všechno chce svůj čas, že se to nemusí projevit hned. To jsou věci, které si uvědomuji až teď, když o tom mluvím.“

3.5.2.2 Sebeovládání

Někteří pacienti uvádějí zlepšení ve svém sebeovládání. Dobré vnímání sebe a svého okolí umožňuje závislému rozpoznat blížící se nebezpečí, ať už toto nebezpečí přichází z vnitřního nebo vnějšího světa. Dobré sebeovládání může přispívat k udržování abstinence.

R5: „, šzil jsem se tady s prostředím, zlepšilo se mé sebeovládání, na některé věci jsem si zvykl a na ty, co jsem si nezvykl, tak jsem se naučil ovládat natolik, že jsem nedával najevo svoji nevěli. Zklidnil jsem se, umím řešit věci v klidu, tady vnímám, že jsem se hodně posunul. Když jsem se zklidnil, tak na konci si ke mně našli cestu lidé, od kterých bych to tady nečekal, se kterými jsem měl vztah odtažitý, tedy zlepšila se mi komunikace s lidmi, jsem více otevřený, změnilo se to, že se už neuzavírám.“

3.5.2.3 Změna svého přístupu k řešení problémů

Pro lidi závislé na alkoholu je mimo jiné taky typické odkládání problémů, vyhýbaní se nepříjemným situacím, což ve výsledku vede k hromadění problémů a to bylo zase pro mnohé spouštěčem k pití. Strategie řešení neodkládání problémů je pro závislé hodně důležitá.

R3: „dobře spím, líp mi to myslí, lépe naslouchám, soustředím se, řeším problémy hned, neodkládám je, pak je toho moc a už to nejde.“

3.5.3 Emoce

Alkohol dokáže uvolnit úzkost a stres, mění prožívání člověka. Klienti v psychoterapii mají často problémy s projevením svých emocí, to platí i u léčby závislosti na alkoholu. Jedním z cílů dobrého náhledu na sebe je umět uvědomit své prožívané emoce, umět je popsat i dále s nimi pracovat.

Závěrečná fáze léčby je významná i tím, že klienti prožívají intenzivní emoce. Klienti popisovali prožívání různých emocí, od pocitů radostí až po pocity marnosti, bezútěšnosti. Většina z nich uváděli i smutek z loučení se svými kolegy z léčby.

Velmi často se u mnohých pacientů pozitivní i negativní emoce prolínaly, na jedné straně se těšili domů, měli radost, že vše zvládli, na druhé straně se objevily pocity lítosti z loučení, strach, abych to všechno zvládl.

R3: „*těším se domů, ale zároveň mi tady bylo fajn, loučím se s lidma, se kterými jsem se seznámil, tak je mi to líto, že bych zůstal tady a byl bych i doma, mám na ty lidi kontakty, chci s nimi nějak zůstat ve spojení.*“

R3: „*těším se domů, ale zároveň se mi bude stýskat, budou mi chybět ti kluci, se kterými jsem si rozuměl. Těším se domů na rodinu, rodina se na mě taky těší, tak je to pro mě povzbuzující.*“

R9: „*když jsem si to uvědomil, že budu končit, přišel strach, ale i pocit štěstí, radosti, že jsem to dokončil zvládl, nastavil jsem si to v hlavě, jsem sám se sebou spokojený, věřím si.*“

R15: „*jsem natěšený domů, ale přiznám se, že zároveň jsem nervózní, že to bude jiné než tady. Snažím se to držet v sobě, nedávat to moc najevo, ale vnitřně to tak cítím. Nemám ani tak strach, co se týká alkoholu, ale spíše z toho, co bude doma, že to bude na začátku těžké. Mám obavy z toho, jak to všechno zvládnou.*“

Někteří mluvili o zvláštním momentu, který si uvědomují, kdy něco končí a zase nového začíná.

R10 „*je to takový zvláštní moment, že něco končí a něco zase začíná. Už se těším odsud, na druhou stranu jsem si tady zvykl a změny nemám moc rád. Možná jsem teď více roztěkaný, možná to souvisí i se změnami venku, co se teď kolem mě děje.*“

3.5.3.1 Pozitivní emoce

Z pozitivních emocí byla nejčastěji uváděna radost, hrdost, úleva.

Radost

Z pozitivních emocí převládal pocit radosti, těšení se domů, na nové začátky.

R1: „*těším se domů, už mám plno plánů na výlety.*“

R5: „*cítím příjemné pocity, spíše spojené s uvolněním. V posledních 14 dnech se směju, od srdce, cítím radost, to je pro mě velká změna. **Radost ze života.** To je pro mě velká změna.*“

R6: „*těším se domů, těším se, na práci kolem baráku, na děti. Věřím, že mě to nejkrásnější venku čeká. Zároveň mám radost, že jsem léčbu dotáhl do konce, že jsem to nevzdal, mám radost sám ze sebe, že jsem pochopil některé věci, co se týkalo mého pití v minulosti.*“
Jsem dojatý, když jsem se loučil na skupině, měl jsem slzy v očích, dojalo mě, co mi chlapi řekli.“

R9: „*vrátila se mi chuť sportovat, z toho mám radost. Jsem rád, že jsem léčbu dokončil, že jsem to nevzdal. Z toho mám taky radost.*“

R4: „*těším se domů, je to příjemně pozitivní, nemám strach z toho nejbližšího období po léčbě, protože nastupuji hned do nemocnice si řešit svoji zdravotní věc. Těším se domů, na dceru, celkově na lidi.*“

R12: „*připadám si, jako bych se vrátil do svých 16 let, kdy jsem nepil a to je skvělý stav, jako bych byl jiný člověk. Cítím se dobře.*“

R13: „*mám radost z toho, že dovedu být klidnější, cítím vnitřní pohodu, takový očistný pocit. Mám radost sám ze sebe, že jsem to zvládl.*“

Hrdost

Ke zvýšenému sebevědomí patří i hrdost na to, že jsem něco dokázal. Právě dokončení léčby pro někoho může být velkým úspěchem.

R7: „*Jsem tady dobrovolně a nestydím se za to. Naopak jsem hrdý, že jsem absolvoval celou léčbu.*“

Úleva

Někteří si na začátku léčby nevěřili, že jsou schopni léčbu dokončit. S blížícím se koncem přišla úleva, že to dokázali.

