

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**  
**KATEDRA PSYCHOSOCIÁLNÍCH VĚD A ETIKY**

**MOTIVAČNÍ ROZHOVOR**

**Práce na změně s uživateli nealkoholových drog  
v nízkoprahovém zařízení**

**THE MOTIVATIONAL INTERVIEW**

**Working on change with the non-alcoholic drug users  
in a low-threshold facility**

Diplomová práce

**Vedoucí práce:**  
PhDr. Miloslav Čedík

**Autor:**  
Petra Kolovecká

**Praha 2010**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a v seznamu pramenů a literatury uvedla veškeré informační zdroje, ze kterých jsem čerpala.

V Praze dne 9. dubna 2010

.....

### **Poděkování**

Velice děkuji PhDr. Miloslavu Čedíkovi za odborné vedení mé práce, za ochotu a čas, který mi věnoval. Děkuji Ing. Jiřímu Sedláčkovi za technické připomínky k formálnímu provedení a Gíthě Ruthové za pomoc s finální úpravou.

V neposlední řadě děkuji Jiřímu Novákovi, který mi během psaní diplomové práce poskytoval podporu a naději na jejím zdárném dokončení.

## **Anotace**

Hlavním tématem této diplomové práce je popsání speciální techniky – motivační rozhovor, který se využívá při práci s drogově závislými v nízkoprahových zařízeních. Tato práce se nejprve věnuje samostatně tématu drog a drogové závislosti. Následuje téma nízkoprahových programů v systému léčby o drogově závislé včetně popsání principů Harm Reduction a Public Health, které tvoří základní pilíř a filozofii těchto zařízení. Stěžejní částí celé práce je kapitola o motivačním rozhovoru, vymezení od jiných přístupů využívajících se v poradenství a popsání základních principů, strategií a technik.

**Klíčová slova:** *drogy, drogová závislost, nízkoprahová zařízení, Harm Reduction, Public Health, motivační rozhovor, práce na změně*

The main theme of this thesis is the description of the social technique – the motivational interview, which is used when working with drug addicted persons in low-threshold facilities. The thesis first covers the field of drugs and drug addiction. Then it focuses on the low-threshold programs in the drug care system, describing the principles of Harm Reduction and Public Health that constitute the main pillars and the basic philosophy of these facilities. The main part of the whole thesis is the chapter about the motivational interview, its differentiation from other approaches used in counseling and description of the basic principles, strategies and techniques.

**Key words:** *drugs, drug addiction, low-threshold facilities, Harm Reduction, Public Health, motivational interview, working on change*

# OBSAH

<i>Úvod</i>	7
<b>1. Všeobecná charakteristika drog</b>	<b>9</b>
<b>1.1. Rozdělení drog</b>	<b>9</b>
<b>1.2. Typy drog a jejich účinky</b>	<b>10</b>
1.2.1. Opioidy a opiáty	11
1.2.2. Stimulancia	12
1.2.3. Konopné drogy	13
1.2.4. Halucinogeny	14
1.2.5. Léky vyvolávající závislost	15
1.2.6. Těkávé látky	16
<b>2. Všeobecná charakteristika drogové závislosti</b>	<b>17</b>
<b>2.1. Definice drogové závislosti</b>	<b>18</b>
<b>2.2. Projevy závislosti</b>	<b>21</b>
2.2.1. Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving)	21
2.2.2. Potíže v sebeovládání	22
2.2.3. Somatický (tělesný) odvykací stav	22
2.2.4. Růst tolerance	24
2.2.5. Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů	24
2.2.6. Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků	24
<b>2.3. Typy závislosti</b>	<b>25</b>
<b>2.4. Diferenciální diagnóza</b>	<b>25</b>
<b>3. Příčiny a faktory užívání drog</b>	<b>26</b>
<b>3.1. Biologické faktory</b>	<b>26</b>
<b>3.2. Psychologické faktory</b>	<b>27</b>
<b>3.3. Sociální faktory</b>	<b>28</b>
<b>3.4. Spirituální faktory</b>	<b>29</b>
<b>4. Osobnostní dispozice ke vzniku závislosti</b>	<b>31</b>
<b>4.1. Kategorizace jedinců zacházejících s psychotropními látkami</b>	<b>31</b>
<b>5. Nízkoprahová kontaktní centra</b>	<b>33</b>
<b>5.1. Vývoj nízkoprahových kontaktních center v ČR</b>	<b>33</b>
<b>5.2. Principy a filozofie nízkoprahového zařízení</b>	<b>34</b>
5.2.1. Public Health	34
5.2.2. Harm Reduction	34
<b>5.3. Charakteristika nízkoprahových kontaktních center</b>	<b>38</b>
<b>5.4. Kontaktní centrum v systému péče o drogově závislé</b>	<b>39</b>
<b>6. Motivace</b>	<b>40</b>
<b>6.1. Význam a definice pojmu</b>	<b>40</b>
<b>6.2. Stimulace</b>	<b>41</b>
<b>6.3. Změna</b>	<b>42</b>
<b>7. Motivace v oblasti závislostí</b>	<b>43</b>
<b>7.1. Motivace k užívání drog</b>	<b>43</b>

7.2.	Motivace ke změně	45
7.3.	Motivace ke změně u klientů v nízkoprahových zařízeních	45
8.	<i>Modely procesu změny</i>	48
8.1.	Transteoretický model procesu změny	48
8.2.	Model procesu změny dle Buismana a Koka	50
8.3.	Model vývoje motivace v procesu změny dle Kaliny	52
9.	<i>Motivační rozhovor</i>	53
9.1.	Teoretická východiska motivačního rozhovoru	53
9.1.1.	FRAMES – analýza účinných krátkých terapií	54
9.1.2.	Na klienta/člověka zaměřená psychoterapie	54
9.2.	Definice motivačního rozhovoru	56
9.3.	Srovnání motivačního rozhovoru s jinými přístupy	56
9.4.	Motivační rozhovor při práci v nízkoprahovém zařízení	58
10.	<i>Technika motivačního rozhovoru</i>	60
10.1.	Pět základních principů	60
10.1.1.	Vyjádření empatie	60
10.1.2.	Rozvíjení rozporů	60
10.1.3.	Vyhýbání se argumentaci	61
10.1.4.	Otočení (využití) odpor	61
10.1.5.	Podpora vlastních schopností klienta	62
10.2.	Strategie motivačního rozhovoru	62
10.3.	Klíčové dovednosti	64
10.4.	Práce s odporem	65
10.5.	Čemu je třeba se při motivační terapii vyhnout	67
11.	<i>Kazuistiky</i>	68
11.1.	Kazusitika 1.	69
11.2.	Kazuistika 2.	75
11.3.	Kazuistika 3.	79
12.	<i>Diskuze</i>	83
	<i>Závěr</i>	84
	<i>Summary</i>	87
	<i>Seznam literatury</i>	87
	<i>Seznam příloh</i>	91
	Příloha č. 1	92
	Příloha č. 2	93
	Příloha č. 3	94
	Příloha č. 4	96
	Příloha č. 5	100

## Úvod

*Pokud člověk pokračuje stále stejným směrem a vytrvá v něm, onen směr mu napoví, jaký bude jeho konec... Ale pokud se směr změní, bude i konec života jiný.*

Charles Dickens, Vánoční koleda

Problematika drogových závislostí je stále aktuální téma. Jestliže dokážeme být v tomto směru realističtí, pomůže nám to vzdát se pomyslného přání, aby drogy ze světa zmizely. Toto přání, byť je nadmíru lákavé a obsahuje konečné řešení problému, zůstává pouze snem. Mnohem více přispějeme tím, že se postupně naučíme přistupovat k drogám jako k něčemu, co je od nepaměti součástí společnosti.

Všichni z nás se ve svém každodenním životě setkáváme s drogou. Nemusí se vždy jednat přímo o psychotropní látku v následujícím vymezení, ale o jakoukoli látku (respektive aktivitu) v nejširším slova smyslu, jejíž charakter nás svým způsobem nutí k opakovanému zacházení s ní. Účel může být na první pohled zřejmý: dostat se jejím prostřednictvím do příjemného rozpoložení, vyrovnat vnitřní napětí, dosáhnout klidu, harmonie či se cítit v životě šťastný. To, co ale už většinou nevidíme, jsou další faktory a proměnné, které se skrývají v člověku a jsou natolik individuální, jako je každý z nás jedinečnou osobností.

Obor zabývající se závislostmi – adiktologie – prošel velkým vývojem. V rámci propojení disciplinární odbornosti a nahlížení na problematiku komplexněji, změnil se nejen přístup k samotnému fenoménu závislosti, ale i k člověku užívající psychotropní látky a k nabídce služeb v oblasti systému péče o drogově závislé. Také preventivní programy už nejsou apriori zaměřené na princip „zastrašování“, ale naopak využívají principu informovanosti, objektivnosti a humanity. Tyto služby jsou stejně nezbytné jako další nabízené služby sekundární a terciární prevence využívajících se především v nízkoprahových programech. Právě na tuto specifickou a potřebnou sféru sociální sítě pro drogově závislé je zaměřena má práce.

Přes dva roky jsem měla možnost profesionálně působit jako kontaktní a poradenská pracovnice v jednom ze tří nízkoprahových kontaktních center v Praze. S klienty jsem se setkávala den co den, v různých fázích a hloubce přístupu k sobě samému a k problému užívání drog. Ráda bych touto prací poukázala na specifickou techniku motivačního rozhovoru, která tvoří základní pilíř při práci s klienty v nízkoprahových programech. Hlavním motivem je fakt, že jsem se často setkávala s domněnkou, že v kontaktním centru se mění pouze jehly a tím veškerá činnost končí. Domnívám se, že je stále malé a nedostatečné povědomí o rozsahu práce a činnostech v těchto zařízeních a tím možná se ještě více

prohlubuje nepřiliš lichotivá odezva ze strany společnosti.

Motivační rozhovor je speciální metoda, která pomáhá lidem poznat existující nebo blížící se problém a něco s ním udělat. Zvláště účinná je v případě lidí, kteří se změnou váhají nebo jsou velmi nerozhodní, a v tomto směru se pak zaměřuje na pomoc v překonání klientovy ambivalence a postoupení na cestě ke změně. Jednoduše řečeno, v nízkoprahových zařízeních se lze setkat s klienty, kteří mnohdy nemají dostatečnou motivaci pro pokračování v cestě ke změně, mnohdy váhají, utíkají a vrací se zpět. Podstatou motivačního rozhovoru je však vnímání motivace jako procesu proměnné, kterým člověk prochází na cestě rozhodnutí ke změně, a právě touto cestou se pracovníci nízkoprahových center snaží klienta vést.

Diplomová práce je rozdělena na několik částí. Nejdříve pro větší porozumění vysvětlují základní pojmy: drogy a drogová závislost. Protože se domnívám, že bez hlubšího vhledu není možné přistoupit k problematice závislostí komplexně, popisují i možné faktory vedoucí k užívání drog potažmo k závislosti.

Následuje popis a charakteristika nízkoprahových zařízení. Zaměřuji se na principy a filozofii těchto zařízení a jejich funkci v systému léčby o drogově závislé.

Stěžejní část mé práce tvoří kapitoly o motivačním rozhovoru. Nejprve uvádím přístupy, ze kterých motivační rozhovor vychází a následně je porovnávám s jinými přístupy, dříve hodně využívaných v léčbě závislých klientů. Poté se již věnuji charakteristice motivačního rozhovoru a podrobně popisují strategie, principy a klíčové dovednosti jako základní nástroje této techniky.

Věřím, že seznámení se s touto technikou může být přínosné nejen pro pracovníky v nízkoprahových zařízeních, ale i pro každého z nás. Hlavním důvodem je fakt, že v životě se také ocitáme před volbou a mnohdy sami zakoušíme onu ambivalenci na vlastní pěst. Vždyť život nás někdy přivádí na rozcestí a není lehké umět se vydat cestou, o které vnitřně tušíme, že je správná, ale vyžaduje obrovské úsilí, odvalu a pro někoho z nás i víru; není lehké vzdát se naučeného zvyku, který nám dodává určitou jistotu a pocit bezpečí, byť falešný; není lehké postavit se vlastnímu strachu, opustit staré a vykročit do neznáma. Ne nadarmo se říká, že největší tma je vždy před úsvitem.



# 1. Všeobecná charakteristika drog

Droga je mnohovýznamový termín, z něhož nejobecnější je lék. V tomto smyslu se jedná o léky podřízené mezinárodní kontrole. V dalším významu droga zastupuje psychoaktivní látku, která ovlivňuje duševní procesy, chování a jednání člověka. „*Droga – je jakákoliv přírodní nebo syntetická látka, která po vpravení do živého organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí*“ (Nešpor, 1996, s. 12).

Uvedená definice je dostatečně široká a zahrnuje všechny substance a látky, které jsou přírodní či syntetické, mají či nemají přiznané postavení léků, působí či nepůsobí přímo na centrální nervovou soustavu.

Jestliže pojmem droga míníme omamnou či psychotropní látku, můžeme ji popsat dvěma základními vlastnostmi:

- má psychotropní efekt – tj. schopnost ovlivnit vnímání a prožívání reality; vnitřní naladění člověka;
- má potenciál závislosti - tzn. schopnost vyvolat závislost (srov. Minařík, 2008, s. 339).

## 1.1. Rozdělení drog

Nejčastěji se drogy dělí do dvou obecných kategorií. Jednou z nich jsou drogy legální, tedy sociálně, kulturně a právně akceptované. Oproti tomu jsou vymezeny drogy nelegální, které jsou našemu sociokulturnímu prostředí cizí a jsou zákonem zakázány. Jejich často proklamovaná nebezpečnost oproti legálním látkám je však diskutabilní. Tzv. legální drogy totiž neznamenají pro společnost menší problém či menší nebezpečí. Naopak jejich nebezpečí tkví v tom, že jejich užívání je kulturně integrované. Tato práce se však zabývá užíváním tzv. nelegálních drog a v souvislosti s touto kategorií závislostí na nich. Přesto nelze opomenout, že závislost na alkoholu je několikanásobně vyšší než závislost na nelegálních látkách.

Drogy se dále rozdělují podle účinků na psychiku člověka, přičemž se bere v úvahu vždy hlavní účinek látky v běžně zneužívaných dávkách (Minařík, 2008). Rozdělení drog dle účinků na CNS je následovné:

- **tlumivé látky (narkotika)** – zpomalují psychomotorické tempo, malé dávky zklidní, vyšší navodí spánek; při předávkování hrozí upadnutí do kómatu až zástava životních

funkcí;

- **psychomotorická stimulancia** – mají povzbuzující účinek, zbavují člověka únavy, urychlí myšlenkové tempo, aktivují motoriku;
- **halucinogeny** – „*vyvolávají změny vnímání od pouhého zostření až po stavy podobné schizofrenii*“ (Minařík, 2008, s. 339).

Konkrétní typy drog, jejich rozdělení podle účinku na psychiku a míry závislosti viz Příloha č. 1 (s. 92).

Nejznámější a mediálně nejpoužívanější rozdělení drog je podle míry rizika. Látky s vyšší mírou rizika jsou označovány jako „tvrdé“ drogy, látky s nižší mírou rizika jako drogy „měkké“. Rizika spojená s užíváním jsou míněná v tělesné, duševní a sociální oblasti. Přehled viz Příloha č. 2 (s. 93).

## **1.2. Typy drog a jejich účinky**

V následující kapitole uvádím konkrétní typy drog, jejich zástupce a obecnou charakteristiku, projevy a účinky. U jednotlivých skupin drog dále věnuji pozornost tomu, jak se může intoxikace projevit v interpersonální interakci, a tím následně ovlivnit průběh či konečný výsledek této interakce – v našem případě motivačního rozhovoru. Vycházím především z vlastních zkušeností z kontaktního centra.

Problematikou vztahu mezi náladou, kognitivními procesy a motivací se zabývali například Bless a Schwarz (1999).

V praxi drogové problematiky můžeme tedy rozeznat tyto typy drog:

- 1) **Opioidy a opiáty**
- 2) **Stimulancia**
- 3) **Konopné drogy**
- 4) **Halucinogeny**
- 5) **Léky vyvolávající závislost**
- 6) **Těkavé látky**

### 1.2.1. Opioidy a opiáty

a) **Zástupci:** Nejčastěji zneužívanou látkou této skupiny je **heroin** (diacetylmorfin), **braun** (směs derivátů kodeinu), **opium** a **morfin**. Kromě těchto látek je v současné době na černém trhu silně zastoupen **Subutex** (buprenorfin), který je určen při substituční léčbě při závislosti na opioidech. Další látka určená pro substituci při závislosti na opioidech je **metadon**.

b) **Charakteristika:** Skupinu opioidů a opiátů tvoří látky s výrazným euforickým efektem. Napodobují účinek některých peptidů, které se přirozeně vyskytují v těle; tzv. „vnitřních opiátů“ – endorfinů, enkefalinů a dynorfinů. Tyto peptidy, povzbuzující mimořádně příjemné pocity, se do těla vylučují například při pohlavním styku, ale i při tělesné námaze, radosti apod. Podle poměru afinity (síly) a efektivity vazby na receptor se opioidy dělí do následujících skupin:

- **agonisté** - váží se na receptor, plně a silně jej aktivují; př. morfin, heroin, metadon;
- **částečné antagonisté** - váží se na receptor, aktivují jej jen částečně; př. buprenorfin;
- **antagonisté** - mají silnou afinitu, ale nulovou vnitřní aktivitu – blokují tedy receptor a zabrání účinku jiného opioidu; př. naloxon (srov. Minařík, 2008, s. 344).

c) **Účinky a projevy:** Účinky závisí na velikosti a čistotě dávky, na dřívějších zkušenostech, i na způsobu aplikace; toto se týká i všech ostatních drog. Hlavním účinkem u opiátů je zklidnění a příjemná euforie, která bývá doprovázena pocitem tepla a snížením vnímání tělesných pocitů. Dochází k potlačení percepční a lokalizační (vnímání a schopnost určení místa) bolesti i k utlumení psychické a emocionální složky bolesti. Na opioidech se vytváří velmi silná psychická i fyzická závislost a k dosažení stejného účinku je po určitém čase zapotřebí výrazně zvyšovat dávky, aby se předešlo abstinenci syndromu. Častým důvodem dalšího užívání už tedy není jen přání opatřit si příjemné prožitky „navíc“, ale především zabránit subjektivně nepříjemným propadům do abstinenci příznaků. Shánění denní dávky je životní prioritou, jíž se vše obětuje a podřizuje.

d) **Vliv na interakci:** Při práci s uživateli opiátů hodně záleží na míře intoxikace. V případě silné intoxikace není možné s klientem pracovat, neboť klientova vigilita (bdělost) ve spojitosti s vnímáním, pozorností a pamětí se pohybuje na úrovni bdělého spánku. V opačném případě, kdy klient drogu postrádá, je sice schopen komunikovat, ale značná část

jeho pozornosti je vztažena k vnitřnímu a fyzickému stavu a k potřebě opatřit si co nejdříve drogu. Ideálním stavem u klienta, který musí denně drogu užívat z důvodu fyzické závislosti, je jakási „optimální míra intoxikace“. Přesto u takového klienta je výrazně omezena účast emocí a prožívání. Může se u něj projevit tzv. „černobílé vidění“, což může mít následně vliv na míru motivace (Bless a Schwarz, 1999).

### 1.2.2. Stimulancia

**a) Zástupci:** Stimulancia (psychoanaleptika, psychomimetika) jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na centrální nervový systém. Typickými zástupci jsou **pervitin** (metamfetamin), **amfetamin**, **kokain**, **crack**, méně typickým zástupcem je **extáze** (MDMA – metyldioxymetamfetamin), která má kromě stimulačního účinku také účinek psychedelický.

**b) Charakteristika:** Psychostimulancia způsobují celkové povzbuzení organismu a zvyšují duševní i tělesný výkon. Vzrůst výkonnosti je však často na úkor zhoršení kvality. Vyšší dávky mohou u jedince vyvolat také halucinogenní efekt. Mechanismus účinku je založen na zvýšení hladiny biogenních aminů na synapsích v centrální nervové soustavě. Jedná se o aminy dopaminu, noradrenalinu a serotoninu (srov. Minařík, 2008, s. 356).

**c) Účinky a projevy:** Stimulancia všeobecně zvyšují psychomotorické tempo a vigilitu, především urychlením myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a výbavností paměti, která může být i na úkor přesnosti. Příliv energie zamezuje spánku a zahání únavu, vyvolává euforii a velmi příjemný pocit duševní i tělesné síly a energie. Dochází ke snížení chuti k jídlu. Po odeznění účinku látky se dostavuje tzv. „dojezd“, stav podobný kocovině. Dominuje celkové vyčerpání, únava, bolest kloubů, rozladění, sklíčenost apod. Po delší době kontinuálního užívání není výjimečný několikadenní spánek přerušovaný krátkými epizodami bdění s „vlčím“ hladem a konzumací ohromného množství potravy. Na stimulační drogy se může vytvořit velmi silná psychická závislost, která se vyznačuje především carvingem (bažením, dychtěním po látce, resp. jejím účinku). Dlouhodobé užívání a následné celkové vyčerpání organismu vede ke vzniku psychických problémů – toxická psychóza, deprese, úzkosti, sebevražedné tendence apod.

**d) Vliv na interakci:** Intoxikovaný klient se může v rámci interakce projevovat jako velmi

aktivní a pozorný, častokrát až hyperaktivní. Má rozbíhavé a těkavé myšlení, mluva je urychlená, chybí nekritické uvažování, je nesoustředěný. Častokrát při popisu své situace zabíhá do přílišných detailů a vrací se ke vzdáleným událostem, které dává do souvislosti s aktuálním stavem. Někdy je toto přebíhání z tématu na téma dost zmatené a nesouvislé. Je tedy potřeba ho častěji usměrňovat a vracet zpět k probíranému tématu. Užívání stimulancií může vést až k toxické psychóze, která se nejčastěji projevuje pocitem pronásledování a bludy. V tomto stavu není možné s klientem pracovat, intervence se vztahuje na zklidnění klienta a „vrácení do reality“. Klient může být podezřívavý a nedůvěřivý a proto je někdy obtížné navázat s ním důvěrný vztah, který je důležitý pro změnu.

### 1.2.3. Konopné drogy

**a) Zástupci:** Cannabinoidy patří mezi látky s halucinogenním účinkem. Jsou obsažené v rostlinách druhu Cannabis (konopí). Mezi hlavní zástupce konopných drog patří **marhuana** a **hašiš**. Marhuana je název pro usušené květenství a listy samičích rostlin konopí, hašišem je označována zaschlá a formovaná pryskyřice rostliny.

**b) Charakteristika:** Cannabinoidy jsou přírodní drogy vyráběné z konopí. Jedná se o jednoletou, dvoudomou rostlinu, která může dorůst až do 2 metrů. Nejznámější v souvislosti s pěstováním pro psychotropní efekt jsou Cannabis sativa a Cannabis indica. Samičí rostliny jsou z hlediska obsahu psychotropních látek významnější, nejvyšší obsah účinných látek je v pryskyřici samičích květů. Rostlina je průmyslová surovina, semena slouží ke krmení ptactva. Technické konopí obvykle neobsahuje psychotropní látky. Konopí obsahuje mnoho účinných látek, z našeho hlediska je nejdůležitější delta-9-tetrahydrokanabinol (THC), který je nositelem halucinogenních účinků.

**c) Účinky a projevy:** Droga se nejčastěji užívá kouřením, méně často požitím. Při kouření efekt nastupuje poměrně rychle (řádově v minutách) a také poměrně rychle odeznívá (cca do 3 hodin). Při požití je vstřebání pomalé, z hlediska průběhu intoxikace daleko závažnější. Důvodem je pozdní nástup účinků, a proto i těžší odhad dávky než při kouření a délka intoxikace. Účinky se mohou značně lišit a závisí na typu výsledného produktu a obsahu THC. Dále jsou účinky drogy závislé na osobnosti uživatele a na tom, jak se cítí. Mezi běžné účinky patří smích, pocit radosti, uvolněnosti, zvýšení smyslového vnímání s měnícími se sluchovými, čichovými a chuťovými vjemy. U některých lidí však takovéto prožívání chybí a

může se objevit nevolnost, závratě, pocity úzkosti, vtíravé myšlení. Dlouhodobé užívání způsobuje sníženou schopnost soustředění a krátkodobé paměti, změny nálad, apatii, nechutenství.

**d) Vliv na interakci:** Během své pracovní zkušenosti z kontaktního centra jsem se setkala s minimální skupinou klientů, kteří by užívali pouze marihuanu. Spíše je tato droga užívána v kombinaci s jinou drogou, obvykle s pervitinem. Klient může být v rozpoložení, kdy věci kolem sebe nevnímá jako dostatečně důležité a necítí potřebu cokoli řešit. Jeho vnímání a myšlení je rozprostřené; často je „povznesen“ nad všemi problémy.

