

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**

Studijní obor: **Adiktologie**



Michala Wolfová

Závěrečná fáze terapie/poradenství u adiktologických klientů

Termination phase in psychotherapy/counselling with addictology clients

Bakalářská práce

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

PRAHA

2022

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, 27. 4. 2022

MICHALA WOLFOVÁ

Identifikační záznam:

WOLFOVÁ, Michala. *Závěrečná fáze terapie/poradenství u adiktologických klientů. [Termination phase in psychotherapy/counselling with addictology clients]*. Praha, 2022. 45 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce PhDr. Petra Vondráčková, Ph.D.

Poděkování

Chtěla bych poděkovat mé rodině za podporu po celou dobu studia. Děkuji také vedoucí této práce PhDr. Petře Vondráčkové, Ph.D. za vstřícnost, trpělivost a za cenné rady při zpracování této práce. Poděkování patří také respondentům, kteří se účastnili výzkumu.

ABSTRAKT

Východiska: Závěrečná fáze terapie/poradenství je vyvrcholením terapeutického procesu a pokud se provede pečlivě, může klientovi pomoci upevnit své zisky z léčby. V odborné literatuře není toto téma příliš prozkoumáno, zejména v oblasti adiktologie.

Cíle: Cílem výzkumu bylo zmapování toho, jak probíhá závěrečná fáze terapie/poradenství v individuální adiktologické léčbě z perspektivy terapeutů/poradců. Dále zjistit, jak k ní přistupují, jaký jí přiřkládají význam a jakou roli zde hraje terapeutický vztah. Cílem také bylo odhalit, jaká témata se vynořují v závěru léčby a jaké emoce v této fázi prožívají klienti a terapeuti.

Metody: Data byla sesbírána pomocí kvalitativní výzkumné metody zakotvené teorie. Výzkumu se zúčastnilo 6 ambulantních terapeutů/poradců pracujících s adiktologickými klienty, se kterými byly provedeny polostrukturované rozhovory.

Výsledky: Terapeuti/poradci přistupují k závěrečné fázi léčby s adiktologickým klientem pokaždé individuálně, přesto byly identifikovány indikátory připravenosti klienta k ukončení, které mohou být různé. Identifikovány byly také některé metody, které terapeuti/poradci používají a bylo přiblíženo, jak dlouho tato fáze může trvat. Úspěšné případy ukončení vycházejí většinou ze vzájemného souladu mezi klientem a terapeutem/poradcem bez ohledu na to, kdo z nich ukončení iniciuje. V této fázi vyvstávají pro adiktologickou klientelu některá specifická témata. Terapeuti a klienti v závěru prožívají pozitivní, negativní ale i smíšené emoce. Bylo zjištěno, že s některými adiktologickými klienty může být ukončení léčby komplikovanější.

Závěr: Díky rozhovorům s terapeuty/poradci byl získán ucelený pohled na závěrečnou fázi terapie/poradenství s adiktologickými klienty od začátku po konec.

Klíčová slova: psychoterapie, ukončení psychoterapie, závěrečná fáze, adiktologická léčba, perspektiva terapeuta

ABSTRACT

Background: The final phase of therapy/counselling is the culmination of the therapeutic process and, if done carefully, can help clients consolidate the benefits of treatment. This topic is not well researched in the literature, especially in the field of addiction medicine.

Objectives: The objective of the research was to map how the final phase of therapy/counselling in individual addiction treatment is conducted, from the perspective of therapists/counsellors. Furthermore, to find out how they approach it, what importance they attach to it and what role the therapeutic relationship plays. The objective was also to discover what topics emerge at the end of treatment and what emotions clients and therapists experience at this stage.

Methods: Data were collected using a grounded theory qualitative research method. Six outpatient therapists/counsellors working with addicted clients participated in the research and were interviewed in semi-structured interviews.

Results: Therapists/counsellors approach to the final phase of treatment with an addicted client individually each time, yet indicators of client readiness for termination were identified and may vary. Some of the methods that therapists/counsellors use were also identified and the duration of this phase was indicated. Successful cases of termination are usually based on mutual compliance between client and therapist/counsellor, regardless of who initiates the termination. Some specific issues arise for addicted clients at this stage. Therapists and clients experience positive, negative but also mixed emotions at the end. It has been noted that with some addicted clients, termination can be more complicated.

Conclusion: Through interviews with therapists/counsellors, a comprehensive view of the final phase of therapy/counselling with addicted clients from beginning to end was obtained.

Keywords: psychotherapy, psychotherapy termination, termination phase, addiction treatment, therapist's perspective

Obsah

Úvod.....	8
1 Psychoterapie.....	9
1.1 Co je to psychoterapie?	9
1.1.1 Definice.....	9
1.1.2 Cíle.....	9
1.1.3 Hlavní proudy současné psychoterapie.....	9
1.1.4 Poradenství a psychoterapie.....	10
1.2 Psychoterapeutický vztah.....	10
1.2.1 Přenos a protipřenos.....	10
1.2.2 Reálný vztah	11
1.2.3 Pracovní aliance	12
1.3 Psychoterapie s adiktologickými klienty	12
1.3.1 Proč psychoterapie s adiktologickými klienty?	12
1.3.2 Nejčastější terapeutické metody	12
2 Psychoterapeutický proces	14
2.1 Úvodní fáze psychoterapie	14
2.2 Vlastní terapie	14
2.3 Závěrečná fáze terapie/poradenství.....	15
2.3.1 Obecná podoba závěrečné fáze.....	15
2.3.2 Připravenost k ukončení.....	15
2.3.3 Kdo by měl terapii ukončit?.....	15
2.3.4 Konkrétní náplň závěrečných sezení	17
2.3.5 Čas v závěrečné fázi terapie.....	17
2.3.6 Emoce a terapeutický vztah	18
2.3.7 Ztráta.....	18
2.3.8 Protrahované terapie	19
2.3.9 Předčasné ukončení.....	19
3 Metodologie výzkumu.....	20
3.1 Cíl práce a výzkumné otázky	20
3.2 Metody a průběh sběru dat.....	20
3.3 Výzkumný soubor	21
3.4 Metody analýzy dat.....	22
3.5 Etika výzkumu	22

4	Výsledky.....	23
4.1	Vnímání závěrečné fáze terapie/poradenství	23
4.1.1	Vymezení	23
4.1.2	Časově ohraničené a neohraničené terapie	23
4.2	Indikátory	24
4.2.1	Indikátory připravenosti klienta.....	24
4.2.2	Nepřipravenost klienta.....	25
4.3	Terapeutická práce v závěrečné fázi terapie/poradenství.....	25
4.3.1	Metody	25
4.3.2	Délka	27
4.3.3	Iniciativa	28
4.3.4	Soulad	29
4.4	Témata závěrečné fáze terapie/poradenství	30
4.4.1	Rozloučení	30
4.4.2	Adiktologická témata	30
4.5	Emoce.....	31
4.5.1	Emoce terapeuta.....	32
4.5.2	Emoce klienta	33
4.6	Komplikovanější ukončení.....	34
4.6.1	Psychické poruchy	34
4.6.2	Tendence být závislý na vztazích	34
4.6.3	Málo sociálních kontaktů.....	35
5	Diskuze	36
6	Závěr.....	41
7	Použitá literatura.....	42
8	Přílohy	44
8.1	Otázky k rozhovoru.....	44
8.2	Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa	45

Úvod

Závěrečná fáze terapie/poradenství je poslední fází terapeutického procesu a u každého klienta vždy probíhá trochu jinak. Téma jsem si vybrala z toho důvodu, že tato fáze představuje jakési vyvrcholení celého procesu, a proto je potřeba se zabývat tím, jak vlastně probíhá a jak ji vnímají obě strany, které se jí účastní – klient a terapeut. Po teoretické rešerši jsem také zjistila, že existují zahraniční výzkumy na téma závěrečná fáze terapie/poradenství, ale nezaměřují se přímo na adiktologickou klientelu. V české literatuře se výzkumy touto oblastí nezabývají téměř vůbec.

Teoretická část práce nejdříve vysvětluje důležité pojmy z oblasti poradenství a psychoterapie, a to samozřejmě i adiktologické, které je potřeba přiblížit pro lepší vhled do tohoto tématu. V další části je přiblížena obecná podoba samotné závěrečné fáze terapie a dále některá zahraniční výzkumná zjištění na toto téma.

Praktická část byla realizována pomocí polostrukturovaných rozhovorů s šesti pracovníky ambulantních adiktologických zařízení. Analýza dat poskytla ucelený pohled na závěrečnou fázi terapie/poradenství, na proces od samého začátku až po konec. Zahrnuje tedy to, jak jednotliví terapeuti závěrečnou fázi s klienty vnímají, jaké používají metody, které pomáhají klientům závěr terapeutického procesu lépe zvládat a jak v této fázi obvykle vypadá vývoj vztahu mezi klientem a terapeutem. Identifikovány byly také indikátory, podle kterých terapeuti poznají, že už se konec blíží, a podle čeho se řídí. Dále je v této části popsáno, jaká témata v závěru léčby vyvstávají jak pro klienty, tak pro terapeuty. Dále je zde přiblíženo, jaké emoce v této fázi prožívají terapeuti a jaký je jejich pohled na to, jaké emoce zase prožívají klienti. V závěru praktické části je popsáno, se kterými adiktologickými klienty je komplikovanější zvládnání závěrečné fáze.

1 Psychoterapie

Tato kapitola se zabývá přiblížením psychoterapie v obecné rovině. Psychoterapie může mít více definic, různí autoři ji popisují trochu jinak. Popsán je i rozdíl mezi psychoterapií a poradenstvím. Dále je také přiblížen psychoterapeutický vztah, který patří mezi základní kameny psychoterapie, a je zde také popsána psychoterapie s adiktologickými klienty.

1.1 Co je to psychoterapie?

1.1.1 Definice

Psychoterapie je léčebná činnost, která má podobu setkávání dvou lidí, a to psychoterapeuta, který pomoc nabízí, a klienta, který o pomoc žádá. Důležitá je osobnost terapeuta, který využívá svých dovedností a schopností vytvořit a udržovat vztah, který má podpůrný charakter, dále umí vést rozhovor a používá techniky (Vybíral & Roubal, 2010). Jedná se o interakci vědomou, záměrnou, strukturovanou a vědecky podloženou, která se uskutečňuje díky psychologickým prostředkům, které mají komunikační a vztahovou povahu (Vymětal a kol., 2004).

1.1.2 Cíle

Psychoterapie má usnadnit klientům navození žádoucích změn či přímo změny vyvolat (Vymětal a kol., 2004). Konkrétněji jde o klientovo poznání, nový pohled na život a na sebe sama. Důležité je také zvládnutí emocí, osvojení si dovedností a schopností, které pomáhají řešit každodenní situace, a klient se tak může cítit stabilněji a spokojeněji. To vše má tedy obecně pomoci k odstranění či zmírnění symptomů a někdy dochází také k nalezení příčiny. Všech těchto cílů může klient v kontextu terapeutického vztahu dosáhnout pomocí účinných faktorů psychoterapie jako je např. sebeexplorace, konfrontace s problémy, dosažení náhledu či korektivní emoční zkušenost. Tyto faktory tedy vedou ke změnám v prožívání a chování klienta (Kratochvíl, 2012).

1.1.3 Hlavní proudy současné psychoterapie

Neexistuje jednotná teorie psychoterapie. Různé psychoterapeutické školy mají svá vysvětlení, včetně mechanismů pro původ psychických poruch. Mají také své metody a také terminologii (Kratochvíl, 2012).

Mezi hlavní psychoterapeutické směry současné psychoterapie řadíme dle Vybírala & Roubala (2010) následující:

- Psychodynamická psychoterapie
- Psychoanalýza a psychoanalytická psychoterapie
- Na osobu zaměřená a prožitková psychoterapie
- Gestalt terapie
- Kognitivně behaviorální terapie

- Rodinná terapie
- Systemická terapie
- Integrace v psychoterapii

1.1.4 Poradenství a psychoterapie

Obecně neexistuje ostrá hranice mezi poradenstvím a psychoterapií (Kalina, 2013). Přesto lze mezi těmito činnostmi nalézt rozdíly. Psychoterapie zachází více „do hloubky“, psychoterapeut pomáhá klientovi v objevování jeho mysli. Poradenství klade důraz na vyřešení určité situace, či její zlepšení, poradce také častěji poskytuje klientovi rady. Bývá také předem časově vymezené (Vybíral & Roubal, 2010).

1.2 Psychoterapeutický vztah

Vymětal (2003) popisuje psychoterapeutický vztah takto: *„Psychoterapeutický vztah je zvláštním případem meziosobního vztahu a základem jak prostředí, kde se pomocí různých psychologických postupů člověk mění, tak v některých případech i vlastním prostředkem změny.“*

Obecně se rozlišují tři složky terapeutického vztahu. Tyto složky ale nepůsobí odděleně. Jedná se o přenos a protipřenos, reálný vztah a pracovní alianci (Gelso & Carter, 1994 cit. dle Kaliny a kol. 2015).

1.2.1 Přenos a protipřenos

„Přenos je zvláštním afektivně zabarveným vztahem pacienta k terapeutovi“ (Kratochvíl, 2012). Jedná se o jev, který poprvé popsal Sigmund Freud, při němž se v kontaktu s terapeutem klientovi opakují minulé životní vztahy, dochází k přenesení emočních vzorců na terapeuta. Může jít o vztahy s rodiči ale i s jinými osobami (Zeig, 2005).