R1: „*byla to úleva, že jsem to zmačkl.*“

R2: „*mi se strašně ulevilo, to se nedá ani popsat, jak to bylo fajn, jak jsem fungoval, jak se mi dařilo, nad tím sem přemýšlel až tady a teď na konci si to hodně připomínám.*“

3.5.3.2 Negativní emoce

Mezi nejčastějšími negativními emocemi se objevoval strach, obavy. Obavy z toho, abych nezklamal, abych vše po léčbě zvládl. Objevila se i obava, komu říct, že jsem byl na léčbě

a taky obava z bažení. Většina pacientů uváděla i smutek z loučení se svými kolegy z léčby.

Strach, obavy

Z negativních emocí uváděli klienti nejčastěji pocity strachu a obav, především z budoucnosti, aby vše zvládli, co si na léčbě naplánovali. Především uváděli obavy:

- **abych nezklamal**

R1: „více si uvědomuji, jak se bojím, abych nezklamal. Vylekalo mě, když jsem se dozvěděl o kolezích, kteří tady byli a již pijí, o to více se bojím. Obavy, abych nezklamal.“

- **abych to vše po léčbě zvládl**

R2: „pozoroval jsem na sobě asi 14 dní před koncem, že jsem začal být napnutý z toho, co mě čeká venku, vím, že to tam nebude jednoduché, ale začíná mě přepadat strach, že tady to bylo všechno dané, ale teď na konci jsem hodně nervózní. Mám obavy z toho, že to venku nezvládnu, že nezvládnu své emoce po léčbě, musím na nich hodně pracovat.“

R9: „mám strach, jak budu reagovat na některé situace, abych nebyl protivný, zlý. Trochu mám strach z reakcí lidí z okolí a trochu i sám ze sebe, jak budu reagovat. Aby mě to časem neštvalo a neselhal jsem.“

R14: „mám obavy z toho, abych to doma zvládl, abych se nenapil. Nechtěl bych pokazit to, co jsem tady začal.“

U jednoho pacienta se objevil názor, že **strach je v pořádku**.

R9 „ mám strach, abych z té cesty, kterou jsem si tady nastavil a naplánoval, abych z ní neuhnul. Myslím si, že je v pořádku, že mám strach.“

- **komu říct, že jsem byl na léčbě**

R7: „Mám trochu obavy, komu můžu říct, že jsem byl tady na léčbě, komu ne, jak bude okolí reagovat. Sám nevím, to podle situace, buď to řeknu nebo ne.“

- **z bažení**

R2: „mám obrovský strach z bažení, protože jsem ho ještě nezažil.“

Smutek z loučení

V průběhu léčby pacienti navazovali nové přátelství se svými kolegy v léčbě a právě tato loučení v nich vyvolávaly pocity smutku, lítosti. Mnozí se loučili s nadějí, že budou v těchto vzniklých přátelstvích pokračovat i po léčbě.

R7: „přišlo mi to líto, že neuvidím ty chlapy, co jsem tady s nima, že se musíme rozloučit. Z toho je mi smutno, ale chci být s některými v kontaktu i po léčbě a na druhé straně už se na to těším, že něco bude pokračovat, bude mě zajímat, jak se mají. Cítím navázání nových přátelství a to je pro mě příjemné. Cítím se tu skoro jako doma.“

R10: „trochu je mi i líto, že tady opouštím tu partu, přece jen jsem si na ty kluky zvykl, ale věřím, že se třeba ještě uvidíme. Vzal jsem si na některé lidi kontakty, budu se snažit zůstat s nimi v kontaktu, nechce se mi úplně vypadnout z toho prostředí, tím nemyslím jen oddělení, ale i tu skupinu lidí. Alkoholika pochopí nejlépe druhý alkoholik. Nerad bych přišel o ty lidi a byl bych rád, kdyby to fungovalo i venku, občas se setkat, zavolat si.“

R12: „jsem smutný, s některýma chlapama jsem hodně blízko, cítím smutek z toho, že odcházím z něčeho dobrého, co jsem s nimi prožil, jsem z toho dojatý.“

Marnost, sklíčenost, bezútěšnost

Někteří díky pití přišli o své rodinné zázemí, vztahy jsou hodně narušeny a někdy se tyto narušené vztahy nepodaří v průběhu léčby zlepšit, potom je pacient konfrontován s realitou a může prožívat negativní pocity marnosti, sklíčenosti, bezútěšnosti.

R11: „řekl bych, že moje duševní rozpoložení se ke konci léčby zhoršilo, mám obavy z návratu do světa, který mi v tuto chvíli není příliš nakloněn, je to dáno tím, že se nemám moc na co těšit, čeká mě samota a další trápení kolem té reality. Díky svému pití jsem přišel o vztah, práci, nemám teď důvod se na něco těšit. Nemám žádné očekávání. Ty negativní pocity jsou pocit marnosti, sklíčenosti, jakési celkové bezútěšnosti.“

Nervozita

Jeden klient mluvil o své nervozitě, když přemýšlel nad svým volným časem.

R14: „přemýšlím nad tím, co bude, až odsud odejdu, to už minimálně týden. Přemýšlím, jaké to bude venku. Vracím se do stejného prostředí jak před léčbou, chci hodně věci změnit. Přemýšlím o svém volném čase, co budu dělat. Jsem z toho trochu nervózní,

trochu nejistý, protože tam venku to bude vše na mně, tady jsem uzavřený, ale venku bude strašně moc nástrah a musím to zvládnout sám.“

3.5.4 Délka léčby

Velké většině pacientů (12) vyhovovala délka 3 měsíců, tak jak je v současné době nastavena. Mnozí vyjadřovali spokojenost právě s touto délkou, v delší léčbě již neviděli smysl. A právě spokojenost je důležitý faktor při ukončování léčby. Délka léčby na oddělení 18D je tři měsíce.

3.5.4.1 Tříměsíční léčba

Dotazovaní pacienti uváděli několik důvodů, které je utvrdili ve správnosti délky 3 měsíců.

