

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky



**Práce s motivací u drogově závislých v různých  
fázích léčby**

Bakalářská práce

Autorka: Zuzana Zástěrová

Vedoucí práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., EMPH,  
KLJ

Datum předložení: 21. 9. 2009

PRAHA

2009

Děkuji především Doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc., EMPH, KLJ za odborné vedení bakalářské práce, za jeho cenné připomínky, a za jeho drahocenný čas a ochotu podílet se na tvorbě této práce.

Děkuji také pplk. Mgr. Martině Kadlecové, zástupkyni vedoucího oddělení výkonu trestu ve věznici Světlá nad Sázavou, která se mě ujala při mé stáži v tomto zařízení, a tím mi umožnila vypracovat případové práce s některými odsouzenými.

Dále děkuji všem odsouzeným ženám z věznice Světlá nad Sázavou za jejich překvapivou ochotu podílet se na tvorbě případových prací.

Na závěr bych chtěla poděkovat všem klientům z předešlých stáží, díky nimž jsem získala cenné poznatky, které jsem mohla také uplatnit v této práci.

Čestně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Praze dne 17. srpna 2009

.....

## **Abstrakt bakalářské práce**

Jméno: **Zuzana Zástěrová**

Obor: **Adiktologie**

Vedoucí práce: **Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., EMPH, KLJ**

Počet stran: 63

Oponent: **PhDr. Jan Soukup**

Název bakalářské práce: **Práce s motivací u drogově závislých v různých fázích léčby**

### **Abstrakt**

Cílem bakalářské práce je poukázat na to, jaké jsou možnosti a meze práce s motivací u lidí závislých na návykových látkách, a to napříč celým spektrem služeb, jehož části odpovídají jednotlivým stadiím změny.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá především tématy motivace, motivační rozhovory, průřez historií práce s motivací u drogově závislých, přehled nejpoužívanějších technik a postupů motivačních rozhovorů, výzkum, a různé modely motivace a procesu změny.

Případová práce se zčásti zakládá na reálném příběhu klientky z věznice Světlá nad Sázavou a zčásti je smyšlená z důvodu neznalosti podrobnějších dat. Při tvorbě kasuistiky vycházím z informací uvedených klientkou o zkušenostech v jejích předchozích léčebných zařízeních, dále také vycházím z informací, které se vážou k současnému pobytu ve věznici, a které mi sdělila buď klientka sama, nebo personál věznice, a také vycházím ze skutečností, které jsem během kontaktu s klientkou zpozorovala.

Kasuistika je vybrána na základě teoretické části tak, aby co nejlépe demonstrovala techniky a jednotlivé prvky motivačních rozhovorů použité u konkrétního klienta odborným pracovníkem, aby ukázala, jak je motivace proměnlivou charakteristikou, a jak se tedy přetváří v průběhu procesu změny, jaké hodnoty vedou klienty k tomu, aby se změnili, a jaké faktory hrají roli v procesu změny. Je zde potvrzeno zjištění, že jako nejúčinnější faktor změny se jeví vnitřní motivace klienta, nikoli vnější motivace.

### **Klíčová slova**

motivace- motivační rozhovor- proces změny- kognitivně behaviorální terapie- drogová závislost

## **Abstract of the bachelor work**

Name: **Zuzana Zástěrová**

Specialization: **Addictology**

Head of the bachelor work: **Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., EMPH, KLJ**

Opponent: **PhDr. Jan Soukup**

Pages: 63

The name of the bachelor work: **Working with the motivation of drug addicts in various stages of treatment**

### **Abstract**

The aim of my bachelor thesis is to point out the possibilities and limits of working with the motivation of people dependent on addictive substances, across the full range of services, which components correspond to the stages of change.

The theoretical part of my thesis mainly deals with the themes of motivation, motivation interviews and a cross-section history of working with the motivation in drug addicts. There is also presented an overview of most frequent techniques and procedures of motivation interviewing. Research, and different models of motivation and process of change are also mentioned.

Case study is partly based on the real story of the client from the prison in Světlá nad Sázavou and partly is fictitious because of unaccessibility of more detailed data. When creating the case story I regarded the information based on the client's experience in its previous treatment centers, and also the information linked to the current stay in prison, which was reported either the client itself or by the prison staff. Also my observation of the client were taken into account.

The case story is selected on the basis of the theoretical part in order to demonstrate in the best possible way the techniques and the different elements of motivational interviews for the particular client by the professional, to show how motivation is a variable feature, and how it is thus transformed in the process of change; what the value of leading clients to the change and what factors can play a role in the process of change. There are confirmed the findings that the most effective factor for change appears to be the internal client's motivation, not the external motivation.

### **Key words**

motivation- motivational interviewing- process of the changes- cognitive behavioral therapy- drug addiction

## OBSAH

<b>1</b>	<b>ÚVOD</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>MOTIVACE</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>MOTIVAČNÍ ROZHOVORY</b>	<b>12</b>
3.1	Z ČEHO VYCHÁZEJÍ MOTIVAČNÍ ROHOVORY A KDY SE POUŽÍVAJÍ	12
3.2	ČÍM SE MOTIVAČNÍ ROZHOVORY LIŠÍ OD JINÝCH PŘÍSTUPŮ	12
3.2.1	Motivační rozhovory versus konfrontační a nekonfrontační přístupy	13
3.2.2	Motivační rozhovory versus Rogersovské přístupy	14
<b>4</b>	<b>MINULOST VERSUS SOUČASNOST-KDE SE POSTUPOVALO NESPRÁVNĚ?</b>	<b>15</b>
4.1	MODEL OBRANNÝCH MECHANISMŮ	15
4.2	MINNESOTSKÝ MODEL	15
4.3	NECHAT SPADNOUT AŽ NA ÚPLNÉ DNO	16
<b>5</b>	<b>JAKÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍ PROCES ZMĚNY</b>	<b>17</b>
<b>6</b>	<b>RŮZNÉ MODELY MOTIVACE A PROCESU ZMĚNY</b>	<b>18</b>
6.1	CYKlický MODEL ZMĚNY DLE PROCHASKY A DiCLEMENTEHO	18
6.2	MODEL ZMĚNY CHOVÁNÍ PODLE PATTENA	23
6.3	CMRS ŠKÁLA- DeLEON A SPOLUPRACOVNÍCI	24
<b>7</b>	<b>VÝZKUMY, VHODNOST A OMEZENÍ MOTIVAČNCH ROZHOVORŮ</b>	<b>26</b>
<b>8</b>	<b>POUŽÍVÁNÍ MOTIVAČNÍCH ROZHOVORŮ</b>	<b>28</b>
8.1	PRINCIPY MOTIVAČNÍCH ROZHOVORŮ	28
8.2	POSTUPY MOTIVAČNÍCH ROZHOVORŮ	30
8.3	ČEMU SE V MOTIVAČNÍCH ROZHOVORECH VYHNOUT	32
8.4	CO V MOTIVAČNÍCH ROZHOVORECH VYUŽÍT, ROZVINOUT	33
<b>9</b>	<b>KASUISTIKA</b>	<b>35</b>
9.1	ÚVOD	35
9.2	KRÁTKÉ SEZNÁMENÍ S KLIENTKOU	35
9.3	ANAMNÉZA	36

9.3.1	Zdravotní anamnéza	36
9.3.2	Psychická anamnéza	36
9.3.3	Sexuální život	36
9.3.4	Sociální anamnéza	36
9.3.5	Rodinná anamnéza	38
9.3.6	Drogová kariéra	40
9.3.7	Diagnostika	41
9.3.8	Léčba	41
9.4	PROPOJENÍ KASUISTIKY S TEORETICKOU ČÁSTÍ	42
9.4.1	Uplatňování konfrontačních prvků	42
9.4.2	Uplatňování Rogersovských prvků	42
9.4.3	Faktory podílející se na procesu změny	43
9.4.4	Různé modely motivace a procesu změny	44
9.4.4.1	Cyklický model dle Prochasky a DiClementeho	44
9.4.4.2	Model změny chování podle Pattena	45
9.4.4.3	CMRS schéma	46
9.4.5	Práce s motivací v kontaktním centru	47
9.4.6	Práce s motivací ve věznici	49
9.5	OSOBNÍ ZHODNOCENÍ A PROGNÓZA DO BUDOUCNA	50
<b>10</b>	<b>ZÁVĚR A DISKUSE</b>	<b>51</b>
<b>11</b>	<b>SOUHRN</b>	<b>52</b>
<b>12</b>	<b>POUŽITÁ LITERAURA</b>	<b>55</b>
<b>13</b>	<b>PŘÍLOHY</b>	<b>59</b>





## 1 Úvod

Přístup k drogově závislé klientele se za posledních let v mnohém změnil. Dalo by se říci, že v současnosti se uplatňuje přístup vycházející z motivačních interview dle Millera a Rollnicka, který pracuje s motivací jako se silou zaměřenou různým směrem, kterou disponuje každý klient v každém okamžiku.

Motivační interview se dnes používá napříč celého systému léčebné i předléčebné péče s uživateli drog- v nízkoprahových kontaktních centrech, v psychiatrických léčebnách, v terapeutických komunitách, v denních stacionářích, v ambulancích, atd. Pracovník odborných služeb může motivaci klienta ke změně ovlivnit a to jak v pozitivním, tak v negativním směru.

Motivační rozhovory se nejprve užívaly při odvykání kouření a u poruch příjmu potravy. Postupem času se však jejich užití výrazně rozšiřovalo a nyní jsou používány v mnoha oblastech lidského života, a to jak v profesích pomáhajících, tak v profesích ostatních- zdravotnictví, sociální oblast, soudnictví, pedagogika, pracovní trh, personalistika, obchod, atd.

O tom, jak moc je důležité disponovat znalostmi a dovednostmi motivačních rozhovorů, pokud někdo pracuje s drogově závislými, svědčí i fakt, že je v současné době k dispozici nepřeberné množství různých kurzů, školení a přednášek na toto téma.

Motivace je spolu ještě s dalšími faktory řazena mezi faktory podílející se na procesu změny, je proto zcela nezbytné tento fakt při práci s klientem neopomíjet. To je také důvodem, proč jsem si vybrala právě toto téma. Skutečnost, že vnitřní motivace je pro proces změny důležitější, než motivace vnější, jsem měla možnost si ověřit na stážích absolvovaných během studia. Setkala jsem se s mnoha klienty, kteří za sebou měli několik léčeb, ale až vlastní přesvědčení vedlo k trvalejším úspěchům. Při práci s klienty mě zajímalo mimo jiné i to, jak mají řazený hodnotový systém, protože znalost toho, co je pro klienta důležité, je předpokladem pro to, jakým směrem klienta motivovat. Dále jsem se zajímalo o to, jakou mají zkušenost s motivováním ke změně v různých léčebných i předléčebných zařízeních- jaké postupy na nich byly aplikovány, jaké se u nich (ne)vyskytují faktory, které se různou měrou podílí na procesu změny, a v neposlední řadě jsem se zaměřila i na schéma CMRS a na to, v jaké fázi kola změny se právě nacházejí.

## 2 Motivace

Pojem motivace nemá v psychologii ustálený význam. Existuje mnoho různých definicí tohoto výrazu. Dalo by se ale říci, že definice uvedené v odborné literatuře se shodují na tom, že motivace je odvozena z latinského slovesa moveo= pohybuji (infinitiv movere= pohybovat). Znamená to tedy, že naše chování je usměrňováno jakýmsi silami o různé intenzitě. Tyto síly jsou v odborné literatuře označovány jako motivy. Motivace se dá rozdělit na vnitřní (hlad, bolest, radost) a vnější (peníze, pocta, uznání, rodina), přičemž vnitřní motivace je mnohem silnější než motivace vnější. Dalším dělením v odborné literatuře je dělení na pozitivní (chci být uznávaný, chci mít hodně peněz) a negativní (chci se zbavit bolesti, nechci být hladový).

Ve velkém sociologickém slovníku se dočteme, že „motivace je psychický stav vyvolávající činnost, chování či jednání zaměřující se určitým směrem“ (Velký sociologický slovník, 1996). Takto se o motivaci vyjádřil i Nuttin (Nuttin in Nakonečný, 1997), který ještě dále přidává, že jedinec, který je ve stavu motivace, cosi hledá, od určitých objektů se odvrací, u jiných prodlévá a vykazuje tak, že motivované chování má orientaci, cíl, tzn., že je zaměřeno na něco, co přináší uspokojení. Co se dosahování cílů týče, k tomu se vyjádřil také Zimbardo, který tvrdí, že motivace se dá vyzorovat z chování, které je zaměřeno na cíl (Zimbardo in Nakonečný, 1997).

Motivace může mít podobu konkrétní pohnutky či bezprostřední příčiny určitého jednání; průběžné aktivace jednání; směrové determinace jednání; smysluplné struktury jednání; důvodu pro rozhodnutí k určitému jednání v situaci volby (Velký sociologický slovník, 1996).

Motivace se dá vyjádřit následujícími fenomény: energií, vzrušením; zaměřením této energie na určitý cíl; selektivní pozorností pro určité podněty a změněnou pozorností pro jiné; organizací aktivity v integrované vzorce reakcí, resp. jejich sekvencí; udržování zaměřené aktivity, dokud se nezmění výchozí podmínky (Nakonečný, 1997). S tímto koreluje i definice H. Heckhausena: „Motivování jednání určitým motivem je označováno jako motivace. Motivace je myšlena jako proces, který volí mezi různými možnostmi jednání, zaměřuje jednání na dosažení motivačně specifických cílových stavů a na cestě k tomu je udržuje v chodu. Krátce: motivace má vysvětlit cílovou zaměřenost jednání...“ (Heckhausen in Nakonečný, 1997). Motivace se dá chápat jako rozpor mezi tím, co daný

jedinec právě prožívá a mezi tím, co prožívat touží. Rozpor je prožíván jako nepříjemný, a proto se snaží jedinec o to, aby byl co nejmenší (Nakonečný, 1997). Z uvedených definic vyplývá, že dřívější behavioristický přístup byl dosti redukcionistický, když motivaci chápal pouze jako proces energetizace chování (Hull in Madsen, 1972).

## 3 Motivační rozhovory

### 3.1 Z čeho vycházejí motivační rozhovory a kdy se používají

Motivační rozhovor je přístup vytvořený Williamem R. Millerem a Stephenem Rollnickem (Miller, Rollnick, 2002). Tuto metodu publikovali severoameričtí autoři v roce 1991 (Kalina, 2008). Originální název zní „motivational interviewing“, do češtiny překládaný jako motivační rozhovor, terapie, trénink. Autoři sami vysvětlují, proč svůj přístup nazvali interview. „Je to společný pohled na nějaký problém. Snažíme se dívat na věc společně a vidět společně“ (Miller, Rollnick, 2002). Jde tedy o společný pohled terapeuta a klienta na daný problém.

Motivační interview má usměrňovat motivaci lidí závislých na drogách a alkoholu. Jedná se o kognitivně behaviorální, nekonfrontační přístup s prvky Rogersovské psychoterapie. Nekonfrontační přístup znamená, že se neklade důraz na to, aby klient přijal svou nálepku „závislého“, odpor je reflektován a není brán jako popření ze strany klienta, cíle se určují společně s klientem, je zdůrazňován význam osobní svobody a odpovědnosti za rozhodnutí (Miller, Rollnick, 2004). Prvky Rogersovské terapie jsou prvky nedirektivní, avšak z tohoto přístupu je v motivačním interview požíváno akceptování klienta takového, jaký je, empatie, otevřené otázky, reflektující naslouchání, shrnutí, protože motivační interview je technika převážně direktivní. Direktivní znamená, že systematicky vede klienta směrem k motivaci ke změně, pokud je to nutné, tak terapeut nabídne radu, doporučení, a zejména se snaží zdůrazňovat klientovi rozpory mezi jeho chováním a jeho cíli (Miller a Rollnick, 2004). Prvky direktivní přimějí klienta uvažovat o rozporuplnosti užívání návykových látek (Miller, Rollnick, 1995). Motivační rozhovory jsou definovány jako „na klienta orientovaný poradenský styl pro vyvolání chování ke změně, které pomáhá klientům poznat a vyřešit ambivalenci“ (Rollnick a Miller, 1995). Z uvedeného vyplývá, že tedy úkolem terapeuta je vytvářet nesoulad mezi tím, jak se klient chová a mezi cíli, kterých chce dosáhnout (Festinger, 1957), toto je tedy direktivní metoda. Užívané postupy jsou více přesvědčovací, nežli donucovací, více podporující, nežli argumentační (Miller a Rollnick, 2004). Z uvedeného vyplývá, že ve prospěch změny by měl začít argumentovat klient, on sám by se měl rozhodnout ke změně, vybrat si z menu, které mu nabízí terapeut. Přes toto všechno bychom ale neměli zapomínat na poselství Carla Rogerse, který uvedl, že jako nejúčinnější pro změnu se jeví vztah mezi klientem a

terapeutem, přičemž terapeut by měl být empatický, vřelý a opravdový (Miller, Rollnick, 2004).