Protipřenosem se rozumí terapeutovy reakce na klienta, které mohou být vyvolány klientem, ale i vnitřními procesy samotného terapeuta (Vybíral & Roubal, 2010). Existují dva přístupy k protipřenosu, prvním z nich je tzv. klasický přístup, kdy se jedná o terapeutovu nevědomou reakci na pacienta. Terapeutova možná psychopatologie, která zde vyvstane jako reakce na klientovy potíže, zde může působit jako překážka léčby. Druhým typem je přístup celostní, při němž je terapeutova reakce na klienta vědomá i nevědomá. Ten může být i velmi přínosný, protože může v rámci interakce s klientem dojít k identifikaci terapeuta s klientem, a to přináší cenné informace (Vymětal a kol., 2004).

Přenos a protipřenos v adiktologii

U adiktologických klientů jsou tyto jevy časté, ale někdy mohou být také nesrozumitelné. Příčinou těchto nejasností nebývají klientovy konflikty z minulosti, ale aktuální vnitřní nastavení klienta, jeho rozpory a obranné mechanismy. Mezi tyto jevy můžeme zařadit např. externalizaci, kdy se klient brání uvědomění si vlastních rozporů, a tak jejich část přikládá terapeutovi. Tento proces se navenek projeví jako interpersonální konflikt mezi klientem a

terapeutem. Ze strany terapeuta je dobré toto akceptovat, a to hlavně na začátku, musí se ale dodržovat pravidla. Jinak je zde riziko znesnadnění rozvoje terapeutického vztahu (Kalina a kol., 2008). Konkrétněji může přenos nastat např. v situaci, kdy klient zrelapsuje a začne obviňovat poradce, že mu málo pomáhá s udržení abstinence (Millerová, 2011).

Protipřenos v terapii s adiktologickými klienty, může vycházet např. z nedostatečně zpracovaného tématu vlastního užívání návykových látek ze strany terapeuta (Kalina a kol., 2008). Z důvodu časté komorbidity s poruchami osobnosti, jsou někdy adiktologičtí klienti považováni za komplikovanou klientelu, protože tyto poruchy se mohou projevovat konfliktností. Terapeuti mohou někdy při práci s nimi pociťovat vztek, beznaděj apod. (Kalina a kol., 2015).

1.2.2 Reálný vztah

Reálný vztah mezi terapeutem a klientem je zkrátka to, jak se tyto dvě strany navzájem reálně vnímají a jaké vůči sobě ve skutečnosti vysílají signály a jak je vykládají. Jde o to, aby tento reálný aspekt v terapeutickém vztahu na konci terapie převažoval (Vymětal a kol., 2004). Carl Rogers popsal, jakými vlastnostmi by měl terapeut disponovat a co by měl do vztahu s klientem přinášet. Terapeutovy projevy by podle něj měly být v souladu, jak verbálním, tak neverbálním. Dále by měl být terapeut autentický, ovšem v rámci profesionálního, terapeutického vztahu, měl by klienta akceptovat takového, jaký je, což ale neznamená, že souhlasí se vším, co klient dělá. V neposlední řadě by měl být empatický (Kalina a kol., 2008).

Některé prvky tohoto vztahu vycházejí z běžného života, které dobře známe. Jedná se například o vztahy přátelské a vztahy rodič a dítě. V rámci funkčního přátelství se totiž cítíme být přijímáni, panuje v něm otevřenost, upřímnost a respekt. Přátelství by také mělo být nezištné. Od psychoterapeutického vztahu se ale samozřejmě liší v několika aspektech. Co se týče podobnosti s rodičovským vztahem ze strany terapeuta, zde je velmi důležitá zmíněná akceptace klienta, která je podobná té mateřské vůči dítěti. Terapeut přijímá klienta takového, jaký je. Otcovský faktor je poté zastoupen ve formě autority, kterou terapeut představuje. Jedná se ovšem o autoritu podporující a spolehlivou, a klienta zároveň respektující, což pomáhá zmírňovat nerovnost, která by se mezi ním a autoritou – terapeutem mohla vytvořit (Vymětal, 2003). Existují otázky ohledně sebeodhalení terapeuta. Je pravděpodobné, že by se mohlo jednat o aspekt užitečný, avšak měl by opravdu sloužit např. k ujištění klienta, neměl by sloužit ke konfrontacím či vyzdvihování vlastních zkušeností (Vybíral & Roubal, 2010). Otázkou také je, do jaké míry by si klient a terapeut měli být subjektivně blízcí a vzdálení. Je to totiž pro celou terapii podstatné a oba účastníci by se k sobě měli přibližovat rovnoměrně, přičemž terapeut je ten, který celý proces určuje (Vymětal, 2003).

Reálný vztah v adiktologii

Při práci s klienty, kteří trpí závislostí, je obzvláště důležitá empatie, klient se musí cítit být přijímán (Kalina a kol., 2003).

1.2.3 Pracovní aliance

Jedná se o kontakt mezi klientem a terapeutem, který dává prostor terapeutické práci (Vymětal a kol., 2004). Můžeme vymezit tři hlavní složky pracovní aliance. Jedná se o cíl, úkol a pouto. Klient s terapeutem se dohodnou na cílech terapie a jak na nich budou pracovat a tomu napomáhá vzniklé pouto mezi nimi (Bordin, 1979 cit. dle Kaliny a kol. 2015).

Pracovní aliance v adiktologii

Předpokladem fungování pracovního společenství je vytvoření mezilidského vztahu, kde panuje důvěra a respekt a klient tak nabývá autonomie. Důležitá je zde dynamika a udržování hranic, což není při práci s adiktologickými klienty mnohdy jednoduché. Je důležité, aby terapeut tuto oblast usměrňoval (Kalina a kol., 2008).

Riesel (2015) popisuje, že léčebný vztah se může měnit, může zde figurovat ambivalence, přátelství, ale i negativní pocity v podobě hněvu či výčitek a zatížen může být také přenosem. Dodává, že s tím lze pracovat, a proto má terapie pokračovat.

1.3 Psychoterapie s adiktologickými klienty

Psychoterapie představuje jeden ze základních kamenů systému péče o osoby trpící závislostí (Kalina a kol., 2003). Závislost nemá jedinou příčinu, a proto se i při její léčbě používá více postupů (Nešpor, 2007). Každá psychoterapeutická škola má také specifický výklad vzniku závislostí a zároveň specifický postup pro práci se závislostmi (Křížová, 2021).

1.3.1 Proč psychoterapie s adiktologickými klienty?

Vznik a rozvoj závislosti je možné chápat z hlediska více teorií (Kalina a kol., 2015). Například psychodynamický přístup spočívá na principu toho, že návykové poruchy mají své kořeny v trápení, které je důsledkem hlavně neschopnosti závislého člověka regulovat své emoce, sebeúctu, vztahy a chování. Tato schopnost byla narušena v době, kdy se měla vytvářet. Individuální či skupinová psychoterapie může zmírnit toto trápení či upravit návykové chování (Khantzian, 2015). Kognitivně-behaviorální přístup zase vnímá závislost jako naučenou strategii, díky které se člověk vyrovnává s problémy. Tento terapeutický směr nebere příliš v úvahu faktory genetické, zaměřuje se spíše na vzájemné působení složek určujících konstituci osobnosti, faktorů prostředí a jednotlivých procesů učení (Kalina, 2013).

1.3.2 Nejčastější terapeutické metody

Terapeutické přístupy je potřeba individualizovat a výběr léčebné metody posuzovat podle klientovy situace. Jedná se o tzv. matching (Kalina a kol., 2008). Mezi nejčastější psychoterapeutické přístupy patří dle Kaliny a kol. (2003) následující složky:

- Individuální psychoterapie – mezi její formy patří krizová intervence, podpůrná psychoterapie, motivační psychoterapie a systematická dlouhodobá individuální psychoterapie
- Skupinová psychoterapie – léčebné působení psychologickými prostředky za využití skupinové dynamiky.
- Behaviorální terapie – a zároveň kognitivně-behaviorální, při které dochází k sjednocení ovlivňování myšlení s ovlivňováním chování. Patří sem také prevence relapsu.
- Ostatní psychoterapeutické směry v léčbě závislostí – existují společné faktory všech přístupů. Jedná se o pozitivní očekávání, terapeutický vztah, Hawthornský efekt, emoční uvolnění, objasnění a interpretace, posílení, desenzibilizace, rituály, konfrontace s problémem a nácvik dovedností.

2 Psychoterapeutický proces

V této kapitole je popsána obecná podoba psychoterapeutického procesu a následně je přiblížena samotná závěrečná fáze terapie, za pomoci některých zahraničních výzkumů.

Psychoterapeutický proces je plánovaný a organizovaný a má za cíl pozitivně ovlivnit klientovo myšlení, prožívání a chování (Vymětal, 2003).

2.1 Úvodní fáze psychoterapie

Na samotném začátku tohoto procesu, který je veden terapeutem, se nachází **indikace**. Indikace je postup, jehož vyústěním je přiřazení klienta do předem určené psychoterapeutické péče, ke konkrétnímu psychoterapeutovi. Indikace je prvotní podmínkou k tomu, aby se klient dostal k efektivní pomoci. Většinou se jedná o proces opředený zkušenostmi a intuicí. V rámci indikace nejprve zjišťujeme, jestli je ten daný klient pro psychoterapii vůbec vhodný. Následuje zamyšlení se nad tím, jaký postup bude u určitého klienta, podle specifických znaků vhodný. Nakonec je potřeba zaměřit se na vývoj psychoterapeutického procesu, jemuž by se měla psychoterapie přizpůsobovat (Vymětal, 2003). Na začátku terapie se stanovuje *kontrakt*, při kterém se formuluje problém, jasné cíle, na kterých se poté pracuje. Někdy je třeba je v průběhu terapie přeformulovat. Jsou zde uvedeny také informace např. o časovém ohraničení terapie apod. (Čech, 2009).

2.2 Vlastní terapie

Vlastní terapie může být založena na léčbě vztahem mezi klientem a terapeutem nebo na určitých technikách a postupech. Je to proces, který se vyvíjí a je řízený terapeutem a jeho chováním. Jeho tempo je individuální a ideální je, pokud jej řídí sám klient (Vymětal, 2003). Jedná se o proces, který se odehrává i mimo psychoterapeutická sezení, a to ve vnitřním prostoru účastníků (Čech, 2009). Klient prostřednictvím tohoto vztahu poznává sebe sama a mění své vnitřní nastavení. Měnit se ovšem může i sám terapeut a někdy i v negativním slova smyslu, může dojít např. k syndromu vyhoření (Vymětal, 2003).

Ideální je dodržovat cyklickou stránku procesu. Terapeutická sezení by na sebe měla navazovat. Otvírají se nová témata, dochází k přesouvání k jiným problémům, ale je třeba se pravidelně vracet k týmž tématům a zároveň se jejich zkoumání pokaždé prohlubuje (Yalom, 2003).

Terapie je řízena podle typu jednotlivých psychoterapeutických škol a jejich přístupů. Významnou součástí tohoto procesu je průběžné hodnocení průběhu, terapeutických cílů i vzájemného vztahu. Jedná se o velmi užitečnou zpětnou vazbu (Vymětal, 2003).

Kalina (2013), popisuje poradenský proces jako *1. Navázání vhodného vztahu*, což znamená navazování, udržování a vyhodnocování mezilidských vztahů jako bytostný základ poradenských dovedností. Poté je důležité *2. Vytvoření produktivního způsobu společné*

práce, což je krok zaměřující se na řešení konkrétních problémů, což zahrnuje jeho sdílení. Dalším bodem je 3. *Odkrývání nových pohledů na problém*, což znamená, že sdílení klientovi nemusí někdy stačit a je také třeba pobízet. Poté následuje 4. *Podpora pro realizaci*, tedy přejít od slov k činům pomocí poradenských dovedností. Posledním bodem je 5. *Zvládání náročných situací*, který představuje nutnost improvizace poradce, protože každý klient je jiný. Určitá příprava je ale možná a žádoucí.

Poslední fází psychoterapeutického procesu je **Zhodnocení a ukončení terapie** (Vymětal, 2003). Tato fáze je podrobněji popsána níže.

2.3 Závěrečná fáze terapie/poradenství

Ukončení terapie je podle Schlesingera (2014) pravděpodobně nejtěžší a nejdůležitější část procesu. Terapeut může díky citlivě zvládnuté závěrečné fázi terapie dokázat klienta ujistit v tom, že zisky, které přinesla léčba, jsou trvalé. Někdy není vůbec jednoduché terapii ukončit. Může to být přičítáno třeba i tomu, že separace je pravděpodobně jednou z nejtěžších lidských zkušeností.

2.3.1 Obecná podoba závěrečné fáze

Fáze ukončení terapie mnohdy nastává, pokud uplynula doba, která se na začátku procesu určila jako délka terapie. Dále by také mělo dojít k naplnění terapeutických cílů. Zde je ale třeba podotknout, že každý klient je jiný, a na to je třeba myslet, takže se i terapeutické cíle mohou v průběhu terapie měnit či upravovat. Současně také záleží na typu psychologické intervence. Velmi důležitá je příprava na ukončení, protože zejména u dlouhodobých terapií může konec znamenat bolest a pocity ztráty (Vymětal, 2003).