Spokojenost s délkou léčby pacienti zdůvodňovali tím, že se již začínají **opakovat témata**, hlavně ve skupině a již to nebylo pro ně přínosem:

R2: *„pro mě to bylo tak akorát. Důležitý byl pro mě vstup do skupiny, potom vyprávění životopisu, potom se již některé témata opakovaly...“*

R4: *„myslím si, že ta poslední část se už tak moc nemění, kdybych tady byl dýl, myslím si, že už by mi to už moc nedalo, takže ty 3 měsíce jsou tak akorát.“*

Někteří se již nebyli schopni v závěru léčby se na samotnou léčbu **soustředit**:

R3: *ten poslední týden se už vidím doma, cítím, že jsem připravený, že jsem si odnesl, co jsem potřeboval, ve skupinách se již témata začaly opakovat.“*

Rozhodující poslední měsíc

Někteří považovali právě poslední třetí měsíc léčby jako rozhodující v tom, že v něm nastaly ty nejdůležitější změny:

R5: *„myslím si, že měsíc nebo 2 jsou málo. Až ten poslední měsíc jsem se začal pozitivně naladovat, probral jsem, co jsem potřeboval.“*

R9: *„dříve určitě ne, ale ten konec mi dal opravdu nejvíc. Myslím si, že odcházím v ten správný čas. Že jsem si vše poskládal a můžu jít.“*

R11: *„myslím si, že je to přesně akorát, že ty tři měsíce mě zcela saturovaly, kdyby byla o polovinu kratší, bylo by to málo. Kdybych tady setrval déle než 3 měsíce, obávám se,*

že by to už bylo mlácení prázdné slámy, že už bych se dál nevyvíjel, je třeba poprat se už s tím sám.“

Většina se shodovala na tříměsíční léčbě, přesto jeden pacient, i když souhlasil s délkou léčby, bylo pro něho přijatelné přemýšlet i o prodloužení léčby.

R6: *„myslím si, že 3 měsíce jsou tak akorát. Nedělalo by mi to problémy i léčbu natáhnou.“*

T: *„co byste ještě potřeboval, na čem byste zapracoval?“*

R6: *„myslím si, že bych se ještě více zklidnil, asi bych pracoval na své sebejistotě.“*

Naopak 1 pacient, i když taky byl spokojen s délkou léčby, uvedl, že by si dovedl představit i její dřívější ukončení:

R7: *„je to tak akorát, ale nedělalo by mi to problém, kdybych skončil o 14 dní dříve. Jak už jsem měl po životopisu, jako by se to tady stoplo, už se omýlají stejné témata, měl jsem pocit, že už mi to tak nedávalo, že se to tady už hodně opakovalo.“*

3.5.4.2 Delší léčba

Dva pacienti se shodli v názoru, že by potřebovali delší léčbu, že sice budou odcházet, ale cítí potřebu ještě pokračovat.

R8: *„ten názor na délku se vyvíjel, poslední měsíc byl pro mě nekonečný, už jsem se těšil na konec, teď jsem to přehodnotil, ještě by to tak měsíc chtělo, jak ještě vypilovat některé myšlenky, srovnat.“*

T: *„Co byste piloval?“*

R8: *„jak přežít některé situace, abych nešáhl po flašce, asi ještě zlepšit sebejistotu, budu ještě chodit k psychologce, kde budu pilovat. Ale slyšet ty informace denně by bylo pro mě přínosnější.“*

R10: *„za mě bych tady klidně zůstal i dýl, ale myslím si, že jsem už blízko tomu, že bych začal říkat, že mi to tu už nic nedává. Doted' pociťuji, že mi to dává, ale stále miň, že už se to stále víc opakuje. Za mě bych si to tak o dva týdny prodloužil, maximálně měsíc.“*

3.5.4.3 Kratší léčba

Pouze 1 pacient by uvažoval o kratší léčbě, svůj názor zdůvodnil:

R1: „zkrátil bych léčbu o 14 dní, ale za to zintenzivnil...“

Jeden pacient byl spokojen s délkou léčby, ale dovedl si představit i její dřívější ukončení:

R7: „je to tak akorát, ale nedělalo by mi to problém, kdybych skončil o 14 dní dříve. Jak už jsem měl po životopisu, jako by se to tady stoplo, už se omýlají stejné témata, měl jsem pocit, že už mi to tak nedávalo, že se to tady už hodně opakovalo.“

3.5.5 Vlastní uvědomění si blížícího konce léčby

V rozhovorech byli pacienti dotazováni i na to, kdy si začali uvědomovat, že se opravdu již blíží konec léčby. Byly uváděny různé časové období a taky různé impulsy, které přispěly k uvědomění si, že léčba končí.

Nejvíce pacientů uvádělo jako časové období posledních 14 dní a poslední týden. Dva uvedli měsíc, jeden tři týdny.

3.5.5.1 Týden

Pro některé byl důležitým impulsem pro to, aby si uvědomili, že se blíží konec léčby, samotný léčebný program.

R14: „asi ten poslední týden, začal jsem si uvědomovat, že to jsou poslední terapie, že už na další nebudu, tak mi to nějak došlo, že se to blíží.“

R9: „nejvíce mi to docvaklo asi, když jsem psal zhodnocení léčby, tak asi poslední týden.“

Někdo se již plně nesoustředil na léčbu a spíše již přemítal o budoucnosti.

R12: „týden před koncem, jako by utlo a už jsem byl rozumově někde jinde. Přiznám se, že jsem se léčbě věnoval v posledním týdnu tak na 50 %, zbytek už jsem byl hlavou někde jinde...“

Pro někoho to byla naopak mobilizace sil.

R10: „asi poslední týden. Pořád jsem jel, pomáhal jsem ostatním klukům, plnil jsem si povinnosti a najednou si říkám, už bude konec a ještě mám tolik věcí dodělat, musím stíhat.“

3.5.5.2 14 dní až měsíc

R3: „to je tak 14 dní zpátky, že jsem začal přemýšlet, že už se to blíží, když se loučili kluci, co přicházeli skoro zároveň se mnou.“

R5: „asi 14 dní před koncem. To mi taky došlo, že jsem tady a proč tady jsem. Všechny zásadní změny proběhly v tom časovém horizontu.“

R8: „asi 14 dní před koncem mi došlo, že už je to blízko.“

R13: „uvědomuji si to posledních 14 dní. Snažil jsem se zapojovat až do konce, jedu pořád stejně. Myslím si, že mě to uvědomění nijak neovlivnilo.“

R15: „asi 3 týdny zpátky jsem začal myslet a uvědomil si, že se to blíží.“

R7: „uvědomil jsem si to po odříkání svého životopisu, necelý měsíc zpátky.“

3.5.5.3 Včera

Někdo neřešil blížící se konec léčby vůbec.