Základem techniky motivačního rozhovoru je cyklický model změny vytvořený Prochaskou a DiClementem v 90. letech minulého století (Prochaska et al., in Miller, Rollnick 2004). Jak uvádí Miller a Rollnick, motivace ke změně není nutná k tomu, aby se klient začal léčit, na zvyšování jeho motivace můžeme pracovat až v průběhu léčby. Motivace je spíše stav připravenosti ke změně než rys osobnosti a může kolísat v průběhu času (Miller 1983), to znamená, že terapeut by měl správně využít tzv. „klíčové momenty“, „časová okénka“, kdy je klient připraven ke změně, a využít tento moment ve prospěch změny. Tato „časová okénka“ tu nejsou napořád, odejdou, ale zase se můžou kdykoli objevit, proto by měl být terapeut vždy ve střehu a vždy toho dostatečně využít v klientův prospěch.

## **3.2 Čím se motivační rozhovory liší od jiných přístupů**

### **3.2.1 Motivační rozhovory versus konfrontační a nekonfrontační přístupy**

Čistě konfrontační přístup je dnes již minulostí, avšak v minulosti se při práci se závislými hojně využíval (viz Minnesotský model). Jednalo se o to, aby klient přijal nálepku „feťáka“, „alkoholika“. Důrazně se klientovi vytýkal jeho problém, jeho role nemocného (bezmocného) a tudíž se tím bránilo tomu, aby zaujal aktivní postoj ke změně. Někdy se hovoří o konfrontačním přístupu také s programem 12 kroků Anonymních Alkoholiků, avšak proti tomuto tvrzení lze postavit pasáž z knihy Alcoholics Anonymous „Nejlépe uděláte, když při práci s alkoholiky nebudete předvádět žádné vynucovací či křížové výpravy za proměnou“ (Wilson in Miller, Rollnick, 2003) a jiná tvrzení Billa Wilsona, zakladatele hnutí anonymních alkoholiků. Konfrontační přístup je zvláště nebezpečný u klientů s nízkým sebevědomím (Annis a Chan, in Miller, Rollnick, 2004), kterým klienti závislí na návykových látkách bezesporu disponují. Dnes už každý odborník na poli závislosti ví, že striktně konfrontační přístup je kontraproduktivní, avšak jak uvádějí autoři Bell a Rollnick: „Motivační intervence jsou paradoxně obou typů: konfrontační i nekonfrontační“ (Bell, Rollnick, in Rotgers et al., 1999). „Konfrontace je cílem veškerého poradenství a psychoterapie a je nezbytným předpokladem záměrné změny“ (Miller a Rollnick, 1991). Neměli bychom však zaměňovat konfrontační cíl a styl. Konfrontací ve smyslu cíle se zde tedy myslí sebekonfrontace, tedy uvědomění si, že mám

problém. Konfrontací ve smyslu stylu se zde myslí konfrontace ze strany terapeuta, „nálepkování“. V motivačním interview se užívá konfrontační cíl.

Mnoho autorů zastává názor, že konfrontace je nezbytným nástrojem při léčbě drogově závislých. Dokládá to například tvrzení Kooymana, který řadí konfrontaci mezi léčivé faktory v terapeutické komunitě (Kooyman in Kalina, 2008). „Podle Casriela (cit in Broekaert, 2001) „závislý trpí úzkostí a bolestí, s níž nemůže ani bojovat ani jí uniknout. Místo toho, aby maskoval a zkresloval svoje náhlá emoční hnutí, osobnost s narušeným charakterem potlačuje emoce vůbec. Umísťuje svoje pocity mimo dosah vědomí, uzavírá je do ulity nevědomí a nevědomě vytváří emoční izolaci. Klasické terapeutické nástroje nemohou dosáhnout na tyto zmrzlé osobnosti, a proto přišly terapeutické komunity.“ (Kalina, 2008).

Jak uvádí Těminová (Těminová, in Kalina, 2008) „konfrontace v komunitě není cílem, ale je nezbytným prostředkem růstu, získání náhledu, uvědomění si hranic. Emoce doprovázející konfrontaci jsou tou správnou úrodnou půdou pro proces učení, je to cesta od postoje ke změně chování. Věčným úkolem všech členů komunity je konfrontace kultivovat a střežit, aby nebyly o zraňování, nýbrž o učení. Na druhé straně, pokud se pokoušíme eliminovat konfrontaci tím, že se sami bojíme konfliktů nebo máme pocit, že do života společenství nepatří, zabraňujeme vývoji, nerespektujeme realitu života a připravujeme se o důležitý prostředek růstu.“

Přes všechna tato tvrzení ale platí, jak uvádí Kalina (2008), že konfrontace má být zaměřena na chování a ne na osobu klienta, má být uplatňována pouze v bezpečném a akceptujícím prostředí, jinak se toto působení míjí terapeutickým účinkem.

### **3.2.2 Motivační rozhovory versus Rogerovské přístupy**

V úvodu této kapitoly stojí, že motivační rozhovor je technika, která vychází z Rogerovské psychoterapie. To je pravda, ale zároveň je to technika využívající direktivní prvky terapie, jako je zvyšování ambivalence, směřování k určitému cíli, nabízení možností. Jak uvádí Miller a Rollnick (2003), terapeut radí a dává zpětnou vazbu, empatická reflexe se používá tak, aby posílila určité momenty, a od jiných momentů naopak odvedla pozornost.

## **4 Minulost versus současnost – kde se postupovalo nesprávně?**

### **4.1 Model obranných mechanismů**

Pokud budeme pátrat v minulosti práce s uživateli návykových látek, najdeme dost „omylů“, kterých se odborníci dopouštěli při práci s touto klientelou. Mezi velkou chybu patřil přístup k drogově závislým, který namísto pochopení a společného odstraňování obranných mechanismů, volil nešetrné „rozbíjení“ obranných mechanismů, které spočívalo v konfrontaci osoby klienta, nikoli jeho obranného mechanismu potažmo problému (Rotgers et al., 1999, a další). Tento chybný přístup vedl odborníky k tomu, že při práci se závislými volili převážně konfrontační, agresivní styly, jejichž cílem bylo rozbít tyto obranné mechanismy. Z tohoto konceptu vychází též Minnesotský model.

### **4.2 Minnesotský model**

„Minnesotský model stavěl především na zkušenosti Anonymních alkoholiků (dále jen AA) a jejich konceptualizaci alkoholismu jako primární, progresivní poruchy, jejíž zvládnutí vyžaduje doživotní abstinenci a aktivní, kontinuální program údravy. Na rozdíl od rozšířeného přesvědčení nebyli původci ani propagátory toho, co bylo později nazýváno konceptem alkoholismu jako nemoci AA. K tomu se vyjádřil Dr. Bob Smith, jeden ze zakladatelů AA takto: „Užívání termínů nemoc, nemocný byl jen způsob jak překonat beznaděj“. AA sloužilo používání metafory nemoci jako připomínka jejich přesvědčení, že alkoholik už nikdy nemůže pít bezpečným způsobem. Přesto členové AA hráli významnou roli v rozšiřování a popularizaci konceptu závislosti jako nemoci.“ (Internetové stránky: [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz) [31. 5. 2009]).

Radimecký (Internetové stránky [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz) [8. 7. 2009]) píše o minnesotském modelu následující: „Minnesotský model (tj. model závislosti jako nemoci) vnímá jednotlivce jako nemocného (tj. bezmocného) v permanentním stadiu údravy (Cook, 1988) a je založen na abstinenci od drog. Tento model byl zkritizován řadou autorů (Radimecký, 2007).

Programy založené na Minnesotském modelu se během svého vývoje oprostily od konfrontace a v současnosti jsou používány v Irsku, Litvě, Maďarsku a Turecku (Výroční zpráva za rok 2006: stav drogové problematiky v Evropě).

Minnesotský model vznikl synergií tří minnesotských programů- Pioneer House, Hazelden a Wilmar State Hospital. (Internetové stránky: [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz) [31. 5. 2009]).

Nepochopení Minnesotského modelu pramení z neúplného pochopení pojetí závislosti jako nemoci. Závislost je klasifikována jako nemoc. V MKN-10 je řazena pod kódem F10-F19 (duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek). Závislý člověk je skutečně nemocný (nikoli však bezmocný). V rozvinuté fázi závislosti již samotná vůle nestačí- mnoho závislých se chce své závislosti nadobro zbavit, ale tady už samotné chci a pevná vůle nestačí. Proto byl vypracován kompletní a podrobný program údravy. Ani to neznamená, že pokud budeme chápat závislost jako nemoc, budeme tím závislého zbavovat jeho odpovědnosti za situaci, ve které se nachází. Naopak, konfrontace klienta s jeho problémem (ne však obviňování), a tím získání náhledu je také jednou z podmínek úspěšné změny.

### **4.3 Nechat spadnout až na úplné dno**

Není to zase tak dávno, co se mnozí domnívali, že pokud se člověk závislý na drogách má své závislosti zbavit, musíme ho nejdříve nechat spadnout až na dno, aby se měl od čeho odrazit. Dnes víme, že nemusíme čekat na okamžik, kdy bude klientovi nejhůře, naopak měli bychom se snažit pracovat s klientem co nejdříve, jak je to možné. „Protože motivační rozhovory vycházejí z cyklu změny Prochasky a DiClementa, nevnímají motivaci klienta ke změně chování jako existující, danou podmínku pro úspěšnou léčbu, ale jako proces, který terapeut může svou prací s klientem výrazně ovlivnit.“ (Miller, Rollnick, 2004).

Tento rozdíl v přístupu nalezneme, i pokud porovnáme tradiční terapeutické komunity pro drogově závislé se současnými. V tradičních TK pro drogově závislé panoval názor, že klient je nejlépe motivován k léčbě, pokud se nachází v debaklové situaci (Kalina, 2008). Současné TK začínají pracovat s klientem v kterékoli fázi motivace a s motivací pokračují v průběhu celé léčby.

*„Motivace je jako láska a štěstí. Je to vedlejší produkt. Pokud se do něčeho pustíte, motivace k tomu, abyste vytrvali, přijde sama a objeví se, když ji budete nejméně čekat.“*

John Bruner



## 5 Jaké faktory ovlivňují proces změny

V odborné literatuře najdeme mnoho faktorů, které mohou stát na začátku procesu změny, nebo se na ni podílí v průběhu procesu.

Velký důraz je v mnohých publikacích kladen právě na motivaci, na to, jak moc je klient odhodlaný ke změně svého současného stavu. Kalina uvádí: „Motivace je jedním z faktorů, které rozhodují o úspěchu či neúspěchu terapie (léčby) vůbec. Co se drogové závislosti týče, dalšími faktory určujícími úspěšnost léčby jsou stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince, kvalita jeho okolí včetně sociálního“. (Kalina, et al., 2001). DeLeon a jeho spolupracovníci spatřují motivaci jako součást komplexu, do něhož řadí vnější okolnosti, vnitřní motivaci, připravenost k léčbě a vhodnost TK pro potřeby jednotlivce. Na tomto základě vytvořili škálu CMRS k posouzení úrovně motivace klienta při jeho nástupu do léčby (Kalina, 2008). „Skóre CRMS při vstupu je velmi dobrým prediktorem udržení v léčbě zejména v prvním období a pozitivně koreluje s výsledky léčby a účastí v následné péči“ (Melnick, DeLeon et al., in Kalina, 2008).

Tlak vnějších okolností je jistě také nezanedbatelným faktorem určujícím úspěšnost terapie. DeLeon a jeho spolupracovníci řadí motivaci a připravenost k léčbě mezi důležité faktory v terapeutickém procesu, ale uvádějí, že tlak vnějších okolností může získání vnitřní motivace významně ovlivnit (DeLeon et al., in Kalina, 2008).

Fred J. Hanna, který vychází ze své studie na Hopkinské univerzitě v Baltimoru, řadí mezi tzv. prekurzory, které ovlivňují rychlost procesu změny: smysl nezbytnosti, ochotu nebo připravenost zažít úzkost a obtížnost, uvědomění, konfrontaci s problémem, úsilí ke změně, naději na změnu, sociální podporu pro změnu (Hanna, 2002).

Neopomenutelným činitelem je i podpora vlastních schopností klienta a dodávání naděje klientům, kteří pocíťují nedostatek sil na realizování svého cíle, nebo klientům, kteří na svůj cíl již rezignovali. „Pokud se nepodaří v rezignovaných klientech probudit jiskru naděje, nikdy u nich nevznikne potřebná motivace k uvažování o změně“. (DiClemente, in Miller, Rollnick, 2004).

Empatie terapeuta, vcítění se do klientova problému. Miller a Rollnick (2003) uvádějí, že je tento faktor mnohými výzkumy doložen jako nejsilnější prediktor pozitivního terapeutického vztahu, který určuje úspěšnost terapie.

## **6 Různé modely motivace a procesu změny**

### **6.1 Cyklický model změny dle Prochasky a DiClementeho**

(Prochaska et al., 1992; Miller a Rollnick, 2004, a další)

Myšlenka kola změny přišla na mysl Prochaskovi a DiClementemu, když spolu s dalšími kolegy pozorovali klienty, kteří se snažili zvládnout své problémové chování. Při svém pozorování došli k názoru, že struktura změny je u všech typů problémového chování nápadně podobná. Na základě svých klinických zkušeností v 90. letech minulého století konstruovali cyklický model změny. Terapeuta připodobnili porodní bábě, která je průvodcem klienta v celém procesu změny, stejně jako je porodní bába přítomna rodící ženě v průběhu jejího porodu. Celá analogie je skutečně skvělým příkladem, na kterém se dá demonstrovat průběh změny. Tak jako žena rodí sama, tak i klient je ten, kdo se největší mírou podílí na své změně. Terapeut je zde od toho, aby byl přítomen, správně směřoval a povzbuzoval klienta, pokud se mu právě nedaří.

#### **1) Fáze prekontemplace („předuvažování“)**

Klienti v této fázi se někdy označují také jako „klienti v odporu“, „ti, co popírají svůj problém“ (Miller, Rollnick, 2004). Táto fáze je skutečně charakteristická tím, že klienti necítí žádnou potřebu cokoli měnit (alespoň ne v následujících šesti měsících), a to zřejmě kvůli rozpolcenosti, popírání (Edwards a Lader, in Miller a Rollnick, 2004). Problémy nevnímá klient sám, ale spíše jeho okolí, což je také častým důvodem, proč vyhledá pomoc. Proč se ale lidé v této fázi nacházejí? Odpověď najdeme ve „4 R“ (podle DiClementeho, 2004)

##### **1) Váhavost**

Váhavost je charakteristická nedostatkem informací. Klient nezná dostatek nevýhod současného stavu, a naopak nezná ani dostatek výhod, pokud by se situace změnila.

##### **2) Rebelství**

„Rebelové“ vkládají do svého chování mnoho energie a v žádném případě se neřídí rady ostatních. „Opravdovou výzvou pro terapeuta je, jak přeměnit energii, která je zatím zaměřená na rebelii, na sílu namířenou k motivaci“. (DiClemente, in Miller, Rollnick, 2004). Když Prochaska a DiClemente vytvářeli skupinu lidí ve fázi prekontemplace, bez

váhání „rebely“ poznali- často zdůrazňovali, že se klidně zúčastní, ale jen pod podmínkou, že se je nebudou pokoušet měnit.

### 3) Rezignovanost

S energií je to zde právě naopak než u rebelství. „Rezignovaní“ se vzdali své naděje na změnu. Úkolem terapeuta je tedy znovu dodat naději klientovi. „Pokud se nepodaří v rezignovaných klientech probudit jiskru naděje, nikdy u nich nevznikne potřebná motivace k uvažování o změně“. (DiClemente, in Miller, Rollnick, 2004).