#### 1.2.4. Halucinogeny

**a) Zástupci:** Halucinogeny nebo také psychedelika, fantastika, psychózmimetika, psychotomimetika, psychodysleptika vyvolávají silné psychické změny a mohou dojít až do stádia toxické psychózy. Typickými zástupci synteticky vytvořených halucinogenů jsou **LSD**, **PCP**, **ketamin**. Skupina halucinogenů však zahrnuje také velké množství přírodních látek jako **psilocybin**, **mezkalin**, **atropin**, atd., které jsou používány od dávnověku např. při rituálních náboženských obřadech pod dohledem šamana.

**b) Charakteristika:** Halucinogeny jsou skupina přírodních a syntetických látek, které vyvolávají změny vnímání a prožívání od pouhého zostření až po halucinace. „*Pro mechanismus má klíčovou roli ovlivnění serotoninergního neurotransmiterového systému*“ (Minařík, 2008, s. 354).

**c) Účinky a projevy:** Charakteristická je variabilita účinku, která závisí na užití látky a na duševním rozpoložení uživatele a okolí. Stavů dominují změněné stavy vnímání, které ve vyšších dávkách vyvolávají vizuální a sluchové halucinace a při zavřených očích se objevují barevné vzory. Dochází k deformaci vnímání času a prostoru. Myšlení je iracionální, tok myšlenek je obvykle urychlen a intoxikovaný asociuje bez logických souvislostí. Stav je provázen euforií. Během užití halucinogenu se však může objevit tzv. „bad trip“, kdy intoxikovaný prožívá pocity úzkosti, paniky, paranoi a není schopen tento průběh intoxikace zastavit. V těchto případech pak hrozí velké nebezpečí, aby nedošlo k suicidnímu jednání.

**d) Vliv na interakci:** Za své působení v kontaktním centru jsem se neseetkala s klientem,

který by dorazil v intoxikovaném stavu po užití halucinogenů. Někteří klienti uvádějí, že halucinogeny občas užívají pro zpestření, přesto se domnívám, že tyto drogy nejsou příliš užívány klienty kontaktního centra. Ohledně vlivu na interakci lze říci, že klient v intoxikovaném stavu způsobeném užitím halucinogenu není schopen adekvátně spolupracovat.

### 1.2.5. Léky vyvolávající závislost

**a) Zástupci:** Skupina návykových látek uvedená v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) pod označením F-13 se týká kromě **sedativ** a **hypnotik** i dalších léků, které mohou způsobit závislost, např. **analgetika**, **anxiolytika**. Nejčastěji zneužívané léky na drogové scéně jsou **benzodiazepiny** (diazepam, oxazepam) a **hypnotika** (rohypnol).

**b) Charakteristika:** Jedná se o nestejnorodou skupinu, která zahrnuje mnoho farmak. Pro psychotropní efekt jsou nejvíce zneužívané látky ze skupiny analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik. Psychotropní efekt a potenciál k zneužívání mají také antiepileptika, antidepressiva, anestetika, ale jejich zneužívání je však málo obvyklé.

**c) Účinky a projevy:** V následujícím textu se zaměřím především na ty léky, které jsou na drogové scéně nejvíce zneužívané: benzodiazepiny a hypnotika. Drogy z této skupiny přinášejí převážně pocit klidu, vyrovnanosti, mírné euforie, povznesení se nad pocity nejistoty a úzkosti. Nejde o nijak razantní změny psychiky. Benzodiazepiny jsou léky, které jsou velmi často užívány v kombinaci. Nejčastějším důvodem užití bývá „příbrždění“ příliš silného efektu psychostimulancií (nejčastěji pervitinu), nebo posílení účinku opiátů (heroin). Obvykle pak bývají užity ve větším množství. Anxiolytika obecně bývají léky, které jsou často užity na začátku drogové kariéry a patří mezi iniciační drogy. Zneužívání léků z domácí lékárny je poměrně časté. Na těchto lécích vzniká poměrně brzo závislost, která má složku psychickou i fyzickou. Psychická závislost může být poměrně silná, srovnatelná se závislostí na opiátech. Tělesná závislost je také velmi silná, abstinční syndrom může být i život ohrožující.

**d) Vliv na interakci:** Drogy jsou často zneužívané v kombinaci s jinou drogou, proto není možné výrazněji odlišit jejich účinek od účinku dominantní drogy. Při intoxikaci v kombinaci s opiáty může dojít až k tomu, že klient není schopen udržet oči a upadá do bdění.

### 1.2.6. Těkavé látky

a) **Zástupci:** Mezi nejčastěji zneužívané těkavé látky patří **toulen, aceton, éter, chloroform.**

b) **Charakteristika:** Chemicky se jedná o alifatické, cyklické, aromatické uhlovodíky a jejich deriváty. Společnou vlastností je, že rozpouštějí tuky a lipoidní látky a mají narkotický účinek (srov. Minařík, 2008, s. 360). Charakteristickou vlastností také je, že poškozují některé vnitřní orgány - mozek, ledviny, játra, kostní dřeň.

c) **Účinky a projevy:** Těkavé látky mají narkotický účinek, vyvolávají euforii, rozvíjejí fantazii a snění, u jedince dochází k uvolnění. Příznaky intoxikace se podobají opilosti a stav po odeznění účinku je podobný kocovině po požití alkoholu. Uživatelé charakteristicky sladce páchnou, zvláště jejich dech je cítit po organickém rozpouštědle. Při dlouhodobém užívání dochází velice často k vážnému poškození mozku (neuronů) a jeho kognitivních funkcí. Celkově může dojít k úbytku inteligence. V některých případech dochází i k porušení emoční stability projevující se např. zvýšenou agresivitou. Abstinence sice stav stabilizuje a mírně vylepší, ale značná část poškození trvá.

d) **Vliv na interakci:** S klienty užívající těkavé látky jsem se v kontaktním centru nesešla. Domnívám se, že velká část klientů závislých na těkavých látkách je z řad romské populace. Když jsem byla na praxi v romských osadách na Slovensku, s tímto fenoménem jsem se setkala velice intenzivně. Navštívila jsem celkem čtyři osady a v každé z nich byla početná skupinka „čičačů“, mezi nimiž byly často i děti a mladiství. Domnívám se, že zneužívání těkavých látek se vyskytuje nejvíce u sociálně slabších skupin včetně sociálního statusu. Jednou z příčin může být lehká dostupnost a nízká cena.



## 2. Všeobecná charakteristika drogové závislosti

Základní terminologie v oboru drogové závislosti rozlišuje **úzus** psychoaktivní látky (jednorázové užití nebo i opakované užívání, které ale nevede k žádnému signifikantnímu poškození), dále její **škodlivé užívání** (synonyma abúzus; užívání problémové, rizikové, kde již dochází k tělesnému, psychickému nebo interpersonálnímu poškození jedince) a **syndrom závislosti** na psychoaktivní látce (srov. Jeřábek, 2008, s. 53).

Fenomén závislosti bývá vysvětlován dle své patogeneze. „*Závislost je vyústěním abúzu, a to na základě pozitivní zpětné vazby spočívající v subjektivně ceněné změně prožívání po požití psychoaktivní látky. Závislý jedinec posléze zamění změnu prožívání reality za změnu reality samotné, čímž se celá záležitost fixuje. Dojde k izolaci od autentického prožívání a k masivnímu posílení osobnostních obran. Závislost postupně progreduje a chronifikuje a získává svůj vlastní dynamismus a zákonitosti*“ (Kudrle, 2003, s. 107).

Jeřábek (2008) popisuje tři základní okruhy hypotéz, které člověka nejčastěji vedou k abúzu:

**1. Civilizační karikatura původně adaptivního šamanství.** Tato hypotéza vychází ze starých šamanských kultur, které využívali látky s psychotropním efektem pro rituály, jež sloužily psychologickému a duchovnímu zakotvení jedince v životě a ve světě. Kromě účinků látky zde byl kladen velký důraz na samotný rituál (setting) včetně mytologické představy o uspořádání jsoucna. Dnešní doba je však jiná a „*současní lidé užívají psychotropní látky při zcela zvráceném settingu, bezhlavě a bez psychologické a duchovní integrace*“ (Jeřábek, 2008, s. 54).

**2. Hédonistický nebo psychostimulační model.** Hypotéza vychází z předpokladu, že člověk touží po tom, aby mu bylo lépe, i přesto, že se necítí zle. V tomto případě jde o hédonistický model („well-being“ nebo „high“ pocit po užití heroinu). Stimulační model je založen na potřebě člověka být ještě výkonnější a aktivnější a tohoto pocitu je dosaženo skrze stimulační drogy – pervitin, kokain.

**3. Quasi-homeostatický nebo autosanační model.** Jedná se o předpoklad nějakého základního biologického nebo psychologického (např. osobnostního) deficitu, který se jedinec snaží nahradit z vnějších zdrojů. Motivace je zde převážně nevědomá, ale o to silnější.

Závislost na psychoaktivních látkách je stav, v němž se jedinec nedokáže bez drogy obejít, takže touze drogu získat je ochoten podřídít většinu jiných hodnot.

Fyzická složka závislosti je návykem těla, které nedostane-li drogu, reaguje abstinenčním syndromem. Především se jedná o látky opiátového typu, které se silně váží na receptory. Mechanismus, na jehož principech fyzická závislost vzniká, spočívá v „*přízpůsobování se organismu nové úrovni homeostázy v důsledku konzumování drogy a reakcemi na porušování této nové homeostázy*“ (Ondrejko, Poliaková, 1999, s. 9).

Psychickou komponentou závislosti je nutkání vzít si drogu, dostat se s její pomocí do příjemného stavu. Jedná se o neodolatelný pocit a potřebu pokračovat v užívání drogy. V konativní složce jedince se pak projevuje v usilovném vyhledávání drogy, a to i přesto, že si jedinec uvědomuje veškerá rizika spojená s tímto jednáním. Psychická závislost postupně přechází do fyzické. Nicméně fyzická závislost nemusí nastat vždy, i když dochází k poškození organismu (tamtéž, 1999). U některých typů drog (kanabinoidů, halucinogenů) nebyla prokázána možnost fyzické závislosti.

Závislost na návykových látkách má i sociální složku. Ta ohrožuje závislého člověka při každém kontaktu s prostředím, ve kterém je normální nebo žádoucí drogu brát. Člověk, který během pobytového léčení drogu nebral, ji může opět začít užívat pod vlivem lidí, s nimiž se poté zase začne stýkat. Sociální závislost se dá zvládnout jen dlouhodobou následnou péčí.

## 2.1. Definice drogové závislosti

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, která u nás platí od roku 1992, označuje závislost statickým kódem F1\_.2. (místo lomítka před desetinou tečkou slouží k doplnění látky, na niž závislost vzniká) a definuje ji následovně: „*Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více*“ (Nešpor, 2007, s. 9-10).

Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- **„silná touha nebo pocit puzení užívat látku** (craving);
- **potíže v sebeovládání při užívání látky**, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- **tělesný odvykací stav**. Látky je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané

předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;

- **průkaz tolerance k účinku látky** jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami;
- **postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů** ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- **pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků:** poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení“ (Nešpor, 2007; s. 10).

Výše uvedená definice se příliš neliší od definice závislosti podle Diagnostického a statického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV):

- 1) „růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování);
- 2) odvykací příznaky po vysazení látky;
- 3) přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu;
- 4) dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky;
- 5) trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejich účinků;
- 6) zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení;
- 7) pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky“ (Nešpor, 2003, s. 14).

Uvedená kritéria závislosti mají velmi blízko ke kritériím Světové zdravotnické organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10). Některé body jsou prakticky totožné (růst tolerance, odvykací stav při vysazení látky, pokračování v užívání i přes zdravotní a sociální problémy) a zbývající se týkají především zhoršeného sebeovládání a zanedbávání zájmů. Překvapivě se však mezi známkami závislosti v DSM-IV neobjevuje bažení (craving).

Pro přehlednost přikládám tabulku srovnání kritérií pro diagnostiku závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a podle Diagnostického a statického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV):

**Tab. 1:** Diagnostika syndromu závislosti dle MKN-10 a DSM-IV

	<b>Kritérium trvání</b>	
	<b>MKN-10</b>	<b>DSM-IV</b>
<b>Symptomy</b>	3 jevy trvající souvisle: <ul style="list-style-type: none"> <li>– měsíc</li> <li>– kratší dobu opakovaně v posledních 12 měsících</li> </ul>	Maladaptivní vzorec užívání látky, klinicky významný, projevuje se $\geq 3$ jevy kdykoli během 12 měsíců
<b>Craving</b>	+	-
<b>Narušená kontrola užívání (vyšší dávka nebo četnost)</b>	+	+ + (nelze kontrolovat)
<b>Odvykací stav</b>	+	+
<b>Růst tolerance</b>	+	+
<b>Zaujetí užíváním: - zanedbávání aktivit - věnování většiny času</b>	+	+ +
<b>Užívání navzdory následkům</b>	+	+
<b>Subtyp</b>	-	S fyzickou závislostí či bez ní

(Jeřábek, 2008, s. 55)

## **2.2. Projevy závislosti**

### **2.2.1. Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving)**

V roce 1955 se shodla komise odborníků Světové zdravotnické organizace na definici bažení jako touhy pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenosti.

Nešpor (2003) rozlišuje bažení na tělesné a psychické. Tělesné bažení vzniká při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm; psychické bažení doprovází jedince kontinuálně a objevuje se i po delší abstinenci, které se za použití moderních vyšetřovacích metod v mozku jinak projevuje.

Mezi bažením a prostým chtěním je značný rozdíl. Současné poznatky (Nešpor, 2003) dokládají některé objektivní projevy bažení následovně: jednak jako nálezy týkající se aktivace určitých částí mozku; dále se jedná o oslabení paměti, zhoršení postřehu, zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku a vyšší produkce slin u závislých na alkoholu. Bažení zvyšuje riziko recidivy, ale za určitých okolností může vést naopak k větší opatrnosti a k tomu, že se závislý v budoucnu vyhýbá nebezpečným situacím nebo se na ně lépe připraví (na základě předešlé terapie).

Při psychickém bažení se v mozku aktivují centra související s emocemi a pamětí. Bažení zhoršuje paměť a vede k dennímu snění zaměřenému na návykovou látku a odvádí pozornost od normálního života.

Tělesné bažení nastává při nebo po odeznívání intoxikace návykové látky. U závislých na kokainu se v této situaci objevuje útlum řady mozkových center po jejich předchozí nadměrné aktivaci (Nešpor, 2003). Jak se projevuje tělesné bažení v mozku u jiných návykových látek, není dosud známo. Další tělesné projevy bažení závisejí na druhu látky; jinak vypadá např. odvykací stav po alkoholu a jinak po budivých látkách (pervitin) a zase jinak po opiátech (heroinu).

Mezi tři nejužívanější metody, jak překonat bažení patří dle Nešpora (2003):

- 1. vyhýbat se situacím, které bažení vyvolávají;**
- 2. uvědomit si negativní důsledky recidivy;**
- 3. odvedení pozornosti.**

### **2.2.2. Potíže v sebevládní**

Špatné sebevládní bez předchozího silného bažení se typicky objevuje za následujících okolností:

- člověk si špatně uvědomuje sám sebe a své emoce;
- malé sebeuvědomění může souviset i s nadměrnou únavou a s dlouhodobým vyčerpáním;
- zhoršit sebeuvědomění (a přímo oslabit i samotné sebevládní) může i návyková látka, a to jiná než ta, na které je člověk závislý (např. u závislých na heroinu to může být alkohol);
- k recidivě návykového chování dochází rychle a automaticky ve vysoce rizikovém prostředí;
- sklon bažení popírat a potlačovat může vyvolat úzkost, která může naopak bažení ještě více zesílit a tím i oslabit sebevládní.

Bažení je příznakem spíše subjektivním, kdežto zhoršené sebevládní se jasně týká chování. Nešpor (2003) přirovnává problematiku bažení a sebevládní k metafoře autobusu. V autobusu se kromě jiných cestujících veze i pan X. Jestliže začne vykřikovat, že chce řídit, je to bažení. Jestliže ho k řízení pustíme, je to ztráta sebevládní. Ztráta sebevládní je samozřejmě mnohem nebezpečnější.

### **2.2.3. Somatický (tělesný) odvykací stav**

Pro odvykací stav musí být splněno:

- nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání;
- příznaky jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu;
- příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky a nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou.

### **Diagnostická kritéria pro některé odvykací syndromy (dle MKN-10):**

**Alkohol;** alespoň 3 příznaky z následujících:

bolesti hlavy, pocení, zrychlený tep nebo vyšší krevní tlak, tzv. velké epileptické záchvaty (GM), nevolnost či zvracení, přechodné halucinace nebo iluze, psychomotorický neklid, pocit choroby a slabosti, nespavost, třes jazyka, víček nebo prstů.

**Opioidy (např. heroin);** alespoň 3 příznaky z následujících:

slzení, zívání, výtok z nosu, bolesti svalů či křeče, husí kůže, opakované pocení, zrychlený tep nebo vyšší krevní tlak, křeče v břiše, nevolnost či zvracení, neklidný spánek, rozšíření zornic, silná touha po opiátu.

**Cannabis (např. marihuana nebo hašiš):**

definitivní kritéria nejsou stanovena, může trvat od několika hodin do sedmi dní; projeví se např. úzkostí, podrážděností, třes rukou, pocením a svalovou slabostí.

**Sedativa a hypnotika;** alespoň 3 příznaky z následujících:

zrychlený tep, bolesti hlavy, insomnie, tzv. velké epileptické záchvaty, třes jazyka, víček nebo prstů, přechodné halucinace nebo iluze, pokles svalového tonu ve stoji, psychomotorický neklid, nevolnost či zvracení, pocit choroby a slabosti, paranoidní představy (cítí se pronásledován).

**Stimulancia (např. pervitin);** alespoň 2 příznaky z následujících:

letargie a únava, bizarní nebo nepříjemné sny, zvýšená chuť k jídlu, zpomalení psychomotoriky či neklid, silná touha po droze, nespavost nebo nadměrná spavost.

#### **2.2.4. Růst tolerance**

Tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek látek, nebo že stejné dávky mají nižší účinek.

Pokles tolerance:

- psychologické vlivy – tolerance vůči heroinu může u závislého nečekaně poklesnout v cizím a neznámém prostředí, v důsledku toho může nastat otrava i po dávce, kterou závislý za normálních okolností dobře toleroval;
- tolerance klesá v důsledku předchozí abstinence;
- tolerance klesá i u závislých na alkoholu v pokročilých stádiích rozvoje problému a také ve vyšším věku;
- k poklesu tolerance dochází i v souvislosti s některými onemocněními (např. jaterními) či při léčbě některými léky.

#### **2.2.5. Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů**

Pokud se u člověka vytvoří závislost, jeho životní styl se změní na monotónní a jednotvárný: intoxikace, zotavení se z ní, shánění prostředků na drogu nebo drogy samotné, intoxikace atd. Díky tomu začne postupně zanedbávat své zájmy, práci a v neposlední řadě i rodinu.

Cílem léčby je pak kromě abstinence změna životního stylu a naučených vzorců chování a jednání, hledání nových zájmů a zálib, učení se trávit volný čas smysluplně, předcházet situacím, které mají ohrožující potenciál či se naučit techniky, jak krizové a ohrožující situace lépe zvládat.

#### **2.2.6. Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků**

V tomto bodě se jedná o vztah jedince k návykové látce, který je extrémně úzký, na základě čehož je závislostí nucen pokračovat i za cenu ztrát. Svůj život není schopen svépomocně od působení drogy oddělit a poškození na zdraví a kvalitě života buď nevnímá vůbec, nebo tento fakt připouští jen okrajově.

U těch, kteří drogy užívají nitrožilně, bývají častým a i pro ně samé zřejmým úkazem mj.



abscesy, zánětlivá ložiska v kůži vzniklá zacházením s nesterilním materiálem při vpravování drogy do žíly. Rizika plynoucí z nehygienických podmínek, v nichž někteří narkomani žijí, se také pojí se vznikem mnoha druhů infekcí. Snižováním rizik zapříčiněných drogovou závislostí se zabývají dnes již rozšířené programy Harm Reduction (viz kapitola 5.2.2 – Harm Reduction, s. 36).

## **2.3. Typy závislosti**

V Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize jsou uváděny tyto typy závislosti na návykových látkách:

**F10.2 – závislost na alkoholu;**

**F11.2 – závislost na opioidech;**

**F12.2 – závislost na kanaboidech**

**F13.2 – závislost na sedativech a hypnotikech;**

**F14.2 – závislost na kokainu;**

**F15.2 – závislost na jiných stimulantcích, včetně kofeinu a pervitinu;**

**F16.2 – závislost na halucinogenech;**

**F17.2 – závislost na tabáku;**

**F18.2 – závislost na organických rozpouštědlech;**

**F19.2 – závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách.**

## **2.4. Diferenciální diagnóza**

U velké části osob užívajících návykové látky se vyskytuje tzv. diferenciální diagnóza<sup>1</sup>, což znamená, že kromě závislosti je přítomné ještě další psychiatrické onemocnění. Praško (2007) uvádí, že se jedná až o 76% mužů a 65% žen (Praško 2007, s. 863). Tyto osoby potřebují kromě léčby závislosti ještě jiné léčení. Často se vyskytují poruchy osobnosti, úzkostné poruchy, fobie, depresivní poruchy, dystymie, hyperkinetická porucha (Praško 2007) či psychosexuální poruchy (Kalina, 1999). Tato onemocnění mohou být jak příčinou, tak následkem užívání návykových psychoaktivních látek.

---

<sup>1</sup> Kalina (1999) nazývá tento jev duální diagnóza.

### 3. Příčiny a faktory užívání drog

Na základě vědeckých poznatků, které byly do současné doby učiněny, nelze s jednoznačností určit typicky predisponovanou osobnost závislého, protože příčiny vzniku závislosti jsou komplexní. Odborníci z adiktologické praxe se shodují na 3 základních pohledech na příčiny užívání drog a následný vznik závislosti. Konkrétně Comer (1999) uvádí faktory sociokulturní, psychologické a biologické.

Podobně jako u většiny ostatních psychických poruch můžeme i závislost vidět spíše jako výsledek kombinace těchto tří faktorů, než hledat příčinu jen u jednoho z nich. Tuto problematiku velmi dobře popisuje Urban (1973) se svým 4 - faktorovým modelem a Kudrle (2003), který píše o bio-psycho-socio-spirituálním modelu závislosti.

#### 3.1. Biologické faktory

Za fyziologicky působící vlivy na této úrovni lze považovat určité problémy projevující se během těhotenství. Okolnosti, které problematicky zasahují průběh a kvalitu těhotenství, se týkají především užíváním návykových látek matkou samotnou. Dítě se tak ještě před svým narozením setkává s účinky drog, které negativně ovlivňují jeho současný (potazmo budoucí) vývoj.

Dalšími vlivy působící na biologické úrovni jsou okolnosti související s porodem. Velkou roli zde hrají psychotropní látky užívané rodičkou, ale i utlumující látky, které bývají rodiče podávány v době porodního stresu. Tímto způsobem je ovlivněna neurobiologie jedince, ale také celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období (srov. Kudrle, 2003, s. 91).

Za zděděné biologické faktory jsou považována dispozice vyšší tolerance vůči návykové látce (zejména alkoholu) u závislých rodičů a jejich potomků. Jedinec, který získal toleranci na návykovou látku po rodičích, nemívá problémy s konzumací (alkoholu) ve větším množství a následně nemívá vážnější problémy (kocovinu) po odeznění účinků. Tento faktor na první pohled mylně interpretován jako pozitivní, však v sobě skrývá velké nebezpečí a riziko a to především v potřebě zvyšování požívání návykové látky, aby bylo dosaženo kýženého cíle (ovlivnění danou látkou). V tomto bodě se pak nabízí spojení zmiňovaného faktory s ostatními faktory – sociálně a psychologicky podmíněnými. Obvykle se jedná o častější interakci s prostředím a jedinci podobně laděnými, což může mít za následek pravidelné užívání a následně vytvoření závislosti.

Odborníci dále hovoří o „*individuálním ustrojení neurochemismu mozku*“ (Kudrle,

2003, s. 91). Znamená to, že jednotlivé psychotropní látky vstupují do interakce s CNS a navozují změny, které jsou pak charakteristické pro změnu nálad, emocí a kognitivních funkcí (srov. Kudrle, 2003, s. 91).

Pro příklad lze uvést požití látky se stimulačním účinkem (pervitin nebo kokain), která v interakci s CNS zvyšuje vyplavování dopaminu, což způsobuje pocity euforie, vzrušení a bdělosti. Postupně v průběhu odeznívání působnosti dané látky na CNS dochází k vyčerpání tohoto efektu a ke zvratu v opačné pocity. Únava, otupělost a depresivní rozlady nastolují potřebu negativní pocity kompenzovat a organismus stimulovat přísunem další dávky. Rozvíjení potřeby takové stimulace se stává základem cravingu. Nutno poznamenat, že výše zmíněný proces zacházení s psychotropní látkou je jaksi na dluh, který se později projeví v dlouhodobějších afektivních rozladách.

Naopak opiáty působí po požití „synergicky s opiáty vlastního těla tj. s endorfiny a enkefaliny a dochází k zesílení účinků na opiátových vazebních místech, zároveň působí kompetitivně na vlastní vyrobené produkty těla a jejich produkci posléze utlumují“ (Kudrle, 2003, s. 92).