2.3.2 Přípravenost k ukončení

Co se týče ukazatelů toho, že klient dokončil fázi, klienti se chovají charakteristickým způsobem. Dojde ke změně. Tato změna může mít podobu toho, že klient dospěl k trochu jinému chápání sebe sama a své situace, mohl dosáhnout jednoho ze svých cílů, mohl dříve zastávaný cíl přehodnotit. Tyto změny se mohou navenek projevit např. tím, že se zpomaluje tempo léčby. Klient vlastně neví, o čem na schůzce mluvit, jeho pozornost je přesunuta jinam. V těchto chvílích může, ale i nemusí, terapie skončit. Je také možné, že splněním úkolu se otevře další fáze terapie (Schlesinger, 2014). To, že je klient připravený terapii ukončit, se ideálně projeví tak, že je ochotný o ukončení diskutovat a vyjednávat a neměly by zde být žádné větší problémy. Důležitým rysem je také samozřejmě terapeutův vlastní pocit a pomůže to tomu, že závěrečná fáze bude pro obě strany hodnotná (Murdin, 2000).

2.3.3 Kdo by měl terapii ukončit?

Všichni terapeuti v zahraničním výzkumu vyzdvihovali, že pacient by měl být ten, který převezme iniciativu ohledně ukončení léčby a má konec pod kontrolou. Někteří ale zároveň

mluvili o tom, že by terapii ukončili, když by měli pocit, že to pacient potřebuje (Fragkiadaki & Strauss, 2012). V jiné práci bylo vzájemné ukončení spojeno se situacemi, kdy klient i terapeut vykazovali vysokou úroveň připravenosti k ukončení. Naproti tomu ukončení iniciované klientem bylo pozorováno, když byla připravenost klienta vysoká a připravenost terapeuta nízká, a ukončení iniciované poradcem bylo pozorováno, když byla připravenost poradce vysoká a připravenost klienta nízká (Lee a kol., 2021). V jiném výzkumu se autoři zabývali úrovní shody mezi klientem a terapeutem ohledně ukončení terapie. Téměř mezi všemi případy, kdy ukončení terapie inicioval terapeut, panovala vzájemná shoda. Tyto případy byly také provázeny větší spokojeností s léčbou a lepším terapeutickým poutem. Co se týče případů, kdy ukončení inicioval klient, ty byly provázeny z části vzájemnou shodou a z části nesouhlasem (Olivera a kol., 2017).

Ukončení klientem

Muridin (2015), definovala důvody, negativní i pozitivní, které mohou vést klienta k ukončení terapie:

- nekompetentnost terapeuta
- klientova změna okolností
- peníze, místo, vnitřní změny
- dosažení cíle.

V jednom ze zahraničních výzkumů bylo zjištěno, že zisky z léčby byly zjištěny jak u těch klientů, kteří poradenství dokončili, tak u těch, kteří poradenství ukončili dříve. To znamená, že ukončení ze strany klienta nemusí vždy znamenat, že byl nespokojen s léčbou, ale že zkrátka dosáhl pro něj významných změn (Lampropoulos, 2010).

Ukončení terapeutem

Jsou také situace, kdy s návrhem na ukončení terapie přichází sám terapeut, ačkoliv asi většina z nich si přeje, aby toto rozhodnutí vycházelo ze vzájemného souladu s klientem. Podle Muridin (2020) existují tři hlavní okruhy, kdy terapii ukončuje terapeut:

- životní okolnosti terapeuta (stěhování, nemoc)
- terapeut nemůže nebo nechce s určitým klientem pracovat z jakýchkoliv důvodů
- terapie, na kterých se oba vzájemně dohodnou, ale je zřejmé, že byly iniciovány terapeutem z terapeutických důvodů

Velmi důležitá je supervize, při níž může terapeut diskutovat právě např. závěr terapie s klienty. Na straně klienta je zde zase možnost svěřit se do péče jiného, nezávislého terapeuta. Je to velmi důležité, protože někteří klienti často vzdávají léčbu z důvodu osobní nespokojenosti s terapií a terapeutem (Vymětal, 2003).

2.3.4 Konkrétní náplň závěrečných sezení

Výzkumníci Shafran a kol. (2020) chtěli zjistit, jak se o ukončení mluví na závěrečných sezeních, přičemž se jednalo o terapii psychodynamickou. Jednalo se o případy, kdy klienti informovali o tom, že chtějí terapii ukončit.

U případů klientů, kteří byli s léčbou spokojeni, a terapii chtěli ukončit, protože měli pocit, že dosáhli svých cílů, bylo zjištěno, že počet sezení byl delší než u případů nespokojených. Klienti a terapeuti se na sezeních zabývali následujícími oblastmi:

- zhodnocení celé terapie a změn, které se dostavily
- otevřená komunikace o nevyřešených problémech
- společné uznání efektivity terapeutického vztahu
- diskuse o budoucích výzvách a možnostech jejich zvládnání
- zakončení procesu slovním projevem uznání (Shafran a kol., 2020).

Jiný výzkum zase identifikoval společné chování terapeutů v závěru úspěšných, individuálních terapií. Nejčastěji se objevoval důraz na spolupráci při rozhodování, kdy terapii skončit, diskuse o tom, co šlo v psychoterapii dobře, pomoci klientovi převzít odpovědnost za své zisky, plánování budoucího osobního rozvoje a dodržování etických zásad (Norcross a kol., 2017). Podle Vymětala (2003) je dobré domluvit kontrolní schůzku či doporučit klienta do péče jiného programu, opět je ale třeba brát v potaz individualitu každého případu. „*S Klientem se zásadně rozcházíme v dobrém a s tím, že jsme mu i v budoucnu k dispozici za předpokladu, že se dostane do svízelné situace, na kterou nebude stačit.*“

Co se týče případů, kdy klienti příliš spokojeni nebyli ve výzkumu Shafran a kol. (2020), a to s terapií nebo s terapeutem, zde bylo obecně méně terapeutických sezení. Průběh byl podobný jako u spokojených případů, některé odlišnosti se zde ale vyskytly.:

- vyhýbání se diskusi o samotném ukončení terapie
- klientova bagatelizace změn dosažených v terapii
- klient se nezapojoval do diskuse o budoucích výzvách
- málo komunikace o pocitech ohledně ukončení

2.3.5 Čas v závěrečné fázi terapie

Závěrečná fáze může trvat minuty, ale v některých případech se může jednat až o rok (Murdin, 2000). Z výsledků výzkumu Fragkiadaki & Strauss (2012) vyplynulo, že na ukončení terapie terapeuti s klienty pracují od samotného počátku procesu. Většina terapeutů také uvedla, že pro celý proces závěrečné fáze, je velmi důležitý čas ukončení. I když byly okolnosti různé, terapeuti vždy popisovali určité časové období, kdy se o konci diskutuje a

projednává se. Může se jednat klidně i o měsíce pravidelné přípravy. Pokud se jednalo o terapii na dobu určitou, terapeuti mluvili o tom, jak důležité je pravidelně klientovi připomínat dohodnutou dobu trvání léčby.

V dalším výzkumu zase terapeuti popisovali, že fixní a kratší délka terapie má negativní dopad na zvládnání závěrečné fáze léčby s klienty. Možnost poskytnutí podpory byla podle terapeutů významně ovlivněna. Časově omezenou terapii však někteří považovali za užitečnou při práci s klienty, kteří mají méně obtížné problémy (Ling & Stathopoulou, 2020).

2.3.6 Emoce a terapeutický vztah

Výsledky Fragkiadaki & Strauss (2012), mimo jiné, popisovali to, jak rozvoj terapeutického vztahu definuje ukončení. Jsou to dva neoddelitelné procesy. Může zde hrát roli délka terapie a frekvence schůzek. Terapeuti popisovali při ukončení terapie s klienty, s nimiž měli vztah spíše nevyrovnaný a nestálý, pocity porážky, a dokonce i pochyby o své kompetenci. Většina také přiznala pocity rozpolcenosti, úlevy, protože terapie s takovými klienty byla pro ně někdy těžko snesitelná a vyvolávala stres. Pokud šlo o vztahy, kde mezi terapeutem a klientem vzniklo určité pouto, ve většině případů šlo o ukončení plánované, provázené pocity vzájemnosti. Někteří terapeuti popisovali při ukončení smíšené pocity intenzivního smutku a potěšení.

2.3.7 Ztráta

Pistole (1999) se ve svém článku v souvislosti se závěrečnou fází terapie/poradenství zmiňuje o tom, že někteří klienti mohou zažívat velmi silné pocity úzkosti, protože jim ztráta vztahové vazby k terapeutovi, která mnohdy představuje zdroj bezpečí, klidu a ukotvení, může evokovat předchozí ztráty a separační úzkost, které pociťovali a prožívali jako děti, když byli závislí na svých pečovateli. Samozřejmě ale záleží, jak dlouhá terapie byla a jaká byla blízkost vztahu klient-terapeut. Quintana (1993) ve svém výzkumu popsala, že ukončení terapie lze chápat jako ztrátu, která může vyvolat krizi, ale zároveň může umožnit vnitřní vývoj. Ukončení lze chápat také jako transformaci terapeutického vztahu, kdy je terapeut de-idealizován a demystifikován.

Ani pro terapeuta není tedy konec léčebného procesu s klientem jednoduchý. Např. Boyer a Hoffman (1993) prováděli výzkum mezi poradci na téma ztráta v závěrečné fázi léčby. Výzkumníci zjistili, že vlastní minulá zkušenost poradce se ztrátou byla podstatným prediktorem toho, že poradce bude během závěrečné fáze pociťovat úzkost a depresivní stavy. Co se týče toho, jak poradce vnímá klientovu citlivost vůči ztrátě, tato oblast předpovídala během procesu ukončení u poradců pocity úzkosti. Autoři se zamýšlí nad tím, že např. reakce poradce, který má nevyřešené pocity ohledně tématu ztráty, mohou být pro závěrečný proces poradenství a pro klienta škodlivé. Na druhou stranu jiný poradce, který si sám prošel velkou osobní ztrátou, může být schopen reagovat na klientovu ztrátu způsobem konstruktivním, citlivějším a bystřejším.

Výzkum Marxe a Gelso (1987) také poukazuje na to, že když byla ztráta klienta tématem samotné terapie, terapeuti se na toto téma více zaměřovali při ukončení procesu.

2.3.8 Protrahované terapie

Ukončení terapie může být v některých případech těžké jak pro klienta, tak pro terapeuta, protože vytvořený pozitivní vztah může v některých případech částečně nahrazovat osobní vztahy, zejména pokud nejsou dostatečně naplňující nebo chybí. I to může být důvod, proč některé terapie trvají až příliš dlouho a konec se oddaluje pod různými záminkami (Vymětal, 2003). Terapie by tedy neměla trvat déle, než je třeba, aby byla účinná. Mezi znaky, které vedou k prodloužení terapie, patří odpor, přílišná odhodlanost, kořeny neurózy v raném dětství, negativní přenos spojený s ukončením či závislost (Schlesinger, 2014).

2.3.9 Předčasné ukončení

Předčasné ukončení léčby je způsob, jakým pacienti ukončí léčbu, a pro terapeuty je nejproblematictější. Zdánlivě bez jakéhokoliv varování se klient nedostaví na plánovanou schůzku a další kontakt může zcela odmítnout. Klienti, kteří mají menší toleranci k úzkostem a intimitě mají obecně větší tendence léčbu opouštět předčasně. Při práci s těmito klienty je od terapeuta vyžadováno ještě více dovedností a porozumění (Schlesinger, 2014).

Předčasné ukončení v adiktologii

Předčasné ukončení léčby je v adiktologickém prostředí častým jevem. Co se týče ambulantních programů, udává se až 50 % klientů. Mezi nejčastější příčiny patří důvody související s drogami, např. relaps. Dále jsou významné osobnostní dispozice klienta, který může mít problém s vytvářením vztahů nebo celkově porušenou strukturu osobnosti. Mezi další faktory patří důvody související se vztahy, např. v rámci léčby nebo může jít o vztahy vnější (partner, rodina). Dalším důvodem je celkový postoj k léčbě, což může zahrnovat např. klientovo zpochybňování či pesimismus. Dochází také k tomu, že klient často z léčby odchází, pokud dojde k rychlému zlepšení jeho stavu, a má tak pocit, že už není potřeba pokračovat dále (Kalina, a kol., 2015).

3 Metodologie výzkumu

3.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem této práce je zmapování toho, jak taková závěrečná fáze adiktologické psychoterapie/poradenství s klientem probíhá, jaká jsou zde důležitá témata, jak tuto fázi vnímají terapeuti, jak k ní přistupují, jaký jí přiřkládají význam a také, jakou roli zde má terapeutický vztah. To vše tedy z pohledu terapeutů/poradců.

Pro naplnění výzkumného cíle bylo stanoveno 6 výzkumných otázek:

- Jak terapeuti/poradci vnímají závěrečnou fázi terapie/poradenství s adiktologickými klienty?
- Jak terapeuti/poradci poznají, že se s klientem blíží do závěrečné fáze, a podle čeho se řídí?
- Jak konkrétně terapeuti/poradci pracují s adiktologickými klienty v závěrečné fázi terapie/poradenství?
- Jaká témata vyvstávají v závěrečné fázi terapie/poradenství s adiktologickými klienty?
- Jaké emoce zažívají terapeuti/poradci a klienti v závěrečné fázi terapie/poradenství?
- Je nějaká skupina klientů, se kterými je komplikovanější zvládnání závěrečné fáze terapie/poradenství?