### 4) Racionalizace

Tito lidé mají na všechno odpověď. Rozhovor s nimi má podobu výroku terapeuta, za kterým ihned následuje odpověď klienta. Platí zde úměra, že čím více se s nimi budeme bavit o jejich problému, tím více si budou jisti tím, že žádný problém nemají. Jak by si měl tedy terapeut v tomto okamžiku počínat? Měl by být hlavně empatický a reflektivně naslouchat. Reflektivní naslouchání je aktivní proces, kdy terapeut vybere ty klientovy výroky, kterými argumentuje ve prospěch změny- pokud nějaké jsou- a dořekne je vlastními slovy. Je to vlastně odhad toho, co si klient myslí. Účinek reflektivního naslouchání je v tom, že klient slyší argument ve prospěch změny znovu a od někoho jiného (podrobněji viz odstavec o reflektivním naslouchání).

V této fázi se nemá klient přesvědčovat o léčbě, je to zbytečné, ba i kontraproduktivní a v klientovi budíme ještě větší odpor. Cílem této fáze by mělo být bezpečně převést klienta do fáze další.

## **2) Fáze kontemplace (zvažování)**

Výhodou této fáze je fakt, že pokud začne klient uvažovat o změně, je to dobré znamení, na druhou stranu v tomto stavu může setrvat dosti dlouho. Jak uvádí DiClemente (DiClemente in Miller, Rollnick,2004): „Největším nepřítelem závazku je ambivalence, zároveň je největším polínkem na ohýnku chronické kontemplace“. Klient si je již vědom svých problémů, dává je do souvislosti se svým chováním, ale není si jist tím, zda chce stávající stav změnit. Pro tuto fázi je charakteristický ambivalentní postoj – chci a nechci. Paradoxem v této fázi je zjištění, že pokud terapeut argumentuje proti změně, ambivalentní klient začne sám argumentovat ve prospěch změny. Toto se nazývá princip psychické

reaktance<sup>1</sup> a jeho využití je vhodné právě v této fázi změny. Úkolem terapeuta v této fázi je také vytvářet nesoulad mezi tím, jak se klient chová a mezi tím, čeho by chtěl dosáhnout, to znamená zvyšovat kognitivní disonanci<sup>2</sup> (Festinger, 1957). Setrvání v disonantním stavu je prožíváno jako nepříjemné, proto se jedinec snaží dostat opět do konsonantního stavu. To se může dít třemi způsoby:

- 1) změnou chování,
- 2) změnou kognitivního obrazu prostředí,
- 3) zavedením nového kognitivního elementu, který disonanci zmenší nebo popře tím, že změní její význam.

(Internetové stránky: [www.psycholousek.cz](http://www.psycholousek.cz) [18. 7. 2009])

### **3) Rozhodnutí (příprava na změnu)**

V této fázi může být již klient rozhodnutý ke změně, jeho rozhodnutí nemusí být ale dosti pevné, proto by se nemělo zapomínat na stálé motivování. Terapeut spolu s klientem jasně vytkne cíle a prostředky vedoucí k cíli.

### **4) Akce**

V této fázi se nachází klient, jehož změněné chování trvá jeden den až šest měsíců (Prochaska et al., 1992). Úskalím této fáze mohou být neúspěchy, se kterými se klient v průběhu plnění svého „plánu“ setkává. Proto by měl terapeut chválit klienta za každý i malý úspěch, tím jeho motivaci zvyšuje. Na druhou stranu rizikem může být právě opak, tedy pokud vše jde „jako po másle“. Klient tak snadno nabude dojmu, že už vlastně žádnou profesionální pomoc nepotřebuje. Ambulantně léčení klienti přestanou docházet do

---

<sup>1</sup> Princip psychické reaktance= „Když terapeut argumentuje ve prospěch změny, klient téměř automaticky začne argumentovat ve prospěch stávajícího stavu- a tím se terapeut s klientem dostávají do nežádoucího sporu a klient do odporu vůči terapii.“ (Možný, nedatováno).

<sup>2</sup> Kognitivní disonance je nevědomá reakce mysli na rozpory mezi postoji (znalostmi, vírou, poznáním) a skutečným stavem mysli. Podle Festingerova výzkumu z roku 1957 jedinec reaguje na napětí vyvolané dvěma vzájemně nekonzistentními postoji snahou o přidání, odstranění nebo změnu jeho kognitivních struktur. Důležité je, že tyto změny jsou obousměrné, tedy např. na základě svých postojů můžeme změnit své chování a na základě svého chování můžeme změnit své postoje. (Wikipedia- otevřená encyklopedie. Heslo: Kognitivní disonance. Internetové stránky: <http://cs.wikipedia.org> [2. 6. 2009])

ambulance, ústavně léčení klienti podepíší revers a z léčby odejdou. Toto potvrzuje i mínění DeLeona, který upozorňuje, že klient se často vrací na předchozí úroveň motivace, a to zejména v první fázi pobytu v terapeutické komunitě, vlivem neuspokojeného očekávání nebo právě že dojde k mylnému názoru, že je již zdrav (DeLeon, in Kalina, 2008).

## **5) Udržení**

Terapeut provádí s klientem prevenci relapsu. Technika založená na KBT (kognitivně behaviorální terapie), kdy terapeut učí klienta rozpoznávat rizikové situace a úspěšně se jim vyhýbat, nebo je zvládat bezpečným způsobem.

## **6) Relaps**

Relaps je přirozenou součástí procesu změny, nemusí se však zákonitě objevit u každého. Pokud se však stane, že klient zrelapsuje, terapeut by to neměl brát jako své selhání a klient by to neměl brát jako svůj neúspěch. Je důležité dodat klientovi odhodlání, aby vše neházel za hlavu, že není vše ztracené.

Za zmínku zde stojí termín použitý Paulem Shiffmanem „krize relapsu“. Znamená, že se klienti blíží relapsu, nebo za sebou už mají nějaké uklouznutí<sup>3</sup>. Většinou je to pro ně překvapující, proto často sami vyhledají pomoc, protože nevědí, co se děje (Miller, Rollnick, 2003).

Někteří výzkumníci došli k názoru, že vzdorování relapsu je splněno za následujících podmínek (Miller, Rollnick, 2003):

- 1) V jejich životě se odehrává více změn pozitivních než negativních.
- 2) Rozvíjejí a provozují jiné aktivity.
- 3) Vyjadřují větší uspokojení ze života.
- 4) Uspořádají si prostředí, ve kterém žijí, což navýší jejich spokojenost se životem.
- 5) Zažívají méně frustrace při cílených aktivitách nebo je zvládnou snáze.

---

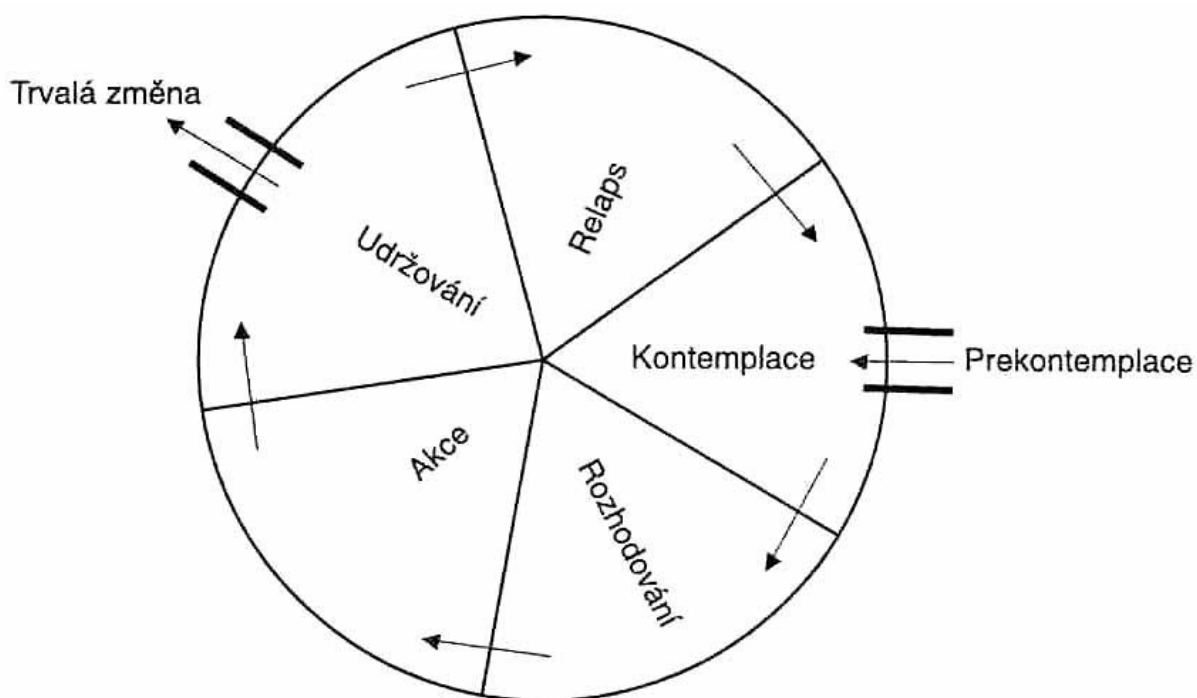
<sup>3</sup> Uklouznutí (laps) = „jakékoli samostatné porušení pravidel nebo souboru zásad, které si jedinec sám stanovil a které se týkají častosti nebo typu vybraného cílového chování“ (Kuda, 2008).

- 6) Zabývají se více nealkoholovými aktivitami, které je baví, a ubývají překážky, jež jim v tom brání.

Allsop a Saunders (in Miller, Rollnick, 2003), zabývající se motivací při prevenci relapsu, vycházející z prací Marlatta a jeho kolegů (Cummings, Gordon a Marlatt, 1980; Marlatt, 1978) dělali rozhovory s pacienty na oddělení léčby alkoholových závislostí ve Skotsku. Velmi zajímavé byly dva postřehy. Pacienti udávali, že byli relapsem pobaveni. Dále se někteří pacienti vyjádřili, že pro relaps se sami vědomě rozhodli. Tato zjištění byla potvrzena i Fultonem (1983) v studii zabývající se „fantaziemi relapsu“ (Miller, Rollnick, 2003).

Motivační rozhovory můžeme aplikovat v kterékoli fázi kola změny. Postupy se liší, ale cíl je vždy stejný- pozitivní změna. Zvyšování motivace hraje obrovskou roli v prvních třech fázích – prekontemplaci, kontemplaci, rozhodnutí. Jak uvádějí Dobiášová a Broža: „Odborník pracující s uživateli drog by měl umět pracovat s klientem ve všech stádiích tohoto modelu a vždy vycházet z možností klienta. Dále by měl navrhovat, podporovat a motivovat klienta k takovým cílům, které odpovídají etapě, ve které se nachází nebo etapě následující“ (Dobiášová, Broža, 2003).

**Obrázek 1: Cyklický model změny dle Prochasky a DiClementeho (Konečný, 2004)**



## 6.2 Model změny chování podle Pattena

V dosavadní české odborné literatuře (viz např. Dobiášová, Broža, 2003) byli s odvoláním na starší práci Počarovského tradováni jako autoři tohoto modelu Buisman a Kok. Autorem je však John Patten (Patten, 1998). Tento model změny chování staví změny do série v následující posloupnosti:

**Kontakt-** představuje konfrontaci (také odpor) se zdravotními a sociálními problémy, trestnou činností, stigmatizací, vývojovým konfliktem. Našimi nástroji se mohou stát nabízené služby, respekt k osobnosti klienta, poskytnutí bezpečí, prostoru pro rozhodování, hranice, osobnost pracovníka, přenesení odpovědnosti- kompetence na klienta, ocenění, podpora, atd.

**Pozornost-** je často zaměřena na abstinenční syndrom, zdravotní problémy, bydlení, rodinu, policii, zákon, kvalitu drog, nedostatek peněz. Účinným nástrojem může být naslouchání, trpělivost, čas, respektování klienta, hranice, kontrakt, plán, mapování hodnot a postojů, rozhovor, atd.

**Pochopení** – klient může pochopit informace tlumočené vrstevníky, odborníky a z tištěného materiálu, případně zprostředkované přirozenou autoritou anebo rodiči. Našimi nástroji se mohou stát konfrontace, nastavení zrcadla, srozumitelnost, pochopení podmínek pro realizaci zakázky, jazyk, informační materiály, nácvik dovedností, profesionalita, reflektování problému, zkušenosti vrstevníků, odborníků, ex-userů, používání reality, atd.

**Změna postoje-** uvědomění si „Já chci“ (nechci) s ohledem na krátkodobé a dlouhodobé investice, výhodné a nevýhodné volby. Např.: špinavá jehla versus čistá jehla, nahodilý kontakt versus intenzivní ambulantní terapie versus terapeutická komunita. Nástrojem se může stát sociální služba, zpětná vazba, nabídka servisu, názorná demonstrace, opakování informací přístupnou formou apod.

**Změna záměru-** může zapůsobit sociální tlak, rituál- „nechci sdílet jehlu“. Nástrojem změny může být z naší strany uznání, potvrzení, podpora postoje klienta, porovnání výhod a nevýhod, obrana (stranění) postoje „chci“, zintenzivnění kontaktu, mapování situace, zdůraznění rizik, naděje, ocenění, zhodnocení, zvýšení prestiže klienta ve skupině, nabídka prostředků apod.

**Změna chování-** v optimálním případě je otázkou ambulantních programů stacionárního typu nebo residenčních léčebných zařízení. Mezi nástroje počítáme podporu, kontrakt, nácvik dovedností, informace, vzdělávání, alternativu.

**Udržení změny-** patří do programů následné péče a prevence relapsu. Jako nástroje můžeme využít reflexe, ocenění, podporu, opakování, udržení pozornosti, možnost asistence pracovníka, držení pravidel, atd.

Uvedená široká škála změn zakládá spíše sérii drobných změn, kterými klient prochází, než radikální změny chování a životního stylu. Ty jsou spíše příznakem latentního (skrytého) vývoje, někdy i varovnými signály pseudo-úzdavy nebo rozvoje psychotického onemocnění.

### **6.3 CMRS škála- DeLeon a spolupracovníci**

(Melnick, DeLeon et al., in Kalina, 2008)

DeLeon a jeho spolupracovníci spatřují motivaci k léčbě v terapeutické komunitě jako součást komplexu „Essencial Treatment-Related Perceptions“, do něhož řadí vnější okolnosti, vnitřní motivaci, připravenost k léčbě a vhodnost terapeutické komunity pro potřeby jednotlivce (Kalina, 2008). Pokud budeme tedy zjišťovat klientovu vnější motivaci, budeme se ptát na okolnosti, které ho dovedly do léčby, kterými mohou být například rodinná situace, dluhy, zdravotní stav, zaměstnání, apod., tedy vše, co klienta „nutí“ s drogami přestat. Úroveň vnitřní motivace zjistíme z klientových odpovědí na potřebu osobní změny- „už toho bylo dost, musím s tím něco dělat“, „takhle se nedá žít“, „chci, aby zase všechno bylo jako dřív“. Připravenost k léčbě znamená, že klient vidí nástup do léčby jako jedinou možnou alternativu změny. Vhodnost typu léčby rozpoznáme, pokud bude klient srozuměn s filozofií, pravidly, délkou a ostatními náležitostmi určitého typu léčby a bude s tímto převážně souhlasit. Pro zjištění těchto percepce vytvořili tedy autoři škálu CMRS (viz tabulka 1), jež použili u řady klientů nastupujících do terapeutické komunity. Studie potvrdily, že škála CMRS je významným prediktorem udržení v léčbě a to zejména v prvním období, pozitivně koreluje s výsledky léčby a účasti v následné péči (Melnick, DeLeon et al., in Kalina, 2008). Percepce CMRS jdou dále využívány v léčbě. Motivace se dá zlepšit navázáním vztahů se členy terapeutického týmu i s pokročilejšími klienty, psychoedukací- porozuměním drogové závislosti a nárokům úzdavy (DeLeon, Dermatis et al., in Kalina, 2008). Tlak vnějších



okolností se dá využít kladením důrazu na přínos pobytu v terapeutické komunitě, pocitem bezpečí před okolními vlivy. Vhodnost léčby může klient získat ověřením si, že program opravdu plní to, co slibuje (Kalina, 2008).