R6: „Uvědomil jsem si to včera, když jsem se loučil na skupině. To jsem si uvědomil nejistotu, že nevím, jestli se mám kam vrátit, pořád nevím, co mě čeká.“

3.5.6 Témata na konci léčby

V poslední fázi léčby se u některých pacientů objevila témata, která považovali za důležitá a měli potřebu je řešit.

3.5.6.1 Antabus

Dva pacienti uvedli jako důležité své rozhodnutí pro braní Antabusu. O Antabusu pacienti získávají informace v průběhu celé léčby, mohou v průběhu léčby absolvovat antabusový test a brát Antabus po léčbě v ambulanci pro podporu své abstinence.

R1: „tři dny před koncem léčby jsem se rozhodl pro Antabus po léčbě, v tom vidím u sebe velký posun, hodně jsem to přehodnotil. Ze začátku jsem ho odmítal, ale teď do toho chci jít. Cítím větší odhodlanost pro abstinenci po léčbě, chci to podpořit Antabusem“

R15: „*hodně jsem řešil v hlavě Antabus, chtěl jsem se ještě více o něm dozvědět a vyřešit si to v sobě, nakonec jsem rozhodl, že ho chci brát, už jsem si to vytelefonoval se svým psychiatrem a domluvili jsme se na první schůzce hned po léčbě.*“

Mezi dotazovanými byl i opačný názor:

R9: „*v posledním týdnu jsem se utvrdil ve svém rozhodnutí, že Antabus nepotřebuji, že to zvládnou bez něho, že jsem dostatečně odhodlaný.*“

3.5.6.2 Přehodnocení

Někteří lidé potřebují na změnu svých názorů a postojů více času. Závěrečná fáze byla pro některé pacienty důležitá i v otevření svých témat a díky tomu někteří přehodnotili své dosavadní názory a postoje.

Jeden pacient změnil na konci léčby svůj názor na **kontrolované pití**, o kterém v průběhu léčby přemýšlel.

R1: „*moc bych chtěl, aby mi v hlavě zůstalo, co pro mě bylo tady důležité, hlavně to, že nejde pít kontrolovaně, to jsem si ještě do poloviny léčby myslel...*“

A zároveň tento pacient přehodnotil taky svůj **žebříček hodnot**, upravil si pro sebe životní priority.

R1: „*přehodnotil jsem si některé věci pro sebe. Že se nemusím za každou cenu honit, je možné se radovat i z malých věcí a v klidu. Je pro mě důležité radovat se z malých každodenních věcí.*“

Někteří přemýšleli o svém návratu do svého stávajícího **zaměstnání**, zda je vhodné se tam vracet.

Návrat do zaměstnání je pro pacienty důležité téma v tom, že teď ve střízlivosti vnímají a prožívají věci, které jim před tím nedocházeli a mohou mít obavy, zda zvládnout abstinenci v prostředí, kde na ně můžou působit negativní vlivy.

R3: „*Hodně jsem přemýšlel, jak to bude v práci, aby mě to zase neseMLElo, práce mě baví, ale je tam plno negativních vlivů, přiznám se, že jsem před tím o tom vůbec nepřemýšlel, co bude v práci, ale myslím, že to chlapi vezmou normálně, že jsem se léčil.*“

Pro některé se až v samotném závěru léčby objevily témata přípravy a **plánování** budoucnosti.

R12: „týden před koncem, jako by utlo a už jsem rozumově někde jinde, začal jsem více přemýšlet nad tím, co bude po léčbě, co naopak nebude. Nepotřeboval jsem nic zařizovat, spíše jsem si pro sebe organizoval život. Dělal jsem si plány, jak to bude, hlavně jak budu trávit volný čas.“

R5: „v posledních 14 dnech jsem začal řešit praktické věci, které potřebuji, aby fungovaly, až budu doma, začal jsem se více starat, plánovat.“

R10: „v posledním týdnu jsem si uvědomil, že pořád někomu pomáhám, plním si své povinnosti a najednou si říkám, že je konec a já ještě mám tolik věcí dodělat. Musel jsem zredukovat věci, které jsem dělal a zaměřil se na sebe a konec léčby, přetřídil jsem priority, co je pro mě teď aktuálně důležité. Zorganizoval odjezd a vše, co k tomu patří.“

3.5.6.3 Nová partnerka

Někteří pacienti uvažují o navázání nového partnerského vztahu a s tím řeší i to, zda nové partnerce říct, že byl na léčbě či nikoliv.

R7: „co se týká nové partnerky, nevím, zda říct, že jsem se léčil a nepiju nebo neříct, v tom mi pomohli chlapi, co jsou už tady vícekrát, hodně jsem je poslouchal, jejich zkušenosti.“

3.5.6.4 Průběžná práce s tématy

Naopak jeden pacient mluvil o tom, že si svoje témata řešil průběžně celou léčbu a už se mu žádné neobjevilo.

R4: „nad svými tématy jsem přemýšlel od začátku léčby a měl jsem je pořešené, vím, do čeho jdu, co mě čeká, mám ve svých věcech jasno. Jsem teď dost jistý v kramflekcích, psychicky v pohodě“.

4 Diskuze

Problematika ukončovací fáze je důležité téma, protože způsob a forma ukončení může ovlivnit další fungování klienta, přesto je v současné literatuře a prováděných výzkumech právě tomuto procesu věnovaná malá pozornost. Nejenom způsob ukončení, ale i dobré načasování má vliv na celkovou terapii. Někdy dochází k rozporům mezi představou délky terapie mezi klientem a terapeutem. Důležitý je i obsah ukončení. Např. Marmarosh (2017) uvádí, že největší pozornost při ukončení se věnuje hodnocení léčby, plánům do budoucna, shrnutí pozitivních zisků a rozloučení (Marmarosch, 2017).