### **3.2. Psychologické faktory**

Zkoumá se vliv tzv. psychogenních vlivů a faktorů pro rozvoj zneužívání a následné závislosti na psychotropních látkách. Psychogenní faktory můžeme najít již v období nitroděložního vývoje a období porodu. Nejde tedy o biologické faktory perinatálního poškození, ale o souvislosti psychických zážitků, tedy prožívání budoucí matky a dítěte. Zásadně se jedná o prožívání toho, co eventuálně působilo nějaké biologické poškození (srov. Kudrle, 2003, s. 92).

K těmto poznatkům nám dnes mnoho říkají moderní výzkumy vědomí, zejména s výzkumným nebo terapeutickým využitím změněných stavů vědomí (např. holotropní dýchání). Dochází k znovuprožívání sekvencí zážitků souvisejících s těmito perinatálními traumaty a skrze psychologickou pomoc se pracuje na jejich přijetí a integraci (Grof, 2000).

Dalším příkladem může být žena prožívající těhotenství jako stresovou záležitost, ať už z jakýchkoli důvodů, přenáší se informace o tomto stresu i na plod. Jestliže matka začne užívat na potlačení stresu tlumivé látky, přenesou se i tato informace na plod. Tato informace bude v zakódované podobě čekat na své oživení v postnatálním období. Po aplikaci podobně působící látky v pozdějším období zažije potomek sice nový, ale zároveň i dávno poznatý efekt. Pravděpodobnost, že kýžený efekt bude chtít opětovně vyvolat, je vysoká. V tomto bodě může dojít k rychlému posílení a vzniku návyku prostřednictvím pozitivní zpětné vazby,

kteřou daná látka poskytuje (srov. Kudrle, 2003, s. 92).

Mezi významné psychologické faktory dále patří: úroveň postnatální péče, tedy péče o harmonický vývoj dítěte, rozlišování jeho potřeb včetně hranic, jejich přiměřené uspokojování (v rámci určitých výchovně-etických mantinelů), podpora v době dospívání, v krizích a při hledání identity a samozřejmě pomoc v případech objevující se patologie (nejrůznější duševní poruchy a nemoce). Pokud není k dispozici včasná či vhodná pomoc, bývá to právě touha vyřešit problém nejjednodušším způsobem, a to požitím látky, která později vede ke zneužívání a závislosti.

Z psychologických faktorů je to celá řada těch, které vznikají jako důsledek zneužívání drog a posilují obvykle jejich další zneužívání, čímž směřují jedince k závislosti. Zde platí již výše zmíněný příklad zneužívání stimulantů, kdy látka s původně aktivizačním a antidepresivním účinkem přechází v účinky zcela opačné. V důsledku dochází k nastartování paranoidních stavů (jedná-li se o chronické zneužívání těchto látek), při abúzu halucinogenů až k poruše identity (Kudrle, 2003).

### **3.3. Sociální faktory**

Hovoří-li se o sociální úrovni, jedná se v podstatě o kontext, ve kterém se vše děje. Na této úrovni je nutné si všimnout vztahů s okolím, které formují zránění jedince, popřípadě jeho zránění brzdí či deformují. Tyto vlivy zahrnují širokou škálu od nejobecnějších okolností, jako je rasová či etnická příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální a ekonomické zajištěnosti, prostředí, ve kterém jedinec žije, až po specifitější a konkrétnější ovlivňování.

Odborníci zastávající sociokulturní přístup spatřují příčinu užívání drog především v tom, že člověk žije ve špatných a stresujících socioekonomických podmínkách. Mnoho studií (Linsky, Strauss a Colby 1985; in Comer 1999) prokazuje, že v oblastech s vyšší nezaměstnaností je větší výskyt problematiky alkoholismu. Stejně tak ve společenských vrstvách s nižší socioekonomickou úrovní je větší výskyt uživatelů drog (Smith, North a Spitznagel 1993; in Comer 1999).

V dnešní době se stále více mluví o rozpadu rodin, o nedostatku času dospělých pro mladé, o neproduktivním využívání volného času. Mladiství hledají identifikační vzory mimo rodinu, ve své přirozeně závislé pozici vyhledávají silné jedince nebo skupiny vrstevníků. Hledají pocit přijetí, sounáležitosti a směřování k nezávislosti, anebo jde dokonce o hledání přežití vůbec. K těm konkrétněji působícím vlivům patří kvalita konkrétních rodinných vztahů, případně absence rodiny vůbec. Zejména raný vývoj a dospívání jedince se odehrává v procesu sociálního učení, na kterém se podílí na prvním místě rodina se svými pravidly,

hodnotami, mýty a morálkou.

Ještě specifičtější situace nastává, pokud dítě v rodině vyrůstá v těsné blízkosti závislých osob. Je konfrontováno s braním drog jako s normou. Abúzus jednoho z rodičů je např. tajen a přeznačkován, je jakýmsi rodinným tabu, o kterém se nemluví doma, natož na veřejnosti. Přesto v sobě nese velké riziko pro adekvátní vývoj dítěte a mladého člověka. *„Život se závislým znamená žít dysfunkční vztahy, být vystaven prudkým změnám nálad a postojů, podle toho, jestli je závislý intoxikován, nebo „odčiňuje“ v době střízlivosti. Být vystavován slibům, které evidentně nedojdou naplnění a žít v nejistotě a nepředvídatelnosti příštích hodin“* (Kudrle, 2003, s. 93). Často je jedinec žijící v těsné blízkosti se závislým vystaven zneužití, jak na fyzické, tak na emoční úrovni. Obvykle jeho způsob adaptace na toto spoluzití vykazuje také patologii, vytváří vazby, kterým se říká kodependence<sup>2</sup> – závislost na druhém (Kudrle, 2003). A nezřídka se v dalším svém vývoji takto disponovaný jedinec dostává sám k abusu, jako ke způsobu, jak dočasně mírnit své utrpení.

Vedle rodiny v procesu sociálního učení hraje nezastupitelnou roli kolektiv vrstevníků. Sem patří především podpora pro zdravý a aktivní životní styl, s tím i pěstování koníčků a zájmových činností a určitě i vyrovnání se s autoritami. Pro dospělé (nejen pro ty, kteří vychovávají potomky) z toho vyplývá určitá výzva ke kultivaci vlastního obrazu, skrze který předkládat hodnoty mladým lidem (Kudrle, 2003).

### 3.4. Spirituální faktory

V současné době je na člověka nahlíženo z holistického pohledu. Znamená to, že osobnost člověka je vnímána komplexně, uceleně a vícedimenzionálně. Dříve opomíjena spirituální složka je dnes již součástí nahlížení na člověka ze všech čtyř faktorů a potřeb, které jej tvoří.

Spiritualita je intimní oblast člověka, která se vztahuje k tomu, co jej přesahuje (hodnoty, ideje), co dává jeho životu smysl, respektive v co věří. Jedná se o úroveň prožitku toho, co je za každodenním úsilím a jaké má jeho jednání smysl. V této souvislosti se dá hovořit o vztahu

---

<sup>2</sup> Termín kodependence (spoluzávislost) vznikl v rámci hnutí Anonymních alkoholiků (AA) ve Spojených státech amerických. Na rozdíl od čistě lékařského přístupu k závislým začali aktivisté AA zjišťovat, jak významnou roli mohou ve snahách o abstinenci hrát rodinní příslušníci. „Spoluzávislost označuje souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterým rodina nebo partner či partnerka závislost spíše podporují, rozvíjejí, nebo naopak sabotují či zlehčují snahu o vyléčení. Model spoluzávislosti vlastně předpokládá, že rodina nebo partner závislé chování umožňuje“ (Hajný; in Kalina, 2003, s. 42). Praktickou podobou t může být například popírání zjevných problémů spojených s užíváním, „slepotu“ vůči zjevným souvislostem, neschopnost udržet určitá pravidla a hranice, obviňování místo hledání řešení, odkládání řešení, bagatelizace obtíží nebo potřeby léčby, tendence věřit iluzím apod.

k vyšší moci, která je člověku oporou v každodennosti a při řešení problémů. Pokud je problémem právě závislost, je cílem pomoci obnovit zdraví a navrátit smysl životu.

Pojem spirituální se přitom dá odlišit od pojmu náboženský v tradičním pojetí. Akcentován budiž přímý prožitek božství, nikoli účast v nějaké konkrétní církvi a sdílení její věrouky (srov. Kudrle, 2003, s. 93).

Velkým tématem je práce na vzdání se svého závislého já, tedy sebestředného pojetí, pocitů ublíženosti a hostility. Dále učení se pokornému naslouchání a přijetí možností, které život reálně poskytuje. „*Tyto pojmy, takto psány, vypadají poněkud prázdně, nebo neurčitě, stávají se však zcela hmatatelnými, pokud terapeutický program oslovuje tyto nejhluběji uložené potřeby v člověku. Je všeobecně známé dilema v léčebných programech, které lze shrnout větou: jsem střízlivý, kdy budu šťastný?*“ (Kudrle, 2003, s. 93).

Témata jako existenciální prázdno, deprese, ztráta smyslu zůstávají, i když člověk již stabilizoval svoji abstinenci. Proto je důležité v terapeutických programech, ale i v programech primární prevence, pamatovat na přístupy, které se dotýkají právě této roviny potřeb. Otevřenost terapeuta pro tyto otázky je předpokladem pro uzdravení na existenciální úrovni (srov. Kudrle, 2003, s. 93). Objevují se také tvrzení, že krize, kterou představuje závislost, je především duchovní krizí<sup>3</sup> (tamtéž, 2003, s. 93).

Kudrle (2003) dále dodává, že tyto přístupy velmi často souvisejí s objevováním významu jiných úrovní vědomí, než je konvenční, na hmotnou realitu orientované vědomí. Tyto stavy přicházejí buďto spontánně, ve formě krize, nebo jsou reflektovány v terapeutickém rozhovoru. Dle odborníků je vhodné využít zážitkové metody např. relaxace, meditace, jógová cvičení, aby navodily větší vnímavost pro spirituální rozměr a aktivizovaly vnitřní ozdravný potenciál (srov. Kudrle, 2003, s. 93).

Určité procento lidí dnes závislých na psychotropních látkách hledalo původně v drogách naplnění potřeby „přesahu“, smyslu nebo prožitku duchovního vnímání. V této souvislosti se objevují i novodobé rituály zasvěcování a kultovní aspekty. Stimulační a taneční drogy jsou užívány s touhou po skupinové transcedenci v novodobých chrámech techno scény, jindy jsou drogy brány v izolaci a ústraní od ostatních s očekáváním prolomení vlastní osamělosti v mimořádných prožitcích, jako je tomu u závislých na heroinu. Namísto však vnitřní svobody nachází původní experimentátor fatální vazbu na drogu jako závislý. „*Čím větší je potenciál drogy pro naplnění rychlého uspokojení a tím i pro závislost, tím nižší je její potenciál spirituální*“ (Kudrle, 2003, s. 94).

---

<sup>3</sup> Souvislostmi mezi závislostí a duchovní krizí se zabývá Christina Grofová ve své knize *Žízeň po celistvosti*. Praha: Chvojko nakladatelství, 1998. ISBN 80-86183-06-8

## 4. Osobnostní dispozice ke vzniku závislosti

V otázkách osobnostních rysů a dispozic vedoucích k užívání psychotropních látek neexistuje dosud odborná shoda. Uvedu proto několik odborníků z historického exkurzu, kteří se touto problematikou úzce zabývají.

Bergeret (1982) uvádí stanovisko, že neexistuje hluboká a stabilní psychická struktura specifická pro závislé chování, a naopak že může vzniknout v kterékoli struktuře. Na druhé straně však autor chápe závislost jako „*pokus o obranu a o regulaci snížených schopností a deficitů odpovídajících charakterové neuróze, patologickým obranám (zvl. projekci), socialitě, regresi pudů, identifikačním potížím s rodičovskými figurami, emočním a afektivním problémům, neschopnosti být sám, autoagresivitě*“ (Jeřábek, 2008, s. 57).

Svoboda s Habánkovou (1981) našli u jedinců zneužívající návykové látky odlišnosti v hodnotovém systému a v interpersonálním chování, problémy se sebehodnocením, sebedůvěrou a v rovině ideálního „já“, dále pak sníženou odolnost vůči stresu a menší stupeň zodpovědnosti.

Vojtík s Břicháčkem (1987) analyzovali vzorek 1000 mladistvých, kteří užívali drogy včetně alkoholu a zjistili u nich poruchy osobnosti v téměř 95%. Nejčastěji konstatovali disharmonický vývoj osobnosti a polymorfní psychopatii, dále pak sociálně maladaptivní poruchy a poruchy astenické.

Kendler (1995) zdůrazňuje interakci mezi vrozenou vulnerabilitou jedince a environmentálními rizikovými faktory. Mezi vrozené dispozice se řadí především temperamentové zvláštnosti (rozdíly v aktivitě, v reakcích na změny v okolí, ve vzrušivosti).

### 4.1. Kategorizace jedinců zacházejících s psychotropními látkami

V nízkoprahovém kontaktním centru pro uživatele nealkoholových drog se můžeme setkat s klienty v různých fázích užívání drogy. Znamená to, že ne každý, kdo užívá drogy, musí být na droze závislý, jak se dříve tvrdilo. Pokorný, Telcová, Tomko (2000) poukazují, že na začátku je vždy pokus, zkouška, experiment, po kterém se může nebo nemusí dostavit fáze užívání. Tato fáze pak může být různě dlouhá a přesto závislost jako taková vůbec nemusí nastat.

Kalina (2003) uvádí tyto kategorie uživatelů drog:

- **Experimentátoři.** V odborné literatuře používaný termín pro označení osoby, která drogy tzv. „zkouší“. Jedná se o občasné a nepravidelné užívání různé drogy a dotyčný může, ale nemusí mít přítom problémy v jiných oblastech.
- **Příležitostní a rekreační uživatelé.** Ačkoli se na první pohled zdá jistá parabola s předcházející skupinou, jedná se v tomto případě o jedince, u kterých se již užívání drog stalo součástí životního stylu. Typickými zástupci z řad nelegálních drog je zejména marihuana, LSD nebo extáze. Kalina (2003) k tomu dále dodává, že pojem „příležitostné užívání“ je upřednostňováno před pojmem „rekreační užívání“, který vyvolává dojem, že každé takové užívání je užíváním pouze pro zábavu a nebere v potaz i jiné druhy motivů, např. snahu zvládat negativní emoční stavy.
- **Pravidelní uživatelé.** Do této skupiny se řadí ti jedinci, kteří užívají látky již pravidelně, tj. častěji než 1x týdně. Obvykle už implikuje nejen životní styl, ale jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce. V tomto případě lze hovořit o „škodlivém užívání“ (abúzus) podle MKN-10.
- **Problémový uživatelé.** Podle EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti v Lisabonu) je problémové užívání definováno jako intravenózní užívání drog (IUD) a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů a drog amfetaminového typu.
- **Závislí.** Uživatelé splňující diagnostická kritéria syndromu závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).



## 5. Nízkoprahová kontaktní centra

### 5.1. Vývoj nízkoprahových kontaktních center v ČR

Z pohledu historie můžeme postupnou specializaci oboru návykových nemocí v rámci oboru péče o duševní zdraví zařadit do druhé poloviny 20. století. Před rokem 1989 v tehdejší Československu existovala síť tzv. AT ordinací specializovaných na alkoholismus a jiné toxikománie. Dále zde pak byly provozovány psychiatrická lůžková zařízení, specializované protialkoholní léčebny a záchytné stanice. V rámci pozdější restrukturalizace po roce 1989 řada AT ordinací zanikla a začíná se naopak rozšiřovat systém léčebné péče o nestátní a nezdravotnická zařízení, která mnohem lépe a pružněji reagují na nové trendy spojené s užíváním návykových látek.

S následujícími změnami struktury organizací a poptávce po službách začala být více brána v potaz problematika vznikající v počátku závislosti. Důraz se přeměroval od medicínského modelu léčby do oblasti primárně preventivních programů. Zdůrazňuje se prvotní kontakt s uživatelem. Libra (2003) k tomuto tématu dodává: „*Hledala se podoba „dveří“ do systému pomoci, otevřených dveří s nízkým prahem, kterými lze vstoupit do programů vedoucích k léčbě, ale i k včasnému varování a snížení rizika důsledků návykového scénáře*“ (Libra, 2003, s. 165). Již před začátkem těchto změn v naší zemi existovala řada zařízení, která byla koncipována otevřeně a komplexněji (např. Středisko drogových závislostí). V 90. letech poté dochází k nárůstu podobných zařízení.

Národní strategie protidrogové politiky (2001) charakterizuje základní pilíře přístupu k problematice aktivity zaměřené na snižování zdravotních a sociálních rizik (Harm Reduction), zabezpečení péče závislým a problémovým uživatelům, definování potřeby včasné intervence, terénní a kontaktní práce, propojenosti s léčebnými programy a programy resocializace. Došlo k formulování nízkoprahovosti a zdůraznění důležitosti propojenosti péče a multidisciplinarity v přístupech (srov. Libra, 2003, s. 165) „*Tyto programy byly označeny za potřebné a účinné a jako takové za hodna podpory z veřejných zdrojů*“ (tamtéž, 2003, s. 165).

V současné době vedoucí kontaktních center a nízkoprahových programů mají již k dispozici „*vnější zadání: požadavky výběrových garantových řízení, proces standardizace po liniích jednotlivých resortů, zadání kvality zastřešujících organizací poskytovatelů služeb, podle kterých mohou své programy koncipovat, provádět a hodnotit*“ (tamtéž, 2003, s. 165).

## 5.2. Principy a filozofie nízkoprahového zařízení

V následující kapitole se zaměřuji na principy, ze kterých nízkoprahové programy vycházejí a které tvoří základní pilíř a filozofii pro jejich práci.

### 5.2.1. Public Health

Prvním východiskem nízkoprahového zařízení je tzv. „Public Health“<sup>4</sup> přístup k problematice drog. Tento přístup vychází z bio-psycho-sociálního modelu vzniku a rozvoje závislosti, který pojednává o vzájemné interakci mezi drogou, člověkem a prostředím. V tomto modelu lze hledat přítomnost rizikových faktorů podporujících pravděpodobnost užívání drog s vývojem následné závislosti.

Public Health vznikl v souvislosti s šířením viru HIV a mezi jeho hlavní cíle patří ochrana celé populace zejména před přenosem závažných infekčních chorob (HIV, virová hepatitida typu B a C).

### 5.2.2. Harm Reduction

Z historického exkurzu ohledně přístupu k návykovým látkám a k jejich uživatelům lze spatřit, že procházel proměnou podle toho, jak společnost vnímala návykové látky, jejich uživatele a příčiny vedoucí k užívání. Jestliže je za problém označována osoba – uživatel, je uplatňován tzv. morální model. Znamená to, že společnost volí přístupy „*snižování poptávky*“<sup>5</sup> s cílem snížit zájem o užívání látek mezi neuživateli i uživateli“ (Janíková, 2008, s. 100). Z druhého pohledu, pokud je za problém označována substance, vynakládá společnost veškeré prostředky na snížení dostupnosti drog (uplatňování snižování nabídky) – tzv. válka proti drogám. Princip Harm Reduction se snaží hledat „zlatou střední cestu“, kdy vnímá jako problém vztah mezi člověkem a užívanou substancí, přičemž tento vztah se může v čase vyvíjet a měnit (srov. Janíková, 2008, s. 100).

Přístup Harm Reduction byl definován až v 80. letech 20. století v souvislosti s drogovou

---

<sup>4</sup> Public Health je možno volně přeložit jako „ochrana veřejného zdraví“.

<sup>5</sup> Oblast „snižování poptávky“ zahrnuje především drogové poradenství, léčbu a sociální reintegraci (následná péče, doléčování). V současné době se „morální model“ neuplatňuje a je nahrazen modelem bio-psycho-socio-spirituálním.

problematikou, konkrétněji s novým přístupem k uživatelům drog. Termín Harm Reduction (HR) v doslovném překladu znamená „snížování poškození/škod“<sup>6</sup> (Janíková, 2008, s. 100). Termín se dále používá v mnohých jiných spojeních jako například: HR jako pilíř protidrogové politiky, HR jako program výměny jehel, HR jako přímá intervence směrem ke klientovi apod. Z tohoto pohledu jakoby termín HR odkazoval především „na vztah k přístupu a na specifickou oblast nejvíce spojovanou s programy výměny jehel a snahou o zastavení šíření infekčních chorob“ (tamtéž, 2008, s. 100).

Janíková (2008) však upozorňuje, že je třeba vnímat termín Harm Reduction v celé šíři a nezapomínat, že HR představuje především „přístup, je tedy jakousi optikou, skrze kterou se na drogovou problematiku díváme“ (tamtéž, 2008, s. 100).

V užším pojetí lze přístup HR definovat jako „soubor praktických strategií, které redukuje negativní dopady užívání drog, a zahrnuje spektrum strategií od bezpečnějšího užívání po strategie vedoucí k abstinenci. Harm Reduction se snaží pracovat s klienty „tam, kde právě jsou“ a zaměřuje se na okolnosti užívání i na užívání samotné“ (Janíková, 2008, s. 100). Přístup HR vznikl z přístupu Public Health a na rozdíl od přístupu Public Health, který akcentuje ochranu zdraví celé společnosti, klade přístup HR důraz již na individuální přístup a potřeby uživatele drog.

Janíková (2008) popisuje konkrétní principy HR, které sestavilo Kanadské centrum (CCSA, 1996) věnující se problematice návykových látek:

- **Pragmatická.** HR přístup akceptuje, že psychotropní látky jsou běžným prvkem lidské zkušenosti a celé společnosti. Na drogy nahlíží nejen z pohledu jejich negativních dopadů, které mohou způsobit, ale dokáže vnímat i pozitivní zážitky, které uživateli přinášejí. „Je třeba brát na zřetel jak pozitivní, tak negativní užívání drog, aby bylo možno porozumět chování uživatelů“ (Janíková, 2008, s. 102).
- **Humanistické hodnoty.** K uživateli se přistupuje bez moralistických soudů. Neznamená to, že by byl ve svém užívání podporován či že by mu užívání bylo schváleno, nýbrž je akceptován fakt rozhodnutí uživatele drogy užívat.

---

<sup>6</sup> Výraz Harm Reduciton stejně jako v jiných neanglicky mluvících zemích i v ČR zdomácněl a překlad do češtiny bývá používán jen jako dovysvětlující.

- **Zaměření na poškození.** Důraz je kladen na snížení negativních dopadů, které vznikají v rámci dlouhodobého užívání. Abstinenci je možné z hlediska principu snižování rizik považovat za ideální stav. Přístup HR však nepočítá jen s touto ideální variantou. Ne u všech klientů je možné zcela odstranit riziko z poškození z užívání drog, proto se HR přístup pokouší jej snížit, a to dvěma způsoby: jednak zachovává zdravotní stav, jednak předává informace a motivuje klienty k tomu, aby byli zodpovědní za své chování a postupně jej měnili k méně rizikovému.
- **Zvažuje náklady a přínosy.** *„Je uplatňován proces identifikace, měření a posouzení problémů a poškození spojených s užíváním, jsou prováděna hodnocení nákladů a přínosů intervencí, protože pak je možné zaměřit zdroje na priority“* (Janíková, 2008, s. 102).
- **Zaměření na bezprostřední cíle.** *„Programy mají vytvořeny hierarchii cílů, které jsou vztaženy k jednotlivcům, cílové skupině a komunitě tak, aby odpovídaly na akutní potřeby. Dosažení bezprostředního a realistického cíle je obvykle prvním krokem k bezpečnějšímu užívání nebo k abstinenci“* (tamtéž, 2008, s. 102).

Principy a přístupy HR jako pragmatismus a zaměření na bezprostředně dosažitelné cíle jsou používány v mnoha případech, kde hrozí poškození. V tomto smyslu není přístup HR nijak odlišný od způsobu, jakým je riziko obvykle zvládáno v mnoha různých oblastech lidské činnosti. Janíková (2008) uvádí jako příklad motorismus. *„Navzdory zraněním, vlivu na životní prostředí, znečišťování a úmrtím spojených s motorismem, jeho omezování nebo zrušení nelze považovat za realistické, protože lidé jsou na tento způsob dopravy odkázáni a – viděno realisticky – nevzdají se ho. Kontroly rychlosti, kontroly emisí, pravidla pro používání bezpečnostních pásů a přileb můžeme chápat jako strategie Harm Reduction ke snižování poškození způsobeného motorismem“* (Janíková, 2008, s. 102). V tomto smyslu zastánci HR přístupu zastávají názor, že *„užívání drog je trvalým rysem lidských společností a jakkoli žádoucí to může být, svět bez drog je nerealistickým cílem“* (tamtéž, 2008, s. 102).