3.2 Metody a průběh sběru dat

Data byla získána pomocí kvalitativní výzkumné metody, a to polostrukturovaného rozhovoru, což je nejpoužívanější typ rozhovoru v kvalitativním výzkumu, protože má řadu výhod. Předem je vytvořeno schéma otázek, na které se výzkumník respondenta vždy zeptá, zároveň je zde ale možnost se dále doptávat podle potřeby (Miovský, 2006). Tento typ výzkumu jsem zvolila z toho důvodu, že se jedná o téma neprozkoumané, a tak jsem toho chtěla zjistit co nejvíce, s ohledem na cíl výzkumu, a to vše mi polostrukturovaný rozhovor umožnil nejlépe. Sestavila jsem tedy otázky (viz přílohy), jednalo se z většiny o otevřené otázky, na které jsem se respondentů vždy zeptala s tím, že pořadí otázek jsem někdy podle potřeby měnila nebo jsem otázku více rozvedla tak, aby bylo pro respondenta jednodušší na ni odpovědět. Na další informace jsem se dále doptávala podle toho, jak byly obsáhlé odpovědi respondentů, abych z rozhovoru vytěžila co nejvíce a dosáhla tak cílů práce. To zajistilo, že rozhovory probíhaly nenuceně. První rozhovor, který proběhl s prvním respondentem, byl tzv. pilotní. To znamená, že po dokončení rozhovoru jsme společně s vedoucí práce rozvažovaly, jak by bylo dobré ještě rozhovor vylepšit, na co se případně více zaměřit apod. Data z tohoto rozhovoru byly samozřejmě také zahrnuty do výsledků.

Rozhovory s respondenty byly realizovány v období prosince 2021–února 2022. Celkem bylo osloveno 12 adiktologických poradců/terapeutů, rozhovory byly realizovány s 6 z nich. Kontakty na ně jsem získala prostřednictvím webových stránek ambulantních adiktologických služeb, které se soustředí na individuální terapii nebo poradenství. Zde byly uvedeny e-mailové adresy jednotlivých pracovníků. Komunikace probíhala s každým jednotlivě prostřednictvím e-mailu, kde jim bylo představeno téma a cíl výzkumu a pokud s rozhovorem souhlasili, domlouvali jsme se poté na konkrétní den a hodinu. S pěti respondenty rozhovor probíhal online, prostřednictvím komunikačních platforem Skype, Zoom či Google Meet a s jedním z nich osobně, toto setkání proběhlo v organizaci, kde respondent pracuje. Před zahájením samotného rozhovoru jsem respondenty seznámila s etickou stránkou výzkumu (viz níže). V případě osobního setkání jsem nahrávala na diktafon, v online prostoru jsem využila možnosti nahrávání přímo v samotném programu. Rozhovory trvaly většinou cca 45 minut, přičemž nejkratší trval 35 minut a nejdelší 50 minut. Po skončení setkání s terapeuty jsem rozhovory přepisovala a následně nahrávky vymazala.

3.3 Výzkumný soubor

Vyhledání respondentů proběhlo metodou záměrného (účelového) výběru. Jde o cílené oslovení účastníků, kteří mají určitou společnou/podobnou vlastnost a tuto vlastnost jsme si předem stanovili jako kritérium, přičemž tyto vlastnosti vykazují shodu/podobnost. (Miovský, 2006). Vybraní respondenti museli splňovat následující kritéria: Muselo se jednat o terapeuty či poradce, kteří pracují v ambulantních poradenských/terapeutických adiktologických službách. Důležité samozřejmě bylo, aby bylo zaručeno, že mají zkušenost se závěrečnou fází individuální terapie/poradenství a budou moci na toto téma vést rozhovor. Výzkumný soubor tvořilo 6 respondentů, jednalo se o 3 terapeuty, 2 adiktology a jednu klinickou psycholožku v adiktologických službách. Pro lepší přehlednost jsem informace o respondentech vložila do tabulky níže.

Tabulka č. 1 Informace o respondentech a jejich pracovních zkušenostech

respondent	pohlaví	věk	pracovní pozice	délka pracovní zkušenosti	terapeutické vzdělání
R1	muž	46 let	terapeut	5 let	existenciální analýza a logoterapie
R2	muž	40 let	adiktolog	11 let	psychodynamická psychoterapie skupinová
R3	žena	28 let	terapeutka	3 roky	ve výcviku – psychoanalytická psychoterapie
R4	žena	47 let	klinická psycholožka	20 let	rodinná terapie psychosomatických poruch, psychodynamicky orientovaný výcvik – skupinová psychoterapie
R5	muž	51 let	adiktolog	5 let	–
R6	muž	66 let	terapeut	30 let	SUR

3.4 Metody analýzy dat

Data jsem doslovně přepsala do textové podoby a poté už jsem pokračovala analýzou pomocí metody zakotvené teorie, kdy jsem postupně a opakovaně pročítala všechny rozhovory. Nejdříve jsem provedla kódování zjištěných údajů, to znamená, že v rámci otevřeného kódování jsem hledala v přepsaných rozhovorech různé významy a jevy, které jsem si vždy zapsala, a tak byl vytvořen seznam kódů. Tyto jevy jsem odhalovala podle jednotlivých otázek rozhovoru, ale stalo se, že se objevil i jeden jev ve více otázkách. Poté došlo ke kategorizaci, kdy jsem si pospojovala jednotlivé kódy, u kterých jsem cítila, že tvoří větší celek, čímž vznikly jednotlivé kategorie. V rámci axiálního kódování jsem mezi nimi následně hledala souvislosti a vztahy a tím je třídila (Strauss & Corbin, 1999).

3.5 Etika výzkumu

Etickou stránku výzkumu jsem zaručila tak, že jsem vždy před rozhovorem získala od respondentů ústní informovaný souhlas. Respondentům jsem zopakovala cíl výzkumu, který jsem již předem popisovala v komunikaci prostřednictvím e-mailu. Také jsem jim samozřejmě zaručila anonymitu, to znamená, že nebudu uvádět jejich jméno nebo název organizace, ve které pracují nebo informace týkající se místa. Dále jsem se jich zeptala, zdali souhlasí s tím, že si budu rozhovor nahrávat, tak abych jej mohla později přepsat a analyzovat. Ubezpečila jsem je, že rozhovor uslyším jen já a nahrávky poté budou smazány. Nakonec jsem je informovala o tom, že mohou z výzkumu kdykoliv odstoupit.

4 Výsledky

Výsledky jsou roztrženy v 6 kapitolách, které kopírují jednotlivé výzkumné otázky.

4.1 Vnímání závěrečné fáze terapie/poradenství

Co se týče toho, jak respondenti vnímají závěrečnou fázi terapie/poradenství, nejdříve došlo k jejímu vymezení. Někteří respondenti nad touto fází přemýšleli v kontextu časově ohraničených, strukturovaných terapií.

4.1.1 Vymezení

Závěrečná fáze terapie/poradenství je pokaždé trochu jiná: „...Z mé zkušenosti se to liší i od typu užívaný látky, vůbec i nějaký fáze tý závislosti, motivace...“ (R4). Záleží také na situaci klienta, rodinném zázemí, a dokonce i na věku. Záleží také např. na pravidlech organizace. Jeden z respondentů ji popsal takto: „...to je otázka, co to je závěrečná fáze, ale řekl bych, že je to nějaká příprava na to, ve smyslu, že si někdy začneme říkat, že by bylo asi fajn to nějak pomalu ukončovat. Někdy se na to připravíme, včetně ukončovací hodiny už předtím probíhají takový sumarizační hodiny...“ (R1).

Tato fáze je založena na společných diskusích, rozhovorech terapeuta s klientem.: „...Myslím si, že je to vždycky otázka nějakýho vývoje v tom procesu, kdy se začneme bavit o tom...“ (R4). Otevře se tedy téma konce s tím, že důležitý je názor klienta. Domlouvá se, kdy k závěru dojde a za jakých okolností. V průběhu terapeutického procesu dochází k vyhodnocování, které se většinou provádí každé tři měsíce, ale může to být i individuální: „...protože každá dynamika toho procesu, toho klienta je odlišná...“ (R5). „...Ono by to mělo být nějak periodicky, nějaká reflexe toho docházení, nějaký hodnocení za nějaký časový období. Tam se vlastně hodnotí, jestli to pro toho klienta má pořád nějaký smysl, nějaký význam...“ (R2). Dochází k hodnocení naplnění/nenaplnění či přehodnocování cílů terapie, které si klient předem nastavil, jestli takto ten proces funguje apod. Každý klient má ve svých cílech uvedeno něco jiného. Na základě hodnocení se někdy může postupně rozvolnit kontakt. S některými klienty se ale ukončuje hned i bez rozvolnění, protože klient to tak cítí. Respondentka ale dodala: „...Ale já si myslím, že je třeba být hodně vnímavý k tomu, jak si ten klient na tu separaci trpí...“ (R4).

4.1.2 Časově ohraničené a neohraničené terapie

Jedna z respondentek mluvila o tom, že nyní preferuje spíše časově neohraničené terapie, než ty ohraničené, strukturovanější, i když má zkušenost s oběma: „...třeba já jsem to dělat přestala, protože mně přijde, že tak člověk přichází jednak o to, někdy opravdu to musíte individualizovat, že někdo potřebuje prostě mnohem dýl, víc času, je prostě pomalejší a proč ne, je to jeho osobnost a zároveň, že přicházíte právě o tyhleto hlubší témata vztahový no...“ (R4). Jiný respondent si myslí, že strukturovanost léčby může být někdy nápomocná, protože

adiktologičtí klienti strukturu mnohdy postrádají. Při práci s klientem toho někdy využívají: „...že se je čeho chytit...“ (R1). Spíše ale terapii bere trochu volněji.

4.2 Indikátory

Terapeuti mají své indikátory, podle kterých poznají, když už se s klientem blíží do závěrečné fáze léčby. Neznamená to ale stoprocentně, že klient bude chtít terapii také ukončit. Tyto situace popisuje kategorie Indikátory připravenosti klienta. O tom, když klient ještě připraven není, se zmiňuje kategorie Nepřipravenost klienta.

4.2.1 Indikátory připravenosti klienta

Aktivita

Jeden z respondentů popisuje, že už si terapeutickou spolupráci klient „...dost diktuje sám a má dostatek zdrojů pro to, aby to zvládal sám...“ (R1).

Intuice

Další z respondentů např. popsal to, že se řídí intuicí: „...Někdo abstínuje rok a dá si ty všechny věci do kupy, tak jak jsem říkal, ta terapie mu může zasahovat do toho běžného fungování a vlastně třeba sám vnímá, že už to není tolik potřeba...“ (R2)

Cíle

Jiná respondentka mluvila o tom, že to hodně závisí na klientovi a jeho cílech: „...Je to o tom, že my si na začátku stanovujeme cíle. Pokud pro něj je splněnej, tak já mu samozřejmě k tomu můžu dát reflexi, ale on se dostal do cíle, kde chce být...“ (R3).

Terapeutický vztah

Další respondentka vnímá změnu v terapeutickém vztahu: „...Postupně vnímám, že se ten vztah víc vyrovnává a že v průběhu té terapie už je to víc partnerskej rozhovor právě i o jiných, než adiktologických věcech a v tom závěru už začnu i pocitově cejtit, že je ten klient samostatnější...“ (R4).

Plnohodnotný život

Pro jednoho respondenta jsou indikátory následující: „...Začal normálně žít plnohodnotný život a se vším všudy, v rámci rodiny, v rámci profesního uplatnění, v rámci organizace volného času. Žije normálně, že se orientuje na to pozitivní, co život přináší, a už se nevrací...“ (R6). Mimo jiné zmiňuje, aby měl klient do dalšího života stanovené cíle.

Abstinence

Respondenti se v souvislosti s indikátory zmiňovali o abstinenci.:

„...Z adiktologického hlediska ho vnímám jako stabilizovanýho, že nemá urgentní nějaký chutě. Má třeba.. může mít myšlenky na tu látku, ale umí s nima pracovat...“ (R4). Abstinence je pro tuto respondentku však opravdu jen jeden z indikátorů, který sám o sobě

často nestačí: „...ale to je jenom takovej indikátor. Já si myslím, že abstinence není úplně cíl té terapie, že to je spíš prostředek...“ (R4).

Jiná respondentka zase popisovala, že klient nemusí vždy abstinovat, aby mohla nastat závěrečná fáze. Každé tři měsíce dělají kontrakt: „Dáváme tomu právě tři měsíce a pokud člověk dojde i do té fáze, že nějak má uvědomění, tak jen nad tím, v jaký chvíli pije, proč pije, na co mu to vlastně nasedá v ten daný moment.. I tohle je pro nás takový.. může být jako závěrečná fáze. Nebo z hlediska toho klienta, že on může být spokojený i ve fázi, že pije dál, ale rozumí tomu...“ (R3).

Stabilizace

Jako indikátor byla zmiňována stabilizace klienta. Pro každého to může znamenat něco trochu jiného:

„...Několika týdenní až několika měsíční negativně nezměněné chování...“ (R5). Tento respondent vysvětloval, že dominantní téma terapie klient zvládá po dobu několika týdnů, měsíců a další téma k řešení společně nenalézají.