Ve své výzkumné části své bakalářské práce jsem zkoumala rozhovory s klienty aktuálně hospitalizovaných v PN Opava na protialkoholním oddělení, kteří absolvovali celou tříměsíční léčbu. Cílem bylo zjistit, jak klienti prožívají závěrečnou fázi léčby, jaké emoce prožívají, jaké změny na sobě pozorují, nad čím přemýšlejí. Dalším cílem bylo zjistit, zda nastavená délka léčby na tomto oddělení je pro ně vyhovující.

Jaké změny na sobě pozorují?

Všichni oslovení pacienti pozorovali na sobě na konci léčby nějaké změny, hlavně v myšlení a chování.

V oblasti myšlení často zmiňovali, že vnímají změnu ve svém přemýšlení právě na konci léčby. Někteří viděli i velkou změnu u sebe právě v tom, že vůbec nad sebou přemýšlejí, což když pili, nedělali, bylo jim vše jedno. Z některých odpovědí bylo cítit velké odhodlání pro abstinenci, ke kterému jim pomohla léčba. K velkému odhodlání pro abstinenci patřily i změny hodnot. Především to byly hodnoty zaměřené na svoje zdraví a abstinenci. Z některých odpovědí vyplynulo, že přemýšlejí o změně životního stylu po léčbě, někteří již začali sportovat a chtěli by v tom pokračovat i po léčbě. Objevilo se i uvědomění si vlastní svobody po propuštění z léčby, že si můžou dělat, co chci. Jeden klient mluvit o důležitosti potvrzení svých názorů v průběhu léčby, jelikož již před nástupem na léčbu byl rozhodnutý abstinovat, léčba ho v tom utvrdila. Pro některé bylo důležité získávání informací v průběhu léčby, především o své závislosti. Kvitovali to, že mohli dostávat informace z více zdrojů a potom s nimi pracovali, přemýšleli o nich. Někteří zmiňovali své blízké, jak o nich přemýšleli, jak jim ublížili a jak jim nechtějí ublížit znovu a zklamat je. Jeden pacient mluvil o tom, že konečně pochopil chování jeho partnerky vůči němu a v tom právě cítil u sebe velkou změnu.

Někteří klienti měli přemýšlení o sobě spojené i s prožíváním emocí. Klient přemýšlející, co bude dělat ve svém volném čase, přiznal pocity nervozity. Jiný zmiňoval pocity obav, když přemýšlel o tom, aby to všechno po léčbě zvládl. Jeden klient popisoval pocity strachu, štěstí i radosti, když si uvědomil, že bude končit.

V oblasti chování nejčastěji zmiňovali změny ve své komunikaci, spojené s větší sebejistotou říct to svoje jasně, konkrétně, slušně. Důležité bylo taky to, že již nedrží věci v sobě a mluví o nich. Někteří mluvili o svém větším sebevědomí a chuti do života, o zlepšení sebeovládání. Zlepšení komunikace taky přispělo k lepším vztahům s lidmi. Jeden klient považoval za důležité, že se naučil řešit problémy hned a neodkládat je, tak jak to dělal v minulosti, když pil. Mnozí klienti mluvili o tom, jak se zklidnili v průběhu léčby a vnímali to jako pozitivní změnu ve svém chování.

Ve studii, kterou realizovali Rouchalová, Roubal, je zřetelné, že závěrečná fáze je klíčový proces pro budování sebeúcty, sebedůvěry, změny vztahu k sobě, větší odhodlání. Objevují se cíle zaměřené na vnitřní potřeby a přání jedince. (Rochalová, Roubal, 2018).

Cílem psychoterapie je změna, ať už se týká osobnosti, sebepojetí, vztahů nebo postojů a chování (Kalina., 2013).

V mém provedeném výzkumu někteří klienti mluvili o svém velkém odhodlání abstinovat, o změně svých hodnot, které byly zaměřeny především na sebe, svoje zdraví a abstinenci a s tím i související změnou životního stylu. O své sebejistotě mluvili především v souvislosti se zlepšením své komunikace, říkat si svoje věci a nedržet v sobě. Mnozí mluvili o svém větším sebevědomí a chuti do života. Většina se zmiňovala, jak se těší domů, na rodinu, děti a vůbec lidi.

Jaké prožívají emoce?

Z pozitivních emocí byla nejvíce uváděna radost, hrdost, úleva. K pocitům radosti klienti uváděli pocit radosti sám ze sebe, radost ze života, radost, že jsem dotáhnul léčbu do konce. Většina klientů uváděla, jak se těší domů, na rodinu, děti, lidi kolem sebe, na život po léčbě. Mezi pozitivními pocity se objevil pocit hrdosti, že jsem ukončil léčbu. Někteří klienti s koncem léčby pociťovali pocit úlevy, že se jim podařilo léčbu dovést až do konce.

Z negativních emocí byli nejvíce zmiňovány pocity strachu a obav. Obavy z toho, aby nezklamali, obavy z toho, zda to po léčbě všechno zvládnou. Jeden klient uvedl, že vnímá, že má strach a to je v pořádku. Strach mu může pomáhat na jeho nastavené cestě. Objevil se taky strach z bažení a obavy z toho, komu říct, že jsem byl na protialkoholní léčbě. K dalším negativním emocím byly často uváděny pocity smutku v souvislosti s loučením. Bylo to hlavně v souvislosti s tím, že v průběhu léčby navázali nová přátelství a zažívají smutek z loučení. Někteří věří tomu, že zůstanou v kontaktu. Jeden klient mluvil o zhoršení svého duševního rozpoložení na konci léčby spojené s pocity marnosti, sklíčenosti, bezútěšnosti. Do konce léčby věřil, že ho rodina přijme zpět a nevyšlo to. U převážné většiny klientů se pozitivní i negativní pocity navzájem prolínaly.

Závěry publikovaných výzkumů ukazují, že pozitivní emoce převažují nad negativními (Roe a kol., 2006), což v mé výzkumné části nevyšlo úplně jednoznačně, pozitivní i negativní pocity se u převážné většiny klientů prolínaly. Jako nejčastější okolnost přispívající k negativním pocitům je uváděna ztráta smysluplného vztahu (Roe a kol., 2006), což se mi potvrdilo. Většina pacientů zmiňovala svůj smutek, lítost, že opouští své kolegy z léčby, se kterými mnozí navázali přátelské vztahy. K prožívaným negativním emocím uváděných ve výzkumech patří deprese, úzkost a hněv (Roe a kol. 2006). Většina klientů mluvila o svých pocitech obav, strachu z toho, jak to zvládnou, měli obavy, aby neselhali, nezklamali. Jeden klient mluvil o svých pocitech marnosti, sklíčenosti, bezútěšnosti.