Představila jsem základní principy přístupu Harm Reduction a východiska, ze kterých tento přístup vychází. Protože vše má ale dvě strany, je vhodné, abych uvedla také odpůrce, kteří tento přístup kritizují. Následně uvedu čtyři nejčastější výroky kritiky HR dle Janíkové (2008):

- 1) **Harm Reduction nefunguje.** Tato kritika se objevovala především na počátku zavádění programů výměny jehel v rámci efektivnosti těchto programů. V reakci na ně bylo provedeno mnoho studií, ze kterých vyšlo potvrzení efektivnosti. Dále byla výzkumy vyvrácena tvrzení, že *„programy výměny jehel zvyšují užívání drog, brání nástupu do léčby nebo zvyšují počet injekčního náčiní na ulicích“* (Janíková, 2008, s. 103).
  
- 2) **Harm Reduction udržuje uživatele ve „slepé uličce“.** Tento názor vychází z úvahy, že HR umožňuje užívání drog a nenechá spadnout uživatele „na dno“, čímž by se mohl uživatel vzdát svého návyku. V tomto případě se jedná především o kritiku substituční léčby. Domnívám se, že tento názor nevidí fakt, že substituční léčba je lege artis metodou, která má své nezastupitelné místo v systému péče o drogově závislé.
  
- 3) **Harm Reduction podporuje užívání drog.** Kritika je založena na myšlence, *„že lidé, kteří drogy neužívají, začnou s užíváním právě proto, že vidí užívání drog jako „bezpečné“. A to proto, že HR pomáhá být zdravějším, udržuje při životě, pomáhá předcházet problémům“* (Janíková, 2008, s. 104). V rámci výměnných programů došlo opět k šetření a nedošlo k potvrzení domněnky, že by jejich zavedení zvyšovalo počet nových uživatelů drog. Janíková (2003) dodává: *„Je obtížné pracovat v rámci výzkumu na toto téma, protože užívání drog je samo o sobě dynamický fenomén, který nezávisle kolísá v čase“* (tamtéž, 2008, s. 104).
  
- 4) **Harm Reduction je „trojský kůň“ pro reformu drogové legislativy.** V tomto případě jde o to, že někteří lidé se domnívají, že skrytým cílem HR je *„dosažení reformy v oblasti drogových zákonů a prosazení legalizace drog“* (tamtéž, 2008, s. 104). K tomuto tvrzení dodává Janíková (2008), že některé výroky ohledně principů HR explicitně uvádějí být neutrální ke vztahu k legalizaci a dekriminálníci drog (srov. tamtéž, 2008, s. 104).

### **5.3. Charakteristika nízkoprahových kontaktních center**

Kontaktní centrum je zařízení určené uživatelům drog, ať už se nacházejí v jakékoliv fázi užívání. Vyznačuje se snadným přístupem ke službě, nízkoprahovostí, zachováním anonymity klienta a tím, že pro využití služby nevyžaduje abstinenci klienta.

Základním principem kontaktního centra je tzv. nízkoprahový přístup, který usiluje o maximální možnou dostupnost pro uživatele drog v prostoru a čase. Cílem je tímto způsobem oslovit a vejít do kontaktu s co největším počtem osob. Program je tedy utvořen tak, aby nestavěl bariéry, které by mohly bránit uživatelům drog nebo jejich blízkým službu využít.

Anonymita je základní předpoklad pro navázání kontaktu a následné budování důvěry mezi klientem a zařízením. Stejně tak mohou zůstat v anonymitě rodiče, přátelé či partneři nebo příbuzní problémových uživatelů či závislých. Cíl tohoto přístupu je jednoznačný: v maximální možné míře eliminovat možnost stigmatizace klienta způsobenou vstupem do zdravotnického zařízení, sbíráním dat či evidencí. Strach z evidence a eventuální perzekuce ze strany represivních orgánů je mezi uživateli, závislými a jejich příbuznými celkem pochopitelný vzhledem k tomu, že se většina uživatelů podílí na páchání trestné činnosti. Je tedy důležité budovat důvěru klientů v zařízení a jeho pracovníky, což je základním předpokladem pro možnost jakékoli další intervence. Prostor pro budování této důvěry je dán průběhem prvního kontaktu, kdy pracovník kontaktního centra dává klientovi jasnou informaci o možnosti anonymního využívání služeb (nepožaduje osobní, potenciálně zneužitelná data) a o dodržování lékařského tajemství.

Mezi další principy nízkoprahovosti zařízení je možnost vybrat si z nabízených služeb, které reflektují poptávku klientů a mohou se měnit v souvislosti se změnami a tendencemi na drogové scéně. Důraz je kladen i na klientovu možnost volby. Je nezbytné respektovat jeho volbu pro postup i cíl řešení problému. I v tomto případě je možné intervenovat v rámci možností a fungujících terapeutických přístupů. Stejně tak je důležitý i individuální přístup ke klientům. Protože každý jedinec funguje poněkud odlišně, nelze používat obecně u všech drogových uživatelů stejné techniky, intervence, způsoby léčby. Proto jsou služby poskytovány všem klientům na základě jejich individuálních potřeb.

Konkrétní nabízené služby v kontaktním centru, ve kterém jsem působila, jsou k nahlédnutí v příloze (viz. Příloha č. 4, s. 96).

## 5.4. Kontaktní centrum v systému péče o drogově závislé

Nízkoprahové programy tvoří velmi důležitou součást systému péče o uživatele drog. Hlavním důvodem je fakt, že je s nimi v kontaktu cca 60% problémových uživatelů drog (Mravčík et al., 2006), což znamená, že tyto programy pracují s nejširší skupinou klientů.

Kontaktní centra jsou službou prvního kontaktu a často je právě nízkoprahový program první místo (odborná služba), kde uživatel hovoří o svém užívání. Tím se mu nabízí prostor pro reflexi své situace verbalizací, zároveň dostává reflexi a návrhy či informace od pracovníků programu. Protože tyto programy pracují se všemi uživateli, kteří mají o nabízené služby zájem, vzniká tak různorodá skupina klientů s odlišnými potřebami, což klade nárok na pracovníky těchto programů. Je důležité, aby pracovníci měli dostatečné komunikační schopnosti a dovednosti ve specifických intervencích např. motivační rozhovor, schopnost navázat první kontakt s uživatelem, edukace k bezpečnějšímu užívání, práce s klientem s psychiatrickou komorbiditou, klient v akutní intoxikaci apod.

Dalším nezastupitelným faktem je, že nízkoprahové služby jsou důležitou „branou“ do dalších služeb, a to zejména do substitučních programů, detoxifikačních zařízení, ambulantních a rezidenčních léčebných programů, ale také zprostředkování odborné lékařské pomoci či sociální služby. Vzniká tedy možnost *„nabízet uživatelům včasné řešení jejich situace dříve, než by např. pominul zájem o rezidenční léčbu či by se zdravotní a sociální problémy vystupňovaly natolik, že by jejich řešení vyžadovalo mnohem náročnější a intenzivnější způsoby řešení“* (Janíková, 2008, s. 106).

Nelze tedy popřít, že nízkoprahová kontaktní centra mají důležitou funkci v systému péče o drogově závislé, potažmo v rámci přístupu Public Health se starají i o ochranu celé společnosti. Cesta utváření nebyla snadná, důležité však je, že došlo k jejich realizaci a uplatnění v systému sociálních služeb. Domnívám se však, že stále panuje nedostatečná informovanost o smyslu kontaktních center mezi laickou veřejností a v tomto ohledu jsou nutná „mission statement“ – veřejná prohlášení o cílech a postojích těchto organizací ve věci postoje k závislostem a aktivní politice (srov. Hrdina, Korčíšová, 2008, s. 170).

## 6. Motivace

Motivace je v této práci klíčovým pojmem, proto je nezbytné důkladně definovat nejen ji samotnou, ale také pojmy, které se k ní přímo vztahují.

### 6.1. Význam a definice pojmu

Termín motivace je odvozen z latiny (moveo, ere, movi, motum – hýbati, pohybovati) a vyjadřuje hybné síly chování a jeho činitele. Pojem motivace je v odborné literatuře vymezován různě. J. Nuttin (1987; in Nakonečný 1996) chápe motivaci jako „*hypotetický proces, jehož podstatným znakem je zaměřování a energetizace chování*“ (Nakonečný, 1996, s. 12). Tato definice překonává starší pojetí, v němž byla motivace chápána jen jako proces energetizace chování (C. L. Hull, 1952; J. S. Brown, 1961).

Motivace je intrapsychický probíhající proces, jenž je zahájen výchozím motivačním stavem, ve kterém se odráží nějaký nedostatek v oblasti fyzického, psychického či sociálního bytí jednotlivce. Je to právě motivace, která směřuje k odstranění tohoto nedostatku a následně je prožíváno uspokojení. Výchozí motivační stav charakterizovaný nedostatkem se označuje jako potřeba, obsah uspokojení se označuje jako motiv. Motiv poskytuje člověku individuální smysl jeho chování, který nemusí být vždy žádoucí z hlediska společenských hodnot. Motivem nemůže být vnější objekt, neboť ten slouží pouze jako prostředek k jeho realizaci např. motivem jedení je nasycení, nikoliv jídlo – to je pouze prostředek (Nakonečný, 1997).

Smékal (2002) uvádí, že „*poznatky o motivaci jsou klíčem k poznání osobnosti*“ (Smékal, 2002, s. 231). Motivы chápe jako vnitřní příčiny jednání, které determinují a regulují zaměřenost naší činnosti, přičemž systém zaměřenosti pak představuje motivační systém člověka (tamtéž, 2002, s. 231). Motivem mohou být snahy, sklony, zájmy, záliby, postoje, přesvědčení, představy žádoucího cíle i obrazy nebezpečí; v současnosti se mezi motivy řadí i názory, zásady, ideály a hodnotové orientace.

V poslední době se můžeme také setkat s pojetím motivace jako „*určitého druhu postulované intervenující proměnné, která zahrnuje následující fenomény*“:

- energii, vzrušení;
- zaměření této energie na určitý cíl;
- selektivní pozornost pro určité podněty a změněnou vnímavost pro jiné;



- organizaci aktivity v integrované vzorce reakcí, popř. jejich sekvencí;
- udržování zaměřené aktivity, dokud se nezmění výchozí podmínky“ (Nakonečný, 1996, s. 12).

V tomto smyslu pak pojem motivace vysvětluje psychologické důvody chování, jeho subjektivní význam a současně vysvětluje pozorovanou variabilitu chování. Je však potřeba si připomenout, že ani při takovém vymezení nelze jednoznačně oddělit proces motivace od ostatních psychických procesů – emoce, kognitivní funkce atd.

Nakonečný (1996) dále vymezuje pojmy motivace a motiv jako hypotetické konstrukty, kterými se popisují a vysvětlují psychologické příčiny jednání (srov. Nakonečný, 1996, s. 8). Jinými slovy to znamená, že motivace určuje zaměření, trvání a intenzitu lidského jednání a motiv vyjadřuje psychologický důvod.

V neposlední řadě je důležité nahlížet na motivaci jako na proces proměnné. Znamená to, že průběh motivace může od začátku do konce probíhat nerovnoměrně a spíše se skládá z dílčích, rozdílných procesů (Nakonečný, 1996). Jak uvádějí Saunders, Wilkinson a Towers (1999): *„Je to proces, v němž se přání a energie pro dosažení specifických cílů pohybují jako příliv a odliv. Všichni se v některých dnech cítíme více motivovaní k dosažení změny než jindy.“* (Saunders, Wilkinson, Towers, 1999, s. 210).

## **6.2. Stimulace**

Stimulace motivace znamená podněcování, podporování motivace. Jak jsem již výše zmínila, motivace je intrapsychický proces, který lze ovlivňovat. Pokud klienti vyjadřují přání se závislostí skoncovat, je třeba jejich rozhodnutí podporovat a jejich motivaci posilovat. Pokud jsou klienti motivovaní ve smyslu, že chtějí v užívání pokračovat, je nutné stimulovat jejich motivaci správným směrem.

### 6.3.Změna

Změna je obecným cílem intervencí, přičemž dosažení změny je hlavním indikátorem jejich účinku (Kalina, 2001).

Úlehla (1999) k tomu dodává, že pracovník v pomáhajících profesích se snaží dospět ke změně v klientově chování, myšlení, způsobech, názorech, apod. a podle toho, zda žádoucí změna nastala, pak hodnotí, zda byla jeho práce úspěšná a měla smysl. „*Proto se snaží změnu ovládnout, předvídat ji a způsobit. Jediné, co však skutečně může udělat, je dát ke změně podnět. Samotnou změnu, kterou by rád pracovník u klienta viděl, musí uskutečnit, prožít a unést klient sám*“ (Úlehla, 1999, s. 101).

V psychoterapii se pojem změna může vztahovat na dílčí oblast (zlepšení obtíží, sebepojetí, apod.) nebo na celkovou změnu osobnosti (Kalina, 2001).

V souvislosti s tématem této práce, která je zaměřena na uživatele drog využívající služeb kontaktní centra, je vhodné začít nahlížet na změnu v různých podobách. Abstinence je jistě žádoucí změna, avšak někteří klienti nechtějí nebo nemohou abstinovat. Podstatnou část klientů kontaktních center tvoří osoby, které nejsou motivované k léčbě (Počarovský, 1999) a proto žádoucí změnou tedy může být uvědomění si vlastního problému a následného rozhodnutí léčit se. To jsou velice důležité kroky, neboť „*vše, co směřuje k cíli, již obsahuje zárodek tohoto cíle*“ (Úlehla, 1999, s. 102). Pro rizikové uživatele bude jistě žádoucí změnou výměna rizikového chování za chování bezpečnější. Klíčovou změnou může být rovněž změna životního stylu, která podmiňuje další změny. Kalina (2001) upozorňuje na to, že bez změny životního stylu v souvislosti s rodinou, přáteli, partnerem, prací, trestnou činností, trávením volného času, apod., není abstinence udržitelná.

## **7. Motivace v oblasti závislostí**

V oblasti léčby závislostí je motivace stěžejním bodem. Je totiž nejdůležitějším ze čtyř faktorů, které podmiňují úspěšnost léčby. Dalšími faktory jsou stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince a kvalita jeho okolí včetně sociálního (Kalina, 2001).

Poznatek, že se motivace mění a lze ji ovlivňovat, považuje Nešpor (2006) za jeden z nejdůležitějších objevů v léčbě závislostí ve 20. století.

V tradiční léčbě bylo požadováno, aby klienti vstupovali do léčení již se zralou motivací. Dnes je žádoucím to, aby klient přišel do léčby co nejdříve. Práce s jeho motivací je pak nedílnou součástí léčby a také podmínkou toho, aby v léčbě setrval (Kalina, 1999).

Při léčbě drogových závislostí jsou v současnosti využívány tzv. přístupy posilování motivace, které vycházejí z poznatků sociální psychologie a studií procesů, kterými se lidé mění (Rotgers, Keller, Morgenstern, 1999).

Nešpor (2006) se zamýšlí nad vztahem motivace a vůle. Uvádí, že z těchto dvou faktorů je mnohem důležitější motivace. Vyvrací domněnku, že závislé osoby mají slabou vůli. Jejich neschopnost se ve vztahu k návykové látce ovládat je totiž projevem závislosti, nikoliv slabé vůle. Vůli mají tyto osoby ve skutečnosti „železnou“, což dokazuje jejich pokračování v užívání navzdory riziku trestního stíhání, nesouhlasu okolí, zdravotním následkům, které jim užívání způsobuje, apod. Je třeba jejich silnou vůli obrátit správným směrem – což umožňuje práce s motivací. Jiní autoři naopak roli vůle zdůrazňují a považují ji pro překonání závislosti za nezbytnou (např. Brichtcín, 1999).

Nešpor (2006) rozlišuje tzv. negativní a pozitivní motivaci. Negativní motivace označuje nevýhody a problémy, které užívání drog přináší, zatímco pozitivní motivace představuje výhody, které by člověk získal, pokud by s užíváním přestal. Negativní motivace, tedy uvědomování si nevýhod užívání, je podle něj vhodná ve stádiu, kdy člověk nestojí o abstinenci a tehdy, když ho obtěžuje bažení.

### **7.1. Motivace k užívání drog**

Důležitou součástí a podmínkou pro vývoj návyku a závislosti je tedy motivace jedince k následnému abúzu drog. Přístupů k této problematice a vymezení jednotlivých motivů, popř. celých skupin, může být jistě mnoho. Velmi konkrétní dělení motivace a jednotlivých motivů v souvislosti s užíváním drog uvádí Keller a Pecinovská (1996):

- **Motivace fyzická** – přání fyzického uspokojení, fyzického uvolnění, odstranění fyzických obtíží, přání získat více energie, udržet si fyzickou kondici.
- **Motivace senzorická** – přání stimulovat zrak, sluch, hmat, chuť, potřeba smyslově - sexuální stimulace, popřípadě touha po celkovém posílení vnímání čidly.
- **Motivace emocionální** – uvolnění od psychické bolesti, pokus řešit osobní komplikace, uvolnění od špatné nálady, snížení úzkostí, emocionální relaxace.
- **Motivace interpersonální** – přání proniknout interpersonálními bariérami, získat uznání od vrstevníků, komunikovat s nimi – především neverbálně, vzdorovat autoritě, posílit vazbu s druhou osobou, uvolnit interpersonální blokády, rozpustit interpersonální závislosti.
- **Motivace sociální** – potřeba prosadit si sociální změny, identifikovat se s určitou subkulturou, unikat z obtížných až nesnesitelných podmínek prostředí, měnit společenské vědomí vrstevníků.
- **Motivace politická** – identifikovat se se skupinou protestující proti establishmentu, měnit drogovou legislativu, nedodržovat společenská pravidla.
- **Motivace intelektuální** – uniknout nudě, dosáhnout intelektuální kurióznosti, řešit umělé problémy, produkovat originální světové ideje, zkoumat své vlastní vědomí a podvědomí.
- **Motivace kreativně estetická** – vylepšit uměleckou tvorbu, zvýšit prožitek z umění, ovlivnit a rozšířit představivost.
- **Motivace filozofická** – objevovat významné hodnoty, hledat smysl života, nalézat osobní identifikaci, objevovat nové pohledy na svět.
- **Motivace spirituálně mystická** – vyznávat ortodoxní víru, prosazovat a vázat se na spirituální náhled, získávat boží vize, komunikovat s bohem, získávat spirituální moc.

- **Motivace specifická** – osobní potřeba prožít dobrodružství či jinak nevyjádřené prožitky, získat ocenění u určitých osob (srov. Keller a Pecinová, 1996, s. 40 – 41).

Göhlert a Kühn (2001) se v souvislosti s příčinami užívání drog zmiňují o jakési „přirozené lidské potřebě opojení“. Dle jejich názoru existuje přirozeně lidská potřeba překračovat hranice, vyhledávat cesty do neznámých končin, prozkoumávat nové věci, tedy uniknout obvyklému. K tomu dodávají, že návyk je z tohoto pohledu jen jednou z mnoha možností různých variant lidského chování v konkrétních situacích, a že se tedy rozhodně neprojevuje pouze v užívání omamných prostředků, nýbrž také prací, hrou či sexualitou a dalšími činnostmi. Přitom se mohou tyto vzory chování mezi sebou měnit.

## 7.2. Motivace ke změně

Mnoho odborníků zabývajících se závislostmi si klade základní otázku, považující ji za dobrou a užitečnou: „Máme co nabídnout uživatelům drog výměnnou za jejich aktuální chování?“ Již tato základní otázka je ale v podstatě chybně formulována. „Dobře“ položená otázka by mohla vypadat spíše takto: **„Co může drogový uživatel v rámci svých životních zkušeností najít jako dostatečný důvod/motiv ke změně svého aktuálního chování?“**

## 7.3. Motivace ke změně u klientů v nízkoprahových zařízeních

Konečný (2000) uvádí následujících 5 skupin motivů ke změně „drogového chování“ u klientů z nízkoprahových zařízení:

- **zdravotní stav** – somatický a psychický
- **užší sociální okolí** – rodina, partner, přátelé
- **širší sociální okolí** – škola, zaměstnání, koníčky
- **právní postihy**
- **„život sám“**

Je potřeba poznamenat, že jde o výsledky získané hlavně na vzorku problémových nebo závislých uživatelů, kde může být již struktura osobnosti – hlavně její hodnotový systém (Urban 1973; Bergeret 1995) – významně pozměněna dlouhodobějším vlivem užívání drog.

- **zdravotní stav – somatický a psychický:** U velké části klientů není zdravotní stav příliš důležitým motivem ke změně chování. Nejméně je zdravotní stav motivující u mladých lidí, pro které není zdraví v tomto období jejich života dostatečnou hodnotou. Také u začínajících uživatelů – většinou mládeže – se následky užívání drog neprojeví v takové míře, aby to vnímali jako problém. Pokud se projeví nějaké negativní následky užívání drog – „kocovina“, atd., k návratu organismu do normálního stavu dochází poměrně rychle a bez výrazných důsledků (Tober, in Miller, Rollnick 1991). Jako důležitý motiv se zdravotní stav jeví spíše u žen než u mužů a obzvláště pak, pokud jde o ženy v těhotenství – tato situace může vést i k okamžité abstinenci. Těhotenství a následně narozené dítě může být však jen dočasným motivem. V mnohých případech vzniká závislost na dítěti, která pouze substituuje závislost na droze.
- **užší sociální okolí – rodina, partner, přátelé:** Nejúčinnějším motivem bývá u velké části klientů nalezení nového partnera, případně udržení vztahu s partnerem bývalým. Klienti si běžně „stěžují“ na to, že nemají pro koho abstinovat. V případě nalezení partnera, pro kterého je klient ochoten abstinovat, jde ale spíše o substituci, kdy závislost na novém partnerovi nahradí závislost na droze. Dojde-li k rozchodu s partnerem, uživatel se obvykle vrací k droze.
- **širší sociální okolí – škola, zaměstnání, koníčky:** Udržení či návrat do školy, zaměstnání nebo ke svým koníčkům slouží většinou spíše jako „pomocný“ motiv v případě, kdy už klient zvažuje případnou změnu. Situace ve škole – spolužáci užívající drogy, tlak ze strany učitele, nezvládnutí učení, atd. – nebo v zaměstnání – stres, velké množství práce, fyzické vyčerpání, atd. – může naopak vést k užívání drog než motivovat ke změně chování uživatele.
- **právní postihy:** U velkého počtu klientů je právě bohužel až tento faktor jedním z nejvíce motivujících. V poslední době se začíná výrazněji uplatňovat strategie alternativních trestů a soudně nařízených léčeb, což klienty včas upozorní na možné závažnější právní důsledky jejich chování a také je to přivede do kontaktu s odbornou institucí.

- **„život sám“:** Jedná se o stav motivace, kdy klient klesne až na ono pomyslné dno a rozhodne se odrazit zpátky. U velkého počtu klientů v nízkoprahových zařízeních je však problém s tím, že během jejich drogové kariéry došlo k poškození v oblasti zdravotní – hepatitida typu A, B, C, virus HIV, trvalejší poškození kognitivních funkcí, apod., sociální – naprostá ztráta kontaktů na „normální“ populaci, nedokončené vzdělání, apod., a právní – dluhy, záznam v rejstříku, atd. – a to v takové míře, která z pohledu klienta neumožňuje opětne dostatečně uspokojující zařazení do „normálního“ života ve společnosti.

Jak je možné vidět z výše uvedených motivů, kterých by mohlo být jistě více, není vždy snadné najít dostatečný důvod/motiv pro změnu aktuálního chování. Někdy se stává, že nízkoprahové zařízení je s klientem v kontaktu i několik let, než se v klientovi něco pohne. Teprve v tu chvíli je možné pracovat na motivaci ke změně chování směřující k abstinenci. V některých případech může jít o celoživotní proces – např. klienti na metadonové substituci. I s těmito klienty lze však pracovat na motivaci alespoň k částečné změně chování – zdravotní a sociální stabilizaci.