**Tabulka 1 : CMRS schéma (Kalina, 2008)**

<i>Okolnosti</i>	Množství životních situací vede lidi k tomu, aby vyhledali léčbu v TK. Patří k nim např. problémy se zákonem, penězi, zdravím, rodinou nebo zaměstnáním. Tyto situace jsou individuální a často se mění během času u téhož jednotlivce. Mají společné, že je člověk vnímá jako vnější tlak na to, aby do léčby nastoupil, setrval v ní a vytěžil z ní přínos pro návrat do života. Léčba sama musí toto vnímání vnějších tlaků využívat, aby udržela klienta v procesu změny.
<i>Motivace</i>	Klienti jsou motivováni k léčbě, pokud vyhledají léčbu z „vnitřních důvodů“ – kvůli osobní změně. Tyto důvody mohou být pozitivní (přání žít jinak, užívat „dobré věci života“, osobní růst, lepší sociální a rodinné vztahy) i negativní (zbavit se pocitů viny, studu, nenávisť k sobě i k druhým, beznaděje apod.). Vnitřní, skutečná motivace vede klienta k poznání, že ne drogy ani životní okolnosti, ale on sám je problémem, a k přijetí faktu, že ne svět kolem něj, ale on sám se musí změnit.
<i>Připravenost</i>	Člověk může být motivován ke změně a přitom nemusí ve skutečnosti přijímat nutnost léčby. Motivovaní lidé, kteří nejsou připraveni na zapojení do léčebného procesu, mohou vnímat jako životaschopné jiné alternativy, např. zvládnání prostřednictvím sebekontroly, provedení změn okolností (změny vztahů, práce, přestěhování) nebo získání pomoci a podpory od rodiny, přátel či náboženství. Ti, kteří jsou připraveni k léčbě, zavrhnou všechny ostatní volby pro změnu a vnímají léčbu jako svou jedinou alternativu.
<i>Vhodnost</i>	Klienti mohou být motivováni ke změně a připraveni k léčbě, ale nemusejí vnímat program TK jako odpovídající jejich potřebám. „Vhodnost“ vyjadřuje dobré párování (matching) mezi klientovými potřebami a léčbou v TK. Znamená, že klient přijímá přístup TK: cíle, filosofii, sociální učení a závazek pro dlouhodobou léčbu.

## 7 Výzkumy, vhodnost a omezení motivačních rozhovorů

Bylo zjištěno, že klienti, kteří před nástupem do léčby prošli dvoutýdenní přípravou, vykazují lepší spolupráci v rezidenční léčbě a vyšší retenci v léčbě než klienti, kteří motivační pohovor před léčbou neabsolvovali (Brown, Miller, 1991).

Martino a jeho kolegové (2000) zjistili, že přidání jednoho bloku motivačních pohovorů zvyšuje retenci v léčbě u klientů závislých na kokainu a u klientů s duálními diagnózami.

Podobně také Saunders et al. (1991) zjistili, že klienti s metadonovou substituční léčbou, kteří prošli motivačními pohovory, měli větší závazek k abstinenci a menší problémy s opiáty v průběhu šestiměsíčního sledování.

Daley et al. (1998) zjistili, že klienti s duální diagnózou (deprese a závislost na návykové látce) vykazovali větší retenci v ambulantní léčbě, pokud prošli motivačním pohovorem.

Účinnost jednorázového použití motivačních rozhovorů na snížení spotřeby drog a vnímání rizika souvisejícího s užíváním drog mezi mladými lidmi (McCambridge, Strang, 2004). Vzorek obsahoval mladé lidi ve věku 16-20 let, kteří v té době aktivně užívali nějakou návykovou látku (alkohol, tabák nebo nelegální drogy). S experimentální skupinou byl prováděn jednogodinový rozhovor upravený podle zásad motivačního rozhovoru. Výsledky ukázaly, že skupina, u níž bylo provedeno face to face interview vykazují v porovnání s kontrolní skupinou větší snížení rizik souvisejících s užíváním drog, a snížení dávek cigaret, alkoholu a konopí, nikoli však úplnou abstinenci.

Jiný výzkum se zabýval účinností krátkých motivačních intervencí (tříměsíčních) u pacientů, kteří škodlivě užívají alkohol (Weiland, Dent, Philips, Lee, 2008). Výsledky ukázaly, že 32% uvedlo pozitivní efekt krátké intervence na postoje a chování, ale 29% účastníků se domnívá, že zásah pro ně nebyl relevantní. 17% se domnívá, že načasování by mohlo být lepší. 6% účastníků bylo na rozpacích a konkrétněji se nevyjádřilo. Pracovníci měli kladný postoj k intervencím, ale jako bariéru hodnotili nedostatek času. 14 z 15 pracovníků uvedli, že krátká intervence by se mohla stát běžnou péčí v naléhavých případech.

Vliv motivačních rozhovorů na udržení v metadonovém programu (Secades-Villa, Fernánde-Hermida, Ramón, Arnáez- Montaraz, 2004). Výsledky ukázaly, že účastníci, kteří podstoupili motivační interview ihned po nástupu do programu, vykazují podstatně vyšší retenci v metadonovém programu v následujících 6 měsících (50% retence), než kontrolní skupina bez motivačního interview (20% retence). Výsledky naznačují, že by se motivační interview mohlo stát účinným nástrojem v počáteční fázi metadonového programu, kdy právě většina účastníků z programu vypadává.

Účinnost motivačních rozhovorů u detoxifikovaných pacientů závislých na alkoholu na zapojení do následné léčby (Schilling, El- Basel, Finch, Roman, Hanson, 2002). Výsledky této studie ukázaly, že motivační rozhovory se jeví jako podpora v kritickém počátečním období po propuštění z detoxifikace a navíc je zaznamenán zvýšený zájem o postdetoxifikační léčbu.

Kontrola efektivity motivačních rozhovorů v populaci nebezpečných konzumentů alkoholu ve státě Idaho v USA (Beckham, 2007). Experimentální skupina prošla jedním motivačním rozhovorem vedeným sestrou lékaře, kontrolní skupina neprošla žádným motivačním rozhovorem. Výsledky ukázaly, že u experimentální skupiny výrazně poklesla průměrná spotřeba alkoholu za den.

Jiná studie uvádí, že krátká motivační intervence u lidí závislých na alkoholu je nedostačující, co se týká poklesu spotřeby alkoholu. Tito pacienti vyžadují důkladnější intervenci zaměřenou na jejich konkrétní problém. (Saitz, Palfai, Cheng, Horton, Freedner, Dukes, et al., 2007).

Účinnost kognitivně behaviorální terapie (KBT) u uživatelů kokainu nebo u závislých na kokainu v porovnání s účinností KBT + MI (motivační interview). Výsledky ukázaly, že klienti, kteří obdrželi KBT+MI, se ve větší míře rozhodli pro léčbu, vykazovali podstatně větší touhu po abstinenci a očekávání úspěchu. (McKee, Carroll, Sinha, Robinson, Nich, Cavallo, et al., 2007).

Účinnost telefonicky podávaného poradenství založeného na zásadách motivačních rozhovorů a fázích připravenosti ke změně u lidí škodlivě užívajících alkohol. (Brown, Saunders, Bobula, Mundt, Koch, 2007). Výsledky ukázaly snížení rizikového pití u experimentální skupiny mužů i žen. Dalším zjištěním bylo, že větší počet telefonátů byl spojen s větším poklesem v pití.

## **8 Používání motivačních rozhovorů**

### **8.1 Principy motivačních rozhovorů**

Mezi pět základních principů, jak uvádí Miller a Rollnick (2004), patří následující:

- ❖ Vyjádření empatie
- ❖ Rozvíjení rozporů
- ❖ Vyhýbání se argumentaci
- ❖ Otočení odporu
- ❖ Podpora vlastních schopností klienta

#### **Vyjádření empatie**

Tento princip je převzat z terapie Carla Rogerse, terapie orientované na klienta. Je důležité podotknout, že když terapeut vyjadřuje empatii, nemíní se tím, že souhlasí s klientovým životním stylem. Vyjadřovat empatii znamená „přijímám tě takového, jaký jsi, akceptuji tě“. Snadno by se tento princip mohl plést i s pozitivním přístupem ke klientovi, což také neznamená totéž, co empatie. Pozitivní přístup ke klientovi (na rozdíl od negativního, či neutrálního) se dá vykládat jako jedna z podmínek pro práci s drogově závislými. Podle Kaliny a kol (2003) přijetí a akceptování klienta může fungovat jako paradox. Klient automaticky očekává jednání, na které byl doposud zvyklý, tzn. odsuzování, neakceptování, nepřijetí, nálepkování, ale v terapeutickém vztahu se setká s opakem. Dá se tedy tvrdit, že klient projde korektivní emoční zkušeností, tato zkušenost se může podílet na cestě ke změně. „Větší úspěch zaznamenávají terapeuti, které lze označit jako empatické, kteří své klienty „mají aspoň trochu rádi“ a věří v možnost změny“ (Bartošiková, Miovský, 2003). Avšak ve vyjadřování empatie bychom měli být zdrženliví, klient naši falešnou vřelost snadno vycítí.

#### **Rozvíjení rozporů**

Podle Festingera (1957) můžeme rozvíjení rozporů nazývat jako „vědomé rozladění“. Motivace ke změně vzniká, když lidé zažívají rozpor mezi svým stávajícím chováním a svými osobními cíli (Miller, 1985). Tento rozpor může být jednak důsledkem přirozené situace (např. když matka místo léků pro své dítě koupí dávku pervitinu a

důsledek svého počinu si uvědomí ve chvíli, kdy je dítě převezeno do nemocnice), stejně tak tuto situaci může uměle navodit terapeut, což již vyžaduje jistou dávku umění, aby to, co terapeut tvrdí, bylo přijímáno nejen kognitivním kanálem (Ano, uvědomuji si, že nejednám správně, když nemám čisté plíny pro mé dítě, ale já svou dávku prostě potřebuji.), ale aby toto bylo přijímáno i kanálem emočním (Připadala jsem si jako dobytek, když moje děťátko leželo v porodnici vedle mě a kroutilo se, protože během těhotenství jsem fetovala). Toto je klíčový princip motivačních rozhovorů (Miller a Rollnick, 2002).

Jako techniku k rozvíjení rozporů může terapeut využít tzv. váhy rozhodování (Miller, Rollnick, 2003). Jedna miska vah představuje argumenty pro změnu (výhody a zisky změny, nevýhody a náklady současné situace), druhá miska vah představuje argumenty proti změně (výhody a zisky současné situace, nevýhody a náklady změny). Vyzveme tedy klienta k tomu, aby na každou stranu stavěl příslušné argumenty, pak ho vyzveme k tomu, aby ke každému argumentu přiřadil známku od jedné do deseti. Každá strana se nakonec sečte a výsledné skóre nám ukáže, jak moc je klient motivovaný ke změně, či jak moc chce setrvat v současném stavu, a co ho v tomto stavu udržuje.

### **Vyhýbání se argumentaci**

„Jemně přemlouvavý styl je pravým puncem kvality motivačních rozhovorů“ (Miller, Rollnick, 2003). Neměli bychom klientovi nutit naše názory, ale pouze jemně naznačovat, kam by měl směřovat, správně ho nasměrovat, aby on sám mohl vykročit ke svému cíli.

### **Otočení (využití) odporu – „psychologické judo“**

„Psychologické judo“, termín použitý Jayem a dalšími. Jen pro připomínku, judo je bojový sport, kde jeden hráč využívá sílu svého protihráče ve svůj vlastní prospěch. Ačkoliv motivační rozhovor v žádném případě není boj, určitě bychom zde jistě znaky juda také našli- terapeut tuší, kam klient dopadne, když se pokusí o nějaký úder. Klientovi argumenty proti změně, terapeut využívá ve prospěch změny. Znamená to tedy, že klient si sám uvědomí nežádoucí důsledek.

## **Podpora vlastních schopností klienta**

To, že víra v sebe sama, je pozitivním faktorem při léčbě jakékoli nemoci, se vědělo již dávno. Mnozí autoři tento princip nazývají klíčovým v léčbě závislostí (Bandura, Rogers a Mewborn in Miller, Rollnick, 2004). Neznamená to však zlehčovat klientův problém a říkat, že vše je snadné a že se své závislosti zbaví snadno. „Ano, ty máš problém, který není lehký, ale neznamená to, že je nezvládnutelný“.

## **8.2 Postupy motivačních rozhovorů**

(volně podle Miller, Rollnick, 2003)

### **Kladení otázek s otevřeným koncem**

V úvodní fázi rozhovoru by měl mít převážnou část slovo klient. Terapeut dává pouze doplňující otázky.

### **Reflektivní naslouchání**

Schematicky by se tento proces dal znázornit jako kódování- poslech- dekódování. Terapeut odhadne, co si klient asi myslí, a svůj odhad pronese jako prohlášení. Je to aktivní proces, při kterém terapeut vybírá takové výroky klienta, kterými klient argumentuje ve prospěch změny. Klient uslyší argumenty ve prospěch změny z úst terapeuta a opakovane.

4 typy reflexí (Možný, 2006):

Úvodní věta: „Moje děti mi říkají, že nadměrně piju“

#### 1) Opakování

„Vaše děti Vám říkají, že nadměrně pijete“.

#### 2) Přeformulování

„Vaše děti se domnívají, že máte s alkoholem problém“

#### 3) Prafrázování

„Domníváte se, že se za Vás Vaše děti kvůli Vaším alkoholovým excesům stydí?“

#### 4) Reflexe emocí

„Trápí Vás, že se za Vás Vaše děti stydí?“

#### **Oceňování kladných postojů, potvrzování**

Toto funguje jako zpevnění terapeutického vztahu a zvyšování sebevědomí klienta. Terapeut by ale neměl chválit přehnaně, měl by být autentický, protože klient falešnost vycítí.

#### **Shrnutí**

Po určitých částech, nebo po určité době terapeut vždy shrne to, co se od klienta dozvěděl. Cílem je, aby se terapeut přesvědčil, že správně porozuměl, popřípadě aby se zeptal na to, čemu dostatečně neporozuměl. Klient také ví, že mu terapeut věnuje pozornost. Dalším důvodem je také to, že klient uslyší opětovně sebemotivující prohlášení.

#### **Vyvolání sebemotivujícího prohlášení**

Úkolem terapeuta je, aby pomohl klientovi vyjádřit sebemotivující postoj (Miller, 1983). Vyvolání sebemotivujícího postoje u ambivalentního klienta patří k jedné z dovedností motivačního rozhovoru. Technika obsahuje kognitivní (přiznání problému), emocionální (vyjádření obav ohledně změny) i konativní složku (optimismus ohledně změny) osobnosti.

4 typy sebemotivujících prohlášení, otázky terapeuta, kterými je vyvolat (Možný, 2006) a jakým způsobem je klient vyjadřuje:

##### 1) Přiznání problému

Terapeut: „Jak Vám to škodí?“

Klient: „Vidíte, nikdy jsem nad touto otázkou nepřemýšlel....Je to opravdu vážné“

##### 2) Vyjádření obav ze současného stavu

Terapeut: „Co by se mohlo stát, kdybyste s tím nic nedělal?“

Klient: Často odpovídá neverbálně – pláčem, vzdycháním.

##### 3) Vyjádření přání změny

Terapeut: „Kdyby se Váš problém vyřešil, co by se tím změnilo?“

Klient: „Kdybych začal docházet na metadon, mohl bych začít chodit i do práce a nemusel bych krást.“

#### 4) Optimismus ohledně změny

Terapeut: „Jak si myslíte, že by se dal Váš problém zvládnout?“

Klient: „Když zkusím ústavní léčbu, mohl bych se z toho dostat.“

### **8.3 Čemu se v motivačních rozhovorech vyhnout**

(volně podle Miller, Rollnick, 2003)

#### **Odlišné zaměření**

Do této pasti se může terapeut snadno chytit, pokud se zaměří na jiné téma než klient. Pokud budeme s klientem řešit braní drog, zatímco on by raději nejdříve řešil jiné problémy, začne odporovat.

#### **Určování viníka**

Terapeut by k drogově závislému měl přistupovat tzv. pozitivním přístupem. Součástí pozitivního přístupu je mimo jiné neodsuzování klienta (Bartošíková, Miovský, Kalina, 2003). Znamená to tedy, že terapeuta by nemělo zajímat, zda si klient za svůj problém může sám či nikoli. Pokud by ho toto přeci jen zajímalo, s drogově závislou klientelou by neměl pracovat.

#### **Odpor ze strany klienta**

Do odporu se klient může dostat velmi snadno a to zvláště ve fázi prekontemplace a kontemplace. „Konfrontační přístup k jedinci v kontemplačním stadiu může klienta posunout směrem k obraně výhod pokračujícího užívání, což pravděpodobně vyústí ve zdánlivé odmítání jakéhokoliv problému, který by terapeut zdůraznil.“ (Miller, Rollnick, 2004). V raných stádiích procesu změny je tedy udělování rad kontraproduktivní. Avšak dlužno dodat, že odpor je přirozenou součástí procesu změny a nutno s ním počítat, dá se také vhodně využít ve prospěch změny.