Mezi nejčastější pozitivní emoce se v různých studiích sledujících ukončení terapie jako nejčastější uvádějí hrdost, dychtivost, radost, vděčnost, nezávislost (Roe a kol., 2006). Účastníci mého výzkumu nejčastěji uváděli pocity radosti, těšení se domů, byly zmíněny i pocity hrdosti a úlevy. Klienti uváděli i pocit svobody, který na ně čeká po ukončení léčby, že si již mohou dělat, co chtějí, byli si vědomi získání své nezávislosti.

Negativní i pozitivní emoce uváděné ve výzkumech odpovídaly emocím, které prožívali pacienti v závěrečné fázi léčby.

Je délka léčby vyhovující?

Většině klientů nastavená délka 3 měsíců vyhovovala. Měli pocit, že odcházejí ve správnou dobu, že další pokračování by již nebylo pro ně přínosem. Zmiňovali, že se začínají opakovat témata ve skupině. Jeden pacient mluvil o své nesoustředěnosti, že už

byl myšlenkami doma a nebyl schopen se plně soustředit na léčbu. Naopak někteří mluvili o důležitosti posledního měsíce léčby, který byl pro ně rozhodující, kdy se pozitivně naladřovali a poskládali si pro sebe to nejdůležitější z celé léčby. Jeden pacient, i když souhlasil se stanovenou délkou, by si dokázal představit i prodloužení, potřeboval by se ještě zklidnit a zapracovat na sebejistotě. Naopak jeden pacient si dokázal představit i kratší léčbu o 14 dní, zdůvodňoval to tím, že posledních 14 dní mu již nic nového v léčbě nepřinášelo. Dva pacienti se shodli na tom, že by jim vyhovovala delší léčba, tak o měsíc, kdy by ještě pracovali na své sebejistotě. Jeden pacient byl pro kratší délku léčby, ale s tím, že by léčba byla daleko intenzivnější.

K samotné délce léčby bylo důležité i konkrétní uvědomění si klienta, že se blíží konec léčby. Většina klientů zmiňovala, že si tuto skutečnost uvědomili posledních 14 dní a poslední týden. Dva klienti uvedli měsíc před koncem, jeden 3 týdny před koncem. Jeden klient blížící se konec terapie neřešil vůbec, došlo mu to až při loučení na skupině. To, že se blíží konec léčby, byla pro některé úleva, že to zvládli.

V ukončovací fázi popisované sledovanými klienty se objevily protichůdné názory, pro některé byla poslední fáze ta nejdůležitější, z ní nejvíce čerpali a dělali zásadní rozhodnutí. Naopak někteří cítili již pocit stagnace, kdy měli pocit, že jim léčba nic nedává. Jsou typy klientů, co mají problémy s ukončením a pak na konci stagnují.

V psychodynamicky zaměřené studii 40 % účastníků uvedlo, že terapie byla ukončena včas, 37 % skončila dříve než měla a 23 % skončila později, než měla (Roe a kol., 2006). Z výsledků mého výzkumu vyplývá, že se stanovenou délkou léčby byla spokojena většina klientů. Výsledky neodpovídají zmiňované studii, ale lze to předpokládat vzhledem k malému počtu respondentů.

Nad čím přemýšlejí?

Na konci léčby se u některých objevila ještě nová témata. Tři pacienti přemýšleli nad užíváním Antabusu po léčbě, dva se rozhodli pro, jeden naopak se utvrdil ve svém rozhodnutí, že Antabus užívat nechce. Některým se na konci léčby podařilo změnit některé svoje názory, postoje. Jeden klient mluvil o svém utvrzení, že kontrolované pití alkoholu neexistuje, což si až do poloviny léčby myslel. Tento klient zároveň si na konci léčby přehodnotil i svůj žebříček hodnot, kdy chce raději více malých každodenních

radostí než jednu velkou. K dalším tématům na konci léčby patřilo plánování budoucnosti.

Některá probíraná témata byla spojena i s emocemi. Klient, který se zaobíral svým návratem do zaměstnání, mluvil o svých obavách, jaké to bude. Klient, který musel přehodnotit svůj návrat domů, protože celou léčbu žil s představou, že se bude vracet zpět, mluvil o svých pocitech marnosti, že to nemůže změnit. Pro někoho bylo uvědomění si konce léčby impulsem, aby si konečně začal řešit svoje záležitosti a zaměřil se na plánování budoucnosti. Jeden pacient mluvil o tom, že si své témata řešil průběžně a na konci se již žádné neobjevily. Pro jednoho pacienta bylo na konci léčby důležité téma, jestli říct nové partnerce, že se léčil a nepije.

Studie uvádějící aktivity v ukončovací fázi shrnuly tyto aktivity na přípravu na ukončení, zhodnocení terapie, reflexe pocitů a plány do budoucnosti (Rabu a kol., 2013).

Z mého výzkumu vyplývá, že v závěrečné fázi se připravovali klienti na své ukončení léčby především plánováním a organizováním aktivit po léčbě včetně svého životního stylu. Někteří v závěrečné fázi udělali důležité rozhodnutí – rozhodnutí pro užívání Antabusu, přehodnocení svých hodnot. Závěrečný proces provázely emoce, jak pozitivní, tak i negativní. Pro mnohé byl důležitým impulsem v přípravě na ukončení vlastní uvědomění si toho, že se léčba blíží ke konci. Reflektovali si taky svoji léčbu, za důležité považovali pacienti dostatek informací o své závislosti a práci s těmito informacemi, hodnotili své změny, ať už v oblasti chování, myšlení či emocí.

Odhaduje se, že závěrečná fáze představuje zhruba 17 % délky terapie (Saidon a kol., 2018), což odpovídá v mém výzkumu u klientů, kteří si uvědomili konec léčby 14 dní před koncem.