## 8. Modely procesu změny

### 8.1. Transteoretický model procesu změny

Transteoretický model (TTM) procesu změny původně vytvořený Prochaskou a DiClementem (in Miller, Rollnick, 2003) je důležitý svou myšlenkou, že změna je spíše procesem než jednotlivou událostí. Model popisuje 5 stádií, kterými jedinec prochází v rámci procesu změny. Stádia prezentují dynamiku a motivační aspekty procesu změny napříč určitým časovým obdobím, které může být u každého klienta odlišné. Dobiášová a Broža (2003) je uvádějí následovně:

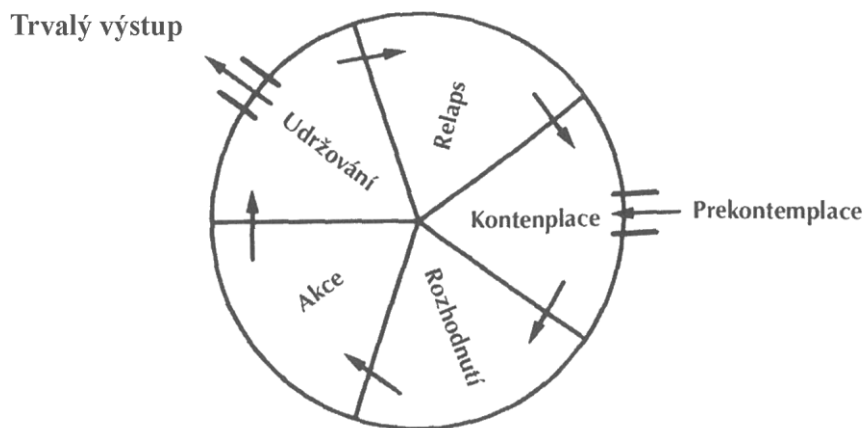
- **První stádium – prekontemplace.** Klienti, které potkáváme při předléčebném poradenství, se velmi často nacházejí právě v této etapě. Nevnímají užívání drog jako svůj problém, který by měli řešit. Je to fáze, která předchází jakémukoliv uvažování o změně. V této fázi se většina jedinců cítí „dobře“, drogy vychutnávají a jejich užívání považují za prospěšné. Jsou přesvědčeni, že vše mají pod kontrolou. Jakákoliv změna se jim jeví zbytečná a nepotřebná. V této fázi je nejdůležitější s klientem navázat kontakt, což se děje např. formou nízkoprahové péče – terénní programy nebo kontaktní centra.
- **Druhé stádium – kontemplace.** V tomto stádiu vidí klienti zisky a ztráty pramenící z užívání drog zhruba vyrovnaně. Hlavní změnou oproti předchozímu stádiu je výskyt problémů, z nichž některé jsou klienti schopni dát do přímé souvislosti s užíváním drog. Užívání drog však stále ještě přináší uspokojení, zároveň již začínají narůstat pochybnosti o správnosti pokračování a obavy o budoucím vývoji jejich užívání. V této fázi je dobré pokoušet se o zdůrazňování rozporu a motivovat klienty k drobným změnám, které pozitivně působí na klientovo sebevědomí v případě, že se zdaří je realizovat a udržet.
- **Třetí stádium – rozhodování.** Toto stádium přináší zhoršení situace klienta, takže ztráty z užívání drog začínají převažovat nad zisky. Klienti jsou ochotni je dávat do přímé souvislosti s užíváním drog a reálně přemýšlejí o potřebě změnit situaci. V této fázi jsou klienti odhodláni svoji situaci změnit. Tomuto stádiu také říkáme „stádium odhodlání“. Z celé předléčebné etapy právě v této fázi klienti nejvíce spolupracují – aktivně se podílejí na vytváření následujících cílů a strategií, jsou plni odhodlání a



bývají pozitivně naladěni vůči změně. Je to etapa, ve které jsou klienti ochotni zvažovat výraznější změny (např. omezení v užívání drog až abstinence, popř. uvažování o léčbě). V neoptimálnějších případech zde tedy končí předléčebná péče a klient následně vstupuje do léčby.

- **Čtvrté stádium – akce.** V této fázi klient začíná jednat, realizovat změnu – např. nástup do léčby. K tomuto kroku dochází, pokud klientův rozpor dostatečně zesílí a potřeba změny nabude dostatečné intenzity. K tomuto rozhodnutí a realizaci potřebné aktivity přispívá velkou měrou důvěryhodný vztah s terapeutem.
- **Páté stádium – udržení změny.** Toto stádium přináší začátek návratu do běžného života a „testuje“ schopnosti klienta žít bez drogy. V rámci tohoto stádia může klient docházet do zařízení z oblasti následné péče – doléčovacích programů, čímž minimalizuje možnost relapsu a návratu zpět do jedné z předchozích fází.

**Obr. 1:** Fáze průběhu změny



(in Miller, Rollnick 2003, s. 15)

„Kolo změny“, jež vyvinuli Prochaska a DiClemente poukazuje na určité jeho charakteristiky. V první řadě se jedná o kruh – kolo, což odráží realitu průběhu změny. Je zcela běžné, že člověk během procesu, dříve než dosáhne stability, projde všemi fázemi několikrát. Proto se také relaps objevuje na kole změny jako běžná součást procesu. „Každé uklouznutí

*nebo relaps vás posunuje o krok blíž k uzdravení“* (Miller, Rollnick 2003, s. 15). Tímto výrokem autoři pochopitelně nemyslí povzbuzovat klienty, aby relapsovali. Ve skutečnosti jim tímto realistickým pohledem pomáhají, aby neupadli v beznaděj, nebyli demoralizováni a neklesali na duchu, když se relaps objeví (srov. Miller, Rollnick 2003, s. 15).

Rozlišování různých fází procesu rovněž znamená, že pracovník má podle nich volit svůj přístup ke klientovi a metody práce s ním. Je potřeba používat jiné dovednosti, pokud pracovník pracuje s klientem ve fázi zvažování, a jiné ve fázi akce. Tyto fáze a postupy jsou znázorněny v následující tabulce:

**Tab. 2:** Fáze změny a úkoly terapeuta

<b>Fáze</b>	<b>Motivační úkoly pracovníka</b>
Prekontemplace	Vyvolejte u klienta pochybnosti, posilte vnímání nebezpečí a potíží, které stávající chování přináší.
Kontemplace	Nakloňte rovnováhu žádoucím směrem, připomeňte důvody pro změnu a nebezpečí, pokud změna nenastane.
Rozhodnutí	Pomozte klientovi, aby se rozhodl pro nejlepší variantu akce směřující ke změně.
Akce	Pomozte klientovi udělat vše potřebné.
Udržování	Pomozte klientovi najít a použít metody, které zabrání relapsu.
Relaps	Pomozte klientovi, aby obnovil proces uvažování, rozhodnutí atd.

*(in Miller, Rollnick 2003, s. 17)*

## **8.2. Model procesu změny dle Buismana a Koka**

Jiný model změny chování, podle Buismana a Koka, staví změny do série tzv. „schodů“ v následující posloupnosti a Počarovský (1999) k tomu dodává možné nástroje při práci s klientem v rámci daného schodu:

- **Kontakt.** První schod znamená kontakt, ale u klienta také odpor a zároveň konfrontaci s případnými zdravotními, sociálními problémy, trestnou činností, sociálním konfliktem, stigmatizací, vývojovým konfliktem atd. Nástroji se mohou stát nabízené služby, respektování klienta, pravidla, hranice, zájem, pocit bezpečí atd.

- **Pozornost.** Druhý schod znamená pozornost, která je často zaměřena na abstinenční syndrom, zdravotní problémy, bydlení, rodinu, eventuálně policii, zákon, kvalitu drog, peníze atd. Nástroji se mohou stát naslouchání, trpělivost, mapování hodnot a postojů atd.
- **Pochopení.** Třetí schod znamená pochopení, kdy klient může pochopit informace tlumočené vrstevníky, odborníky a z psaného materiálu, případně zprostředkované přirozenou autoritou či rodiči. Nástroji se mohou stát srozumitelnost, informační letáky, zkušenosti vrstevníků, popř. ex-userů, atd.
- **Změna postoje.** Na čtvrtém schodě jde o to změnit postoje v souvislosti s krátkodobými a dlouhodobými investicemi, s výhodami a nevýhodami tzn. např. „čistá jehla x špinavá jehla“, „nahodilý kontakt x intenzivní ambulantní terapie“, „intenzivní ambulantní terapie x terapeutická komunita“. Nástrojem se může stát doporučení, poradenství, sociální služby.
- **Změna záměru.** Na pátém schodě je změna záměru. Například tlak sociálního rituálu – záměr může vést k postoji: „Nechci sdílet jehlu“. Nástrojem se může stát uznání, potvrzení, podpora a obrana postoje klienta „chci“, porovnání výhod a nevýhod, případně zintenzivnění kontaktu, zvýšení prestiže klienta ve skupině. Pokud se jedná o skupinu klientů, s nimiž se pracuje před nástupem na detox a léčbu, odchází klient v této fázi na detox a kontakt v nízkoprahovém zařízení pro tuto chvíli končí.
- **Změna chování.** Schod šestý je pak v optimálním případě otázkou ambulantních programů stacionárního typu nebo residenčních léčebných zařízení. Mezi nástroje lze počítat podporu, kontakt, nácvik dovedností, vzdělávání atd.
- **Udržení změny.** Na sedmém schodu je důležité pokusit se o udržení změny. Tento schod však již patří více do oblasti následné péče a prevence relapsu.

Jak můžeme vidět, oba modely („kolo změny a schody“) se vzájemně doplňují a v rámci obou je na všech úrovních možné a užitečné používat motivační rozhovor se specifickými úpravami dle aktuálního stavu a potřeb klienta.

### **8.3. Model vývoje motivace v procesu změny dle Kaliny**

Posledním modelem, který zde již jen stručně uvedu, je model vývoje motivace, jak jej prezentuje Kalina (2000). Poukazuje na to, že málokdy můžeme očekávat, že klient sám vyvíjí zralou iniciativu při řešení svých problémů. Motivační trénink v rámci předléčebného poradenství obvykle znamená usilovnou práci na nižších stupních vývoje motivace a vyžaduje určitý čas a počet setkání, aby se motivace vůbec propracovala. Na druhé straně by poradenství mělo usilovat o rychlý nástup klienta do léčby a ukazuje se, že prodlužování a odkládání nástupu s cílem vyzkoušet klientovu motivaci není efektivní. Vývojová stádia pak uvádí následovně:

- Klient popírá, že má vůbec nějaké problémy (problémy mají ostatní);
- Klient připouští, že má nějaké problémy, ale popírá problémy s drogou;
- Klient připouští, že má problémy s drogou, ale popírá, že potřebuje odbornou pomoc;
- Klient připouští, že potřebuje odbornou pomoc, ale popírá, že potřebuje typ léčby či intervence, které mu nabízíme;
- Smlouvá a uzavírá obchod;
- Pasivně se podrobuje;
- Vyvíjí aktivitu s žádostí o pomoc, pomoc pak přijímá se samozřejmostí a očekává ocenění za to, že ji přijímá nebo za banality – cítí se zraněn, nevytváří-li se kolem něj příhodné podmínky pro jeho úsilí.

Je možné si všimnout, že Kalina (2000) mluví o motivačním tréninku. Tento přístup se snaží kombinovat při práci s motivací i jiné přístupy – konfrontační, KBT, apod.

## **9. Motivační rozhovor**

Motivační rozhovor je speciální metoda, která pomáhá lidem poznat svůj existující nebo blížící se problém a něco s ním udělat. Je zvláště účinná v případě lidí, kteří se změnou váhají nebo jsou velmi nerozhodní. Je zaměřena na to, aby pomohla překonat ambivalenci a pomohla člověku podstoupit na cestě ke změně.

Při motivačním rozhovoru pracovník nepřijímá autoritativní roli. Odpovědnost za změnu je ponechána na jedinci samém. Postupy uplatňované v motivačních rozhovorech jsou spíše přesvědčovací nežli donucovací, více podporující nežli argumentační. Pracovník se snaží vytvořit pozitivní atmosféru, která vede ke změně. Celkovým cílem je navýšit klientovu vnitřní motivaci tak, že se změna vynoří v něm samém, namísto toho, aby byla na klientovi vyžadována zvenku. Pokud se postup uplatní správně, předkládá sám klient – spíše než pracovník – argumenty pro změnu.

### **9.1. Teoretická východiska motivačního rozhovoru**

Motivační rozhovor vznikl jako reakce na trendy léčby závislosti, které zahrnují užití přímé konfrontace a přesvědčování. Konfrontační přístup byl založen na předpokladu, že alkoholici a ostatní závislí mají mimořádnou úroveň obranných mechanismů, jakými jsou například popření, projekce a racionalizace, což jsou rysy, o kterých se předpokládá, že způsobují značný nedostatek motivace ke změně (Miller, Rollnick 2003). Cílem tohoto přístupu bylo srazit klienta až na dno a donutit ho na základě tlaku okolí přijmout svoji diagnózu. Tento přístup měl a má své opodstatnění, ale ukazuje se, že není obecně platným, vhodným pro všechny klienty a situace.

Proti tomu byl postaven přístup, který vychází z terapeutického směru definovaného Carlem Rogersem a který se snaží s klientem pracovat tak, aby ke konfrontaci nedocházelo na úrovni klient – pracovník, ale aby konfrontace se sebou samým byla niterným zážitkem klienta, ke kterému mu dopomůže empatický, naslouchající a pomáhající terapeut. Přístup pracovníka může být totiž skutečně rozhodující pro to, zda klient zvolí odpor nebo změnu.

Autoři motivačního rozhovoru se tedy při vytváření této klinické poradenské metody nechali inspirovat především Prochaskou a DiClementem – model procesu změny, srovnávací analýzou účinných krátkých terapií – FRAMES (Miller, Sanchez 1994 in Miller, Rollnick, 2003) a humanistickou psychologií – konkrétně prací C. Rogerse a jeho přístupem zaměřeným na člověka. Pro účel této práce bude užitečné, představíme-li si alespoň

v krátkosti tyto zdroje, ze kterých se motivační rozhovor vyvinul – Prochaskův a DiClementeho model procesu změny jsme si již představili.

### 9.1.1. FRAMES – analýza účinných krátkých terapií

Miller a Sanchez (1994; in Miller, Rollnick, 2003) se zabývali otázkou, jaké prvky obsahuje efektivní rychlá intervence, jež spouští motivační procesy pro změnu. Analyzovali obsah postupů rychlého poradenství a následně popsali 6 prvků, jež se jeví jako obvyklé a „aktivní přísady“ účinné rychlé intervence a nazvali je zkratkou FRAMES. Toto je tedy 6 základních kamenů pro vystavění motivačního rozhovoru:

- **zpětná vazba** k individuálním nálezům (**F**eedback)
- **osobní odpovědnost za změnu**, neboť osobní změna vychází se svobodného rozhodnutí, které za klienta nemůže nikdo udělat (**R**esponsibility)
- **poskytnutí přímé rady**, jak dosáhnout zdravé změny (**A**dvice)
- **nabídka možnosti**, jak lze změny dosáhnout (**M**enu)
- **empatie** (Empathy)
- **posílení důvěry** ve vlastní schopnosti klienta (**S**elf-efficacy)

### 9.1.2. Na klienta/člověka zaměřená psychoterapie

Carl Rogers (1902 – 1987) získal v roce 1931 doktorát z klinické psychologie. Poté pracoval více jak deset let v dětské poradně. Již v té době na základě vlastní klinické zkušenosti začal vytvářet svou teorii a praxi. Inspirací i potvrzením jeho úsilí mu byly práce Otto Ranka, který v nápravě lidských problémů vyzdvihoval terapeutův přístup před technickými dovednostmi.

Rogersova metoda bývá označována rovněž jako „Terapie rozhovorem zaměřená na klienta“, „Rogersova psychoterapie“, „Psychoterapie rozhovorem“. Základním přesvědčením psychoterapeuta je, že člověku je vlastní potenciál k sebe-uskutečnění: sebe-aktualizační tendence. V centru terapie se ocitá rozpor mezi self-konceptem – sebezpojetím, obrazem o sobě – a mezi aktuálním zážitkem, který je pro člověka bolestivý a vede k poruchám. Více než konkrétní technické intervence/postupy je pro psychoterapeuta důležitější dodržovat tři zásady:

- **empatii** – nehodnotící, vcit'ující se chování;
- **akceptaci** – nepodmiňované oceňování;
- **kongruenci** – pravost.

Tyto nezbytné podmínky umožní klientovi, aby získal více sebedůvěry, aby dokázal ocenit sám sebe a stal se otevřenějším ke změnám (Vymětal 1997).

Rogers tvrdí (in Prochaska, Norcross, 1999), že nezbytné a dostačující podmínky terapie jsou obsaženy v terapeutickém vztahu. Ke konstruktivní osobnostní změně je potřeba splnit podmínek v rámci tohoto vztahu:

- **Vztah.** Dva lidé musí mít mezi sebou vztah, v němž si každý uvědomuje svou odlišnost.
- **Zranitelnost.** Klient je ve stavu inkongruence<sup>7</sup> a je tudíž náchylný k úzkosti, protože může podvědomě vnímat zážitky, které ohrožují já, nebo cítí úzkost, protože je už vnímá.
- **Opravdovost.** Terapeut je ve vztahu kongruentní a opravdový či autentický. Opravdovost znamená, že terapeuti jsou pouze sami sebou a své současné prožitky si přesně uvědomují.
- **Nepodmíněné pozitivní ocenění.** Terapeut musí být schopen nepodmíněně pozitivně ocenit klienta. Klientova inkongruence vzniká vlivem internalizovaných podmínek ocenění. Aby klient dokázal přijmout a uvědomit si popřené nebo zkreslené zážitky, musí se oslabit působení podmínek ocenění a posílit klientova nepodmíněná sebeúcta.
- **Přesná empatie.** Terapeut přesně empaticky prožívá klientův vnitřní svět a snaží se mu to dát najevo. Prostřednictvím empatie zakouší terapeut klientův osobní svět, jako by byl jeho vlastní a to bez doprovodu hněvu, strachu či zmatku. Díky tomu může terapeut klientovi sdělit, jak jeho svět chápe, včetně významů klientovy zkušenosti, které si on stěží uvědomuje.
- **Vnímání opravdovosti.** Klienti vnímají, alespoň v minimální míře, že je terapeut přijímá a že jim rozumí. Klient neuvěří terapeutově péči a empatii, když jej nebude

---

<sup>7</sup> Důležitým pojmem v rogersovské teorii je kongruence. Kongruence je definována jako „*shoda mezi prožitky přítomnými v organismu a tím, jak jsou symbolizovány v 'já'*“ (Drapela 2003, s. 129). Nepřítomnost nebo relativní nedostatek kongruence se nazývá inkongruence a jde o „*nedostatek přesné symbolizace organismického prožívání v 'já'*“. Je to rozpor mezi prožitky a vnímáním těchto prožitků, které má za následek zkreslené uvědomování 'já'“ (Drapela, 2003, s. 129).

vnímat jako opravdového, ale jen jako člověka v určité roli.

Dohromady tyto podmínky postačují k navozování terapeutické změny. Rogers však předpokládal, že jedině tyto podmínky způsobí terapeutickou osobnostní změnu u jakéhokoliv klienta, v jakékoliv terapii a v jakékoliv situaci (Prochaska, 1999).

## 9.2. Definice motivačního rozhovoru

Miller, Rollnick (2003) definovali motivační rozhovor jako na klienta orientovanou, direktivní metodu snažící se posílit klientovu vnitřní motivaci ke změně tím, že mu pracovník pomáhá nalézt/vytvořit ambivalenci, kterou následně řeší. Pokusím se jednotlivé části definice stručně rozvést.

**Motivační rozhovor je na klienta orientovaný** – je založen na přístupu C. Rogerse. Motivační rozhovor se v tomto smyslu nezaměřuje na učení nových dovedností, restrukturuje klientova vnímání nebo probírání klientova minulosti. Motivační rozhovor je plně soustředěn na aktuální situaci klienta.

**Motivační rozhovor je direktivní** – odlišuje se od přístupu C. Rogerse v tom, že je direktivní. To znamená, že motivační rozhovor směřuje klienta k vytvoření ambivalence a jejímu řešení – což vede následně ke změně. Klientova vlastní zkušenost s ambivalencí a její řešení je hlavní cíl a pracovník se direktivně snaží tohoto cíle dosáhnout.

**Motivační rozhovor se snaží posílit klientovu vnitřní motivaci** – tím se odlišuje od motivačních přístupů, které se snaží zapojit i vnější prostředky – sankce, sociální tlak, atd. Motivační rozhovor není a ani nemůže být metodou, která by vedla klienta ke změně, se kterou by klient nebyl vnitřně ztotožněn.

**Motivační rozhovor pomáhá klientovi nalézt/vytvářet ambivalenci, kterou následně řeší** – ambivalence je klíčem k vyvolání změny.

Autoři nakonec dodávají, že motivační rozhovor je spíše metoda komunikace, než nějaký soubor technik. Především to není balíček triků, jak donutit lidi, aby udělali něco, co sami nechtějí. Je to přístup umožňující komunikaci, která v člověku evokuje přirozenou změnu (Miller, Rollnick 2003).

## 9.3. Srovnání motivačního rozhovoru s jinými přístupy

Pro lepší představu uvádím srovnání motivačního rozhovoru s jinými poradenskými



přístupy v oblasti práce s drogovými uživateli, jak je uvádí Miller a Rollnick (2003).

Jak bylo zmíněno, motivační rozhovor nejenže není konfrontačním přístupem, ale navíc se snaží konfrontaci vyhýbat a považuje ji za následek vzájemné interakce mezi klientem a pracovníkem. V tabulce 3 lze vidět základní rozdíly mezi motivačním rozhovorem a konfrontačním poradenským přístupem.

Motivační rozhovor i přesto, že je založen na přístupu C. Rogerse, je ve své podobě direktivní. Tabulka 4 (s. 59) ukazuje srovnání mezi nedirektivním přístupem a motivačním rozhovorem.

**Tab. 3:** Rozdíl mezi konfrontačním přístupem a motivačním rozhovorem

<b>Konfrontační přístup</b>	<b>Motivační rozhovor</b>
Silné zdůrazňování toho, aby klient přijal fakt, že má problém.	Odhlížení od „nálepek“; akceptace diagnózy není vnímáno jako předpoklad k uskutečnění změny.
Zdůrazňování osobnostní patologie, která zmenšuje klientovu schopnost rozhodování, úsudku a kontroly.	Je zdůrazňován význam osobní svobody a odpovědnost za rozhodnutí ohledně dalšího chování.
Terapeut udává příznaky a přesvědčuje o diagnóze.	Terapeut objektivně zhodnocuje situaci, ale podporuje klienta k vyjadřování vlastních obav a názorů na danou situaci.
Odpor je vnímán jako „popírání“ a jako jev, který si vynucuje konfrontaci.	Odpor je vnímán jako výsledek vzájemné interakce, často ovlivněný chováním terapeuta.
Odpor se setkává s argumentací a snahou o korekci.	Odpor je reflektován.
Cíle léčby a postupy směrem ke změně jsou předepisovány klientovi terapeutem, klient je viděn jako ten „v odporu“ a neschopný učinit rozhodnutí.	Cíle léčby a strategie k nastolení změny jsou výsledkem rozhovoru mezi klientem a terapeutem. Začlenění klienta do tohoto procesu a následná akceptace dalšího postupu je nahlíženo jako podstatné a zásadní.

(Miller, Rollnick 2003, s. 47)

**Tab. 4:** Rozdíly mezi nedirektivním přístupem a motivačním rozhovorem

<b>Nedirektivní přístup</b>	<b>Motivační rozhovor</b>
Dovoluje klientovi, aby rozhodoval o obsahu a směru terapie.	Systematicky vede klienta směrem k motivaci ke změně.
Terapeut se vyhýbá tomu, aby přímo radil a poskytoval zpětnou vazbu.	Terapeut nabízí přímou radu a zpětnou vazbu jen tehdy, je-li to vhodné.
Emfatická reflexe je používána záměrně a ne nahodile.	Emfatická reflexe je užívána selektivně k posílení určitých procesů.
Zabývá se klientovými konflikty a emocemi v jejich stávající podobě.	Snaží se vytvářet a zdůrazňovat klientovy rozpory, aby posílil motivaci pro změnu.

(Miller, Rollnick 2003, s. 48)

#### **9.4. Motivační rozhovor při práci v nízkoprahovém zařízení**

Počarovský (1997) uvádí, že nízkoprahová zařízení, jejichž nejvýznamnějším cílem je navazování prvního kontaktu, snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog, poskytování krizové intervence a zprostředkování detoxifikace a léčby, by měla nahlížet metodou motivačního rozhovoru jako bazální pilíř své práce.

Práci s klientem je tedy potřeba vidět nejen na rovině přípravy klienta do léčby – motivační rozhovor před léčbou vedoucí k rozhodnutí klienta vstoupit do léčebny, terapeutické komunity – ale také na úrovni motivace klientů k „bezpečnějšímu“ užívání drogy, tedy motivace ke změně rizikového chování k chování odpovědnému, bezpečnějšímu – používání sterilních stříkaček a jehel atd. (Počarovský 1997).

V kontextu nízkoprahového zařízení, které poskytuje základní poradenské služby a služby programů Harm Reduction, nejde ani tak o abstinenci v obvyklém pojetí smyslu tohoto slova. Jen obtížně bude totiž abstinovat klient závislý na heroinu, který je sice v intenzivním kontaktu a prochází procesem změny, ale je bez odborné lékařské péče např. v programu ambulantní detoxifikace. Počarovský (1997) k tomu dodává, že pracovník pracující v nízkoprahovém zařízení s ambicí dovést klienta závislého na heroinu v rámci motivačních rozhovorů k abstinenci je naivní. Pravděpodobně o tom lze diskutovat u klientů užívajících stimulancia, kanabionidy, nebo jiné drogy, na kterých nevzniká silná fyzická závislost. Je však možné dovést takového klienta alespoň k např. „abstinenci“ od rizikového chování, k „abstinenci“ od sdílení použitých injekčních stříkaček a jehel. Cílem programů Harm

Reduction v nízkoprahových zařízeních není totiž léčba, ale fakticky minimalizace zdravotních rizik a příprava klienta pro léčbu. Tedy jakási preterapie, jejímž cílem je dovést co nejméně zdravotně a sociálně poškozeného klienta k rozhodnutí léčit se v instituci, která je pro klienta s ohledem na jeho stav, diagnózu, anamnézu a drogovou kariéru nejvhodnější.