## **8.4 Co v motivačních rozhovorech využít, rozvinout**

### **FRAMES**

Složky motivačního rozhovoru, kterými motivovat klienta ke změně popsali Miller a Sanchez (1991) (Sanchez in Miller, Rollnick, 2003) a shrnuli je do akronymu FRAMES (Miller, Rollnick, 2003).

**F-** feedback (zpětná vazba): klient je seznámen s výsledky svého fyzického i psychického stavu, které může a nemusí vzít v potaz.

**R-** responsibility (odpovědnost): Terapeut zdůrazňuje, že je na klientovi, jak se rozhodne na základě informací, které mu poskytl ve zpětné vazbě.

**A-** advice (rady): Pokud má klient zájem, terapeut mu poradí, jak své cíle uskutečnit a čemu se vyhýbat.

**M-** menu (nabídka možností): Terapeut pouze nabídne různé možnosti, jak dosáhnout změny. Klient tak má svobodnou vůli při rozhodování.

**E-** empathy (empatie): Vcítění se do klientova problému. Klient nabude pocitu, že mu terapeut rozumí, že jej chápe.

**S-** self- efficacy (důvěra ve vlastní schopnosti): Terapeut dodává klientovi naději, že změna je možná, že na ni klient svými schopnostmi stačí.

Miller a Rollnick uvádějí několik témat, která by se v průběhu motivačního rozhovoru měla rozvíjet. (Miller, Rollnick, 2004):

### **Rozpracování tématu**

Pokud se již objevilo nějaké téma, které souvisí s motivací, měl by se terapeut snažit, aby klient dál toto téma rozvíjel a tím vyjadřoval co nejvíce sebemotivujících postojů.

### **Využívání extrémů**

Vyzveme klienta k tomu, aby si představil ty nejhorší možné následky svého chování, pokud bude ve sém chování nadále pokračovat.

## **Ohlédnutí zpátky**

Vyzveme klienta k tomu, aby se v mysli vrátil do doby, kdy ještě neměl problémy, které má nyní.

## **Pohled do budoucna**

Můžeme se zeptat třeba otázkou typu „Co by se změnilo, kdybyste nastoupil do léčby?“

## **Objevování cílů**

Pokud zjistíme, co hraje v životě klienta velkou roli a co má pro něj velkou cenu, budeme moci rozvíjet rozpory mezi jeho cíly a jeho chováním.

## **Paradox**

Terapeut bude jednat tak, jako by klient žádný problém neměl. Tohoto se dá využít nevědomě, což povede k tomu, že klient začne hájit pozici právě opačnou (princip psychické reaktance). Dále se tohoto dá využít vědomě tak, že terapeut bude hájit pozici, že nemá žádný problém a vyzve klienta k tomu, aby ho přesvědčil, že problém má.

Paradoxní zpochybňování je cenná technika, ale samotné logické důvody mnohdy nestačí, jak ukázal ve své autobiografické knize Tom Stewart (Miller, Rollnick, 2003). „Na jednom sezení jsem pěkně uspořádal výhody a nevýhody braní. Taky možné následky, včetně pravděpodobnosti, že půjdu do vězení, způsobím skandál, ztratím domov, práci, zdraví, majetek, přátele a jakoukoli důvěryhodnost. Nemohl jsem najít žádné výhody. Na seznamu důvodů pro to, abych heroinu nenechal, se objevily takové věty: „Ulehčuje to život.“ – „Bojím se toho nechat,“ – „Nemám chuť přestat.“ Jedna myšlenka se stavěla proti druhé a třetí. „Nechtělo se mi.“ Nepřestal jsem a logické důvody mi v tom nepomohly.“

## **9 Kasuistika**

### **9.1 Úvod**

Vybrala jsem kasuistiku, která má co nejlépe demonstrovat danou problematiku. Případová práce se zčásti zakládá na reálném příběhu klientky z věznice Světlá nad Sázavou a zčásti je smyšlená z důvodu neznalosti podrobnějších dat. Při tvorbě kasuistiky vycházím z informací uvedených klientkou o zkušenostech v jejích předchozích léčebných zařízeních, dále také vycházím z informací, které se vážou k současnému pobytu ve věznici, a které mi sdělila buď klientka sama, nebo personál věznice, a také vycházím ze skutečností, které jsem během kontaktu s klientkou pozorovala.

Při tvorbě anamnéz jsem se inspirovala dotazníkem odvozeného z EURO-ASI.

Veškeré údaje, na jejichž základě by se mohla klientka poznat, nebo by mohla být poznána (jména osob, názvy míst), jsou změněny nebo neuváděny vůbec.

Klientka souhlasila se zveřejněním případové práce pro studijní účely.

### **9.2 Krátké seznámení s klientkou**

Jméno: Leona

Věk: 27

S Leonou jsem se setkala na stáži ve věznici Světlá nad Sázavou, kde byla umístěna podle § 39a odst. 2 písm. c) trestního zákona do věznice s ostrahou, a nacházela se v diferenciacní třídě 2 (viz příloha č. 1). Byla odsouzena podle §187 (výroba a distribuce omamných a psychotropních látek) na 8 let trestu odnětí svobody (dále jen TOS) nepodmíněně. Po odvolání ji byl trest snížen na 4 roky TOS nepodmíněně. V době konání mé stáže měla Leona za sebou skoro polovinu trestu a chtěla si zažádat o podmíněné propuštění (dále jen PP). V minulosti prošla dvěma rezidenčními léčbami. Prý až narození syna (3) ji dalo ten hlavní důvod, proč s drogami přestat.

## **9.3 Anamnéza**

### **9.3.1 Zdravotní anamnéza**

Test na hepatitis B, C dělaný v těhotenství-negativní.

V 8 letech fraktura pravého kotníku- sádra.

Běžná dětská onemocnění- plané neštovice, příušnice.

V dětství prý opakované angíny, poté asi ve 13 letech odebrání krčních mandlí.

### **9.3.2 Psychická anamnéza**

V souvislosti s užíváním pervitinu uvádí rozvoj paranoidního syndromu. První známky se objevily asi ve 23 letech. Do stejné doby datuje i rozvoj depresivních nálad. Odbornou pomoc nevyhledala.

V současnosti uvádí známky sociální fobie (když jde na oběd do jídelny, nemůže jíst, protože je tam spousta lidí a vadí jí, když se na ni dívají a také to, jak u toho všechny mluví nahlas). Avšak o tuto diagnózu se zřejmě jednat nebude, jelikož je to spojeno s vězeňským prostředím, ve kterém se nachází, dříve prý žádné takové problémy neměla.

### **9.3.3 Sexuální život**

První pohlavní styk v 17 letech s jejím tehdejším přítelem. Do svých 22 let měla několik krátkých vztahů. Ve 22 letech se seznámila se svým teď již bývalým partnerem, se kterým má nyní 2,5 letého syna.

Orientace heterosexuální. Prý chápe to, že se ve věznici po dobu výkonu trestu spolu párují holky, ale ona by to prý neudělala, je jí to proti srsti.

Prý nikdy neprostituovala ani neměla „účelový“ vztah. Jelikož vyráběla a prodávala pervitin, tak prý peníze nemusela nikdy řešit- říkala, že nebyla ta „socka“.

### **9.3.4 Sociální anamnéza**

#### **Vzdělání:**

Základní škola- prospěch průměrný. Vztahy se spolužáky dobré. Ve třídě měla svou nejlepší kamarádku. S kantory prý problémy neměla.

Po základní škole se sama rozhodla, že půjde na učební obor kadeřnice. Rodiče ji v tom nebránili, ačkoli by raději, kdyby šla na gymnázium nebo maturitní obor (oba jsou vysokoškolsky vzdělání), ale věděli, že s jejím prospěchem by bylo těžké absolvovat takový nebo podobný obor. S prospěchem na učilišti neměla prý žádné problémy, nezdálo se jí to ani těžké, a v současné době uvažuje, že si dodělá maturitu, že na to má.

### **Záliby:**

Má ráda kolektivní sporty- basketbal, volejbal, florbal. Od svých 12 do 17 let navštěvovala taneční kroužek a také prý chodila do pokročilých tanečních. Na základní škole měla několik kroužků- keramika, sportovní kroužek, výtvarný kroužek. Prý ji přišlo, že byla docela dost vytížená a ani neměla moc času na své kamarády, ale když prý nevynikala ve škole, tak po ní rodiče chtěli, aby se alespoň něčemu věnovala. Má ráda horskou turistiku, sci-fi filmy a sci-fi literaturu.

### **Zaměstnání:**

Po vyučení v oboru kadeřnice pracovala od svých 18 do 20 let jako kadeřnice v salonu. Potom ale prý z finančních důvodů odešla a začala pracovat jako servírka-barmanka v jednom podniku.

### **Finanční situace, zdroj příjmů:**

Pro obživu ji vždy stačil její plat. Nikdy nekradla ani nedělala žádné podvody. Peníze na drogy prý nemusela řešit, jelikož sama vyráběla a prodávala pervitin. Jak sama říkala: „Já jsem nebyla ta „ socka.“ Dluhy nemá žádné.

### **Bydlení:**

Po vyučení bydlela ještě rok u své matky v domě. Pak si se svými kamarádkami našla podnájem v bytě (19 let). Ve 23 letech odešla bydlet ke svému příteli, od něhož odešla asi ve 3. měsíci těhotenství (25 let) ke své matce. Po návratu z výkonu TOS by se prý chtěla nastěhovat ke své matce do přízemí jejího domu.

### **Právní problémy, absolvované tresty:**

V současné době ve výkonu TOS- prvotrestaná.

### 9.3.5 Rodinná anamnéza

#### Matka

55 let, vedoucí finančního úřadu. V dětství pro ni byla prý důležitou osobou, které se „svěřovala“, v pubertě se od ní prý odtáhla a tíhla spíše k otci, který byl klidnější a neřval na ní kvůli každé kravině. Když bylo Leoně 18, její rodiče se rozvedli. Rozvod byl prý klidný a po oboustranné domluvě, ale i tak se s tím nedokázala Leona smířit, protože měla oba rodiče stejně ráda a chtěla, aby byli spolu. Matka se již neprovdala, ale žije v partnerském vztahu se svým přítelem. Celkově hodnotí vztah s matkou jako velmi dobrý a nyní opět na přátelské úrovni. S přítelem matky vychází dobře. Po skončení výkonu TOS se chce Leona nastěhovat se svým synem k matce do domu do přízemí. Když se Leony matka dozvěděla o tom, že Leona fetuje, nebylo to pro ni ani pro nikoho z rodiny velkým překvapením, protože se to prý nedalo už tajit. Jak matka, tak otec i sestra Linda si přáli, aby šla do léčby. To, že Leona opět fetuje, prý věděli, akorát prý netušili, že vaří a prodává. Když se dozvěděli, že je stíhána a poté odsouzena, neměli prý z toho radost, ale nezavrhlí ji. Nyní ji chodí její matka do věznice pravidelně navštěvovat (návštěvy jsou povoleny jedenkrát měsíčně max. na 3 hodiny, pouze rodinní příslušníci, nelze zakázat- ze zákona nárok každý odsouzený).

#### Otec

56 let, lékař. O svém otci mluví velmi hezky a jejich vztah nyní hodnotí jako podporující- „táta mě vždycky ve všem podržel“. V pubertě to byl právě otec, kterému se skoro se vším svěřovala. Když se dozvěděl, že Leona už nějakou dobu bere pervitin, reagoval celkem klidně a prý to tušil. Nikdy ji ale nezavrhnul, dveře pro ni byly stále otevřené. Když nastoupila do léčby, byl prý strašně rád a to, že ho potom ještě několikrát zklamala (začala opět brát), ji teď moc mrzí a už by nechtěla, aby se to opakovalo. Pět let po rozvodu s její matkou se znovu oženil. Novou manželku jejího otce prý ještě nepřijala, protože se prý na Leonu kouká skrze prsty kvůli její minulosti. Otec jí chodí pravidelně navštěvovat.

### **Sestra Linda**

28 let, soukromá podnikatelka, rozvedená, 2 děti. Jejich vztah je na kamarádské úrovni. Jejím velkým přáním bylo, aby šla Leona do léčby. Drogy žádné, ani cigarety. Nyní chodí Leonu také pravidelně každý měsíc navštěvovat.

### **Sestra Lucie**

30 let, bankovní úřednice, v současné době již pátým rokem trvalý pobyt ve Velké Británii, manžel, 1 dítě. Lucie pravidelně létá do ČR za svou rodinou. Naposledy se viděly asi před rokem, na vyhrazený den pro návštěvy se jinak nedostala do ČR (prý asi nechtěla). Jejich vztah je bezproblémový, ne však tak pevný jako s Lindou. Leonu za její minulost nezavrhl, ale jak se moc nevidají, tak prý pořádně neví, na čem je. Drogy žádné, ani cigarety.

### **Druhá manželka otce**

47 let, lékařka, 2 děti z prvního manželství. Leonu nemá moc v oblibě, což je prý vzájemné. Pokud je to možné, vyhýbají se sobě. Nechodí ji navštěvovat do věznice, její minulost jí vyčítá.

### **Kamarád Leoš**

Společně s ním vyráběla a prodávala pervitin asi 4,5 roku. On byl odsouzen podle §187 na 10 let TOS nepodmíněně, jelikož tento trestný čin byla již recidiva. Odvolal se a byl odsouzen na 6 let TOS nepodmíněně.

### **Otec jejího syna Luboš**

Seznámila se s ním ve 22 letech. On také užíval pervitin, ale nevařil. Byli spolu do jejich 25 let. Když otěhotněla, byli spolu ještě 3 měsíce, pak se rozešli, protože on nesouhlasil s tím, aby si dítě nechala. V současné době prý ani neplatí alimony na dítě a o syna se nezajímá.

## **Syn Lubomír**

3 roky. On se zatím zdá jako jediný důvod, pro co Leona přestala fetovat. Když se prý dozvěděla, že je těhotná (asi po 1 měsíci), tak prý ze dne na den přestala užívat pervitin. Její gynekolog jí však „poradil“, že by s cigaretami neměla přestávat naráz, že je to pro dítě šok, tak během těhotenství kouřila. Tím si také vysvětluje astma svého syna. Jinak je prý zcela zdrav. V současné době je v péči její matky.

### **9.3.6 Drogová kariéra**

Hlavní drogou je pervitin (od 20 do 25 let). První užití bylo ve 20 letech sniffingem. Bolel ji prý zub a její kamarádka (kolegyně v práci) jí „poradila“, aby zkusila „tohle,“ že jí to prý pomůže. Prvních 14 dnů sniffing, poté intravenózní užívání. Postupem času se dopracovala až na 0,5 gramu na dávku, za den měla tak 3 dávky. Prý to brala proto, aby se jí ráno dobře vstávalo. Dala si dávku a šla klidně spát, a ráno jí nedělalo takové problémy vstát, a přes den se cítila více energická, což jí v práci vyhovovalo, když chodila třeba na dvanáctihodinové směny. Jehly si chodila měnit do K- Centra, vždy prý měla čisté. Ona sama říká, že nebyla taková „socka“ bez peněz, když vařila a prodávala.

V 19 letech ji byl prý na diskotéce intravenózně aplikován heroin, po kterém ji prý bylo tak zle, že od té doby se ho ani nedotkla.

Asi v 16 letech začala kouřit, ale spíše příležitostně s kamarády na diskotéce, pravidelné kouření udává od 18 let až do současnosti (asi 10 - 15 cigaret denně).

Příležitostnou konzumaci alkoholu udává asi od 16. roku, kdy si s kamarády na diskotéce dali pivo a nějaké panáky, atd.

Marihuanu vyzkoušela v 17 letech, ale prý ji po ní bylo opakovaně nevolno a zvracela, tak se k ní už pak nikdy nevrátila.

### **Obtíže spojené s užíváním drog**

Ve 23 letech rozvoj halucinatorně paranoidního syndromu, který hodnotí subjektivně jako velmi nepříjemný („za okny jsem viděla lidi, kteří na mě mávali, venku na mě každý pokřikoval, lidi na mě koukali jako na „feťačku““). To byl také jeden z důvodů, proč se rozhodla nastoupit do terapeutické komunity. Dále uvádí, že zhruba ve stejném období si všimla toho, že má etapy nezvykle smutných nálad (mluví o depresích), kvůli



kterým však nikdy nevyhledala žádnou odbornou pomoc. I přes uváděné stavy prý ale pervitin užívala dále, a díky jejím dřívějším negativním zkušenostem s heroinem ji nenapadlo, že by přešla na tuto drogu.