Cíle mé práce byly naplněny, podařilo se mi prozkoumat, jak prožívají závěrečnou fázi léčby klienti končící léčbu na odd. 18D v PN Opava. Podařilo se mi zmapovat jejich emoce, změny v chování a myšlení, nad čím přemýšlejí i to, jestli nastavená délka léčby je pro ně vyhovující.

Výzkum jsem realizovala na svém pracovišti ve známém prostředí, což byla pro mě výhoda. Rozhovory s klienty jsem prováděla poslední den před propuštěním, chtěla jsem, aby se již rozloučili ve skupině, aby si prošli všemi terapiemi až do konce. Na druhé straně je možné, že právě loučení ve skupině mohlo ovlivnit jejich myšlení, emoce. Snažila jsem si dávat pozor při rozhovorech s klienty, abych nesklouzávala do pozice

terapeuta, ve které mě znají, aby potom rozhovory nešly jiným směrem, než byl záměr. Což jsem někdy u sebe pozorovala, že jsem měla tendence se ptát i na jiné otázky, nesouvisející s výzkumem, jelikož jsem znala průběh jejich léčby i jejich životní příběhy. Myslím si, že se mi dařilo držet se v roli výzkumníka.

Jako důležité téma, které se tady objevilo, považuji komunikaci. Právě v psychoterapii je komunikace stěžejním bodem práce. Většina klientů mluvila o svém zlepšení komunikace, díky tomu, když lépe komunikovali, se zlepšil i jejich vztah k lidem, mělo to vliv i na jejich sebevědomí, sebejistotu. V průběhu výzkumu se stalo, že až při probíhajícím rozhovoru si klient uvědomil svoji změnu na sobě, tím, jak o tom mluvil a zároveň přemýšlel. Klienti byli schopni mluvit o svých emocích, o svém prožívání, což považuji za důležité právě v práci se závislými klienty, kdy je pro ně důležité dobře vnímat sebe i okolí a může právě závislým klientům pomoci rozpoznat blížící se nebezpečí (Nešpor, 2011).

Jako problém se mi ukázalo při vyhodnocování délky léčby, že klienti, kteří vyjádřili potřebu delší léčby, si nebyli schopni o to říct oficiálně a hledat s psychoterapeutickým týmem nějaké alternativy pro sebe v chráněném prostředí. Vzhledem k tomu, že na tomto oddělení pracuji, vidím zde naše rezervy v přístupu v oblasti individuálních potřeb klienta.

V ukončovací fázi popisované sledovanými klienty se objevily protichůdné názory, pro některé byla poslední fáze ta nejdůležitější, z ní nejvíce čerpali a dělali zásadní rozhodnutí. Naopak někteří cítili již pocit stagnace, kdy měli pocit, že jim léčba již mnoho nedává. Otázka, proč jim to již nic nedávalo, je pro mě zajímavá. Proč někdo je schopen čerpat a využít čas až do konce léčby a někdo stagnuje, je otázka, které by mohla být věnována větší pozornost a mohla být podrobněji prozkoumána v dalším výzkumu. Je to i užitečný impuls pro moji práci na oddělení.

Závěrečná fáze bylo pro mě zajímavé téma, kdy jsem se na ni mohla podívat a prozkoumat z jiné strany, než jsem zvyklá v pozici terapeuta. Práce nad tímto výzkumem mě přinutila přemýšlet, zda v rámci nastaveného programu na oddělení věnujeme této fázi dostatečnou pozornost a co by se mohlo případně změnit, zlepšit. Jako důležité vidím pro sebe ještě více se zaměřit na individuální potřeby klienta a podporovat ho v obhajování si svých důležitých témat.

Otázkou zůstává objektivnost dosažených výsledků. Vzhledem k tomu, že v průběhu celé léčby jsem s klienty pracovala na oddělení jako psychoterapeut, mohlo ve výzkumu dojít k tomu, že nemuseli všichni klienti odpovídat objektivně. Lze předpokládat, že některý klient mohl mít potřebu se zavděčit a odpovídal tak, jak předpokládal, že se od něho žádá, takže je potřeba uvažovat i o možnosti, že výsledky výzkumu mohou být zkreslené.

5 Závěr

Cíle výzkumu byly naplněny, byly zodpovězeny všechny otázky výzkumu. Závěrečná fáze léčby je propojena s různými emocemi, jak pozitivními, tak negativními. Všichni dotazovaní klienti na konci léčby pozorovali na sobě nějaké změny v různých oblastech – chování, myšlení, prožívání. Důležitým faktorem pro změny byla komunikace, většina klientů mluvila o zlepšení komunikace na konci léčby a s tím zlepšení v prožívání, myšlení, chování.

Převážná většina klientů byla spokojena se stanovenou délkou léčby, odpovídala jejich potřebám. Přesto se našli i klienti, kteří nebyli spokojeni s délkou své léčby a potřebovali ji prodloužit, ale neudělali žádný krok k tomu, aby něco změnili.

Pro některé klienty byla závěrečná fáze léčby rozhodující, uváděli, že v ní nejvíce načerpali a udělali nejvíce zásadních změn. Na druhé straně někteří naopak uváděli, že právě v závěrečné fázi stagnovali, již nic nenačerpali.

Nepotvrdila se spokojenost klientů s délkou léčby ve srovnání s výzkumem v psychodynamické terapii, jedním z možností rozdílných výsledků je i rozdílný počet sledovaných klientů.