## 10. Technika motivačního rozhovoru

V následujících kapitolách se již zaměřuji na konkrétní popis techniky motivačního rozhovoru.

### 10.1. Pět základních principů

Miller a Rollnick (2003) uvádí pět klíčových principů, které určují praktické vedení motivačního rozhovoru:

- **Vyjádření empatie**
- **Rozvíjení rozporů**
- **Vyhýbání se argumentaci**
- **otočení odporu (využití odporu)**
- **podpora vlastních schopností klienta**

#### 10.1.1. Vyjádření empatie

*„Přijetí napomáhá změně“.*

Jak již bylo řečeno, empatický styl terapeutovy práce je nezbytnou charakteristikou motivačních rozhovorů. Postoj, na němž je princip vcítění založen, by se dal nazvat „přijetí“. Prostřednictvím reflektivního naslouchání se pracovník snaží pochopit klientovy pocity a pohled na věc, aniž by je posuzoval, kritizoval nebo kvůli nim klienta obviňoval (srov. Miller, Rollnick, 2003, s. 49). Autoři však varují před tím, že přijetí a pochopení neznamená totéž, co souhlas nebo schválení. Je možné přijmout a chápat klientův pohled na věc, a přitom s ním není nutno souhlasit. Klíčovým momentem je naslouchat klientovi s respektem a touhou porozumět jeho chápání věci. K tomu autoři dodávají: *„Paradoxem je, že přijetí člověka, jaký je, mu umožní učinit svobodné rozhodnutí pro změnu, zatímco trvalé nepřijímání může mít za následek, že vše zůstane při starém“* (Miller, Rollnick 2003, s. 49).

#### 10.1.2. Rozvíjení rozporů

*„Rozpor mezi stávajícím chováním a důležitými životními cíli motivuje ke změně“.*

V tomto principu je základním prvkem motivačního rozhovoru pojmenovat, objevit a rozvinout rozpor v klientově mysli mezi tím, co v dané chvíli dělá, a jeho dalšími cíli. „*Na obecnější rovině je možné chápat tento proces jako uvědomování si rozporu mezi tím, kde se člověk nachází, a tím, kde by chtěl být*“ (Miller, Rollnick 2003, s. 50). Spouštěcím momentem je uvědomění si klienta, jak vysokou cenu platí za svůj stávající styl života. Pokud je tento jeho styl v rozporu s tím, čeho by chtěl dosáhnout, je pravděpodobné, že se rozhodne pro změnu a začne ji uskutečňovat. Uvědomění si rozporu mezi stávajícím chováním a svými osobními cíli, je prvním krokem ke změně. Motivační rozhovory se proto na tento rozpor zaměřují, pracují s ním a jejich cílem je, aby klient sám v sobě dozrál k rozhodnutí pro změnu. Hlavní zásadou je to, že důvody pro změnu objevuje a formuluje sám klient. Pracovník „pouze“ naslouchá klientovým obavám a podporuje v jeho rozhodnutí pro změnu.

### **10.1.3. Vyhýbání se argumentaci**

*„Odpor je signálem, že je třeba změnit postup“.*

Třetí princip spočívá ve vyhýbání se přímé konfrontaci s klientem. Konfrontace do motivačních rozhovorů patří, ale měla by sloužit k tomu, aby si klient jasně uvědomil své problémy i potřebu na nich pracovat. Objeví-li se v klientově chování odpor, je to pro pracovníka signál, že by měl přehodnotit svůj dosavadní postup a změnit ho. V okamžiku, kdy pracovník vnímá klientovu situaci jako problematickou a klientův náhled je diametrálně odlišný, může být pracovník stržen k silné argumentaci, aby klienta o velikosti jeho potíží přesvědčil. V takovém případě může dojít k tomu, že klientovi začne stanovovat diagnózu či ho jinak „nálepkovat“, což vede pouze ke zvýšení odporu ze strany klienta. Je proto třeba začít pracovat s každým klientem tam, kde se právě nachází, a netlačít ho prostřednictvím nálepkování ke změně jeho postoje.

### **10.1.4. Otočení (využití) odpor**

*„Klient sám je cenný zdroj řešení svých problémů.“*

V tomto principu je opět přítomný respekt ke klientovi a jeho volbě. Proti jeho pohledu na věc nemusí jít pracovník přímo, ale může s ním pracovat tak, že nabídne klientovi jiný

úhel, z něhož by se mohl na svoji situaci podívat. Jde o to nabízet klientovi nové možnosti, spíše než předkládat nové cíle. Miller, Rollnick (2003) v této souvislosti hovoří o postupu „vezmi si, co můžeš, a zbytek nech být“ (Miller, Rollnick 2003, s. 53). Klient se tak sám může svobodně rozhodnout, čím se nechá oslovit a co nechá ležet. Zmenšuje se tak prostor pro konfrontaci mezi pracovníkem a klientem a současně se otevírá prostor pro vlastní aktivitu klienta.

#### **10.1.5. Podpora vlastních schopností klienta**

*„Klient sám je zodpovědný za to, že se rozhodne pro změnu a učiní ji.“*

Podpora vlastních schopností klienta, důvěra pracovníka v klientovu kompetenci mohou zlepšit klientovo sebevědomí a sebedůvěru a mohou tak napomoci jeho úspěšnému zvládnutí cesty ke změně. Je vhodné zaměřit se na konkrétní úkol či problém a následně posilovat klientovu sebedůvěru, že je kompetentní se s daným problémem úspěšně vypořádat. Jednou z možností, jak posílit klientovu sebedůvěru, je zdůraznit, že je nezbytné, aby sám za sebe převzal zodpovědnost. Pracovník se nestaví do role toho, kdo klienta změní, ale do role pomocníka ve smyslu – „chceš-li se změnit, jsem tu od toho, abych ti pomohl“. Motivující může být pro klienta také setkání s úspěšnými klienty nebo pracovníkem vyprávěné pozitivní příběhy z jeho praxe. Selže-li klient ve zvoleném léčebném programu, lze to chápat jako signál, který říká, že toto není vhodná cesta a je třeba hledat jiné možnosti. Selhání tak nemusí být nutně vnímáno a prožíváno jako neúspěch. Úkolem pracovníka je pak rozšířit spektrum nabízených možností a hledat s klientem dál, co by pro něho bylo optimální.

### **10.2. Strategie motivačního rozhovoru**

Miller a Rollnick (2003) uvádějí strategie, které poskytují podklad pro užití motivačního rozhovoru:

- **Probírání typického dne.** V této strategii jde v podstatě o to získat „záběr“ klientovy situace v souvislosti s užíváním drogy. Jde o vstupní strategii, prozkoumání současného a specifického „všedního dne“ v životě klienta, které pracovníkovi poskytne podklad pro diagnostické posouzení užívání drog v souvislosti s klientovou realitou. Také může poskytnout představu o míře klientovy motivace. Když je klient požádán, aby podrobně popsal jeden den, pomůže to při budování vztahu, neboť tím je

vyjádřen zájem pracovníka o klientovu situaci.

- **Dobré a méně dobré při užívání drog.** Probírání obou stránek užívání drogy slouží několika cílům. Prvním z nich je empatizovat s tím, jak klientovi je. Když se vyjasní jeho hodnocení pro a proti užívání drog, pracovník získá lepší představu o stádiu změny klienta a stupni jeho ambivalence. Je ovšem důležité, aby pracovník nepředpokládal, že „proti“ nebo to „méně dobré“ spojené s užíváním drog je pro klienta zdrojem starostí, a aby se vyhnul výrazům jako „problém“ nebo „starosti“. Tato strategie by měla v klientovi spíše vytvářet a zesilovat moment rozhodování a zvažování, pomáhat mu případně vidět více z jeho vlastního rozhodnutí.
- **Poskytování informací.** Poskytování informací, zpětná vazba nebo rada se může stát těžištěm poradenství. Způsob, jak jsou informace poskytovány, však ovlivní, zda půjde o boj mezi konfrontací a odporem nebo poradenskou interakcí. Jedna z pastí, do které se mnozí z pomáhajících profesí chytí při udílení rad, je role „odborníka na řešení problémů“, která zanechá klienta buď v pasivním, nebo obranném postoji. Než je informace poskytnuta, je třeba zvážit, zda klient vlastně nějaké informace či rady chce. Je také důležité posoudit, co již klient o užívání drog ví, aby pracovník nenosil dříví do lesa. Takové posouzení také může zvýšit klientovo sebevědomí. Když už je rada nebo zpětná vazba poskytnuta, je důležité ponechat klientovi trochu času na diskuzi. A jedině na klientovi je, jak s touto informací naloží.
- **Probírání problémů.** Když se pracovník věnuje problémům klienta, předpokládá se již, že nějaké starosti či problémy s užíváním drog má. Když se například někoho v prekontemplačním stádiu zeptáme na jeho problémy, setkáme se pravděpodobně se zmatenou reakcí nebo odporem. Účelem této strategie je posunout klienta směrem k cíli motivačního rozhovoru tak, že s ním pracovník detailně probere příčiny jeho problémů. Po probrání každého problému je důležité ponechat klientovi nějaký čas na to, aby o své situaci přemýšlel.

Samozřejmě existuje větší množství různých strategií, které lze použít ke zvýšení klientovy motivace v rámci poradenské interakce. Rogers (1999) k tomu dodává, že volba strategie bude vždy záviset na úrovni reportu mezi klientem a pracovníkem, na stádiu změny, kde se klient nachází, a na tom, jak terapeut hodnotí motivaci.

### 10.3. Klíčové dovednosti

Třetí, ale zásadní úrovní praktického provádění motivačního rozhovoru je užití „na klienta zaměřených“ terapeutických dovedností. Dle Millera a Rollnicka (2003) jsou následující:

- **Kladení otevřených otázek.** Jestliže chceme vytvořit atmosféru přijetí a důvěry, ve které lze zkoumat klientovy problémy, je potřeba, abychom ponechali klientovi dostatečný prostor pro mluvení. K tomu lze využít techniku otevřených otázek, které dodají klientovi odvahu hovořit co nejvíce.
- **Reflektivní naslouchání.** Tato technika je obtížným úkolem pro motivačního interventa a to z důvodu překážek, které svými reakcemi a odpověďmi může přinést do komunikace mezi ním a klientem. Míněnými „kameny na cestě“ může být například kritizování, moralizování, poskytování hotových řešení, kázání klientům, co „by měli dělat“, nálepkování atd. (srov. Miller; Rollnick 2003, s. 64). Podstatou reflektivního naslouchání je odhad, co klient míní tím, co nám říká. *„Než člověk začne mluvit, má na mysli určitý význam, obsah, o kterém chce komunikovat. Tento obsah je zakódován do slov, ovšem často nedokonale. Posluchač musí pečlivě vyslechnout slova a pak dekódovat jejich smysl. To znamená, že komunikace může být narušena během každého z těchto kroků: kódování, poslech, dekódování“* (Gordon 1970; in Miller, Rollnick 2003, s. 65).
- **Potvrzování/ujisťování.** Přestože proces reflektivního naslouchání má potvrzující efekt, je vhodné během motivačního rozhovoru ještě dále klienta ujistit a podpořit. Může tak být formou komplimentů a prohlášení vyjadřujících ocenění a pochopení.
- **Shrnování.** Tento postup se používá nejen na začátku sezení, ale i v jeho celém průběhu. Shrnující prohlášení se používá, *„aby spojilo vše, co bylo řečeno a projednáno“* (Miller, Rollnick 2003, s. 69). Takové opakované shrnování zdůrazňuje to, co bylo řečeno, dává najevo, že jsme pozorně naslouchali, a připravuje klienty na další kroky. Shrnování se také může ukázat zvláště vhodné pro vyjádření klientovy nerozhodnosti. Typická zkušenost s ambivalencí je putování dozadu a dopředu mezi důvody pro změnu a důvody nechat vše, jak je. *„Shrnování přináší klientovi zkušenost*



*porovnání pozitivních a negativních stránek a poznání, že obě jsou přítomny v problému“ (Miller, Rollnick 2003, s. 69).*

- **Vyvolání sebemotivujících prohlášení.** Používání zmíněných čtyř postupů je pro motivační rozhovory zásadním momentem, ale pokud by zůstalo jen u toho, snadno by se proces zastavil ve fázi nerozhodnosti. Proto je nutné, aby za všemi snahami byla jedna, která ostatní řídí a je přímo soustředěna na pomoc klientovi vyřešit jeho problém. Jedná se o tento pátý krok, o vyvolání sebemotivujícího prohlášení. V určitém smyslu je motivační rozhovor zcela opačnou metodou oproti přístupu „konfrontace – popření“, kde se terapeut prosazuje jako ten, kdo chce změnit problémovou situaci, a klient se tomuto nátlaku brání. Cílem motivačního rozhovoru je dát klientovi dostatečný prostor a možnost vyslovit důvody ke změně. A úkolem pracovníka je, aby napomohl klientovi vyjádřit sebemotivující postoje, které korespondují se změnou.

Tyto klíčové dovednosti jsou jednou ze základních složek motivačního rozhovoru, neboť jejich užití pracovníkem poskytuje klientovi příležitost prozkoumat jeho situaci. Miller s Rollnickem (2003) se k tomu vyjadřují v tom smyslu, že motivační rozhovor není možné uskutečnit, aniž by nebyly využity tyto klíčové dovednosti, protože na klienta soustředěné techniky tvoří základní kámen praktického poradenství.

#### **10.4. Práce s odporem**

Zacházení s odporem je v motivačních rozhovorech zásadním tématem. Je to jeden z přístupů, kterým se dramaticky liší od tradičních metod. Cílem motivačního rozhovoru je vyhnout se vyvolání či posílení odporu. Tato technika vychází z předpokladu, že klientův odpor je problém pracovníka. Miller a Rollnick (2003) poukazují, že míra odporu ke změně je u klienta významně určována stylem terapeutovy práce. První zásada tedy zní: „*pokud se objeví odpor, změňte postup*“ (Miller, Rollnick 2003, s. 89). K tomu je zapotřebí terapeutova schopnost rozpoznat vznikající odpor a nadále s klientem pracovat tak, aby odpor více nepodněcoval a nedocházelo tím ke konfrontaci.

Miller a Rollnick (2003) doporučují několik strategií, jakým způsobem zacházet s odporem:

- **Jednoduchá reflexe** - odpovídat na odpor bez odporu. Jednoduché uznání klientova nesouhlasu, emoce nebo způsobu uvažování dovolí další pátrání spíše než obrana.
- **Posílená reflexe** – postup založený na reflektování toho, co klient řekl v zesílené podobě, což znamená prohlásit totéž, ale v mnohem extrémnějším znění, než jak to vyslovil klient. Pokud se to podaří, získá klient odvahu trochu od sebe odstoupit a posílí se druhá stránka jeho ambivalence. Je ale nutné brát ohled na způsobu vyjádření, nepoužívat sarkastický tón nebo příliš extrémní přehánění.
- **Dvojitá reflexe** – další technika z oblasti reflektivního naslouchání, jejíž podstatou je uznání toho, co klient říká, a zároveň přidání váhy na druhou stranu klientovy nerozhodnosti. Je třeba využít toho, co klient sdělil během různých setkání již dříve.
- **Přesunutí pozornosti** – postup, který nabízí možnost přesunout klientovu pozornost od tématu nebo momentu, který se zdá být nepřekonatelnou překážkou stojící na cestě k pokroku. Takové odbočení pomůže překonat odpor vyvolaný zvláště obtížným tématem.
- **Zdůrazňování významu osobního rozhodnutí a kontroly** – fenomén odporu vzniká často následkem vzájemného působení pracovníka a klienta. Pokud mají lidé pocit, že je ohrožena jejich svoboda rozhodování, mají sklon reagovat tak, aby si ji zajistili. Nejlepším „protijedem“ v takové chvíli je ujistit člověka o tom, co je zcela nepochybné: nakonec to je vždy klient, kdo rozhoduje, co se stane.
- **Přerámování** – dalším postupem pro zvládnutí odporu je přerámování informace, kterou klient poskytl. Tato technika se zvláště hodí, pokud klient nabízí argumenty na obhajobu svého osobního problému.

Miller a Rollnick (2003) k tomuto tématu dále říkají: „*Odpor je klíčem k úspěšné léčbě, pokud jej dokážeme docenit jako příležitost*“ (Miller, Rollnick 2003, s. 99). Zmínění autoři vycházejí z předpokladu, že když klient vyjadřuje odpor, pravděpodobně zkouší scénář, který byl již mnohokrát předtím obehán. Očekává, že pracovník bude hrát svoji roli tak, jak ji hráli jiní před ním. Pokud ano, scénář se odehraje a tím dojde i ke stejnému konci. Zmínění autoři dále poukazují na možnosti pracovníka, jakým způsobem vést motivační rozhovor a intervenci nazývají jako „improvizované divadlo“ a odpor jako „živé jádro celé hry“ (srov. Miller, Rollnick, 2003, s. 99 - 100). „*Největší umění v terapii spočívá v tom, jak je rozpoznán a zvládnut odpor. Právě v této chvíli se otevírá drama změny*“ (Miller, Rollnick, 2003, s. 100).

## 10.5. Čemu je třeba se při motivační terapii vyhnout

Již úplně první setkání může být zásadní, a to proto, že se zde udává tón a také se vyjasňuje očekávání od motivačního poradenství. Pracovníkovo chování může mít i během tohoto jediného kontaktu výrazný vliv na míru klientova odporu a na dlouhodobý výsledek. Je tudíž velmi důležité začít hned od prvopočátku používat správný přístup a vyhnout se rozličným nástrahám, jež mohou velmi rychle ohrozit další postup. Nyní uvedu kroky, dle Millera a Rollnicka (2003) pasti, které se běžně objevují při poradenském procesu, ale kterým je třeba se vyhnout:

- **Otázky a odpovědi** – je snadné během sezení upadnout do stereotypu, kdy poradce klade řadu otázek a klient krátce odpovídá. Obecným pravidlem je vyhnout se třem otázkám jdoucím po sobě.
- **Pozice jedné a druhé strany** – jde o situace, kdy se pracovník postaví na jednu stranu, většinou v opozici vůči nemotivovanému klientovi, přebírá odpovědnost za proces změny a má dojem, že jedná ve prospěch klienta. Ten se však logicky ocitá na druhé straně a vzniká následně konfrontace.
- **Role experta** – nadšený a kompetentní pracovník může nevědomky padnout do léčky tím, že dělá dojem člověka, který zná odpověď na každou otázku.
- **Nálepkování/škatulkování** – pracovník může snadno sklouznout k tendenci diagnosticky nálepkovat a může mít dojem, že je nesmírně důležité, aby klient přijal diagnózu/nálepku, kterou pro něj připravil.
- **Předčasné zaměření se na určité téma** – jde o situaci, kdy se pracovník zaměří na jiné téma, než klient. V terapii závislostí není řídkým jevem, že se pracovník rychle zaměří na klientovy potíže s drogami a na vše, co s tím souvisí, zatímco klient by rád mluvil o svých obavách v širších souvislostech.
- **Obviňování** – klienti se často obávají obviňování – „Čí je to chyba? Kdo to zavinil?“ – pokud se toto téma objeví a nenaloží se s ním správně, promrhá se spousta zbytečného času na klientovu sebeobranu. Občas se také může vyskytnout přímé či nepřímé obviňování klienta ze strany pracovníka, čemuž je třeba se striktně vyhnout.

## 11. Kazuistiky

Klienti, jejichž kazuistiky zde uvádím, byli nebo dosud jsou klienty pražského Kontaktního a poradenského centra závislostí STAGE 5, PROGRESSIVE o.s., v němž jsem měla možnost přes dva roky profesionálně působit. Stručná charakteristika zařízení a nabízených služeb je uvedena v příloze č. 3 (Stručná charakteristika STAGE 5, s. 94) a v příloze č. 4 (Nabízené služby ve STAGE 5, s. 96).

Při tvorbě kazuistik jsem čerpala z několika zdrojů:

**První část** vychází z klientovy anamnézy, kterým jsme se společně s daným klientem věnovali v rámci individuálního motivačního poradenství. Jedná o anamnézu rodinnou, osobní, sociální, zdravotní a drogovou. U některých kazuistik není anamnéza příliš podrobná a mohou chybět určitá data. Je tak z důvodu, že s klientem jsem nepracovala v rámci individuálního poradenství stvrzené kontraktem (viz Příloha č. 5, s. 100), ale v rámci kontaktní místnosti, kam klient docházel.

**Druhá část** se zakládá na aktuálním zhodnocení stavu klienta. Jedná se o dobu, kdy byl klient se mnou v intenzivním individuálním kontaktu či během častých setkání v rámci kontaktní místnosti.

**Třetí část**, v níž se věnuji průběhu motivačního poradenství a kontaktu ve STAGE 5, pak pramení především ze záznamů, které si o klientech v zařízení vedeme – v rámci individuálního poradenství je to anamnéza, průběžné zprávy, záznamy ze sezení. Z kontaktní místnosti pak záznamy z daného dne a možných intervencí. V této části jsem se snažila být co nejvíce objektivní.

**Čtvrtá část** obsahuje mé osobní pocity, dojmy, domněnky a hypotézy spojené zejména s průběhem motivačního poradenství a intervencí.

Údaje, které by mohly vést k identifikaci klienta – jméno, názvy míst a jiné, byly z důvodů zachování soukromí klienta pozměněny nebo vynechány.

## 11.1. Kazusitika 1.

Klient A. (31 let) je dlouhodobým klientem kontaktního centra.

### Část 1: Anamnéza

Rodinná anamnéza:

- Klient pochází z neúplné rodiny, 2 starší sourozenci – sestra a bratr;
- Matka se rozvedla, když bylo klientovi 10 let; důvodem bylo nadměrné konzumování alkoholu ze strany otce; o dva roky později začala mít nový vztah – přistěhování nevlastního otce, na kterého klient reagoval odmítavě;
- Klient matku vnímal jako velmi starostlivou a citlivou; těžko držela hranice v manželství a tento fakt klient spatřuje i ve výchově;
- Na otce klient vzpomíná jako na někoho, kdo jen pil a nestaral se o rodinu; od jeho odchodu nejsou v kontaktu;
- Nevlastní otec začíná mít také problémy s alkoholem; hádky v rodině a ústup do submisivní role ze strany matky; na tuto situaci klient reagoval častým potulováním se venku a vyhýbání se rodinnému prostředí;
- V současné době je klient v minimálním kontaktu s matkou a se sourozenci; nevlastního otce nemá rád.

Osobní anamnéza:

- Během rozvodu prudké hádky mezi rodiči, na které klient reagoval strachem, co se bude zase dít;
- Od 12 let vyhledávání jiného prostředí, aby utekl frustrujícímu prostředí doma;
- Během puberty se klient vyrovnává se svou vlastní sexualitou; prožívá několik krátkodobých vztahů s dívkami; pomalé zjišťování, že je klient více přitahován k mužům
- V 20 letech poznává svého prvního partnera – muže a navazuje s ním silný vztah;
- Klient je v této době již závislý na heroinu, užívá jej intravenózně; partner přítel se jej snaží motivovat, aby přestal s užíváním; následně však začíná také užívat;
- Velkým zlomem nastává smrt partnera předávkováním; klient prožívá velké pocity

viny a utíká do silné závislosti;

- V 24 letech navazuje nový vztah, který trvá něco přes rok; důvodem rozchodu byly psychické problémy partnera – silná sociální fobie, panické ataky;
- Následovaly série volných vztahů; v současné době klient nemá vztah.

Sociální anamnéza:

- Docházka do MŠ cca dva roky před nástupem na ZŠ;
- Na ZŠ klient neměl problémy; dobře se učil, měl zájmy a koníčky; byl obklopen kamarády;
- Ze ZŠ odchází na střední školu – obchodní akademie; během studia již problémy: užívání drog, absence ve škole, skrývání sexuální identity;
- Studium přesto úspěšně ukončil maturitní zkouškou a nastupuje do práce;
- Během pracovního poměru již silná závislost na heroinu; vyhození ze zaměstnání
- Od této doby klient pracoval vždy jen nárazově ve formě brigád;
- Klient přichází o bydlení a ocitá se na ulici, kde je do dnes.

Zdravotní anamnéza:

- Klient prodělal v dětství běžná dětská onemocnění;
- Během silné závislosti na heroinu se objevují zdravotní komplikace – abscesy
- V 27 letech diagnostikována chronická hepatitida C – pravděpodobně se nakazil při sdílení injekčního materiálu nebo při nechráněném pohlavním styku – klient sám neví;
- Před třemi měsíci se u klienta objevily epileptické záchvaty; kvůli ohrožení života klient začíná užívat vhodné léky, které ale následně po cca měsíčním braní přestává užívat kvůli nežádoucím vedlejším účinkům (zmatenost, utlumení).