### **9.3.7 Diagnostika**

Dle MKN-10 splňovala Leona během posledních 6 měsíců 5 z 6 diagnostických kritérií pro závislost na stimulantech (F15.2)- silná touha nebo pocit puzení užívat látku, potíže v kontrole užívání látky, průkaz tolerance, postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů, pokračování přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

### **9.3.8 Léčba**

#### **Absolvované léčby a období mezi léčbami a před nástupem výkonu TOS**

První léčbu absolvovala Leona ve 22 letech. Jednalo se o čtyřměsíční rezidenční léčbu v psychiatrické léčebně. Do léčby nastoupila, aby svým rodičům dokázala, že je v pořádku. Z léčby odešla po 2 měsících na revers, kdy už to tam pro ni prý nemělo smysl, a nechápala, co tam vlastně dělá. Po návratu z léčebny byla prý chvíli čistá, ale pak si řekla, že když si občas šňupne, tak se přece nic nestane. „Jenom jsem si občas dala čáru, ale pak se to rozjelo, ani nevím jak.“

Druhou léčbu absolvovala ve 24 letech. Jednalo se o terapeutickou komunitu. Tuto léčbu podstoupila již z vlastního přesvědčení, kdy sama uznala, že se její život v mnoha směrech za ty 4 roky změnil, a to k horšímu. „Moji kamarádi to byli jenom ti, kterým jsem prodávala, můj přítel, který bral taky a můj kámoš, se kterým jsem vařila.“ „Za poslední 4 roky jsem neznala nic jiného, než jen práci a byt, jinak jsem se pomalu nehnula. A to jsem dřív jezdila s našima často na hory. Jo a rodiče, ty to dost ničilo, ale nechtěli mě ztratit, tak mi to trpěli.“ Leona z této léčby také odešla, a to sice pro porušení pravidel. V terapeutické komunitě navázala vztah (venku měla přítele). Jemu měla léčba již brzo končit, tak odešla ona (po 5 měsících). Po návratu z komunity byla půl roku čistá, ale začala opět šňupat. Uvádí, že si asi po dobu 3 měsíců dala občas čáru, ale k jehle se už nevrátila. Nadále vařila a prodávala se svým kamarádem pervitin. Když se dozvěděla, že je těhotná, tak prý ze dne na den přestala. Dneska tvrdí, že těhotenství a syn je ten hlavní důvod, proč přestala a proč se tak drží. Avšak stále udává, že má chutě (pousmívá se). Po porodu a následně další rok před nástupem trestu (odložení o rok v případě narození dítěte viz příloha 1) prý už neměla

žádné kamarády, kteří berou, až na jednoho. „Toho kamaráda se nechci vzdát, známe se už dlouho. Klidně si přede mnou dává, ale se mnou to nic nedělá. Jsem z toho už venku.“

## **9.4 Propojení kasuistiky s teoretickou částí**

Kasuistika demonstruje, jak se motivace klientky ke změně vyvíjela, měnila, vracela zpátky na začátek, atd., v průběhu jejích léčeb a v období mezi léčbami a po léčbách. Dále je zde poukázáno na to, jaké prvky motivačních rozhovorů byly uplatňovány v léčbách – jedná se o konfrontační přístup, Rogersovský přístup. Je zde také uvedeno, jaké faktory hrály nebo naopak nehrály roli v procesu změny klientky. Podrobněji je zde popsáno, jak pracovali pracovníci K-Centra na motivaci k určitým dílčím cílům v průběhu kontaktu s Leonou.

Informace jsou uvedeny na základě výpovědi klientky o jejích předchozích zkušenostech v léčebných zařízeních.

### **9.4.1 Uplatňování konfrontačních prvků**

Jak v psychiatrické léčebně, tak v terapeutické komunitě, tak i v některých případech v kontaktních centrech (s těmito zařízeními má klientka zkušenosti) se pracuje s náhledem. K tomu, aby si klient uvědomil svou situaci, je potřeba ho konfrontovat s jeho problémem a dát volný průchod emocím. Přesně tímhle si prošla Leona. Na skupinách si pobřečela. Když ji klienti dávali zpětné vazby, mnohdy ji nešetřili, a díky tomu si uvědomila spoustu věcí.

### **9.4.2 Uplatňování Rogersovských prvků**

**Bezpodmínečné přijetí (akceptování klienta takového, jaký je)** - Při nástupu do léčby byla Leona přijata jak terapeutickým týmem, tak klienty. Nikdo jí neříkal, že s ní souhlasí v tom, co dělala, ale nesoudili ji, prostě ji přijali se vším všudy, co k ní patří. Dalo by se říci, že Leona prožila zkušenost přijetí, výjimečnou vzhledem k tomu, jak se na ní dívali někteří lidé. S použitím pojmu jiných psychoterapeutických směrů lze říci, že prošla korektivní emoční zkušeností.

**Empatie**- S empatií s Leona setkala opět u terapeutického týmu i u klientů. V léčbě jsou klienti s podobnými nebo stejnými problémy, proto se celkem snadno vcítí jeden do druhého.

**Otevřené otázky, reflektivní naslouchání a shrnutí bylo použito v situaci, kdy chtěla Leona odejít z léčby:**

**Otevřené otázky-** „Co budeš dělat, až vylezeš ven?“ „A proč si myslíš, že to tu pro tebe už není důležitý?“

**Reflektivní naslouchání** – „Takže ty si myslíš, že tady sis už prošla tím, čím jsi potřebovala, a že jsi už natolik silná, že setrvat tady do konce léčby je pro tebe ztráta času?“

**Shrnutí-** „Tak jsem tomu rozuměl dobře, že už na sobě neshledáváš žádné změny a pobyt tady se ti zdá jako plýtvání času, proto chceš už odejít a co nejdřív zase žít normální život?“

### **9.4.3 Faktory podílející se na procesu změny**

**Motivace, stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince, kvalita jeho okolí včetně sociálního (Kalina, et al., 2001):**

**Motivace-** Při setkání se s několika klienty jsem si ověřila fakt, že vnitřní motivace je velmi silným faktorem, který ovlivňuje úspěšnost změny. Stejně tomu tak bylo i v případě Leony, u které byla „úspěšná“ až léčba v terapeutické komunitě a hlavně narození jejího syna.

**Stupeň závislosti-** Leona, ač si to zpočátku nepřipouštěla, byla na pervitinu závislá. Svědčí o tom už jen samotná výše dávek (uváděla až 0,5 gramu na dávku, až 3 dávky denně) a také opakované recidivy po návratu z léčeb, stejně jako další znaky závislosti (viz diagnostika). Stupeň její závislosti (v tomto případě psychické) není zanedbatelný a sehrál velkou roli v procesu změny, kdy si několikrát prošla relapsem.

**Kvalita osobnosti-** Leona má sklony k depresím a v průběhu své drogové kariéry prodělala také halucinatorně paranoidní syndrom. Toto se jeví jako rizikový faktor z hlediska sebemedikace ať už pervitinem (který má tu vlastnost, že při intoxikaci deprese mizí, ale po odeznění se deprese opět vrací s větší silou) nebo nějakou náhradní drogou (v případě Leony se o heroin nejedná, měla s ním v minulosti negativní zkušenosti).

**Kvalita sociálního okolí-** Rodina ji podporuje, nikdy jí nedávala žádná ultimáta a nikdy před ní nezavřela dveře- pozitivní faktor. Kamarády, kteří také brali, už prý nemá, kromě jednoho, kterého se nechce vzdát- negativní (rizikový) faktor.

**Smysl nezbytnosti, ochota nebo připravenost zažít úzkost a obtížnost, konfrontace s problémem, uvědomění (Hanna, 2002):**

**Smysl nezbytnosti-** při nástupu do druhé léčby Leona věděla, že je to jediná možnost, jak začít zase nový život.

**Ochota zažít úzkost, obtížnost-** Jelikož už Leona jednou léčbou prošla (nedokončila), tak věděla, co ji čeká, a moc dobře věděla, že léčba není procházka růžovým sadem. Byla srozuměna s podmínkami léčby a byla ochotna je podstoupit.

**Konfrontace s problémem-** Leona byla konfrontována pomocí zpětných vazeb od klientů na skupinách.

**Uvědomění-** Náhled získala Leona až v průběhu docházení do kontaktního centra (při individuálních pohovorech). Uvědomila si, co všechno se za poslední 4 roky v jejím životě změnilo k horšímu a věděla také, čím to je způsobené.

#### **9.4.4 Různé modely procesu změny**

##### **9.4.4.1 Cyklický model změny dle Prochasky a DiClemeteho**

Leona podstoupila svou první léčbu ve 22 letech. Jednalo se o 4 měsíční rezidenční léčbu (po 2 měsících odešla na revers) v psychiatrické léčebně. Do léčby šla především „pod nátlakem“ svých rodičů, ona byla přesvědčena o tom, že by to zvládla sama. Říkala, že bere proto, aby to vydržela v práci a aby nebyla přes den jako mrtvola, jinak by to prý brát nemusela. Nebyla žádná „socka“ jako ostatní „feťáci“ na ulici, měla byt s přítelem a nemusela krást ani s nikým spát pro to, aby si vydělala na drogu. Jak zkrátka tvrdí sama: „Nepřipadala jsem si jako „feťáčka“ a myslela jsem si, že s tím můžu kdykoli přestat“. To, že měla občas smutné nálady, nedávala vůbec do souvislosti s užíváním pervitinu. „Ten kolotoč, že chodím jenom do práce a z práce a do toho si dávám, ten jsem vůbec nevnímala. Všichni kamarádi byli už pryč, měla jsem jenom ty, s kterými jsem brala.“

Na základě tohoto Leonu hodnotím před nástupem do její první léčby ve fázi prekontemplace. Svůj problém absolutně popírala a sama sebe neviděla jako „feťáčku“, ale

spíše jako „elitu“, která vaří a prodává. Do léčby nastoupila kvůli svým rodičům, aby jim dokázala, že je teda v pořádku, sama sobě nic dokazovat nepotřebovala.

Z hlediska „4R“ byla Leona typickým „racionalizátorem“. Všechno sama sobě racionálně zdůvodnila, a jiným nepotřebovala nic vysvětlovat. Proč by taky, když byla podle jejích slov v pořádku, že?

V mezidobí po první léčbě a před druhou léčbou, kdy docházela do kontaktního centra, se zpočátku nacházela stále ještě ve fázi prekontemplace. Později dávala již Leona do souvislosti své problémy s drogou. Byla si vědoma toho, že ničí své rodiče, že nemá jiné kamarády než ty, co berou také, že se její život zúžil téměř na práci a na byt (zanedbávání svých dřívějších zájmů), že by její depresivní nálady mohly zřejmě nějak souviset s pervitinem. Přes toto všechno si však myslela, že na tom není ještě tak špatně, jako ty „socky“ z ulice, aby s tím musela přestat. Teprve až když se situace zhoršila a Leona si prošla další „schízou“, přesunula se do fáze kontemplace a následného rozhodnutí.

V terapeutické komunitě byla Leona ve fázi akce, snažila se plnit plán, ale opět si prý po čase začala myslet, že je tam zbytečná, a že už by to asi stačilo. Zmínila se o tom terapeutovi, ten jí navrhnul, ať počká ještě pár dní a uvidí, jestli bude mít stejný názor. Leona si svůj odchod rozmyslela a setrvala v léčbě, avšak za měsíc odešla z důvodu porušení pravidla (navázání vztahu). Je možné, že navázání vztahu bylo ze strany Leony jen taktickým krokem, kterým sobě i ostatním zdůvodnila svůj odchod.

Po druhé léčbě přešla Leona do fáze udržení, kdy abstinovala od pervitinu. Za půl roku přešla do fáze relapsu, o laps se nejednalo, plánovala, že si „občas dá čáru“. Když se za 3 měsíce dozvěděla, že je těhotná, okamžitě přestala a tím pádem se přesunula opět do fáze udržení, ve které je až do teď.

#### **9.4.4.2 Model změny chování podle Pattena**

**Kontakt-** Když si Leona chodila měnit injekční materiál do KC, brali ji tam s respektem, poskytovali ji určité bezpečí ve formě anonymity, stanovení zakázky nechali na ní. Tímto přístupem Leonu udržovali v kontaktu, což bylo v daný okamžik cílem.

**Pozornost-** Po určité době docházení do KC se začala pozornost přesouvat na zdravotní komplikace (paranoidně halucinatorní syndrom, depresivní nálady), rodinu, osobní život,

který byl zjevně ochuzen, atd. Při rozhovoru s kontaktním pracovníkem se začalo spontánně hovořit o daných tématech a postupně si začala Leona uvědomovat rozporuplnost svého jednání.

**Pochopení-** Na základě zvyšování ambivalence si Leona uvědomila, že to, co chce, nejde dohromady s drogami, stále však ještě nevěděla, co chce více. Pokrok byl v tom, že získala náhled.

**Změna postoje-** Leona přešla od postoje, že brání drog má pod kontrolou, k postoji, že s drogami nebude mít nikdy nic pod kontrolou.

**Změna záměru-** Když si Leona prošla tím vším, co popisovala, řekla si „už dost“. Na základě získaných informací se rozhodla pro léčbu.

**Změna chování-** Změna chování probíhala v léčbě prostřednictvím nácviku dovedností, psychoedukace, zpětných vazeb od klientů, atd.

**Udržení změny-** Po první léčbě se udržení změny nezdařilo. O tom, zda Leona v první léčbě nějakou změnou vůbec prošla, by se dalo diskutovat, takže možná neměla ani co udržovat. Po druhé léčbě se k drogám opět vrátila. Teprve až v těhotenství a po narození jejího syna se dá hovořit o udržování nějakých změn.

#### **9.4.4.3 CMRS schéma**

Circumstances (okolnosti) = vnější motivace

Při prvním nástupu do léčby hrály vnější okolnosti významnou roli, byla to dokonce jediná síla, která dotlačila Leonu do léčby. Vnitřní motivace naprosto chyběla, což koresponduje i s fází změny, ve které se nacházela (prekontemplace). Mezi vnější okolnosti patřil tlak ze strany rodiny- otce a matky.

U druhé léčby se mezi vnější okolnosti dá zařadit opět otec s matkou, a dále ještě její zdravotní stav (smutné nálady, možná až deprese, halucinatorně paranoidní syndrom), sociální situace (kamarádi pouze drogoví uživatelé), zanedbávání všeho ostatního- žádné zájmy.

V období po druhé léčbě je nejvýznamnější vnější okolností, proč Leona nadobro (doposud) přestala s drogou, její těhotenství a následně narození jejího syna.

**Motivation (motivace) = vnitřní motivace**

U první léčby se nedá o vnitřní motivaci hovořit, ta zcela chyběla, což také korespondovalo s výsledky léčby.

Druhá léčba byla absolvována právě z vnitřní motivace. Ta byla jak pozitivní (zlepšení vztahů s otcem a matkou, zlepšení jejich psychické pohody, začít se opět věnovat svým zájmům, najít si nové přátele), tak i negativní (zbavení se depresivních nálad, už nezažít tu „stíhu“, nebýt už otrokem drogy, nebýt ten „feťák“).

**Readiness (připravenost) = jediná možná alternativa změny**

První léčba- Leona byla přesvědčena o tom, že vše zvládne sama, že není ta „feťáčka“ z ulice a že vlastně nemá žádný problém.

Druhá léčba- Leona si je vědoma toho, že nadobro přestat s drogou není zase tak lehké, jak se domnívala dříve. Ona chce zase žít jako dříve a proto uznává léčbu jako cestu k novému životu.

**Suitability (vhodnost) = matching (párování) služeb s klientovými potřebami**

První léčba- v tomto okamžiku byla Leona vhodným klientem pro kontaktní centrum, nikoliv pro léčbu.

Druhá léčba- terapeutickou komunitu si Leona vybrala sama. Nechtěla se vracet do psychiatrické léčebny, na kterou nemá dobré vzpomínky. Na internetu si našla informace o filozofii, cílech, délce trvání, závazcích, atd. v terapeutické komunitě, a sama se rozhodla pro tento typ léčby.

#### **9.4.5 Práce s motivací v kontaktním centru**

Do kontaktního centra (dále jen KC) si Leona docházela měnit injekční náčiní, což byla zpočátku její jediná zakázka. Postupem času si začala Leona „neformálně“ domlouvat individuální pohovory s jedním kontaktním pracovníkem, se kterým si prý dobře rozuměla = rozšíření zakázky. Z technik motivačních rozhovorů byly použity otevřené otázky, reflektující naslouchání a samozřejmě bezpodmínečné neodsuzující přijetí, čímž si kontaktní pracovník získal Leony důvěru. Na domluvená setkání Leona přicházela pozdě, nebo vůbec nepřišla.

Během následujících setkání se pracovalo zejména na harm reduction (výměna injekčního náčiní), a na zvyšování rozporu mezi tím, co by Leona chtěla a mezi jejím chováním = kognitivní disonance. Leona uváděla, že by chtěla fetovat, ale zároveň žít normální život a že si myslí, že to tak jde. Nacházela se ještě ve stádiu prekontemplace, a proto nebyla ještě do ničeho tlačena. Na dalších setkáních začala Leona hovořit o svých depresivních stavech a byla si vědoma toho, že je to pervitinem a taky se zmiňovala, že se bojí opakované „stíhy“. Pro získání lepšího náhledu byla tedy vyzvána k tomu, aby začala vyjmenovávat, co je pozitivního na tom, že fetuje a co naopak negativního. Jako plusy uváděla to, že se jí zlepšila nálada, že se cítí energická v práci a v pohodě vydrží směnu, že se jí lépe vstává, je celkově psychicky v pohodě. Jako minusy naopak jmenovala depresivní nálady, „stíhy“, zatěžování rodiny, ztrátu opravdových přátel, ztrátu zájmů a celkové ochuzení života. V této době se Leona nacházela ve stádiu kontemplace, ale ještě pořádně nevěděla, co vlastně chce. Na několikátém sezení se kontaktní pracovník pokusil shrnout vše, co se za poslední 4 roky událo v životě Leony. „Takže před 4 lety jsi měla širší a rozmanitější okruh přátel, jezdila jsi na hory, chodila jsi do divadla, tvoje rodina se netrápila tvým problémem a netrpěla jsi depresivními stavy. Je to tak?“ „Ano. A taky jsem neměla ty šílené stíhy.“ – Leona už začala sama uvádět důvody ke změně = řeč změny. Leona se začala pomalu posouvat do fáze rozhodování, ale ještě bylo brzy na to, aby se dalo hovořit o nějaké léčbě, mohlo by to vyvolat odpor. Byla chválena za dílčí kroky – začala chodit včas na domluvená setkání, nebo se předem omluvila, že nemůže přijít, pečlivě si měnila injekční materiál. Několik dnů se Leona v KC neukázala. Poté přišla a řekla, že měla zase ty „stíhy“ a nechtěla vyjít z domu. Asi za 3 týdny na to začala Leona mluvit o tom, jak byla v léčbě v psychiatrické léčebně a jak to tam bylo hrozné. „Ty psychiatrické léčebny nemají vůbec žádný význam. Ti chlapi tam stejně na vycházkách chlástali. Je to tam úplně zbytečné. Už bych tam nešla.“ „A znáš i jiné zařízení, kde se uskutečňuje rezidenční léčba?“ „Na internetu jsem si našla něco o terapeutických komunitách.“ Úkolem kontaktního pracovníka bylo v tomto okamžiku zvýšit u Leony informovanost o léčbě v terapeutické komunitě a tím zmírnit její obavy z léčby. Několik dnů až týdnů později se sama Leona rozhodla pro léčbu v terapeutické komunitě = fáze rozhodnutí. Kontaktní pracovník s ní zařídil potřebné náležitosti a za měsíc mohla Leona nastoupit do léčby. Probíhalo udržování současného stavu = neustálé motivování a to, aby Leona nevypadla z kontaktu.



#### 9.4.6 Práce s motivací ve věznicích

Ve věznicích byla Leona zařazena do TOXI skupiny, kam jsou umisťováni odsouzení za drogové delikty, a kde se s nimi terapeuticky pracuje na náhledu, který většina z nich postrádá. Pracuje se na zvyšování rozporu mezi tím, co chtějí a mezi tím, jak se chovají a jak se plánují chovat nadále. Řeší se s nimi záležitosti ohledně rodiny, a to především dětí (většina z nich má děti v náhradní péči) = vnější motivace, rozebírá se drogová kariéra, atd. Skupina probíhá po dobu půl roku, jedenkrát týdně, 1,5 hodiny. Na skupině je 10- 15 odsouzených.

Z technik motivačních rozhovorů byla použita reflexe emocí – „Ségra z Anglie za mnou byla na návštěvě naposledy asi před rokem, jinak si neudělala čas na den, kdy byly návštěvy.“ „Trápí Vás, že se Vaše sestra stydí za to, že jste ve věznicích?“ „No je možné, že je to také tím, že se za mě stydí, ale...“

U Leony jsem neshledala větší rozpor mezi tím, co chce a mezi tím, co pro to v současné době dělá a co plánuje do budoucna. Na skupině působila tak, že toto má v hlavě celkem srovnané, takže žádná práce na zvyšování rozporu neprobíhala, ačkoliv se domnívám, že by se nějaký rozpor určitě našel. Byla motivována k udržení změny prostřednictvím jejího syna.

## 9.5 Osobní zhodnocení a prognóza do budoucna

Po setkání s Leonou se nedalo vyhnout otázce, co to drogová závislost vlastně je? Dvakrát prošla léčbou a vždy se k drogám vrátila. Podle jejích slov, když se dozvěděla, že je těhotná, přestala ze dne na den s drogami. Při výši jejích denních dávek je to až s podivem. Nelze zde opomenout riziko prizonizace<sup>4</sup>. Tímto procesem, je udržení změn značně ohroženo.

Otázkou nadále zůstává, co bude následovat po jejím propuštění z výkonu TOS. Její syn se zdá zatím jako jediný důvod, proč se k drogám už nevrátit, je to ale dostatečný důvod? V budoucnu je dosti reálný předpoklad, že až počáteční nadšení z propuštění z výkonu trestu a z radosti, že je opět se synem, opadne, že se k drogám opět vrátí. Rizikovým faktorem je Leony kamarád, který užívá pervitin, a to přímo před ní, a který má spoustu dalších kamarádů užívajících pervitin, což nevylučuje možnost, že se s nimi Leona dříve nebo později setká, a okruh známých užívajících drogy se opět rozšíří, čímž značně stoupá riziko relapsu.

---

<sup>4</sup> Pojem prizonizace pochází od Donalda Clemmera, který pracoval jako sociolog ve věznicích v Chesteru (Illinois) a vychází z jeho studia mužské vězeňské subkultury ve třicátých letech minulého století. Tvrdí, že vězni mají společnou zkušenost nuceného uvěznění, a to je sjednocuje za společnou věc proti vězňům. Fyzická blízkost, v níž jsou nuceni žít jeden vedle druhého, ničí veškeré soukromí, vězeňské předpisy a rutina je nutí ke konformismu a izolace omezuje jejich život. Clemmer při předkládání pojmu prizonizace tvrdí, že vězeňské hodnoty se mohou přebírat v té či oné míře. Jakmile je však vězeň přijme za svoje, stává se imunní vůči vlivům konvenčního hodnotového systému. To znamená, že proces prizonizace mění nováčka na „plnohodnotného“ trestance. Jde o kriminalizační proces, který jde proti nápravě nebo resocializaci. (Internetové stránky [www.web.mvcr.cz](http://www.web.mvcr.cz)) [14.7.2009].

## 10 Závěr a diskuse

Tato práce podává stručný přehled o možnostech a mezích práce s motivací u drogově závislých v různých fázích léčby. Kladla jsem si za cíl, aby teoretická část obsahovala vše, co je k tomuto tématu potřebné zmínit, a aby část kasuistická posloužila k účelům demonstrace toho, co jsem uvedla v teoretické části.

Případ dané klientky v části kasuistika potvrzuje předpoklad, že pokud se s klientem pracuje v souladu s „pravidly“ motivačních rozhovorů, tak se předejde tomu, aby odbornou službu předčasně opustil, bezpečně se převede z jedné fáze do fáze následující, a v tom správném načasování se „odešle“ na léčbu. Tuto kasuistiku jsem vybrala z didaktických důvodů. Na danou problematiku nejlépe sedí a nejlépe demonstruje teorii v praxi. Možná proto by některý z čtenářů mohl nabýt klamného dojmu, že vždycky jde vše tak hladce. Proto bych zde chtěla zmínit fakt, že v praxi se setkáme s různými klienty, kteří budou v odporu, několikrát zrelapsují, za žádnou cenu si nebudou chtít zvolit cestu abstinence nebo substituční léčby, jejich sociální situace i zdravotní stav se nám bude jevit jako strašný, ale oni se přesto budou nacházet ve fázi prekontemplace třeba i několik let, atp. Potom si položíme otázku, co je v tomto případě cílem? Případ Leony v kasuistické části dokládá dle mého názoru výbornou práci odborníků v kontaktním centru, kteří v každém okamžiku poznali, jaká je klientky zakázka a nezaměřovali své cíle za její. Jako konečnou metu nebrali nástup do léčby, ale vždy dílčí cíl odpovídající danému stádiu, ve kterém se klientka právě nacházela. Mohla jsem tedy vybrat klienta, který několik let dochází do kontaktního centra za účelem výměny injekčního materiálu, nachází se tedy několik let ve fázi prekontemplace, a momentálním cílem je harm reduction. To by ovšem nesplňovalo účel kasuistiky, který jsem už několikrát zmínila.

Technika motivačních rozhovorů u nás nemá dlouholetou tradici a možná, že se o motivaci, motivování a motivačních rozhovorech neví dostatek, a je pravděpodobné, že se mnohdy používají zastaralé přístupy ke klientům- nezdá se, že se můžeme setkat i s tím, že čím více je klient v odporu, tím více je na něm uplatňován konfrontační přístup, atp. Proto doufám, že i má práce přispěje k tomu, že se toto téma dostane do povědomí více lidí. O práci s motivací u drogově závislých by se dalo jistě napsat mnohem více, ale to už by bylo nad rámec této práce. Pokud má někdo zájem zabývat se tímto tématem blíže, v seznamu použité literatury jsou uvedeny odkazy.

## 11 Souhrn

Bakalářská práce se dělí na dvě části- teoretická část a kasuistika.

V úvodu pojednávám o tom, proč jsem si vybrala právě toto téma pro napsání mé bakalářské práce.

Teoretická část se dělí na osm hlavních kapitol. Na začátek bakalářské části jsem zařadila kapitolu o motivaci obecně.

Dále navazuje kapitola o motivačních rozhovorech, kde se věnuji tomu, kým a kdy byly motivační rozhovory vytvořeny, pro jaké účely, z čeho vycházejí, o jaký přístup se jedná, čím se liší od jiných používaných přístupů a v čem si jsou naopak podobné. Motivační rozhovory zde porovnávám s Rogersovským přístupem, konfrontačním a nekonfrontačním přístupem. Jako východisko uvádím cyklický model změny vytvořený v 90. letech Prochaskou a DiClementem.

Dále jsem se snažila uvést nejdůležitější okamžiky historie práce s motivací u drogově závislých, které již dnes představují zastaralý přístup- některé pouze v některých svých částech, některé zcela. Zmínila jsem model obranných mechanismů, Minnesotský model a také předpoklad, že by se závislý člověk měl nejprve nechat spadnout na dno, od kterého se pak odrazí. Všechny tyto tři modely podrobují kritice a snažím se uvést, v čem jsou prospěšné a v čem naopak mohou klientovi ublížit.

V další kapitole uvádím výčet nejdůležitějších faktorů, které mohou hrát v procesu změny různě velkou roli. Jedná se především o motivaci, o to, jak je klient odhodlaný ke změně svého současného stavu, dále o stupeň závislosti, kvality osobnosti jedince, kvalitu jeho okolí, tlak vnějších okolností, připravenost k léčbě, smysl nezbytnosti, ochota zažít úzkost, uvědomění a konfrontaci s problémem, úsilí ke změně, naději na změnu, sociální podporu pro změnu, dodávání naděje klientům, v neposlední řadě i empatii terapeuta.

Kapitola různé modely motivace a procesu změny obsahuje tři důležité modely- Model procesu změny dle Prochasky a DiClementeho, model změny chování podle Pattena, a CMRS schéma podle DeLeona a jeho spolupracovníků. Asi neznámější model změny dle Prochasky a DiClementeho zde uvádí šest fází, kterými si klient během procesu změny prochází (poslední fáze relaps není přítomná vždy), a to někdy i opakovaně. Tento model se věnuje tomu, jak pracovat s klienty v různých fázích- na co se zaměřit a čeho se

raději vyvarovat, jak se klient v různých fázích staví ke svému problému, co je úkolem terapeuta a klienta v různých fázích změny, jak dlouho může klient setrvat v té které fázi, atd. Model změny chování se zaměřuje na to, jak za sebou následují jednotlivé změny. Schéma CMRS uvádím proto, že se jedná o důležitý prediktor udržení v léčbě a významně s výsledky léčby koreluje.

Dále zde uvádím některé výzkumy, které se zabývaly vhodností užití, účinností a omezeného užití motivačních rozhovorů.

Poslední kapitola uvádí přehled nejpoužívanějších metod a postupů motivačních rozhovorů (kladění otázek s otevřeným koncem, reflektivní naslouchání, oceňování kladných postojů, shrnutí, vyvolání sebemotivujícího prohlášení), principy motivačních rozhovorů (vyjádření empatie, rozvíjení rozporů, vyhýbání se argumentaci, otočení odporu, podpora vlastních schopností klienta), čemu se v motivačních rozhovorech vyhnout (odlišné zaměření, určování viníka, odpor ze strany klienta), a je zde uvedeno i pár rad, co naopak v motivačních rozhovorech využít (technika FRAMES, rozpracování tématu, využívání extrémů, ohlédnutí zpátky, pohled do budoucna, objevování cílů, paradox).

Kasuistiku jsem vybrala na základě daného tématu tak, aby co nejlépe ilustrovala jednotlivé kapitoly teoretické části. Snažila jsem se o co nejlepší propojení s teoretickou částí a o co nejlepší demonstrování používaných technik, postupů a principů motivačních rozhovorů na daném případě. S klientkou jsem podrobně vypracovala jednotlivé anamnézy (zdravotní, psychická, sexuální život, rodinná, sociální, drogová kariéra, diagnostika, léčba- léčbu řadím také do anamnézy, jelikož se jedná o informace získané na základě výpovědi klientky o jejích předchozích léčbách). Informace o léčbě jsou uvedeny na základě výpovědi klientky o jejích zkušenostech z předešlých léčebných zařízení. Snažím se zde demonstrovat, jaké konfrontační prvky a prvky Rogersovské terapie byly na klientce uplatňovány během léčby. Uvádím faktory, které hrály roli v průběhu procesu změny- klientka byla vnitřně motivována až k druhé léčbě, což také koreluje s výsledky léčby (ačkoli zrelapsovala, dá se tato léčba hodnotit z mnoha aspektů jako úspěšná, protože získala náhled, posunula se do fáze akce, v léčbě si prošla jistými zkušenostmi, které ji posunuly dále, atd.), vysoký stupeň její závislosti na pervitinu hrál velkou roli při relapsu, kvalita osobnosti, konkrétně depresivní ladění, do jisté míry také souvisí s tím, proč se klientka rozhodla pro léčbu, kvalita sociálního okolí je v tomto případě nezanedbatelným faktorem- v tomto případě pozitivním, jelikož klientka má podporu ze strany rodiny.

Zhodnotila jsem, v jaké fázi kola změny se klientka nacházela v průběhu jejích dvou léčeb, mezi léčbami, po léčbách nakonec i ve výkonu TOS, a totéž jsem udělala i se schématem CMRS. Podrobněji se zde zabývám prací s motivací v kontaktním centru. Hodnotím, jakými fázemi změny si klientka prošla v průběhu docházení do KC, a co bylo později důvodem pro přesun do fáze rozhodnutí pro léčbu. Je zde uveden výčet hlavních motivačních faktorů (vnějších i vnitřních), které se podílely na rozhodnutí pro léčbu. Uvádím i pár poznatků o tom, jak se s motivací pracuje ve věznici- jedná se především o získání náhledu, který většina odsouzených postrádá, o zvyšování rozporu mezi tím, co chtějí a mezi tím, jak se chovaly a jak se plánují chovat dále. Na závěr kasuistiky předkládám svůj názor na případ klientky a prognózu do budoucna.

Závěr a diskuse jsou shrnutím nejdůležitějších poznatků o práci s motivací s drogově závislou klientelou, a také shrnutím nejdůležitějších poznatků o motivaci, jako o charakteristice velmi proměnlivé a ovlivnitelné jak v pozitivním tak i v negativním směru. Dále se zde zamýšlím nad jinými možnostmi pojetí kasuistické práce. V souhrnu jsou uvedeny základní a nejdůležitější body celé práce. Veškeré použité zdroje jsou uvedeny v seznamu literatury. Práce obsahuje některé přílohy.

## 12 Použitá literatura

1. Bartošíková, I., Miovský, M., Kalina, K. (2003). Terapeutický vztah. In: Kalina, K., et al.: Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup. Kapitola 6/4. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
2. Beckham, N. (2007). Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2: 103-110.
3. Bell, A., Rollnick, S. (1999). Strukturovaný přístup. In Rotgers, F. et al. : Léčba drogových závislostí. Grada Publishing.
4. Brown, J.M., Miller W.R.(1991). Self- regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviors. In: Heather, N., Miller, W.R., Greeley, J. :Self- control and the addictive behaviors. Sydney: Pergamon Press.
5. Brown, R.L., Saunders, L.A., Bobula, J.A., Mundt, M.P., Koch, P.E. (2007). Randomized-Controlled Trial of a Telephone and Mail Intervention for Alcohol Use Disorders: Three-Month Drinking Outcomes. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 8: 1372-1379.
6. Cox W. M., Klinger, E., Blout J. M. (2003). In: Miller, W. R., Rollnick, S.: Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: SCAN
7. Daley, D. C., Zuckoff, A. (1999). Improving treatment compliance: Counseling and systems strategies for substance abuse and dual disorders. Center City, MN: Hazelden: Guilford Press.
8. DiClemente, C. C. (2003). In Miller, W. R., Rollnick, S.: Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: SCAN
9. DiClemente, C.C. (2004). In Miller, W. R., Rollnick, S.: Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: SCAN
10. Dobiášová, D., Broža, J. (2003): Motivační trénink. In Kalina, K. et al.: Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup. Kapitola 4/5. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
11. Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. Stanford, CA: Stanford University Press.
12. Hanna, F. J. (2002). Therapy With Difficult Clients. Using The Precursors Model To Awaken Change. American Psychological Association.
13. Kalina, K., et al.(2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Filia Nova.
14. Kalina, K. (2008). Terapeutická komunita. Praha: Grada.
15. Konečný, M. (2004). Motivační interview při práci s uživateli nealkoholových drog v nízkoprahovém zařízení. Diplomová práce. Internetové stránky: [www.psycholousek.cz](http://www.psycholousek.cz) [1. 7. 2009].
16. Kuda, A. (2008). Prevence zvládnání relapsu. In: Kalina, K., et al.: Základy klinické adiktologie. Kapitola 16. Praha: Grada Publishing.
17. McCambridge, J., Strang, J., (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*. 1: 39-52.
18. McKee, S.A., Carroll, K.M., Sinha, R., Robinson, J., E., Nich, Ch., Cavallo, D., et al. (2007). Enhancing brief cognitive-behavioral therapy with motivational enhancement techniques in cocaine users. *Drug & Alcohol Dependence*. 1: 97-101.
19. Miller, W.R. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioral Psychotherapy*, 11: 142-172.

20. Miller, W.R. (1985). Motivational for treatment: A review with special emohasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98: 84-107.
21. Miller, W.R., Rollnick, S. (2003): *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: SCAN.
22. Miller, W.R., Rollnick, S. (2004): *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: SCAN.
23. Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York, London: The Guilford Press.
24. Miller, W.R., Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York, London: The Guilford Press.
25. Miller, W.R., Rollnick, S. (1995). What is Motivational Interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23: 325-334.
26. Miller, W.R., Rollnick, S. (2006). In: Možný, P.: *Motivační rozhovor*. *Psychiatrie*, 10(3): 180-184.
27. Možný, P. (nedatováno). *Motivace v kognitivně behaviorální terapii*. Internetové stránky: [www.kbtinstitut.cz](http://www.kbtinstitut.cz) [1. 7. 2009].
28. Madsen, K.B. (1979): *Moderní teorie motivace*. Praha, Academia.
29. Nakonečný, M. (1997): *Motivace lidského chování*. Praha: Academia.
30. Patten, J. (1998). *Pražské přednášky*. Olomouc: Sananim Olomouc (účelová publikace).
31. Radimecký, J. (nedatováno): *Jeden krok vpřed a dva vzad? Kritika konceptu závislosti jako nemoci*. Internetové stránky [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz) [31. 5. 2009].
32. Radimecký, J. (2007). *TK v systému služeb pro uživatele návykových látek*. In: Dydunyk, T: *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Praha: Magistrát hl.m. Prahy.
33. Radimecký, J. (2004). In: Miller, W.R., Rollnick, S.: *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: SCAN.
34. Rollnick, S., Kinnersley, P., Scott, N. (2004). In: Miller, W.R., Rollnick, S.: *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: SCAN.
35. Rotgers, F., et al. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.
36. Prochaska, J.O, DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 47: 1102-1114.
37. Saitz, R., Palfai, T., Cheng, D.M., Horton, N., Freedner, N., Dukes, K., et al. (2007). *Brief Intervention for Medical Inpatients with Unhealthy Alcohol Use*. *Annals of Internal Medicine*. 3:35-167.
38. Saunders, B., Wilkinson, C., Philips, M., Allsop, S., Ryder, D. (1991). *Motivational intervention with heroin users attending a methadone clinic (Report to the Research into Drug Abuse Advisory Committee, Department of Community Services and Health, Canberra)*. Perte, Australia: Addiction Studies Unit, Kurtin University of Technology.
39. Secades-Villa, R., Fernánde-Hermida, J.R., Arnáez-Montaraz, C. (2004). *Motivational Interviewing and Treatment Retention Among Drug User Patients: A Pilot Study*. *Substance Use & Misuse*, 9: 1369- 1378.
40. Schilling, R., El-Basel, N., Finch, J.B., Roman, R.J., Hanson, M. (2002). *Motivational Interviewing to Encourage Self-Help Participation Following Alcohol Detoxification*. *Research on Social Work Practice*, 6: 711p, 20p.
41. Stewart, T. (2003). In: Miller, W.R., Rollnick, S.: *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: SCAN.
42. Úplné znění. *Trestní předpisy. Přestupky*. (2008). Číslo 655. Ostrava: Sagit.



43. Velký sociologický slovník (1996). Praha: Karolinum
44. Weiland, T., Dent, A.W., Phillips, G.A., Lee, N.C. (2008). Emergency clinician-delivered screening and intervention for high-risk alcohol use: A qualitative analysis. *Emergency Medicine Australasia*, 2: 129-135.
45. [www.epravo.cz](http://www.epravo.cz) [14. 7. 2009]
46. [www.svetla.vscr.cz](http://www.svetla.vscr.cz) [14. 7. 2009]
47. [www.psycholousek.cz](http://www.psycholousek.cz) [18. 7. 2009]

Identifikační záznam:

ZÁSTĚROVÁ, Zuzana. *Práce s motivací u drogově závislých v různých fázích léčby.* [Working with the motivation of drug addicts in various stages of treatment]. Praha, 2009. 63 s., 4 příl., 1 tabulka, 1 obr. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum Adiktologie / Psychiatrická klinika 1. LF a VFN 2009. Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., EMPH, KLJ

## 13 Přílohy

### Příloha č. 1: Stručná charakteristika věznice Světlá nad Sázavou

**Adresa:** (citováno z internetových stránek [www.svetla.vscr.cz](http://www.svetla.vscr.cz) [14. 7.2009])

Věznice Světlá nad Sázavou, Rozkoš 990, 582 91 Světlá nad Sázavou, tel.: 569 471 511, fax: 569 471 540, e-mail: [vs.svetla@wordoline.cz](mailto:vs.svetla@wordoline.cz).

**Charakteristika:** (citováno z internetových stránek [www.svetla.vscr.cz](http://www.svetla.vscr.cz) [14. 7.2009])

Svůj trest zde vykonávají ženy odsouzené k výkonu trestu odnětí svobody především v kategoriích ostraha, dozor a mladiství. Kromě toho však věznice zajišťuje výkon trestu specifickým skupinám odsouzených, které vyžadují zvláštní přístup, a proto byla ve věznici zřízena tato specializovaná oddělení:

- pro výkon trestu matek nezletilých dětí ve věznici s dohledem, dozorem, ostrahou
- pro výkon trestu trvale pracovně nezařaditelných odsouzených žen ve věznici s dozorem a ostrahou
- pro výkon trestu odsouzených mladistvých žen
- pro výkon trestu odsouzených žen s poruchou duševní a poruchou chování ve věznici s dozorem a ostrahou

Od 1. 7. 2004 bylo zřízeno zvláštní oddělení pro výkon vazby.

#### **K diferenciacním třídám ve věznici:**

Odsouzené ve věznici jsou rozděleny do 3 diferenciacních tříd. Rozdělení probíhá na základě toho, jak odsouzená plní program zacházení a jak se chová (zda ji jsou či nejsou ukládány kázeňské tresty). Po nástupu do výkonu trestu je odsouzená umístěna automaticky do diferenciacní třídy 2, kde buď zůstane, nebo se na základě výše popsaných kritérií dostane do diferenciacní třídy 1 nebo 3. Na základě tohoto má pak dotyčná přidělovány výhody (např. kapesné), a také to velmi úzce souvisí s žádostí o podmíněné propuštění (dále jen PP). Pokud je odsouzená v diferenciacní třídě 3, prakticky nemá nárok na PP.

**Příloha č. 2: Podmíněné propuštění:** (citováno z internetových stránek [www.epravo.cz](http://www.epravo.cz) [14. 7.2009])

Institut podmíněného propuštění z trestu odnětí svobody spočívá v tom, že po výkonu zákonem stanovené části trestu odnětí svobody může být odsouzený propuštěn, pokud splní i další podmínky, které jsou trestním zákonem předpokládány a které

signalizují, že účelu trestu již bylo dosaženo i bez toho, aby byl vykonán celý trest odnětí svobody.

Soud může odsouzeného podmíněně propustit na svobodu po výkonu poloviny uloženého nebo podle rozhodnutí prezidenta republiky zmírněného trestu odnětí svobody, jestliže odsouzený ve výkonu trestu svým chováním a plněním svých povinností prokázal polepšení a může se od něj očekávat, že v budoucnu povede řádný život, nebo pokud soud přijme záruku za dovršení nápravy odsouzeného.

Osoba, která byla odsouzená za některý z trestných činů vymezených v § 62 odst. 1 zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon, a taktéž zvlášť nebezpečný recidivista nebo osoba odsouzená k výjimečnému trestu odnětí svobody, mají stanovenou delší lhůtu. Ti všichni mohou být podmíněně propouštěni až poté, co vykonají nejméně dvě třetiny uloženého trestu odnětí svobody. Zvláštní úprava se vztahuje též k osobě odsouzené k výjimečnému trestu odnětí svobody na doživotí. Taková osoba může být podmíněně propuštěna až nejméně po dvaceti letech výkonu tohoto trestu.

Pokud soud rozhodne o podmíněném propuštění, stanoví zároveň zkušební dobu na jeden rok až sedm let, zároveň může soud vyslovit nad pachatelem dohled a může mu také uložit přiměřená omezení a přiměřené povinnosti směřující k tomu, aby vedl řádný život. Jestliže podmíněně propuštěný vedl ve zkušební době řádný život a vyhověl uloženým podmínkám, vysloví soud, že se osvědčil. Jinak rozhodne, že se zbytek trestu vykoná.

O podmíněném propuštění z trestu odnětí svobody rozhoduje soud na návrh státního zástupce nebo ředitele věznice, v níž se vykonává trest, na žádost odsouzeného, nebo i bez takové žádosti. Jestliže žádost o podmíněné propuštění podal odsouzený a tato byla zamítnuta, může ji odsouzený opakovat teprve po uplynutí jednoho roku od zamítavého odsouzení, ledaže by žádost byla zamítnuta jenom proto, že dosud neuplynula lhůta stanovená v zákoně pro podmíněné propuštění. Podmíněné propuštění může navrhnout také zájmové sdružení občanů, pokud nabídne převzetí záruky za dovršení nápravy odsouzeného.

### **Příloha č. 3: Odklad výkonu trestu**

Dle §322 odst. 2 trestního řádu výkon trestu odnětí svobody na těhotné ženě a na matce novorozeného dítěte předseda senátu odloží na dobu jednoho roku po porodu. (ÚZ č. 655, 2008).

### **Příloha č. 4: Dodatek ke kapitole 8.3- Odpor ze strany klienta**

#### **Jak poznat odpor vůči změně?**

Projevy odporu vůči změně (Možný, 2006)

1) Námitky

a) zpochybňování faktů- „To není pravda.“

b) zpochybňování terapeutovy kompetence- „Vy tomu vůbec nerozumíte.“

c) nepřátelství vůči terapeutovi – „Vy jste úplný idiot.“

## 2) Přerušování

a) skákání do řeči

b) umlčování terapeuta

## 3) Popírání

a) obviňování druhých- „Za to může moje manželka.“

b) nesouhlas s návrhem terapeuta bez návrhu vlastní alternativy- „To by mi nepomohlo.“

c) výmluvy, omlouvání vlastního chování- „To byste udělal taky.“

d) popírání ohrožení- „Mně to vůbec nic nedělá.“

e) zlehčování problému- „Nevím, co na tom komu vadí“

f) pesimismus- „Stejně se s tím nedá nic dělat.“

g) pochybnosti, váhání- „Asi to nemá cenu.“

h) neochota uvažovat o změně- „Mně to takto vyhovuje.“

## 4) Nezájem

a) nepozornost

b) neodpovídání

c) nereagování (mlčení)

d) měnění tématu

## **Postup při odporu (Miller, Rollnick in Možný, 2006)**

1) Jednoduchá reflexe- Zopakování výroku.

Klient: „To, co mi radíte, stejně není k ničemu.“

Terapeut: „Myslíte si, že to, co vám navrhuji, vám k ničemu nepomůže.“

2) Zesílená reflexe- Zopakování výroku se zesílením.

Klient: „Nikdo mě nemá rád.“

Terapeut: „Říkáte, že na světě není ani jeden člověk, který by vás neměl rád a kterému by na vás alespoň trochu záleželo.“

3) Oboustranná reflexe- zopakování klientova výroku s doplněním ambivalence.

Klient: „Jasně, že se občas napiju, ale nejsem žádný alkoholik.“

Terapeut: „I když vám pití alkoholu dělá někdy v životě potíže, nechcete, aby vás někdo označoval za alkoholika.“

4) Změna zaměření rozhovoru- Klient chce při narážení na problém změnit téma, terapeut mu vyhoví a začnou se bavit o něčem jiném.

Klient: „Můj problém není v tom, že moc piju, ale že mi moje žena pořád nadává.“

Terapeut: „A v jakých situacích k tomu dochází nejčastěji?“

5) Souhlas s posunutím významu- Zopakování výroku a doplnění o další fakta.

Klient: „Taky byste chodil do hospody, kdyby vám manželka pořád nadávala.“

Terapeut: „Máte pravdu, že když si dva lidé nerozumějí, nikdy není vina jen na jedné straně. Pití alkoholu často souvisí s tím, jaká je v rodině vzájemná atmosféra.“

6) Zdůraznění osobní odpovědnosti a svobody klienta- „Pokud chcete pokračovat s dosavadním způsobem Vašeho života, nikdo Vám v tom nemůže zabránit.“

Klient: „Nevím, jestli to chci zkusit.“

Terapeut: „Je pravda, že tohle za vás nemůže nikdo rozhodnout. Pokud chcete i nadále žít tak, jak dosud, tak vám v tom nikdo nemůže zabránit.“

7) Přerámcování- Změna klientových argumentů.

Klient: „Já nemám s alkoholem žádný problém. Vypiju víc než ostatní a niky mi není špatně.“

Terapeut: „Víte, ve skutečnosti jsou závislostí více ohroženi právě lidé, kterým alkohol nedělá žádné potíže, než lidé, kterým se udělá špatně už po první skleničce.“

8) Terapeutický paradox- Terapeut souhlasí s tím, že změna pro klienta není v současné době vhodná. Toto může vést na základě principu psychické reaktance k tomu, že klient začne argumentovat opačně.

Terapeut: „Probrali jsme spolu vaši situaci a možnosti, co byste mohl dělat, a zdá se, že žádná z nich vám nepřipadá vhodná. Asi je pro vás v tuto chvíli opravdu lepší nechat věci tak, jak jsou, než usilovat o nějakou změnu.“