Pro jiného respondenta závisí stabilizace na pocitu klienta: „...aby opravdu ten dotyčný hlavně měl sám pocit: „ano, jsem schopný žít ke své spokojenosti, ke spokojenosti těch, na kterých mi záleží...“ (R6).

4.2.2 Nepřipravenost klienta

Jedna respondentka se zase naopak zmiňovala o situacích, kdy klient ještě připraven spíše není. Podle ní je třeba poznat, jak na případnou diskusi o ukončení klient reaguje, aby se zbytečně neznejstil, pokud by ještě nebyl připravený.

„...tak bych měla ale poznat, jak na to ten klient reaguje a taky se totiž někdy stane a mně se to stalo kolikrát už jenom při hodnocení terapie, kdy jsem jí nechtěla ukončovat, ale chtěla jsem dělat evaluaci, že se ten klient vyleká, že to chci ukončovat a může se samozřejmě dekompenzovat...“ (R4)

Ta samá respondentka mluvila také o tom, že pokud samotnému terapeutovi vyvstanou na mysl nějaké otázky, které by značily významnější pochybnosti ohledně klienta, je to zase indikátor toho, že je potřeba ještě v terapii pokračovat.

4.3 Terapeutická práce v závěrečné fázi terapie/poradenství

Terapeutickou práci v závěrečné fázi léčby přiblížily kategorie Metody, Délka, Iniciativa a Soulád.

4.3.1 Metody

Z rozhovorů vyplynulo, že respondenti nemají přesnou strukturu toho, co s klientem v závěru léčby dělají, ale uvedly určité metody, které používají.

Příprava na ukončení

Dva respondenti se shodli na jedné otázce, kterou klientům podávají: „...*Já se jich vždycky ptám, jak poznají, že tu terapii můžeme ukončit, podle čeho oni to na sobě poznají...*“ (R4). Tato otázka funguje jako příprava na samotný konec.

Prevence relapsu

Metodou závěrečné fáze je u adiktologických klientů také prevence relapsu: „...*Pak tam je podle mě důležitý vybavit je trošku nějakou informací o relapsu, případně prevenci relapsu, to znamená třeba havarijním plánem, co dělat, když...*“ (R2).

Rozvolnění kontaktu

Jako příprava na ukončení se také používá rozvolnění kontaktu. Klienti často docházejí ze začátku na terapii jednou týdně a po diskusi se kontakt může někdy začít rozvolňovat: „...*jednou za čtrnáct dnů, jednou za tři týdny případně...*“ (R5). Poté má tento respondent úplně na konci spolupráce zkušenost s kontrolami za půl roku. Důležité také je, jak to chce klient. Někdy je rozvolnění také pro klienta cílem: „...*I mnohdy to je tam jako cíl, tak uvidíme, to jsem zvědavá, co se za čtrnáct dnů stane, když tejdenn nepřijdu...*“ (R3). V rámci rozvolňování jeden respondent také uvedl, že je ke konci v kontaktu s klientem přes internet a píšou si: „...*Já to praktikuju se všema svýma klientama v tom mezidobí...*“ (R6). Frekvence rozvolnění také závisí na tom, kolik lidí, podpory mají klienti ve svém okolí.

Zhodnocení

Všichni respondenti dělají s klienty v závěru zhodnocení terapeutického procesu. Jedná se o zhodnocení vývoje procesu od začátku až do konce, kam klient došel, co se změnilo, co se povedlo, jak to vidí do budoucna apod. Někteří respondenti uváděli, že diskusi nechávají hodně na klientovi, ale samozřejmě mu také poskytují zpětnou reflexi, např. v následující citaci se terapeutka soustředí hlavně na to pozitivní: „...*Zprostředkovávám jim nějaký momenty, který jsem si uvědomila, že zvládli bez alkoholu, a jsou pro ně důležitý, aby si tu zkušenost zapamatovali...*“ (R3). Jeden z respondentů také uvedl, že s klienty hodnotí průběh samotného terapeutického vztahu: „...*jak jsme se viděli na začátku a teď na konci a ještě další věci...*“ (R1). Další respondentka zase uvedla, že dává klientům dotazník spokojenosti a naproti tomu jiný respondent uvedl, že dotazníky nepoužívá.

Nedořešená témata a doporučení

Také se diskutuje o tom, co je ještě potřeba dodělat, jaká jsou zde nedořešená témata, což může být někdy spojeno s případným doporučením: „...*U mě je to potom spojený s nějakým třeba doporučením. Třeba: „Myslím si, že by bylo dobrý tomuhle se věnovat ještě s někým jiným nebo vyhledat nějakou službu, pokračovat s psychiatrem a tak dál...*“ (R1).

Využití času

Jedna respondentka uvedla některé otázky, na které se klientů přímo na posledních sezeních ptá. Jednalo se např. o otázku, jak klienti využijí volnou hodinu týdně, když už nebudou docházet na terapii, což může mnoho prozradit: „...*A říkám si, že je to taky potom mnohdy*

dobrá zpětná vazba. Oni vytáhnou takový ty věci, na kterých pracovali: Jo, tak budu se teď konečně moc věnovat dětem, tak s nima budu teď chodit každé tejdě do bazénu a podobný...“ (R3).

Příprava na poslední sezení

Jeden z respondentů popisoval přípravu na poslední schůzku s klientem: „...a zároveň se na to musím poctivě připravit...“ (R1). Vyhrazuje si na ni také více času než obvykle.

„Otevřené dveře“

Všichni respondenti se shodli na tom, že nikdy nezapomínají na to, aby klientům sdělili, že pokud by potřebovali, měli nějakou krizi, tak mají u nich vždycky „otevřené dveře“, kdykoliv můžou přijít: „...což se snažím, aby fakt vždycky padlo, abych na to nikdy nezapomněla, že když se jim v životě nebude dařit, tak to neznamená, že se nemůžou ozvat, že budu ráda, když se právě ozvou...“ (R3).

Rodina a podpůrné skupiny

Další respondent spolupracuje s rodinou klienta: „...Jsem rád, když jsem v kontaktu i s jeho okolím, rodinou, aby mu byli ku pomoci, když je to zapotřebí a aby byli na něho takový trošku jako četníci, aby ho hlídali. Pomocná ruka, ale i jako taková ochranná, ostražitá...“ (R6). Dále doporučuje zapojení klienta do různých podpůrných skupin v jeho okolí, např. svépomocných.

4.3.2 Délka

Někteří respondenti si museli definovat, co vlastně závěrečná fáze pro ně znamená. Někteří z nich mluvili o tom, že se nedá říct, jak dlouho tato fáze trvá, protože je to individuální. Zde opět záleží na tom, jak to vidí klient, s tím, že terapeut se snaží, aby došlo k řádnému ukončení procesu. Pro jednu z respondentek je důležité, aby proběhlo **alespoň jedno závěrečné sezení**: „...Ale snažím se, aby nejkratší možná spolupráce byla, že příště se ještě aspoň rozloučíme...“ (R3). Někdy se samozřejmě klient **už neozve**. Respondentka se snaží dodělat témata, stanoví se, kolik bude ještě setkání, s tím, že kontakt je rozvolněný, co se týče frekvence: „...Někdy ta závěrečná fáze fakt jako je **klidně i rok**...“ (R3). Nejčastěji u výše zmíněné respondentky, ale závěr terapie trvá **od jednoho setkání do měsíce**: „...Většinou fakt je to buď od jednoho.. takový to klasický je od jednoho setkání třeba do měsíce...“ (R3). Pro dalšího respondenta je ideální následující délka: „...Takže ideál, já nevím, **dva, tři měsíce**...“ (R1). Jedna z respondentek měla zajímavý poznatek: „...Já si právě myslím, že to vlastně začíná už na začátku, protože s každým tím klientem se nějak domlouváme na nějakém časovém horizontu...“ (R4). Další respondent zmiňoval, že oba s klientem vyhodnotí, že by se spolupráce mohla ukončit, respondent ho vnímá jako stabilizovaného a klient vnímá svůj posun. Poté klient dochází **v rámci přibližně jednoho měsíce**: „...střelím, měsíc...“ (R5). Jiný respondent mluvil o tom, že terapeutický proces **nemá ostré hranice**: „...ta psychoterapie neprobíhá jenom při tom setkání, já říkám budete doma krájet cibuli a najednou vám něco docvakne, co děláte dlouhodobě špatně, třeba, nebo co by se mohlo změnit...“ (R6).

4.3.3 Iniciativa

Na otázku, kdo je obvykle iniciativní ohledně ukončení terapie, jestli terapeut nebo klient, nebyla mezi respondenty jednoduchá a jednoznačná odpověď. 3 respondenti uvedli, že jsou většinou iniciativní oni sami, 1 respondentka odpověděla, že obvykle je iniciativní klient a 2 respondenti popsali, že iniciativní jsou někdy oni a někdy klienti. Respondenti popsali také předčasné ukončení léčby.

Většinou terapeut

Jeden respondent reaguje iniciativou na klientovo chování: „...*Já furt mluvím o té stabilitě, ale podle mě to o tom je. Jak se ten člověk obrazně staví víc na své nohy, tak se mu prostě víc chce odejít...*“ (R1). Víceméně vždycky vychází ze vzájemného souladu. Další respondentka je většinou tím aktivním elementem, ale většinou se s klientem shodnou: „...*Já si myslím, že je to v tom procesu, že to oba nějak cejtíme, že ten klient většinou na to reaguje, když já navrhu, jestli už náhodou nespějeme ke konci té terapie, jestli to vůbec potřebuje...*“ (R4). Respondentka má ale pocit, že klienti si někdy možná netroufnou s návrhem na ukončení přijít sami. Popsala také situace, kdy se terapie neposouvá dál a není jiné řešení než klienta aktivně konfrontovat s jeho stavem a zvolit jinou cestu, která by byla pro něj vhodnější: „...*Takhle, ono je totiž někdy svým způsobem jednodušší se plácát x let v terapii, která nikam nevede, než přijít s tím a říct: „Podívejte se, já to vnímám tak a tak, bylo by lepší zkusit to a to.“ Konfrontovat toho klienta je někdy těžký, ale vlastně je to pak úlevný...*“ (R4). Poslední respondent např. popsal, že terapii ukončuje, když už si klient chodí na terapii jen „popovídat“, už nemají téma a terapeut potřebuje uvolnit kapacitu pro akutního klienta: „...*Máme nějaký rozsah úvazků a já tam nepotřebuju si ohřívát klienta, abych ho tam měl, ale je to záměr, aby se osamostatnil. Jo, je to cílem, aby mě nepotřeboval...*“ (R5). Nebo v průběhu spolupráce zjistí, že klient dochází jen kvůli docházce, např. kvůli OSPOD.

Obvykle klient

Tato respondentka uvedla, že pro některé klienty je cílem spokojený život, což nemusí vždy znamenat přímo abstinenci, ale spíše např. fungování v oblastech rodiny, zaměstnání atd.: „...*Obnoví vztahy v rodině, nevyhodí je v práci, že najednou si řeknou, jo, tohle je ten život, kterej chci žít a už vím, že jsem schopnej to ustát. Taková každodenní nějaká normální spokojenost...*“ (R3). Pokud toho dosáhnou, většinou chtějí z terapie odejít a terapeut na to musí reagovat. Zároveň jsou přesvědčení, že jsou schopní takto fungovat a jsou k tomu odhodlaní a je to přesvědčení opravdu jejich.

Někdy klient, někdy terapeut

Respondent uvedl situaci, kdy klient přijde s návrhem na ukončení sám. Klient může např. sám pociťovat, že mu docházení zasahuje do běžného života: „...*Jo, že si říká, že už chodí dost dlouho a třeba se mu daří docela a už mu ta terapie začíná nějak zasahovat do normálního fungování, v tom smyslu, že mu to ubírá nějaký čas a musí se uvolňovat z práce...*“ (R2). Spolupráci zase ukončuje např. v případě, že terapie dlouhodobě stagnuje: „...*Navrhuju mu buď, aby přešel ke kolegyni, protože já tomu klientovi už asi nemám moc co nabídnout nebo ho posouvám nebo snažím se ho motivovat k tomu, aby se posunul do*

pobytový léčby, která by mohla mít mnohem větší efekt pro toho člověka...“ (R2). Druhý respondent popisoval, že záleží, jaký on má dojem a v jakém stavu je klient. Nechává také klienta, aby on si řekl, jestli ještě potřebuje pokračovat. Uvedl situace, kdy je iniciativní klient: „...že už jsou v pohodě, že už mají dostatek energie, síly, přesvědčení, motivace, že se vyřešej problémy, který si nesli z toho období, užívání těch návykových látek, že jsou schopní prostě žít normálním plnohodnotným životem...“ (R6). Respondent se ale v takovém případě ještě snaží s klientem hledat věci, které by ho mohli ohrozit. Terapii ukončuje např. v následujícím případě: „...Už mám prostě pocit, že by to byla ztráta času pro mě i pro toho dotyčného, že už mu nemám jako já osobně co nabídnout, co poskytnout...“ (R6).

Předčasná ukončení

Spolupráce někdy skončí, aniž by proběhlo řádné dokončení procesu. Někdy klient ze své vůle sdělí přání ukončit spolupráci bezprostředně na schůzce: „...Já zmapuju proč a stejně má svobodnou vůli i kdyby nebyl dokončen proces z mého pohledu, tak on má svobodnou vůli se rozhodnout, že chce skončit, i když tam vidím jasnou tendenci k lapsu. Já mu ji sdělím, zvědomím mu to, ale on se stejně rozhodne podle sebe...“ (R5). Jindy se klient už neozve vůbec a terapeut se dozví proč, až když se po nějaké době klient objeví znovu s tím, že např. řešil jiné, pro něj důležitější věci: „...V tu chvíli nejspíš ta terapie pro ně ztratí nějakou důležitost, že řešej prostě jiný věci v tom životě a tohle jde nějak do pozadí a objeví se to jako potřeba až ve chvíli, kdy jim to zase začne nějak zasahovat do toho fungování...“ (R2).

4.3.4 Soulad

Z výsledků vyplynulo, že většina respondentů většinou vychází při těch úspěšnějších terapiích ze vzájemného souladu v ukončení, bez ohledu na to, kdo ukončení iniciuje, jestli terapeut nebo klient. Někteří respondenti uvedli, že vzájemný soulad v ukončení s klientem, je pro ně nejdůležitější bod zpracování závěrečné fáze a takto podle nich vypadá: „...Klient musí vnímat, že ten problém zvládá sám, to znamená sebereflexe klienta rozhodně. Nejlépe, abychom na to měli oba dva stejný názor. To znamená, že já vidím jako poradce, že ty situace, kvůli kterým přišel dominantně, že zvládá...“ (R5). Jedna z respondentek popisuje ukončení s některými klienty, kteří s ukončením přijdou samy: „...Mám pocit, že u těch klientů, kteří s tím přichází, tak dost často je to nějak v souladu, že si říkám supr. Mají ještě co v životě řešit, ale myslím si, že postoupili do takové fáze, kde jsou schopný fungovat. Mám pocit, že mají náhled na svou závislost...“ (R3). Pro dalšího respondenta znamená soulad v ukončení následující: „...Jeden z nás s tím přijde a ten druhý vlastně nějak souhlasí a nemá s tím problém a vnímá to podobně...“ (R2). Shodnou se na tom, že se terapie vyzkouší ukončit, s tím, že se klient může vrátit. Jiný respondent zase soulad vnímá spíše jako kompromis: „...Aby on přijal moje názory a já akceptoval jeho situaci. On si řekne svý, já si řeknu svý a hledáme.. spíš taková cesta kompromisu. Ty direktivní pokyny ano, ale musí je přijmout, musí se s nima ztotožnit...“ (R6).

4.4 Témata závěrečné fáze terapie/poradenství

V rámci závěrečné fáze terapie/poradenství do popředí vystupují témata Rozloučení a Adiktologická témata.

4.4.1 Rozloučení

Důležitým tématem, vynořujícím se v závěrečné fázi terapie s adiktologickými klienty, je rozloučení. Prosté rozloučení se s terapeutem v závěru léčby, se vším všudy, může poukazovat na to, jak během léčby klient dozrál a dokáže se posunout dál. V následující citaci respondentka popisuje, že adiktologičtí klienti mají často problém s ukončováním procesů, zejména vztahových. Když se jim to podaří, může to značit posun v léčbě a v jejich vývoji: „...*Mám dost často pocit, že tyhle lidi nejsou schopný ty procesy mnohdy ukončovat a je pro ně jednodušší z toho odejít a že už jenom tohle, jenom to rozloučení a říct si děkuju a doufám, že už se nikdy nevidíme, v dobrým slova smyslu, že se mu v životě bude dařit, že už jenom tohle je zdravý, že jsou schopný dojít do tohohle procesu, že někomu řeknou: „Už nechci docházet.“, „Děkuju, stačilo mně“ ...“ (R3).*

Proces rozloučení může být v případě některých adiktologických klientů komplikovanější, protože tito klienti mají často zkušenost s opuštěním důležitou osobou. V rámci silného terapeutického vztahu se jim může tento zážitek vrátit znovu, znovu aktivovat.: „...*Já si teda taky myslím, že často se oni prožitkově vracejí do své separace třeba od rodiny, když dospívali, že to je ta první zkušenost se separací od rodičů...“ (R4).* Respondentka dodala, že s rodiči se to povést nemuselo, a tak se to někdy mohou učit v terapii.

Jedna z respondentek mluvila o tom, že terapeut během procesu většinou pozná, že se jedná o téma pro klienta významné. V závěrečné fázi je tedy podle ní dobré přijít s tím, že terapeut ví, že je to pro klienta důležité téma, a ptát se ho na to, jak by bylo možné spolupráci ukončit, aby se necítil opuštěný či zrazený. Terapie s těmito klienty také mohou být delší. Je tedy třeba, zvláště v závěru terapie, k tomu přistupovat citlivě, je potřeba více podpory. Užitečné zde také bývá postupné rozvolňování kontaktu: „...*Protože když by to přišlo třeba moc předčasně nebo necitlivě, tak pro ně je to zase jakoby opuštění, zrada, vlastně zase potvrzení toho jejich životního přesvědčení, že nejsou dost milovaný a že nejsou přijímaný, že se jich chce ten terapeut zbavit...“ (R4).*

4.4.2 Adiktologická témata

V rámci závěrečné fáze terapie/poradenství terapeuti s adiktologickými klienty řeší následující témata: Prevence relapsu, Abstinence a Pojetí závislosti.

Prevence relapsu

V závěru léčby s klienty se většinou objevuje téma prevence relapsu. V následující citaci respondentka popisuje, že s adiktologickými klienty je potřeba v závěru terapie věnovat více času přípravě na budoucnost s důrazem na relaps: „...*Trochu víc počítáme do budoucna s možnostmi toho relapsu nebo recidivy z toho adiktologického hlediska. že když ke mně chodí*

někdo s panickéjma atakama nebo s depresema, tak samozřejmě, tam taky můžou nastat relapsy, ale v tý adiktologii nějak víc asi pracujeme s tím, že je tam ta látka a děláme možná lepší ještě přípravu do budoucna na to, jak to bude...“ (R4). Je potřeba se např. ujistit, že má klient určitý havarijní plán pro případ rizikové situace: „... V tu chvíli mu dám nástroje, to znamená, společně najdeme princip, jak se tomu vyhnout. Typický příklad je rodinná oslava. No a tak co dělat. Typický příklad je být řidič nebo říct, že beru léky, i kdybych měl lhát, protože nechci vysvětlovat každému, že mám problém s alkoholem...“ (R5).

V souvislosti s prevencí relapsu, se jeden z respondentů zmiňuje o tématu tvořivosti: „... Jsou tam témata řešení krizí nebo těžkých chvil, to znamená tvořivost, nové pohledy a tvořivost v hledání řešení v období, kdy je mi ouvej, těžko, které dřív řešil závislostně. Takže ta tvořivost je specifické téma...“ (R5). Klient tedy přebírá zodpovědnost za svůj stav, je připravený, může něco dělat, má spoustu možností a není obětí.

Abstinence

S adiktologickými klienty se řeší specifické téma abstinence, které může v závěrečné fázi procesu znovu rezonovat, a mluví se o významu abstinence, postoji a vztahu k ní: „... Moje zkušenost je, že se v adiktologii zase znovu vracíme k tomu, jak tu abstinenci vnímají, jestli třeba si uměj představit, že si budou chtít vyzkoušet se napít...“ (R4). V tomto ohledu může také záležet na věku klienta, protože starší člověk si možná umí lépe představit, že bude abstinovat než klient mladší. Respondentka se také zmiňuje o tom, že toto téma může být zvlášť důležité u klientů, kteří ještě nejsou ve fázi závislosti, ale spíše problémově užívají návykové látky. Zároveň se může diskutovat o tom, co abstinence najednou klientovi umožňuje: „... co jim ta abstinence do toho života umožňuje, co najednou můžou dělat jinak, co se změnilo nebo co se během tý spolupráce změnilo...“ (R3).

Pojetí závislosti

Předchozí témata tématizovali samotní klienti. Respondenti popisovali různá pojetí závislosti, a to je téma, které vystupuje do popředí pro samotné terapeuty, a se kterým pracují. Každý pracovník v adiktologických službách má své názory a přístupy a to znamená, že každý může téma pojetí závislosti vnímat trochu jinak. Jeden pohled na závislost klientovi dává najevo, že má svoji hodnotu, ale že je zranitelný a že závislost je celoživotní, a tak je třeba být připravený: „...že to je celoživotní zátěž, která ho bude doprovázet, který se nezbaví, ale se kterou se dá žít plnohodnotně, aktivně...“ (R6). Jiný pohled zase klienta zbavuje fatálního pojetí závislosti a spíše se snaží to brát jako novou zkušenost: „... Takže změna pohledu, změna paradigmatu toho člověka. Dělán všechno, kromě tady té jedné věci – nepiju alkohol. Z těch tisíce barev tu jednu, šedou třeba si vyberu. Tohle nedělám, ale jinak dělám všechno...“ (R5).

4.5 Emoce

Výsledky odhalily, jaké emoce provází závěr léčby jak z hlediska terapeutů, tak klientů.

4.5.1 Emoce terapeuta

Terapeuti či poradci na konci léčby s klientem, se kterým si utvořili terapeutický vztah, popisovali, že pociťovali různé emoce, ať už negativní či pozitivní. S každým klientem je to samozřejmě jiné.

Radost z vykonané práce

S těmi úspěšnějšími klienty všichni terapeuti prožívali ke konci radost, že klient udělal pokrok, že už je nepotřebuje a že k tomu oni mohli přispět a že to tedy má smysl. „...*A s těma, kde se to třeba daří líp, tak tam je určitě taková vnitřní spokojenost nebo radost, že se to podařilo, takový zadostiučinění, nebo já nevím, jak to mám říct...*“ (R2).

Úleva

V několika případech respondenti také popisovali úlevu, např. když klienti už neměli co řešit, ale bylo jim příjemné chodit dál. S takovými to bylo těžší ukončit: „...*nechci zažívat ten pocit, že ti klienti si sem jdou popovídat o tom, i když je to pro nějak důležitý.. o něčem, ale mám pocit, že tam nejsem absolutně užitečná, že to může dělat i souseď, ale nemusím to dělat já. Takže v tenhle moment pociťuju i úlevu...*“ (R3).

Naděje

Respondent popisuje situaci, kdy se delší dobu nedařilo, ale situace se vyřešila: „...*Když se mi je podaří posunout třeba do pobytové léčby, kde ta péče může být efektivnější, tak někdy je to vlastně úleva. Vlastně tam je i nějaký pocit naděje, že by se s tím dalo něco dělat...*“ (R2).

Smíšené emoce

Někdy se ale také pocity mohou mísit: „...*Nemohl jsem si nevšimnout, že mezi náma se nějaký vztah udál, byť jako terapeutickéj. a musím říct, že mi bylo i líto, že už o ní vlastně moc neuslyším, že vyloženě to není jestli ona o sobě dá vědět, jo, jsem tady a mám se dobře nebo něco takovýho. To já prostě po ní nesmím ani nemůžu vyžadovat. Tak taková směsice věcí...*“ (R1).

Frustrace

Někdy se nedaří a je třeba hledat jinou cestu: „...*Když je ta terapie neúspěšná, tak to je samozřejmě nepříjemnější, tam vždycky je samozřejmě určitá míra mý frustrace...*“ (R4)

Pochybnosti

Existují i případy, kdy klient náhle ukončí terapii. A to i v případech, kdy si klient s terapeutem rozuměli: „...*Tak někdy člověk přemýšlí, co se stalo, proč se to stalo, jestli já jsem udělal nějakou chybu a jakou...*“ (R1).

Naštvaní a lítost

Respondentka pociťovala v případech, kdy klient nedodržel pravidla následující emoce: „...Vím, že ty pravidla jim opakuju a oni i přesto to nedodržujou, tak to je nějaký naštvání a tam je i lítost, že je musím vyhodit, ale nějak si potřebuju udržet hranice...“ (R3).

4.5.2 Emoce klienta

Všichni terapeuti mluvili o tom, že si myslí, že emoce, které prožívají klienti jsou dost podobné. Na konci procesu se jich na ně i samy ptají.

Příjemné emoce

Pokud jde o ty úspěšnější klienty, mohou cítit hrdost na to, kam až došli. Častá je v těchto případech radost: „...No a někdy zase když se rozcházíme, že se podařilo, tak člověk má radost, pohodu, oni to taky dají najevo. Obejmeme se, pohladíme...“ (R6). Klienti také pociťují uspokojení z vyřešení tématu, z toho, že se zbavili nejistoty v životě: „...Na straně klientů, já se na to ptám často, tak je většinou uspokojení z vyřešení tématu, to znamená radost nebo většinou s těmi klienty dojdeme k takovému stavu, že je si vědom toho, že to má on ve svých rukou, že to má pod kontrolou...“ (R5).

Úleva

I u klientů se objevuje úleva, např. protože už nemusí „patřit“ do adiktologické ambulance: „...že nemusí být furt klienti adiktologický ambulance, protože i to pro ně je nějaký, vnitřně, nějaký stigma, že se můžou od té terapie odlepit...“ (R3).

Hořkosladké pocity

Současně se můžou objevit „hořkosladké“ pocity: „...Většinou je tam lítost, že nějak by byli rádi, kdyby ten kontakt přetrval, ale ne v rámci adiktologický ambulance, že je vlastně mrzí, že musí opustit nějaký kontakt, kde můžou mluvit o všem a zároveň radost, že se dostali do fáze, kam chtěli...“ (R3).

Obavy

Někteří klienti také někdy zažívají obavy, jestli život mimo terapii zvládnou, i přesto, že mají nástroje ke zvládnání krizí: „...Nějaké obavy, jestli to zvládnou určitě u toho klienta probíhají. Je to nová situace, přestože jsme se naučili to zvládat, tak přesto mám dlouholetou zkušenost, že jsem lila alkohol, závislost, ten proces, mám ho v mozku navždy nahaný, jak se dozví, to znamená, nelze to zkoušet za dva roky, zkusím se napít alkoholu...“ (R5).

Vztek a naštvání

Respondenti většinou popisovali, že se příliš nesetkávají s negativními reakcemi. Dva respondenti ale uvedli některé příklady:

„...Pro některý to taky může být třeba naštvání, že je chci opustit v té spolupráci i naštvání, že jim neumožním, aby oni mohli porušovat pravidla, že třeba nejsou výjimeční...“ (R3).

„...Jediné, co bylo možná negativní je ta paní, co chodila z OSPODU, ta byla negativně naštvaná, že už jí nebudu dělat čárky, že přišla...“ (R5).

Jedna respondentka také upozornila, že si myslí, že klienti vlastně na konci procesu terapie nejsou schopní někdy říct, co vlastní cítí, protože terapie dobíhá ještě např. několik měsíců po ukončení, a s nimi postupně i emoce klienta: „...*Řada těch klientů si myslím, že třeba na tom posledním sezení vám ještě nejsou schopný všechny emoce ani pojmenovat, protože se ani všechny třeba nevynořily, že to bude přicházet postupně...*“ (R4).

4.6 Komplikovanější ukončení

V rámci závěrečné fáze se terapeuti musí držet v hranicích terapeutického vztahu. Výsledky definovaly skupiny klientů, se kterými to někdy může být těžší: klienti s přidruženou psychickou poruchou, lidé s tendencí být závislý na vztazích a klienti, kteří mají málo sociálních kontaktů.

4.6.1 Psychické poruchy

Proces závěrečné fáze mohou komplikovat přidružené psychické poruchy.

Poruchy osobnosti

S některými klienty je těžší terapii rozvázat, např. s lidmi s poruchami osobnosti: „...*Když už toho člověka nějak na sebe navážete, což někdy je prostě šílený, tak potom se strašně těžko od něho odchází. Například emočně nestabilní porucha osobnosti. To je fakt jako test vás, test vůbec celého toho procesu...*“ (R1).

Klienti mentálně handicapovaní

Jeden z respondentů měl zase zkušenost s klientem mentálně handicapovaným: „...*My jsme měli nějaké klienty i ze sociální služby, která zaměstnává lidi s handicapem v oblasti psychiky a ti klienti mají velkou tendenci uvíznout v závislosti na procesu terapeutickém...*“ (R5). Tento klient měl tendenci dokola chodit, i když už v podstatě nebylo co řešit: „...*že si zvykli chodit někam a ta vnější autorita byla pro ně významným, motivačním a důležitým faktorem, ale uvízli na něm...*“ (R5).

4.6.2 Tendence být závislý na vztazích

Závěrečná fáze terapie může být také komplikovanější s lidmi, kteří mají tendence být závislí na vztazích. Zde si terapeut musí hodně hlídat svou pozici: „...*vůbec jako vztahově závislí, kde si musíte strašně hlídat tu svoji pozici a člověk někdy neví, kde zrovna stojí...*“ (R1).

Tento respondent mluvil také o lidech, kteří v terapii stagnují a jde jim hlavně o vztah s terapeutem. Pro terapeuta to je poté náročné, až někdy drsné: „...*Člověk musí sám, ze své vlastní vůle, nějak to nahlídnout. Mně se vždycky v tomhle osvědčily supervize. Vlastně někdy do toho drsně a aktivně zasáhnout a označit to a nějak toho člověka pohnout dál a ono to většinou zafunguje hodně dobře...*“ (R1)

4.6.3 Málo sociálních kontaktů

Pro některé klienty se terapeut zase stane jediným člověkem, kterému důvěřují, protože mají např. málo sociálních kontaktů nebo nejsou tak kvalitní: „...*V danej moment je pro ně těžký tu službu opustit, protože přijdou o důležitýho člověka a ví, že nikdo jinej už to nenahradí a vlastně ani nechtějí...*“ (R3). V terapii tedy setrvávají, vyhovuje jim „neutrální půda“. S těmito klienty je poté potřeba mapovat, jak by se mohlo docílit přirozeného důvěrnějšího kontaktu v klientově okolí.

5 Diskuze

S teoretickými poznatky se tento výzkum v mnohém shoduje, ale jak už bylo řečeno, existuje mezera v odborné literatuře, takže jsem nemohla porovnat své výsledky přímo s výzkumy o závěrečné fázi terapie s adiktologickými klienty. O specifiích adiktologické závěrečné fáze se pouze zamýšlím, protože srovnání s terapií s obecnou klientelou mám pouze v teoretické části a také díky tomu, že někteří respondenti tohoto výzkumu pracují i s jinými než adiktologickými klienty.

První výzkumná otázka si kladla za cíl zjistit, jak terapeuti/poradci vnímají závěrečnou fázi léčby s adiktologickými klienty. Pro respondenty nebylo mnohdy úplně snadné vymezit tuto fázi, což vyplývá z toho, že každý klient je individuální a s ním i závěrečný proces léčby. Záleží zde na mnoha faktorech, např. na motivaci klienta, jeho situaci apod. Závěrečná fáze terapie podle jedné respondentky nastává po určitém vývoji v terapeutickém vztahu, který se projeví společným rozhovorem klienta a terapeuta na téma závěr. V tomto ohledu je velmi důležité klást důraz na potřeby klienta, tato fáze by se měla řídit podle jeho stanovisek. Dalo by se uvažovat o tom, že oproti fázi vlastní terapie, kterou řídí terapeut, jak uvádí Vymětal (2003), je klient v závěrečné fázi tím, kdo proces určuje. Z výsledků vyplynulo, že závěrečná fáze terapie nebo poradenství je hodně modulována pravidelným vyhodnocováním, které se provádí v terapeutickém procesu periodicky a na jehož základě se mohou podniknout změny vedoucí k závěru léčby. Dva respondenti mluvili o tom, že jinak bude vypadat závěrečná fáze u časově ohraničených, strukturovanějších terapií, kde není takový prostor pro individualitu klienta, ale pro klienta může být přehlednější a u těch časově neomezených, kde se spíše objeví hlubší témata. S podobným zjištěním přišli Ling & Stathopoulou (2020), pevně daná délka terapie byla v jejich výzkumu spojena s obtížnějším zpracováním závěrečného procesu léčby.

Často zmiňovaným slovem v souvislosti s tím, jak respondenti poznají, že je klient připraven na závěr léčby, byla stabilizace. Pro každého z nich mělo toto slovo trochu jiný význam. Pro jednoho respondenta je to negativně nezměněné chování po určité období, pro jiného je zásadní, aby se klient cítil spokojeně. Dále dochází k naplnění cíle, ke změnám v terapeutickém vztahu směrem k samostatnosti klienta. Jako indikátor byla zmiňována také abstinence. Pro někoho může abstinence znamenat to, že může nastat závěrečná fáze léčby a pro jiného respondenta z toho vyplývá, že bylo teprve dosaženo prostředku k cíli terapie. Někteří respondenti se v tomto ohledu řídí intuicí, tím, co chce a cítí klient – je třeba být vnímavý také k tomu, pokud ještě klient na ukončení připraven není.

Jak už bylo řečeno, závěr léčby je individuální proces, přesto ale respondenti dokázali pojmenovat některé konkrétní techniky a postupy, které obvykle v závěru s klienty používají. Klient je do celého procesu plně zapojován, aktivita je přenechána hlavně na něm a jedná se o záměr. Některé metody ve mně zanechávají dojem toho, že se terapeuti snaží, aby byli klienti těmi, kdo bude chtít terapii rozvázat, aby byli schopni se rozhodnout a stát na svých nohou. Jedná se např. o otázku: „Jak klienti na sobě poznají, že by se terapie mohla ukončit?“ Metody jsou komplexní, je zde pozvolná příprava, je zde zastoupena i adiktologická složka v podobě prevence relapsu či rozpravy nad tím, co klientům umožňuje abstinence do života.

Důležité je společné zhodnocení celého procesu. Zároveň se nezapomíná na témata, na kterých by klient měl ještě pracovat, s tím, že dostane třeba i doporučení. Jeden respondent uvedl také zapojení rodiny jako „ostrážité pomocné ruky“ při dodržování abstinence. Z výsledků vyplynulo, že se najde spousta bodů, které jsou ohledně závěrečné fáze léčby pro terapeuty společné (např. rozvolnění kontaktu), ale zároveň každý z nich přináší malé odlišnosti díky své osobnosti a vzdělání. Terapeutický vztah vlastně nikdy nekončí díky tomu, že se klient může v případě nesnázi kdykoliv ozvat a přijít za terapeutem. Pro všechny respondenty bylo totiž naprosto klíčové, aby klienti od nich dostali informaci o tom, že mají u nich vždy otevřené dveře a aby si toho byli vědomi. Metody závěrečné fáze jsou v souladu s těmi, které uvádí Shafran a kol. (2020). Respondenti mého výzkumu ale tolik nemluvili o efektivitě terapeutického vztahu, může to být ale způsobené tím, že jsem se na rozdíl od zmíněných autorů nevěnovala jen poslednímu sezení, ale celé závěrečné fázi.

Co se týče délky této fáze, jedno sezení bylo definováno jako nejkratší možná délka. V některých případech se klient neozve a zakončení neproběhne. Naproti tomu, v některých případech může trvat i rok. Dalo by se říci, že nejčastěji trvá přibližně v rámci jednoho až tří měsíců. Z výpovědí některých respondentů také vyplynulo, že terapie a terapeutický vztah není ostře ohraničen délkou samotné léčby. Terapie probíhá i mimo sezení a po ukončení kontaktu klienta s terapeutem v podobě toho, že si klient může později např. uvědomit nějaké užitečné skutečnosti.

Byly identifikovány 3 způsoby zahájení ukončení: většinou terapeut, obvykle klient a někdy klient, někdy terapeut. V prvním případě šlo o situace, kdy respondenti reagovali na klientovu změnu chování a přišli první s tématem ukončení. Jedná se o případy, kdy se obě strany shodnou. Jedna respondentka si myslí, že si klienti možná netroufnou s tím přijít sami. Jindy bylo potřeba aktivně zasáhnout do stagnující terapie a zvolit jinou cestu. Další situace ukončení se týkaly terapeutovy plné kapacity, ovšem s úmyslem osamostatnění se klienta. Co se týče ukončení ze strany klienta, respondentka uváděla, že klient většinou dosáhne spokojeného, normálního života, kdy je schopný fungovat, i když třeba není ještě úplně vše dořešené. Je zde určitá podobnost s výsledky Lampropoulos (2010), klienti dosáhli zisků, i když léčbu nedokončili. V kategorii „někdy klient, někdy terapeut“ jeden respondent uvedl, že klient ukončuje spolupráci, když už chodí na terapii dlouho a zasahuje mu do běžného fungování. Pokud ukončuje on, jedná se opět o případy stagnace. Druhý respondent ukončuje léčbu v případě, že má pocit, že už nemá klientovi co nabídnout. Klienti ukončují v jeho případě v situacích, kdy se vyřeší problémy, kvůli kterým přišli, a cítí se dobře. Respondent, ale bere v úvahu svůj dojem. Respondenti mají také zkušenost s předčasnými ukončeními, kdy nedojde k dokončení procesu. Klient skončí buď hned na schůzce, nebo skončí bez upozornění terapeuta.

Většina těch úspěšnějších terapií je ukončena v rámci vzájemného souladu mezi klientem a terapeutem, bez ohledu na to, kdo ukončení iniciuje. Většinou to nejspíše souvisí s dobrým a efektivním terapeutickým vztahem. Respondenti vnímají soulad různě. Pro jednoho z nich je důležitý stejný názor – sebereflexe klienta a terapeut je přesvědčen, že klient zvládá hlavní téma léčby. Jiná respondentka má zkušenost s tím, že u většiny klientů, kteří přijdou s tím, že chtějí ukončit léčbu, je ona sama v souladu s tímto rozhodnutím. To je v částečném

rozporu s výsledky studie Olivera a kol. (2017), kteří popsali, že případy ukončení terapie klientem byly částečně provázeny vzájemnou shodou a částečně nesouhlasem. Jde ale o srovnání zkušenosti jedné respondentky tohoto výzkumu s výsledky kvantitativní analýzy ve studii zmíněných autorů. Další respondent vnímá soulad jako diskusi o konci léčby, se kterou přijde buď klient nebo terapeut, a oba to vnímají podobně. Soulad v ukončení byl také chápán jako kompromis.

Tématem závěrečné fáze terapie u adiktologických klientů bylo rozloučení. Bylo zjištěno, že někteří klienti mají problém s ukončováním procesů a mnohdy je pro ně jednodušší odejít, aniž by byl proces dokončen. Pokud se podaří zdravě ukončit proces terapie, může to značit to, že se klient v životě posunul. Je možné, že tato zjištění souvisí s tématem, kterému se věnoval Quintana (1993), který popsal, že ztráta terapeutického pouta může umožnit vnitřní vývoj. S některými klienty je rozloučení těžší, protože v rámci ukončování silného terapeutického vztahu se mohou pocitově vracet do období v minulosti, kdy došlo k opuštění, separaci od pro ně důležité osoby. Pistole (1999) popsal separační úzkost v závěru terapie u klientů, kteří se vrací do rané dětské fáze závislosti na pečovateli. Respondentka tohoto výzkumu se zmínila o nepovedené separaci od rodičů v dospívání. Je zde tedy rozdíl v uvedení období, kdy k separaci dochází. Respondentka většinou pozná, že je toto téma pro klienta významné, a tak tomu přizpůsobuje i závěrečnou fázi terapie. To koresponduje s výsledky výzkumu Marxe a Gelso (1987), kteří zjistili, že když byla ztráta tématem samotné terapie, terapeuti se na ni zaměřovali více v závěru procesu.

Klient může být do života ovlivněn tím, jak terapeut vnímá závislost. Ve výsledcích byly zachyceny téměř protikladné přístupy. Pojetí závislosti je téma, které v závěru léčby vyvstává terapeutům. Klient tímto přístupem může být do života značně ovlivněn.

V teoretické části se píše o výzkumu Shafran a kol. (2020), ve kterém bylo zjištěno, že při úspěšné závěrečné fázi terapie s klienty se diskutuje o přípravě na jejich budoucnost. Z výsledků tohoto výzkumu vyplynulo, že u adiktologické klientely v závěru léčby vyvstává do popředí téma prevence relapsu a že se pravděpodobně klade ještě větší důraz na přípravu na budoucnost, než u obecné klientely, protože je tam přítomnost té návykové látky. Tématem, které v závěru léčby znovu vyvstává, je abstinence. Někteří klienti znovu přemýšlejí o postoji k ní do budoucna.

Zdá se, že závěrečná fáze terapie/poradenství je provázena negativními i pozitivními emocemi u klientů i terapeutů. Je rozdíl, jestli se jedná o úspěšné nebo neúspěšné případy. Zejména u těch úspěšnějších je závěr léčby také spojen s mísením emocí. Z analýzy dat v tomto výzkumu totiž vyplynulo, že jak klienti, tak terapeuti, pociťovali v závěru léčby pocity příjemné, nejčastěji ve formě radosti, ale zároveň pocity lítostivé. U klientů se k tomu někdy přidaly také obavy. Tato zjištění korespondují s výzkumem Fragkiadaki & Strauss (2012). V jejich práci někteří terapeuti také popisovali podobné smíšené pocity intenzivního smutku a potěšení, zejména s těmi klienty, se kterými si vytvořili silné terapeutické pouto. Je zde ale rozdíl v pocitech smutku a lítosti, přece jen se jedná o odlišné emoce. Zároveň většina respondentů mluvila o tom, že klienti v závěrečné fázi procesu prožívají podobné pocity jako oni sami. Podle jedné z respondentek ale často klienti nejsou schopni v závěru terapie říci,

jaké emoce prožívají, protože tento proces „dobíhá“ i měsíce po jeho formálním ukončení a s ním i emoce.

Co se týče poslední výzkumné otázky o možnosti komplikovanějšího zvládnání závěrečné fáze s některými klienty, respondenti se zmiňovali o klientech, kteří mají potíže ve vztahové oblasti, což zahrnuje klienty, kterým terapeutický vztah supluje přirozené kontakty s lidmi v jejich okolí nebo klienty s tendencí být na vztazích závislí. Takoví lidé si někdy nechtějí připustit, že by o tento kontakt měli přijít. Terapie se tak mohou neefektivně prodlužovat. Zejména u závislostí na vztazích by mohla být shoda s informacemi Schlesingera (2014), který jako jeden z důvodů protrahovaných terapií uvádí kořeny neurózy v raném dětství. Zkušenost byla také s klienty s přidruženými psychickými poruchami. Jedná se o ukončení s klienty s poruchou osobnosti. S těmito lidmi je obecně těžší navázat vztah, a když se tak stane, je také těžší ho ukončit, terapeut si musí hodně hlídat své hranice. Jiný respondent zažil komplikovanější ukončení poradenství s klientem mentálně handicapovaným. Z klientovy strany zde hrál roli zvyk a působení autority – poradce.

Mezi hlavní limity práce podle mne patří rozsáhlost tématu. Pokud bych dělala výzkum znovu, zaměřila bych se spíše na jednu nebo dvě oblasti z tohoto tématu a pravděpodobně bych do výzkumu také nezahrnovala zkušenosti s klienty, kteří předčasně opouštějí léčbu. I pro samotné respondenty byly některé otázky moc obecné, přesto se vždycky podařilo na ně odpovědět, např. pomocí uvedení příkladu. Limitem také může být počet respondentů výzkumu. Pokud bych dosáhla vyššího počtu, zřejmě bych se toho o tématu dozvěděla ještě více. Na druhou stranu si myslím, že i když je téma rozsáhlé, tak se podařilo celou závěrečnou fázi léčby přiblížit přehledně a uceleně.

Výsledky výzkumu mohly být ovlivněny tím, že respondenti mají rozdílná terapeutická vzdělání, a jak zmiňuje Kalina a kol. (2003), různé psychoterapeutické školy mají různé teoretické pozadí, což může mít vliv na práci s cíli terapie, hodnocení apod. Výzkum může být také limitován tím, že každý respondent pochází z trochu jiného pracovního prostředí, i když všichni pracují s klienty ambulantně. Každé toto prostředí, ať už organizace či soukromá praxe, má nastavená jiná pravidla, maximální dobu léčby s klienty, což může ovlivňovat i závěrečnou fázi procesu s klienty, zejména pak indikátory připravenosti klienta z pohledu terapeuta. Ve výsledcích výzkumu také mohl hrát roli rozdílný věk respondentů a s tím spojené pracovní zkušenosti. Zároveň si ale myslím, že tato rozdílnost přinesla různorodější pohledy na toto téma, protože adiktologický obor a s ním spojená léčba, se neustále vyvíjí a přináší nové poznatky. Výsledky výzkumu mohou být také zkresleny tím, že rozhovory byly prováděny jen ze strany terapeutů, samozřejmě by bylo ideální, aby se zúčastnily obě strany, jak terapeut, tak klient.

Tato práce podle mne přinesla komplexní, strukturovaný pohled na závěrečnou fázi léčby v adiktologii a přínos vidím zejména pro adiktologické pracovníky, možná zejména pro ty začínající, kterým může sloužit jako inspirace či pomůcka při ukončování terapie/poradenství s klienty. Jak bylo v práci uvedeno, terapeuti využívají při ukončení terapie supervizi, protože se mnohdy nejedná o snadný proces.

Předmětem výzkumu by dále mohla být řada dalších věcí. Mě osobně zaujaly protrahované terapie, a jak už jsem psala výše, myslím si, že by bylo zajímavé toto téma zkoumat jak z pohledu terapeutů, tak klientů, i když by bylo náročnější takový výzkum provést. Užitečné by bylo také porovnat závěr léčby u klientely obecné a té adiktologické.

6 Závěr

Závěrečná fáze terapie u adiktologických klientů je rozmanitý proces, u kterého však lze nalézt určité záchytné body. Hraje zde roli individualita každého klienta, který tuto fázi určuje. Většina úspěšných závěrečných fází vychází ze vzájemného souladu mezi klientem a terapeutem, bez ohledu na to, kdo ukončení iniciuje. Zároveň nemusí vždy dojít k úplnému dokončení léčby, aby klient nabyl spokojenosti. Jak terapeuti, tak klienti v závěru léčebného procesu prožívají silné emoce, negativní i pozitivní, které se mohou mísit. Dala by se nalézt určitá specifika závěrečné fáze terapie u adiktologické klientely – příprava na budoucnost je zde naprosto klíčová. Cíle práce byly naplněny. Dále je potřeba se tímto tématem zabývat jak z pohledu terapeutů, tak klientů.

7 Použitá literatura

Boyer, S. P., & Hoffman, M. A. (1993). Counselor affective reactions to termination: Impact of counselor loss history and perceived client sensitivity to loss. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 271–277.

Čech, B. (2009, duben). *Niektoré aspekty psychoterapeutického procesu*. Přednáška prezentovaná na IV. mezinárodní konferenci doktorandů odborů Psychologie a Sociální práce, Nitra, Slovensko.

Fragkiadaki, E., & Strauss, S. M. (2012). Termination of psychotherapy: The journey of 10 psychoanalytic and psychodynamic therapists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 85*, 335–350.

Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

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

Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Khantzian, E. (2015). Psychodynamic Psychotherapy for the Treatment of Substance Use Disorders. In N. el-Guebaly, G. Carrà, & M. Galanter (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (s. 811–819). Springer.

Kratochvíl, S. (2012). *Základy psychoterapie* (6. aktualiz. vyd.). Praha: Portál.

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

Lampropoulos, G. (2010). Type of counseling termination and trainee therapist–client agreement about change. *Counselling Psychology Quarterly, 23*, 111–120. <https://doi.org/10.1080/09515071003721552>

Lee, P.-S., Wang, L., & Swift, J. (2021). Clients' and counselors' termination decisions and experiences in counseling. *Current Psychology, 1–11*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01725-4>

Ling, L., & Stathopoulou, H. (2020). An exploration of ending psychotherapy: The experiences of volunteer counsellors. *Counselling and Psychotherapy Research, 21*. <https://doi.org/10.1002/capr.12379>

Marx, J. A., & Gelso, C. J. (1987). Termination of individual counseling in a university center. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 3–9.

Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.

- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Murdin, L. (2000). *How much is enough? : Endings in psychotherapy and counselling*. Taylor & Francis Group.
- Murdin, L. (2015). *Managing Difficult Endings in Psychotherapy: It's time*. Routledge.
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby* (3., dopl. a opr. vyd.). Praha: Portál.
- Norcross, J., Zimmerman, B., Greenberg, R., & Swift, J. (2017). Do all therapists do that when saying goodbye? A study of commonalities in termination behaviors. *Psychotherapy, 54*, 66–75. <https://doi.org/10.1037/pst0000097>
- Olivera, J., Challú, L., Gómez Penedo, J. M., & Roussos, A. (2017). Client-therapist agreement in the termination process and its association with therapeutic relationship. *Psychotherapy, 54*, 88–101. <https://doi.org/10.1037/pst0000099>
- Pistole, M. C. (1999). Caregiving in attachment relationships: A perspective for counselors. *Journal of Counseling & Development, 77*, 437–446.
- Quintana, S. M. (1993). Toward an expanded and updated conceptualisation of termination: Implications for short-term, individual psychotherapy. *Professional psychology: Research and Practice, 24*(4), 426–432.
- Riesel, P. (2015). O potřebě naplňovat a rozvíjet ambulantní léčbu závislých pacientů. *Adiktologie, 15*(2), 183–192.
- Shafran, N., Kline, K., Marks, E., Gupta, S., Pinto-Coelho, K. G., Kanazawa, Y., & Hill, C. E. (2020). The final session of psychodynamic psychotherapy for satisfied and unsatisfied who initiate the end of treatment. *Counselling Psychology Quarterly, 33*(4), 583–597.
- Schlesinger, H. J. (2014). *Endings and Beginnings: On Terminating Psychotherapy and Psychoanalysis* (2. vyd.). Taylor & Francis Group.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Úvod do psychoterapie* (2. aktualiz. vyd.). Praha: Grada Publishing.
- Vymětal, J. a kol. (2004). *Obecná psychoterapie* (2. vyd.). Praha: Grada Publishing.
- Yalom, I. D. (2003). *Chvála psychoterapie: otevřený dopis nové generaci psychoterapeutů a jejich pacientů*. Praha: Portál.
- Zeig, J. K. (2005). *Umění psychoterapie*. Praha: Portál

8 Přílohy

8.1 Otázky k rozhovoru

- Jak obvykle vypadá ve Vaší praxi závěrečná fáze terapie/poradenství?

Kdo obvykle navrhuje konec psychoterapeutického/poradenského procesu, Vy nebo klient?

V jakém případě navrhuje ukončení terapie/poradenství Vy a v jakém klient?

V jakém případě si dokážete představit, že byste ukončil/a terapii/poradenství Vy, jako terapeut/poradce.

Jaké jsou podle Vaší zkušenosti nejdůležitější body zpracování závěrečné fáze terapie/poradenství?

- Jak dlouhá obvykle bývá závěrečná fáze terapie/poradenství?
- Jaké faktory z Vaší zkušenosti ovlivňují proces ukončení terapie/poradenství?
- Máte zkušenost s nějakou skupinou klientů, se kterou je komplikovanější zvládnutí závěrečné fáze?
- Jaké emoce zažíváte Vy v závěru terapie/poradenství?
- Jaké emoce klienti v závěru terapie/poradenství prožívají?
- Která témata se typicky probouzejí při ukončení terapie/poradenství s klienty?

Diskutujete s klienty v souvislosti se závěrečnou fází terapie/poradenství význam ztráty, opuštění?

- Myslíte si, že jsou v závěrečné fázi terapie/poradenství nějaká témata specifická pro adiktologickou klientelu?
- Napadá Vás ještě něco, co jsme neprobrali, ale máte pocit, že to souvisí s tématem, o kterém jsme mluvili?