Drogová anamnéza:

- První zkušenosti s drogou ve 13 letech – kouření marihuany se skupinou kamarádů;
- Přicházejí další experimenty – pervitin, barbituráty; mírně alkohol, který ale posléze klient přestává úplně konzumovat;
- V 19 letech první zkušenost s heroinem; klient jej užívá nejdříve kouřením přes alobal, poté přechází na jehlu;

- Po smrti klientova přítele silné pohroužení do užívání heroínu v kombinaci se sedativy a hypnotiky; klient toto období reflektuje jako období, kdy mu bylo jedno, jestli zemře nad následkem užívání v kombinacích nebo předávkováním;
- Od 25 let je klient v programu substituční léčby metadonem;
- Občasné užívání pervitinu, hypnotik, které vyvrcholí prvními epileptickými záchvaty;
- V současné době se klient snaží neužívat nic kromě metadonu.

## **Část 2: Aktuální stav**

- Klient v současné době nemá žádný trvalý partnerský vztah; žije na ulici – střídavě ve squatu nebo někde sám;
- Užívá metadon, pro který si dochází každý den na výdejnu do centra metadonové substituce; ostatní drogy momentálně přestal brát (pervitin, hypnotika);
- S rodinou není v kontaktu; o sourozencích hovoří, že ho zavrhlí za jeho chování a jednání v době, kdy užíval velké dávky heroínu; s matkou se občas vidí, ale vnímá z její strany velké zklamání, kterému není schopen čelit; s nevlastním otcem se odmítá stýkat stejně tak s vlastním otcem;
- Klient se po zážitcích epileptických záchvatů rozhodl opět dělat něco se svou situací – motivace ke změně klient spatřuje v přestupu do vysokopražového substitučního programu metadonem, kde by již mohl dostávat metadon na několik dní domů a měl by větší šanci na získání zaměstnání.

## **Část 3: Průběh kontaktu**

S klientem jsem pracovala po celou dobu mého působení v kontaktním centru, to znamená necelé tři roky. Za tuto dobu prošel klient několika obdobími.

První období by se dalo nazvat hledání důvěry a tvoření bezpečného prostředí. S klientem jsem již byla v kontaktu nějakou dobu, ale setkání probíhala spíše volnou formou běžného povídání a s klientovou nevolí hovořit více o sobě. Protože jsem na klienta netlačila a nabídla mu prostor pro navázání i takového vztahu, domnívám se, že to přispělo k postupnému otevírání se klienta. Klient začal více hovořit o sobě, o své drogové minulosti, rodině a vztazích s muži. V této době klient užíval příležitostně pervitin a jiné léky, ačkoli byl v substituční léčbě metadonem. Jelikož klient neshledával v této kombinaci žádné nebezpečí, započala jsem rozvíjení ambivalence ohledně jeho užívání dalších drog v době substituční

léčby (zdravotní následky, možnost vyhození ze substituční léčby, když by byl náhodně otestován a byly zjištěny pozitivní výsledky na přítomnosti jiné drogy). Klient se začal zajímat o tyto nebezpečí, především o negativním dopadu na jeho zdraví; o možnosti vyhození ze substituční léčby klient nejevil zájem ani obavu. Následovalo období, kdy jsme společně s klientem pracovali na snižování zdravotních rizik. Klient se nechtěl vzdát užívání pervitinu, ačkoli jeho zdravotní stav žil mu již užívání tímto způsobem nedovoloval. Po několika intervencích klient začal mít zájem o možnost využít kapsle jako „bezpečnější“ formu užívání, která by nahradila užívání intravenózně. V této fázi spatřuji velkou změnu, kterou byl klient schopen udělat, ačkoli nedošlo k tomu, že by klient přestal užívat pervitin v rámci substituční léčby.

V dalším období klient přišel sám od sebe, že už nebude nadále užívat pervitin ani jiné léky. Protože se takto sám rozhodl, snažila jsem co nejvíce u klienta vyvolat sebemotivující prohlášení, aby byla více potvrzena jeho motivace v tomto rozhodnutí. Společně jsme hledali kroky, kam dál směřovat a jakým způsobem vyplnit čas, který získal po vynechání užívání pervitinu a léků. Ze strany klienta se začala objevovat nová zakázka ohledně změny jeho sociální situace. Již se mu nadále nechtělo žít v podmínkách, ve kterých žil, zároveň nevěděl, jak má situaci řešit a jestli je schopen ji vůbec změnit. Toto období bylo velice důležité, neboť klient se nacházel ve fázi rozhodování, kdy spatřoval, že dané podmínky mu již nevyhovují, zároveň ze změny měl strach, jestli ji dokáže uskutečnit. Započali jsme postupné kroky, jak pracovat na dané změně skrze menší kroky (vyřízení dokladů a jiné závazky vůči svému sociálnímu okolí). Tyto změny byl klient schopen uskutečnit a provést. Jeho motivace k nalezení práce byla velká. Klient docházel do kontaktního centra skoro každý den, hledal na internetu pracovní nabídky, obvolával je a domlouval si schůzky. Ačkoli klient má dokončené střední vzdělání, jeho trestný rejstřík není čistý a tak v tomto bodě docházelo často k selhání u výběrového řízení na danou pozici. Bylo důležité, aby klient dokázal reflektovat reálný stav věcí a důsledků jeho minulého chování.

Následovalo období, kdy klient v důsledku ukončení partnerského vztahu začal opět užívat pervitin a jiné léky a přestal mít zájem o změnu své sociální situace a nalezení práce. Ze začátku se vyhýbal být se mnou v kontaktu. Domnívám se, že se klient přede mnou styděl za svou situaci a že prožíval vnitřní selhání a pocity viny, které jsou mu velice blízké. Dala jsem mu prostor, aby se on sám rozhodl, jestli chce se mnou nadále mluvit či ne a vyjádřila mu svůj zájem o jeho osobu. Zde bylo na místě, abych využila svou empatii k tomu, aby klient dokázal přijmout, že není mnou souzen a nadále mi na něm záleží. Vše dostalo jiný spád, když klient dorazil jednoho dne do kontaktního centra v krizovém stavu, který mu



vlastně pomohl překročit svůj stud. Následovalo období, ve kterém jsme s klientem řešili jeho partnerské vztahy, jakým způsobem v nich funguje, které partnery si vybírá atd. Klient sám začal hovořit o svém traumatizujícím zážitku ze smrti jeho prvního přítele. Celé toto období bylo snahou hledání klientova motivace, že má smysl chtít víc, než momentálně má. Klient upadal do beznadějného stavu na změnu a více se hroužil do užívání pervitinu a léků. Přišlo menší období, kdy klient přestal docházet do kontaktního centra, a vymizel náš kontakt.

Klient se znovu objevuje a hovoří o zdravotních obtížích v podobě epileptických záchvatů, které ho velice vylekaly. Předávám klientovi dostatečné informace ohledně nebezpečí epileptických záchvatů, užívání pervitinu a léků a následně hledáme lékařskou péči, kam by se klient mohl dostavit. Klient nachází souvislosti a díky nepříjemným zážitkům a strachu o sebe, přestává užívat pervitin a léky a řeší aktivně svou zdravotní situaci. V tomto momentě jsem pozitivně reflektovala klientovo rozhodnutí, že mu záleží na jeho sobě a zdraví. Klient se rychle stabilizoval, epileptické záchvaty přestaly, ačkoli bez lékaře sám vysadil užívající léky. V současné době nachází klient motivaci opět pracovat na své situaci. Klient se rozhodl, že by rád vstoupil do vysokopražového programu substituční léčby metadonem. Posiluji jeho motivaci, zároveň jsem klientovi předala dostatečné informace, v čem je jiný vysokopražový systém než nízkopražový a jaké závazky z toho plynou. Následně je klient objednan na konzultaci do střediska metadonové konzultace, kde rozhodují o přijetí do vyššího programu.

#### **Část 4: Osobní zhodnocení**

Za důležitý bod práce s klientem považuji navázání kontaktu v rámci kontaktní místnosti. Klient se ze začátku prezentoval jako někdo, koho nic netrápí a je spokojen se svou situací. Po čase se vytvořil mezi námi důvěrnější vztah a tím byl vytvořen prostor pro klientovo otevření se a sdílení. Domnívám se, že největší zásluhu na tom měl otevřený, zvědavý, nemoralizující a nedirektivní přístup.

V prvním období jsme s klientem pracovali na snižování zdravotních rizik. Jak už jsem uvedla v kazuistice, považuji to za úspěch ze strany klienta, neboť byl schopen se v tomto období vzdát užívání jehlou. Naopak z druhé strany jsem se musela jako začátečník - pracovník vyrovnat s faktem, že klient necítí hrozbu z možného vyhození ze substituční léčby metadonem. S postupem času jsem si uvědomila, že mé zklamání nepramenilo z toho, že klient necítí tuto hrozbu, ale z toho, že jsem byla konfrontována s tím, jak může také substituční léčba probíhat a že to neodpovídá mé představě o ní.

Klient prošel několika fázemi, které se střídaly. Od fáze, kdy pracoval na změně k bezpečnějšímu užívání, přešel do fáze změny své sociální situace. Klient byl odhodlaný a svou aktivitou se podílel ji uskutečnit. Domnívám se, že tak jako byl klient odhodlaný něco změnit, dokáže klient upadnout do hluboké fáze beznaděje, pokud se něco nezdaří. V tomto ohledu stále u klienta přetrvává černobílé vidění situací, kdy není schopen nahlédnout na další možnosti a vzdává se vlastní aktivity. V takové chvíli je opravdu těžké hledat s klientem nějakou motivaci a domnívám se, že to nebylo ani možné. V tomto případě „pomohly“ zdravotní komplikace, které klienta jaksi přivedly k sobě, kdy začal mít strach sám o sebe.

Klient se nyní snaží přestoupit do fáze vysokoprahového programu substituční léčby metadonem a myslím si, že je to pro něho velká výzva. Již je zapotřebí, aby klient dokázal nést závazky svého rozhodnutí. Pokud se mu podaří přestoupit do vyšší fáze, stane se tato skutečnost velkou motivací pro další změnu a stabilizaci. Domnívám se, že klient bude nadále využívat služby kontaktního centra.

## 11.2. Kazuistika 2.

Klientka B. (18 let) je závislá na pervitinu.

### Část 1: Anamnéza

Rodinná anamnéza:

- Klientka pocházela z úplné rodiny, nemá sourozence;
- Před 2 lety klientce zemřela matka, s otcem se nevidá;
- Na dětství klientka vzpomíná jako na dobré; intenzivní vztah s matkou; s otcem příliš nevycházela kvůli jeho přísnosti;
- Téma rodiny je pro klientku velice citlivé; během našeho poradenství jsem postupovala velice opatrně.

Osobní anamnéza:

- Klientka vnímá ve svém životě velký mezník, když jí zemřela matka; do té doby bylo vše v pořádku a neměla žádné velké problémy;
- V tomto období hledá klientka útěchu v drogách, do kterých rychlostí upadá;
- Vrcholí hádky s otcem a klientka odchází ze školy a domova; ocitá se na ulici se svým tehdejším přítelem, který také užívá pervitin;
- rok později klientka porodí dceru, která zůstává v péči kojeneckého ústavu a klientka utíká zpět na ulici.

Sociální anamnéza:

- Klientka nastoupila na ZŠ, předtím tři roky navštěvovala MŠ;
- Na ZŠ bez problémů; učení jí sice příliš nešlo, ale jinak nebyly žádné problémy;
- Nastupuje na střední odborné učiliště – obor servírka; první experimenty s alkoholem a cigaretami, poté s pervitinem; vždy s partou;
- Po 16. roku odchází ze školy a z domova na ulici.

Zdravotní anamnéza:

- V dětství prodělala klientka běžné dětské nemoci;
- V období užívání pervitinu se objevily příznaky toxické psychózy; klientka měla pocit, že je pronásledována;
- V 17 letech klientka porodila dceru;
- Jiné zdravotní komplikace klientka neuvedla, spíše vnímá problémy v psychické rovině.

Drogová anamnéza:

- V prvním ročníku na učilišti experimentování s alkoholem a cigaretami;
- Postupně se přidávají zkušenosti s pervitinem, na který se klientka stává závislou;
- Vyzkoušení i heroinu, který ale klientku neoslovil.

## **Část 2: Aktuální stav**

- Klientka je vyčerpana situací na ulici, ráda by začala znovu fungovat, ale už bez drog;
- V pervitinu také nenachází to, co dříve; uvědomuje si svůj psychický stav, cítí se na dně, prázdně, bez radosti;
- Klientka touží dostat dceru do své péče a je si vědoma, že k tomu potřebuje abstinenci a kvalitní sociální zázemí;
- Klientka volí nástup do terapeutické komunity pro matky s dětmi.

## **Část 3: Průběh kontaktu**

S klientkou jsem se setkala v rámci kontaktní místnosti, kam zavítala. Její mladiství vzhled mě vedl k většímu zájmu o její osobu, neboť mnohem častěji k nám chodí klienti staršího věku. Započala jsem s klientkou rozhovor, který byl zaměřen na její stav, jak se cítí. Klientka neměla problém hovořit o své situaci, zároveň v rámci jedné hodiny, kdy je možno využít kontaktní místnost, nebyl dostatečný čas na probrání celé situace. Nabídla jsem tudíž klientce možnost využít individuálního poradenství, které klientka přijala.

V rámci individuálního poradenství jsem byla s klientkou v kontaktu celkem čtyřikrát. Vždy dorazila včas. Klientka byla dostatečně rozhodnutá, že už nechce žít tak, jak poslední

dva roky žila. Její rozhodnutí spočívalo i v otázce drog, chtěla přestat užívat pervitin, který sama začala snižovat. V těchto věcech měla klientka dostatečný náhled na situaci. Nebyla si však jistá, jak má svou situaci řešit, neboť hlavním motivem pro změnu byla klientčina dcera, kterou chtěla do své péče. Představila jsem klientce možnosti, které mi přišly nejvhodnější. Navrhla jsem klientce terapeutickou komunitu určenou pro matky s dětmi. Klientka se zpočátku obávala, že to tam nezvládne, délka pobytu ji děsila. Klientka dostala nabídku dalších možností, jako stacionář pro matky s dětmi či odejít do rezidenční léčby a poté řešit situaci s dcerou. Bylo důležité, aby klientka slyšela více možností s jejich klady i zápory a že je to ona, kdo musí udělat rozhodnutí, co si vybere.

Následovaly setkání, kdy klientka stále nebyla schopná se rozhodnout. Vrátily jsme se tedy k její motivaci, kterou nejvíce spatřovala u své dcery. V tomto bodě to bylo velice těžké, neboť klientka přes svůj mladistvý věk řešila dost závažné problémy. Lehce jsme se dotkly její situace v rodině, ale rychle jsem vycítila, že je to velice silné téma pro klientku a že není teď žádoucí, aby se příliš otevíralo. Proto jsem kladla důraz na její posilování motivace ve vlastní autonomii rozhodnout se, jakou léčbu nastoupí. Klientka se nakonec rozhodla pro terapeutickou komunitu. Protože tato komunita spadá pod jiné občanské sdružení, které vyřizuje i žádosti o léčbu, bylo třeba, aby klientka přestoupila na poradenství do tohoto zařízení. Klientka situaci pochopila a následně jsme domluvily termín konzultace v daném zařízení, kterému byly poskytnuty reference o klientčině motivaci.

#### **Část 4: Osobní zhodnocení**

Hned na počátku jsem vycítila naléhavost situace, ve které se klientka ocitla a která nebyla rozhodně jednoduchá. Během našeho krátkého setkávání bylo značné, že klientka díky svému věku je nevyzrálou osobou, přesto ale řešící problémy dospělých lidí. Tato situace vyžadovala opatrný přístup. V první řadě bylo zapotřebí, aby klientka cítila bezpečí, což myslím, že se mi podařilo. Dále jsem ocenila svou intuici, která mi radila, abych našlapovala opatrně ohledně její minulosti, především ohledně úmrtí její matky. Domnívám se, že kdybych se nedržela v ústraní, mohlo by to v klientce vyvolat tísnivé pocity a emoce, které by v dané situaci zhoršily celou poradenskou činnost. Má snaha se tedy soustředila především v nabídce možností, jak může klientka svou situaci řešit, povzbuzovat ji během rozhodování a utváření bezpečného a důvěrného prostředí. Domnívám se, že právě tento faktor velice přispěl.

Klientka byla odkázána do centra, které zprostředkovává nástup do terapeutické

komunity určené pro matky s dětmi a mladistvé. Myslím si, že to je ta nejvhodnější možnost, kterou si klientka zvolila a jsem ráda, že tomu tak učinila. V této komunitě bude jistě více prostoru, času a profesionálního přístupu v terapeutické práci, aby klientka podstoupila cestu do skrytých míst své duše, která je velice obtěžkána úmrtím matky. V neposlední řadě bude mít klientka možnost navázat svůj vztah s dcerou a učit se mateřství. Pokud se podaří navázat vztah s otcem, vnímám to příznivě, neboť v současné době je klientka na vše sama a to není příliš dobrá kompozice pro následný návrat do života.

### 11.3. Kazuistika 3.

Klient C. (30 let) je závislý na pervitinu.

#### Část 1: Anamnéza

Rodinná anamnéza:

- Klient pochází z úplné rodiny, nemá sourozence;
- Matka je v invalidním důchodu; otec stále pracuje jako zedník; kontakt s rodiči je narušen kvůli užívání drog a chování z toho pramenící; za matkou klient občas přijede na návštěvu, ale kvůli otci, se kterým má klient velké konflikty, vždy brzo odchází;
- Klient se zmiňuje o svém dětství jako o dobrém; konflikty začaly v době dospívání, kdy se klient cítil omezován a začal experimentovat s drogami;
- V této době dochází k nesouladu mezi rodiči, jakým způsobem dál vést výchovu; matka volí cestu útěchy a povzbuzování, otec naopak razantní cestu zákazů.

Osobní anamnéza:

- Klient již několik let užívá pervitin intravenózně;
- V 17 letech opustil rodné bydliště a domov a od té doby působí v Praze bez sociálního zázemí;
- V rámci dlouhodobého užívání pervitinu se u klienta objevily příznaky toxické psychózy, které se v intervalech vrací a mizí (dle časté intoxikace);
- Klient je od dětství spíše introvertní; rád se zajímal o četbu a malování.

Sociální anamnéza:

- Před nástupem do ZŠ strávil klient jeden rok v MŠ;
- ZŠ klient dokončil; učil se bez problémů; inteligentní a vnímavý; k vrstevníkům spíše plachý, držel se v ústraní, přesto neměl pocit, že by mu chyběli kamarádi;
- Po ukončení ZŠ nastupuje klient na střední průmyslovou školu, kterou nedokončuje;
- Příležitostně pracoval ve formě brigád; trvalé zaměstnání klient neměl;
- Kvůli trestné činnosti byl klient několikrát souzen; nástup trestu na půl roku;

- Klient většinou přespává v domech na podlaze.

#### Zdravotní anamnéza:

- V dětství žádné vážné nemoci; občas menší úrazy;
- Klient má v současné době problémy se zuby v důsledku dlouhodobého užívání pervitinu a špatné hygieny, ale odmítá jít k zubnímu lékaři;
- Během nechráněného pohlavního styku se klient nakazil syfilidem, který léčil na infekčním oddělení;
- Klient se cítí fyzicky vyčerpaný.

#### Drogová anamnéza:

- Od 13 let začal klient kouřit, dostal se až na krabičku denně, aktuálně kouří, když sežene peníze na cigarety či si sebere vajgly;
- Ve 14 letech poprvé pervitin, několik měsíců užíval pervitin šňupáním, následně přechází na jehlu
- Klient začíná kombinovat užívání pervitinu s marihuanou;
- Vyzkoušení heroínu, ale klientovi to nic neříkalo;
- V současné době klient začal ve velké míře pít alkohol.

#### **Část 2: Aktuální stav**

- Klient je v současné době nerozhodný, chce změnit svou situaci, ale odmítá převzít odpovědnost;
- Klient začal nadměrně pít, omezil sice užívání pervitinu, ale to nahradil jinou závislostí;
- S klientem je těžké komunikovat, je velice nedůvěřivý, vztahovačný a manipulující; klient často komunikuje „mimo realitu“, což je důsledkem dlouhodobého užívání pervitinu – řeč je zmatená, mnohdy se ztrácí logika a smysl, příliš mnoho abstraktních teorií, které klienta vzdalují od vnímání situace teď a tady;
- Klient je nadále v kontaktu s kontaktním centrem.



### **Část 3: Průběh kontaktu**

S klientem jsem byla v kontaktu po celou dobu mého působení v kontaktním centru. Na začátku jsme pracovali individuálně, neboť klient měl zájem o motivační poradenství před léčbou. Byl motivovaný do nástupu do psychiatrické léčebny mimo Prahu. Podporovala jsem klientovu motivaci a začali jsme podnikat konkrétní kroky k jejich realizaci. Protože klient neměl vyřízené doklady, následovala jeho aktivita v této věci. S klientem se pracovalo dobře. Občas měl mírné výpadky v komunikaci, kdy se dostával do spletitého toku myšlenek, které nedávaly smysl. Bylo však možné ho navrátit zpět k původnímu tématu a do situace teď a tady. V průběhu kontaktu klient vyřídil doklady, absolvoval testy na infekční choroby, zkontaktoval se s matkou a požádal ji o peněžní pomoc na cestu do léčebny. Klient měl již dohodnutý termín nástupu.

Po dvou dnech se klient objevuje v kontaktním centru, je naštvaný na léčebnu, že ho odmítli, protože přijel o hodinu pozdě. Celá situace ale není taková, jak ji klient prezentuje (komunikace s léčebnou, co se přihodilo). Snažím se klientovi nastínit situaci z jiného pohledu, než z jeho pocitu křivdy, ale klient odmítá přijmout jakoukoliv zodpovědnost na neúspěch. Následuje období, kdy klient začal silně užívat pervitin v kombinaci s marihuanou, což u něho vyvolalo toxickou psychózu. V těchto chvílích byl klient je pohroužen ve vnitřním světě vlastních bludů, mnohdy nedokázal nahlédnout, že hovoří nesouvislé věci. Pocity spiknutí proti jeho osobě jsou stále silnější, klient je velice vztahovačný, popudivý, není možné s ním komunikovat. Po těchto fázích následovala vždy fáze depresí, sebevražedné tendence. Takto to trvalo skoro půl roku. S klientem se narušil vztah, opětovná snaha posílit v klientově motivaci k léčbě selhávají. Z důvodu obavy o klientův stav doporučuji návštěvu psychiatra, klient tuto možnost odmítá.

V současné době klient nahradil množství pervitinu za alkohol. Několikrát byl již upozorněn, že toto situaci neřeší. Klient se nachází v bodě, kdy nevidí cestu, proč něco měnit. Stále přetrvávají psychiatrické problémy.

### **Část 4: Osobní zhodnocení**

Na začátku naší práce se s klientem pracovalo dobře. Dokázala jsem s ním navázat vztah, ačkoli někdy to bylo těžké z důvodu intoxikovaných stavů a jejich následků. Domnívám se, že po neúspěchu v léčbě se klient stáhl do pozice ublíženého, ve které nadále setrvává. Spatřuje špatné všude okolo a zároveň není schopen přijmout jakoukoliv svou zodpovědnost

za své chování a jednání a možné následky. Po tomto neúspěchu je těžké s klientem navázat vztah. Jeho obranné mechanismy mu nedovolují, aby se více přiblížil a otevřel.

Stěžejní roli hraje jeho psychický stav. Dle mého názoru je klient typickým příkladem, kam může dovést dlouhodobé užívání pervitinu. Klient by potřeboval odbornou psychiatrickou pomoc, kterou ovšem odmítá. Práce s klientem v druhé polovině byla pro mě velice náročnou. Komunikace mohla probíhat jedině tehdy, když byl klient ve stavu vnímající přítomnost tady a teď. Jakmile byl v pohroužení vlastních myšlenek, následoval plynulý tok monologu, který ovšem nedával smysl. Snaha navracet klienta zpět se někdy podařila, někdy ne.

Klient nadále dochází do kontaktního centra.

## 12. Diskuze

Na základě důkladného popsání techniky motivačního rozhovoru a následně výše představených kazuistik ze své praxe, jsem chtěla poukázat, jakým způsobem se pracuje s klienty v rámci nízkoprahového kontaktního centra.

Z uvedených kazuistik jasně vyplývá, že každá zakázka klienta je vždy individuální a ne vždy týkající se absolutní abstinence (v tomto případě kazuistika 1 – klient v substituční léčbě metadonem). Klient byl v rámci závislosti na opioidech stabilizovaný, zároveň měl potřebu užívat další látky, které ohrožovaly nejen jeho zdravotní stav, ale i možné vyhození ze substituční léčby. Ačkoli se nepodařilo klienta přimět k přemýšlení v souvislosti s možným vyhozením, došlo k omezení užívání dalších látek na základě zdravotních problémů.

V případě kazuistiky 3 lze spatřit, že klient se stále pohybuje na rozmezí rozhodování o změně, přičemž velkou roli v tomto případě hraje klientův psychický stav způsobený dlouhodobým užíváním pervitinu. Jak dlouho bude klient v této fázi, není možné určit. Domnívám se, že v případě tohoto klienta budou mezní okamžiky pro změnu zapříčiněné zdravotním (především psychickým) stavem. Samozřejmě připouštím i variantu, že to bude zcela jinak.