Seznam použité literatury

1. Bhati, A., a Gelso, C.J. (2017). The termination phase: Therapists perspective on the therapeutic relationship and outcome. *Psychotherapy*, 54(1), 76
2. Boyer, S.P., a Hoffman, M.A. (1993), Counselor affective reactions to termination impact of counselor loss history and perceived client sensitivity to loss. Dostupné z https://www.researchgate.net/publication/232527022_
3. Curtis, R. (2002). Termination from a psychoanalytic perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(3), 350.
4. Davis, D., a Yiunggren, N., J. (2009), Ethical competence in psychotherapy termination. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/232528725>
5. Delgado, S.V., a Strawn, J.R. (2012). Termination of psychodynamic psychotherapy with adolescents: A review and contemporary perspective. *Bulletin Of The Menninger Clinic*, 76(1), 21-52.
6. Flora, K. a Stalikas, A. (2015). Positive emotions and addiction. Dostupné z: <http://hephaestus.nup.ac.cy/handle/11728/9630>
7. Flores, J.P. a Georgi, M.J. (2005). Substance Abuse Treatment: Group Therapy. Dostupné z: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED491570.pdf>
8. Fragkiadaki, E., a Strauss, S.M. (2012). Termination of psychotherapy: The journey of 10 psychoanalytic and psychodynamic therapists. *Psychology a Psychotherapy: Theory, Research a Practice*. 85(3), 335-350
9. Hardy, J. a Woodhouse, S., S. (2021). How we say goodbye. *Research on psychotherapy termination*. Dostupné z: <https://societyforpsychotherapy.org/say-goodbye-research-psychotherapy-termination/>
10. Heller, J., a kol. (2011). *Pavučina závislosti*. Praha: Togga
11. Hendl, J. (2010). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál
12. Jacobson, J.L., Brown, S.J., Gordon, H.K. a Hoiner, E.T. (2006). When Are Clients Ready to Terminate. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1077722907000296>
13. Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. Praha: Grada
14. Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada
15. Kalina, K. a kol. (2019). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada
16. Kalina a spol. (2003). *Drogy a drogové závislosti*. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/742/drogy_a_drog_zavislosti

17. Karno, P.M., Beutler, E.L. a Harwood, M.T. (2002). Interactions between psychotherapy procedures and patient attributes that predict alcohol treatment effectiveness: A preliminary report. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030646030100209X>
18. Kratochvíl, S. (2006) Základy psychoterapie. Praha: Portál
19. Maples, J.L., a Walker, R.L. (2014). Consolidation rather than termination: Rethinking how psychologists label and conceptualize the final phase of psychological treatment. Professional Psychology: Research and Practice, 45(2), 104
20. Marmarosh, L. Cheri. (2017). Fostering engagement during termination: Applying attachment theory and research. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/314271696>
21. Millerová, G. (2011). Adiktologické poradenství. Praha: Galény
22. Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha, Czechia: Grada
23. Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Fidesová, H., Vopravil, J. 2020. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 (2019). Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecich-drog-v-ceske-republice-v-roce-2019/>
24. Nešpor, K., Csémy, L. (1996). Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi. Praha: Psychiatrické centrum
25. Norcross, J.C., Prochaska, J.O., (1999). Psychoterapeutické systémy. Praha: Grada Publishing.
26. Olivera, J, Challú, L., Gómez Penedo, J.M., a Roussos, A. (2017). Client-therapist agreement in the termination process and its association with therapeutic relationship. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/314269309_Client-therapist_agreement_in_the_termination_process_and_its_association_with_therapeutic_relationship
27. Raboch, J., Pavlovský, P. (2020). Psychiatrie. Praha: Karolinum
28. Rabu, M., Binderb, P.-E., a Haavind, H. (2013). Negotiating ending: A qualitative study of the process of ending psychotherapy. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/271992687>
29. Rabu, M., a Haavind, H. (2018). Coming to terms: Client subjective experience of ending psychotherapy. Counselling Psychology Quarterly, 31(2), 223-242

30. Roe, D., Dekel, R., Harel, G., Fennig, S., a Fennigs., S. (2006). Clients feelings durin termination of psychodynamically oriented psychotherapy. Bulletin Of The Minninger Clinic, 70(1), 68-81.
31. Rouchalová, K. a Roubal, J. (2018). Vývoj závazku k celoživotní abstinenci u pacientů během odvykací léčby závislosti na alkoholu: zakotvená teorie. Psychoterapie, 12(3), 202-218
32. Saidon, S., H. Shafran, N., a Rafaeli., E. (2018). Teach Them How to Say Goodbye: The CMRA Model for Treatment Endings. Dostupné z :https://www.researchgate.net/publication/326857151_Teach_Them_How_to_Say_Goodbye_The_CMRA_Model_for_Treatment_Endings
33. Shafran, N., Kline, K., Marks, E., Gupta, S., Pinto-Coelho, K.G., Kanazawa, Y., a Hill, C.E. (2019). The final session of psychodynamic psychotherapy for satisfied and unsatisfied client who initiate the end of treatment. Counselling Psychology Quarterly, 1-15.
34. Strauss, A., Corbin, J. (1999). Základy kvalitativního výzkumu. Boskovice: Albert
35. Todd, D.M., Deane, F.P., a Bragdon, R.A. (2003). Client and therapist reasons for termination: A conceptualization and preliminary validation. Journal of Clinical Psychology, 59(1), 133-147.
36. Vymětal, J. a kol. (2004). Obecná psychoterapie. Praha: Grada
37. Westmacott, R., Hunsley, J., Best, M., Rumstein-McKean, O., a Schindler, D. (2010). Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: A comparison between unilateral and mutual terminators. Psychotherapy Research, 20(4), 423-435
38. Yalom, D.I., Leszcz, M. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. 2007. Praha: Portál

Seznam příloh

Příloha 1: Informovaný souhlas

Příloha 1: Informovaný souhlas

Název projektu: **Bakalářská práce**

Jak prožívají závěrečnou fázi léčby klienti na mužském protialkoholním oddělení v PN Opava?

Řešitel: **Hana Riemlová**
studentka oboru Adiktologie, 1. LF UK Praha

Souhlasím se svou účastí ve výzkumu: Jak prožívají závěrečnou fázi léčby klienti na mužském protialkoholním oddělení v PN Opava?

Byl jsem informován o studii, dobře ji rozumím a souhlasím:

- účasti ve výzkumu,
- nahrávkou interview.

Obdržel jsem písemnou informaci pro účastníka výzkumu. Tazatel mi dále odpověděl na všechny moje otázky ohledně realizace výzkumu a zapojení mé osoby srozumitelně a dostatečně podrobně.

Svůj souhlas s účastí ve studii dávám dobrovolně. Víím, že svůj souhlas mohu kdykoliv zrušit bez udání důvodů, a že mi z toho nevznikne žádná újma.

Beru na vědomí, že informace, které sdělím tazateli, budou uchovány, zpracovány a publikovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Byl jsem informován, že se žádostí o získání dalších podrobností o studii se mohu obrátit na vedoucího projektu PhDr. Petru Vondráčkovou Ph.D. na e-mail: vondrackovapetraa@gmail.com. Beru na vědomí, že Etické kolegium se nezabývá anonymními podněty.