V případě kazuistiky 2, mladá klientka našla sílu a odvalu a učinila potřebný krok ke změně. Její hlavní motivací bylo především získání dcery do své péče, což samozřejmě je chvályhodné, na druhou stranu již v předešlé práci bylo možné se dočíst o možných rizicích v takto pojímané motivaci např. kodependence. Věřím však, že dlouhodobý pobyt v terapeutické komunitě dodá klientce již jasnější pohled na sebe a svůj život.

Ve všech třech kazuistikách lze spatřit jeden stmelující faktor a tím je změna. Ne vždy byla udržena, zároveň pokus o ní hovoří o smyslu motivačních intervencí v rámci těchto zařízení.

## Závěr

Od doby, co jsem se začala pohybovat na půdě drogové problematiky, stále více jsem si uvědomovala, jakým výrazným posunem prošla tato oblast z pohledu a přístupu k drogovým závislostem. Dříve převládající přístup, jenž obrazně řečeno lze charakterizovat frází – „Jednou alkoholik, navždy alkoholik“, je již nahrazován novými a více fungujícími přístupy. Jedním z takových přístupů je právě motivační rozhovor.

Pro tento přístup je specifické především to, že se snaží ukázat možnosti, že s uživateli drog lze pracovat v daleko širší dimenzi, než jen v dimenzi užívání – abstinence. Neznamená to však, že tím je abstinence degradována na nižší pozici, než kterou vlastní. Naopak, abstinence je stále ten nejvyšší cíl v kontextu závislostí a má svou nezastupitelnou hodnotu, proč se o něj snažit. Na druhou stranu při práci s klienty nemusí být cílem právě samotná abstinence, ačkoli se nám to může jevit jakkoliv nepochopitelné. Řada klientů, se kterými jsem se v rámci kontaktního centra setkala, nechtěla v současné době měnit svůj životní styl směrem k abstinenci. Přesto i u některých z nich došlo k dosažení změn, které si klient stanovil a byl schopen je uskutečnit. Je proto důležité nezaměňovat vlastní ideály za ideály druhého. Naučit se respektovat druhého i s jeho názory a přístupem k sobě a ke světu, je velkou výzvou do života každého z nás.

Technika motivačního rozhovoru, kterou jsem v této práci popsala, představuje podpůrný proces, kterým se pracovníci v nízkoprahových zařízeních snaží klienta přivést k vlastnímu rozhodnutí o změně. Z popisu přístupů, ze kterých tato technika čerpá, pramení důležité poselství pro každého pracovníka, že vždy je potřeba nacházet individuální rámec (terapie zaměřená na člověka) a potažmo i přístup. Ačkoli jsem zmínila určité strategie a dovednosti, jakým způsobem vést motivační rozhovor a naopak čeho se vyvarovat při vedení motivačního rozhovoru, je dobré mít stále na paměti, že to jsou určité pomůcky, které nás dokážou nasměrovat, ale cesta je určována vždy v přímém kontaktu pracovník – klient. Z toho jasně vyplývá, jak moc je pro tento vztah důležitá autenticita pracovníka. Pracovníkova empatie a přijetí klienta jako autonomní bytosti, která jako jediná může učinit rozhodnutí o vlastním životě, je pevný základ pro vytvoření důvěrného vztahu, jenž může být sám o sobě léčebným prvkem na celkové cestě k posílení motivace klienta.

Hlavním záměrem mé práce bylo představit techniku motivačního rozhovoru při práci s uživateli drog v nízkoprahovém zařízení. V tomto smyslu jsem provedla nejdříve odborný

diskurs ve věcech týkající se drogové problematiky, aby i čtenář nepocházející z této oblasti dané problematice více porozuměl a byl schopen udělat si sám v sobě komplexnější vhled na fenomén závislosti. Následně jsem popsala metodu motivačního rozhovoru, na jakém principu je tato technika postavena a z jakých přístupů vychází. Konkrétní pilíře této techniky, její strategie, dovednosti a nástrahy, měly nastínit cestu, skrze kterou pracovníci nízkoprahových zařízení přistupují ke klientům.

V závěru práce jsem představila tři kazuistiky ze své praxe. Nejenže jsem chtěla, aby bylo možné nahlédnout na různorodost zakázek, se kterými se lze setkat v rámci kontaktního centra, ale také jsem chtěla více propojit celou teoretickou strukturu své práce do praktické ukázky. Domnívám se, že je potřeba, aby každý pracovník dokázal v sobě vnímat jiskru víry ohledně růstu a uskutečnitelné změny člověka, byť je sebemenší. V případě drogových závislostí je to někdy těžké v tom smyslu, že každý, kdo s touto klientelou pracuje, si uvědomuje, jak dlouhá může být cesta směrem k abstinenci a že návraty zpět jsou mnohdy nezbytnou součástí této cesty. Ale možná právě tato akceptace pomáhá v tom, aby člověk dokázal stát pevně nohama na zemi a přesto byl schopen dívat se kamsi do dále, kde se změna nachází.

***„Není větší chyby, než přestat zkoušet.“***

Johann Wolfgang Goethe

## Summary

### MOTIVAČNÍ ROZHOVOR

Práce na změně s uživateli nealkoholových drog v nízkoprahovém zařízení

### THE MOTIVATIONAL INTERVIEW

Working on change with the non-alcoholic drug users in a low-threshold facility

Petra Kolovecká

The theme my thesis is „Motivational Interview: Working on change with the non-alcoholic drug users in a low-threshold facility“. My reason for choosing this subject is my own professional practice in this field.

The thesis is divided into several chapters devoted to said area. After the introduction, the reader is informed about the basic terminology in the drug treatment field. I define the terms drug and drug addiction, based upon sufficient scientific sources that will allow for orientation in these issues. This is followed by a description and characteristic of the low-threshold programs and their purpose in the drug care system. In this chapter, the reader learns about the basic principles and philosophy of said facilities: Harm Reduction and Public Health. I believe that the knowledge of these principles can lead to a better understanding of these facilities.

The most important chapters of the thesis consist of the description and definition of the special motivational interview technique used in the low-threshold programs. The main goal was to show how the employees in these facilities work with clients. I think that there still is a lack of general knowledge about the contents of the work in low-threshold facilities. Informing the public better would help very much to change the outdated concepts the majority society still holds about these programs.

At the end, I addend free case studies from my practice.

## Seznam odborné literatury

### Prameny:

- BALCAR, K. *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Praha: SPN, 1983. ISBN 14-343-83.
- BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-7187-003-X.
- BLESS, H., SCHWARZ, N. *Sufficient and Necessary Conditions in Dual-Process Models: The Case of Mood and Information Processing*. In CHAIKEN, S., TROPE, Y. *Dual Process Theories in Social Psychology*. New York: Guilford Press, 1999.
- BRICHČÍN, M. *Vůle a sebekontrola (Teorie, metody, experimenty)*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 1999.
- CROMER, R. J. *Fundamentals of Abnormal Psychology*. New York: Worth Publishers, 1999.
- DRAPELA, V. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-251-3.
- DRTIL, J. *Aktuální drogové závislosti*. Praha: Avicenum, 1978. ISBN 80-215-0274-6.
- GÖHLERT, F. CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. Praha: Euromedia Group, 2001. ISBN 80-7202-950-9.
- GROF, S. *Dobrodružství sebeobjevování*. Praha: Perla, 2000. ISBN 80-9021-565-3.
- GROFOVÁ, Ch. *Žízeň po celistvosti*. Praha: Chvojko nakladatelství, 1998. ISBN 80-86183-06-8
- HAJNÝ, M. et al. *Akta Y: drogový problém versus rodina: praktická příručka pro rodiče*. Olomouc: Votobia, 1999. ISBN 80-7220 -22-4.
- HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-277-8.
- JANÍK, A., DUŠEK, K. *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0087-3.
- JANÍKOVÁ, B. *Harm Reduction: Časné intervence v nízkoprahových službách*. KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008, str. 99-110. ISBN 978-80-247-1411-0.
- JEŘÁBEK, P. *Psychopatologie závislosti*. KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008, str. 53-74. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KALINA, K. *Léčba drogově závislých*. Sborník „Drogy ze všech stran II.“ Praha: Institut FILIA, 2000.
- KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

- KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.
- KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KONEČNÝ, M. *Drogy a osobnost*. Praha: PP II., 2000.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.
- KUDRLE, S. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In Kalina et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, str. 91-95. ISBN 80-86734-05-6.
- LIBRA, J.: *Nízkoprahová kontaktní centra*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, str. 165-171. ISBN 80-86734-05-6.
- MADSEN, K. B. *Moderní teorie motivace*. Praha: Academia, 1979. ISBN 99-00-00625-X.
- MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ 10. REVIZE: Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum, Psychiatrické centrum, Praha, 1996.
- MILLER, W. R., HEATHER, N. *Treating Addictive Behaviors*. New York/London: Plenum Press, 1998.
- MILLER, W. R., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: SCAN, 2003. ISBN 80-86620-09-3.
- MINAŘÍK, J. *Přehled psychotropních látek a jejich účinků*. In KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008, str. 339-367. ISBN 978-80-247-1411-0.
- NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0592-7.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*. Příručka pro praxi. Praha: Psychiatrické centrum, 1996.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
- NEŠPOR, K. *Detoxifikační jednotky*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- ONDREJKOVIČ, P. et al. *Protidrogová výchova*. Bratislava: Veda, vydavateľstvo Slovenskej Akadémie vied, 1999. ISBN 80-2240-553-1.
- POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. Brno: Nakladatelství a vydavatelství Ústavu psychologického poradenství a diagnostiky, 2000.



- PRAŠKO, J., HERMAN, E., SEIFERTOVÁ, D. *Konziliární psychiatrie*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-903708-9-0.
- PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-766-4.
- PRESL, J. *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?* Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-25-X.
- ROGERS, C. R. *Způsob bytí: Klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-233-5.
- ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
- ROTGERS, F., KELLER, S., MORGENSTERN, J. *Úvod*. In ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
- SAUNDERS, N. *Extáze a techno scéna*. Brno: JOTA, 1996. ISBN 80-8561-793-5.
- SAUNDERS, B., WILKINSON, C., TOWERS, T. *Motivace a závislá chování: teoretická hlediska*. In ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
- SMĚKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal, 2002. ISBN 978-80-87029-62-6.
- TOLAN, J. *Na osobu zaměřený přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-146-8.
- ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-69-9.
- URBAN, E. *Toxikománie*. Praha: Avicenum, 1973.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VOJTÍK, V., BŘICHÁČEK, V. *Mládež ohrožená toxikománií*. Praha: VÚPs, sv. 80, 1987.
- VYMĚTAL, Z. *Obecná psychoterapie*. Psychoanalytické nakladatelství, 1997. ISBN 80-86123-02-2.

## Časopisy

- KALINA, K. *Psychosociální terapie a moderní trendy v léčbě drogových závislostí*. Hradec Králové: Konfrontace, 1999, č. 3/4: str. 15-19.
- POČAROVSKÝ, O. *Motivační trénink jako zásadní metoda práce s toxikomany*

*v nízkoprahovém zařízení. Hradec Králové: Konfrontace, 1997, č. 5: str. 42-45.*

SVOBODA, M., HABÁNKOVÁ, Z. *Některé osobnostní rysy mladistvých toxikomanů.*

*Protialkoholický Obzor, 1981, č. 4: str. 199-204.*

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1:** Rozdělení drog podle účinku na psychiku člověka

**Příloha č. 2:** Rozdělení drog podle míry rizika

**Příloha č. 3:** Stručná charakteristika Kontaktního a poradenského závislostí STAGE 5,  
PROGRESSIVE o.s.

**Příloha č. 4:** Nabízené služby v rámci kontaktního centra STAGE 5

**Příloha č. 5:** Kontrakt o poskytování motivačního poradenství ve STAGE 5

## Příloha č. 1

### Rozdělení drog podle účinku na psychiku člověka

V následující tabulce je přehledně zpracované rozdělení konkrétních drog včetně možného vzniku závislosti a růstu tolerance.

Látka	Psychická závislost	Somatická závislost	Vzestup tolerance
<b>Stimulancia</b>	silná	nevzniká	silný
Pervitin	++	-	++
Kokain	++	-	++
<b>Halucinogeny</b>	slabá až žádná	nevzniká	mírný
Kanabis	+ -	-	+ -
LSD	+ -	-	+ -
Psilocybin	+ -	-	+ -
<b>Tlumivé látky</b>	silná	silná	silný
Benzodiazepiny	++	++	++
Barbituráty	++	++	++
Alkohol	++	++	++
Opiáty	++	++	++
Těkavé látky	++	+ -	++

## Příloha č. 2

### Rozdělení drog podle míry rizika

Míra rizika	„Tvrdość“ drog	Zástupci
vysoká	tvrdé	toulen heroin morfin durman crack
vysoká až střední	tvrdé	kokain pervitin LSD
střední	tvrdé	alkohol lysohlávky extáze efedrin kodein
relativně malá	měkké	marihuana hašiř kokový čaj
prakticky bez rizika	měkké	káva čaj

### **Příloha č. 3**

## **Stručná charakteristika Kontaktního a poradenského závislostí STAGE 5, PROGRESSIVE o. s.**

Kontaktní a poradenské centrum závislostí STAGE 5

Mahenova 4

150 00 Praha 5

Tel: 603 319 926; Tel a fax: 257 217 871

email: stage5@progressive-os.cz

#### **Otevírací doba:**

	VÝMĚNNÝ PROGRAM	KONTAKTNÍ MÍSTNOST
PONDĚLÍ	13:00 – 18:00	13:00 – 18:00
ÚTERÝ	13:00 – 18:00	13:00 – 18:00
STŘEDA	10:00 – 18:00	13:00 – 18:00
ČTVRTREK	10:00 – 18:00	13:00 – 18:00
PÁTEK	10:00 – 18:00	13:00 – 18:00
SOBOTA	13:00 – 18:00	13:00 – 18:00
NEDĚLE	13:00 – 18:00	13:00 – 18:00

Program STAGE 5 je kontaktní a poradenské centrum zaměřující se na problematiku užívání nealkoholových drog a spadá pod záštitu občanského sdružení PROGRESSIVE. Hlavním cílem STAGE 5 je minimalizace zdravotních a sociálních rizik u uživatelů drog, motivace ke změně životního stylu a osvěta uživatelů i široké veřejnosti o problematice užívání nealkoholových drog. Program vychází z principů Harm Reduction a Public Health. STAGE 5 je určeno těmto skupinám osob:

- **Osobám užívajícím nealkoholové návykové látky.** Tato skupina tvoří více než 98% naší klientely, přičemž není rozhodující, v jaké fázi užívání se člověk aktuálně nachází či jak dlouho a jaký druh návykové látky užívá. Podmínkou je však věk nad 15 let.
- **Rodičům, příbuzným, partnerům a přátelům** uživatelů nealkoholových i alkoholových návykových látek. Pracovníci kontaktního centra mohou poradit, jak postupovat v této situaci, jaká jsou rizika, na která zařízení se lze obrátit, jakou formu péče žádat atd.
- **Profesionálům**, kteří se ve své profesi setkají s problematikou závislosti a potřebují odborné poradenství, jak se v tématice závislosti orientovat (např. učitelé, vychovatelé, pedagogicko – psychologické poradny atd.).

#### **Mezi základní cíle STAGE 5 patří**

- navázání prvního kontaktu s klientem a vytvoření vzájemné důvěry mezi ním a odbornou institucí;
- prohloubení navázaného kontaktu s důrazem na změnu rizikového chování klienta;
- motivace klienta k dalšímu postupu v léčbě směrem k abstinenci;
- poskytování pomoci nutné k „přežití“ – zabezpečení základního zdravotního a hygienického servisu;
- možnost poskytnutí poradenství a krizové intervence v náročných životních situacích.

#### **Tým kontaktního a poradenského centra**

Tým kontaktního a poradenského centra je multidisciplinární (adiktolog, zdravotní sestra, psycholog, sociální pracovník).

## **Příloha č. 4**

### **Nabízené služby v rámci kontaktního centra STAGE 5**

- **Výměnný program**

V rámci výměnného programu mají uživatelé možnost vyměnit si použitý infekční materiál za sterilní. Dále je k dispozici základní zdravotnický materiál (např. náplasti, desinfekce) a materiál potřebný k bezpečnější injekční aplikaci (např. kyselina ascorbová, voda). V případě, že klient z jakéhokoli důvodu nemá použitý materiál na výměnu, pracovník ho informuje o principu výměny a její důležitosti, ale sterilní materiál mu proto tuto chvíli poskytne. Během výměny komunikuje pracovník centra s klientem, předává mu informace o bezpečnějším brání a bezpečném sexu a o ostatních službách kontaktního a poradenského centra, které by mohl klient v případě zájmu využít.

Výměna injekčního materiálu probíhá v oddělené místnosti určené pouze pro výměnu. Použitý infekční materiál je odborně likvidován.

Výměnný program slouží především k prevenci šíření infekčních chorob (hepatitida B, C, HIV) a k celkovému zlepšení zdravotního stavu injekčních uživatelů návykových látek.

- **Kontaktní práce**

Základním principem je navázání kontaktu, který vzbudí důvěru klienta v zařízení. Cílem je, aby se klient v zařízení cítil bezpečně, aby se nebál být upřímný a požádat o pomoc. Na základě jeho zakázky lze v důvěryhodném prostředí společně budovat individuální plán péče. K tomuto účelu je zřízena kontaktní místnost, která je v provozu každý den od 13.00 do 18.00. Klient již může přijít s nějakou zakázkou anebo může začít svou zakázku hledat společně s pracovníkem centra. Ten je v kontaktní místnosti vždy přítomen. Komunikuje s klientem, poskytuje mu odborné informace, podporuje ho, vyzývá klienta k aktivitě a asistuje mu při zařizování jeho záležitostí. Maximální kapacita kontaktní místnosti je 8 osob, jsou-li přítomni 2 kontaktní pracovníci a 5 osob, je-li přítomen 1 kontaktní pracovník.

- **Sociální práce**

Základním principem je zlepšení sociální situace klienta a jeho znovu začlenění do společnosti. Sociální práce probíhá v rámci kontaktní či poradenské místnosti. Nejčastější formou pomoci může být asistence při hledání zaměstnání, hledání ubytování či bytu, vyřizování dokladů, asistence při získání sociálních dávek, zprostředkování kontaktu se



zdravotnickými institucemi, státními institucemi a soudy, probační službou atd. Spektrum nabízených služeb je relativně široké a vychází z poptávky klientů. Základním pilířem sociální práce je dobrá znalost sociální sítě pracovníky centra a spolupráce s navazujícími odbornými institucemi, kam je klient v případě potřeby odeslán či doprovázen. Sociální práce může probíhat formou jednorázové intervence nebo kontinuálně, dokud se klientova situace nestabilizuje.

- **Asistence**

Asistencí nazýváme specifickou formu sociální práce, kdy pracovník doprovází klienta do návazného zařízení (např. k lékaři, na úřad). Asistenci do zařízení zajišťujeme většinou po předchozí telefonické či osobní domluvě, avšak v neodkladných případech může být poskytnuta okamžitě.

- **Zdravotní poradenství a ošetření**

V rámci kontaktní místnosti provádíme základní zdravotní ošetření abscesů, bércových vředů, odřenin, drobných řezných a tržných ran, popálenin apod. Klientům je k dispozici zdravotní sestra.

- **Poradenství - obecně**

Poradenství v kontaktním a poradenském centru závislostí je v první fázi kontaktu s klientem zaměřeno na zhodnocení stavu klienta (jeho sociální situace, zdravotního stavu a drogové kariéry), zhodnocení případných komplikací a slouží k následné nabídce specializovaných služeb (specializovaná lékařská vyšetření, zprostředkování detoxifikace, ústavní léčby, ambulantní léčby, speciální psychologické a psychiatrické pomoci atd.). Cílem poradenství je otevírat a rozšiřovat klientův náhled na jeho stávající situaci a informovat ho o možnostech řešení. Poradenství se snaží minimalizovat zdravotní a sociální rizika spojená s užíváním drog. Dále se snaží budovat a upevňovat klientovo rozhodnutí ke změně životního stylu, ošetřuje klienta v akutní krizi a snaží se společně s klientem najít akceptovatelné východisko z krize a potřebné kroky ke změně situace.

- **Poradenství - jednotlivé druhy individuálního poradenství**

- *Motivační poradenství před léčbou*

Motivační poradenství před léčbou je určeno klientům, kteří jsou rozhodnuti ke

změně svého životního stylu a chtějí na své situaci pracovat. Zároveň ale potřebují pomoc s nalezením konkrétního postupu a podporu při jeho realizaci.

- *Zprostředkování substituční léčby a podpůrné poradenství při preskripci subutexu/suboxonu*

Tento typ poradenství je určen klientům, kteří mají zájem vstoupit do substituční léčby subutexam/subuxonem a klientům, kteří už jsou v substitučním programu, ale chybí jim podpůrné individuální poradenství. Podpůrné poradenství se zaměřuje na témata související s odchodem z drogové scény a změny dosavadního způsobu života.

- *Poradenství pro matky a těhotné ženy – uživatelky drog*

Tento typ poradenství je určen ženám - uživatelkám drog, které mají podezření na možné těhotenství, těhotným a matkám. V prvním případě je poradenství zaměřeno na zjištění možného těhotenství (distribuce těhotenských testů) a případné zajištění odborné gynekologické péče, ošetření akutní krizové situace. V případě již těhotné ženy je poradenství zaměřeno také na zajištění odborné lékařské péče a dále na otázky zajištění dítěte, řešení situace po porodu atd. V případě matek se zaměřujeme na možnost vrácení dítěte do péče matky nebo naopak odebrání dítěte, řešení krizových situací s tímto spojených atd. Ve všech případech dochází k motivaci žen ke změně rizikového způsobu života.

- **Klientský počítač**

Klientům je dispozici počítač, na kterém společně s pracovníkem může vyhledávat např. práci, bydlení, léčbu, komunikovat s úřady apod. Dále je možné naučit se základům práce na PC a orientaci v internetovém prostředí.

- **Skupinová práce s klienty**

Jde o strukturované programy, které jsou připravovány pracovníky centra. Nenásilnou formou mají vést klienty k osvětě, lepší informovanosti a orientaci v nejrůznějších oblastech spojených s jejich životním stylem. Pracovníci vybírají a zpracovávají témata na základě poptávky klientů a na základě aktuálního dění na drogové scéně.

- **Filmové kluby**

Každý čtvrtek od 15 hodin je promítán pro klienty jeden film. Cílem filmového klubu je zprostředkování kontaktu s jinou formou trávení volného času než je užívání drog, rozšíření

obzorů klientů a zprostředkování diskuze nad různými tématy, které filmy nabízí.

- **Výtvarné dílny**

V kontaktní místnosti je možnost výtvarného vyžití pro klienty. Klientům je k dispozici základní výtvarnický materiál (např. vodové barvy, pastelky, papíry). Dílny jsou sezóně tematicky zaměřené (např. vydlabávání dýní, malování mandal, vytváření vánočních ozdob, koláže). Cíl výtvarných dílen je obdobný jako u filmového klubu.

## Příloha č. 5 - Kontrakt o poskytování motivačního poradenství ve STAGE 5



Kontaktní a poradenské centrum závislosti v hl. m. Praze  
Mahenova 4, 150 00 Praha 5 – Smíchov  
Tel: 603 319 926; Tel a fax: 257 217 871; email: stage5@progressive-os.cz

### Kontrakt o poskytování motivačního poradenství

Mezi ..... zastupující kontaktní centrum STAGE 5 (dále poradce)

a ..... klientem kontaktního centra STAGE 5 (dále klient)

#### Poradce se zavazuje k:

- Dodržování zásady mlčenlivosti
- Dodržování práv klienta
- Poskytnutí odpovídající péče dle individuální potřeby klienta
- Zajištění bezpečného prostředí po dobu konzultace
- Nahrazení konzultace zrušené poradcem
- Vydání písemného potvrzení o účasti v poradenském procesu

#### Klient se zavazuje k:

- Pravidelné a včasné docházce na domluvené konzultace
- Telefonické nebo osobní omluvě pokud se na konzultaci nemůže dostavit (ne sms, minimálně 2 hodiny předem)
- Absolvování minimálně pěti konzultací v maximálním rozmezí 2 měsíců
- Docházce ve stavu, kdy je schopen vnímat, komunikovat a spolupracovat

#### Poradenský proces může být ukončen v případě že:

- Klient se bez omluvy nedostaví na domluvenou konzultaci
- Klient se dvakrát po sobě nebo třikrát v rozmezí dvou měsíců z konzultace omluví
- Klient se opakovaně dostaví na domluvenou konzultaci intoxikován v takové míře, že není schopen běžné komunikace
- Poradce či klient zjistí, že nabídnutá služba neodpovídá klientovým potřebám

V případě úspěšného absolvování poradenského procesu (tzn. poradci je zjevná dostatečná motivace k léčbě), vystaví poradce klientovi doporučení do vybraného léčebného zařízení.

V Praze dne.....

Podpis poradce:

Podpis klienta:



