

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**Katedra psychologie Filozofické fakulty**



**Motivace uživatelk návykových látek v nařízené ochranné  
léčbě a dobrovolné léčbě**

**(Motivation of female drug users in the compulsory and voluntary treatment)**

**Diplomová práce**

Autorka: Eva Maierová

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Olomouc

2009

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Olomouci dne 15.11.2009

.....

Děkuji především Mgr. Miroslavu Charvátovi, Ph.D, za odborné vedení diplomové práce, tak i za mnoho cenných myšlenek, podnětných připomínek při konzultacích. Dále děkuji všem léčebným zařízením za umožnění výzkumu v jejich zařízeních a ochotu terapeutů účastnit se ve výzkumu. Samozřejmě děkuji také všem respondentkám za jejich čas a ochotu účastnit se výzkumu.

## OBSAH

I. Úvod .....	5
II. TEORETICKÁ ČÁST .....	6
1 Pojem motivace a její charakteristika .....	6
1.1 Zdroje motivace .....	7
1.1.1 Motiv .....	8
1.1.2 Potřeba .....	9
1.1.3 Hodnoty .....	11
1.2 Typy a způsoby motivace .....	12
1.3 Motivace a rozhodování .....	13
1.4 Vliv motivace a její dynamika .....	14
1.5 Vytvoření nové motivace .....	15
2 Motivace závislého chování .....	16
2.1 Pudy jako motivace .....	16
2.2 Učení jako motivace .....	16
2.3 Rozhodování jako motivace .....	16
2.4 Emoce jako motivace .....	17
2.5 Přístupy v oblasti závislostí .....	18
2.5.1 Tradiční přístup .....	18
2.5.2 Přístup kognitivně behaviorální terapie .....	19
2.6 Motivace k abúzu drogy .....	21
2.7 Motivace jako aspekt ovlivňující léčbu .....	22
2.7.1 Vývoj motivace klienta v léčbě .....	22
2.7.2 Malá nebo žádná motivace pro léčbu ve vězení .....	23
2.7.3 Práce se nedobrovolným klientem ve vězení .....	23
2.7.4 Nedůvěra klienta ve vězení k výsledkům spolupráce .....	24
2.7.5 Motivace nemotivovaného jedince .....	24
2.8 Východiska motivačního rozhovoru .....	25
2.8.1 Model Buisman-KOK .....	26
2.8.2 Model Prochaska- Diclemente .....	27
2.8.3 Zásady praktického vedení motivačního tréninku .....	29
2.8.4 Složky motivačního rozhovoru .....	30
2.8.5 Strategie motivačního rozhovoru .....	30
2.8.6 Dovednosti motivačního rozhovoru .....	31
2.8.7 Cíle motivačního rozhovoru .....	32
2.9 Sebmotivace .....	32
2.10 Motivace jako součást komplexu „Essencial Treatment- Related Perceptions“ .....	34
2.11 Účinná léčba .....	35
3 Genderová specifika žen-uživatelék drog .....	37
3.1 Návykové problémy u žen .....	38
3.1.1 Motivace uživatelék matek .....	39
4 Návykové látky, léčebný systém a jeho klientela .....	42
4.1 Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí .....	42
4.1.1 Dělení návykových látek .....	42
4.2 Abstinance, abstinent .....	44
4.3 Terapeutická komunita .....	45
4.3.1 Klientela TK .....	46
4.3.2 Terapeutická komunita Podcestný Mlýn a její klientela .....	47
4.4 Terapeutická komunita ve věznicích .....	48

4.4.1	Ochranné léčení jako součást alternativního trestu.....	49
4.4.2	Specializované oddělení ve věznici v Opavě a jeho klientela .....	50
4.4.3	Specifika práce s uživateli drog v konfliktu se zákonem.....	51
4.4.4	Efektivita nařízené léčby .....	52
4.5	Následná péče, doléčovací programy .....	53
4.5.1	Klientela následné péče .....	54
4.5.2	Doléčovací centra v Olomouci, v Brně a jejich klientela .....	54
III.	VÝZKUMNÁ ČÁST .....	56
5	Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	56
6	Výběr výzkumného souboru a jeho popis.....	57
7	Metody získávání dat, průběh výzkumu .....	61
7.1	Motivační dotazník .....	61
7.2	Polostrukturované interview .....	61
7.2.1	Okruhy otázek.....	62
7.3	Časová osa .....	63
7.4	Průběh získávání dat a etické zásady výzkumu .....	64
8	Analýza a interpretace dat.....	66
8.1	Metody analýzy dat.....	66
8.2	Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č.1 .....	66
8.2.1	Analýza interview nařízené ochranné léčby .....	70
8.2.2	Analýza interview u dobrovolné léčby .....	76
8.2.3	Souhrn analýzy výzkumného cíle č. 1 .....	80
8.3	Analýza výzkumného cíle č. 2.....	82
8.3.1	Interview s terapeuty s nařízenou ochrannou léčbou.....	82
8.3.2	Interview s terapeuty s dobrovolnou léčbou .....	87
8.3.3	Souhrn výzkumného cíle č. 2.....	92
8.4	Analýza výzkumného cíle č. 3.....	94
8.4.1	Souhrn výzkumného cíle č. 3.....	97
9	Diskuze .....	100
10	Závěry .....	113
11	Souhrn.....	117
12	Seznam literatury .....	120
13	Přílohy.....	127

## I. Úvod

K výběru tématu diplomové práce jsem se inspirovala především díky své pracovní činnosti. Během studia psychologie jsem měla možnost pracovat dva roky jako dobrovolník v Kontaktním centru v Olomouci a rok a půl jako terénní pracovník s uživateli drog v Olomouci. Diplomovou práci jsem tedy věnovala tématu z oblasti drogové problematiky, které bych se nadále chtěla věnovat. Oblast drog je stále velmi aktuální a doposud nabízí spoustu témat a prostoru, na které je důležité zaměřit naši pozornost. Jedním z takových témat je i motivace klientek v léčbě ze závislosti na nealkoholových drogách.

Bereme v potaz, jak se gender otázka v drogové problematice stává stále více aktuální. Specifičnost ženské skupiny na „drogové scéně“ upozorňuje na sociální a kulturní otázku. Na první pohled by se mohlo zdát, že to, co činí ženskou skupinu uživatelů jinou od mužské, jsou specifické problémy s těhotenstvím a mateřstvím, rozdílnost je daná biologickými faktory. Tento pohled nezpochybňujeme. Nejen v léčbě se odborníci zabývají nutností odborného poradenství pro ženy a řešením témat, které jsou spojeny s ženskou rolí. Vzniká i specifická část služeb pro ženskou klientelu. Ať byly či jsou důvody k užívání jakékoliv, v nejčastějších případech s sebou nesou i riziko porušení zákona a vzniku trestního stíhání a následně nařízené ochranné léčby protitoxikomanické. Často nastoupí léčbu dobrovolně ve snaze abstinovat a začít žít život bez návykových látek. V našem výzkumu nás zajímalo proč, z jakého důvodu, se ženy – uživatelky rozhodly vyhledat danou léčbu. Zda se ženy v různých typech léčby shodují v důvodech pro svoji abstinenci a na kolik role ženy jako matky má vliv na jejich drogovou kariéru a abstinenci. Jsme si vědomi, nakolik je naše společnost polapena předsudky a stereotypy o ženách, které jsou závislé na návykových látkách. Naší snahou bylo přistupovat ke každému jedinci s čistou myslí, nezatíženou předem vytvořenými schémata a očekáváními. Hlavním cílem tohoto výzkumu je zjistit jaká je motivace klientek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě.

Práce je dělena na dvě části- teoretickou a empirickou. V teoretické části věnujeme pozornost motivaci z psychologické hlediska, motivaci závislého chování, metodě motivačního rozhovoru, návykovým látkám, léčebným zařízením a jejich klientele zabýváme se i specifickým tématem gender a specifiky motivace klienta v léčbě. V empirické části se zabýváme motivací klientek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě. Snažíme se najít určité spojitosti potažmo rozdílnosti.

## II. TEORETICKÁ ČÁST

### 1 Pojem motivace a její charakteristika

Pojem motivace má svůj původ v latinském slovese *movere*, které znamená hýbat (Plháková, 2003).

Hartl, Hartlová (2000, s.328) „*Motivace (motivation) proces usměrňování, udržování a energetizace chování, která vychází z biologických zdrojů; pojem motivace v psychologii zatím značně nejednotný; nejčastěji chápán jako intrapsychický proces zvýšení nebo poklesu aktivity, mobilizace sil, energizace organismu. Projevuje se napětím, neklidem, činností směřující k porušení rovnováhy. V zaměření motivace se uplatňuje osobnost jedince, jeho hierarchie hodnot i dosavadní zkušenosti, schopnosti a naučené dovednosti. Za nežádoucí motivaci jsou považovány strach, úzkost, bolest aj.*“

Plháková (2003, s. 319) definuje pojem motivace „*jako souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního.*“

J.Nuttin (1987, in Nakonečný, 1997, s.12) chápe motivaci jako „*hypotetický proces, jehož podstatným znakem je zaměření a energetizace chování, a uvádí: konkrétní zaměření na ten či onen objekt určuje učení, avšak účinek vnějších podnětů (stimulů) nelze vždy zcela jasně odlišit od účinků motivace a je nutno odlišit dvě odlišné úrovně řízení: 1. řízení může znamenat konkrétní cestu k dosažení určitých objektů ; 2. Jedinec nacházející se 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.*“

P. G. Zimbardo (1983, in Nakonečný, 1997, s.12) zdůrazňuje, že je to pojem „*vyjadřující určité závěry z toho, co je pozorováno, že chování směřuje k dosažení určitých cílů, že probíhá určitou silou (úsilím), že člověk prožívá touhy a chtění. V tomto smyslu zahrnuje pojem motivace tyto fenomény: 1. energii, vzrušení; 2. zaměření této energie na určitý cíl; 3. selektivní pozornost pro určité podněty a změněnou vnímavost pro jiné; 4. organizaci aktivity v integrované vzorce reakcí, resp. jejich sekvencí; 5. udržování zaměřené aktivity, dokud se nezmění výchozí podmínky.*“

Nakonečný (1997, s. 17) definuje motivaci „jako intrapsychický proces, který má svůj zdroj ve vnitřní a vnější situaci individua.“ Taková vnitřní „situace“, jako je např. stav hladovění, vyjadřuje primárně endogenní zdroj motivace, ale motivující vnitřní stavy mohou ovšem vyvolávat i vnější situace člověka, jako je např. vnější ohrožení ať už např. života nebo prestiže apod. jindy se určité vnější podněty, jako jsou např. peníze nebo pocty stávají motivující, ale jen za podmínky příslušného vnitřního „vyladění“, které je dáno stavem trvalých a aktuálních potřeb individua. Vnější podněty mohou jedince stimulovat, ale nemusí ještě motivovat určité chování: sytý člověk pohybující se kolem restaurace může být zaujat vystaveným jídelním lístkem, ale nemusí do této restaurace vstoupit, aby si dal něco k jídlu. Je nutné rozlišovat motivace, resp. motivy a vnější motivující podněty, které jsou někdy označovány jako tzv. incentive. Podněty se stávají incentive jen v určitém vztahu ke stávajícím motivacím, resp. motivům: nápoj je incentive pro žíznlivého. Někdy hovoříme o popudech, které vyvíjejí tlak na chování jaksi zvnitřku, a o pohnutkách, které vyvolávají tlak zvnějšku.

### **1.1 Zdroje motivace**

Podle Bedrnové a Nového (2007) patří k základním zdrojům motivace tyto:

- Motivy
- Potřeby
- Návyky – naučené vzorce chování člověka, opakovaný, fixovaný a zautomatizovaný způsob činnosti člověka v určité situaci
- Zájmy- zájmy jsou motivy, zdroji poznávací činnosti a současně i jejím produktem. Říčan (2007) je chápe jako odvozené potřeby, která se uspokojuje prováděním určité činnosti
- Hodnoty a hodnotové orientace
- Ideály: ideová či názorná představa něčeho subjektivně žádoucího či pozitivně hodnoceného, co pro daného jedince představuje významný cíl jeho snažení, vznikají působením sociálních faktorů vývoje a utváření osobnosti člověka



Nyní se budeme zabývat podrobněji jen několika zdroji motivace.

### 1.1.1 Motiv

Hartl, Hartlová (2000, s. 327) „*Motiv (motive) pohnutka, příčina činnosti, jednání člověka zaměřené na uspokojení urč. potřeby; motiv má cíl a směr, intenzitu, trvalost; pramení z podnětů vnitřních, vědomých, bezděčných, podvědomých, a vnějších; má významnou úlohu při emoční, myšlenkové a fantazijní činnosti člověka; m. bývají různě klasifikovány, nejčastěji v souvislosti s dělením potřeb.*“

Motiv je psychologická příčina, která determinuje motivaci. Motiv vyjadřuje smysl chování, obsah toho, k čemu motivace směřuje, tj. obsah uspokojení a jako takové jsou to dále neanalyzovatelné psychologické příčiny chování. Koncepty motivace i koncepty motivů odpovídají na otázku, proč lidé jednají tak, jak jednají. Koncepty motivů vyjadřují postulované psychologické příčiny jednání odvozené z významu daného cíle, jehož má být dosaženo, pro konkrétního jedince. Uplatňují v energetizaci a zaměření procesu, jež je motivem iniciován (Nakonečný, 1997, 1998).

Pro pojem motiv existuje český ekvivalent pohnutka. Některé motivy se neprojevují zvýšenou aktivitou, motivy určují, zda bude daný jedinec směřovat k určitému objektu či mentálnímu stavu, nebo zda se mu bude vzdalovat. Projevují se tím, že chceme něco získat, nebo se pokoušíme něčemu vyhnout. Síla motivu ovlivňuje intenzitu a kvalitu chování. Přistupujeme ke studiu motivace ze dvou různých hledisek. První z nich chápe motivy jako vnitřní mentální pohnutky. Druhý, převážně behavioristický přístup se snaží zjistit, jak ovlivňují lidské chování vnější podněty, které označujeme jako incentive, pobídky. Motivované chování provázejí často silné emoce. Vzájemně jsou propojeny, ovlivňují se a podmiňují. Společně tvoří motivačně-emocionální systém, který ovlivňuje lidské chování a prožívání. Podle některých autorů jsou mnohé pohnutky a cíle lidského chování nevědomé nebo si je člověk uvědomuje pouze částečně

Lidské motivy lze rozdělit do 4 velkých okruhů.

1. *Sebezáchovné motivy*: mají jasný biologický základ. Jsou mentálními reprezentacemi organických deficitů a fyziologických pochodů. Patří sem motivy zajišťující přežití jednotlivce, přežití druhu
2. *stimulační motivy*: k nimž patří potřeba optimální úrovně aktivity a variabilních vnějších podnětů. Tyto pohnutky jsou také vrozené, protože jejich uspokojování je podmínkou optimálního, „neporuchového“ psychického fungování.

3. *Sociální motivy*: ovlivňují a regulují mezilidské vztahy. Potřeba úspěšného výkonu, afiliace-intimity a moci.
4. *Individuální psychické motivy*: jakými jsou hledání životního smyslu, obrana sebezpojetí, potřeba svobodně se rozhodovat a jednat (Plháková, 2003).

D. McClelland (1953, in Nakonečný, 1997, s. 28) „... *motivы jsou spojeny s afekty, přesněji s dosažením určitých silných emočních zážitků. Emoce a motivace vystupují jako komplementární psychické funkce.*“

Koncept motivu vyjadřuje zvláštní případ psychologické účelnosti, resp. kauzality, chápeme-li prvé jako zvláštní případ druhého. chování a uspokojení je účelné, tato účelnost je determinována, je to účelnost psychologická a má a psychologické příčiny. Jedinec touží po účincích svého chování, zaměřuje se na jejich dosažení, ale tyto touhy jsou důsledkem určitých stavů a situací, v nichž se nachází; určité změny vyvolávají určité účinky, potřeby vyvolávají instrumentální chování směřující k účelnému uspokojení (Nakonečný, 1997).

### **1.1.2 Potřeba**

Podle Hartla a Hartlové (2000, s. 444) je potřeba (*need*):

1. „*Nutnost organismu něco získat nebo něčeho se zbavit.*“
2. „*Stav lidského organismu, který znamená porušení vnitřní rovnováhy nebo nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti (opakem je stav rovnováhy, nepřítomnosti aktuální potřeby – homeostáza); komplementárním pojmem k potřebám jsou hodnoty; jejichž výběrem mohou být potřeby uspokojovány; zatímco systém potřeb ve vývoji lidstva se významně nemění, hodnoty jsou proměnlivé; potřeba vzniká při jakékoli fyziologické odchylce od ideální hodnoty; pokud odchylka nemůže být automaticky upravena, je aktivován pud a vybuzený organismus zahájí činnost ke znovuoobnovení rovnováhy; na rozdíl od přání jsou potřeby určeny nutností člověka jako druhu a jejich dlouhodobé nenaplnění se nepříznivě odráží ve zdraví a pocitu dobré pohody.*“

Podle H. A. Murray (in Nakonečný, 1998) termín potřeba označuje interně nebo externě excitovatelnou, v mozku spočívající sílu, která je prožívána jako popud nebo nucení k jednání, aby bylo dosaženo cíle, který je pro jednatelovo užitečný nebo příjemný ve vztahu k situaci.

Chápeme-li motivaci jako intrapsychické dění, které má funkci regulace vztahů individua k jeho životnímu prostředí, je nutné i jeho i jeho základní motivační konstrukty

chápat jako intrapsychické fenomény specifického obsahu. V tomto smyslu je pak nutno chápat i pojmy potřeby a motivu. Motivace je proces iniciovaný výchozím motivačním stavem, v jehož obsahu se odráží nějaký deficit ve fyzickém či sociálním bytí jedince, a směřující k odstranění toho deficitu, které je prožíváno jako určitý druh uspokojení. Výchozí motivační stav charakterizovaný deficitem lze označit jako potřebu. Smyslem chování je pak udržování toho stavu, resp. jeho obnova, když došlo k jeho narušení. Chování je instrumentální aktivita zprostředkující vztah mezi potřebou a jejím uspokojením. Motiv pak vyjadřuje obsah tohoto uspokojení. Potřeby i motivy jsou vnitřní psychické stavy, které jsou si komplementární. Potřeby vyjadřují výchozí motivační stav, který se vývojem zkušeností zpřemětuje, tj. nachází určitý objekt činnosti a s ním spojený instrumentální vzorec chování. Potřeby, instrumentální chování a dosažení uspokojení vytvářejí jednotný, smysluplný celek mentálních a behaviorálních aktivit (Nakonečný, 1997).

Madsen (1979) rozlišuje mezi nižšími a vyššími potřebami. Jeho obsah teorie je soustředěna na vyšší potřeby, které jsou pozdějším stupněm fylogenetického vývoje. Čím vyšší potřeba, tím méně je důležitá pro pouhé přežití, tím déle může být její uspokojení odkládáno a tím snáze se potřeba trvale ztrácí. Žití na úrovni vyšších potřeb vede k delšímu životu, k menšímu počtu nemocí, lepšímu spánku a chuti k jídlu. Vede k většímu štěstí, klidu a vnitřního uspokojení.

*„Murray potřebu definuje jako konstrukt označující sílu v oblasti mozku, která organizuje vnímání, myšlení, snažení a jednání v určitém směru, s cílem změnit existující neuspokojivou situaci“ (Plháková, 2003, s. 366).*

Murray rozdělil potřeby do dvou hlavních skupin:

1. **Primární (viscerogenní) potřeby:** jsou vytvářeny a uspokojovány periodickými fyziologickými procesy. Např. potřeba kyslíku, vody, potravy atd.
2. **Sekundární (psychogenní) potřeby:** jsou zakotveny v psychickém či povahovém uzpůsobení; jejich vzorce tvoří podstatu osobnosti (Plháková, 2003).

Maslow rozdělil potřeby do pěti úrovní, a to od nejnižších po nejvyšší:

1. **Fyziologické potřeby,** k nimž patří žízeň, hlad, sex, spánek atd. mnohé z nich jsou homeostatické.
2. **Potřeby bezpečí:** jistota, stabilita, spolehlivost, osvobození od strachu, úzkosti, chaosu, potřeba struktury, pořádku, zákona, mezí, silného ochránce atd.

3. **Potřeby lásky a náklonnosti** a potřeba někam patřit (p. sounáležitosti).
4. **Potřeby uznání:** potřeby dosažení úspěšného výkonu a potřeby prestiže.
5. **Potřeby seberealizace:** týká se sebenaplnění člověka, uskutečnit své možnosti (Plháková, 2003).

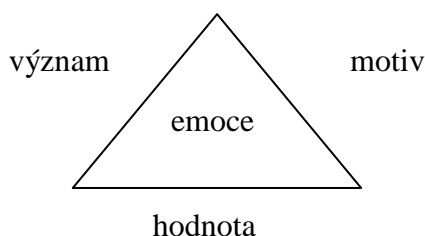
Madsen (1979) s potřebami seberealizace úzce souvisí potřeba vědění, porozumění, estetické potřeby.

Potřeby od první do čtvrté úrovně hierarchie, Maslow označil jako nedostatkové-deficientní (**D-potřeby**). Pátá třída potřeb jsou metapotřeby, potřeby bytí (**B-potřeby**). Jsou to růstové potřeby. D-potřeby Maslow dělí na nižší (fyziologické potřeby, potřeba bezpečí) a vyšší (potřeba lásky, sounáležitosti, uznání). Uspokojení vyšších potřeb zajišťuje pohodu a rozvoj osobnosti jedince (Plháková, 2003).

### 1.1.3 Hodnoty

Hodnota jako dobro znamená současně významnost, každá subjektivní hodnota je životně významná a žádoucí. Dosahování a udržování určitých hodnot je proto i motivující. Tak dostáváme následující triádu konceptů, jejichž střed, obrazně řečeno, tvoří emoce (viz. Obr.č.1).

Obr.č.1. Triáda konceptů (Nakonečný, 1998)



Hodnoty, které člověk vyznává, tvoří jeho hodnotový systém, který je více či méně stabilní. Systém tvoří hierarchicky uspořádané hodnoty podle významu. Někdy označováno jako hodnotová orientace, která je tvořena postoji k objektům, událostem, idejím, hodnotám. Emoce jsou funkčním jádrem hodnocení, hodnot, avšak nepůsobí v procesu hodnocení a utváření hodnot izolovaně. Užší pojetí souvisí s pojmem incentiva, používaným v psychologii motivace. Proces hodnocení je komplexní jev, v němž se emoce spojují s kognicí a motivací (Nakonečný, 1998).

Hodnoty jsou významnými aspekty biologického i kulturního života. Hodnotová orientace značně ovlivňuje jednání i prožívání, proto je významným zdrojem lidské

motivace. Člověk bude více motivován k činnostem vedoucím ke skutečnostem umístěným „výše“ v jeho hodnotové hierarchii (Bedrnová, Nový, 2007).

Hodnocení označuje vztah člověka vůči prožívané realitě. Hodnoty představují společenské standardy, kterými je regulována činnost a chování člověka ve společnosti. Hodnoty reprezentují systém získaných dispozic člověka jednat nebo směřovat k cíli v souladu s žádoucností, kterou určují podmínky existence (Cakirpaloglu, 2004).

## ***1.2 Typy a způsoby motivace***

Autoři obvykle vydělují tyto typy motivace:

➤ *Vnitřní (intrinsická) motivace:*

Plháková (2003) ovlivňuje lidské chování a prožívání bez jakékoliv vnější odměny. Vede k aktivitám, které jsou uspokojující samy o sobě. Patří k nim hra, studium, vědecké bádání, umělecká tvorba. Podstatou vnitřní motivace je přirozená lidská tendence vyvolávat novost a rozptýlení, dokazovat si svou schopnost řešit problémy, řídit svůj vlastní život aj.

Nakonečný (1998) intrinsicky-endogenní motivovaná činnost, je taková, která přináší uspokojení sama o sobě.

Hartl, Hartlová (2000, s. 328) „*Motivace vnitřní přicházejíc z organismu, resp. jedince, jako je hlad, žízeň, hladina hormonů, ale též cíl, plán, představa, tužba aj.*“

➤ *Vnější (extrinsická) motivace:*

Plháková (2003) o vnější motivaci mluvíme tehdy, když jedinec provádí určitou aktivitu kvůli nějaké konkrétní odměně (např. známka, finance).

Nakonečný (1998) vnější motivace přichází zvnějšku jako pobídka (např. finanční odměna).

Hartl, Hartlová (2000, s. 328) „*motivace, která vyvolává denní a roční doba, přítomnost či nepřítomnost jiných lidí a podnětů v okolí.*“

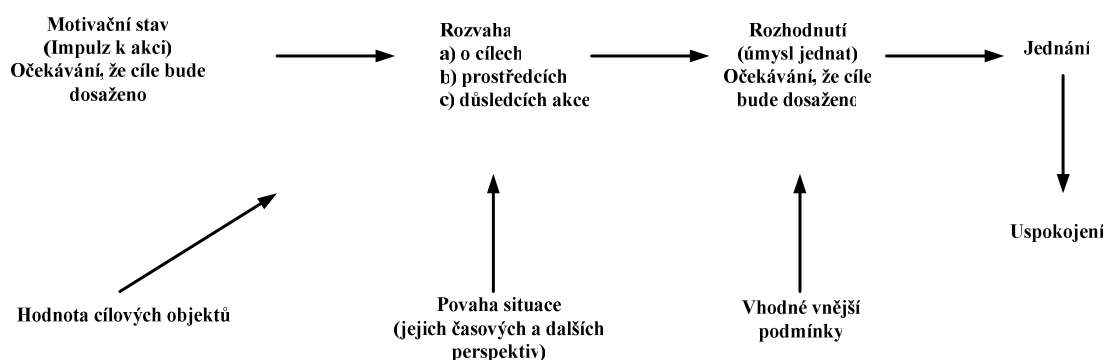
➤ Nevědomá motivace:

Nevědomá motivace vyjadřuje chování, jehož skutečné psychologické příčiny si subjekt není vědom. Chování iniciované nevědomými motivacemi se často označuje jako iracionální. Člověk se domnívá, že zná své důvody svého jednání, že chápe jeho smysl, ve skutečnosti však často neví, proč se rozhodl tak, jak se rozhodl, a důvody jednání, o kterých si myslí, že je zná, jsou někdy jen jeho racionalizací, kterou se brání výčítkám svědomí (Nakonečný, 1997).

### 1.3 Motivace a rozhodování

Volní akt je založen na rozhodnutí, jemuž předchází proces rozhodování, tj. volby cílů, prostředků, jejich alternativ. Volba zahrnuje kognitivní a morální aspekty předmětů. Jde o složitý komplex kognitivních, emočně-motivačních a motorických komponent. Motivační tendence se vyvíjí v intenci, v záměr jednat určitým způsobem určitých prostředků a dosáhnout určitého cíle. Záměrné jednání je spojeno s vynaložením úsilí na překonání překážek, vnitřní konfliktností aktivovaných tendencí a dalšími jevy (Nakonečný, 1997).

Obr. č. 2 Struktura volní regulace chování, jednání, volního aktu (Nakonečný, 1997)



Jedním z postřehnutelných principů vzniku motivace, rozhodnutí se, k činnostem je snaha naplňovat, dosycovat, osobní potřeby a s nimi související zájmy. Podstata obou prvků, potřeb i zájmů, je stejná. Lidskému jedinci zajišťují přežití ve světě, umístění ve společnosti, integraci v sobě samém, nabytí dojmu vlastní platnosti pro ostatní. Motivaci lze chápat jako pojem zahrnující v sobě všechny energetizační složky organismu, jeho

snahu obstát v prostředí a naplnit seberealizaci. Podstatná je hlavně kladná motivace, nejlépe zřejmě vyjádřená ve Franklově teorii smysluplnosti života, prožitku typu „flow“ (smysluplném plynutí) dějů a stavů, které si jedinec uvědomuje, prožívá, žije. S tímto aktem souvisí rozhodovací modely vlastní každému organismu. Prvořadá je energetická stabilita a normalita, která podporuje schopnost rozhodování na škále (chci-nechci). Pokud je dostatečně saturovaná strana „chci“ a má kladné důsledky v činnostech, pak není organismus psychicky vyčerpán, protože vše plyne, děje se jakoby samo sebou. V tomto případě potřebuje lidský jedinec umět pracovat se svým energetickým potenciálem, mít cíl a zároveň dokázat reagovat na překážky operativně, beze ztráty cíle, koncepce (Svoboda, 2008).

S daným faktorem souvisí schopnost seberegulace, která je možná tehdy, pokud jedinec má cíl. Jinak seberegulaci využívá k „přežití“ v daném stavu a cíl, jeho dosažení, se vzdaluje. Schopnost stavět si adekvátní cíle věku a možnostem, je velkou mírou dílem úrovně sociální vyspělosti a zralosti, určitelné na škále (smím-nesmím). Je tedy velmi významné vědět, co smím, co nesmím. Směřovat sebe s ohledem na ostatní i sebe samého v sociálně únosných normách. Aby nedocházelo k přetížení potřebuje každý lidský jedinec svou míru dispozice k nezávislosti na podmínkách, tedy (nenechat se odradit podmínkami), které považuje za náročné. Nezbytná je tedy určitá dávka autonomie, sebeakceptace, integrity. Zásadní je proto i danost, odolnost, dispozice k výkonnosti. Tedy limitace schopnosti očekávaného cíle vůbec úspěšně dosáhnout (Svoboda, 2008).

Pokud člověk chce motivovat sám sebe nebo jiného jedince, musí brát v potaz výše popsané komponenty, vycházet z reality energetických dispozic. Stanovit si následně cíl a kroky k jeho dosažení.

#### ***1.4 Vliv motivace a její dynamika***

A.H. Maslow (1954, in Nakonečný, 1997) ve své teorii motivace zdůrazňuje, že motivace prostupuje celou psychiku jedince a dává psychickým procesům vnímání, myšlení, imaginace, cítění určitý obsah a směr průběhu, který vyjadřuje motivační zaměření.

Nakonečný (1998) vysvětluje, že paradigma motivace tvoří interakce několika činitelů. Smysluplnost motivace spočívá v dosažení nějakého cíle a tento cíl vyjadřuje nějakou vnitřní potřebu člověka. Proto je cílem dosažení uspokojení této potřeby, která

byla vzbuzena jako reakce na nějaký nedostatek v organismu nebo vnějších podmínkách života individua. Uspokojení se označuje jako dovršující reakce.

Dynamika vyplývá ze vztahu člověka a jeho okolí. Je v podobě snah-prožívána jako požadavek určitého dění v tomto vztahu, změny výchozího vztahu, a zároveň jako síla směřující k jejímu uskutečnění, dosažení určitého cílového stavu. Člověk vnímá sám sebe jako aktivního činitele. Čím je motivovanost v daném směru silnější, tím více úsilí-duševního a tělesného k tomu vynakládá. Skutečně dosažená úroveň výkonu však je výslednicí vztahu intenzity vzbuzené motivace složitosti (poznávací náročnosti) požadovaného výkonu. Čím silněji je jedinec motivován k dosažení určitého cíle, tím méně dokáže jednak podřídit své činy hlediskům poznání, jednak své poznávací schopnosti v plném rozsahu uplatnit. Snaha vychází z určitého výchozího stavu a směřuje k dosažení jiného, cílového stavu. Události (změny) nastávající v průběhu snažení zpětně ovlivňují motivovanou činnost a prožitky s ní spojené: podněcují, tlumí, udržují nebo mění jejich průběh (Balcar, 1991).

### ***1.5 Vytvoření nové motivace***

J. Eccles (1964, in Nakonečný, 1997) shrnul způsoby, jakými se vytvářejí nové motivace, tj. jak se člověk učí novým cílům.

1. přeměna prostředků v cíle: prostředky užívané k dosažení cíle se mohou stát samy cíli.

2. nápodoba: Člověk se srovnává s jinými lidmi a touží mít, co mají oni. Konformismus uvnitř skupiny.

3. společenské ocenění: uplatňují se pozitivně vztažené skupiny. Systém odměn a trestů. Je motivován normami skupiny.

4. vliv autority: pro dítě jsou rodiče autoritou. Projevuje se i v dospělosti. Přebíráním určitých způsobů chování, učení na základě modelu.



## **2 Motivace závislého chování**

Motivace je v oblasti léčby závislostí považována za důležitý prvek. Mnoho psychologických publikací nabízí široké spektrum různých definicí, které většinou poukazují na vnitřní hnací mechanismy, vliv podnětů, rozhodovací procesy, nebo formu intervenčního procesu, který vede jedince k činnosti (Rotgers, 1999).

### **2.1 Pudy jako motivace**

Z historického hlediska je motivace spojována s konceptem pudových mechanismů. Motivace je považována za obdobu fyziologických potřeb. Organismus je řízen neuspokojivými potřebami. Chápeme motivaci jako „*intervenující proces nebo vnitřní stav organismu, který jej vede k činnosti, v tomto smyslu je energetizujícím činitelem chování.*“ (Rotgers, 1999, s.196).

Pudová teorie týkající se závislého chování se shoduje s pitím pro úlevu a také s jinými psychobiologickými prvky syndromu alkoholové závislosti. Jiný příklad pudové teorie je argument genetické závislosti. Kritici pudového modelu vytýkají, že tento model vidí zdroj chování mimo volní jednání jedince. Užívání drog by tak bylo vyvoláno somatickými příčinami, než vědomou volbou jedince chovat se určitým způsobem (Rotgers, 1999).

### **2.2 Učení jako motivace**

Učíme se to, co chceme dělat prostřednictvím toho, že se určitým způsobem chováme a pak zažíváme důsledky svého jednání. Pozitivní a negativní posilování (odstranění negativního podnětu) stejně jako trest formují naše chování, týká se i užívání drog. Užívání drog, závislost, i tolerance mohou být klasicky podmíněné. Klasickým příkladem behavioristického přístupu jsou averzivní techniky a techniky ke kontrolovanému pití (Rotgers, 1999).

### **2.3 Rozhodování jako motivace**

Existuje množství modelů rozhodovacího procesu. Všechny spojuje myšlenka, že rozhodování zahrnuje vyhodnocování alternativních postupů jednání prostřednictvím posouzení potencionálních pozitivních a negativních aspektů každé volby. Kromě míry atraktivity změny, která koresponduje se skutečnými pokusy o její dosažení, existují ještě

další dvě významné psychologické proměnné: nízké sebevědomí a vysoká úroveň osobní nespokojenosti se současným životem. Čím více člověka něco emočně trápí, tím pravděpodobněji se bude angažovat v nějaké činnosti. Emoce jsou hnací silou chování (Rotgers, 1999).

## **2.4 Emoce jako motivace**

Jannis a Mann navrhli tabulku rovnováhy rozhodnutí a podnětů, která nabízí schéma pro porozumění kognitivních, emočních a motivačních aspektů rozhodování. V rámci schématu rozhodovací rovnováhy stojí proti sobě zisky a ztráty z realizace určitého chování a zisky a ztráty spojené s tím, že se pro něj člověk nerozhodne. Rozhodování jedince neovlivňuje celkový počet zisků a ztrát, ale srovnání počtu zisků a ztrát obou variant navzájem (Rotgers, 1999).

Jannis a Mann (in Rotgers, 1999) klasifikovali ztráty a zisky konkrétního rozhodnutí do těchto typů:

1. ztráty a zisky z hlediska vlastního prospěchu. Obsahuje instrumentální důsledky rozhodnutí ve vztahu k cílům osobního prospěchu
2. ztráty a zisky z hlediska jiných významných osob. Hrají roli instrumentální důsledky rozhodnutí ve vztahu k cílům jiných jedinců nebo skupin, s nimiž je rozhodující osoba spojena.
3. soulad nebo nesoulad se sebou samým. Obsahuje abstraktní aspekty jako je morální standard, ego ideál a součásti představ o sobě, které se vztahují k sebeúctě rozhodující osoby.
4. souhlas a nesouhlas významných druhých. Předpokládaný souhlas nebo nesouhlas v souvislosti s rozhodnutím ze strany jedinců nebo skupin, s nimiž je rozhodující se jedinec ve spojení.

V případě významných rozhodnutí by měly být vzaty v úvahu všechny čtyři skupiny. Existují čtyři formy poruch chování řešícího problém, které ovlivňují kvalitu rozhodovacího procesu.

1. **Nekonfliktní netečnost.** Jedinec pokračuje ve stejných reakcích jako doposud, nezhodnotil jiné možnosti.

2. **Nekonfliktní změna.** Jedinec může vnímat alternativní možnost jako prospěšnější než je jeho současná činnost a reaguje podle ní, aniž by zvážil faktory spojené se změnou.
3. **Obranné vyhýbání.** Začne jednat způsobem, které je nevhodné a ohrožující, nevnímá alternativní možnosti jako prospěšnější.
4. **Nadměrná ostražitost.** Domnívá se, že musí reagovat okamžitě. Důsledkem je, že učiní rozhodnutí, aniž by zvážil jeho důsledky nebo jiné, lepší alternativy.

Při volbě jedné nebo více poruch zvládnání problémů lze očekávat, že člověk pravděpodobně učiní nevhodné rozhodnutí (Rotgers, 1999).

## **2.5 Přístupy v oblasti závislosti**

Zda závislost je lépe chápat jako stav podobný nemoci nebo jako naučené chování, ovlivňuje užívané pojetí motivace. V léčbě závislostí můžeme identifikovat rozdíly v orientaci mezi tradiční školou (model nemoci) a kognitivně-behaviorálními přístupy.

### **2.5.1 Tradiční přístup**

Názor Mindlin (1959, in Rotgers, 1999 s. 203) definoval motivaci „*jako klientovu ochotu se aktivně zapojit do léčby; odhodlání se kromě abstinence změnit i v dalších směrech a připravenost přinést oběti ve prospěch terapie.*“ Stunkard (1961, in Rotgers, 1999, s.203) popisuje motivaci „*jako stav, ve kterém si pacient uvědomí své obtíže, potřebu terapie a pochopí, že pomoc by mohla zlepšit jeho stav.*“

V tradičním přístupu se setkáváme s pojmem „žádné motivace“. Lidé, kteří se rozhodli se nezměnit, nejsou vůbec nijak motivovaní nebo vykazují „paradigma syndromu nemotivovanosti“. Sterne a Pittman (in Rotgers, 1999) dělí alkoholiky do dvou skupin- na ty, kteří motivaci mají a ty, kteří ji nemají.

Druhá stránka je, že bez motivace nemůže terapeut pro klienta nic udělat. Z toho by vyplývalo, že klient musí do léčby nastupovat motivovaný a rozhodnutý, že se změní. Pokud takto klient nastavený není, nemusí s nimi terapeut spolupracovat. Pokud měla léčba špatné výsledky nebylo to vinnou terapeuta, ale nemotivovaného klienta (Sterne, Pittman, in Rotgers, 1999).

Rozdíl je v tom, že nepoužíváme označení – klient nemá motivaci. Rozhodnutí pokračovat v užívání přesto, že to není zdravé, je motivované chování, i když to může

ostatní popouzet. Jak Davies (1984 in Rotgers, 1999) zdůraznil, všichni uživatelé drog jsou motivovaní a mnozí velmi silně, ale v tom smyslu, že chtějí pokračovat v užívání.

Součástí tradičního modelu závislosti a její léčby bylo přesvědčení, že drogově závislý není dostatečně motivován, dokud se nedotkne dna (Kalina, 2003b). Když pacient vstoupil do léčby, jeho motivaci a relapsům byla věnována menší pozornost. Odpor k terapii a špatná spolupráce se považovaly za popření. Současnost však nabízí i jiná hlediska: například popření můžeme považovat za odraz rozdílů mezi terapeutovou a pacientovou definicí problému. Popření lze také chápat jako ambivalenci ve vztahu ke změně v závislém chování, neboť poměr zisků a ztrát vyplývajících ze změny se během času mění (Kalina, 2008b).

Tento tradiční pohled je dnes zpochybňován a nahrazován kognitivně behaviorálním modelem.

### **2.5.2 Přístup kognitivně behaviorální terapie**

Za průkopníky tohoto směru v oblasti závislostí považujeme Prochaska a DiClemente se svým „kolem změny“, o kterém bude pojednáno později. Prochaska a DiClemente rozlišili uživatele nikotinu podle stadia procesu změny chování, ve kterém se nacházejí. Uživatelé, kteří nechtějí svoje chování změnit jsou v prvním stadiu. Tyto osoby ve stadiu „prekontemplace“ rozdělil na čtyři typy-neochotný, vzpurný, rezignovaný a racionalizující. A) neochotní jedinci nemají dostatečnou náhled nebo se staví pasivně k tomu, že jejich chování je problém. B) vzpurní jedinci chtějí mít všechna rozhodnutí o změně pod kontrolou, problémové chování má pro ně velikou hodnotu. C) rezignovaným jedincům se jeví změna jako příliš obtížná. Domnívají se, že nemají sílu provést změnu. D) racionalizující jedinci úspěšně zvážili pozitivní a negativní aspekty svého chování a na základě bilance se rozhodli. Uživatelé jiných návykových látek nelze takto rozdělit. Jsou to „požitkáři“, užívání se jim líbí a jeví se jim jako prospěšné. Časem se negativní důsledky začínají hromadit. Člověk začne vnímat více ztrát jak zisků. Poté dochází ke změně pokud je ambivalence dostatečně silná (Rotgers, 1999).

Motivaci v tomto modelu chápeme jako „proces usměrňování, udržování a energetizace chování proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince. Vlivem drog se tato základní osobnostní dimenze zásadně mění, jednak výsledným poklesem zájmu o cokoli jiného než záležitosti týkající se drog a jednak ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k růstu a prosperitě. Je jedním faktorem ze čtyř (dalšími jsou: stupeň závislosti, kvalita

*osobnosti jedince, kvalita jeho okolí včetně sociálního), které rozhodují o úspěšnosti léčby“ (Kalina a kol., 2001, s.66).*

Miller a Rollnick (2003) spatřují efekt intervence motivačních rozhovorů s drogově závislými klienty v přesunu odpovědnosti za změnu. Ta spočívá na klientovi, zatímco úkolem terapeuta je vytvoření takového prostředí, které usnadní klientovu vnitřní motivaci ke změně a případně pomůže využít a zvnitřnit motivaci vnější (ze strany rodiny, zaměstnání, úřadů, soudů, apod.).

Vývoj motivace k minimalizaci rizik („harm reduction“), případně k léčbě, i udržování motivace ke změně životního stylu a k vytrvání v ní tedy nepovažujeme za výlučně za věc klienta. Terapeuti musí chápat počáteční i průběžné intervence posilující motivaci jako integrální součást léčby a svého profesionálního výkonu ( Kalina, 2001).

Rotgers (1999) označuje také terapeutův styl jako významný faktor v interakci klient-terapeut, který se může rozhodujícím způsobem podílet na tom, zda klient zvolí status quo, odpor anebo se rozhodne pro změnu. Stejně jako klient, i terapeut může být motivován napomáhat klientovi uskutečňovat změny, nebo je blokovat. Na více či méně vědomé úrovni je také terapeut napojen na vlastní motivaci.

Posilování motivace, jak uvádí Nešpor (2007), lze pochopitelně včlenit do nejrůznějších forem terapie. Dá se s ním pracovat v malé i ve velké skupině, při individuální konzultaci, při práci s rodinou atd. Pacienty je dobré se změnami motivace seznámit a učit je, aby sami identifikovali v jakém stádiu se nacházejí, a i to, aby dokázali vlastní motivaci posilovat.

Reakcí na trendy v léčbě závislostí, které zahrnují užití přímé konfrontace a přesvědčování, je vznik metody motivačního rozhovoru. Metoda je příkladem krátkých kognitivně behaviorálních přístupů v psychoterapii a strukturovaném poradenství u uživatelů drog, prosazuje však také vliv „na klienta centované“ rogeriánské terapie. Filozofie motivačního rozhovoru odmítá „černobílý“ přístup k motivaci klienta (tradiční přístup) a předpokládá že lidé jsou ve skutečnosti celkem motivovaní, ale stav připravenosti ke změně kolísá a je ovlivněn množstvím různorodých vnitřních faktorů a vnějších podmínek (Dobiášová, 2008, in Kalina 2008b).

Práce s motivací je dobrým základem pro intervence, které vedou u klientů s problémy užívání drog ke změnám v chování, prožívání a myšlení. Je významnou součástí práce v nízkoprahových kontaktních centrech, poradnách a ambulantních centrech. Motivační rozhovor je užitečný nejen při individuální práci s klientem v rámci předléčebného nebo léčebného poradenství, ale je také efektivní součástí práce s rodinami.

## 2.6 *Motivace k abúzu drogy*

Důležitou a neodmyslitelnou součástí pro vývoj závislosti je motivace vedoucí k abúzu drogy. Motivů může být jistě podstatně více, pokusíme se postihnout alespoň nejčastější (Heller, Pecinovská, 1996).

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

## **2.7 Motivace jako aspekt ovlivňující léčbu**

### **2.7.1 Vývoj motivace klienta v léčbě**

Kalina (2000) uvádí tento vývoj motivace klienta

1. popírá, že má vůbec nějaké problémy (problémy mají ostatní)
2. připouští, že má nějaké problémy, ale popírá problémy s drogou
3. připouští, že má problémy s drogou, ale popírá, že potřebuje odbornou pomoc
4. připouští, že potřebuje odbornou pomoc, ale popírá, že potřebuje ten typ léčby či intervence, který mu nabízíme
5. smlouvá a uzavírá obchod
6. pasivně se podrobuje
7. vyvíjí aktivitu s žádostí o pomoc, pomoc přijímá se samozřejmostí a očekává ocenění za to, že ji přijímá nebo za banality - cítí se zraněn, nevytváří-li se kolem něj příhodné podmínky pro jeho úsilí (testování)
8. vyvíjí stále zralejší iniciativu při řešení problémů aktuálních i budoucích

Pro pochopení motivace klienta je třeba vždy zvažovat konkrétní osud a zkušenost člověka. Z obecného hlediska lze rozlišit čtyři úrovně motivačních faktorů (Miovský, in Kalina 2003b).

1. **zdravotní a psychické,**
2. **sociálně-psychické,**
3. **sociální,**
4. **trestně-právní.**

Tyto úrovně jsou propojeny a nelze je od sebe zcela oddělit. Z hlediska kvality pro potencionální zahájení léčby jsou seřazeny dle významnosti shora dolů. Pokud klientovi není zle, netrpí žádnými zdravotními problémy, bolestmi, psychologickými problémy atd., nemívá obvykle mnoho důvodů se léčit. Důležitá je míra uvědomění si (reflexe) těchto problémů a dopadů. Čím více si uvědomuje problémy, které mu užívání drog způsobuje, tím je obvykle k léčbě více motivován. Důležitý je moment vnímání a hodnocení problémů. Problémy musí vadit především jemu, musí být pro klienta ohrožující, nepříjemné a nežádoucí. Rovina, která se od klienta vzdaluje je nátlak rodičů, partnera, dětí, tlak zaměstnavatele aj. čím méně si klient problémy spojené s užíváním drog bere za své, tím horší je kvalita jeho motivace. Za nejméně kvalitní vstupní motivaci lze považovat

povinnou léčbu, tedy konflikt se zákonem vedoucí k soudně nařízeným léčbám, které se ukazují být jako nejméně efektivní a současně nejvíce náročné na umění terapeutů probudit v klientovi jeho vlastní motivaci ke změně (Miovský a kol., in Kalina 2003b).

### **2.7.2 Malá nebo žádná motivace pro léčbu ve vězení**

Častým dotazem pomáhajících pracovníků v represivních složkách je, jaký zvolit postup, když klient není motivovaný pro léčbu. Samotný fakt, že klient není aktuálně motivovaný pro léčbu, neznamená, že léčba v jeho případě nemá smysl a že nebude úspěšná. Na druhé straně zůstává realitou, že řada klientů opravdu není motivovaných k léčbě a chce drogy i nadále užívat. Cílem spolupráce s klientem by v takovém případě neměla být abstinence, ale přístup harm reduction nebo substituční léčba. Přístupem harm reduction a substituční léčbou je možné minimalizovat zdravotní, sociální, u substituční léčby trestněprávní rizika, která plynou z užívání drog (Kalina, 2008b).

### **2.7.3 Práce se nedobrovolným klientem ve vězení**

Základní charakteristikou nedobrovolného klienta je skutečnost, že sám není motivován pro spolupráci a o tom, že si má „nechat pomoci“, rozhodl někdo jiný. Principy práce, které mohou práci s nedobrovolným klientem výrazně usnadnit uvádí (Müllerová, 2008, in Kalina 2008b).

- Jasně a (pro klienta) srozumitelné vymezení role pracovníka a klienta, a to zvláště na začátku spolupráce;
- Jasně a (pro klienta) srozumitelné vymezení povinností pracovníka vůči klientovi a vůči represivním orgánům a stejně tak vymezení povinností klienta;
- Společné vymezení a průběžná revize vzájemných pravidel spolupráce;
- Otevřené zacházení s informacemi týkající se klienta (informovat klienta o předání, ale i formě obsahů informací);
- s vědomím klienta navázání kontaktu s dalšími odborníky, se kterými je klient aktuálně v kontaktu;
- důsledné zplnomocňování klienta k tomu, aby nesl plnou zodpovědnost za své chování

K problematice účinnosti léčby u nedobrovolné klientely navíc Kalina (2003a) doporučuje využití následujících postupů:

- práce s motivací klienta;



- překonávání „vězeňských stereotypů“ u klientů, kteří prošli vězením;
- zapojení odpovědného pracovníka justice (např. probačního pracovníka) jako třetí strany k formulování a monitorování léčebného kontraktu;
- volba léčebného programu v přiměřené délce.

#### 2.7.4 Nedůvěra klienta ve vězení k výsledkům spolupráce

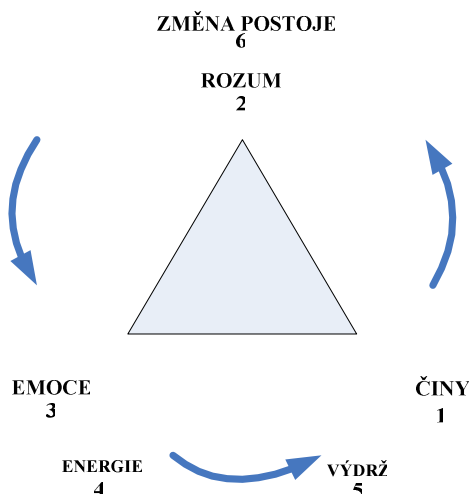
U klientů ve vazbě a zvláště ve výkonu trestu se na začátku spolupráce může objevit nedůvěra až skepse k možným výsledkům spolupráce. Důvodem mohou být opakované špatné zkušenosti a dosavadní neschopnost klienta vystoupit z bludného kruhu užívání drog a páčání trestné činnosti. Nedůvěra k pomáhajícímu pracovníkovi v represivním systému. Nedůvěra plyne někdy z nejistoty, že informace o klientovi mohou být bez jeho vědomí poskytnuty orgánům činným v trestním řízení. Pracovník by měl v takových případech při práci s klientem plně využívat principy práce s nedobrovolným klientem (Müllerová, 2008, in Kalina 2008b).

#### 2.7.5 Motivace nemotivovaného jedince

Nemotivované chování, chápeme-li motivaci úžeji jako např. D. Krech a R. S. Crutchfield (1958 in Nakonečný, 1998), tj. jako proces záměrného, vědomě zacíleného chování, které bylo předem zamýšleno a nemá spontánní, impulzivní povahu, pak můžeme některé případy chování označit za nemotivované, tj. nezáměrné.

Nejběžnějším dělením je parcelace člověka na tři komponenty: „Rozum, Emoce, Činy“. Všechny obsahují rozhodovací modely na sebe plně navázané. Mají zásadní vliv na motivaci k výkonu určitého druhu a zaměření viz obr. 3.

Obr.č. 3. Rozhodovací modely člověka



Nejčastější chybou při snaze motivovat jedince, je komponenta, na kterou se rozhodneme primárně působit a to na emoční složku, aby jedinec „chtěl“. Působený tlak přináší jedinci interakční roli oběti, v ní pak nejčastěji nepříjemné pocity, které vedou ke snaze vyjít z této role. Pokud je tlak dlouhodobý může vzniknout pocit studu, který vede k vyhýbavému chování a jednání. Prostor, na který můžeme úspěšně působit a nastartovat pozitivní změnu, je v oblasti „činy“, komponenta „umím“. Apelace na tuto složku nezpůsobuj pocity oběti, protože si jedinec plně uvědomuje, že „toto umí“, v osobní historii dokáže najít důkazy o zvládnání. Problém je pak posazený do jiné roviny – „rozhodnout se začít“. Vyjádření důvěry, opírající se o kladný vztah mezi jedincem a terapeutem, dodání podpory způsobí, že jedinec uvěří, že toto „umí“ a zahájí tak proces, protože jeho obranný mechanismus, jeho „mozek“ mu dá signál „smíš“, tedy nebude negací blokovat jeho aktivitu. Pokud se podaří kladně pólovat již dvě komponenty (umím a smím), je velmi pravděpodobné, že se na kladnou stranu bude pólovat i komponenta třetí – „chci“. Jestliže jsou všechny tři zásadní komponenty rozhodovacího procesu v kladném pásmu, vloží do zahájené změny jedinec více energie, investuje do změny více svého času. Pokud investuje svou energii, je šance, že u procesu nastávající změny vydrží. Pokud v nové organizaci času vydrží dostatečně dlouho lze očekávat, že u něj dojde až ke změně postoje k léčbě. Při vedení však není možné opomíjet jednotlivé fáze, kterými změna prochází (Svoboda, 2008).

Povzbuzování rozvoje představ a sebeobjevování po stránce tvůrčích schopností je výborný prostředek jak posilovat chybějící motivaci u ohrožených osob a bojovat s jejich depresivitou k léčbě a s nechtím k druhým i k sobě. Vše, co rozvíjí kreativitu posiluje imaginační schopnosti, vede k postupnému odhalování vlastní originality subjektu, jeho skutečných potřeb a tužeb, a dovádí ho k pozitivním a uspokojitelným žádostem v oblasti vztahů (Bergeret, 1995).

Nedostatek motivace při léčbě v užívání návykových látek je považováno za jednu z primárních překážek (Morgernstern, 2006).

## ***2.8 Východiska motivačního rozhovoru***

Metoda motivačního rozhovoru je vhodná zejména v situacích, kdy klienti prožívají stav ambivalence a konfliktů v oblasti chování a myšlení. Indikací k volbě metody jsou stavy a problémy. Které se objevují u klientů ze skupiny závislých, problémových uživatelů a ex-userů. Metoda je efektivní zejména v časných stádiích léčebného procesu a

při dolečování, tj. v nejkritičtějších etapách vývoje závislosti z hlediska rizik relapsu a možných poškození. Ukazuje se, že tato metoda umožňuje ovlivnit nižší úroveň motivace. To je významné pro soudobé léčebné postupy, které se snaží využít vhod včasného zahájení léčby a neodkládat nástup do léčby na základě mýtu o nedostatečné motivaci klienta, jak tomu bylo v minulosti (Dobiášová, 2008, in Kalina 2008b).

Autoři popisují tyto dva modely změny:

### 2.8.1 Model Buisman-KOK

Tento model změny chování staví změny do série v této posloupnosti (Počarovský, 1999 in Kalina, 2008b) :

1. **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.
2. **Pozornost** – je často zaměřená na abstinenci 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.
3. **Pochopení** – klient může pochopit informace tlumočené vrstevníky, odborníky a z tištěného materiálu, případně zprostředkované přirozenou autoritou a nebo 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.
4. **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, intenzivní ambulantní terapie versus terapeutická komunita. Nástrojem se může stát sociální služba, zpětná vazba, nabídka servisu, názorná demonstrace, opakování informací přístupnou formou apod.

5. **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.
6. **Změna chování** – v optimálním případě je otázkou ambulantních programů stacionárního typu nebo rezidenčních léčebných zařízení. Mezi nástroje počítáme podporu, kontrakt, nácvik dovedností, informace, vzdělávání, alternativu.
7. **Udržení změny** – patří do programu následné péče a prevence relapsu. Jako nástroj můžeme využít reflexe, ocenění, podporu, opakování, udržení pozornosti, možnost asistence pracovníka, držení pravidel atd.

### 2.8.2 Model Prochaska- Diclemente

Prochaska a Diclemente popsali v 90. letech model pěti stádií, kterými jedinec prochází při zahájení a udržování změny (Prochaska, Diclemente 1982, in Miller, Rollnick, 2003).

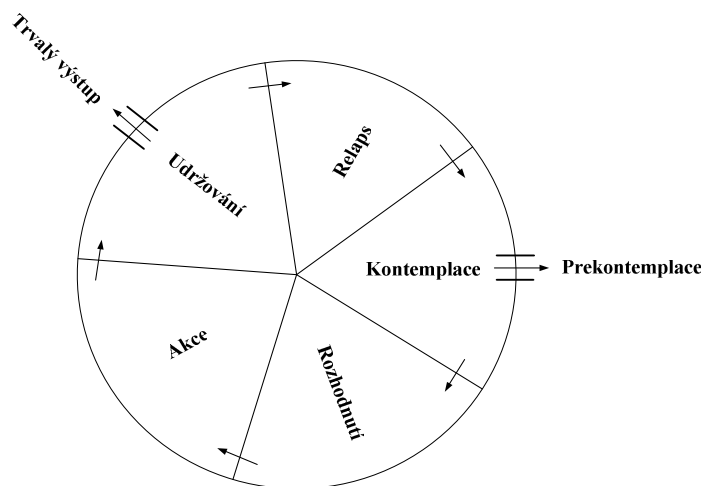
1. **Prekontemplace.** Klienti, se kterými se setkáváme v předléčebném poradenství, se nejčastěji nacházejí právě v tomto stádiu, ve stádiu, které předchází uvažování o možné změně. Typické je, že klient nevnímá užívání drog jako svůj problém, který by měl řešit. Pokud o nějakém problému hovoří, často ho externalizuje – umísťuje ho do okolního světa, který je zlý, nespravedlivý, nerozumí mu atd. cítí se dobře, drogy si vychutnává a jejich užívání považuje za prospěšné. Je přesvědčený, že vše má pod kontrolou, nebo dokáže své chování sám sobě dobře zracionalizovat. Jakákoli změna se mu jeví jako příliš obtížná a navíc zbytečná. Může však mít určité pochybnosti a občas může uvažovat, že by mohl uvažovat o změně. Klientům nabízíme své služby minimalizující rizika jejich užívání a udržujeme kontakt, doporučuje se ale také vyvolávat pochybnosti o návykovém chování a pomoci klientovi lépe vnímat rizika.
2. **Kontemplace.** Hlavní a nejpoužitelnější změnou oproti předchozímu stádiu je výskyt problémů, z nichž některé jsou klienti schopni dát do přímé souvislosti s užíváním drog. Užívání drog je stále ještě přináší uspokojení, ale začínají narůstat pochybnosti o správnosti pokračování a obavy o budoucím vývoji jejich užívání. Klient je rozhodnutý uvažovat o změně, ale se změnou váhá, zvažuje výhody a

nevýhody, zisky a ztráty, průchodnost a náklady. Pozitivní a negativní aspekty změny jsou zhruba vyrovnané.- v tomto stádiu můžeme posilovat klientovu sebedůvěru a rozhodovací kompetence, pokoušet se o zdůrazňování rozporu a motivovat klienty k drobným změnám, které pozitivně působí na klientovo sebevědomí, pokud se zdaří je realizovat a udržet.

3. **Rozhodnutí.** Toto stádium přináší další zhoršení situace klienta, takže ztráty s užíváním drog nabývají vrchu nad zisky. Klient je ochoten je dávat do přímé souvislosti s užíváním drog a reálně přemýšlí o potřebě změnit situaci. Nakonec se rozhoduje přistoupit k akci vedoucí ke změně („budu se sebou něco dělat“- ale co?)- v tomto stadiu, kterému také říkáme „stadium odhodlání“, je motivace ze strany terapeuta nejvíce potřebná. Klient je odhodlaný svoji situaci změnit, ale v běžném okolí nevidí příliš podpory a jeho osobnost, zdecimovaná užíváním drog je mnohdy příliš slabá na realizaci rozhodnutí. Terapeut či poradce by měl klientovi navrhnout konkrétní postup k změně a získat jeho spolupráci na vytváření následných cílů a strategií. Setkáváme se s tím, že právě v tomto stadiu klient nejvíce spolupracuje, je plný odhodlání a bývá pozitivně naladěný. V této etapě je ochoten přistoupit na léčbu. v optimálním případě zde tedy končí předléčebná péče a klient vstupuje do léčby; tím ovšem nekončí potřeba klienta motivovat.
4. **Akce/Jednání.** K tomuto stadiu dochází, pokud klientův rozpor dostatečně zesílí a potřeba změny nabude vrchu. K realizaci potřebné aktivity vedoucí k léčbě může velkou měrou přispět důvěryhodný vztah s terapeutem a jeho motivace v předchozích stadiích. V optimálním případě klient realizuje navržený/doporučený program a poradce či terapeut pomáhá klientovi pozitivní změnu uskutečnit.
5. **Udržování.** Toto stádium přináší pro klienta schopnost žít bez drogy a začátek návratu do běžného života. Většinou nebývá bez těžkostí, neboť klient, který byl dosud podporován mnoha terapeuty, chráněn před tvrdou realitou, se musí vrátit do prostředí, které většinou nepřestal vnímat jako ohrožující. V optimálním případě klient udržuje pozitivní změnu. – Využívají se strategie k udržení změny a prevenci relapsu: monitorování a sebemonitorování, vyhýbání se rizikovým místům a situacím, upevňování přiměřeného životního stylu apod.
6. **Relaps.** Klient selhává, může se dostat zpět do prvního stadia, kdy nestojí o změnu – zde je nejdůležitější zvládnout psychologickou reakci na selhání (syndrom porušení abstinence) a užívání rychle zastavit. K relapsu může dojít v každé etapě tohoto modelu.

Terapeut musí umět pracovat s klientem ve všech stádiích tohoto modelu. Vždy vychází z možností klienta, navrhuje, podporuje a motivuje klienta k takovým cílům, které odpovídají etapě, v níž se nachází, nebo etapě následující (Kalina,2008b).

Obr.č.4. Šest fází průběhu změny (Prochaska, DiClemente in Miller, Rollnick,2003)



### 2.8.3 Zásady praktického vedení motivačního tréninku

Miller, Rollnick (2003), Kalina (2008b) uvádějí také pět klíčových principů pro praktické vedení motivačního tréninku:

1. **Vyjádření empatie** – značí schopnost dát najevo, že klientovi rozumíme a akceptujeme ho, aniž bychom museli se vším, co dělá a říká, též souhlasit. Ambivalenci přijímáme jako normální a pochopitelnou, což snižuje odpor na straně klienta.
2. **Vytváření rozporu** – terapeut pracuje se zesilováním rozporu, který klient pociťuje mezi svým chováním a osobními cíli nebo představami o sobě. Zneklidňující rozpor vzniká při mapování následků chování, které klient v konfrontaci se s terapeutem rozebírá a uvědomuje si svoje důvody ke změně.
3. **Vyhýbání se sporu** – spory jsou zdrojem klientova odporu a terapeutovy frustrace, a proto je dobré se jim vyhnout. Spor s klientem může mít řadu podob (patří k nim i snaha druhého přesvědčit pomocí logiky nebo důkazu o zdravotním poškození). Také „nálepkování“ se může stát zdrojem odporu nebo konfliktu mezi terapeutem a

klientem. Pro vlastní léčbu není nutné přijmout nálepku („alkoholik“, „problém“, „feťák“).

4. **Práce s odporem** – snížení klientova odporu je nejdůležitější funkcí motivačních intervencí. Odpor může vzniknout na základě vnucené léčby nebo například pod dojmem předchozích zkušeností s terapií. Namísto konfrontace se využívá dovedností vedení konstruktivního rozhovoru (kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání, parafrázování toho, co bylo řečeno, potvrzení, rekapitulace a přeinterpretování). Odpor má i pozitivní stránku v podobě energie, která je v něm uložena, a je efektivnější ho prozkoumat, než s ním jít do konfrontace. Odpor může být také vyjádřením nesouladu mezi tím, kde se klient nachází v procesu změny, a zaměřením terapie.
5. **Podpora sebedůvěry** – abychom pomohli člověku, který očekává změnu chování spojeného s užíváním drog a cítí tíhu odpovědnosti za rozhodnutí změnu uskutečnit, je naším úkolem dodat klientovi vědomí vlastních schopností a důvěry v sebe sama při dosažení výsledku. Vždy je důležité věnovat hodně pozornosti drobným krokům a detailům (význam drobných dovedností), ze kterých se skládá výsledek.

#### 2.8.4 Složky motivačního rozhovoru

Aktivační složky motivačního rozhovoru se popisují akronymem FRAMES (Miller a Rollnick, 2003):

**F** (feedback) – poskytování zpětné vazby,

**R** (responsibility) – odpovědnost klienta za rozhodnutí o změně,

**A** (advice) – poskytování jasných a objektivních rad,

**M** (menu) – nabídka možností a změn a různých strategií,

**E** (empathy) – s empatií poskytované informace,

**S** (self-efficacy) – podpora klientovy sebedůvěry a schopnosti svou situaci účinně zvládat.

#### 2.8.5 Strategie motivačního rozhovoru

Aplikací motivačního tréninku jsou následující strategie, které je možné používat podle stadia, ve kterém se klient nachází (Kalina, 2008b).

- *Probírání typického dne nebo sezení* – může poskytnout informace o míře klientovy motivace, poskytuje podklad pro diagnostické posouzení užívání drog a umožňuje odhadnout možnosti reálně změny v ambulantních podmínkách.
- *Dobré a méně dobré při užívání drog* – při klientově zhodnocení pro a proti užívání získáme představu o stadiu změny klienta a stupni jeho ambivalence. Terapeut by označení problematických a méně dobrých věcí měl nechat na klientovi. Jeho úkolem je pomoci rozpoznávat, zesilovat moment rozhodování, poskytovat nástroje pro hodnocení (aby mohl nejen sám sebe slyšet, ale i určité věci vidět, dělat).
- *Poskytování informací* – zpětná vazba (feedback), vyžádaná anebo vhodně načasovaná informace či rada se může stát těžištěm poradenství. Je věcí tréninku a dovedností, stejně jako zkušenosti, jestli způsob poskytování informací bude vhodně volenou intervencí anebo konfrontační formou vyvolá odpor. Jednou z pastí v rámci výkonu pomáhajících profesí je udílení rad z pozice experta, což klienta staví do pasivního či obranného postoje. Důležité je zajímat se o dopad poskytnuté informace (k čemu je klientovi dobrá rada a jak s ní může naložit). Je na klientovi, zda využije to, co jsme mu nabídli.
- *Probírání problémů* – účelem této strategie je posunout klienta k cíli motivačního tréninku tak, že s ním probereme příčiny jeho problémů, pokud je ve stadiu, že vidí ve spojitostech s užíváním drog nějaký problém. Důležité je nechat klientovi čas a prostor, aby mohl projít rozhodovacím procesem.

### 2.8.6 Dovednosti motivačního rozhovoru

Dovednosti a techniky, které terapeut při motivační práci s klientem využívá, shrnuje akronym OARSS (Miller a Rollnick, 2003):

**O (open questions)** – používání otázek s otevřeným koncem, kterými terapeut motivuje klienta ke komunikaci a přemýšlení o svých tématech;

**A (affirming)** – potvrzování kladných postojů, ve kterém terapeut projevuje ocenění a uznání – nemělo by se však stát jediným způsobem komunikace, zároveň by měl být terapeut ve vyslovování ocenění pravdivý, aby nevzbudil v klientovi dojem falešnosti, na kterou klienti bývají citliví;

**R (reflecting)** – reflektující naslouchání které spočívá v průběžném zrcadlení nejdůležitějších informací, které klient podává;



**S (summarising)** – schopnost čas od času shrnout do uceleného tvaru to, co klient dosud popisoval;

**S (self-motivation)** – vytváření prostoru pro sebemotivaci klienta, která je vždy výhodnější a trvalejší než motivace, která přichází pouze ze strany terapeuta; terapeut by si měl všimnout všech sebemotivujících projevů a na konci sezení by je měl zveřejnit nebo pro ně dát klientovi prostor.

### **2.8.7 Cíle motivačního rozhovoru**

Základním cílem motivačního rozhovoru je dosahování změn ve směru bezpečnějšího, úspěšnějšího a šťastnějšího zdravotního stylu, ať již při redukci užívání drog (př. model „harm reduction“), anebo při cílené trvalé abstinenci. Abstinence nemusí být přítomna v klientově zakázce, ale mezi očekávané výsledky může přesto patřit stabilizace, návrat do určité životní role, zlepšení kvality života a další kvality, které se v tradiční léčbě spojují s abstinencí. V kontaktu s klientem bychom měli odkrýt to, co ve svém životě považuje za problém, a na základě toho si společně stanovit cíle. Ty se mohou týkat dosahování změn v oblasti celkového zdraví (tělesného i mentálního), sociálních kontaktů, situace s bydlením a prací, vztahu k policii, soudům a jiným institucím. Motivační trénink úzce souvisí s orientací na řešení problému. Hledání cílů a označování problémů by měl určovat klient, přičemž terapeut (poradce, konzultant, kontaktní pracovník) by měl usnadňovat a podporovat proces změny, případně její udržení (Kalina, 2008b).

Terapeut se při motivačním rozhovoru podílí na vytvoření kognitivního rámce pro klientovu akceptování problému, podporuje jeho rozhodování, posiluje jeho odpovědnost za další vývoj a sebevědomí, že je schopen reálně stanovených cílů dosáhnout. Cíle motivačního rozhovoru jsou vyjádřeny v kontraktu mezi terapeutem a klientem. Mají být především realistické (dosažitelné) a klient s nimi musí souhlasit (Kalina, 2008b).

## **2.9 Sebemotivace**

Uvědomění si svých motivačních zdrojů a posilování vlastní motivace ke zdravému způsobu života usnadňuje abstinenci. Řada postupu, které používají např. ke zvládnutí bažení, pracuje s motivací (např. uvědomit si negativní důsledky recidivy, nepříjemné minulé zážitky související s návykovým chováním, uvědomit si výhody abstinence a myslet na své zdraví). Vhodným nástrojem k mapování motivačních zdrojů pacienta je

hierarchie motivů podle Abrahama Maslowa, kterou jsem pro naše účely poněkud rozšířili (Nešpor, 2007).

Tab.č.1. Hierarchie motivů podle A. Maslowa (Nešpor, 2007)

<b>SKUPINA POTŘEB</b>	<b>POTŘEBY</b>	<b>Možné využití při sebmotivaci ke zdravému způsobu života</b>
<b>Základní potřeby</b>	Fyziologické potřeby (hlad, žízeň)	Existenční a finanční problémy související s návykovým chováním, vyšší životní úroveň při abstinenci atd.
	Vnímat svět jako předvídatelný a cítit se bezpečně	Větší předvídatelnost života, větší osobní bezpečnost
	Vyhnout se utrpení a bolesti	Lze např. poukazovat na minulé negativní zkušenosti
<b>Psychologické potřeby</b>	Sebeúcta	Větší spokojenost s vlastním jednáním
	Úcta ze strany druhých	Větší respekt ze strany druhých, možnost dokázat jim, že člověka podceňovali neprávem atd.
	Kompetence a nezávislost	Větší soběstačnost a nezávislost
	Milovat a být milován	Lepší perspektivy partnerského a rodinného života
	Dostatek nových podnětů	Zdůrazňování zajímavosti života bez závislosti
	Někam patřit	Posílení rodinných, pracovních a jiných sociálních vazeb
<b>Potřeby sebeaktualizace a seberealizace</b>	Využívání vlastního jedinečného potenciálu	Lepší možnosti vzdělání, pracovního uplatnění, lepší možnost naplňovat své duchovní potřeby

Při sebmotivaci je důležité dávat si spíše krátkodobé a dosažitelné cíle (nebo dlouhodobé cíle rozložit do dílčích relativně dosažitelných kroků). Sebmotivaci lze spojovat i s posilováním žádoucího chování. Tak se pacient může naučit sám sebe odměňovat po zvládnutí krize oblíbeným jídlem, pochvalou, pěstováním nějaké oblíbené záliby apod. (Nešpor, 2007, s. 69)

## ***2.10 Motivace jako součást komplexu „Essencial Treatment- Related Perceptions“***

Dříve vládlo přesvědčení, že motivace je výhradně věcí klienta a že optimální motivaci k léčbě zajišťuje situace debaklu, v níž se klient ocitne a z níž nenachází jiné východisko než nástup do léčby v terapeutické komunitě (dále jen TK). Tendence zapojit klienta do léčby dřív, než se dostane „na dno“, implikuje nutnost fenoménu motivace více rozumět a zabývat se jím i během léčby. DeLeon (2000) vidí motivaci v léčbě jako součást komplexu (viz. Tab.č.2). Pro zlepšení motivace v první fázi jsou důležité emoční, vztahové faktory. Založení důvěryplných vztahů se členy týmu a pokročilejšími klienty. Tlak vnějších okolností může léčba využít např. pro přínos pobytu v TK pro budoucí návrat do života (Kalina, 2008a).

Z hlediska procesu vývoje motivace (Prochaska, Norcross, 1999) chápe nástup do terapeutické komunity jako „akci“, ale není možné se spoléhat na to, že tím je celý proces ukončen. DeLeon (2000, in Kalina, 2008b) poukazuje, že se klient zj. v první fázi vrací k předchozím stupňům vývoje motivace nebo dokonce na samý počátek. Nejčastěji pod vlivem neuspokojeného očekávání, které působí demoralizaci, nebo naopak pod vlivem rychlého zlepšení, které ho může vést k tzv. „úniku do zdraví“.

Potvrzuje se, že zejména motivace a připravenost jsou důležité v terapeutickém procesu, ale tlak vnějších okolností může získání vnitřní motivace významně ovlivnit. Tyto nálezy nejsou v zásadě ovlivněny věkem a typem klientů, ale adolescentní uživatelé drog jsou méně motivováni ke změně a připravení k léčbě než dospělí (Kalina, 2008b). Hovoříme o „časovém okénku“ jako o optimální situaci pro nástup do léčby. Pokud se tato optimální situace promešká (klient zaváhá v rozhodnutí, nástup do léčby oddalují administrativní průtahy, poradníky atd.), může trvat dlouhou dobu, než se „časové okénko“ znovu přiblíží. Uvedenou situaci můžeme vztáhnout ke schématu známému jako tzv. „kolo změny“ (Kalina, 2008b).

Tab.2.Komplex Essencial- Treatment Related-Perceptions (DeLeon, 2000 in Kalina, 2008b,s.289)

<b>OKOLNOSTI</b>	Množství životních situací vede lidi k tomu, aby vyhledali léčbu v TK. Patří sem např.problémy se zákonem, zdravím, rodinou, penězi, zaměstnáním.situace jsou individuální a mění se během času u téhož jednotlivce. Člověk je vnímá jako vnější tlak, aby do léčby nastoupil, setrval v ní a vytěžil z ní přínos pro návrat do života. Léčba těchto vnějších tlaků musí využívat aby klienta udržela v procesu změny.
<b>MOTIVACE</b>	Klienti jsou motivováni k léčbě pokud vyhledají léčbu z „vnitřních důvodů“ – kvůli osobní změně. Důvody jsou buď pozitivní (přání žít jinak, užívat si dobré věci života, osobní růst, lepší soc. a rod.vztahy) i negativní (zbavit se pocitů viny,studu, nenávisti k sobě i 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.
<b>PŘIPRAVENOST</b>	Klient může být motivován ke změně a přitom nemusí ve skutečnosti přijímat nutnost léčby. Motivovaní lidé, kteří se nechtějí léčit, vnímají jako životaschopné jiné alternativy (změna vztahů, práce aj.) nebo získání pomoci a podpory od rodiny, přátel. Ti, co jsou připraveni k léčbě, vnímají léčbu jako jedinou alternativu.
<b>VHODNOST</b>	Klienti motivovaní ke změně, připraveni k léčbě nemusí vnímat program TK jako odpovídající jejich potřebám. Vhodnost vyjadřuje dobré párování mezi klientovými potřebami a léčbou TK. Klient přijímá přístup TK.

## 2.11 Účinná léčba

Cílem léčby závislých je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru. WHO (1998, in Kalina 2008b) definuje tři hlavní cílové oblasti v léčbě a sociální rehabilitaci uživatelů drog: **1.** snížení závislosti, **2.** snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené nebo spojené s užíváním drog, **3.** podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a dosažení plné sociální integrace. Tyto cíle jsou dosažitelné, měřitelné. Nejsou však dosažitelné vždy a u každého klienta za stejných okolností a podmínek.

**Včasný začátek.** Místo čekání na „motivovaného klienta“, který se dotkl dna a hledá pomoc v neudržitelných komplikacích pozdějších stádií závislosti, je nutné využít všech

prostředků, jak zachytit závislé, co nejdříve po objevení prvních problémů nebo po novém relapsu.

**Práce s motivací.** Ideál klienta, který přichází do léčby již se zralou motivací, je tím vzdálenější, čím více se uplatňuje názor, že klient má přijít do léčby, co nejdříve a co nejrychleji. Práce s motivací je součástí léčby a podmínkou toho, aby se v ní klient udržel. Získávání a udržování motivace k pokračující léčbě a změně života nesmí být považováno výlučně za odpovědnost klienta.

**Podpora zapojení klienta do léčby.** Určitá míra individualizovaného přístupu, který bere v potaz potřeby a problémy klienta (včetně jeho motivační úrovně, osobnostních, psychopatologických a psycho sociálních charakteristik) zlepšuje léčebné výsledky, protože umožňuje klientovi, aby v léčbě vydržel, měl z ní prospěch a řešil své problémy. Čím dříve dostaneme závislé lidi do léčení, tím je viditelnější, že jsou různorodí a jejich problémy nemohou být ošetřeny stejným způsobem.

**Prevence relapsu.** Relaps je událost, která se po skončení léčby může dostavit. Není realistické odkládat prevenci relapsu až do následné péče. Systematická pozornost věnovaná cravingu, okolnostem vyvolávajícím relaps a strategiím, zlepšuje udržení klientů v léčbě a jejich vyhlídky na život bez drogy po jejím ukončení.

**Zužitkování nedobrovolného léčení.** Přesvědčení, že „jenom dobrovolná léčba je účinná“, musí nahradit vědomí, že i nedobrovolná léčba může mít smysl, pokud se terapeutům podaří jí tento smysl dát a zužítkovat vnější tlak jako jakoukoli jinou okolnost, která může pomoci udržet klienta v léčbě.

**Zhodnocení léčebného kontinua.** Léčba je jednou etapou na klientově cestě k životu bez drogy. Znamená to využívat účinné faktory kontinua „přípravné poradenství-léčba-následná péče“, stejně jako opakovaných nebo navazujících léčeb různého typu.

**Postupné terapeutické cíle pro redukci rizika.** Těm, kteří zatím nejsou schopni změnit své chování, jsme povinni poskytnout veškerou pomoc, která by snížila riziko poškození a iniciovala motivaci (Kalina, 2008b).

### 3 Genderová specifika žen-uživatelék drog

Podle UNODC (2004) tvoří asi 40% uživatelů drog v USA a vyspělé Evropě. Ke specifickým charakteristikám žen užívající návykové látky patří především to, že jsou více stigmatizované jejich problémy jsou více skrývané. Kulturní stigmatizace a tabuizace vedou k tomu, že problém s užíváním si nepřipouštějí ani ženy samy a neuvědomují si je jejich rodiny a pomáhající profesionálové, kteří by je měli podpořit ve vyhledání léčby. Systémové, strukturální, kulturní a osobní bariéry zabraňují ženám užívající drogy v přístupu ke službám, což vede k tomu, že jsou v nich méně zastoupeny než muži. Vobořil (2003) upozorňuje na řadu studií, které ukazují, že poměr 1:3 ve využívání služeb neodpovídá skutečnosti drogové scény, kde je poměr ženy: muži spíše 1: 2.

Žena-uživatelka je společností vnímaná jako dvojí deviant „double deviant“ (Vobořil, 2003). Je deviantní nejen pro samotné užívání, ale zároveň zklamává ve své ženské roli. Zvláště těhotné ženy a mladé matky, které užívají drogy, čelí sociálnímu odsouzení. Společenské klima tak vyvíjí tlak, který brání ženám vystoupit z anonymity. Vytváří se odlišné (tj. genderově specifické) pojetí ženské závislosti na návykových látkách, jejíž determinanty se hledají daleko méně v osobnostních faktorech a daleko více ve faktorech sociálních, konkrétně ve faktorech související s mužskou kulturou, společností a chováním mužů (Kalina, 2008a). UNODC (2004) uvádí, že ženy většinou bývají uvedeny do užívání návykových látek a udržovány v abúzu svými mužskými partnery. Zároveň prožívají traumata z fyzického násilí a emočního a sexuálního zneužívání od svých mužských partnerů a berou drogy, aby se s tím vypořádaly.

Kalina (2008b) ke genderovým faktorům patří i to, že ženy mají častěji problémy s duševním zdravím, sociální znevýhodnění ve smyslu vzdělání, zaměstnání a financí. Ženy vyhledávající léčbu jsou mladší, méně vzdělané, méně často zaměstnané, mají starost o domácnost a partnera-uživatele. Problém spočívá v tom, že ženy méně často léčbu dokončují a méně ji vyhledávají. Při dokončení léčby v TK vykazují mnohonásobně zlepšení než muži (UNODC, 2004).

Specifičnost ženské skupiny souvisí také s tím, že si obstarávají peníze na dávku prostitucí, v anamnéze nacházíme vysoké procento sexuálního zneužívání, příp. znásilnění. Často se setkáváme s předsudkem, že závislá klientka s těhotenstvím automaticky změní svůj postoj k drogám, že porodem si vytvoří silný mateřský vztah k dítěti, že pokud není motivovaná nemá žádný vztah k dítěti a že tato žena se nebude moci starat o dítě ani v případě abstinence (Preslová, in Kalina, 2003b).

Žena závislá na alkoholu nebo nealkoholových drogách je také častěji vystavena násilí nebo sexuálnímu zneužití. Výzkumy potvrzují, že při toxikomanii se s tímto jevem setkáváme značně častěji. 70% uživatelů v USA bylo do 16 let sexuálně zneužito. Většina z nich měla jednoho rodiče závislého na alkoholu nebo na drogách. Ženy mají poněkud odlišný vzorec užívání, ale nezačínají s drogami později než muži (Trávníčková, 2001).

Existuje výrazný rozdíl mezi muži a ženami v tom, že více než polovina uživatelů dostala svoji první injekci od svého partnera (51%), zatímco uživatelům jejich partnerka poskytla totéž jen v 10% (Frouzová, 1996).

Ve studii výsledků léčby žen a mužů s problémovým užíváním metamfetaminu léčených jak v ambulantních tak v rezidenčních programech vykazovali ženy výraznější zlepšení v rodinných vztazích a zdravotních problémech než muži. V ostatních oblastech byly výsledky vyrovnané. Studie rozdílů zjistila že ženy v léčebné fázi zůstávají déle. Často mají ženy psychické problémy, v minulosti byly sexuálně nebo psychicky týrány a mají dítě (Gossop, 2009).

Matejovská (2007) zkoumala u 63 závislých žen násilí v partnerských vztazích. Výzkum ukázal, že násilí mají ženy bez ohledu na dosažené vzdělání, zaměstnanost, rodinný stav, zkušenost s léčbou. Objevili se u nich všechny formy násilí fyzického, verbálního, psychického, ekonomického. 50% z tohoto vzorku má zkušenost jen s fyzickým násilím.

Setkáváme se s tím, že klientky od prvopočátku žijí s někým jen proto, že se jich ujal, později už od něho nedokážu odejít. Na počátku braní drog jsou ženy emancipované, v jeho průběhu se dostávají do světa, kde nad nimi muži mají moc a ovládají. Psychická a existenciální závislost na partnerovi se objevuje na všech úrovních práce se závislými matkami. Muži užívající drogy významně zasahují do léčby svých partnerek. Těhotenství bývají neplánovaná nechtěná. Později nachází k dítěti vztah a jsou ochotné se kvůli němu léčit. Partneři tuto motivaci mají jen zřídka (Preslová, Maxová, 2009).

### **3.1 Návykové problémy u žen**

Specifika působení návykových látek u žen

- ženy bývají zpravidla ve vztahu k návykovým látkám a jiným rizikům, jako je hazardní hra, zpravidla zdrženlivější a opatrnější. Tak lze vysvětlit jejich relativně menší počet v porovnání s muži.
- Ženy s návykovými problémy ale přibývá podstatně rychleji, než je tomu u mužů.

- Ženy mají menší játra, a navíc jejich játra ve větší míře metabolizují hormony. To vede spolu s nižší hmotností, vyšším obsahem tuku v těle, nižší aktivitou příslušných enzymů a dalšími faktory k tomu, že návykové látky působí u žen silněji než u mužů.
- Zdravotní škody způsobené návykovými látkami nastávají u žen zpravidla dříve.
- Žena se mnohem častěji dostane do návykových problémů kvůli partnerovi, který pije nebo bere drogy, než muž kvůli takto orientované partnerce.
- Návykové látky včetně alkoholu u žen odsuzuje okolí více než u mužů.
- Ženy se v souvislosti s návykovým problémem dopouštějí méně často trestných činů a násilného jednání.
- Závislé ženy trpí častěji depresemi a úzkostí, ale méně časté u nich bývají poruchy osobnosti.
- Ženy mívají silnější pud sebezáchovy než muži.
- Ženám více záleží na tom, jak vypadají a jak působí na své okolí. Tím lze vysvětlovat mnohem častější samotářské pití.
- U žen se prokázala souvislost mezi menstruačním cyklem a konzumací alkoholu. Období před menstruací je v tomto směru rizikovější.
- K specificky ženským problémům patří riziko poškození plodu v těhotenství, v důsledku požívání alkoholu, kouření tabáku nebo v důsledku působení jiných návykových látek.
- Závislá žena bývá častěji týraná, fyzicky napadána a sexuálně zneužívána.
- Většina žen se dokáže relativně snáze odpoutat od nevhodné společnosti lidí, kteří jsou závislí na alkoholu a jiných návykových látkách.
- Rodiny a děti závislých žen trpí jejich problémem často ještě více, než je tomu u mužů.
- Ženy si snadněji vytváří životní styl.

(Nešpor, 2007, str.53-54)

### **3.1.1 Motivace uživatelů matek**

Závislé ženy nebo matky s dětmi dávají přednost ambulantním programům a programům krátkodobým. Pokud vyhledají rezidenční léčbu jsou to klientky méně zralé, s nízkým pocitem zodpovědnosti za svůj život, s narušeným partnerským vztahem a méně funkčním rodinným zázemím často v kombinaci s jedním rodičem nebo hyperprotektivním



rodičem. Jsou to matky, kterým hrozí odebrání dítěte, mají zkušenost s kriminální činností a často soudně nařízenou léčbu v důsledku užívání návykových látek (Nevšímal, 2007).

Motivací často je (Nevšímal, 2007):

- Hrozba odebrání dítěte z péče či naděje získání dítěte zpět do péče.
- Zajištění bydlení, stravy, prostředí vhodného pro dítě.
- Tlak rodiny popř. partnera.
- Selhání v jiném programu.
- Snaha změnit život, začít pečovat o dítě.
- Hrozící výkon trestu, soudně nařízená léčba.

Motivace léčících se matek je většinou „pasivní“ je dána vnějšími sekundárními dopady abúzu návykových látek ( „ musím, jsem donucena, už nechci zažívat“), chybí však vnitřní odhodlání skončit se závislostí jako takovou. Často chce dítě získat zpět do péče, vyhnout se trestu, ale problém s drogami řešit nechce. Sociální tlak zapřičiňuje že klientka se nedokáže otevřeně upřímně léčit. Tento sociální tlak má pozitivní efekt, kdy ze statistiky vyplývá, že pro prvorodičku je dítě o něco větší motivací než pro vícenásobnou matku, pro kterou užívání drog s dítětem je již známá skutečnost. I „ pasivní“ motivace účinně napomáhá vstupu do léčby a setrvání v ní. Ale často nestačí na překonávání překážek v komunitě, dodržování pravidel a uskutečňování změn. Úkolem léčby je objevení pozitivních zdrojů. Mezi ně patří např. způsob soužití s dítětem. Je to zdroj sebevědomí a vlastní kompetence. Důležité je však posilovat motivaci vnějším tlakem uvažovat o navrácení dítěte a aktivnějšího postoje k léčbě (Nevšímal, 2007).

Děti narozené závislým matkám jsou ve většině případů odebrány a umístěny na základě předběžného opatření buď do ústavní výchovy nebo jsou dávány do péče rodiny, ze které závislá matka pochází. Důvodem odebrání dítěte není brání drogy jako takové, ale celkově nepříznivá socio-kulturní situace matky a ztráta její schopnosti o dítě pečovat (Velemínský, 2008).

Ženy vyhledávají vztahy, kde nebudou vystaveny zátěži. Patří do skupin, které zaujímají postoje velmi blízké jejím vlastním. To vede k vyhledávání nových uživatelů, zmenšuje se otevřenost k lidem s jiným životním stylem a dochází k postupnému chudnutí možnosti k novému seznámení (Hajný, Klouček, 1999).

Všechny ženy (matky) dospějí k tomu, že jejich vztah k partnerovi je třeba řešit. Na skupině svůj vztah označí jako problém, se kterým si samy neumí poradit. Většinou

jsou to nesezdané páry s neplánovaným rodičovstvím. Drogy byly ústředním tématem jejich partnerství. Partneri jsou zpravidla uživatelé návykových látek, nebo partneri momentálně ve výkonu trestu. U devadesáti procent matek je partner riziko pro její abstinenci a tedy i pro soužití s dítětem. Motivy destruktivního chování matek, které vedou k soužití s partnerem- uživatelem, tudíž ohrožují její abstinenci a zvyšují riziko relapsu. Samospasitelné dítě: matka stále doufá, že partner se polepší a začne nový – „čistý“ život. Naivně si myslí, že narozením dítěte se partner automaticky změní. Tlak partnera: dominantní partneri nelibě pocítují ztrátu kontroly nad ženou a snaží se svoji pozici získat zpět. Když se partnerka k němu vrátí začne ji znovu využívat. Nebo ji citově vydírají a vyvolávají v nich pocit viny za jejich současnou situaci. Dalším a nejsilnějším motivem jsou vztahy v rodině, které pocházejí z primární rodiny, kdy pojmají rodinný model jako vzor, nebo nebyla uspokojena základní potřeba přijetí od rodičů, neuskutečnila se separace a nebo byla komplikace ve vztahu s otcem. Matky musí v léčbě podstoupit několik rozhodů, je to proces, který vyžaduje mnoho změn. Nejčastější komplikace změny je ekonomická závislost na partnerovi, nejistota ze změny, stigmatizace společnosti uživatelka je matka (Hanzal, 2007).

V Terapeutické komunitě Karlov zjišťovali u 29 klientek ze 100, jaké byly jejich stimuly motivace při vstupu do komunity. Ukázalo se, že motivace klientek je většinou pasivní. Je dána vnějšími sekundárními dopady abúzu návykových látek a vnitřní odhodlání skončit se závislostí na drogách tak chybí. Matka touží dostat dítě zpět do vlastní péče, uniknout výkonu trestu, ale primární problém, přestat brát drogy, řešit nechce. Nechává si staré návyky partnera, známé apod. jako motivaci pro vstup do léčby se ukázala hrozba odebrání dítěte ve 44%, rázné doporučení sociální pracovnice ve 40 %, další stimul bývá podpora či tlak rodiny ve 13 %, partner minimální vliv pouze ve 3 %. Mezi další motivy patří hrozící výkon trestu, zajištění bydlení, stravy, změna životního stylu a začít pečovat o dítě (Hanzal, in Preslová, 2009).

## 4 Návykové látky, léčebný systém a jeho klientela

### 4.1 Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

Syndrom závislosti Nešpor (2007, s.9-10) definuje takto: „*Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.*“ Diagnóza závislosti se stanovuje, pouze tehdy, jestliže během roku došlo ke třem nebo více následujících jevů.

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky;
- c) tělesný odvykací stav;
- d) průkaz tolerance k účinku látky;
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů;
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

(Nešpor, 2007)

#### 4.1.1 Dělení návykových látek

„*Drogou rozumíme přírodní nebo syntetickou látku, která má výrazný účinek na lidskou psychiku (psychotropní efekt) a při kontinuálním užívání vede k psychické nebo somatické závislosti a ke zdravotním a sociálním poruchám*“ (Kalina, 1997, str.18)

Jedná se o bohaté spektrum látek se stejně bohatým množstvím účinků, existuje tedy více dělení dle různých kritérií.

Např. Miovský (2001), který vychází z kritérií sociálních a zdravotních rizik, dělí drogy na návykové látky a vysoce rizikové návykové látky. Návykové látky jsou látky schopné vyvolat návykové chování. Stupeň jejich, zdravotních, sociálních, společenských a ekonomických rizik je relativně nízký, spadá sem např. marihuana, LSD, lysohlávky, extáze apod. Rizika způsobená jejich užíváním nejsou zcela srovnatelná s riziky spojenými s užíváním vysoce rizikových návykových látek a to zejména co se týče zdravotních

důsledků. Vysoce rizikové návykové látky jsou takové, jejichž stupeň nebezpečnosti je v oblasti společenských, zdravotních, sociálních a ekonomických rizik velmi vysoký. Mezi tyto látky patří např. alkohol, dále pervitin, opiáty, zneužívané léky (často spojené s užíváním alkoholu), toluen a další těkavé látky.

Nejčastěji a nejobecněji se drogy dělí do dvou obecných kategorií. Jednou z nich jsou drogy legální, tedy sociálně, kulturně a právně akceptované. V dnešní naší společnosti je tolerována konzumace alkoholu, kávy a tabáku, ale jen do okamžiku, kdy se pro společnost stávají nějakým způsobem bezprostředním ohrožením. Oproti tomu jsou vymezeny drogy nelegální (konopné látky, pervitin, heroin, kokain aj., které jsou našemu sociokulturnímu prostředí cizí a jsou zákonem zakázány, přičemž nesmíme opomenout fakt, že alkohol a tabák jsou do 18 let věku také drogami nelegálními. (McGrath et al, 2007)

Uvádíme zde jak Kalina a kol. (2003a, str. 150- 210) ve svém díle rozděluje návykové látky. Ke každé skupině látek; zmíníme velice stručně jejich nejčastější akutní účinky po intoxikaci.

1. *Alkohol* (chemicky ethylalkohol)- na začátku konzumace a při nižších dávkách působí stimulačně, dochází k psychomotorické excitaci s elací nálady, mnohomluvnosti, zvýšenému sebevědomí a ke snížení sebekritičnosti, zábran a agresivitě. Postupně a při vyšších dávkách se objeví útlum, únava, somnolence, spánek, případně bezvědomí a smrt.
2. *Opioidy a opiáty* (braun, heroin, morfin, kodein, naloxon...)- mají výhradně tlumivý účinek na CNS. Potlačují bolest, způsobují zklidnění a příjemnou euforii až ospalost; dochází k útlumu dýchacího centra, způsobují zácpu a svědění kůže. Opioidy a opiáty zejména heroin mají vysoký potenciál pro vznik závislosti somatického typu.
3. *Stimulancia* (kokain, pervitin a skupina budivých aminů)- mají budivý efekt na CNS, srdeční činnost, tepovou frekvenci a krevní tlak. Zvyšují také psychomotorické tempo a bdělost, vyvolávají euforii, zkracují spánek, zahánějí únavu, zvyšují pocity síly (duševní, tělesné), energie, výbavnost paměti a nabídku asociací. Snižují chuť k jídlu, mají anorektické účinky.
4. *Halucinogenní drogy* (mezkalin, durman, psilocybin, bufetenin, LSD, PCP...)- celkový ráz a průběh intoxikace je nejméně předvídatelný a krom vlivu samotné látky - záleží na prostředí a osobnosti jedince. Je značný tak vliv tzv. "settingu". Intoxikaci doprovází mírné chvění, neschopnost ovládat pohyby, nevolnost, při vyšších dávkách halucinatorní stav, popř. bad trip. Může dojít až k depersonalizaci (odosobnění) či derealizaci (odcizení vlastního těla a prožívání).

5. *Konopné drogy* (marihuana, hašiš)- účinky jsou závislé na mnoha faktorech- prostředí, osobnostní dispozice, únava, individuálně odlišná citlivost, očekávání. Běžné je sucho v ústech, pocit chladu a hladu, dále deformace ve vnímání času a prostoru, někdy doprovázené zrakovými, hmatovými či sluchovými halucinacemi. Způsobují často lehkou euforii a příjemnou náladu, bouřlivý smích, někdy ale nevolnost, depresivní rozlady až zvracení.
6. *Analgetika, sedativa, trankvilizéry*- analgetika snižují nebo odstraňují vnímání bolesti (opioidní- účinky podobné ostatním opioidům), sedativa (barbituráty ad.) mají zklidňující a tlumivý účinek, hypnotika navozují spánek a trankvilizéry (anxiolytika) snižují či odstraňují úzkost, psychickou tenzi, tlak, patologický strach.
7. *Léky vyvolávající závislost* (neopioidní i opioidní analgetika, hypnotika a sedativa, anxiolytika a další; účinky- viz.výše).
8. *Těkavé látky* (toluen, trichlorethylen, aceton, éter, benzin, rajský plyn...)- navozují rychle pocity euforie, poruchy vnímání provázené živými, barevnými halucinacemi, dochází k útlumu, ke spánku, k poruchám vědomí ( bezvědomí až kóma).
9. *MDMA a jiné drogy „technoscény“* (extáze, MDEA, MDA...)- po intoxikaci zprvu nastupuje neklid a mírná zmatenost, později fáze klidu, mizí stres, projasnění nálady, zvýšení empatie a komunikativnosti, pocit vcítění, celková psychická a fyzická stimulace; intoxikace je doprovázena také nevolností, napětím žvýkacích svalů, popř. pocením a suchem v ústech.
10. *Tabák* (nikotin)- akutními účinky jsou bolesti hlavy, průjem, nevolnost, ale později jsou překonány pod sociálním tlakem; jde především o craving (bažení) látku užít, následuje pocit zklidnění, pohody a mírné euforie.

## **4.2 Abstinence, abstinent**

Vzhledem k tomu, že náš výzkum tvořily klientky, které byly ve fázi abstinence, uvádíme zde význam tohoto pojmu.

Abstinence je jednání, které vede ke zdržení se užívání alkoholu nebo jiné drogy z důvodů zdravotních, osobních, sociálních, náboženských, morálních, právních či jiných. Kdokoliv v současné době abstinguje, může být nazýván „abstinent.“ Termín „současný abstinent“ (current abstainer) je někdy používán pro výzkumné účely a definován jako osoba která neužívá žádnou látku po určité období, např. 3, 6 nebo 12 měsíců. V některých

studíích osoba, která pije nebo užívá jiné drogy pouze jednou nebo 2x za rok, je klasifikována jako abstinent. V demografických a zdravotních profilech je důležitý rozdíl mezi celoživotním abstinentem a ex-userem. V epidemiologických studiích nesmí být tento rozdíl přehlédnut (Kalina, 2001).

### **4.3 Terapeutická komunita**

Podle Kratochvíla (1979, in Kalina, 2008a, s. 7) je terapeutická komunita dále (TK) *„zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví, vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování.“*

Kratochvíl (2005) odlišuje TK v širším smyslu – TK jako systém, a v užším smyslu – TK jako metoda. TK v širším smyslu je systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i pacienti. Významnou formou organizace jsou schůzky personálu s pacienty, při nichž dochází k výměně informací a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích, a schůzky personálu, ve kterých se usiluje o pochopení interpersonálních procesů v léčebné jednotce a objasnění reakcí členů léčebného týmu vůči pacientům a i vůči sobě navzájem. TK v užším slova smyslu je psychoterapeutickou metodou, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Při společném soužití pacientů v každodenním bezprostředním styku, kdy jsou zajištěny různorodé činnosti a možnost diferencování rolí, poskytují vzájemné interakce, problémy a konflikty určitý materiál, na němž se pacienti učí poznávat svůj podíl ve vytváření, udržování a opakování svých životních problémů a konfliktů. Současně si mohou osvojovat nové, diferencovanější a přizpůsobivější formy chování.

### 4.3.1 Klientela TK

Nacházíme zde klienty závislé na nelegálně získávaných benzodiazepinových léčivech, amfetaminech i cannabisu a také polymorfní uživatele. Důležitější charakteristikou než typ drogy je závažnost závislosti a životní styl závislého. Typickým klientem byl „pouliční toxikoman“ vyloučený z normální společnosti se všemi sociálními a kriminálními konsekvencemi (Kalina, 2008a).

Galanter a Kleber (1999, in Kalina, 2008a) uvádí tuto sociální charakteristiku klienta TK. Klienti pochází většinou z rozpadlých rodin nebo má aktuálně rozvrácené rodinné zázemí; více než 2/3 klientů jsou nebo byli v konfliktu se zákonem a méně než třetina klientů je během posledního roku před přijetím do TK zaměstnána. NIDA (2002) uvádí, že klientela TK má špatné rodinné zázemí, problémy s duševním zdravím, nedostatek pozitivní sociální podpory, trestnou činnost. Studie popisuje soubor 2345 klientů přijatých do TK, z nichž dvě třetiny vykazovaly problémy s trestnou činností a třetina byla do TK přímo doporučena orgány činnými v trestním řízení. V jiném souboru citovaném v této studii 44% z 676 klientů udávalo nezákonnou činnost v posledním roce před přijetím a 88% nebylo v tomto období zaměstnáno na plný úvazek.

Podíl žen v klientele TK se pohybuje od jedné čtvrtiny ( Galanter, Kleber, 1999) do jedné třetiny (NIDA, 2002). Podle obou zdrojů se 30-60% klientů již předtím léčbu pokusilo (Kalina, 2008a).

Prediktor úspěšnosti je motivace klienta při vstupu do TK. Stupeň motivace při nástupu do TK významně předznamenává setrvání v léčbě a její výsledek. Zdrojem motivace může být i tlak okolí, úřady, soudy (Kalina, 2008a).

V řadě komunit působících v České republice je možné vykonávat soudem nařízené ústavní ochranné léčby nebo alternativní tresty typu prospěšných prací, případně si dokončit vzdělání (Nevšímal, 2004).

Radimecký (2006) na základě rozhovoru s několika stovkami klientů usuzuje, že převážná většina z nich do léčby v TK nastupuje především pod tlakem různorodých vnějších faktorů, tlak jejich nejbližších, zdravotní, finanční či jiné problémy, důsledek konfliktu se zákonem, než na základě vlastního uvážení rozhodnutí. Klienti mají vyšší věk v důsledku postupného stárnutí populace uživatelů drog vyhledávající odbornou pomoc, což nese důsledky jako jsou: horší zdravotní stav, sociální situace, kriminální kariéra, opakované léčby. Dochází k větší diferenciaci uživatelů a vzniku specifických skupin. Klienti po výkonu trestu odnětí svobody (léčba-trest-léčba), s nařízenou

ústavní/ochrannou léčbou, těhotné uživatelky nebo uživatelky matky. Tyto skupiny mají větší nedůvěru vůči institucím a větší obavu ze změny chování. Efektivitu léčby ovlivňuje osobnost klienta, závažnost zdravotních, sociálních problémů, motivace ke změně chování, typ léčby, její délka a náročnost, vliv osobnosti a styl práce terapeuta, podpora rodiny, sociální situace klienta. V kole změny je důležité pro práci terapeuta, kde se klient na kole změny nachází, nemusí projít všemi stádii. Stádia nejsou ostře ohraničeny. Potřebným předpokladem pro udržení změn chování je, aby klient porozuměl svému self, vztahům, nahradit ztrátu drog osobním rozvojem. I nedokončená léčba má pro klienta obrovský význam. Jen malá část uživatelů je schopna dosáhnout kýžené změny chování po absolvování první léčby.

Vymětal, Speierer (1999) se zabývali výzkumem Psychické změny u nemocných po dobrovolné protialkoholní léčbě z pohledu rogersovského přístupu. Výzkum nezjišťoval účinnost léčby, ale osobnostní proměnné zachycené dotazníkem RIAI. Objevil se nárůst klientovi sebedůvěry, tolerovat a snášet inkongruence a pokles dimenze prožívání. Tyto znaky souvisí s psychickou odolností. Debaklová situace je pro pacienta motivem k dobrovolné léčbě.

Stuchlíková, Man (1999) provedli výzkum motivace u 170 mužů a žen pomocí dotazníku MSQ. Studie byla kvantitativní. Skupiny byly ve skórování homogenní. Pacienti s diagnózou měli větší skóre u položek: počet zájmů v oblasti léčba, konzultace, duševní a tělesné zdraví. Naopak srovnávací skupina vykazovala větší zájem v organizování, oblast kultury, oblast kriminality. Rozdíly oproti zahraniční studii byli v tom, že skupina s diagnózou byla testována až po 10. týdnech terapie.

#### **4.3.2 Terapeutická komunita Podcestný Mlýn a její klientela**

Terapeutická komunita Podcestný Mlýn poskytuje rezidenční léčbu pro klienty s diagnózou závislosti na nealkoholových drogách, popř. smíšené závislosti. Cílem léčby je podpora klienta v rozhodnutí žít v trvalé abstinenci, změna dosavadního rizikového chování, osobní růst a rozvoj, resocializace. Terapeutická komunita nabízí pobytovou léčbu na 9-12 měsíců a poskytuje: ubytování, stravování, sociální zařízení, bezpečné prostředí bez drog, denní - jasně strukturovaný program, skupinovou psychoterapii, socioterapii, gender skupiny, práci s vlastním životním příběhem - v přítomnosti pro budoucnost, pracovní terapii, práci s rodinou (<http://www.podaneruce.cz/cz/programy/komunita/terapeuticka-komunita.html>).



Služba je určena pro osoby starší 18-ti let závislých na návykových látkách, s různými stupni psychosociálního zatížení. Jedná se o ženy a muže s víceletou drogovou i kriminální kariérou. Služba je využívána klienty z celé České republiky, přednostně jsou přijímáni klienti z Brna, z Jihomoravského a Jihočeského kraje. Kapacita zařízení je 15 míst, minimálně 4 z nich jsou trvale rezervována pro ženy. Program TK je přednostně určen pro jedince, kteří nedosahují efektivních výsledků v jiných krátkodobých či ambulantních programech (<http://www.podaneruce.cz/cz/programy/komunita/terapeuticka-komunita.html>).

#### ***4.4 Terapeutická komunita ve věznicích***

Podle De Leona (2000, 2001, in Kalina, 2008a) je modifikace TK ve vězení ovlivněna specifickými rysy nápravné instituce, jako je soustředění na bezpečnostní opatření, cíl včasného propuštění, nedostatek prostoru a vězeňská kultura sama o sobě. Musí se vyrovnávat se specifickými charakteristikami a potřebami vězňů, jako je např. sociální deviace a „kriminální maska“, nízká vnitřní motivace k osobní změně a účelová motivace k vyhledání léčby ve vězení.

Různí autoři se shodují v tom, že prostředí a kultura vězení nejsou pro uplatnění modelu TK příznivé. TK přináší do vězeňského modelu zcela jiné paradigma, než má hostitelská instituce. Kuda (2003) uvádí samotný fakt, že jde o výkon trestu odnětí svobody, jako protikladný základním principům TK, především dobrovolnosti a vlastní zodpovědnosti. Kontrast se týká nejen institucionálního paradigmatu, ale také neoficiální vězeňské kultury, kterou si vězni do programu TK přinášejí a která je stále obklopuje. V současnosti takto pojímané principy TK aplikují minimálně 4 z 10 existujících léčebných oddělení, z přímých zdrojů Vězeňské služby ČR to však nelze potvrdit a pojem „terapeutická komunita“ se v nich vůbec nepoužívá.

Vondráčková (2008) uveřejnila studii s názvem Charakteristika uživatelů psychoaktivních látek s nařízenou ústavní léčbou. Jeden z cílů byl popsat vybrané charakteristiky osob s nařízenou ochrannou léčbou protialkoholní a protitoxikomanickou (dále jen OLA/OLT) a průběh jejich léčby. Kvalitativní výzkum byl proveden u 33 osob. Výsledky studie: osoby přicházející do psychiatrických léčeben na výkon OLA/OLT lze rozdělit do tří skupin. 1. Prvotrestaní s abúzem alkoholu bez přidruženého asociálního životního stylu. Z celkového počtu osob do této skupiny patřilo 13 osob. Do léčby nastupují pacienti z domova, v minulosti nemají konflikt se zákonem. V klinickém obraze

nedominuje porucha osobnosti ani jiná duševní porucha. V léčbě jsou nekonfliktní, neporušují pravidla. S personálem nespolupracují, nezapojují se do programu. Jejich cílem je projít léčbu hladce a rychle. 2. Opakovaně trestaní s primární diagnózou porucha osobnosti a přidruženým abúzem PL. Do této skupiny lze zařadit 7 osob. Nastupují léčbu z výkonu trestu, mají v minulosti majetkovou trestnou činnost. V klinickém obraze mají poruchu osobnosti asociálního typu. Dle jejich názoru nemají problém s užíváním PL. Porušují pravidla, relapsují, spolupráce je obtížná, narušují psychoterapeutické prostředí. 3. Opakovaně trestaní se závislostí na psychoaktivních látkách v popředí s přidruženým disociálním životním stylem. Do skupiny patřily 3 osoby. Opakovaně byli soudně stíháni, více absolvovaných léčení, nastupují z výkonu trestu odnětí svobody. Mají často poruchu osobnosti a problém vrátit se k normálnímu způsobu života. Počátku dodržují pravidla, pak ne. Jsou méně konfrontační. Jejich cíl je brát kontrolovatelné množství. Cílem by neměla být nutně jen abstinence, jak již bylo zmíněno z důvodu širokého spektra skupin. Přípuštění kontrolovatelného užívání po ukončení léčby může podpořit motivaci pro využívání doléčovacích služeb.

#### **4.4.1 Ochranné léčení jako součást alternativního trestu**

Ochranné léčení je dvojího druhu protialkoholní a protitoxikomanické. Institut ochranného léčení je upraven zejména v § 72 TZ. Ochranné léčení je ochranným opatřením, nikoliv trestem. Ukládá se v závislosti na osobě pachatele buď obligatorně nebo fakultativně. Ve vztahu k uživatelům návykových látek připadá častěji ochranné léčení fakultativní. Je to pro pachatele, kteří zneužívají návykové látky, nebo spáchaly trestný čin pod vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. Soud však toto léčení neuloží je-li vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že jeho účelu nelze dosáhnout (opakované neúspěšné léčby, odmítavý postoj k léčbě). Vhodnost uložení a osobnost pachatele posuzuje soudní znalec. Ochranné léčení soud může uložit vedle trestu, anebo při upuštění od potrestání. Ochranné léčení je ambulantní forma a ústavní forma. Pachatelé, kterým byl uložený nepodmíněný trest odnětí svobody, mohou vykonávat ústavní léčení ve věznicích k tomu určeným (např. Rýnovice, Opava). Jinak se ústavní ochranné léčení vykonává na odděleních soudní ochranné léčby v psychiatrických léčebnách spadajících do rezortu MZ. Ambulantní ochranné léčení se vykonává v psychiatrických ambulancích. Formu ochranného léčení může soud v průběhu trvání léčby změnit. Léčba trvá dokud to vyžaduje její účel, není tedy časově omezena. O ukončení rozhoduje soud, a to zpravidla

podnětu zařízení nebo pachatele. V případě nenastoupení do léčby se pachatel vystavuje nebezpečí trestního stíhání pro trestný čin maření výkonu úředního rozhodnutí. V r. 2007 bylo uloženo 138 osobám, 64 v ambulantní formě a 74 v ústavní formě (Mravčík, 2008).

Negativní důsledky při nenavrnutí ochranného léčení pacientovi se zjištěnou diagnózou závislosti na psychoaktivních látkách jsou a) snížení šance na uzdravu a na zlepšení jeho zdravotního stavu b) v zájmu potřeby ochrany společnosti se při negativním návrhu zúží soudu možnost volby trestu. Pokud znalec zjistí na základě expertízy u obviněného diagnózu závislosti na psychoaktivních látkách, by měl vždy z důvodů jak odborných, medicínských, právních, etických doporučit ochranné léčení (Okruhlica, 2006).

#### **4.4.2 Specializované oddělení ve věznici v Opavě a jeho klientela**

Specializované oddělení pro výkon trestu odsouzených žen s poruchou osobnosti a chování, způsobenou užíváním psychotropních látek ve Věznici v Opavě, bylo zřízeno v roce 1999. Specializované oddělení v Opavě má oproti jiným věznicím, prozatím jako jediné oddělení v České republice, určitá kladná specifika. Prioritním je především působení na klientelu, spojené s možností zrušit na návrh ředitele opavské věznice ochrannou léčbu nařízenou příslušným soudem, či její ústavní formu přeměnit na formu ambulantní. Z globálního pohledu jde především o obrovské šetření finančních prostředků, ale i lidského potenciálu, kdy při úspěšné léčbě klientky specializovaného oddělení již nemusí po výkonu trestu odnětí svobody absolvovat soudem nařízenou léčbu v psychiatrických léčebnách. Jde také o nabídnutí možnosti šetřit čas, kdy při vykonávání trestu odnětí svobody je možné ihned absolvovat léčbu, což je obrovskou motivací především pro kladný sociální dopad (Trávníčková, 2001).

Kapacita lůžek je 26, předpoklad délky pobytu je od 6 měsíců do 1 roku výkonu trestu. Optimálním výsledkem a snahou týmu je, aby odsouzené ženy mohly ukončit výkon trestu prostřednictvím tzv. pevného výstupu nebo využitím institutu podmíněného propuštění. Tento přístup je však realizovatelný asi u dvou třetin klientek, třetina odchází vykonat zbytek trestu do jiné věznice. Jsou přijímány odsouzené ženy zatížené toxikomanskou a alkoholovou závislostí. Trestnou činnost páchaly z důvodu opatření si finančních prostředků na drogu, u drogových závislostí, či jako důsledek třetí až čtvrté fáze alkoholismu při nezvládnutí některé z životních situací. Uživatelky drog začínají velmi brzy a pravidlem je, že drogu získávají dlouho darem nebo výměnou za cokoli, až v pozdější době dospějí k trestné činnosti. Mají víceletou zkušenost s „tvrdými“ drogami a některým je vězeňské prostředí už známé. Socializace těchto klientek neměla kdy

proběhnout, je tedy těžké pokoušet se o resocializaci a při působení na tyto klientky se započíná v mnoha oblastech působení od prvopočátku. Jde o rozvinutí všeho co by žena v klasické roli měla dokázat, včetně orientace v sociálních a společenských vztazích (Trávníčková, 2001).

#### **4.4.3 Specifika práce s uživateli drog v konfliktu se zákonem**

Při popisu a charakterizování trestné činnosti páchané uživateli drog se v odborné literatuře často hovoří o tzv. *primární a sekundární drogové kriminalitě*. A) *Primární drogová kriminalita* zahrnuje výhradně páchání trestné činnosti v oblasti tzv. drogových trestných činů. Jedná se o trestné činy nedovolen výroby a držení omamných psychotropních látek a jedů (§ 187 až 188a trestního zákona). Pachatelé primární drogové kriminality bývají často ohroženi vyšší trestní sazbou než pachatelé sekundární drogové kriminality. B) *Sekundární drogová kriminalita* zahrnuje jakoukoli jinou trestnou činnost, která je páchaná za účelem obstarání prostředků na návykové látky, ale i prostředků pro zabezpečení dalších, jiných potřeb uživatelů drog (jídlo, oblečení atd.). sekundární drogová kriminalita může zahrnovat majetkovou trestnou činnost (krádeže, neoprávněné užívání cizí věci, podvody atd.), násilnou trestnou činnost (např. loupeže), ale také trestné činy mravnostní povahy, výtržnictví, útok na veřejného činitele (Müllerová, 2008, in Kalina 2008b).

Pod tlakem trestního stíhání či ve výkonu trestu bývá jednání klientů často účelové. Účelovost jednání se může týkat i toho, zda a jakým způsobem se klient rozhodne spolupracovat na řešení svého drogového problému. Ve fázi před vynesením rozsudku může být jedním z pochopitelných účelů takové spolupráce snaha přesvědčit soudce, aby klientovi uložil alternativní trest, případně co nejkratší nepodmíněný trest. Ve výkonu trestu může být účelem takového jednání získání lepších podmínek ve výkonu trestu, touha být podmíněně propuštěn, ale také naklonit si personál věznice, případně mít kontakt s někým mimo vězeňské prostředí. To, že klient do spolupráce vstupuje účelově, není rozhodně důvodem, proč by nebylo možné s ním na řešení jeho drogového problému začít pracovat. Naopak účelovost jednání je možné vidět jako klientovu vnější motivaci ke změně a je možné jí v další práci s klientem využít. Koneckonců sledovat účel má nějaký motiv. Během další spolupráce je pak možné hledat co by chtěl klient změnit, a hledat i jeho vnitřní motivaci pro změnu. Nikdy dopředu nemůžeme vyloučit ani možnost, že – i

když se klientovo jednání může zdát účelové – může být klient opravdu motivován pro léčbu (Müllerová, 2008 in Kalina, 2008b).

#### 4.4.4 Efektivita nařízené léčby

Nařízená (nucená) léčba může být uživateli drog uložena soudem. Klienti bývají nuceni, aby se podrobili léčbě své drogové závislosti. Mezi odbornou veřejností se opakovaně objevuje názor, že nucená léčba není účinná a efektivní. Kalina (2000, in Kalina, 2008b, s. 279-280) i Kudrle (2002, in Kalina, 2008b, s. 279-280) tomuto názoru oponují. Kudrle naopak uvádí, že *„Donucení je...integrální součástí každé léčby závislého člověka.“* Při nástupu do dobrovolné léčby je klient také nucen vnějšími okolnostmi k tomu, aby léčbu podstoupil. Nucenou léčbu Kudrle specifikuje následujícím způsobem: *„(nucená léčba)... je možností ve smyslu pomoci zvnějšku. Obviněnému má umožnit projít léčbou, když vnitřní struktury jeho osobnosti nevytvořily dostatečnou spontánní motivaci k léčbě a nejsou předpoklady, že by setrval v kontaktu dostatečně dlouhou dobu.“* Kalina (2003a) uvádí, že řada výzkumných studií prokázala, že samotný fakt, zda je léčba nucená nebo dobrovolná, nemá vliv na její úspěšnost. Faktory, které mají vliv na úspěšnost léčby jsou podle Kaliny následující: poradenství před nástupem do léčby, práce s motivací klienta, individualizovaný přístup ke klientovi, volba vhodného druhu léčby a podpora zapojení klienta do léčby. Rovněž podle Kaliny (2003b) účinná léčba nemusí být dobrovolná. Silná motivace může facilitovat léčebný proces i když tlak přichází z vnějšku: z rodiny, ze zaměstnání, z justičního systému. Může významně zvýšit nejen nástupy do léčby, ale i udržení v léčbě a úspěšnost léčebných intervencí-srovnatelně s dobrovolnou klientelou a někdy i více.

Straka, Straková (1990) publikovali výsledky výzkumu efektivity ústavní protitoxikomanické léčby. Úkolem bylo srovnání čtyř krajských léčeben. Čtyři soubory byly mužské a jeden ženský soubor. Výsledky studie, u žen oproti mužům častěji proběhla kompletní léčba, byl zaznamenán menší počet pokusů o útěk, vyšší věk, méně nápadné formy abúzu, rodinná i profesionální stabilizace minimem trestné činnosti v anamnéze. Problém adaptace na léčbu je původ kázeňský ne závislostní. Kompletní léčbu absolvoval v průměru každý třetí. Statistiky významné rozdílly v průběhu léčby mezi léčebnami naznačují, že i modifikace terapeutického přístupu podle specifických charakteristik uživatelů může zvýšit podíl kompletních léčeb u hospitalizovaných na polovinu.

Vondráčková (2006) publikovala článek s názvem Klinický pohled na stav soudní ochranné léčby protialkoholní a protitoxikomanické ve zdravotních zařízeních v ČR. Uvádí,

že ve většině případů OLA, OLT se setkává s pacienty na oddělení, kteří podle kruhového modelu se nacházejí ve fázi prekontemplace, kdy si problém se závislostí neuvědomují, nepřipouštějí a kontemplace, kdy si problém uvědomují, uvažují o změně, ale zároveň ji odmítají. Situace je navíc komplikovaná skutečností, že k léčení jsou pacienti donuceni soudem a ne na základě vlastního rozhodnutí. Léčení má funkci trestu. Objevuje se odpor k soudně nařízené léčbě. Cílem léčby je motivace pacientů k rozhodnutí abstinence.

Úspěšné ukončení léčby není vyléčení, ale motivace k dobrovolné návazné léčbě. Polovina pacientů byla ve výkonu trestu. Základem principu léčby je režimový přístup založený na časové struktuře dne a pravidlech určující systém účasti v léčebném programu. Cílem je jedinci zvnitřnit řád a pomoci mu tak lépe se přizpůsobit požadavkům vnějšího světa. Nemotivovanost pacientů a osobní charakteristiky ovlivňují charakter celé komunity. Základem komunity jsou vztahy mezi pacienty, kdy jim na sobě záleží. Ve skupině vládne upřímnost a otevřenost. V práci s nemotivovanými klienty je těžké takové prostředí vytvořit. Pacienty nezajímá, co si druzí myslí, pro ně je to mrhání času.

Skupinové klima bez několik pacientů je negativně ovlivněno. Lepší je proto individuální terapie, kdy si nemusí hrát na silné a můžou projevit svoji slabost. Ve skupině by měl být nadpoloviční počet motivovaných klientů, který by pozitivně působil na nemotivované nebo částečně motivované klienty. Skupiny by měly být doplňovány dobrovolnými klienty k léčení. Skupiny jsou méně konfrontační. Pacienti si poskytují malou zpětnou vazbu a drží pospolu proti terapeutovi který je vnímán jako ten na druhé straně. Personál je vnímán ve dvojroli, pečuje o zdraví pacientů, poslouchá jejich problémy a zároveň informuje soud o průběhu jejich léčby. Problematika ochranného léčení je tedy velice komplikovaná (Vondráčková, 2006).

#### **4.5 Následná péče, doléčovací programy**

*„Vymezení následné péče není jednoznačné. Často panuje neshoda, kdy je vlastně následná péče indikována, respektive kdy začíná. Pokud vyjdeme z kruhového modelu změny chování, jedná se o poslední fázi procesu změny a tudíž sem patří intervence zaměřené na udržení navozených změn chování závislého.“* (Kuda, 2003 in Kalina, 2003b, s. 208).

Základním úkolem následné péče pomoci závislému navracejícímu se do „normálního světa“ pomoci vytvořit podmínky pro jeho abstinenci. Právě stabilizace životního stylu se jeví jako klíčový faktor ovlivňující efektivitu léčby závislostí. Jak

vyplývá z uvedeného vymezení, spektrum indikovaných klientů pro daný typ péče je velmi široké, což klade vysoké nároky na flexibilitu programu. Pro různé typy programů následné péče jsou nezbytná přesně definovaná kritéria přijetí a často i odborná doporučení. V anglosaských zemích se používá slovo „aftercare“ nebo „postcare“, což odpovídá naší následné péči (Kuda, in Kalina, 2003b).

Kuda (in Kalina, 2003b) vymezuje následnou péči takto - smyslem následné péče je udržet u klienta změny, které nastaly v průběhu léčby, popř. spontánně nebo po předchozích intervencích. Dolečování se týká především podpory a udržení abstinence po léčbě. V širším pojetí, vycházejícím z bio-psycho-sociálního modelu. Dolečování lze chápat jako soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita, atd.) a které se ve svém souhrnu pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě.

#### **4.5.1 Klientela následné péče**

Kalina a kol. (2001, s. 69) definují cílovou populaci pro programy následné péče takto: *„abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce, preference osob, které absolvoval detoxikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulanční a residenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci“*. Z této definice tedy vyplývá, že následná péče je určena pro osoby, které absolvovaly ambulantní či residenční (základní) léčbu, setkáváme se však i s osobami bez předchozí odborné pomoci. Lze u nich nalézt minimálně základní náhled na potřebu dlouhodobé abstinence od své primární drogy a potřebu pomoci a podpory (často velmi praktické) při znovu nacházení svého vlastního místa ve světě neboli integrace do podmínek normálního života.

#### **4.5.2 Doléčovací centra v Olomouci, v Brně a jejich klientela**

Vzhledem k tomu, že naši výzkumnou skupinu tvoří klienti doléčovacího programu P-centra v Olomouci a doléčovacího programu Jamtana v Brně, je užitečné uvést profil obou zařízení.

V roce 2005 vznikl Dolečovací program v Olomouci. Cílovou populací jsou dlouhodobí uživatelé, kteří potřebují ke změně životního stylu a jeho udržení podporu-intenzivní strukturovaný doléčovací program, který jim pomáhá k integraci do společnosti. Program je určen pro klienty s dlouholetou drogovou historií, a to po ukončené léčbě. Velká část klientů nemá žádné vzdělání, má minimální pracovní zkušenosti, nefunkční

rodinný systém, zdravotní problémy (chronická žloutenka B, C) a musí splácet velké dluhy. Klienti většinou přicházejí po více absolvovaných léčbách, s opakovanou zkušeností selhání po léčbě. P-centrum, Jamtana nabízí klientům z celé ČR, kteří absolvovali rezidenční léčbu drogových závislostí, strukturovaný doléčovací program v délce 6-ti měsíců. Součástí ambulantního doléčovacího programu pro indikované klienty může být chráněné bydlení. Obvyklá délka doléčovacího programu je 6 měsíců, program však může být delší nebo kratší, podle potřeb klienta. Minimální délka programu je tři měsíce, klient může o dřívější řádné ukončení požádat až poté, co získá práci a bydlení mimo program. Služby doléčovacích programů je možné využívat i po jeho skončení na základě individuální dohody. Klientům nabízí centra půlroční terapeutický program, chráněné bydlení. Na rozdíl od léčby klienti v doléčovacím programu nejsou v pracovní neschopnosti, hledají si práci (nebo studium). Každý klient je však jedinečný, každý má jinou minulost a každý má jinou představu o svém životě. Proto si také každý klient ve spolupráci se svým garantem vytváří svůj vlastní terapeutický kontrakt. Kontrakt vychází z jeho potřeb, plánů a hledá způsoby řešení jeho současných problémů. Kontrakt se aktualizuje podle potřeby. Řádného ukončení po 3- 4 měsících často využívají klienti po dlouhodobých léčbách v TK, naopak klienti po střednědobé léčbě v PL využívají celou délku programu (Redakce P-centrum, 2006).

Jamtana je určena klientům, kteří také ukončují léčebný proces. Do ambulantního programu mohou být přijati klienti starší 15 let, do chráněného bydlení pouze klienti od 18 let. Klienti jsou absolventi krátkodobé, střednědobé nebo dlouhodobé léčby, popř. min 4 měsíce potvrzené abstinence. Jamtana nabízí skupinovou a individuální psychoterapii, sociální poradenství a asistence při vyřizování osobních dokladů, pojištění, hledání zaměstnání aj. Cílem programu Doléčovacího centra je dokončení léčebných programů a podpora klienta při integraci do běžného života. Programy jsou přizpůsobeny nárokům, možnostem a aktuálním potřebám jednotlivých klientů. Celkový program je rozdělen do 3 fází, každá trvá průměrně 2 – 3 měsíce (<http://www.podaneruce.cz/cz/programy/dolecovaci-centrum/dolecovaci-centrum-jamtana2.html>).



### III. VÝZKUMNÁ ČÁST

#### 5 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Jedná se o kvalitativní studii zaměřenou na motivaci uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě. Výzkumné cíle zjišťujeme pomocí kvalitativních výzkumných metod. Motivace v jakékoliv léčbě je důležitý fenomén, který je hodný zkoumání, o to více nás zajímala motivace uživatelů, jakož to specifické skupiny. Motivací v léčbě u uživatelů jsme se zabývali, co nejvíce do hloubky. V budoucnu bychom chtěli tuto kvalitativní studii porovnat s motivací uživatelů v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě.

Prvním cílem bylo porovnat motivaci uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a v dobrovolné léčbě a popsat jaké mají důvody k abstinenci v obou léčbách. Vzhledem k lišícím se názorům mezi odborníky drogové problematiky, týkající se motivace v nařízené ochranné léčbě a v dobrovolné léčbě, jsme si stanovili tuto výzkumnou otázku č.1. Je motivace v nařízené léčbě nižší v porovnání s dobrovolnou léčbou a jaké jsou motivy klientek ve zkoumaných léčbách?

Druhým cílem bylo konfrontovat názory terapeutů na motivaci v léčbě s našimi výsledky z výzkumu. Položili jsme si tuto výzkumnou otázku č. 2. Jsou ve shodě názory, zkušenosti terapeutů s výslednými daty klientek?

Třetím cílem bylo popsat roli léčby v drogové kariéře klientek. Jinými slovy lze formulovat výzkumnou otázku č. 3. Jakou roli sehrála léčba v drogové kariéře klientek?

## 6 Výběr výzkumného souboru a jeho popis

Výběr našeho vzorku pro kvalitativní výzkum probíhal metodou záměrného účelového výběru přes instituce. Tato metoda patří mezi tzv. nepravděpodobnostní metody výběru výzkumného souboru v rámci kvalitativního přístupu (Miovský, 2006). Využili jsme několika léčebných zařízeních věnujících se drogové problematice, které s naší cílovou skupinou pracovaly. Dále jsme si stanovili určité vlastnosti dle, kterých jsme cíleně vyhledali účastníky. Kritéria byla uživatelka, dlouhodobé užívání nealkoholových drog, nynější abstinence a pobyt v léčebném zařízení. Kritériem pro skupinu terapeutů byla přímá práce s klientkou v léčebném zařízení.

Navázání prvního kontaktu u prvního výzkumného souboru probíhalo mezi klientkami na Specializovaném oddělení ve věznici Opava. Druhý výzkumný soubor tvořily klientky terapeutické komunity Podcestný Mlýn, klientky doléčovacího programu Jamtana Brno a P-centra v Olomouci. Vzhledem k menšímu zastoupení žen jako uživatelky, oproti mužům na „drogové scéně“, jsme kontaktovali více léčebných zařízení. Ty, které byly ochotny, vyplnily následně námi vytvořený screening zaměřený zejména na jejich zkušenosti s návykovými látkami a dalšími aspekty (viz. kritéria). Prostřednictvím tohoto kontaktu vznikly tzv. první kandidátky, které odpovídaly našim požadavkům pro výzkum (byly to bývalé dlouhodobé uživatelky návykových látek, které nyní abstinovaly a aktivně se účastnily léčby v příslušném zařízení). Na základě vyplněných screeningů a souhlasu s účastí ve výzkumu, se vytvořily výsledné skupiny participantek. Skupinu terapeutů tvořily terapeuti léčebných zařízení, ve kterých jsme realizovali náš výzkum.

Tab.č. 3. Profil skupiny ochranné léčby

	1OL	2OL	3OL	4OL	5OL	6OL	7OL	8OL	9OL	10OL
<b>Pohlaví</b>	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž
<b>Věk</b>	35	34	21	33	33	37	32	29	26	24
<b>Průměrný věk</b>	<b>32,1</b>									
<b>Dok. Vzdělání</b>	SŠ	SOU	ZŠ	SOU	SOU	ZŠ	ZŠ	SOU	SOU	ZŠ
<b>Bydlení s partnerem</b>	ne	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano
<b>Věk prvního užití</b>	20	24	16	18	20	25	17	19	15	15
<b>Délka užívání v letech</b>	15	10	5	15	8	11	13	9	11	8
<b>Průměrná délka užívání v letech</b>	<b>11,7</b>									
<b>Preferovaná látka HCV</b>	P, K ano	P, K ano	P, S ano	P ne	H, P ano	P ne	P,H,S,M ano	P ne	P,H ano	P,K ne

H =heroin, K= kokain, M= metadon P= pervitin, S=subutex

Tab.č. 4. Profil skupiny dobrovolné léčby

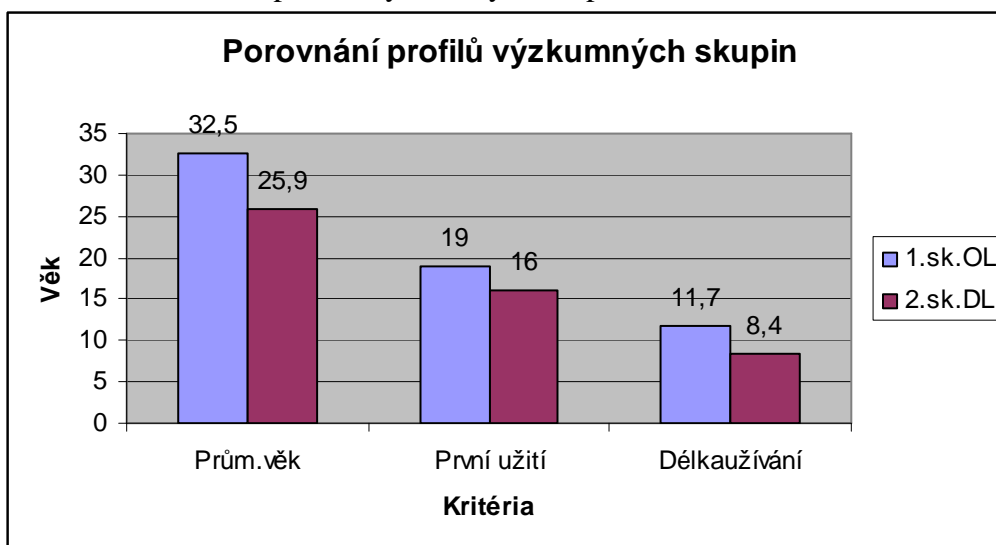
	1DL	2 DL	3 DL	4 DL	5DL	6DL	7DL	8DL	9DL	10DL
<b>Pohlaví</b>	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž
<b>Zařízení</b>	TK	TK	TK	TK	TK	DC	DC	DC	DC	DC
<b>Věk</b>	24	32	20	29	28	24	21	25	31	25
<b>Průměrný věk</b>	<b>25,9</b>									
<b>Dok. Vzdělání</b>	ZŠ	SOU	SŠ	SŠ	ZŠ	ZŠ	ZŠ	ZŠ	ZŠ	SŠ
<b>Bydlení s partnerem</b>	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
<b>Věk prvního užití</b>	15	17	15	17	14	13	17	18	15	19
<b>Délka užívání v letech</b>	7	12	5	11	13	9	3	7	12	5
<b>Průměrná délka užívání v letech</b>	<b>8,4</b>									
<b>Preferovaná látka HCV</b>	P,S,H ano	P ne	P ano	P ne	P ano	P,K ne	P ano	P,S,H ne	P ne	P,H ano

TK= terapeutická komunita, DC=doléčovací centrum, H =heroin, K= kokain,P=pervitin, S=subutex

Pro porovnání těchto dvou výzkumných skupin jsme vytvořili graf č.1, který naznačuje rozdíly mezi výzkumnými skupinami. Obě výzkumné skupiny tvořily participantky aktuálně ve fázi abstinence, zapojeny do léčebného kontinua. První výzkumná skupina ochranné léčby má v porovnání s druhou výzkumnou skupinou dobrovolné léčby vyšší průměrný věk o 6,2 roku. Skupiny se od sebe vzájemně liší i v průměrném věku prvního užití. Skupina ochranné léčby má průměrný věk prvního užití 18,9 roku a skupina dobrovolné léčby 16 let. Rozdíl mezi skupinami je 2,9 let. Průměrná

délka užívání se mezi skupinami také vzájemně liší o 3,3 roku. Nejedná se tedy o dvě zcela homogenní výzkumné skupiny. Rozdíly v průměrném věku prvního užití a průměrnou délkou užívání, se domníváme, jsou způsobeny generačními rozdíly. Dříve byl klient zachycen léčebným procesem až ve své debaklové situaci. Dnešní trend pomáhajících profesí je zachytit klienta, co nejdříve, než se dostane na pomyslné „dno“. To může vysvětlovat naše rozdíly v jednotlivých hodnotách. Klienti s nižším průměrným věkem v léčebném zařízení budou mít kratší drogovou kariéru, jako je to u našeho vzorku dobrovolné léčby v porovnání s klientkami s vyšším průměrným věkem nařízené ochranné léčby. Za pozornost stojí i kritéria, které ve grafu nejsou, tj. nejvyšší dokončené vzdělání. Skupina ochranné léčby má pouze čtyři participantky se základním vzděláním, oproti tomu skupina dobrovolné léčby má šest participantek se základním vzděláním. Klientky, které začínaly s návykovými látky ve vyšším věku - dokončily střední školu. Co se týká hepatitidy typu C, tak polovina každého výzkumného souboru prodělala tuto nemoc. Všechny klientky, vyjma tří, žily s partnerem, který byl sám uživatel návykových látek.

Graf č.1. Porovnání profilů výzkumných skupin



Třetí výzkumnou skupinu tvořily terapeuti, kteří v přímé práci pracovali s participantkami. Profil skupiny terapeutů uvádí Tab.č.5. Jedná se o skupinu, která se oblasti terapie v drogové problematice věnuje několik let. Jedná se tedy o zkušené odborníky.

Tab.č. 5. Profil skupiny terapeutů

<b>Terapeut</b>	<b>1TOL</b>	<b>2TOL</b>	<b>3TOL</b>	<b>4TDL</b>	<b>5TDL</b>	<b>6TDL</b>
<b>Pohlaví</b>	Ž	Ž	M	Ž	M	M
<b>Pracoviště</b>	OLT	OLT	OLT	TK	TK	DP
<b>Věk</b>	32	55	40	37	31	41
<b>Průměrný věk</b>	<b>39,3</b>					
<b>Praxe v letech</b>	4	10	9	8	5	13
<b>Průměrná délka praxe v letech</b>	<b>8,1</b>					
<b>Počet klientů v programu</b>	31	26	31	12	12	15

## **7 Metody získávání dat, průběh výzkumu**

Pro náš výzkum týkající se motivace jsme použili tři metody. Nejprve účastníci vyplňovali Motivační dotazník, poté následovalo polostrukturované interview a práce s časovými osami jejich drogové kariéry. U skupiny terapeutů jsme použili metodu polostrukturované interview. Kriticky se výběrem metod zabýváme v diskuzi.

### **7.1 Motivační dotazník**

Autory Motivačního dotazníku jsou Karel Nešpor, Andrea Scheansová a Hana Karbanová, dotazník uveřejnili v roce 2008. Dotazník není nástroj na kvantitativní měření motivace. Slouží spíše k mapování motivace a jejího rozložení v různých oblastech života. Motivace je důležitá k překonání návykové nemoci. Lze si např. představit situaci, kdy motivace respondenta vychází pouze z jediné motivační oblasti (např. vztahů), je však velmi silná. Je ovšem možná i situace opačná, kdy motivace vychází z více oblastí, ale je relativně slabá.

Posilování motivace patří při léčbě návykových nemocí k nejzajímavějším a neúčinnějším technikám. Dotazník je vytvořen primárně jako intervenční nástroj. Hlavním cílem Motivačního dotazníku je během jeho vyplňování posílit motivaci k překonání návykové nemoci. Dotazník také poskytuje terapeutovi, účastníkovi bezprostřední informaci o struktuře jeho motivace. Podstatné tedy je, že při vyplňování dotazníku si účastník lépe uvědomí důležité pozitivní i negativní důvody ke změně. Dotazník mapuje šest oblastí. Každá oblast má 18 otázek. Dotazník má 108 otázek, účastník na otázky odpovídá ano/ne (Nešpor, Scheansová, Karbanová, 2008). Celý Motivační dotazník je k nahlédnutí v příloze č.4.

### **7.2 Polostrukturované interview**

Polostrukturované interview je metoda, která je nerozšířenější. Dokáže řešit mnoho nevýhod nestrukturovaného nebo strukturovaného interview. Polostrukturované interview je náročné na přípravu, kdy si vytváříme okruh otázek, na který se budeme ptát. Pořadí otázek můžeme zaměňovat. Máme definované tzv. jádro interview, tj. minimum otázek, které tazatel musí probrat. (Mioviský, 2006).

Hendl (2008) polostrukturované interview pojmenovává jako rozhovor pomocí návodu. Výhody toho to typu jsou struktura, která ulehčuje srovnávání, udržení cíle rozhovoru, výzkumníkovi dovoluje uplatnit vlastní perspektivy a efektivně využít čas k interview.

### **7.2.1 Okruhy otázek**

Jedno z témat rozhovoru se týkalo vyplněného Motivačního dotazníku. Další témata se týkala motivace a léčby. U skupiny terapeutů se témata rozhovoru vztahovala k jejich zkušenostem, názorům a trendům na motivaci v léčbě u uživatelů. Každé participantce/terapeutovi byli položeny všechny otázky. Snažili jsme se formulovat otázky takovým způsobem, aby odpovědi byly, co nejdůležitější a co nejkonkrétnější. Ukázka otázek je níže.

Otázky jsme participantkám/terapeutům kladli srozumitelně a jednoduše, aby jim bez problémů porozuměli. Při jakémkoliv nedorozumění či nepochopení některého pojmu jsme byli ihned nápomocni s vysvětlením.

#### **Otázky pro skupinu ochranné léčby a dobrovolné léčby:**

1. Seřad'te oblasti v dotazníku podle Vaší důležitosti a potřeby změny.
2. Jak a co se v jednotlivých oblastech změnilo v důsledku braní drog?
3. Kterou oblast nejvíce chcete změnit?
4. Z jakého důvodu jste se rozhodla léčit?
5. Co pro Vás znamená léčba?
6. Co pro Vás znamená abstinence?
7. Co Vám to v léčbě pomáhá zvládnout?
8. S čím jste tady spokojena?
9. S čím jste tady nespokojena, co Vám tu chybí?
10. Uvažovala jste už někdy dříve o změně? Kdy? V jaké situaci?
11. Z jakého důvodu se to nepovedlo? Co tomu zabránilo?
12. Kontaktovala jste někdy někoho z nízkoprahových služeb?
13. Co plánujete do budoucna?
14. Nakreslete mi časovou osu drogové kariéry.

### **Doplňené otázky pro skupinu ochranné léčby:**

15. Jak vnímáte tuto léčbu, která probíhá ve věznici?
16. Jste tu poprvé?
17. Cítíte se, že jste v léčbě?
18. Vnímáte to jako trest?
19. Jak vnímáte roli personálu a celkově skupinu v léčbě?

### **Otázky pro terapeutů:**

1. Jak vypadá typický průběh léčby? Etapy, fáze?
2. Jaký je cíl léčby?
3. Můžete popsat motivy (faktory) klientů při vstupu do léčby?
4. Mění se motivace klientů v léčbě? Jak?
5. Máte nějakou svoji implicitní teorii o motivaci, kterou jste vyzorovali?
6. Mají klienti něco společného?
7. Je tato léčba typická pro některé typy klientů?
8. Má tato léčba nějaké limity? Jaké?
9. Jaké má pozitiva?
10. Má tato služba návaznost na další zařízení?
11. Jak pracujete s klientem, který nechce spolupracovat?
12. Sledujete úspěšnost léčby?
13. Stává se, že klienti relapsují?
14. Má osobnostní struktura vliv na léčbu? je nějaká osobnost, které by pomohla určitá léčba?

Ukázka rozhovoru je k nahlédnutí v příloze č. 5.

### **7.3 Časová osa**

Práce s časovými osami je technika, které jsme využili pro rekonstrukci drogové kariéry participantek. Do časových os jsme spolu s participantkami obou výzkumných skupin zanašeli významné události, které ovlivnily průběh drogové kariéry participantek. Tuto metodu jsme použili jako další zdroj údajů pro analýzu. Získali jsme tak rekonstrukci jejich doby, kdy se poprvé setkaly s návykovými látkami po dobu, kdy se nacházejí ve fázi abstinence a jsou klientkami příslušných léčebných zařízení (Miovský, 2006).



## 7.4 *Průběh získávání dat a etické zásady výzkumu*

Získávání dat probíhalo vždy v místnosti příslušného zařízení. Vyplňování dotazníku se realizovalo v klidné, tiché a nerušené místnosti, která slouží k individuálnímu poradenství a skupinové terapii. Informovaný souhlas proběhl ústní formou ve všech zařízeních, vyjma terapeutické komunity, kde jsme jej realizovali písemně. Informovaný souhlas je v příloze č. 2. Ochranu osobních údajů jsme zajistili přiřazením anonymního kódu sestávajícího se ze zkratky formy léčby – ochranné léčby a dobrovolné léčby OL/DL, u skupiny terapeutů jsme použili zkratku „T“ jako terapeut a zkratku léčby OL/DL. Dále čísla reprezentující pořadí účasti ve výzkumu (1-10) u dvou výzkumných souborů a u skupiny terapeutů (1-6). Vyplňování dotazníků probíhalo vždy za naší účasti, také pro případné dovysvětlení možných nesrovnalostí. Samotné interview jsme zaznamenávali na diktafon, výjimku tvořily rozhovory ve věznici, kde záznamové zařízení není povoleno. Interview jsme tedy zaznamenávali na papír. Použití diktafonu je jedna z nejčastěji používaných metod fixace kvalitativních dat. Tento způsob fáze získávání dat představuje pro výzkumníka velkou podporu a pomoc. Není nucen dělat si poznámky, aby zaznamenal obsah, ale píše si poznámky výhradně pro své potřeby. Audiozáznam navíc zachycuje veškeré kvality mluveného slova, např. sílu hlasu, délku pomlky apod. Zvukový záznam je zcela nestranný a plně autentický (Miovský, 2006).

Zvýšení validity výsledků jsem se snažili zaručit tzv. triangulací metod získávání dat a triangulací zdrojů dat (terapeuti, participantky, dříve realizované výzkumy). To představuje velmi účinný kontrolní nástroj integrující různé zdroje dat a přístupy k jejich získávání a analýze. Lze zjistit, zda zdrojem zkreslení nemůže být nedostatečné zvládnutí zvolené metody získávání dat, dále zda výzkumník není schopen jiným nástrojem získat kvalitnější data či zda a jak se liší údaje získané různými nástroji (Miovský, 2006). O možných výhodách či nevýhodách zvolených metod se vyjádříme později v diskusi. Během získávání dat, analýze dat a formulaci závěrů jsme se snažili o nestrannost a přiměřenou kritičnost.

Z důvodu naprosté dobrovolnosti účasti na našem výzkumu byly participantky již při prvním kontaktu obeznámeny s účelem výzkumu, s podmínkami jeho průběhu a se svými právy. Účastník měl právo od výzkumu kdykoliv odstoupit, ale nestalo se tomu tak. Každý audiozáznam interview byl ihned po přepsání smazán. Participantky byli předem, při navázání prvního kontaktu, namotivováni. Odměna měla formu občerstvení. Základním předpokladem a závazkem při získávání informací prostřednictvím interview bylo

neohrozit a nepoškodit účastníky výzkumu a současně se tento problém týká také tazatele, který se především při práci s touto rizikovou populací vystavuje jistému nebezpečí (Miovský, Miovská, Gajdošíková, 2004). Ani na jedné straně výzkumu nedošlo k ohrožení ani k újmě. Základní etická pravidla výzkumu byla dodržena.

## 8 Analýza a interpretace dat

### 8.1 Metody analýzy dat

Získaná data jsme zpracovali způsobem ruční analýzy. Tento způsob je dostatečný a účinný. Použili jsme tyto techniky různobarevné propisovačky a tužky pro označení rozsahu textu. Pro každé interview jsme vytvořili formulářovou stránku s otázkami, který může obsahovat prostor pro napsání „klíčových citací“ k různým otázkám (Hendl, 2008).

Aplikovali jsme kombinaci několika metod analýzy kvalitativních dat. Využili jsme tzv. základní bázi oblasti analýzy kvalitativních dat, a to **deskriptivní přístup**, který představuje pouhý popis získaných dat. Tato metoda se prolíná v podstatě analýzou celého výzkumu. Sama o sobě by však znamenala významné ochuzení o další validní informace, jež lze získat jinými analytickými metodami. Použili jsme dále **metodu prostého výčtu**, jejímž prostřednictvím vyjadřují vlastnost určitého jevu, např. frekvenci či intenzitu výskytu daného jevu, či poměr výskytu tohoto jevu k jinému jevu. Jednoduchý nástroj deskripce jsme obohatili o **metodu vytváření trsů**, která slouží ke srovnávání a agregaci (seskupování) dat do skupin (trsů) dle vzájemných podobností. Vznikají tak prostřednictvím kategorizace obecnější jednotky. **Metodu kontrastů a srovnávání** je velmi vhodnou technikou pro odlišení identifikovaných kategorií, přestože mohou mít tyto kategorie mnoho společného (Miovský, 2006).

Předpokládáme, že kombinace výše uvedených čtyř metod analýzy kvalitativních dat poskytne bohatá a plně validní data. Všechny tyto metody prolínají analýzu a interpretaci výzkumných metod všech třech cílů, které jsme si stanovili.

Do časových os jsme zaznamenávali významné události, které participantky popisovaly. U analýzy časových os jsme použili metodu srovnávání dat. Chronologii událostí se snažíme vysvětlit na základě teoretických tvrzení (Hendl, 2008). Získaná data jsme srovnávali za každou skupinu zvlášť. Sledovali jsme, jak se vzájemně v časových intervalech a událostech participantky shodují/odlišují. Sestavili jsme časové osy k výzkumným souborům. Použili jsme výše uvedené kvalitativní metody.

### 8.2 Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č.1

Prvním cílem bylo porovnat motivaci uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a v dobrovolné léčbě a popsat jaké mají důvody k abstinenci v obou

lécobách. Jako výzkumnou otázku č.1 jsme si vymezili: Je motivace v nařízené léčbě nižší v porovnání s dobrovolnou léčbou a jaké jsou motivy klientek ve zkoumaných léčbách?

V následujícím textu se pokusíme, co nejprecizněji analyzovat a následně interpretovat příslušná data získaná z Motivačního dotazníku a polostrukturovaného interview. V tabulce č.6 a č.7 uvádíme výsledky skórování v jednotlivých oblastech dotazníku jednotlivých participantek. Značka „kl.“ je zkratkou pro participantky a zkratka „MD“ je zkratka pro Motivační dotazník, jednotlivé kategorie (oblasti) dotazníku jsou v tabulkách konkrétně vypsány. Na konci tabulky uvádíme průměrné skórování v každé oblasti a celkový motivační skór dotazníku (CMS).

Tab.č.6. Výsledky skórování skupiny OL

Ochranná léčba		1.OL	2.OL	3.OL	4.OL	5.OL	6.OL	7.OL	8.OL	9.OL	10.OL	Ar. průměr
KI/MD												
Těl.zdr.	2	1	12	5	9	4	9	12	14	12	14	7,7
Duš.zdr.	9	5	14	8	8	10	13	15	17	15	17	10,9
Vztahy	10	5	10	11	8	17	14	15	18	15	15	12,3
Prac.ob.	4	2	14	2	12	14	15	2	13	16	16	9,4
Práv.zál.	9	4	15	10	8	4	10	12	2	7	7	8,1
Živ.úr.	6	5	16	10	9	2	9	10	7	17	17	9,1
<b>CMS</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>81</b>	<b>46</b>	<b>54</b>	<b>65</b>	<b>70</b>	<b>76</b>	<b>80</b>	<b>57,5</b>		

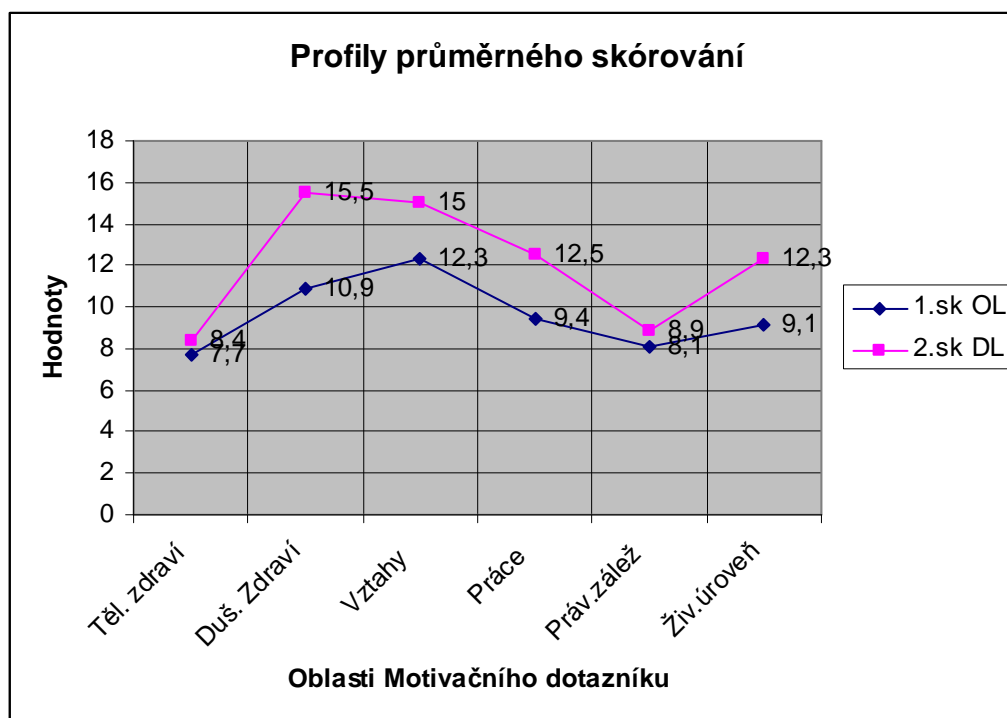
Tab.č.7. Výsledky skórování skupiny DL

Dobrovolná léčba		1.DL	2.DL	3.DL	4.DL	5.DL	6.DL	7.DL	8.DL	9.DL	10.DL	Ar. průměr
KI/MD												
Těl.zdr.	10	11	11	9	11	5	4	13	2	8	8	8,4
Duš.zdr.	15	16	18	15	13	11	17	18	14	18	18	15,5
Vztahy	16	16	12	16	16	10	16	16	15	17	17	15
Prac.ob.	11	12	12	10	13	14	14	11	13	15	15	12,5
Práv.zál.	13	8	7	9	9	13	9	7	8	6	6	8,9
Živ.úr.	15	14	14	10	12	6	14	12	10	16	16	12,3
<b>CMS</b>	<b>80</b>	<b>77</b>	<b>74</b>	<b>69</b>	<b>74</b>	<b>59</b>	<b>74</b>	<b>77</b>	<b>62</b>	<b>80</b>	<b>72,6</b>	

Celkový průměrný motivační skór participantek skupiny ochranné léčby je 57,5. Celkový průměrný motivační skór participantek dobrovolné léčby je 72,6. Lze konstatovat, že celkový průměrný motivační skór skupiny ochranné léčby je nižší v porovnání se skupinou dobrovolné léčby. Motivační dotazník neslouží jako kvantitativní nástroj pro měření motivace k překonání závislosti. Proto jsme se dále více dotazníkem zabývali do hloubky a nepočítali statistické rozdíly mezi celkovými motivačními skóry i vzhledem k malému rozsahu výzkumných souborů.

Srovnáme-li, ale mezi sebou jednotlivé oblasti dotazníku, ve kterých skupiny průměrně skórovali. Dostaneme průměrné hodnoty za každou skupinu v jednotlivých oblastech viz. graf č.2. Za zvýšenou pozornost stojí průměrný skór v oblasti duševního zdraví u skupiny dobrovolné léčby, který je podstatně vyšší než průměrný skór ochranné léčby. Skupina dobrovolné léčby průměrně bodovala v každé oblasti výše od skupiny ochranné léčby.

Graf č.2. Profily průměrného skórování skupin



Analýzu interview u dvou výzkumných souborů jsme rozdělili zvlášť pro lepší přehlednost a orientaci. Interview neinterpretujeme po otázkách, ale pracovali jsme pomocí kategorií. Na konci analýzy výzkumné cíle č.1. uvádíme souhrn výsledků prvního cíle.

### 8.2.1 Analýza interview nařízené ochranné léčby

#### Motivační struktura seřazená podle kladných odpovědí v dotazníku

Nejvíce participantek skórovalo, tudíž největší motivaci k léčbě mají v oblasti vztahů 68%, duševního zdraví 61%, pracovní oblast 52 %, životní úroveň 51%, právní záležitosti 45% a tělesné zdraví 43% (viz Tab.č.8).

Nejsilnější motivaci k překonání závislosti jsme získali z oblastí, kde je nejvyšší počet (součet) kladných odpovědí „ano“ v Motivačním dotazníku (viz Tab.č.8).

Tab.č.8. Struktura motivace skupiny ochranné léčby

	Počet kladných odpovědí	% z maxima
<b>Tělesné zdraví</b>	7,7	43%
<b>Duševní zdraví</b>	10,9	61%
<b>Vztahy</b>	12,3	68%
<b>Pracovní oblast</b>	9,4	52%
<b>Právní záležitosti</b>	8,1	45%
<b>Životní úroveň</b>	9,1	51%
<b>Celkový motivační skór</b>	57,5	53%

#### Motivační struktura seřazená podle vlastní preference důležitosti a potřeby změny

Podle odpovědí z interview preferují nejvíce na prvním místě vztahy, duševní zdraví, právní záležitosti, pracovní oblast, životní úroveň a tělesné zdraví.

Motivační struktura se vzájemně ve struktuře neliší, výjimku tvoří třetí místo, kde místo pracovní oblasti participantky umístily právní záležitosti. Vzhledem k tomu, že participantky mají opakovanou zkušenost s výkonem trestu odnětí svobody, tak chápeme, že mají potřebu tuto oblast změnit. Lze konstatovat, že právní záležitosti jsou motivací ke změně. Překvapilo nás, že až na posledním místě se objevilo tělesné zdraví a že právě v něm mají nejmenší motivaci ke změně, vzhledem ke zdravotním problémům, které participantky popisovaly.

## **Změny v oblastech způsobené návykovými látkami**

Tělesné zdraví: Všechny participantky mají potíže vzniklé dlouholetým užíváním návykových látek. Jsou to problémy se zuby, žilním systémem, kdy participantky popisují, že měly abscesy a bérkové vředy. (7OL.. „mám žloutenku a nemám žíly, když jsem u doktora tak mi nemůže odebrat krev z rukou, nic ted' nevydržím a mám úplně rozhozený organismus...“) Tři participantky si stěžují na problémy s klouby a tím vzniklé pohybové omezení. Jedna participantka popisuje, že jí chybí energie. Jedna participantka má problémy se štítnou žlázou. Šest participantek se setkala se žloutenkou typu C, která jim způsobila onemocnění jater. Tři participantky nespojují tělesné problémy s užíváním drog, problémy připisují životnímu stylu a věku. Participantky si uvědomují cenu zdraví, projevují snahu zlepšit svůj zdravotní stav a chtějí o sebe začít v této oblasti více pečovat.

Duševní oblast: Všechny participantky popisují zhoršení duševního zdraví až ke konci své drogové kariéry, jinak je užívání drog nijak neomezovalo. Objevily se u všech myšlenky na sebevraždu a u osmi z nich byl suicidiální pokus v důsledku užívání návykových látek. Všechny ze skupiny mají zkušenost se sluchovými, zrakovými halucinacemi. Čtyři tvrdí, že se u nich objevila toxická psychóza. Popisují časté střídání nálad, zhoršení krátkodobé paměti, výčitky svědomí vůči rodině a sobě samotné (př. 10OL ... „měla sem pocit, že nemůžu dál, propadala sem zoufalství, pokusila sem se zabít, jsem nesnesitelná sama sobě a vůbec si nevěřím, s drogami to bylo všechno snazší.“) Pět participantek popisuje zhoršení psychiky ve vězení, z důvodu omezeného kontaktu s okolním světem.

Vztahy: Všechny participantky začaly poprvé experimentovat s drogami jako je marihuana, alkohol. Jejich rodinné vazby jsou zpřetrhané. Brzy odešly z domu a začaly se pohybovat v drogovém světě. Participantky pocházejí nejčastěji z rozpadlých rodin, kdy jeden z rodičů byl alkoholik. Neznají vyjma rodičů nikoho jiného, kdo nemá zkušenost s drogami, proto chtějí navázat kontakt právě s nimi. Velkou hodnotu přiřazují právě rodině a vztahům, které fungují bez drog. Každá participantka se setkala s násilím a měla partnera závislého na drogách. Často žily s dealerem nebo samy drogy vyráběly. Šest participantek chce navázat kontakt s rodinou. Dvěma participantkám se kontakt povedl navázat a dvě participantky ani nechtějí nikoho kontaktovat, protože je jejich rodina odmítá nebo je to rodina nefunkční. (5OL... „nemám se kam vrátit, dávali mi šanci už tolikrát a já je zase zklamala. Nedůvěřují mi, drogy mi vzaly všechno, otec se upil, máma mi to už neodpustí, to mi řekla a navíc má rakovinu brzy umře a ani jednou neviděla



vnoučata...“). Sourozenci participantek většinou nemají zájem o kontakt s nimi. Šest participantek má děti, ale jsou buď v péči rodičů, prarodičů pěstounské péči nebo adopci. Participantky mají zájem o jejich kontaktování, cítí vůči nim morální dluh a pokládají je jako motivaci k abstinenci.

Práce: Tato oblast dělala respondentkám největší problém. Mají malou zkušenost s pravidelným zaměstnáním. Všechny uživatelky získávaly finance z nelegální činnosti. Dvěma participantkám nedělalo problém pracovat a užívat drogy vzhledem k vykonávanému povolání. (10L .. „v práci to ani nevěděli. Měla jsem dobrou práci. Jsem restaurátorka kamene. Pervitin mi vždycky dodal energii a já udělala hodně práce...“) Dvě participantky nemají žádnou zkušenost s legální prací a živili se nelegální činností (př. výroba, prostituce). Šest participantů má zkušenost se zaměstnáním, ale vlivem užívání opustili práci a začali se živit krádežemi, distribucí, výrobou aj. Všechny mají snahu si najít po léčbě legální práci a žít se poctivým způsobem. Jsou si vědomi role zaměstnání ve společnosti. Pouze čtyři mají základní vzdělání v důsledku užívání.

Právní záležitosti: Všechny participantky mají zkušenost se soudy a podmínkami, které byly z důvodů trestných činů, přestupků nebo o odebrání dětí. Sedm participantek má zkušenost s opakovaným výkonem trestu. Všechny se shodují, že nebýt soudů právní záležitosti by neřešily. Mají dluhy, které po ukončení trestu musí splatit. Díky konfliktu se zákonem se všechny dostaly do ústavní ochranné léčby. (10OL ... „narůstali mi dluhy za zdravotní, půjčky pak jsem měla soud a nařídili mi léčbu. jinak bych se sem nedostala...to jen díky tomu, dřív sem o léčbě neuvažovala.“)

Životní úroveň: Pět participantek popisuje svoji životní úroveň jako dobrou. (9OL „peníze a vše, co k tomu patří jsou pro mě důležité. Chci mít jednu postavení. Než jsem brala měla jsem dobrou práci. Na drogách sem se neměla špatně, měla jsem vlastní byt a nebyla sem žádná špína.“). Z nelegální činnosti měli hodně peněz, výrobou a distribucí měly dostatečný přísun peněz a drog. Nikdy se neocitly na ulici. Tři participantky vedly z důvodu užívání chudý životní styl. Ocitly se na ulici, spaly po ubytovnách, žebrały na jídlo. Dvě participantky žily v cizím bytě, ale vedly chudý životní styl. Odpíraly si kvalitní jídlo a oblečení.

### **Nejdůležitější oblast pro změnu**

Šest participantek chce nejvíce změnit vztahy. Buď navázat ztracený kontakt s rodiči, nebo ztracený kontakt s dětmi a dostat je zpět do péče, svou roli hraje u všech jejich věk. (10L: „*chci změnit oblast vztahů, chci děti zpátky. Je mi 35let a chci s něma trávit čas a být s něma. To je to, co mě drží nad vodou.*“.) Jedna participantka chce zlepšit svůj tělesný zdravotní stav, který není příznivý v důsledku nemoci žloutenky typu C. Jedna participantka chce nejvíce zlepšit svoji životní úroveň, mít kde bydlet, dostatek financí. Dvě ženy nebyly schopny na tuto otázku odpovědět.

### **Důvody k léčbě**

Všech deset žen má nařízenou ochrannou léčbu protitoxikomanickou. (8OL „*léčit bych se nikdy nešla, za mě to rozhodl soud, měla sem hodně problémy se zákonem, nebýt toho nejsem v léčbě.*“). Pouze jedna participantka měla před nástupem do věznice zařízenou léčbu v terapeutické komunitě. Vyjma dvou žen nikdo nikdy neuvažoval o léčbě. Jedna nedokončila terapeutickou komunitu. Teď když přemýšlí o důvodech k léčbě, objevují se témata vysokého věku u sedmi participantek, rodiny a dětí u šesti participantek, přítele u jedné participantky, dvě respondentky kvůli životnímu debaklu.

### **Význam léčby a abstinence**

Tři participantky na tuto otázku nebyly schopny odpovědět. Participantky uváděly sdělení, že léčba jsou skupiny, rozumět problémům z minulosti, učit se řešit konflikty, učit se, co s nimi drogy udělaly, najít spouštěče. Líbí se jim, že si samy začínají rozumět. Objevily se i odpovědi, že léčba jsou ony samotné nebo výpověď : (5OL.. „*jde to i bez léčby, záleží na každém člověku.*“.)

Abstinence je pro ně boj do konce života, který je dlouhodobý. Je to pro ně šance vést nový život, pracovat, žít zdravě. V odpovědích se objevuje i strach, že toto neznají, touha po pochopení od lidí z venku, zodpovědnost k sobě, sebekázeň. Abstinence je pro ně přehodnotit dosavadní hodnoty, které měly. Zároveň se objevuje vědomí toho, že to šlo i dříve bez drog, ale že si drogy člověka najdou.

### **Berličky v léčbě**

Čtyřem participantkám pomáhá víra a naděje, že po léčbě budou abstinovat. Třem pomáhá kontakt s rodinou a dětmi. Dvěma pomáhá program, aktivity sportovní, arteterapie. Jedna žena uvádí, že tento režim nezvládá. (7OL... „*nezvládám to tu, sem*

*duševně nemocná, nerozumím, co se kolem mě děje. Nechci být ve vězení. Není mi dobře...“)*

### **Spokojenost/nespokojenost v léčbě**

Osmdesát účastnic uvádí, že jsou spokojeny s programem dne, řádem, který zde panuje a zodpovědností za své činy a pochopením od terapeutů. (*4OL ...„nikdy sem žádný řád neměla, teď ho mám a sem s tím spokojená, ten program tady mi vyhovuje a vůbec přístup terapeutů.“*). Dvě účastnice uvádí, že jsou spokojeny s tím, že jim zde utíká čas a rychle trest a že se dozvídají, co jsou spouštěče, a že se s nimi pracuje. Dvě jsou spokojeny s individuální terapií než se skupinovou terapií. Kvůli bezpečnějšímu prostředí.

Všechny uvedly nespokojenost, že jim chybí svoboda. Dále strádaly po rodině, dětech, přáteli, soukromí a sexu.

### **Zkušenosti s léčbou/změnou**

Devět účastnic uvažovalo o změně a abstinenci od drog. O změně uvažovaly v jednom případě spolu s partnerem, dále z tlaku rodičů, těhotenství, ale do léčby nenastoupil. Abstinovaly samy. Tři ženy mají zkušenost s léčbou (TK,OLT,PL). Jedna účastnice o změně neuvažovala z důvodu postavení, vysokého finančního příjmu, který z drog měla.

### **Kameny na cestě ke změně**

Seznam účastnic nenastoupilo nikam do léčebny ani se nezajímaly o kontakt s ní. Jedna žena před nástupem do terapeutické komunity porušila podmínku a ocitla se nyní v OLT. Jedna účastnice přerušila terapeutickou komunitu z důvodu finanční situace a přesvědčení, že léčbu nepotřebuje. Jedna účastnice po ukončení OLT nemohla nastoupit do doléčovacího centra z důvodu, že ještě nevznikly a relapsovala po dvou měsících. Třetí přerušila psychiatrickou léčebnu, kde byla na nátlak matky.

### **Kontakt s nízkoprahovými službami**

Šest bylo v kontaktu s nízkoprahovými službami přímo nebo přes jiného uživatele služby. Ostatní čtyři se s nízkoprahovými ani s jinými službami pro uživatele nealkoholových drog nikdy neselekaly. Injekční materiál a materiál „harm reduction“ si kupovaly v lékárnách.

## Plány do budoucna

Šest žen chce začít pracovat, najít si pronájem a starat se o děti. Dvě participantky uvažují o následné péči a terapeutické komunitě. Čtyři participantky neplánují, co bude po ukončení léčby, čekají na výkon trestu a plánovat pro ně dle jejich slov nemá význam, když neví, co bude až budou propuštěni.

## Dojmy z léčby ve věznici

Všechny se cítí být v léčbě. Snaží se na sobě pracovat. Sedm žen má opakovaný výkon trestu. Tři jsou ve věznici poprvé. Sedm uživatelék vnímá lepší režim tohoto oddělení v porovnání, když byly na jiných odděleních. Čtyři se nesnaží vnímat věznici a soustředí se na léčbu, snaží se ji vnímat jako možnost, příležitost. Pět žen vnímá negativně věznici a léčbu v ní, raději by ji měli v jiné budově. Jedné pobyt ve věznici nevádí, když je její přítel také zavřený. (2OL ... „jsem ve věznici po druhý, má to vliv na moji psychiku. Má to na mě dopad. Jsem tu zavřená. Mám úvahy, co sem mohla a měla udělat. Kde sem udělala chybu. Přemýšlím jak se asi naši cítili. Přemýšlím tu dost o sobě a uvědomuju si spoustu věcí, na který člověk venku nechtěla myslet.“). (6OL „Tohle zavření je horší než to minulé. To první. Hlavně na psychiku.tady musím o sobě mluvit, začala sem brát dost pozdě oproti tady těm holkám co tady sou. Raději když máme skupiny tak mlčím. Jsem dost trémistka a to mi vyhovuje to tady přetrpět. Nerada ostatní poučuji. Každá se tady předbílá. Mluví se to co se očekává. Jinak je to ale na chodbě a jinak v soukromí. Snaží se o plus posudky, ale nejde jim o sebe. Jde jim o podmíněčné propuštění.“)

Tři vnímají léčbu jako trest, stěžují si na prostředí, ale přitom vědí, že by dobrovolně do léčby nenastoupily. Sedm ženy léčbu vnímá jako záchranu, příležitost k novému začátku, často si o léčbu samy u soudu žádaly. Až tady jim vysvětlily, že mají problém, často si ho nechtěly připustit. (3OL „...někdy to tady na mě spadne, to že sem tu zavřená to prostředí tady, ale pak jdu za někým a mluvím o tom. Pomáhá mi to, vzpomenu si jak jsem na tom byla a hned je mi líp, cítím že tu jdu osobnostně nahoru, že něco se sebou dělám.“) (1OL.. „ani snad ne jako trest i když taky, ale spíše je to druhá šance a pro mě poslední. Utíká mi líp tady trest. Můžu tady navázat vztah s rodinou a zařídit si spoustu sociálních věcí na které sem venku kašlala. Venku nestíhám sama sebe. Když jsem poprvé seděla to byl stres, že nemám nic a sem zavřená, tady má tohle oddělení spoustu možností a je to tu volnější ...“)

## Vnímání personálu a skupiny

Osmdesát účastnic vnímá skupinu, že se chová na skupinách jinak, jak ve volnu, že jsou nemotivované k léčbě ... (30L "... vidím to na nich, jak se přetvařují, že pracují jen, aby se jim snížil trest, nemají chuť se zapojovat."). Raději pracují v individuální terapii. Roli personálu vnímají tak, že mají dvě role. Ta která je léčí a pomáhá jim se změnit a ta druhá, která je trestá a informuje o jejich činnosti soud. Všechny ženy ve skupině vnímají ostatní členky skupiny, že jsou tu z donucení a ne dobrovolně.

### 8.2.2 Analýza interview u dobrovolné léčby

#### Motivační struktura seřazená podle kladných odpovědí v dotazníku:

Motivační struktura je rozložena následovně, oblast duševního zdraví 86%, vztahy 83%, pracovní oblast 69 %, životní úroveň 68%, právní záležitosti 49% a tělesné zdraví 47% (Viz Tab.č.9).

Tab.č.9. Struktura motivace skupiny dobrovolné léčby

	Počet kladných odpovědí	% z maxima
<b>Tělesné zdraví</b>	8,4	47%
<b>Duševní zdraví</b>	15,5	86%
<b>Vztahy</b>	15	83%
<b>Pracovní oblast</b>	12,5	69%
<b>Právní záležitosti</b>	8,9	49%
<b>Životní úroveň</b>	12,3	68%
<b>Celkový motivační skór</b>	72,6	67,2%

#### Motivační struktura seřazené podle vlastní preference důležitosti a potřeby změny

Podle odpovědí z interview preferují na prvním místě nejvíce duševní zdraví, tělesné zdraví, vztahy, práce, životní úroveň, právní záležitosti.

Motivační struktura účastnic dobrovolné léčby má největší motivaci v duševním zdraví. Vzhledem k jejich zdravotnímu stavu upřednostňují i tělesné zdraví, dále pak vztahy, které se snaží z léčby znovu navázat. Na posledním místě se objevily právní záležitosti. Vzhledem k tomu, že sice ženy měly problémy se zákonem, ale nyní nejsou ve vězení. Je tato oblast motivuje ke změně méně. Tělesné zdraví v dotazníku získalo nejméně procent, ale právě tělesné zdraví chtějí účastnice v rozhovoru nejvíce napravit.

## **Změny v oblastech způsobené návykovými látkami**

Tělesné zdraví: Všechny popisují tělesné problémy, které jim způsobilo užívání návykových látek. Všechny mají potíže s žilním systémem, mají jizvy na rukou a problémy se zuby. Čtyři mají problémy s klouby, které mají od životního stylu, velké ztráty váhy v důsledku užívání a následného rychlého nárůstu váhy při abstinenci. Pět uživatelék prodělalo žloutenku typu C. Dvě popisují problémy se zrakem, jedna přišla o oko a jedna má poškozenou rohovku. Dvě mají následky na těle od násilí od partnera, který s nimi užíval návykovou látku. Dvě participantky mají problémy se srdcem a dýchacím ústrojím. Dvěma ženám štítná žláza méně funguje. Jedna žena má jizvy po omrzlinách, kdy žila na ulici. A jedna participantka v důsledku užívání potratila. ( př. 2DL... „*chci být v pořádku, abych mohla tvořit a žít se tím a pracovat. Mám nadání na uměleckou činnost, malovala sem měla sem výstavy, ale teď mám problémy s nervy v rukách. Hrozí mi operace. Jak sem byla pořád zřetovaná tak sem si utrhávala nehty, hrabala sem ve zmrzlé zemi. Už je nemám šikovný jak dříve. Hodně se trápím, svůj zub mám už jen jeden. Nové mě stáli 36 tisíc. Abscesů sem měla hodně. Brala sem hodně a už to nešlo nikam si dát. Jednou sem měla díru v ruce. Tady. Takovou velikou. Vidíš? Mám tu jizvu. Vypadá jak had. Teklo z toho hodně hnisu. Málem jsem přišla o ruku....“).*

Duševní zdraví: Osm z deseti mělo suicidiální myšlenky a pokus o sebevraždu v důsledku užívání a životního stylu. Devět zažilo psychické a i fyzické násilí od partnera nebo otce. Čtyři prodělaly toxickou psychózu. Čtyři ženy mají doteď pocity pronásledování. Tři popisují, že jsou v průběhu abstinence více výbušné. Tři zažívají pocit úzkosti. Tři mají nízké sebevědomí a pocity smutku. Dvě participantky popisují agresí k sobě i vůči okolí. Dvě ženy mají problémy se sexuálním životem, byly znásilněny a mají nevyřešený vztah k mužům. Dvě mají problémy s pamětí.

Vztahy: Všechny ženy začínaly experimentovat s marihuanou a alkoholem. Brzy odešly od rodiny. Mají zpretrhané rodinné vazby. Všechny měly partnera uživatele. Šest partnerek mělo otce alkoholika. Tři nechtějí navázat vztah s rodinou ostatní participantky chtějí nebo jsou již v kontaktu s rodinou. Tři ženy mají děti a nemají je v péči. Dvě by chtěly děti zpět do své péče a navázat s nimi kontakt. Jedna nechce dítě zpět do péče a nejeví o něj hlubší zájem. Dvě participantky mají dodnes kamarády, co nikdy neužívaly. Tři participantky mají v současné době přítele. ( př. 8DL... „*otec je alkoholik já žila od rozvodu u nich. Dětství sem měla šilný, když se opil vzal kanystr a polil mě, bráchu, mámu a chtěl nás*

*zapálit. Stýkala sem se s ním, když jsem užívala, pila jsem s ním a on byl rád. Až v komunitě sem pochopila, že to on můj spouštěč, takže o něm teď nic nevím, ale s mamkou chci být teď v kontaktu a chci aby mi věřila...“)*

**Právní:** Celá skupina měly konflikt se zákonem a byly nebo jsou v podmínce. Tři participantky byly ve výkonu trestu. Jedna participantka byla dvakrát ve výkonu trestu a dvě jednou ve výkonu trestu. Dvě absolvovaly ochrannou léčbu protitoxikomanickou ve vězení. Všechny mají zkušenost s dealerstvím, výtržnictvím, výrobou drog a krádežemi. (3DL... „ze začátku sem nemusela krást, ale po roce jsem měla takovou spotřebu pervitinu, že to jinak nešlo, začala sem hrát i automaty a ty mě vždycky strašně rozjely. Naučila sem se dealovat, vyrábět. Měla sem své stály zákazníky...“)

**Práce:** Pět participantek nedokončilo školu kvůli užívání návykové látky, proto mají jen základní vzdělání. Všechny participantky mají zkušenost s příležitostnou prací, která byla krátkodobá. Práce nešla skloubit s užíváním návykové látky, proto mají malou zkušenost se stálým zaměstnáním a tato oblast jim dělala problém. Pouze jedna má zkušenost s pracovním úvazkem delším jak tři roky. (1DL ... “on to o mě každý věděl, že beru, tak sem ani žádnou práci nemohla sehnat. A navíc můj vzorec užívání byl tak pestřej, že sem byla pořád zfetovaná, tak bych v té práci ani nevydržela. Tak sem musela shánět peníze jinak. Když sem nebrala učila angličtinu, tak bych se k tomu pak chtěla vrátit...“)

**Životní úroveň:** Šest žen během své drogové kariéry žilo nějaký čas na ulici. Čtyři participantky žily na bytech s ostatními uživateli. Dvě participantky měly bohatý životní styl, kdy měly dostatek peněz z nelegální činnosti. Osm participantek vedlo chudý životní styl. (9DL... „neměla sem se nikdy špatně, měla sem dostatek peněz, dostatek drog, nemusela sem se vůbec omezovat. Vím, že tolik peněz už nikdy legálně nevydělám...“)

### **Nejdůležitější oblast pro změnu**

Šest uživatelék chce změnit k lepšímu svoje duševní zdraví. Dvě participantky chtějí zlepšit svoje tělesné zdraví. Jedna vztahy a jedna participantka životní úroveň.

### **Důvody k léčbě**

Sedm participantek se rozhodlo pro léčbu kvůli sobě a z psychických důvodů. Dvě participantky ovlivnila léčba ve věznici a nastoupily proto dobrovolně do doléčovacího

centra. Jedna participantka se rozhodla pro léčbu v prvotním důvodu, aby si odpočinula, postupem času kvůli svému tělesnému, psychickému zdravotnímu stavu. (př. 10DL ... „sem už na konci chodila po ulici, jak tělo bez duše, jedla sem z popelnic. Vážila sem 36 kilo, herák mě úplně zničil. Tak sem si chtěla odpočnout, konečně se někde vyspat a taky dělat něco se zdravím. V té době sem měla problém s játrama, měla sem céčko...“)

### **Význam léčby a abstinence**

Pro čtyři participantky znamená léčba možnost žít nový život bez drog. Pro tři participantky je to šance žít nový, normální život. Pro dvě je to rád a žít podle pravidel společnosti. Pro jednu je to krok zpátky, už se tam nechce vrátit nikdy. (4DL... „ pro mě je to dostání nějakých pravidel a řádu, žít nový život. Smát se bez trávy a vylézt horu bez perníku...“)

Pro každou participantku znamená abstinence něco jiného objevovali se pojmy jako krása, naděje, tvoření, nikdy si nedat, čistá hlava, koukat na lidi z příma, představa jestli si bude moct někdy dát trávu, u tří participantek znamená abstinence normální život (8DL...nebýt anatabusu tak to nevydržím si nedát alkohol, ale abstinence je krásná.“)

### **Berličky v léčbě**

Třem participantkám pomáhá podpora rodiny a důvěra vztahu s nimi. Třem pomáhá víra v sebe, vztahy v komunitě, že s lidmi dokáží vyjít. Dvěma pomáhá představa, že se nechtějí vracet tam kde již jednou byly. Jiným dvěma pomáhá dohled v podobě probační a mediační služby a anatabusu. Jedna participantka si uvědomuje svůj vysoký věk.

### **Spokojenost/nespokojenost v léčbě**

Odpovědi byly homogenní. Všechny jsou spokojeny s programem dne, náplní, funkcí programu a průběhem skupin, vztahy v komunitě mezi členy nebo ve skupině v doléčovacím centru. (9DL... „ na toxické mě naučili mluvit o sobě, o emocích, uvažovat o tom, co dělám. To sem dříve neuměla. Poprvé v životě jsem na sebe hrdá, za to jak jsem se změnila.“)

Třem ženám chybí sex. Další odpovědi byly stesk po dětech, svobodě, soukromí, partnerovi, zvířatech, sportovních aktivitách, po přátelích mimo doléčovací centrum.



## **Zkušenosti s léčbou/změnou**

Participantky mají zkušenost s dobrovolnou léčbou jako je psychiatrická léčebna, terapeutická komunita. Když uvažovaly o léčbě tak to bylo na „dojezdech“, ale zůstalo vždy u úvah a nikdy nikoho nekontaktovaly. Když byl tlak okolností, okolí a důvodů tolik, tak nastoupily do léčby. Šest participantek nastoupilo do léčby z nátlaku okolí, zpravidla rodiny. Čtyři participantky abstinovaly kvůli těhotenství. Jedna nastoupila do léčby z psychických důvodů (několikrát prodělala toxickou psychózu). Jedna participantka nastoupila do léčby, aby mohla odejít od partnera. Dvě o léčbě nikdy neuvažovaly.

## **Kameny na cestě ke změně**

Žádnou léčbu nikdy nedokončily, jako důvody uváděly, že motivace pocházela z okolí hlavně rodiny a ne z nich samotných. Dvě ženy měly vztah v komunitě, který porušuje kardinální pravidla. Když motivací byly děti, tak po porodu znovu začaly užívat. Jedna participantka potratila. Jedna participantka nechtěla do léčby nastoupit, protože měla psa, o kterého by se neměl kdo postarat. Jedna participantka léčbu nedokončila, musela zařídít dluhy, které dlužila za nájem a další, protože neměla peníze na léčbu.

## **Kontakt s nízkoprahovými službami**

Pouze pět participantek bylo v kontaktu s nízkoprahovými službami. Dalších pět nevyužívalo nízkoprahových služeb. (3DL... „nepotřebovala sem je a ani se o ně nezajímala, když sem si chtěla dát dala jsem si po někom jehlou. Věděli sme na squattě kdo má a kdo nemá céčko. Neřešila sem to. Prostě sme si to hlídali, nikdo nechtěl nic chytit, tak sme o sobě navzájem věděli.“)

## **Plány do budoucna**

Všechny participantky chtějí mít normální život. Pod pojmem „normální život“ si představují mít bydlení, přítele, rodinu a práci. Všechny participantky si chtějí najít práci a bydlení mimo město, kde užívaly, tam se již nechtějí nikdy vrátit. Tři participantky si dodělávají školu, jedna participantka chce vyřešit svůj vztah k mužům.

### **8.2.3 Souhrn analýzy výzkumného cíle č. 1**

Souhrnně lze konstatovat, že celkový motivační skór skupiny ochranné léčby (dále jen OL) je v porovnání se skupinou dobrovolné léčby nižší. Průměrný celkový motivační skór je 57,5. Struktura motivace ochranné léčby podle dotazníku je následující: vztahy

68%, duševní zdraví 61%, pracovní oblast 52 %, životní úroveň 51%, právní záležitosti 45% a tělesné zdraví 43%. Podle odpovědí z interview preferují na prvním místě vztahy, duševní zdraví, právní záležitosti, pracovní oblast, životní úroveň, tělesné zdraví. Motivační struktura se vzájemně ve struktuře neliší, výjimku tvoří třetí místo, kde místo pracovní oblasti participantky umístily právní záležitosti. Vzhledem k tomu, že ženy mají opakovanou zkušenost s výkonem trestu odnětí svobody, tak chápeme, že mají potřebu tuto oblast změnit. Lze konstatovat, že právní záležitosti jsou motivací k potřebě změny. Je podnětné pozastavit se nad motivací vycházející z tělesného zdraví, která se objevila až na posledním místě. V ní mají nejmenší motivaci ke změně, přičemž závažné tělesné problémy popsané výše participantky mají.

Průměrný celkový motivační skóre je 72,6. Motivační struktura dobrovolné léčby (dále jen DL) je taková to duševního zdraví 86%, vztahy 83%, pracovní oblast 69 %, životní úroveň 68%, právní záležitosti 49% a tělesné zdraví 47%. Podle odpovědí z interview preferují na prvním místě duševní zdraví, tělesné zdraví, vztahy, práce, životní úroveň, právní záležitosti. Struktura se liší od nařízené léčby ve velikosti procent a v první oblasti. Ženy upřednostňují tělesné zdraví vzhledem k popsaným problémům výše. Právní záležitosti řadily na poslední místo vzhledem k tomu, že mají většinou tyto záležitosti vyřešené.

Skupina OL chce nejvíce změnit vztahy v rodině a mají ve vztazích největší motivaci. To potvrdil i Motivační dotazník. Dále se objevila motivace ve vysokém věku participantek tělesný zdravotní stav a životní úroveň. Skupina DL chce změnit nejvíce své duševní zdraví. To potvrzuje i dotazník. Dále se objevuje motivace v tělesném zdraví, vztahy, životní úroveň. Jako prvotní důvody k léčbě u OL nebyly žádné, všechny participantky měly stanovenou léčbu soudem. Pouze jedna měla před nástupem zařízenou léčbu v TK. Během pobytu si našly tyto důvody k léčbě vysoký věk, obnova rodiny a vztahů s dětmi, přítel, životní debakl. U skupiny DL byly důvody k léčbě psychický stav, absolvovaná OL, tělesný, psychický stav.

Odpovědi, co je pro participantky OL a i DL léčba, nejsou homogenní. Objevují se výroky jako nový život, rozumět problémům, řád aj. Pod abstinencí si představují participantky OL i DL krása, čistá hlava, boj do konce života aj. V odpovědích se objevuje i strach, že abstinenci neznají a vědomé potřeby přehodnotit své dosavadní hodnoty. V léčbě pomáhá participantkám obou skupin víra v sebe, podpora rodiny, dětí, právní dohled, antabus, vědomí vysokého věku, program léčby.

Spokojenost všechny participantky shledávají v programu a řádem, psychoterapiemi. V OL se objevuje spokojenost s „ubíháním“ výkonu trestu. Nespokojenost participantky OL uvádí svoboda, chybí jim rodina, soukromí, sex. U DL se objevují stejné výroky, dále obohacené o partnera, zvířata aj. pouze polovina participantek jak v OL, DL byla v kontaktu s nízkoprahovými službami.

Polovina participantek skupiny OL vnímá negativně, protože probíhá ve věznici. Druhá polovina ji vnímá pozitivně jako příležitost. Více jak polovina participantek má opakovaný výkon trestu. Všechny participantky se cítí být v léčbě. Pouze menšina participantek vnímá léčbu jako trest. Ostatní členky skupiny participantky vnímají negativně tzn. jsou tu nedobrovolně a donucení. Raději pracují v individuální terapii. Roli personálu vnímají ve dvojroli. Kladně vnímají psychologa a terapeuty.

Do budoucnosti ženy OL, DL plánují rodinu, děti, práci, následnou péči. Plánování jim dělalo problém, protože jsou často na začátku léčebného procesu.

### **8.3 Analýza výzkumného cíle č. 2**

Analýzu interview s terapeuty jsme rozdělili do dvou částí. V první části se zabýváme interview s terapeuty, kteří pracují v nařízené ochranné léčbě a v druhé části v dobrovolné léčbě. Specifika léčby jsou na tolik odlišné, že je nelze popisovat hromadně.

Druhým výzkumným cílem bylo konfrontovat názory terapeutů na motivaci v léčbě s našimi výsledky z výzkumu. Položili jsme si tuto výzkumnou otázku č. 2. Jsou ve shodě názory, zkušenosti terapeutů s výslednými daty klientek? Odpověď na tuto otázku najdeme v souhrnu výzkumného cíle č.2.

#### **8.3.1 Interview s terapeuty s nařízenou ochrannou léčbou**

Odpovědi jsou získané od třech terapeutů pracujících v ochranné léčbě. Odpovědi jsou homogenní.

#### **Průběh léčby (etapy, fáze)**

Program Specializovaného oddělení ústavní léčby je založen na skupinové terapii s prvky terapeutické komunity aplikované na výkon trestu odnětí svobody. Je zde skleníkové prostředí, pacienti nemají kontakt s okolním světem. V běžné komunitě může

pacient odejít. V OL to nelze. Když pacient nechce spolupracovat lze podat návrh o maření, ale to je výjimečné. V OL je lepší režim, jak na jiných odděleních. Program je vypracován na 12 měsíců, avšak délka pobytu je posuzována individuálně. Řídí se to názorem týmu, lékaře, okolnostmi a přáním pacienta. Program je členěn do čtyř stupňů. Zařazení do vyšších stupňů přináší zvýhodnění podmínek výkonu trestu (analogie se skupinami vnitřní diference věznic). Nový pacient je vždy zařazen do čtvrtého, nejnižšího stupně, pro postup do vyšších stupňů musí splnit podmínky léčebného řádu.

Součástí programu je bodovací systém za provádění jednotlivých povinností a aktivit. Jsou tři fáze programu. První fáze je seznamovací, druhá intenzivní fáze léčby, třetí je stabilizační fáze. Důležité je pacienta ukotvit a aby navázal kontakt s rodinou. Program je zaměřen na řešení závislosti s trvalou abstinencí a prevenci zvládnutí relapsu, na řešení interpersonálních vztahů a na přípravu návratu do příslušného sociálního prostředí. Pacienti jsou vedeni k angažovanosti, k propracování se k reálnému náhledu na život, k převzetí zodpovědnosti za sebe, později i za druhé, k postupnému získávání sebedůvěry, ke změně hodnotového žebříčku, k zvyšování tolerance organismu k psychické a fyzické zátěži. Po ukončení léčby je pacientovi týmem navržen plán péče a doléčování v civilním sektoru dle jeho individuální motivace. Pacientům jsou týmem přidělovány funkce spojené s komunitním způsobem života v léčbě.

Součástmi programu je skupinová terapie a poradenství. Využíváním různých terapeutických technik je působeno na změnu postojů a na vytváření motivace k aktivním činnostem a dlouhodobé abstinenci. Provádí se mj. životopisná a motivační skupina, relaxační techniky a další. Individuální terapie a poradenství. Zaměřena na oblast integrace osobnosti pacienta a zvyšování frustrační tolerance jeho organismu, na napomáhání hledání dalších alternativ vedoucích ke změnám postojů a hodnotových žebříčků. Provádí se poradenství obecné, strukturované, garantský pohovor.

Další formy terapie jsou arteterapie, pracovní terapie, muzikoterapie, biblioterapie, socioterapie, sportovní aktivity a pohybová terapie, práce s rodinou, psaní deníků. Bodování je v rámci výkonu trestu odnětí svobody jedním z důležitých motivačních nástrojů a způsobů hodnocení pacientů. Je hodnocena veškerá činnost pacientů, tj. úklid, osobní vzhled, přístup k aktivitám, plnění norem upravujících výkon trestu, léčebného řádu oddělení, pracovní výsledky, sportovní či soutěžní činnost, kázeňské odměny a přestupky, práce v kolektivu, chování k ostatním aj.

## **Cíle léčby**

Základními cíli pro drogově závislé pacienty s nařízenou OLT je několik : Motivovat a vést ke změně životního stylu orientovaného na trvalou a důslednou abstinenci, sebepoznání, vyjadřování emocí, vést k přijetí zodpovědnosti za svou aktuální životní situaci, nácvik sociálních interakcí (nepřetržité informování o svých postojích, plnění různých sociálních rolí, provádění rozhodnutí a přijímání důsledků za tato rozhodnutí), naučit se společensky přijatelným způsobem řešit nejrůznější konflikty a vyrovnávat se s náročnými životními situacemi, zvyšování sebehodnocení a sebedůvěry, konfrontací s komunitou a vrstevníky vést k úpravě chování, vést ke změně negativních postojů k životu v postoje pozitivní, ke změnám v hodnotovém žebříčku, zlepšení vztahů s rodinou, vytvoření vlastní životní dráhy a zodpovědnosti k sobě samému, zlepšení vzájemné komunikace mezi sebou navzájem v programu, ochota přijímat psychickou a fyzickou zátěž, motivovat k předcházení relapsu. Bezproblémový výkon trestu je až ten nižší cíl.

Cílem jsou pozitivní změny v psychice klientů. Procesem, kterým k tomu spěje jsou mimo jiné i tématické bloky. Vyčnívá potřeba nalézt smysl života. U 98% jim tato potřeba chybí. Pracuje se tedy na tom z jakých důvodů je lepší abstinovat a najít jejich smysl života.

## **Motivy klientů v léčbě**

Terapeuti vysledovaly tři druhy motivů v léčbě. První skupina motivů jde mimo pacienty- motivaci mají kvůli rodičům a blízkým lidem, které mají kolem sebe venku. Snaží se s nimi navázat kontakt a vynahradit jim to. To je asi 70% patientek. Druhá skupina motivů jsou děti. Vynahradit jim čas, který jim nevěnovaly a začít plnit povinnost, kterou mají vůči nim. A třetí skupina motivů jsou ony samotné. Je to zdraví, když mají žloutenky, znechucení ze života, který vedly. Motivuje je představa o normálním životě. Ale nejde to rozdělit kolik, která skupina zastupuje pacientek. Je to ryze individuální. Záleží na situaci, ve které se pacientka nachází. Když nemají rodinu a ani děti, tak abstinují kvůli sobě, ale takových případů je málo. Většina klientů rodinu má, ale mají v ní zpřetrhané rodinné vazby, nebo jsou to rozvrácené rodiny. Z OL navazují kontakty, je to jedna z cest zpět. Rodina a vztahy jsou citlivé témata. Někteří zavrhli rodiče a nechťejí s nimi již navázat kontakt.

## **Proměna motivace**

Motivace se v léčbě mění, ale mění se s pomocí terapeutů a psychoterapeutickým působením. Samy pacienti by ke kýžené změně jen těžko dospěli. Děje se to u každého v jinou dobu pobytu. Mění se to na základě toho, že jim něco dojde, nebo naváží kontakt s rodinou, uvědomí si něco na základě vývoje nebo tématu, který se probírá. Při delším pobytu se sebou chtějí více něco dělat. Doba pobytu je kladná proměnná. Po pěti měsících po půl roce se u nich začíná projevovat změna. Chtějí dokázat rodině nebo někomu, že se změnil. Mají obrovskou hodnotu v rodině. Pacienti jsou samy sobě slabou motivací. Jsou pacienti, kteří o tom jen mluví, ale nepracují na sobě.

## **Společné charakteristiky klientů**

Terapeuti uvedli několik společných charakteristik, které jsou pro klienty typické. Typická pro ně je trestná činnost, distribuce, výroba, prostituce a skoro všechny pacientky žily s dealerem.

Pak je lze rozdělit na ty, které užívaly opiáty a stimulanty. S abúzem stimulantů jsou více roztěkané, netrpělivé. Ženy, které užívaly opiáty jsou klidnější, pomalejší, terapeut s nimi musí mít trpělivost. Průběh léčby ovlivňuje, jak drogy změnil jejich osobnost.

Další názor rozlišení na skupinu dominantních, kteří soupeří o moc, dále jsou to „protřelí“ recidivisté, kteří hrají divadlo a třetí skupinou jsou slabší. Jsou nespokojení, že jsou ve vězení, jsou frustrováni místem pobytu.

Skupina, se kterou terapeuti pracují není homogenní. Ne všichni pacienti jsou motivovaní. Dochází k přerodu jejich hodnot. Začínají události jiným způsobem zpracovávat.

## **Pozitiva/negativa/návaznost léčby**

Jako pozitivní terapeuti uvádí ekonomické hledisko léčby ve vězení. Druhé je společenské, uživatelé by se dobrovolně nešli léčit. Ve vězení přichází na to, proč je důležitá léčba. Léčba se jim snaží ukázat náhled nad jejich dosavadním životem, který vedli. Zodpovědný způsob života. Pozitivní je pro ně prožitek jako je divadlo, úkoly, pracovní terapie. Poprvé udělají něco dobrého. Prožitek sociálně žádoucích hodnot. Bez prožitků se nejde změnit. Terapeuti vyvíjí tlak na motivaci. Věnují se jim více, jak ve výkonu. Výhoda komunit je, že když klient nespolupracuje tak odchází. V OL se využívá čas.

Jako negativum spatřují mentální limit, pokud nemá určitou úroveň nelze s ním pracovat. Dále systém vězeňství (př.pokud člověk dostane tři různé léčby od soudu terapeuti neví, jak s ním pracovat). Prostředí vězení klienti vnímají špatně. Berou to jako trest a dělá jim to problémy. Mají často velké dluhy, které jsou do konce života. Často měli vysoký příjem.

Návaznost léčby dle terapeutů je, ale není tolik efektivní. Po ukončení musí mít každý svého ambulantního psychiatra a ten přebírá péči o něj. Pokud to nefunguje soud léčbu ukončí. Často chodí do doléčovacích zařízení. Do TK odcházejí méně z důvodů dlouhého pobytu. Ze zkušenosti terapeuti uvádí, do doléčovacího programu, jdou pacienti kteří jsou více motivovaní.

### **Práce s klientem**

Terapeuti se shodují, že většina žen spolupracovat chce. Výjimkou jsou ti, kteří nechtějí. Ze zkušenosti terapeuti pozorují zájem o léčbu, (*T2OL „často si o ni samy řeknou u soudu, někdo může kalkulovat, aby zkrátil trest.“*) Podmínka pro léčbu je mentální schopnost.

V OL jsou diferenční motivační skupiny, které mají vliv na podmíněné propuštění. Rozlišují se na jedna až tři. Jedna je nejlepší, spolupracuje, plní úkoly. Třetí je nejhorší, nespupracuje, s touto skupinou jsou problémy. Má to i vliv na dopisy, které dostávají z venku.

Terapeuti uvádí, že klienti mají malou zkušenost s dřívější léčbou. Často je však vězení pro klienty dělicí čára. To bylo venku, to je tady. Terapeuti pracují na tom, co v léčbách fungovalo, a co ne.

Ve vězení se dělají pacientkám psychologické profily, to je povinné ze zákona, ale vzhledem k personálním možnostem a času, je to těžko realizovatelné. U žen i mužů jde z 80 % o poruchy osobnosti. Rozdíl je ve věku. U skupin mladšího věku se s nimi pracuje hůř. Režim si hlídají, ale aby se zamysleli nad tím, že mají problém, to jim nejde. Starší skupině je přes 30 let. Bilancují a kalkulují nad životem. Mladší si nesáhli tolik na dno a jsou impulzivnější. Recidiva u mladších je větší, jak u starších.

### **Relaps/ úspěch**

Relaps se stává ve vězení málo uvádí terapeuti. Pokud by byl skutečně zjištěn. Pacientka by šla ihned do výkonu trestu. Pokusy někdy bývají, ale používají se testy na

drogy. Sleduje se úspěšnost, ale nejsou to oficiální, objektivní data. Každý rok rozesílají pozvánku na sraz absolventů. Je 25-30% úspěšnosti, ale to jsou neověřené informace.

### **Specifika ženské skupiny**

Jsou otevřené v prožívání ve zpětných vazbách. Jsou plné emocí, působí na ně kontakt ve vězení, kontakt mezi nimi. Kladně vnímají řád oddělení. Nemají problém mluvit o sobě, někdy jsou ale výjimky. Mluví o těžkých tématech jako je zneužívání, prostituce. Jsou citlivé na vztahy, dětství.

Rozdíl je ve velikosti skupin. Čím menší tým je to upřímnější a tvrdší. Jak se kdo otevře, tak se jim to ve zpětné vazbě vrátí zpět. Někdo se bojí otevřít, že je to ve vězení, že to někdo použije. Otevírají se více v individuální práci. Je to pro ně bezpečnější. Nechtějí plánovat. Mají často výstup za delší dobu. Když je někdo zranitelný ze skupiny, druzí toho zneužívají. Vliv je role ve skupině, kterou tam ten člověk má.

### **8.3.2 Interview s terapeuty s dobrovolnou léčbou**

Odpovědi jsou získané od třech terapeutů pracujících v dobrovolné léčbě. Dva terapeuti pracují v TK a jeden v doléčovacím centru. Odpovědi jsou homogenní.

### **Průběh léčby (etapy, fáze)**

Rozdělení pobytu na jednotlivé fáze je výhodné u průběžně doplňované a obměňované skupiny, jako je v TK. Klienti/ky postupují do jednotlivých fází podle aktivity a schopnosti splňovat jasně definovaná kritéria. Rozdělení pobytu na fáze vytváří přirozený motivační prostor, ve kterém lze využívat systém různých výhod a omezení. Vyšší fáze poskytují více výhod, ale zároveň více odpovědnosti za sebe i ostatní. Systém fází je při komunitní práci výhodnější než jiný systém odměn a trestů. Fáze umožňují klientům/kám přirozený vývoj, učí je odpovědnosti za své chování, učí je přijímat i odpovědnost za klienty/ky v nižších fázích a za celou skupinu. Ukazuje klientovi/ce jasné hranice jeho vývoje. Pobyt je rozdělen na 4 fáze.

V průběhu léčby v TK Podcestný Mlýn projde klient/ka několika úseky – fázemi – nultou, první, druhou a třetí. Přestupy do vyšších fází a vstup do TK jsou podmíněny splněním podmínek dané fáze, přestupového rituálu a následným hlasováním členů komunity a terapeutického týmu. Tyto přestupy do vyšších fází a vstup do terapeutické komunity se konají na přestupovém komunitním setkání. V průběhu celého pobytu může



být klient vrácen do nižší fáze, rozhodnutím komunity nebo týmu, a to v situaci, kdy nezvládá povinnosti vztahující se k dané fázi. Do nulté fáze již nemůže být sesazen.

Pobyt lze ukončit řádně tehdy, projde-li klient/ka všemi čtyřmi fázemi pobytu, případně po uplynutí kontraktem stanoveného počtu měsíců a tento pobyt je zakončen rituálem.

V doléčovacím programu jsou tři fáze léčby.

### **Cíle léčby**

Cíle TK. V počátku je péče zaměřena na definování klientova/čina problému, posléze na společnou práci klienta/ky, terapeutů a rodinných příslušníků, na jeho řešení. Společný postup dává mnohem větší naději na kvalitnější zvládnání života. Cestou k tomuto cíli může být úplná abstinence, může jí však také být změna životního stylu, nalezení jiných hodnot, urovnání vztahů v rodině, s partnerem, rozchod s rodinou a postavení se na vlastní nohy, vyrovnaní se svými pocity méněcennosti, vyrovnaní finančních dluhů atd.

K dosažení takto definovaného cíle je třeba zároveň formulovat kroky, kterými můžeme cíle dosáhnout, které jsou schopny uskutečnit všechny zainteresované strany a které alespoň zčásti splňují přání klientů/ek popřípadě rodinných příslušníků či partnerů. Cíle lze stanovovat v těchto oblastech: Život bez drogy, reaktivace pozitivních zájmů, zlepšení vztahů s rodinou, posílení sebekontroly a sebedůvěry, zlepšení studia či práce, nalezení nového životního stylu, řešení právních a sociálních problémů, zpretrhání vazeb k vrstevníkům, kteří užívají drogy a k prostředí spojenému s užíváním drog, změna životních hodnot včetně změny image a posílení netoxického světa, zbavení se závislého chování

Základní koncepce léčby v terapeutických komunitách spočívá v tom, že člověk, který je závislý, musí změnit své negativní sebepojetí na pozitivní, naučit se zvládat stres pozitivním způsobem a musí být schopen prožívat život jako uspokojivý. Jen tak lze minimalizovat nebezpečí relapsu.

Cíl doléčovacího programu je ukončení léčebného programu, zapojení do normálních struktur. Sociální stránka najít si zaměstnání, bydlení, zdravotní stránka doléčit nemoci, psychologická stránka stabilizace, práce na tématech, které se teď vynořují nebo se otevřely v léčbě, jak vydržet abstinovat atd.

### **Motivy klientů v léčbě**

Terapeuti uvedli, že klienti přijdou pod tlakem okolností, které jsou pro ně neúnosné. Donutí je rodiče. Je rozdíl mezi klienty, co přijdou z detoxu a z psychiatrické

léčebny, kde jsou pár měsíců a motivace je u nich posunutá. Během pobytu si tam hledají důvody z jakého důvodu abstinovat v sobě. Jsou motivovanější. Během tří let se zvýšil průměrný věk o šest let. Průměrně je jim 28 let. Hraje roli věk a zdraví. V zimě je motivace u klientů ta, že žijí na ulici a chtějí se dostat do léčby jen na přechodnou dobu. Klientela je tu napříč sociálním spektrem. U někoho je však motivace čistá.

Terapeuti se shodují, že prvotní motivace u klientů je shodná. Situace klientů a jejich psychický stav se již stane neúnosný, nemohou již dál a v podstatě jim v určité fázi nezbude nic jiného než se jít léčit. Pro každého je hranice únosnosti jiná. Negativní motivace (už to takhle nejde dál) se pak v průběhu léčby začne proměňovat nebo se k ní přidávají i pozitivnější (chci žít život bez drog, protože chci v životě dosáhnout toho a toho...), tam se to začíná odlišovat. Terapeuti se domnívají, že motivace a snaha přestat brát drogy kvůli očekávanému nebo již narozenému dítěti u žen uživatelék nestačí. Ženy musí nalézt vlastní motivaci pro abstinenci. Dívky ve své roli selhávají, jsou zatíženy pocity viny a k drogám se často znovu vracejí. Ženy- matky v léčbě často uvádějí své dítě jako hlavní motivaci pro léčbu.

### **Proměna motivace**

Motivace se mění. Přijdou např. z tlaku rodičů a pak si najdou svoje důvody pro abstinenci. Nultá fáze je motivační. Terapeuti je přesvědčují, že pobyt tady má smysl, chtějí aby to zkusili. Z počátku jsou klienti donuceni okolnostmi, které se mohou ustálit. Snaží se, aby klienti přecházeli v pozitivní motivaci a hledali důvody, proč je lepší abstinovat. Mění se i očekávání. Chtějí se zbavit nepříjemné situace. Nejsou však připravení, že je to bude stát tolik práce. Musí samy na sobě něco změnit. Začínají si samy sobě rozumět. To se jim líbí a začínají zvládat lépe konflikty. Přicházejí si na své nedostatky. V TK jsou důležité skupiny, které jsou kohezní. V doléčovacím programu se učí, že ta otevřenost venku tolik není. Je to ústup.

### **Společné charakteristiky klientů**

Na klienty mladšího věku má větší vliv rodina. U starších hraje roli věk, uvědomují si kolik času strávili užíváním drog, roli hraje i špatný zdravotní stav. Terapeuti se nedívají, kdo jakou látku bral, že by se podle toho pracovalo. Co vypožorovali, ale není to pravidlem- Jsou dvě skupiny opiátoví a pervitinoví klienti. Typické rodinné prostředí heroinových klientů jsou nároční rodiče, dobře zajištění, dbají na vzdělání a volný čas dětí, mají vysoká očekávání, kteří děti nemohou splnit. Nereagují na skutečné potřeby dětí, děti

se nevnímají ceněny. Mají nadprůměrné schopnosti. Pervitinoví klienti pocházejí často z rodin s větší sociální patologií (alkoholismus, násilí, konflikty rodičů, kdy na potřeby dětí pro množství vlastních problémů nezbyvá prostor. Klienti mají v anamnéze šikanu, nepříjetí, nízké sebevědomí.

Ženy dávají více emoce najevo. Připustí si svoje prožívání. Muži často drží svoji tvář. Je v tom rozdíl, ženy se necítí tak ohrožené. Méně si muži říkají o pomoc je to pro ně těžší jak pro ženy.

Klienti mají podobné zážitky z dětství, problémy ve vztazích, problémy s alkoholem, rozpadlé rodiny. Často mají poruchy osobnosti. Velmi značné procento, vlastně téměř všechny klientky TK mají zkušenost s násilím od svých partnerů, a to poměrně často s dlouhodobým intenzivním psychickým a fyzickým týráním, až ohrožováním na životě. Násilí v rodině na úrovni psychického týrání nebo přísných tělesných trestů se vyskytuje také často, některá děvčata mají v anamnéze zneužití v dětství a téměř každá naše dívka zažila v minulosti znásilnění (to ale až v drogovém světě). Naproti tomu muži zase často byli svědky násilí v rodině, kdy otec týral matku a sami někdy připouští, že se chovali agresivně vůči svým partnerkám. Mají nízké sebevědomí a nízkou hodnotu sebehodnocení, špatně se jim proto přijímá kritika.

Osobnostní rysy jsou ryze individuální důležité je otevřít se skupině, odžít si těžké věci, přijmout je, a přijmout samy sebe.

### **Pozitiva/negativa/návaznost léčby**

Člověk přichází dobrovolně a chce něco na sobě změnit. Je větší prostor pracovat s klientem. Dobrovolná léčba nemá kolem sebe mříže. Pokud člověk však něco nechce změnit, tak to nelze změnit.

V nařízené chybí vlastní rozhodnutí . Pokud je zde v TK nemotivovaný klient, tak ta skupina ho natolik ovlivní, že když ten klient vidí, že to někomu jde, tak je to pro něho silný motor. Dobrovolná léčba nemá zřejmě žádné limity. Nařízená léčba dle názorů terapeutů může oddálit motivaci a ta léčba může vytvořit něco, co ten klient nechce.

Klienti odchází do doléčovacích center, nebo do ambulancí.

### **Práce s klientem**

Stává se, že klienti s více zkušenostmi s léčbou jsou téměř terapeuticky nezasažení. Na takového klienta si terapeuti dávají „pozor“. Zkouší s ním více pracovat a prolomit jeho

vypracované obrany. V doléčovacím centru mají klienty z TK, PL, ale klienta z OLT berou do skupiny jen jednoho. Klienti z OLT jsou specifictí.

Terapeuti se ve své odpovědi shodují, záleží jak rychle se klienti zařadí do skupiny. Jak najdou bezpečí a důvěru potom se začíná něco dít. Bezpečí a důvěra klientům venku chyběla a nemohli se změnit. *(5TDL... „klienti jsou teď hodně zničený, jak psychicky tak fyzicky oproti tomu, co bylo dříve. Je to vidět na zátěžových výletech. A přibývá duálních diagnóz.“)*

V komunitě ani v doléčovacím programu se s klientem, který nespolupracuje, pracovat nedá. To je spíše na ambulantní program nebo motivační rozhovor v kontaktním centru. Klienti v TK jsou systémem, skupinou tak tlačeni, že spolupracovat musí. Jsou klienti, kteří o změně nejsou vnitřně přesvědčeni, není to však beznadějně, zlomí se něco v nich časem. Pokud je klient v něčem zablokovaný, tak se snaží s ním pracovat více v individuální práci a ptají se na motivaci. Nástroj jsou pravidla komunity a doléčovacího centra.

Osobnostní strukturou a léčbou se žádný terapeut v léčbě nezabýval. Spíše terapeuti vysledovali jiná fakta. V léčbě roste průměrný věk. Klienti neřeší už problémy se svými rodiči, ale se svými dětmi. To je stejné, jak pro muže tak ženy. Záleží jak situace s dětmi vypadá, kolik jim je, na partnerech atd.

### **Relaps/ Úspěch**

Relapsy se stávají na výjezdech, shodují se terapeuti. Řeší se to většinou zpětně. Posuzuje se motivace klienta a jakým způsobem se o tom dozví terapeuti. Klient nemusí být vyloučen. Rozhoduje komunita nebo skupina.

Každý rok jsou srazy absolventů. Zařízení jsou zapojeny do programu A.N.O., která sleduje úspěšnost dokončených léčeb.

### **Specifika ženské skupiny**

Ženské a mužské skupiny vznikly zpočátku jen jako ženské z důvodů vytvoření většího bezpečí a intimity pro náročná témata typu týrání, zneužívání, znásilnění a jiná náročná traumatizující témata, o kterých je náročné mluvit. Na ženských skupinách se často mluví o poruchách příjmu potravy, prožívání své ženskosti, vzhledu. Někdy si klientky mezi sebou vyřikávají svá konfliktní témata. Po zkušenosti se zavedením ženské skupiny, se zavedli i skupiny pro muže.

### 8.3.3 Souhrn výzkumného cíle č. 2

Typický průběh léčby se v některých kritériích liší, je to dáno jednak prostředím, kde léčba probíhá, tak i dobrovolností uživatelů služby. Jednotlivé etapy léčby mají své opodstatnění pro danou léčbu, kde se pracuje s motivací. První fáze obou léčeb jsou motivační, kde klient musí projevit motivaci k zapojení do programu. Ve vyšších fázích obou programů má klient více výhod, ale zároveň vyšší zodpovědnost za své činy a chování. Program OL i DL je vypracován na 12 měsíců, výjimku tvoří doléčovací programy, kde je program dlouhý 6 měsíců. Všechny zmíněné léčby využívají stejných prvků psychoterapie a program každé léčby je jedinečný, i když můžeme nalézt společné prvky. Cíle všech léčeb jsou obdobné. V OL jde primárně o důslednou abstinenci. V dalších léčbách je ideální cíl abstinence. Někdy je to prostředek pro dosažení dalších cílů.

Terapeuti OL nám popsali tyto druhy motivů v léčbě- rodina, děti, samy klientky- zdravotní stav aj. Vztahy a rodina jsou pro klientky citlivé téma. Terapeuti OL se domnívají, že se motivace u klientek mění v důsledku psychoterapeutického působení. Kladnou proměnou hraje i čas v léčbě, znovu navázání vztahu s rodinou. Klientky jsou sobě slabou motivací. Terapeuti DL se shodují, že prvotní motivace je u klientů situace a psychický stav, který je pro klienta neúnosný. Hranice únosnosti je individuální. U žen matek je často mateřství důvodem k abstinenci. Tato motivace však nestačí. Motivace se mění v léčbě. V nulté fázi, která je motivační si přicházejí na vnitřní důvody ke změně nejen důsledek vnějších okolností. Motivovanější klienti jsou z PL jak z detoxifikačních jednotek.

Terapeuti OL uvedli tyto společné charakteristiky klientů trestná činnost, distribuce, výroba, prostituce, partner uživatel. Dále podle typu užívání primární drogy- simulanty, opiáty, a poslední rozlišení na dominantní a submisivní. Typická tato léčba není pro žádné klienty. Není zde nikdy homogenní skupina. Terapeuti DL uvedli tyto společné charakteristiky. Na klienti mladšího věku má větší vliv rodina. U starších hraje roli věk, zdraví. Lze dělit klienty podle primární drogy. Ženy více projevují emoce, muži si drží svoji tvář. Typické pro klienty DL jsou podobné zážitky z dětství, problémy ve vztazích, problémy s alkoholem, rozpadlé rodiny. Často mají poruchy osobnosti. Téměř všechny klientky TK mají zkušenost s násilím od svých partnerů, intenzivní psychické a fyzické týrání, až ohrožováním na životě. Násilí v rodině na úrovni psychického týrání nebo přísných tělesných trestů se vyskytuje taktéž často, některá děvčata mají v anamnéze zneužití v dětství a téměř každá dívka zažila v minulosti znásilnění (to ale až v drogovém

světě). Naproti tomu muži zase často byli svědky násilí v rodině, kdy otec týral matku a sami někdy připouští, že se chovali agresivně vůči svým partnerkám. Mají nízké sebevědomí a nízkou hodnotu sebehodnocení, špatně se jim proto přijímá kritika.

Limitem OL dle terapeutů je nižší mentální úroveň, kdy se s takovým klientem nedá pracovat, většinou prostředí věznice klienti vnímají špatně. Pozitivum léčby je ekonomické, zužitkování nedobrovolného léčení, kdy terapeuti vytváří klientům náhled nad jejich dosavadním životem. Návaznost OL je následná péče, ambulantní, TK méně z důvodů dlouhodobého pobytu. Relapsy se ve vězení nestávají, úspěšnost sledují každoročními srazy absolventů. DL podle terapeutů nemá žádné limity, OL prý může oddálit motivaci klientů a chybí vlastní rozhodnutí klienta. Pozitivum vidí terapeuti v DL dobrovolnost klienta a větší prostor pro práci s klientem. Návaznost je stejná –následná péče, ambulance, úspěšnost sledují na srazech absolventů. Relapsy se řeší zpětně, většinou se to stává na výjezdech. Nejčastěji alkohol a THC. Když klient nechce spolupracovat shodují se terapeuti, že se s ním pracovat nedá a je vyloučen. Tento případ se stává ojediněle.

Pokud klienti mají zkušenost s léčbami, terapeuti na to navazují, co u klienta fungovalo a co ne. Často je však pro klienty nová léčba dělicí čára. Co se týká osobní struktury, tak terapeuti vyzorovali, že u klientů mladšího věku se s nimi pracuje obtížněji. Často klienti neřeší problémy s rodiči, ale již se svým dětmi. Roste průměrný věk v léčbě.

Terapeuti se shodli, že ženské skupiny jsou více otevřené ve zpětných vazbách. Jsou více emocionální. Více se otevírají v individuální terapii. Řeší se náročná témata typu týrání, zneužívání, znásilnění a jiná traumatizující témata, o kterých je náročné mluvit. Na ženských skupinách se často mluví o poruchách příjmu potravy, prožívání své ženskosti. Ve věznici vnímají lépe menší skupinu, cítí se v ní bezpečněji.

Můžeme konstatovat, že odpovědi terapeutů potvrdily námi zjištěné výsledky v prvním cíli, které jsme získali od participantek pomocí Motivačního dotazníku a interview. Terapeuti uvádí stejné vyzorované důvody k léčbě. Kriticky se tímto cílem zabýváme v diskuzi. Drobné nuance zde jsou v pojmech jako klient a pacient. Tyto dva pojmy se používají v těchto léčbách. Oba dva pojmy mají stejný obsahový význam.

## **8.4 Analýza výzkumného cíle č. 3**

V tomto výzkumném cíli jsme si položili otázku. Jaký vliv měla léčba na drogovou kariéru? Tuto výzkumnou otázku jsme zjišťovali pomocí časových os. Všechny ženy byly ochotné ke spolupráci, jejich časovou osu drogové kariéry užívání jsme s nimi společně sestrojili. Vzhledem k tomu s jakou specifickou skupinou jsme pracovali bylo někdy těžké přesně časově zařadit události, se kterými se uživatelky během své drogové kariéry setkaly. Participantky mnohdy neměly přehled o časovém sledu událostí a ani nikdy nepracovaly s časovou osou.

Pokusili jsme se v každém výzkumném souboru zvlášť propojit časové osy a vysledovat v nich určité spojitosti, kdy přicházeli první problémy spojené s užíváním drog a jejich životem. Navíc jsme se pokusili vysledovat trend, co klienty, potažmo výzkumné soubory, spojuje nebo naopak rozděluje. Vytvořili jsme jednu osu pro každý výzkumný soubor, kam jsme zaznamenaly události, se kterými se participantky setkaly.

Všechny participantky u nařízené ochranné léčby začínaly experimentovat s alkoholem a marihuanou. První zkušenosti užití drog typu pervitin, heroin byl v intervalu od 15-20 let. Zpravidla po prvním užití a pravidelném užívání do dvou let, pokud již první způsob aplikace nebyl intravenózní, přecházejí na nejrizikovější způsob užití tj. intravenózní aplikaci návykové látky. V tuto dobu začínají mít první problémy ve spojitosti s drogami v rodinném prostředí. Vlastním rozhodnutím nebo rozhodnutím jednoho nebo obou rodičů odcházejí z domu. Čtyři nedokončily kvůli užívání návykové látky střední školu a mají základní vzdělání. Participantky dobrovolné léčby začínaly experimentovat také s alkoholem a marihuanou. První zkušenosti s pervitinem, heroinem mají od 13 -19 let. Po prvním užití a pravidelném užívání do dvou let, pokud již první způsob užití nebyl intravenózní přecházejí také na nejrizikovější způsob užití návykové látky. Objevují se kolem 18 roku problémy v jejich rodinném prostředí a odcházejí z vlastního rozhodnutí nebo na nátlak rodiny z domu. Šest nedokončilo střední školu a mají jen základní vzdělání. Všechny ženy obou léčeb během své drogové kariéry žily s partnerem, který sám užíval návykové látky. Během užívání se často setkaly s psychickým, fyzickým násilím od partnerů nelze však časově zařadit z důvodů více partnerů u každé participantky a časové dezorientace trvání jednotlivých vztahů. Šest užívatelky u skupiny ochranné léčby a dvě uživatelky u skupiny dobrovolné léčby prodělalo žloutenku typu C. Ani jedna participantka neví, v jakém časovém období se nakazila. Nemoc zjistili až při zdravotních problémech a často až při testech do léčebného zařízení, se kterým se setkaly nebo

v malém případě u dvou participantek ochranné léčby v kontaktním centru, které navštěvovaly. Participantky ochranné léčby, které měly trvalé zaměstnání o něj do čtyř let od pravidelného užívání přišly. Práci, kterou pak vykonávaly byla pouze příležitostná a nejde vysledovat pravidelnou dobu práce. Participantky dobrovolné léčby pokud měly práci tak o ní přišly do dvou let pravidelného užívání. Práci, kterou pak v malém případě vykonávaly byla příležitostná práce, nejde však na časové ose jako v případě skupiny ochranné léčby zaznamenat. Všechny ženy obou dvou skupin porušovaly zákon od pravidelného užívání návykových látek. Vzhledem k jejich stále vyšší a častější spotřebě návykových látek, rostla stále více potřeba financí. Začaly porušovat zákon spolu se svými partnery a začaly návykové látky vyrábět, prodávat, nebo kradly auta, věci v obchodech, přepadávaly cizince, kradly do restaurací na zakázky apod. všechny ženy obou léčeb mají zkušenost s podmínkou. U ochranné léčby mají v sedmi případech opakovaný výkon trestu. V dobrovolné léčby mají ženy ve dvou případech opakovaný výkon trestu. Ostatní participantky obou dvou léčeb byly nebo jsou stále v podmínce. Zdravotní problémy participantky ochranné léčby mají v malé míře od 24 let. První psychické problémy popisují od 23 let. Ženy dobrovolné léčby mají první zdravotní a psychické problémy od 21 let. V intervalu od 21 do 24 let a od 28 do 31 let byly uživatelky v léčbě. Ženy ochranné léčby mají zkušenost s léčbou v intervalu od 32 do 35 let a většina žen v intervalu od 28-29 abstinovaly, protože byly těhotné. Ženy obou léčeb měly děti do 18 let a pak kolem 28 roku.

Devět žen ochranné léčby uvažovalo o změně a abstinenci od drog v průběhu své drogové kariéry. O změně uvažovaly v jednom případě spolu s partnerem, dále z tlaku rodičů, ale do léčby nenastoupily, abstinovaly jen samy doma. Pouze dvě participantky mají zkušenost s léčbou (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita). Jen jedna participantka o změně nikdy neuvažovala z důvodu postavení, vysokého finančního příjmu, který měla z drog.

Sedm participantek nenastoupilo nikam do léčebny ani se nezajímaly o kontakt s ní. Jedna před nástupem do terapeutické komunity porušila podmínku a ocitla se v OL. Jedna přerušila terapeutickou komunitu z důvodu finanční situace a přesvědčení, že léčbu nepotřebuje. Jedna po ukončení psychiatrické léčebny nemohla nastoupit do doléčovacího centra z důvodu že ještě nevznikly a relapsovala po dvou měsících. Vzhledem k tomu, že sedm žen má opakovaný výkon trestu a tři jsou ve věznici poprvé, tak sedm žen vnímá lepší režim tohoto oddělení v porovnání, když byly na jiných odděleních. Čtyři participantek se nesnaží vnímat věznici a soustředí se na léčbu, snaží se ji vnímat jako

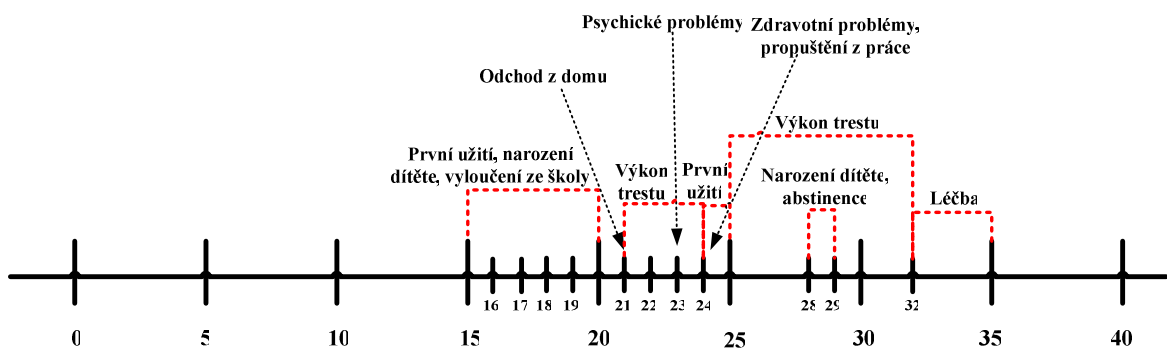


možnost, příležitost. Pět vnímá negativně věznici a léčbu v ní, raději by ji měli v jiné budově. Jedné uživatelce pobyt ve věznici nevadí, když je její přítel také zavřený.

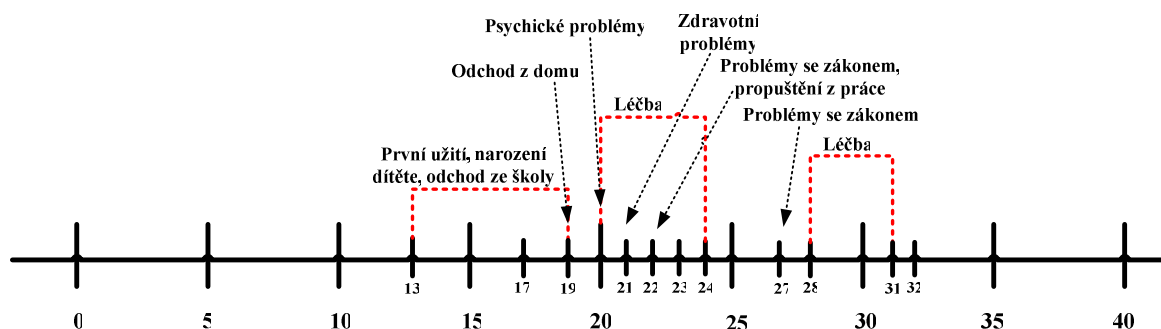
Participantky dobrovolné léčby mají větší zkušenost s dobrovolnou léčbou jako je psychiatrická léčebna, terapeutická komunita. Když uvažovaly o léčbě tak to bylo na dojezdech, ale zůstalo u úvah a nikdy nikoho nekontaktovaly. Když byl tlak okolností, okolí a důvodů tolik, tak nastoupily do léčby. Šest nastoupilo do léčby z nátlaku okolí zpravidla rodiny. Čtyři ženy abstinovaly kvůli těhotenství. Jedna participantka nastoupila do léčby z psychických důvodů (několikrát prodělala toxickou psychózu). Jedna participantka nastoupila do léčby, aby mohla odejít od partnera. Dvě o léčbě nikdy neuvažovaly.

Léčby ženy nikdy nedokončily, jako důvody uváděly, že motivace pocházela z okolí hlavně rodiny a ne z nich samotných. Dvě ženy měly vztah v komunitě, který porušuje kardinální pravidla. Když motivací byly děti, tak po porodu znovu začaly užívat. Jedna participantka potratila. Jedna nechtěla do léčby nastoupit, protože měla psa, o kterého by se neměl, kdo postarat. Jedna léčbu nedokončila, musela zařídit dluhy, které dlužila za nájem a další jedna, protože neměla peníze na léčbu.

Obr. 5. Časová osa skupiny ochranné léčby



Obr. 6. Časová osa skupiny dobrovolné léčby.



#### 8.4.1 Souhrn výzkumného cíle č. 3

Všechny participantky u ochranné léčby začínaly experimentovat s alkoholem a marihuanou. První zkušenosti užití drog typu pervitin, heroin byl v intervalu od 15-20 let. Zpravidla po prvním užití a pravidelném užívání do dvou let, přecházejí na intravenózní aplikaci návykové látky. V tuto dobu začínají mít první problémy ve spojitosti s drogami v rodinném prostředí. Vlastním rozhodnutím nebo rozhodnutím jednoho nebo obou rodičů odcházejí z domu. Čtyři nedokončily kvůli užívání návykové látky střední školu a mají základní vzdělání. Participantky dobrovolné léčby začínaly experimentovat také s alkoholem a marihuanou. První zkušenosti s pervitinem, heroinem mají od 13 -19 let. Po prvním užití a pravidelném užívání do dvou let také přecházejí na nejrizikovější způsob užití návykové látky. Kolem 18. roku se objevují problémy v jejich rodinném prostředí a odcházejí z vlastního rozhodnutí nebo na nátlak rodiny z domu. Šest nedokončilo střední školu a mají jen základní vzdělání. Všechny ženy obou léčeb během své drogové kariéry žily s partnerem, který sám užíval návykové látky. Uživatelky se během užívání často setkaly s psychickým, fyzickým násilím od partnerů nelze však časově zařadit z důvodů více partnerů u každé participantky a časové dezorientace trvání jednotlivých vztahů. Šest žen u skupiny ochranné léčby a dvě u skupiny dobrovolné léčby prodělalo žloutenku typu C. Uživatelky ochranné léčby, které měly trvalé zaměstnání o něj do čtyř let od pravidelného užívání přišly. Práci, kterou pak vykonávaly byla pouze příležitostná a nejde vysledovat pravidelnou dobu práce. Participantky dobrovolné léčby pokud měly práci tak o ní přišly do dvou let od pravidelného užívání. Práci, kterou pak v malém případě vykonávaly byla příležitostná práce, nejde však na časové ose jako v případě skupiny

ochranné léčby zaznamenat. Všechny ženy obou dvou skupin porušovaly zákon od pravidelného užívání návykových látek a mají zkušenost s podmínkou. Uživatelky ochranné léčby mají v sedmi případech opakovaný výkon trestu. Ženy dobrovolné léčby mají ve dvou případech opakovaný výkon trestu. Ostatní ženy obou dvou léčeb byly nebo jsou stále v podmínce. Zdravotní problémy ženy ochranné léčby mají v malé míře od 24 let. První psychické problémy popisují od 23 let. Participantky dobrovolné léčby mají první zdravotní a psychické problémy od 21 let. V intervalu od 21 do 24 let a od 28 do 31 let byly participantky v léčbě. Participantky ochranné léčby mají zkušenost s léčbou v intervalu od 32 do 35 let a většina žen v intervalu od 28-29 abstinovaly, protože byly těhotné. Participantky obou léčeb měly děti do 18 let a pak kolem 28 roku.

Devět žen ochranné léčby uvažovalo o změně a abstinenci od drog v průběhu své drogové kariéry. U změně uvažovaly v jednom případě spolu s partnerem, dále z tlaku rodičů, ale do léčby nenastoupily, abstinovaly jen samy doma. Pouze dvě mají zkušenost s léčbou (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita). Jen jedna o změně nikdy neuvažovala z důvodu postavení, vysokého finančního příjmu, který měla z drog.

Sedm žen nenastoupilo nikam do léčebny ani se nezajímaly o kontakt s ní. Jedna participantka před nástupem do terapeutické komunity porušila podmínku a ocitla se v OL. Jedna přerušila terapeutickou komunitu z důvodu finanční situace a přesvědčení, že léčbu nepotřebuje. Jedna participantka po ukončení psychiatrické léčebny nemohla nastoupit do doléčovacího centra z důvodu že ještě nevznikly a relapsovala po dvou měsících. Vzhledem k tomu, že sedm žen má opakovaný výkon trestu a tři jsou ve věznici poprvé, tak vnímají lepší režim tohoto oddělení v porovnání, když byly na jiných odděleních. Čtyři ženy se nesnaží vnímat věznici a soustředí se na léčbu, snaží se ji vnímat jako možnost, příležitost. Pět žen vnímá negativně věznici a léčbu v ní, raději by ji měli v jiné budově. Jedné pobyt ve věznici nevádí, když je její přítel také zavřený.

Participantky dobrovolné léčby mají větší zkušenost s dobrovolnou léčbou jako je psychiatrická léčebna, terapeutická komunita. Když uvažovaly o léčbě tak to bylo na dojezdech, ale zůstalo u úvah a nikdy nikoho nekontaktovaly. Když byl tlak okolností, okolí a důvodů tolik, tak nastoupily do léčby. Šest žen nastoupilo do léčby z nátlaku okolí zpravidla rodiny. Čtyři abstinovaly kvůli těhotenství. Jedna nastoupila do léčby z psychických důvodů (několikrát prodělala toxickou psychózu). Jedna žena nastoupila do léčby, aby mohla odejít od partnera. Dvě participantky o léčbě nikdy neuvažovaly.

Léčbu participantky nikdy nedokončily, jako důvody uváděly, že motivace pocházela z okolí hlavně rodiny a ne z nich samotných. Dvě participantky měly vztah

v komunitě, který porušuje kardinální pravidla. Když motivací byly děti, tak po porodu znovu začaly užívat. Jedna uživatelka potratila. Jedna nechtěla do léčby nastoupit, protože měla psa, o kterého by se neměl, kdo postarat. Jedna léčbu nedokončila, musela zařídit dluhy, které dlužila za nájem a jedna, protože neměla peníze na léčbu.

Vzhledem k malé zkušenosti s jakoukoliv léčbou u skupiny ochranné léčby, nesehrála žádnou roli v drogové kariéře participantek. I přes to, že během léčby abstinovaly, nebo se pokoušely abstinovat při těhotenství, tak bohužel ani jeden z důvodů k abstinenci nebyl natolik nosný, aby měl trvalý efekt abstinovat.

Ženy v dobrovolné léčby mají častější zkušenost s léčbou, ovšem ani jedna z léčeb se žádné uživatelce nepodařila dokončit. Léčba sehrála roli v drogové kariéře jako delší zkušenost s abstinencí, schopnost sebereflexe, souvislý projev o sobě, schopnost dávat zpětné vazby. To ženy v ochranné léčby nedokáží.

Všechny uživatelky jsou aktuálně v léčebném zařízení a ve fázi abstinence. Pracují na sobě jdou malými krůčky k cílům, které si v rámci terapeutického kontraktu vytyčily.

## 9 Diskuze

V této kapitole se budeme zabývat touto prací více kritičtěji. V teoretické části se věnujeme tématům jako je motivace, motivace závislého chování, metoda motivačního rozhovoru, nelegální návykové látky a léčebná zařízení, které se nám v naší studii podařilo propojit. Cílů diplomové práce bylo několik. Prvním cílem bylo porovnat motivaci uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a v dobrovolné léčbě a popsat jaké mají důvody k abstinenci v obou léčbách. Druhým cílem bylo konfrontovat názory terapeutů na motivaci v léčbě s našimi výsledky z výzkumu. Třetím cílem bylo popsat vliv a průběh léčby na drogovou kariéru klientek.

Pracovali jsme se třemi výzkumnými vzorky. První výzkumný soubor tvořilo 10 klientek nařízené ochranné léčby ve věznici v Opavě. Druhý výzkumný vzorek tvořilo 10 klientek dobrovolné léčby terapeutické komunity Podcestný Mlýn a doléčovacího centra Jamtana a P-centra. Třetí výzkumný soubor tvořilo 6 terapeutů/ek, kteří s participantkami v jednotlivých léčbách pracovali. Etická pravidla výzkumu (anonymita, ochrana osobních údajů, informovaný souhlas s účastí ve výzkumu) byla dodržena. Jedná se o kvalitativní studii. Na tuto kvalitativní studii bychom chtěli v budoucnu navázat a porovnat ji s výzkumným vzorkem mužů. Motivací se zabýváme kvalitativním přístupem, co nejvíce do hloubky. Jde nám především o strukturu motivace.

Metodika, kterou jsme zde použili, znázorňuje pokus o nalezení vhodných vzorců pro výzkum dané problematiky. Pro získání, pokud možno, co nejbohatších kvalitativních dat jsme si vybrali kombinaci metod dotazníkových spolu s polostrukturovaným interview, čímž byla zajištěna validizace participantkou. Dále jsme použili časové osy, které dokreslovaly informace získané z interview. V tomto ohledu se zvolená kombinace metod osvědčila, zdá se tedy být vyhovující. Motivační dotazník se nám velice osvědčil z těchto několika důvodů, délka administrace je krátká cca 10-15 minut, vyhodnocení je velice jednoduché, kdy se sečtou kladné odpovědi na jednotlivé položky. Čím vyšší položka, tím vyšší motivace. Srovnání výsledků v různých oblastech usnadňují sekce, které mají stejný počet otázek (tj. 18 otázek). Jediné omezení, kterého jsme si vědomi je ten, že dotazník nebyl standardizován na českou populaci.

Nyní se budeme věnovat pouze některým výsledkům týkající se motivace v jednotlivých výzkumných cílech této studie z důvodu udržení linie diplomové práce.

Pokusíme se získané informace konfrontovat s výsledky z již realizovaných výzkumů na podobné téma publikovaných.

V analýze prvního cíle, který jsme si stanovili, bylo zjistit zdali je motivace u klientek nařízené ochranné léčby nižší v porovnání s dobrovolnou léčbou a jaké mají participantky důvody k léčbě. Použili jsme Motivační dotazník. Celkový průměrný motivační skóre u skupiny nařízené ochranné léčby byl 57,5 při převedení na procenta z maxima 108 dosahoval 53% a u skupiny dobrovolné léčby byl 72,6 převedeno na procenta 67,2 %. Můžeme konstatovat, že skupina ochranné léčby v porovnání se skupinou dobrovolné léčby má nižší celkový průměrný motivační skóre.

V roce 2008 byl proveden výzkum K. Nešporem, A. Scheansovou a H. Karbanovou, kteří vytvořili Motivační dotazník. Dotazník administrovali 77 respondentům, kteří se léčili pro návykovou nemoc. Skupina byla pestrá respondenti se léčili ústavní formou, docházeli na socioterapeutický klub a ambulantní formou. Průměrný věk skupiny byl 37,8. Mužů bylo 73 a 4 ženy. U 43 osob se jednalo o závislost na alkoholu, u 3 o závislost na alkoholu v kombinaci s jinou látkou, u 14 o závislost na nealkoholové droze, u 14 o patologické hráčství a u 3 o patologické hráčství v kombinaci se závislostí na psychoaktivní látce. Celkový motivační skóre činil 54,9, při převedení na procenta 51%. Motivační struktura tohoto souboru vypadala následovně: vztahy (69%), duševní zdraví (67%), životní úroveň (57%), pracovní oblast (48%), tělesné zdraví (36%), právní záležitosti (27%). Pokud bychom tento výzkum porovnali s naší studií celkový průměrný motivační skóre obou dvou skupin naší studie je vyšší. Přičemž rozdíl mezi ochrannou léčbou v naší studii není významný od celkového průměrného motivačního skóre prezentovaného výzkumu. Co se týká motivační struktury ochranné léčby ta byla koncipována takto vztahy (68%), duševní oblast (61%), pracovní oblast (52%), životní úroveň (51%), právní záležitosti (45%), tělesné zdraví (43%). Motivační struktura dobrovolné léčby se jevila následovně duševní oblast (86%), vztahy (83%), pracovní oblast (69%), životní úroveň (68%), právní záležitosti (49%), tělesné zdraví (47%). Struktura motivace v porovnání s výzkumem zmiňovaném výše se shoduje v preferenci na prvním druhém místě oblasti vztahů a duševního zdraví. Třetí místo u dobrovolné i ochranné léčby měla pracovní oblast. Liší se od sebe velikostí procent. Třetí místo u zkoumaného souboru měla životní úroveň. Motivační struktura obou našich výzkumných vzorků se shodovala ve struktuře s výjimkou u dobrovolné léčby bylo na prvním místě duševní zdraví místo vztahů. Motivační struktura se od sebe lišila pouze velikostí procent.

Co se týká motivů v léčbě ptali jsme se participantek, co se u nich v důsledku dlouholetého užívání drog změnilo. Všechny uživatelky zaznamenaly ve všech oblastech, které mapuje Motivační dotazník změny. Mají problémy s tělesným zdravím, duševním zdravím, ve vztazích, v pracovní oblasti, právních záležitostech a životní úrovni. Problémy, které mají v jednotlivých oblastech jsou různé. Většinou mají tělesné a duševní následky, rozpadlé vztahy, které se snaží z léčby znovu navázat. Všechny ženy mají problém se zákonem. Jejich životní úroveň, teď kdy se nacházejí ve stavu abstinence je dobrá, jsou v léčbě a snaží se svůj problém řešit. Jednotlivé problémy jsou vyjmenovány (viz. kapitola 8 Analýza a interpretace dat). Struktura motivace z interview, kdy měly participantky seřadit oblasti byla následovná: u skupiny ochranné léčby preferují na prvním místě vztahy, duševní zdraví, právní záležitosti, pracovní oblast, životní úroveň, tělesné zdraví. Participantky dobrovolné léčby preferují na prvním místě duševní zdraví, tělesné zdraví, vztahy, práce, životní úroveň, právní záležitosti. Za povšimnutí stojí tělesné zdraví, které je u skupiny dobrovolné léčby „více poškozeno“, kdy jedna participantka přišla o oko vlivem infekce z filtru, který se používá při intravenózní aplikaci. A další jiné zdravotní problémy (viz. kapitola 8). Proto je zcela zřejmé, že upřednostňují ve struktuře motivace své tělesné zdraví. Oproti tomu právní záležitosti jsou až na posledním místě, i když mají a měly participantky problémy se zákonem a tři měly výkon trestu odnětí svobody, tak pro ně nejsou právní záležitosti, tak silnou motivací. V porovnání se skupinou ochranné léčby jsou právní problémy větší motivací ke změně, protože mají participantky často opakovaný výkon trestu odnětí svobody a navíc jsou teď ve fázi abstinenci ve vězení.

Největší motivace k léčbě, na kterou odpovídaly ženy v interview, jsou pro ochrannou léčbu u šesti žen vztahy a děti, u sedmi jejich věk, u jedné tělesné zdraví a jedna participantka zmiňuje životní úroveň. Motivací žen v dobrovolné léčbě u šesti žen je duševní zdraví, u dvou tělesné zdraví. Jednu motivují vztahy, které chce znovu obnovit a poslední participantku motivuje životní úroveň, kdy už nechce žít, tak jako když užívala. Porovnáme-li naše výsledky s údaji výzkumu, který proběhl v TK Karlov 2009, kde stimuly motivace klientek při vstupu do komunity byly většinou pasivní. Motivace je dána vnějšími sekundárními dopady abúzu návykových látek. Matka touží dostat dítě zpět do péče, nechává si staré návyky partnera, známé. Mezi další motivy patří zajištění bydlení, stravy, změn životního stylu (Hanzal, in Preslová, 2009). Můžeme tedy konstatovat, že stimuly jsou u ochranné léčby stejné, jako stimuly motivace v TK Karlov, kdy chtějí dostat dítě zpět do péče, chtějí navázat vztahy s rodinou, chtějí změnit životní styl. Navíc se v našem výzkumném vzorku objevuje jako stimul motivace věk participantek a změna

tělesného zdraví. U skupiny dobrovolné léčby jsou stimuly motivace u šesti duševní zdraví, u jedné vztahy a u jedné životní úroveň. Opět jako v TK Karlov se objevují stejné stimuly motivace dané vnějšími sekundárními dopady. Navíc se zde objevuje stimul duševní zdraví, který je způsoben dopady abúzu návykové látky, přičemž bereme v potaz jako Miovský (in Kalina 2003b), který rozděluje počáteční stimuly motivace, kdy duševní a zdravotní problémy jsou pro zahájení léčby nejvýznamnější. Můžeme stejně jako on konstatovat, že důležitá je míra uvědomění si (reflexe) těchto problémů a dopadů. Čím více si uvědomuje problémy, které mu užívání drog způsobuje, tím je obvykle k léčbě více motivován. Důležitý je moment vnímání a hodnocení problémů. Problémy musí vadit především jemu, musí být pro klienta ohrožující, nepříjemné a nežádoucí. Rovina, která se od klienta vzdaluje je nátlak rodičů, partnera, dětí, tlak zaměstnavatele aj. čím méně si klient problémy spojené s užíváním drog bere za své, tím horší je kvalita jeho motivace. Proto skupina dobrovolné léčby je motivovanější ke kýžené změně než skupina ochranné léčby. Navíc toto tvrzení můžeme potvrdit i vyhodnocením Motivačního dotazníku, kdy mezi celkovými motivačními skóry obou léčeb byl statisticky signifikantní rozdíl.

Důvody, které uživatelky ovlivnily k rozhodnutí ke změně byly u ochranné léčby nařízení soudu. Pouze jedna měla před nástupem do věznice zařízenou terapeutickou komunitu. Vyjma jedné nikdo neuvažoval o změně. Důvody k léčbě se shodují s největší motivací k léčbě, jako je u sedmi vysoký věk, rodina a děti u šesti žen, přítele u jedné a dvě kvůli životnímu debaklu. Důvody k dobrovolné léčby jsou psychické důvody u sedmi žen, dvě ženy ovlivnila ochranná léčba ve věznici a jedna se rozhodla na základě zdravotních a psychických důvodů. Ověřením najdeme i v literatuře. Nevšímal (2007) uvádí důvody k léčbě u matek dítě, vztahy, hrozba nařízené ochranné léčby. Kalina (2008a) starší klienti jsou motivovanější než adolescentní, motivuje je vysoký věk. Miovský (in Kalina, 2003a) seřadil důvody k léčbě. Nejčastější důvody k léčbě jsou psychické a zdravotního rázu.

Léčba a abstinence pro participantky obou dvou skupiny znamená něco jiného. Odpovědi nebyly homogenní. Pro ochrannou léčbu je to program, který je léčí a jsou spokojené, že si začínají rozumět. Tři na tuto otázku nebyly schopny odpovědět. Abstinence je pro všechny participantky boj do konce života. Pro dobrovolnou léčbu je to možnost žít nový život bez drog, řád a program. Abstinence pro ně znamená příjemné pocity a představy.

Participantkám pomáhá v léčbě u ochranné léčby víra v sebe, rodina a vztahy objevuje se i odpověď, že nic nepomáhá. V dobrovolné léčbě pomáhá podpora rodiny,



důvěra, víra v sebe, dohled úřadu, uvědomění si představy, kdyby se vrátily zpět k drogám. Pro jakoukoliv léčbu je důležitá víra v sebe, zvýšení sebevědomí a důvěra ve své kompetence. Obnovené vztahy v rodině dává participantkám pozitivní naladění a chuti do života bez drog.

Spokojenost a to, co uživatelkám v léčbě chybí je u ochranné léčby spokojenost s řádem, programem, to, že jim utíká trest, individuální terapie. Chybí jim svoboda, sex, přítel aj. U dobrovolné léčby je spokojenost s programem, skupinami řádem, který zde panuje, ale chybí jim sex, děti, svoboda, partner aj. Odpovědi byly homogenní. Můžeme souhlasit s myšlenkou Kalina (2008a) pro uživatele návykových látek je důležitý program dne a forma léčby. Této specifické skupině chyběl řád a program dne. Základem pro skupinové terapie je skupina, řád, funkce a role jednotlivých členů skupiny a jim přidělené funkce je to důležité jak pro TK ve vězení, nebo TK v dobrovolné léčbě. Proto jsou participantky spokojeny s programem dne, který jim chyběl.

Participantky ochranné léčby nemají zkušenost s žádnou léčbou. Pouze dvě mají zkušenost s terapeutickou komunitou a psychiatrickou léčebnou. Osm jen uvažovalo o změně a abstinenci od drog. O změně uvažovaly v jednom případě spolu s partnerem, z tlaku rodičů, ale do léčby nenastoupily, abstinovaly doma. Jedna participantka o změně neuvažovala z důvodu postavení, vysokého finančního příjmu, který z drog měla. Uživatelky dobrovolné léčby mají větší zkušenost s dobrovolnou léčbou jako je psychiatrická léčebna, terapeutická komunita. Když uvažovaly o léčbě, tak to bylo na „dojezdech“, ale zůstalo u úvah a nikdy nikoho nekontaktovaly. Když byl tlak okolností, okolí a důvodů tolik, tak nastoupily do léčby. Šest žen nastoupilo do léčby z nátlaku okolí zpravidla rodiny. Čtyři abstinovaly kvůli těhotenství. Jedna nastoupila do léčby z psychických důvodů (několikrát prodělala toxickou psychózu). Jedna nastoupila do léčby, aby mohla odejít od partnera. Dvě ženy o léčbě nikdy neuvažovaly. Souhlasíme s názory Nevšímal (2007), kdy je pro matku motivace dítě, ale často k důvodu léčbě jako motivace nestačí. Stejně jako Kalina (2008a) souhlasíme, že motivace jako je partner, vnější tlak rodiny není postačujícím důvodem k setrvání v léčbě. To potvrdilo i to, že v léčbě participantky nezůstaly a nedokončily ji. Jako důvody uváděly, že tlak byl z rodiny a samotná motivace nebyla v nich samotných, porušovaly natolik pravidla zařízení, že nebylo možno v léčbě nadále vytrvat.

Všechny uživatelky obou léčeb chtějí mít po léčbě normální život. Pod pojmem „normální život“ si představují mít bydlení, partnera, rodinu, práci, starat se o děti. Všechny si chtějí najít práci a bydlení mimo město, kde užívaly, tam se již nechtějí nikdy

vrátit. Tři uživatelky dobrovolné léčby si dodělávají školu, jedna žena dobrovolné léčby chce vyřešit svůj vztah k mužům. Pro čtyři uživatelky je těžké plánovat do budoucna čekají na výkon trestu po léčbě. Všechny tyto cíle, které si uživatelky stanovily jsou cílem terapie, které jsou dlouhodobé a naplnit je trvá individuální dobu. Tyto cíle jsou většinou stanovované v (ne)konečné fázi léčby. Navíc tyto cíle mohou mít i původ, který můžeme najít v Eriksonových vývojových úkolech, kdy se participantky nacházejí v přelomu období mladé dospělosti, kdy je úkolem intimita x osamělost. Tedy najít si partnera. A druhé období, kde se již některé uživatelky nacházejí a to je dospělost a jejím vývojovým úkolem je generativita x stagnace. Úkolem je mít děti, vychovávat je, najít si pro sebe tvořivou činnost a osobní obohacení (Langmeier, 1998).

Ženy ochranné léčby mají v sedmi případech opakovaný výkon trestu odnětí svobody. Tři jsou ve věznicí poprvé. Pět jich vnímá léčbu ve vězení negativně. Čtyři participantky se soustředí na léčbu a prostředí neberou v potaz. Pouze tři vnímají léčbu jako trest. Sedm vnímá léčbu jako příležitost ke změně. Roli personálu a skupiny uživatelky vnímají negativně. Personál vnímají tak, že je chce léčit a zároveň je „trestá“ informuje o jejich činnosti soud. Skupinu participantky vnímají často nemotivovaně, raději pracují na sobě v individuální terapii. Vondráčková (2006) publikovala článek jehož obsah potvrzuje námi zjištěné informace. Klienti v nařízené léčbě jsou k léčbě donuceni soudem a ne na základě vlastního rozhodnutí. Léčení má funkci trestu. V našem výzkumu však pouze tři participantky z deseti vnímají léčbu jako trest. Polovina pacientů byla v opakovaném výkonu trestu. V našem výzkumu více jak polovina, a to sedm participantek. Nemotivovanost pacientů a osobní charakteristiky ovlivňují charakter celé komunity. Základem komunity jsou vztahy mezi pacienty, kdy jim na sobě záleží. Ve skupině vládne upřímnost a otevřenost. V práci s nemotivovanými klienty je těžké takové prostředí vytvořit. Pacienty nezajímá, co si druzí myslí, pro ně je to mrhání času. Skupinové klima bez několika pacientů je negativně ovlivněno. Lepší je proto individuální terapie, kdy si nemusí hrát na silné a můžou projevit svoji slabost. Skupiny jsou méně konfrontační. Pacienti si poskytují malou zpětnou vazbu a drží pospolu proti terapeutovi který je vnímán jako ten na druhé straně. Personál je vnímán ve dvojroli, pečuje o zdraví pacientů, poslouchá jejich problémy a zároveň informuje soud o průběhu jejich léčby. Problematika ochranného léčení je tedy velice komplikovaná (Vondráčková, 2006). I v tomto se s informacemi z článku shodujeme. Participantky raději vyhledávají individuální terapii. A personál vnímají ve dvojroli.

Druhým cílem bylo konfrontovat názory terapeutů na motivaci v léčbě s našimi výsledky z výzkumu.

Terapeutů jsme se ptali na jednotlivé fáze a cíle léčby pro lepší pochopení léčebného programu, do kterého jsou participantky zapojeny. Lze konstatovat, že všechna tři léčebná zařízení používají skupinové, individuální aj. formy terapie. Jsou rozděleny na jednotlivé fáze podle toho, jak klient léčebného zařízení spolupracuje.

Terapeuti ochranné léčby popsali jako motivy při vstupu do léčby následovně, jsou to rodiče, blízcí lidé, děti a ony samotné (zdravotní problémy, představa o normálním životě). Rodina a vztahy jsou pro ně citlivé téma. Terapeuti dobrovolné léčby uvádějí, že klienti přicházejí do jejich zařízení pod tlakem okolností, které pro klienty již jsou neúnosné. Tlak rodičů, situace a psychický stav, hraje roli věk a jejich zdraví, v zimě se objevují klienti, kteří žijí na ulici a chtějí se dostat do léčby na přechodnou dobu. U žen matek jsou jejich motivace děti, těhotenství, tato motivace málokdy postačí. Klienti z psychiatrických léčeben, jsou motivovanější, pobývají zde více měsíců. Již během pobytu si hledají důvody k abstinenci. Všichni terapeuti se shodli, že motivy a důvody k abstinenci jsou individuální. Námi zjištěné výsledky u obou výzkumných souborů mohou potvrdit, že všechny vyjmenované prvotní motivy k abstinenci se objevily u obou našich výzkumných souborů. Zvýšil se i věk klientů za poslední roky z 25 let na 28 let. Tento fakt potvrzuje i Radimecký (2006), který na základě své praxe a uvádí, že klienti do léčby nastupují především pod tlakem různorodých vnějších faktorů, tlak jejich nejbližších, zdravotní, finanční či jiné problémy, důsledek konfliktu se zákonem, než na základě vlastního uváženého rozhodnutí. Klienti mají vyšší věk v důsledku postupného stárnutí populace uživatelů drog vyhledávající odbornou pomoc, což nese důsledky jako jsou: horší zdravotní stav, sociální situace, kriminální kariéra, opakované léčby. Dochází k větší diferenciaci uživatelů a vzniku specifických skupin. Klienti po výkonu trestu odnětí svobody (léčba-trest-léčba), s nařízenou ústavní/ochrannou léčbou, těhotné uživatelky nebo uživatelky matky. Naše výsledky potvrzuje i Nevšimal (2007) motivací je naděje získání dítěte zpět do péče, tlak rodiny, partnera, snaha žít normální život bez drog, soudně nařízená léčba. Preslová (in Kalina, 2003b) často se setkáváme s předsudkem, že závislá klientka s těhotenstvím automaticky změní svůj postoj k drogám, že porodem si vytvoří silný mateřský vztah k dítěti, že pokud není motivovaná nemá žádný vztah k dítěti a že tato žena se nebude moci starat o dítě ani v případě abstinence.

Všichni terapeuti se kterými jsme pracovali se shodli, že motivace se u klientek mění s pomocí terapeutů a jejich psychoterapeutickým působením. Samy by ke kýžené

změně těžko dospěly. Doba pobytu je kladná proměnná. Po pěti měsících po půl roce se u nich začíná projevovat změna. Chtějí dokázat rodině nebo někomu, že se změni. Mají obrovskou hodnotu v rodině. Oni jsou samy sobě slabou motivací. Jsou klienti, kteří na sobě nepracují. Klienti přicházejí např. z tlaku rodičů a pak si najdou svoje důvody pro abstinenci. Terapeuti je přesvědčují, že pobyt v léčbě má smysl, chtějí aby to zkusili. Z počátku jsou klienti donuceni okolnostmi, které se mohou ustálit. Snaží se, aby klienti přecházeli v pozitivní motivaci a hledali důvody, proč je lepší abstinovat. Mění se i očekávání. Chtějí se zbavit nepříjemné situace. Začínají si samy sobě rozumět. To se jim líbí a začínají zvládat lépe konflikty. Tyto názory terapeutů nám potvrzují naše výsledky, klientkám se líbí, že si začínají rozumět. Prvotní motivace se u nich mění dokresluje to i fakt, že klientky s nařízenou ochrannou léčbou našly své důvody ke změně a léčbě. I v dobrovolné léčbě, kdy klientky z počátku šly do léčebných zařízení z tlaku vnějších okolností, tak si našly své osobní důvody ke změně. Miovský in Kalina (2003b) uvedl důvody k léčbě dle významnosti. Klienti nastupují do léčby ze zdravotních, psychických důvodů, sociálních a trestně právních. Pokud tyto problémy pak klient nemá pak obvykle nemá mnoho důvodů se léčit. Důležitá je míra uvědomění si (reflexe) těchto problémů a dopadů. Čím více si uvědomuje problémy, které mu užívání drog způsobuje, tím je obvykle k léčbě více motivován. Důležitý je moment vnímání a hodnocení problémů. Problémy musí vadit především jemu, musí být pro klienta ohrožující, nepříjemné a nežádoucí. Rovina, která se od klienta vzdaluje je nátlak rodičů, partnera, dětí, tlak zaměstnavatele aj. čím méně si klient problémy spojené s užíváním drog bere za své, tím horší je kvalita jeho motivace. Za nejméně kvalitní vstupní motivaci lze považovat povinnou léčbu, tedy konflikt se zákonem vedoucí k soudně nařízeným léčbám (Miovský a kol., in Kalina 2003b). Můžeme potvrdit, že klientky našeho výzkumu si uvědomili míru těchto problémů a našly si důvody k abstinenci. Přičemž jejich motivace a důvody ke změně se mění a jsou ryze individuální. O době pobytu v léčbě, která hraje kladnou proměnnou. Jsme našli v zahraniční literatuře ověření NIDA (2009) uvedla zjištění z výzkumu. Lepší výsledky jsou spojené s léčbou, která trvá déle než 90 dnů. Trvalé snižování trestné činnosti a zneužívání drog souvisí s délkou léčby. Dále TK ve vězení a TK po výstupu z vězení snižuje riziko recidivy kriminálního chování a relapsu. Důležité je také odměňovat pozitivní chování, které je efektivní.

Terapeuti uvedli tyto společné charakteristiky klientek a nejčastější typy klientek. Na klientky mladšího věku má větší vliv rodina. U starších hraje roli věk, uvědomují si kolik času strávili užíváním drog, roli hraje i špatný zdravotní stav. To potvrzuje i názor,

že tlak vnějších okolností může získání vnitřní motivace významně ovlivnit. Tyto nálezy nejsou v zásadě ovlivněny věkem a typem klientů, ale adolescentní uživatelé drog jsou méně motivováni ke změně a připraveni k léčbě než dospělí (Kalina, 2008a). Dále lze dělit klientky podle jejich primární drogy opiáty a pervitin. Typické rodinné prostředí heroinových klientů jsou nároční rodiče, dobře zajištění, dbají na vzdělání a volný čas dětí, mají vysoká očekávání, kteří děti nemohou splnit. Nereagují na skutečné potřeby dětí, děti se nevnímají ceněny. Mají nadprůměrné schopnosti. Jsou v léčbě klidnější, pomalejší. Pervitinoví klienti pocházejí často z rodin s větší sociální patologií (alkoholismus, násilí, konflikty rodičů, kdy na potřeby dětí pro množství vlastních problémů nezbyvá prostor. V léčbě jsou netrpělivé roztěkané. V anamnéze bývá šikana, nepřijetí, nízké sebevědomí. Ženy dávají více emoce najevo. Připustí si svoje prožívání. Muži často drží svoji tvář. Ženy se necítí tak ohrožené. Méně si muži říkají o pomoc je to pro ně těžší jak pro ženy. Klientky mají podobné zážitky z dětství, problémy ve vztazích, problémy s alkoholem, rozpadlé rodiny. Často mají poruchy osobnosti. Velmi značné procento má zkušenost s násilím od svých partnerů, a to poměrně často s dlouhodobým intenzivním psychickým a fyzickým týráním, až ohrožováním na životě. Násilí v rodině na úrovni psychického týrání nebo přísných tělesných trestů se vyskytuje také často, některá děvčata mají v anamnéze zneužití v dětství a téměř každá dívka zažila v minulosti znásilnění (to ale až v drogovém světě). Ženy jsou závislé na svém partnerovi. Naproti tomu muži zase často byli svědky násilí v rodině, kdy otec týral matku a sami někdy připouští, že se chovali agresivně vůči svým partnerkám. Mají nízké sebevědomí a nízkou hodnotu sebehodnocení, špatně se jim proto přijímá kritika. Osobnostní rysy jsou ryze individuální důležité je otevřít se skupině, odžít si těžké věci, přijmout je, a přijmout samy sebe. Typické je dále trestná činnost, distribuce, výroba, prostituce a skoro všechny participantky žily s dealerem. Další charakteristika klientek ve vězení je skupina klientek dominantních, kteří soupeří o moc, dále jsou to „protřelí“ recidivisté, kteří hrají divadlo a třetí skupinou jsou slabší. Jsou nespokojení, že jsou ve vězení, jsou frustrovaní místem pobytu. Všechny tyto znaky můžeme potvrdit. Participantky se setkaly s násilím fyzickým nebo psychickým, často u nich v anamnéze byl abúzus alkoholu u rodičů a rozpadlé rodinné prostředí. Tyto výsledky potvrzuje i několik autorů jako je Preslová. Specifičnost ženské skupiny souvisí také s tím, že si obstarávají peníze na dávku prostitucí, v anamnéze nacházíme vysoké procento sexuálního zneužívání, příp.znásilnění (Preslová, in Kalina, 2003b). Žena alkoholička nebo uživatelka je také častěji vystavena násilí nebo sexuálnímu zneužití. Výzkumy potvrzují, že při závislosti na drogách se s tímto jevem setkáváme značně častěji. 70% uživatelky v

USA bylo do 16 let sexuálně zneužito. Většina z nich měla jednoho rodiče závislého na alkoholu nebo na drogách (Trávníčková, 2001). Matejovská (2007) zkoumala u 63 závislých žen násilí v partnerských vztazích. Násilí mají ženy bez ohledu na dosažené vzdělání, zaměstnanost, rodinný stav, zkušenost s léčbou. Objevili se u nich všechny formy násilí fyzického, verbálního, psychického, ekonomického. 50% z tohoto vzorku má zkušenost jen s fyzickým násilím. Jiná studie se setkala s tím, že klientky od prvopočátku žijí s někým jen proto, že se jich ujal, později už od něho nedokážou odejít. Na počátku braní drog jsou ženy emancipované, v jeho průběhu se dostávají do světa, kde nad nimi muži mají moc a ovládají. Psychická a existenciální závislost na partnerovi se objevuje na všech úrovních práce se závislými matkami. Muži užívající drogy významně zasahují do léčby svých partnerek. Těhotenství bývají neplánovaná nechtěná. Později nachází k dítěti vztah a jsou ochotné se kvůli němu léčit. Partneři tuto motivaci mají jen zřídka (Preslová, Maxová, 2009). I NIDA (2002) uvádí, že klientela léčeb má špatné rodinné zázemí, problémy s duševním zdravím, nedostatek pozitivní sociální podpory, trestnou činnost. Nešpor (2007) závislá žena bývá častěji týrána, fyzicky napadána a sexuálně zneužívána.

Terapeuti potvrdili naše výsledky z výzkumu, že klientky mají častou zkušenost s léčbami. Miller a Rollnick (2003) potvrzuje, že klient kolem změny projde několikrát a do léčby nastupuje vícekrát. Radimecký (2006) uvádí i nedokončená léčba má pro klienta obrovský význam. Jen malá část uživatelů je schopna dosáhnout kýžené změny chování po absolvování první léčby.

Pozitiva léčeb, které uvádí terapeuti jsou ekonomická a dávají šanci klientovi na změnu, snižují riziko další trestné činnosti a zlepšení zdraví, navázání kontaktu s rodinou aj. Toto tvrzení potvrzuje i náš výzkum. Participantky navazují kontakty s rodinou a o důsledcích braní drog, zlepšuje se v léčbě jejich zdravotní stav. NIDA (2006) publikovala výzkum, který potvrzuje, že nařízená a i dobrovolná léčba snižuje další pravděpodobnost porušení zákona. Pomáhá snížit riziko šíření onemocnění HIV a hepatitid, zlepšuje zdravotní stav. Léčba je ekonomická, šetří peníze, které by jinak byly vynaloženy na další trestné činy spáchané pod vlivem drog.

Terapeuti uvádí, že léčby mají návaznost v doléčovacím zařízení a ambulantních programech. To potvrzují i participantky, které chtějí nastoupit do těchto zařízení. Kalina (2003b) klientelou doléčovacích a ambulantních zařízení jsou klienti nejen z TK, psychiatrických léčeben a nařízených ústavních léčeb.

Terapeuti uvedli tyto specifické charakteristiky ženských skupin. Jsou otevřené v prožívání ve zpětných vazbách. Jsou plné emocí, působí na ně prostředím, kontakt mezi

nimi. Kladně vnímají řád a program. Nemají problém mluvit o sobě, někdy jsou ale výjimky. Mluví o těžkých tématech jako je zneužívání, prostituce. Jsou citlivé na vztahy, dětství. Rozdíl je ve velikosti skupin. Čím menší tým je to upřímnější a tvrdší.. Otevírají se více v individuální práci. Je to pro ně bezpečnější. Nechtějí plánovat. Ženské a mužské skupiny v dobrovolné léčbě vznikly pro vytvoření většího bezpečí a intimity pro náročná témata typu týrání, zneužívání, znásilnění a jiná náročná traumatizující témata, o kterých je náročné mluvit. Na ženských skupinách se často mluví o poruchách příjmu potravy, prožívání své ženskosti, vzhledu. Uvedené informace můžeme potvrdit. Participantky raději pracují ve vězení v individuální práci, ale i skupiny zde plní svoji funkci. Participantky mají velkou zkušenost s tématy, které se na skupinách řeší. To potvrzují i jiné studie zmíněné výše a v teoretické části práce. Zahraniční literatura NIDA (2009) ženy mají nižší sazby výkonu trestu než muži. Zvýšilo se procento žen ve vězení. Ženy mají ve vězení jiné problémy než muži. Mají větší zkušenost s násilím fyzickým a sexuálním zneužíváním. Mají větší prevalenci duševních nemocí, problémy v práci a výchovu dětí. Matky motivuje získání dítěte zpět do péče. Terapeuti během léčby stále pracují na motivaci žen. První fáze obou léčeb jsou motivační. Jejich úkolem je, aby si uživatelky našly vnitřní důvody k abstinenci. Pracují metodou motivační rozhovory, kterou seznamujeme čtenáře v teoretické části.

V posledním cíli této práce jsme se zabývali tím, jaký měla vliv léčba na drogovou kariéru participantek. Tento cíl jsme zjišťovali pomocí časových os. Všechny ženy byly ochotné ke spolupráci. Vzhledem ke specifické skupině, se kterou jsme pracovali, bylo někdy těžké přesně časově zařadit události, se kterými se participantky během své drogové kariéry setkaly. Participantky mnohdy neměly přehled o časovém sledu událostí a ani nikdy nepracovaly s časovou osou. Pokusili jsme se v každém výzkumném souboru zvlášť propojit časové osy a vysledovat v nich určité spojitosti, kdy přicházely první problémy spojené s užíváním drog a jejich životem. Navíc jsme se pokusili vysledovat trend, co klienty, potažmo výzkumné soubory, spojuje nebo naopak rozděluje. Sestavili jsme časovou osu pro každou léčbu, se kterou jsme pracovali.

Participantky obou léčeb začínaly experimentovat s alkoholem a marihuanou. První zkušenosti užití drog typu pervitin, heroin byl v intervalu od 15-20 let u dobrovolné léčby o dva roky dříve 13-19 let. Zpravidla po prvním užití a pravidelném užívání do dvou let, pokud již první způsob aplikace nebyl intravenózní, přecházejí na nejrizikovější způsob užití tj. intravenózní aplikaci návykové látky. V tuto dobu začínají mít první problémy ve spojitosti s drogami v rodinném prostředí. Vlastním rozhodnutím nebo rozhodnutím

jednoho nebo obou rodičů odcházejí z domu. Čtyři ženy z ochranné léčby, šest žen z dobrovolné léčby nedokončily kvůli užívání návykové látky střední školu a mají základní vzdělání. Všechny ženy obou léčeb během své drogové kariéry žily s partnerem, který sám užíval návykové látky. Participantky se během užívání často setkaly s psychickým, fyzickým násilím od partnerů nelze však časově zařadit z důvodů více partnerů u každé participantky a časové dezorientace trvání jednotlivých vztahů. Šest žen u skupiny ochranné léčby a dvě ženy u skupiny dobrovolné léčby prodělalo žloutenku typu C. Ani jedna neví, v jakém časovém období se nakazila. Nemoc zjistili až při zdravotních problémech a často až při testech do léčebného zařízení, se kterým se setkaly nebo v malém případě u dvou participantek ochranné léčby v kontaktním centru, které navštěvovaly. Uživatelky ochranné léčby, které měly trvalé zaměstnání, o něj do čtyř let od pravidelného užívání přišly. Práci, kterou pak vykonávaly, byla pouze příležitostná a nejde vysledovat pravidelnou dobu práce. Uživatelky dobrovolné léčby pokud měly práci tak o ní přišly do dvou let pravidelného užívání. Práci, kterou pak v malém případě vykonávaly, byla příležitostná práce, nejde však na časové ose jako v případě skupiny ochranné léčby zaznamenat. Všechny uživatelky obou dvou skupin porušovaly zákon od pravidelného užívání návykových látek. Vzhledem k jejich stále vyšší a častější spotřebě návykových látek, rostla stále více potřeba financí. Ženy začaly porušovat zákon spolu se svými partnery a začaly návykové látky vyrábět, prodávat, nebo kradly auta, věci v obchodech, přepadávaly cizince, kradly do restaurací na zakázky apod. Všechny ženy obou léčeb mají zkušenost s podmínkou. Uživatelky ochranné léčby mají v sedmi případech opakovaný výkon trestu. Uživatelky dobrovolné léčby mají ve dvou případech opakovaný výkon trestu. Ostatní ženy obou dvou léčeb byly nebo jsou stále v podmínce. Zdravotní problémy ženy ochranné léčby mají v malé míře od 24 let. První psychické problémy popisují od 23 let. Participantky dobrovolné léčby mají první zdravotní a psychické problémy od 21 let. V intervalu od 21 do 24 let a od 28 do 31 let byly participantky v léčbě. Uživatelky ochranné léčby mají zkušenost s léčbou v intervalu od 32 do 35 let a většina participantek v intervalu od 28-29 abstinovaly, protože byly těhotné. Uživatelky obou léčeb měly děti do 18 let a pak kolem 28 roku. Závěrem lze konstatovat, že participantky mají stejné problémy spojené s abúzem návykových látek. Doba v letech kdy se s těmito problémy setkaly je individuální, ale často pro jednotlivé skupiny participantek stejná. Dobrovolná léčba má větší zkušenost s pokusy o léčby. Uživatelky ochranné léčby pouze ve dvou případech. Domnívám se, že to je způsobené jak mírou sebereflexe uvědomění si vlastních problémů, tak i odhodláním participantek danou situaci řešit. Úvodem zde několik autorů



pro potvrzení našich zjištěných výsledků Galanter a Kleber (1999 in Kalina, 2008a) uvádí sociální charakteristiku klienta: klienti pochází většinou z rozpadlých rodin nebo má aktuálně rozvrácené rodinné zázemí; více než 2/3 klientů jsou nebo byli v konfliktu se zákonem a méně než třetina klientů je během posledního roku před přijetím do TK zaměstnána.

NIDA (2002) uvádí, že klientela má špatné rodinné zázemí, problémy s duševním zdravím, nedostatek pozitivní sociální podpory, trestnou činnost. Studie popisuje soubor 2345 klient z nichž dvě třetiny vykazovaly problémy s trestnou činností a třetina byla doporučena pro léčbu orgány činnými v trestním řízení. V jiném souboru citovaném v této studii 44% z 676 klientů udávalo nezákonnou činnost v posledním roce před přijetím a 88% nebylo v tomto období zaměstnáno na plný úvazek. Podle obou zdrojů se 30-60% klientů již předtím léčbu pokusilo (Kalina, 2008a, NIDA, 2002). Rovněž podle Kaliny (2003) účinná léčba nemusí být dobrovolná. Silná motivace může facilitovat léčebný proces i když tlak přichází z vnějšku: z rodiny, ze zaměstnání, z justičního systému. Může významně zvýšit nejen nástupy do léčby, ale i udržení v léčbě a úspěšnost léčebných intervencí-srovnatelně s dobrovolnou klientelou a někdy i více.

Uživatelky skupiny ochranné léčby mají malou zkušenost s léčbou pouze dva případy. Ženy v dobrovolné léčbě mají větší zkušenost. Ani jedné se však léčba nepodařila dokončit z uvedených vnějších tlaků k abstinenci a ne zvnitřněných. Když o léčbě ženy uvažovaly, často to bylo na „dojezdech“. Do léčby ženy nastoupily z vnějších sekundárních dopadů abúzu návykové látky. Vliv měla léčba na participantky ve formě abstinence, vzniku náhledu na jejich životní styl. Rozdíl, který jsme u participantek vnímali, byl, že uživatelky dobrovolné léčbě umí o sobě souvisle mluvit a reflektují se. S ženami v ochranné léčbě bylo realizování interview těžší.

## 10 Závěry

Kvalitativní studie měla několik cílů. Nyní se budeme věnovat závěru prvního cíle, kde jsme měli záměr porovnat motivaci uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a v dobrovolné léčbě, a popsat důvody k abstinenci v obou léčbách.

Lze konstatovat, že celkový průměrný motivační skóre skupiny ochranné léčby (dále jen OL) je v porovnání se skupinou dobrovolné léčby je nižší. Struktura motivace OL podle dotazníku je následující: vztahy 68%, duševní zdraví 61%, pracovní oblast 52 %, životní úroveň 51%, právní záležitosti 45% a tělesné zdraví 43%. Podle odpovědí z interview preferují na prvním místě vztahy, duševní zdraví, právní záležitosti, pracovní oblast, životní úroveň, tělesné zdraví. Motivační struktura se vzájemně ve struktuře neliší, výjimku tvoří třetí místo, kde místo pracovní oblasti participantky umístily právní záležitosti. Vzhledem k tomu, že participantky mají opakovanou zkušenost s výkonem trestu odnětí svobody, tak chápeme, že mají potřebu tuto oblast změnit. Lze konstatovat, že právní záležitosti jsou motivací k potřebě změny. V tělesném zdraví mají participantky OL nejmenší motivaci ke změně, přičemž závažné tělesné problémy popsané mají. Motivační struktura dobrovolné léčby (dále jen DL) je taková to duševního zdraví 86%, vztahy 83%, pracovní oblast 69 %, životní úroveň 68%, právní záležitosti 49% a tělesné zdraví 47%. Podle odpovědí z interview preferují na prvním místě duševní zdraví, tělesné zdraví, vztahy, práce, životní úroveň, právní záležitosti. Největší motivaci mají v duševním zdraví. Struktura se liší od struktury OL ve velikosti procent a v první oblasti. Participantky upřednostňují tělesné zdraví vzhledem k popsaným problémům výše. Právní záležitosti řadily na poslední místo vzhledem k tomu, že mají většinou tyto záležitosti vyřešené.

Skupina OL chce nejvíce změnit vztahy v rodině a mají ve vztazích největší motivaci. To potvrdil i Motivační dotazník. Dále se objevila motivace ve vysokém věku participantek tělesný zdravotní stav a životní úroveň. Skupina DL chce změnit nejvíce své duševní zdraví. To potvrzuje i dotazník. Dále se objevuje motivace v tělesném zdraví, vztahy, životní úroveň. Jako prvotní důvody k léčbě u OL nebyly žádné, všechny participantky měly stanovenou léčbu soudem. Pouze jedna měla před nástupem zařízenou léčbu v TK. Během pobytu si našly tyto důvody k léčbě vysoký věk, obnova rodiny a vztahů s dětmi, přítel, životní debakl. U skupiny DL byly důvody k léčbě psychický stav, absolvovaná OL.

Druhým výzkumným cílem bylo konfrontovat názory terapeutů na motivaci v léčbě s našimi výsledky z výzkumu.

Terapeuti OL nám popsali tyto druhy motivů v léčbě- rodina, děti, samy klientky-zdravotní stav aj. Vztahy a rodina jsou pro klientky citlivé téma. Terapeuti OL se domnívají, že se motivace u klientek mění v důsledku psychoterapeutického působení. Kladnou proměnou hraje i čas v léčbě, znovu navázání vztahu s rodinou. Klientky jsou sobě slabou motivací. Terapeuti DL se shodují, že prvotní motivace je u klientů situace a psychický stav, který je pro klienta neúnosný. Hranice únosnosti je individuální. U žen matek je často mateřství důvodem k abstinenci. Tato motivace však nestačí. Motivace se mění v léčbě. V nulté fázi, která je motivační, si přicházejí na vnitřní důvody ke změně nejen důsledek vnějších okolností. Motivovanější klienti jsou z PL jak z detoxifikačních jednotek.

Terapeuti OL uvedli tyto společné charakteristiky klientů trestná činnost, distribuce, výroba, prostituce, partner uživatel. Dále podle typu užívání primární drogy- simulanty, opiáty, a poslední rozlišení na dominantní a submisivní. V léčbě nepracují s homogenní skupinou. Terapeuti DL uvedli tyto společné charakteristiky. Na klienty mladšího věku má větší vliv rodina. U starších hraje roli věk, zdraví. Lze také dělit klienty podle primární drogy. Ženy více projevují emoce, muži si drží svoji tvář. Typické pro klienty DL jsou podobné zážitky z dětství, problémy ve vztazích, problémy s alkoholem, rozpadlé rodiny. Často mají poruchy osobnosti. Téměř všechny klientky TK mají zkušenost s násilím od svých partnerů, intenzivní psychické a fyzické týrání, až ohrožování na životě. Násilí v rodině na úrovni psychického týrání nebo přísných tělesných trestů se vyskytuje také často, některá děvčata mají v anamnéze zneužití v dětství a téměř každá dívka zažila v minulosti znásilnění (to ale až v drogovém světě). Naproti tomu muži zase často byli svědky násilí v rodině, kdy otec týral matku a samy někdy připouští, že se chovali agresivně vůči svým partnerkám. Mají nízké sebevědomí a nízkou hodnotu sebehodnocení, špatně se jim proto přijímá kritika.

Co se týká osobnostní struktury, tak terapeuti vyzorovali, že u klientů mladšího věku se s nimi pracuje obtížněji. Často klienti neřeší problémy s rodiči, ale již se svým dětmi. Roste průměrný věk v léčbě. Terapeuti se shodli, že ženské skupiny jsou více otevřené ve zpětných vazbách. Jsou více emocionální. Více se otevírají v individuální terapii. Řeší se náročná témata typu týrání, zneužívání, znásilnění a jiná traumatizující témata, o kterých je náročné mluvit. Na ženských skupinách se často mluví o poruchách příjmu potravy, prožívání své ženskosti. Ve věznicích vnímají lépe menší skupinu, cítí se v ní bezpečněji.

Můžeme konstatovat, že odpovědi terapeutů verifikovaly námi zjištěné výsledky v prvním cíli, které jsme získali od participantek pomocí Motivačního dotazníku a interview. Terapeuti uvádí stejné vyzorované důvody k léčbě, jako uvedly participantky. Jeden rozdíl spatřujeme v tom, že pouze menšina bere léčbu v OL jako trest-terapeuti uváděli, že je to většina.

Třetím cílem bylo popsat roli léčby v drogové kariéře klientek. Cíl jsme analyzovali pomocí časových os, do kterých jsme zanesli první zkušenosti a problémy, které participantky v obou léčbách měly viz. časové osy. Uživatelky ochranné léčby mají zkušenost s léčbou v intervalu od 32 do 35 let a většina žen v intervalu od 28-29 abstinovaly, protože byly těhotné. Ženy obou léčeb měly děti do 18 let a pak kolem 28 roku.

Devět participantek ochranné léčby uvažovalo o změně a abstinenci od drog v průběhu své drogové kariéry. O změně uvažovaly v jednom případě spolu s partnerem, dále z tlaku rodičů, ale do léčby nenastoupily, abstinovaly jen samy doma. Pouze dvě mají zkušenost s léčbou (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita). Jen jedna participantka o změně nikdy neuvažovala z důvodu postavení, vysokého finančního příjmu, který měla z drog.

Sedm žen nenastoupilo do žádné léčebny, ani se nezajímaly o kontakt s ní. Jedna před nástupem do terapeutické komunity porušila podmínku a ocitla se v OL. Jedna participantka přerušila terapeutickou komunitu z důvodu finanční situace a přesvědčení, že léčbu nepotřebuje. Jedna po ukončení psychiatrické léčebny nemohla nastoupit do doléčovacího centra z důvodu, že ještě nevznikly a relapsovala po dvou měsících. Vzhledem k tomu, že sedm uživatelk má opakovaný výkon trestu a tři jsou ve věznicích poprvé, tak sedm vnímá lepší režim tohoto oddělení v porovnání, když byly na jiných odděleních.

Participantky DL mají větší zkušenost s dobrovolnou léčbou jako je psychiatrická léčebna, terapeutická komunita. Když uvažovaly o léčbě tak to bylo na dojezdech, ale zůstalo u úvah a nikdy nikoho nekontaktovaly. Když byl tlak okolností, okolí a důvodů tolik, tak nastoupily do léčby. Šest participantek nastoupilo do léčby z nátlaku okolí zpravidla rodiny. Čtyři participantky abstinovaly kvůli těhotenství. Jedna nastoupila do léčby z psychických důvodů (několikrát prodělala toxickou psychózu). Jedna nastoupila do léčby, aby mohla odejít od partnera. Dvě ženy o léčbě nikdy neuvažovaly.

Léčby participantky nikdy nedokončily, jako důvody uváděly, že motivace pocházela z okolí hlavně rodiny a ne z nich samotných. Dvě ženy měly vztah v komunitě,

který porušuje kardinální pravidla. Když motivací byly děti, tak po porodu znovu začaly užívat. Jedna žena potratila. Jedna nechtěla do léčby nastoupit, protože měla psa, o kterého by se neměl, kdo postarat. Jedna léčbu nedokončila, musela zařídit dluhy, které dlužila za nájem a jedna, protože neměla peníze na léčbu. Vzhledem k malé zkušenosti s jakoukoliv léčbou, léčba sehrála malou roli v drogové kariéře. Participantky během léčby abstinovaly, nebo se pokoušely abstinovat při těhotenství. Bohužel ani jeden z důvodů k abstinenci nebyl natolik nosný, aby měl trvalý efekt dále abstinovat. Uživatelky dobrovolné léčby mají častější zkušenost s léčbou, ovšem ani jedna z léčeb se žádné ženě nepodařila dokončit. Léčba odehrála roli v drogové kariéře v podobě delší zkušenosti s abstinencí, schopností o sobě dokonaleji a souvisleji vyprávět, schopnost se lépe reflektovat. To participantky ochranné léčby nedokáží v porovnání s uživatelkami dobrovolné léčby.

Všechny participantky jsou aktuálně v léčebném zařízení a ve fázi abstinence. Pracují na sobě, jdou malými krůčky k cílům, které si v rámci terapeutického kontraktu vytyčily. Závěrem lze konstatovat, že ženy nastoupí do léčby z vnějších sekundárních dopadů abúzu návykových látek. Postupem času v léčbě si hledají vnitřní důvody pro léčbu. Hodnota rodiny má pro ně velký význam. Podle našich zjištění můžeme potvrdit, že ochranná léčba má smysl. Nebýt této léčby participantky by neuvažovaly o změně. A ony samotné tuto léčbu berou jako příležitost ke změně. Bohužel nedokázali jsme zjistit, do jaké míry jednají účelově.

## 11 Souhrn

Cílů této kvalitativní studie bylo několik. Prvním cílem bylo porovnat motivaci uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a v dobrovolné léčbě, a popsat jaké mají důvody k abstinenci v obou léčbách. Druhým cílem bylo konfrontovat názory terapeutů na motivaci v léčbě s našimi výsledky z výzkumu. Třetím cílem bylo popsat roli léčby v drogové kariéře klientek.

V úvodu této práce nastiňuji důvody pro výběr tématu diplomové práce a pohnutky k výběru dané výzkumné skupiny tzn. ženy-uživatelky návykových látek. V teoretické části vymezujeme a definujeme pojmy motivace, motivace závislého chování, teoretická východiska motivačního rozhovoru, genderovou specifiku žen uživatelů. Dále se stručně dotýkáme tématu návykových látek, motivace k abúzu návykových látek, léčebného systému. V práci zmiňujeme některé výzkumy, které byly již na téma motivace v oblasti drogové problematiky realizovány. S některými z nich pak v diskusi srovnáváme naše výsledky.

Pro propojení těchto dvou témat jako je motivace a užívání návykových látek, které se sebou neodmyslitelně souvisí, zda-li se chce uživatel návykových látek léčit. Jsme v empirické části použili tři metody získávání dat. Jako výzkumné metody jsme si zvolili Motivační dotazník, polostrukturované interview a časovou osu k dosažení, co nejvalidnějších výsledků. Cílové skupiny tvořily dlouhodobé uživatelky návykových látek. Skupinu nařízené ochranné léčby reprezentovaly klientky specializovaného oddělení ve věznici Opava. Průměrný věk skupiny činil 32,5 let. Skupinu dobrovolné léčby představovaly klientky terapeutické komunity a doléčovací center. Průměrný věk skupiny byl 25,9 let. Analýzu a následnou interpretaci kvalitativních dat jsme prováděli na základě dotazníku a výpovědí v interview. Navíc jsme naše data obohatili o názory a zkušenosti terapeutů, kteří s našimi výzkumnými skupinami pracovali. V diskusi kriticky rozebíráme zvolenou metodikou, konfrontujeme naše výsledky s výsledky z výzkumů a se zjištěními od terapeutů. V závěru shrnujeme nejzásadnější výsledky.

Průměrný celkový motivační skóre obou skupin je v porovnání vyšší u skupiny dobrovolné léčby i v porovnání se skupinou ve výzkumu (od autorů dotazníku), u kterého byl použit stejný dotazník. Bereme v potaz, že hodnota celkového motivačního skóre může být ovlivněna délkou abstinence, která se u uživatelů lišila a i zkušenostmi s léčbami, které ženy mají. Struktura motivace z dotazníku se lišila v procentech v jednotlivých léčbách. Jinak byla struktura motivace obou výzkumných skupin stejná až na první oblast,

kteřá byla u ochranné léčby vztahy u dobrovolné léčby duševní zdraví, druhá oblast byla u ochranné léčby duševní zdraví a u dobrovolné léčby vztahy. Dobrovolná léčba měla vždy v oblastech vyšší procento. Struktura motivace, kterou ženy v jednotlivých souborech seřazovaly podle své preference, se vzájemně lišila.

Jejich rozhodnutí bylo ovlivněno individuální mírou problémů v jednotlivých oblastech. Jako důvody (motivy), které uživatelky uvedly k léčbě u skupiny ochranné léčby, byly vysoký věk, rodina a děti, přítel, životnímu debakl. Důvody participantek dobrovolné léčby jsou psychické důvody, vliv ochranné léčby ve věznicí, kde zjistily, že chtějí změnit životní styl a abstinovat kvůli sobě a svému věku. Dále zdravotní a psychické důvody. Většina důvodů k léčbě je způsobena vnějším sekundárním tlakem abúzu návykových látek. Postupem času a psychotherapeutickým působením nalézají vnitřní důvody k léčbě.

Terapeuti verifikovaly námi zjištěné výsledky ve výzkumu, kdy se setkávají s klientkami se stejnými důvody k léčbě. Dále se nám ověřila teze, že se motivace klientek v léčbě mění a doba pobytu v léčbě hraje kladnou proměnou. Terapeuti dobrovolné léčby se v terapeutické komunitě nesetkávají s nemotivovanými klientkami. Forma léčby klientku tlačí k osobní změně a pobyt v léčbě nemotivovaného jedince by tak nebyl možný. Terapeuti nařízené ochranné léčby se setkávají v počátku s nemotivovanými klientkami, ale během pobytu v léčbě nacházejí důvody k abstinenci a změně životního stylu. Pouze menšina participantek vnímá léčbu jako trest. Frustrující vliv na mě má prostředí, ve kterém léčba probíhá (věznicí). To vnímají i terapeuti.

Časová osa nám dokreslila, kdy se ženy setkaly s léčbami a jak jejich drogová kariéra vypadala. Drogová kariéra žen se individuálně liší, ale všechny uživatelky měly problémy v těchto oblastech jako je tělesné zdraví, duševní zdraví, vztahy, pracovní oblast, právní záležitosti a životní úroveň. Míra problému v daných oblastech je dána individuálně lze však v jednotlivých léčbách vysledovat určité podobnosti. Role jakou měla léčba, byla v podobě abstinence. Žádná participantka dřívější léčbu nedokončila. Skupina ochranné léčby má pouze minimální zkušenost s dobrovolnou léčbou. Skupina dobrovolné léčby má o mnoho vyšší zkušenost s léčbou jako je TK, PL. Léčba na participantky měla pouze krátkodobý vliv. U skupiny dobrovolné léčby, která má vyšší zkušenost s léčbami, lze pozorovat posun v souvislém verbálním projevu o sobě, vyšší schopnosti sebereflexe. U participantek lze vnímat pozitivně roli léčby, kdy samy berou tuto léčbu jako příležitost ke změně a ne jako trest. Hledají si postupem času své vnitřní důvody ke změně a učí se o sobě mluvit a projevovat emoce.

Domníváme se, že je důležité se nadále fenoménem motivace u uživatelk návykových látek zabývat. Důležité je posilovat motivaci u uživatelk. Snažit se zapojit klientku/ta do léčebného procesu, co nejdříve, než dojde k deaklové situaci a snažit se rozvíjet u nich rozpory, které by vedly k abstinenci. U uživatelk hraje významnou roli ženská role a s ní spojené těhotenství a budoucí role matky. Neodmyslitelný je i vliv partnera, který často uživatelku ne/vědomě udržuje v závislosti. Odborníci pracující v pomáhajících profesích s uživatelkami návykových látek se snaží jejich motivaci stále více rozvíjet, rozumět ji. Jednou z jejich mnoha snah je motivaci posilovat a zvnitřnit důvody k abstinenci.



## 12 Seznam literatury

1. Bergeret, J. (1995). *Toxikomanie a osobnost*. Praha: Victoria Publishing.
2. Bedrnová, E., Nový, I. (2007). *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press.
3. Balcar, K. (1991): *Úvod do studia psychologie*. Chrudim: Mach.
4. Cakirpaloglu, P. (2004). *Psychologie hodnot*. Votobia.
5. Eccles, J. C. (1964). *Das Rätsel Mensch*. In: Nakonečný, M. (1997). *Motivace lidského chování*. Praha: Academia.
6. DeLeon, G. (2000). *The Therapeutic community: Theory, model, and Method*. In: Kalina, K. a kol. (2008) *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
7. DeLeon, G. (2001). *Therapeutic communities for substance abusers: the developments in North America*. In: Nevšimal, P. (2004). *Terapeutické komunity pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s. Magdaléna
8. Dobiášová, D., Broža, J., Kalina, K. (2008). *Poradenství a práce s motivací*. In: Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
9. Gossop, M. (2009). *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. NMS/ Úřad vlády ČR.
10. Galanter, M., Kleber, H.D. (1999). *Textbook of substance abuse treatment. Washington/London: The American Psychiatric Press*. In: Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita – Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing.
11. Hanzal, P. (2009). *Po porodu neberu*. In: Preslová, I., Maxová, V. a kol. (2009). *Ženy & Drogy. Sborník odborné konference*. Praha: Sananim.
12. Hajný, M., Klouček, E., Stuchlík, R. (1999). *Akta Y. Drogový problém versus rodina. Praktická příručka pro rodiče*. Praha: Votobia.
13. Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
14. Heller, J., Pecinová, O., a kol. (1996). *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing.
15. Kalina, K.: (2008a). *Terapeutická komunita – Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing.
16. Kalina, K. (2008b). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

17. Kalina, K. a kol. (2003a). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky.
18. Kalina, K. a kol. (2003b). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky.
19. Kalina, K. (2003). *Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta*. In Kalina, K., et.al. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup 2*. Praha: NMS/ Úřad vlády ČR.
20. Kalina, K. a kol. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblastí drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky, Filia NOVA.
21. Kalina, K. (2000). *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí*. In: Kalina, K. a kol. (2008) *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
22. Kalina, K. (1997). *Drogy v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Filia.
23. Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
24. Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. In: Kalina, K.: (2008). *Terapeutická komunita – Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing.
25. Kuda, A. (2003). *Následná péče, doléčovací program*. In: Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky.
26. Kuda, A. (2003). *Návrh standardů pro léčebné programy ve věznicích*. In: Miovský, M., Spirit, H., Havlíčková, M. (eds). (2003). *Vězeňství a nelegální drogy. Sborník textů z oblasti užívání nelegálních návykových látek ve věznicích*. Úřad vlády ČR.
27. Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
28. Kudrle, S. (2002). *Některé medicínské a psychologické aspekty řešení problematiky trestního postihu osob užívající drogy*. In: Kalina, K. a kol. (2008) *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
29. Madsen, K. B. (1972). *Teorie motivace*. Praha: Academia.
30. Madsen, K. B. (1979): *Moderní teorie motivace*. Praha: Academia.
31. Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. In: Nakonečný, M. (1997). *Motivace lidského chování*. Praha: Academia.
32. McClelland, D.C. (1953). *The achievement motive*. In: Nakonečný, M. (1997). *Motivace lidského chování*. Praha: Academia.

33. McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M. (2007). *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi*. NMS/ Úřad vlády ČR.
34. Miller, W.R., Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: Sdružení SCAN
35. Miovský, M., Bartošíková, I. (2003). *Možnosti a meze psychoterapie v léčbě*. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2.* . Praha: Úřad vlády České republiky.
36. Miovský, M., Urbánek, T.(2001). *NEAD 2000: Nealkoholické drogy 2000*. Boskovice: Albert.
37. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup s metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
38. Mravčík, V. a kol. (2008). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. NMS/ Úřad vlády ČR.
39. Müllerová, P. G. (2008). *Uživatelé v konfliktu se zákonem*. In: Kalina, K. a kol. (2008) *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
40. Nakonečný, M. (1997). *Motivace lidského chování*. Praha: Academia.
41. Nakonečný, M: (1998): *Základy psychologie*. Praha: Academia.
42. Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
43. Nevšímal, P. (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I.-vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s. Magdaléna,
44. Nevšímal, P., Frouzová, M. ( 2007): *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.- Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s. Magdaléna
45. NIDA (2002). *Principles of Drug Addiction Treatment – A Research- Based Guide*. NIH Publication No. 00-4180. Washington D.C.: NIDA/NIH. In: Kalina, K. a kol. (2008) *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
46. Nuttin, J. (1987). *Motivation, planing, and action: A relational Theory of behavior dynamics*. In: Nakonečný, M. (1997). *Motivace lidského chování*. Praha: Academia.
47. Počarovský, O. *Motivační trénink jako zásadní metoda práce s toxikomany v nízkoprahovém zařízení*. In: Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
48. Plháková, A. (2003): *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
49. Preslová, I. (2003b). *Závislé matky s dětmi*. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2.* . Praha: Úřad vlády České republiky.

50. Preslová, I., Maxová, V. a kol. (2009). *Ženy & Drogy*. Sborník odborné konference. Praha: Sananim.
51. Prochaska, J., Norcross, J. (1999). *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada Publishing.
52. Redakce P-centrum (2007). *P-centrum výroční zpráva 2006*. Olomouc: P-centrum.
53. Reiterová, E. (2003). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
54. Reiterová, E. (2003). *Základy psychometrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
55. Rotgers, F. a kol. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.
56. Říčan, P. (2007). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
57. Svoboda, J. (2008). *Motivace a vznik závislostí*. Ostrava: Ostravská univerzita.
58. Trávníčková, I. (2001). *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha: KUFR.
59. Velemínský, M. Žižková, B. (2008). *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton.
60. Vobořil, J. (2004). *Gender-ženy jako specifická skupina*. In: Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti-mezioborový přístup 2*. Kapitola 9/3. Praha: NMS-Úřad vlády ČR.
61. WHO (1998) *Expert Committee on Drug Dependence*. In: Kalina, K. a kol. (2008) *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
62. Zimbardo, P.G. (1983). *Psychologie*. In: Nakonečný, M. (1997). *Motivace lidského chování*. Praha: Academia.

### Časopisy:

1. Balcarová, M. Tyglík, M. (1996). *Reprezentace drogy u dlouhodobých uživatelů drog*. *Československá psychologie*. 6, s. 502-511.
2. DeLeon, G., Sacks, S., Staines, G., McKendrick, K. (2000). *Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: treatment outcomes*. *Am. J. Drug-Alcohol Abuse*. Aug, 26 (3), p. 461-480
3. Dobiášová, D. (2001). *Motivační aliance při léčbě závislostí*. *Konfrontace*, roč.12,č.3, s.122-125.
4. Frouzová, M.(1996). *Ženy a drogy*. *Alkoholizmus a drogové závislosti*. Praha.č 5, s. 269-27.

5. Hanzal, P. (2007). *Partneři matek léčících se ze závislosti na návykových látkách – záchrana, nebo zhouba?* Adiktologie, 7 (3), 378-385
6. Matejovská, I. (2007). *Násile v partnerských vztázech závislých žien.* Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor). 42. s.25-36.
7. Miovský, M., Miovská, L., Gajdošíková, H. (2004). *Etické aspekty terénního výzkumu s uživateli nelegálních drog.* Biograf, r. 35, s. 33-52.
8. Nešpor, K. (1997). *Zvyšování motivace při léčbě návykových nemocí.* Česká a slovenská psychiatrie, 93 (6) s. 338-342.
9. Okruhlica, L. (2006). *(Ne)doporučovanie liečby pri diagnóze závislosti.* Adiktologie. (6), 3, s. 379-386.
10. Papežová, H. (2000). *Motivační terapie u poruch příjmu potravy.* Česká a slovenská psychiatrie. 96, (11).
11. Počarovský, O. (1999). *Motivační trénink jako zásadní metoda práce s toxikomany v nízkoprahovém zařízení.* Konfrontace, 19, č. 3, s. 42-46.
12. Radimecký, J. (2006). *Očekávání pracovníků terapeutických komunit vs. proces změny chování klientů.* Adiktologie. (6), 1, s.43-52.
13. Stuchlíková, I., Man, F. (1999). *Motivační struktura alkoholově závislých v porovnání se vzorkem populace.* Československá psychologie, roč. 18, č.3. s.193-205.
14. Straka, V., Straková, V. (1990). *Efektivita některých modelů ústavní protitoxikomanické léčby z hlediska charakteristik adaptace pacientů.* Protialkoholní obzor. 25, 1. s. 49-54.
15. Vondráčková, P. (2008). *Charakteristika uživatelů psychoaktivních látek s nařízenou ústavní léčbou.* Adiktologie, (8) 4, 286-299.
16. Vondráčková, P. (2006). *Klinický pohled na stav soudně ochranné léčby protialkoholní a protitoxikomanické v ČR.* Adiktologie, (6), 4, 507-512.
17. Vymětal, J, Speierer, G.W.(1999). *Psychické změny u nemocných po dobrovolné protialkoholní léčbě z pohledu Rogersovského přístupu.* Československá psychologie 18, 2, s.155-265.

## Internetové zdroje:

1. Dolečovací centrum Jamtana. [www.podaneruce.cz](http://www.podaneruce.cz) dostupné z <http://www.podaneruce.cz/cz/programy/dolecovaci-centrum/dolecovaci-centrum-jamtana2.html>  
Citováno dne 1.11.2009 8:30  
Datum poslední aktualizace neuvedeno.
2. Kalina, K. (2000). Léčba drogově závislých. Sborník "Drogy ze všech stran II", Institut FILIA.  
Dostupné z <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>  
Citováno dne 17.6.2009.  
Datum poslední aktualizace neuvedeno
3. Morgenstern, J., Rounsaville, B., Taub, L. (2006). Blending Clinical Practice and Research: Forging Partnerships to Enhance Drug Addiction Treatment  
Dostupné z <http://www.nida.nih.gov/whatsnew/meetings/Blending2002/PlenaryDay1.html#plenary1-22>  
Citováno dne 31.10. 2009 12:45  
Datum poslední aktualizace 19. 5. 2006
4. Nešpor, K., Scheansová, A., Karbanová, K. (2008): Motivační dotazník jako intervenční diagnostický nástroj.  
Dostupné z <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/karel-nespor.php?itemid=4513>  
Citováno dne 12.2. 2009 13:15  
Datum poslední aktualizace 10.9. 2008
5. NIDA (2006): Announces Recommendations To Treat Drug Abusers, Save Money, and Reduce Crime  
Dostupné z <http://www.drugabuse.gov/newsroom/06/NR7-24.html>  
Citováno dne 28.9. 2009 15:00  
Datum poslední aktualizace neuvedeno
6. NIDA (2006): Drugs of Abuse and Related Topics- Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations – FAQs  
Dostupné z [http://www.drugabuse.gov/PODAT\\_CJ/](http://www.drugabuse.gov/PODAT_CJ/)  
Citováno dne 29.10.2009 18:10  
Datum poslední aktualizace 23.7.2009

7. NIDA (2009): Frequently Asked Questions (FAQs)  
Dostupné z [http://www.drugabuse.gov/PODAT\\_CJ/faqs/faqs2.html](http://www.drugabuse.gov/PODAT_CJ/faqs/faqs2.html)  
Citováno dne 29.10.2009 18:35  
Datum poslední aktualizace 23.7.2009
8. NIDA (2002): Principles of Drug Addiction Treatment – A Research- Based Guide.  
NIH Publication No. 00-4180. Washington D.C.  
Dostupné z <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html>  
Citováno dne 29.9. 2009 22:40  
Datum poslední aktualizace 24.4. 2009
9. NIDA (2009) : What are unique treatment needs for women in the criminal justice system? Frequently Asked Questions  
Dostupné z [http://www.drugabuse.gov/PODAT\\_CJ/faqs/faqs2.html](http://www.drugabuse.gov/PODAT_CJ/faqs/faqs2.html)  
Citované dne 29.10. 2009 18:40  
Datum poslední aktualizace 23.7.2009
10. UNODC (2004). Substance Abuse treatment and care for women: Case studies and lesson learned. United Nation Office on Drugs and Crime- Drug Abuse Toolkit Serie.  
Dostupné z [http://www.unodc.org/docs/treatment/Case\\_Studies\\_E.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/Case_Studies_E.pdf)  
Citováno dne 30.9. 2009 17:30  
Datum poslední aktualizace 24.11.2005
11. UNODC (2002). Contemporary Drug Abuse Treatment: A Review if the Evidence Bas. United Nation Office on Drugs and Crime – Drug Abuse Toolkit Serie. New York/Vinna: United Nations.  
Dostupné z [http://www.unodc.org/docs/treatment/contemporary\\_drug\\_abuse\\_treatment.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/contemporary_drug_abuse_treatment.pdf)  
Citováno dne 30.9.2009 21:30  
Datum poslední aktualizace 27.7.2009
12. Terapeutická komunita Pocestný Mlýn [www.podaneruce.cz](http://www.podaneruce.cz) dostupné z <http://www.podaneruce.cz/cz/programy/komunita/terapeuticka-komunita.html>  
Citováno dne 30.9.2009 18:30  
Datum poslední aktualizace nevedeno.

## 13 Přílohy

### **Příloha č. 1 ANOTACE MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Jméno a příjmení:** Eva Maierová

**Název katedry a Fakulty:** Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

**Název diplomové práce:** Motivace uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě

**Název diplomové práce v anglickém jazyce:** Motivation of female drug users in the compulsory and voluntary treatment.

**Rok imatrikulace:** 2005

**Vedoucí diplomové práce:** Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

**Oponent diplomové práce:**

**Počet stran vč. příloh:** 141

**Počet příloh:** 5

**Počet titulů použité literatury:** 62 publikací, 12 internetových zdrojů, 17 časopisů

#### **Abstrakt:**

Cílem diplomové práce je charakterizovat motivační strukturu a popsat jednotlivé struktury motivace v ochranné léčbě ve věznici a dobrovolné léčbě v terapeutické komunitě a doléčovacím centru. Diplomová práce je dělena do dvou částí. V teoretické části jsou definovány pojmy jako je motivace, návykové látky, gender specifika uživatelů, léčebná zařízení. V praktické části se věnujeme analýze a interpretaci dat, kde nacházíme odpovědi na výzkumné otázky. V diskuzi se kriticky zabýváme výsledky práce a konfrontujeme je s výzkumy. Motivační skóre účastnic dobrovolné léčby je vyšší, jak skóre nařízené ochranné léčby. Struktura motivace z dotazníku se lišila u výzkumných souborů v procentech v jednotlivých oblastech. Účastnice ochranné léčby mají jako motivaci svůj vysoký věk, rodinu, děti. Motivace k léčbě u dobrovolné léčby jsou psychologické důvody, vliv léčby ve věznici, zdravotní problémy. Terapeuti verifikovaly námi zjištěné výsledky. Metody získávání dat jsou Motivační dotazník, polostrukturované interview, časová osa. Výzkumné soubory tvořilo 20 dlouhodobých intervenčních uživatelů návykových látek, ve fázi abstinence a zapojeny do léčebného kontinua. Třetí výzkumný soubor tvořilo 6 terapeutů, kteří s účastnicemi v léčbě pracovali. Diplomová práce je kvalitativní studie.



**Klíčová slova:**

Motivace, uživatelky návykových látek, Motivační dotazník, gender specifika žen uživatelék drog, dobrovolná léčba, nařízená ochranná léčba ve věznici

**Abstract:**

The aim of the thesis is to characterize motivational structure and describe particular motivational structures within compulsory treatment in prison and voluntary treatment in a therapeutical community and after-care centre. The thesis is structured into two parts. In the theoretical part, the following terms are defined: motivation, addictive substances, gender specifics in female drug users, drug treatment institutions. In the practical part, the collected data is analysed and interpreted and the answers to the research questions are found. The discussion provides a framework, in which the achieved results are dealt with and compared with the research. The motivation score of the female voluntary treatment participants is higher than the score of the women who underwent compulsory treatment. Motivation structure from the questionnaire in the research files differed in percentages in particular areas. The female compulsory treatment participants are motivated by their relatively high age, families and children. In the voluntary treatment, motivations for treatment are psychological reasons, influence of the treatment in prison and health problems. The obtained findings were verified by therapists. Data collection methods included motivation questionnaire, half-structured interview and timeline. The research files were formed by twenty long-term female intravenous drug users in a phase of abstinence and involved in the treatment continuum. The third research file was formed by six therapists who worked with the treatment participants. This master's thesis is a qualitative study.

**Key terms:**

motivation, female drug users, motivation questionnaire, gender specifics in female drug users, voluntary treatment, compulsory treatment in prison

## **Příloha č.2    INFORMATIVNÍ SOUHLAS**

Souhlasím, s anonymní účastí ve výzkumu pro diplomovou práci na téma Motivace uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě.

Autorka práce se zavazuje, že zjištěné informace nezneužije a nebude je dále šířit v jiné práci.

Datum:

Podpis:

.....

### Příloha č.3 Vstupní dotazník (IN-COME)

**Datum:**

**Pohlaví:** Muž Žena

**Věk:**

**Státní příslušnost:** ČR Jiné:

**Okres:**

**Kraj:**

**Bydlení:**  Sám **Bydlení:**  Doma (u rodičů)  
 (s kým klient žije)  S rodiči / rodinou (kde klient žije)  Vlastní byt (i pronajatý)  
 S přáteli  Cizí byt  
 S partnerem/kou  Ubytovna  
 S partnerem a dítětem  Squat  
 Sám s dítětem  Bez domova, na ulici

**Zaměstnání:**  Pravidelné zaměstnání **Vzdělání:**  Základní  
 Škola  Vyučen  
 Příležitostná práce  Střední s maturitou  
 Registrován na ÚP  Vyšší odborné  
 Bez zaměstnání  Vysokoškolské  
 Dávky SZ  Neukončené základní

**Vyšetření HIV:**  Testován **Vyšetření HCV:**  Testován  
 Netestován  Netestován  
 Nevyzvedl výsledek  Nevyzvedl výsledek  
 Neznámo  Neznámo

**Dříve léčen:**  Ano  Ne **Nyní léčen:**  Ano  Ne

**Tabulka užívaných drog**

	Droga	Aplikace	Četnost užívání	První užití/věk	První i.v. užití / věk	Způsob prvního užití
První neleg.droga						
Primární droga						
Ostatní drogy						

**Tabulka rizikového užívání**

Rizikové chování	Minulost		Současnost		Nikdy	Neznámo
	Jednorázově	Opakovaně	Jednorázově	Opakovaně		
I.V. aplikace						
Sdílení jehel						
Sdílení náčiní						
Riziková aplikace						
Předávkování						
Nechráněný sex						
Zdravotní komplikace						

#### Příloha č. 4 Motivační dotazník

Před sebou máte několik vět, které se týkají především závislosti na návykových látkách. Za každou větou se nachází odpověď ANO a NE. Zakroužkujte, prosím, jednu z těchto odpovědí, která Vás nejvíce vystihuje. Správná je každá odpověď, která je pravdivá. Pracujte rychle a nezdržujte se dlouhým přemýšlením. Žádnou otázku nevynechejte!

##### Tělesné zdraví

1.	Zhoršila návyková nemoc vaši výkonnost?	Ano	Ne
2.	Způsobila vám návyková nemoc bolestivé problémy nebo je zhoršila, včetně např. zubních?	Ano	Ne
3.	Zhoršila návyková nemoc vaši pohyblivost?	Ano	Ne
4.	Způsobila vám návyková nemoc úraz?	Ano	Ne
5.	Zhoršil se během trvání návykové nemoci váš celkový zdravotní stav?	Ano	Ne
6.	Způsobila vám návyková nemoc jaterní onemocnění nebo ho zhoršila?	Ano	Ne
7.	Způsobila vám návyková nemoc trávicí problémy nebo je zhoršila?	Ano	Ne
8.	Způsobila vám návyková nemoc problémy se srdcem nebo je zhoršila?	Ano	Ne
9.	Způsobila vám návyková nemoc problémy s vysokým krevním tlakem nebo je zhoršila?	Ano	Ne
10.	Způsobila vám návyková nemoc onemocnění žilního systému nebo je zhoršila?	Ano	Ne
11.	Způsobila vám návyková nemoc problémy s páteří či klouby nebo je zhoršila?	Ano	Ne
12.	Způsobila vám návyková nemoc kožní nemoci nebo je zhoršila?	Ano	Ne
13.	Způsobila vám návyková nemoc dýchací problémy nebo je zhoršila?	Ano	Ne
14.	Přivodila vám návyková nemoc nějaké infekční onemocnění nebo ho zhoršila?	Ano	Ne
15.	Způsobila vám návyková nemoc problémy se zrakem nebo je zhoršila?	Ano	Ne
16.	Zhoršila návyková nemoc váš sexuální život?	Ano	Ne
17.	Prodělal jste v odvykacím stavu nepříjemné tělesné potíže nebo epileptický záchvat?	Ano	Ne
18.	Došlo u vás k těžké otravě alkoholem nebo drogou (předávkování)?	Ano	Ne
Součet kladných odpovědí			

##### Duševní zdraví

1.	Způsobila vám návyková nemoc jakékoliv duševní potíže nebo je zhoršila?	Ano	Ne
2.	Zhoršila vám návyková nemoc duševní výkonnost?	Ano	Ne
3.	Způsobila vám návyková nemoc stavy úzkosti nebo strachu?	Ano	Ne
4.	Způsobila vám návyková nemoc stavy smutku nebo výčitky svědomí?	Ano	Ne
5.	Způsobila vám návyková nemoc podrážděnost?	Ano	Ne
6.	Docházelo u vás v důsledku návykové nemoci ke střídání nálad?	Ano	Ne
7.	Vedla u vás návyková nemoc k hněvu?	Ano	Ne
8.	Míval jste bažení, tj. silnou a těžko zvladatelnou touhu se návykově chovat?	Ano	Ne
9.	Ovládal jste se špatně kvůli návykové nemoci?	Ano	Ne

10.	Pozoroval jste u sebe v průběhu návykové nemoci poruchy paměti?	Ano	Ne
11.	Pozoroval jste u sebe v průběhu návykové nemoci poruchy soustředění?	Ano	Ne
12.	Pozoroval jste u sebe v průběhu návykové nemoci poruchy spánku?	Ano	Ne
13.	Měl jste v důsledku návykové nemoci nepříjemné sny?	Ano	Ne
14.	Vedla návyková nemoc u vás ke stavům zmatenosti?	Ano	Ne
15.	Měl jste v důsledku návykové nemoci halucinace?	Ano	Ne
16.	Měl jste v důsledku návykové nemoci pocity pronásledování?	Ano	Ne
17.	Uvažoval jste v důsledku návykové nemoci o sebevraždě?	Ano	Ne
18.	Dopustil jste se v důsledku návykové nemoci sebevražedného jednání?	Ano	Ne
Součet kladných odpovědí			

### Vztahy

1.	Lhal jste kvůli návykové nemoci?	Ano	Ne
2.	Vyčítali vám druzí vaše návykové chování?	Ano	Ne
3.	Docházelo kvůli návykové nemoci ve vašich vztazích s lidmi k napětí?	Ano	Ne
4.	Trpěl jste kvůli návykové nemoci častějšími hádkami s blízkými lidmi?	Ano	Ne
5.	Byl kvůli návykové nemoci ohrožen nějaký pro vás důležitý vztah?	Ano	Ne
6.	Ztratil jste kvůli návykové nemoci nějaký pro vás důležitý vztah?	Ano	Ne
7.	Oslabila návyková nemoc vaši autoritu a prestiž v širším okolí?	Ano	Ne
8.	Oslabila návyková nemoc vaši autoritu a prestiž v rodině?	Ano	Ne
9.	Měl jste kvůli návykové nemoci nějaký násilný konflikt s blízkými lidmi?	Ano	Ne
10.	Zhoršovala se v důsledku návykové nemoci vaše komunikace s kvalitními lidmi?	Ano	Ne
11.	Přestávaly vás v důsledku návykové nemoci vztahy s lidmi kolem sebe zajímat?	Ano	Ne
12.	Přestával jste v důsledku návykové nemoci druhým rozumět?	Ano	Ne
13.	Styděl jste se kvůli návykové nemoci?	Ano	Ne
14.	Poškodila návyková nemoc vaši pověst?	Ano	Ne
15.	Vyhýbal jste se kvůli návykové nemoci druhým lidem?	Ano	Ne
16.	Zanedbával jste kvůli návykové nemoci potřeby druhých lidí?	Ano	Ne
17.	Vnímal jste druhé lidi především jako zdroj peněz?	Ano	Ne
18.	Cítíte se kvůli návykové nemoci osamělý?	Ano	Ne
Součet kladných odpovědí			

### Pracovní oblast

1.	Zhoršovala se v důsledku návykové nemoci vaše pracovní výkonnost?	Ano	Ne
2.	Byl jste v důsledku návykové nemoci v práci ospalý a unavený?	Ano	Ne
3.	Zanedbal jste kvůli návykové nemoci v práci něco podstatného?	Ano	Ne
4.	Chodil jste kvůli návykové nemoci pozdě do práce nebo dříve odcházel?	Ano	Ne
5.	Nešel jste někdy kvůli návykové nemoci vůbec do práce?	Ano	Ne
6.	Měl jste kvůli návykové nemoci v práci častější slovní konflikty?	Ano	Ne
7.	Ohrozila návyková nemoc v práci vaši bezpečnost (např. při řízení auta)?	Ano	Ne
8.	Přestávali vám kvůli návykové nemoci v práci důvěřovat?	Ano	Ne
9.	Vybíral jste si kvůli návykové nemoci dovolenou po dnech?	Ano	Ne
10.	Zhoršila návyková nemoc vaše vzdělání nebo pracovní uplatnění?	Ano	Ne
11.	Oslabila návyková nemoc vaši zdravou ctižádost?	Ano	Ne
12.	Měl jste kvůli návykové nemoci v práci nějaký násilný konflikt?	Ano	Ne
13.	Byl jste kvůli návykové nemoci z práce propuštěn nebo vyloučen ze školy?	Ano	Ne

14.	Byl jste kvůli návykové nemoci déle jak měsíc nezaměstnaný?	Ano	Ne
15.	Přestávala vás kvůli návykové nemoci práce bavit?	Ano	Ne
16.	Ohrožoval jste v práci kvůli návykové nemoci bezpečnost druhých?	Ano	Ne
17.	Poklesla v souvislost s návykovou nemocí v práci vaše sebedůvěra?	Ano	Ne
18.	Stávalo se, že v souvislosti s návykovou nemocí jste se bál jít do práce?	Ano	Ne
Součet kladných odpovědí			

### Právní záležitosti

1.	Stěžoval si někdo úřadům na vaše chování v důsledku návykové nemoci?	Ano	Ne
2.	Uvažoval jste kvůli návykové nemoci někdy o spáchání trestného činu?	Ano	Ne
3.	Spáchal jste někdy kvůli návykové nemoci krádež v rodině?	Ano	Ne
4.	Spáchal jste někdy kvůli návykové nemoci krádež mimo rodinu?	Ano	Ne
5.	Byl jste někdy přivezen na záchytku?	Ano	Ne
6.	Dopustil jste se kvůli návykové nemoci někdy loupežného přepadení?	Ano	Ne
7.	Dopustil jste se někdy kvůli návykové nemoci podvodu nebo zpronevěry peněz?	Ano	Ne
8.	Dopustil jste se někdy kvůli návykové nemoci výtržnosti?	Ano	Ne
9.	Dopustil jste se někdy v důsledku návykové nemoci nedbalostního trestného činu?	Ano	Ne
10.	Prodával jste někdy nebo vyráběl kvůli návykové nemoci něco nezákonného?	Ano	Ne
11.	Vyhrožoval vám a druhým někdo nebo vás vydíral kvůli návykové nemoci?	Ano	Ne
12.	Stýkal jste se kvůli návykové nemoci s lidmi, kteří se trestné činnosti dopouštěli?	Ano	Ne
13.	Dopustil jste se v důsledku návykové nemoci agresivního jednání vůči předmětům?	Ano	Ne
14.	Dopustil jste se v důsledku návykové nemoci agresivního jednání vůči lidem?	Ano	Ne
15.	Byl jste v minulosti odsouzen pro trestnou činnost související s návykovou nemocí?	Ano	Ne
16.	Jste nyní v podmínce nebo máte neodpracované hodiny veřejně prospěšných prací?	Ano	Ne
17.	Jste nyní trestně stíhán pro trestnou činnost související s návykovou nemocí?	Ano	Ne
18.	Vzhledem k tomu, s jakými lidmi jste se stýkal, obáváte se nyní o svou bezpečnost?	Ano	Ne
Součet kladných odpovědí			

### Finance a životní úroveň

1.	Ztrácel jste často kvůli návykové nemoci čas?	Ano	Ne
2.	Zhoršovala se v důsledku návykové nemoci vaše finanční situace?	Ano	Ne
3.	Spotřeboval jste kvůli návykové nemoci více peněz, než jste stačil poctivě vydělat?	Ano	Ne
4.	Odpíral jste si kvůli návykové nemoci kulturu?	Ano	Ne
5.	Odpíral jste si kvůli návykové nemoci kvalitní jídlo?	Ano	Ne
6.	Odpíral jste si kvůli návykové nemoci přiměřené oblečení?	Ano	Ne
7.	Nebyl jste kvůli návykové nemoci ani schopen koupit blízkým lidem dárek k narozeninám?	Ano	Ne

8.	Byl z vás kvůli návykové nemoci někdy bezdomovec?	Ano	Ne
9.	Trpěla kvůli návykové nemoci vaše hygiena?	Ano	Ne
10.	Půjčoval jste si kvůli návykové nemoci peníze?	Ano	Ne
11.	Přišel jste kvůli návykové nemoci o více peněz, než vyděláte za tři měsíce?	Ano	Ne
12.	Máte kvůli návykové nemoci dluhy (včetně dluhů vůči blízkým lidem)?	Ano	Ne
13.	Máte kvůli návykové nemoci dluhy vyšší než trojnásobek měsíčního platu?	Ano	Ne
14.	Máte kvůli návykové nemoci exekuci na plat?	Ano	Ne
15.	Vedl jste kvůli návykové nemoci chudý životní styl?	Ano	Ne
16.	Byl jste kvůli návykové nemoci nespokojený se svým životem?	Ano	Ne
17.	Měl jste pocit, že se kvůli návykové nemoci neovládáte a ztrácíte svobodu?	Ano	Ne
18.	Bude se vám dařit lépe, až návykovou nemoc překonáte?	Ano	Ne
Součet kladných odpovědí			

Součty kladných odpovědí v jednotlivých sekcích zaneste do tabulky. Z oblastí, kde je nejvyšší počet odpovědí „ano“, vychází vaše nejsilnější motivace k překonání návykového problému.

	Počet odpovědí „ano“ v sekcích	Pořadí oblastí podle počtu kladných odpovědí
<b>Tělesné zdraví</b>		
<b>Duševní zdraví</b>		
<b>Vztahy</b>		
<b>Pracovní oblast</b>		
<b>Právní záležitosti</b>		
<b>Životní úroveň</b>		

Sečtete kladné odpovědi ve všech sekcích a získáte celkový motivační skór. Ten se může hodit např. při porovnání výsledků s časovým odstupem:

<b>Celkový motivační skór</b>	
-------------------------------	--

## **Příloha č.5 Rozhovor s participantkou 7DL**

*E: Seřad' oblasti v dotazníku podle tvé důležitosti a potřeby změny.*

**7DL:** Pro mě je nejdůležitější duševní zdraví, životní úroveň, z toho dál mi vyplývají vztahy, tělesné zdraví, právní záležitosti řeším tak, že chodím do práce a vydělávám si na to, abych ty starý pohledávky zaplatila. Ale nejvíce to duševní zdraví, na to dbám.

*E: Když to teď trochu rozvedem ty jednotlivé oblasti. Kdy se to tělesné zdraví začalo zhoršovat?*

**7DL:** Spíše ty fyzický mám začít? No první problémy přišli po prvních třech čtyřech letech, kdy sem rapidně ubrala na váze. S tím pak se spojily i ty kožní problémy. O to očičko sem přišla v roce 2006, takže to bylo dva roky před koncem mé drogové kariéry. Dostala sem zánět z vaty, že sem používala pořád stejnou a i stejný paraferniále a vrazilo se mi to do oka. Sex sem na drogách měla naopak jak ostatní holky. Já musela být čistá abych ho mohla mít. Dělal mi to problém.

Duševní zdraví se měnilo během prvního roku užívání, protože podle mě, když si člověk dá příležitostně tak ho to rozhodí. Tak mu potom není dobře. To sem zaznamenávala hned zpočátku v prvním roce. V průběhu toho příležitostného užívání. Bývala sem po každé aplikaci rozhozená. A pak když sem užívala heroin, tak to byl oznamný i fyzicky, že sem měla oslabené tělo. O sebevraždě sem uvažovala, když mě vyhodili ze školy. Já jsem nebyla hloupá, měla sem dobrý známky, učila jsem se dobře. Byla sem šikovná podle mistrových. Dělal jsem kadeřnici. Pak byly závěrečné zkoušky a já tam došla úplně zfetovaná a oni mi řekli nashledanou a já to věděla, že sem chytrá, tak sem to nezvládla. Snědla sem 80 Rohypnolu a zapila to vínem. Pak mě našel otec a nahodili mě zpět, že sem to přežila. To by totální podraz pro sebe samou.

Vztahy: bydlela sem s otcem. Naši byli rozvedení, ale můj otec to je člověk s psychopatickým chováním. Tam docházelo k tomu, že já jsem se otce nebála, takže jsme na sebe naráželi agresivně. Já jsem nebyla ta, která se choulila a bála se ho. O to co víc byl on zlý tak já jsem byla taky. Od 18 jsem bydlela s otcem. Otec pil a já jsem pila s ním. Během užívání jsem měla toxi vztahy. Několik jich bylo. A v posledním roce mého užívání jsem se seznámila s chlapem, který nikdy nic nebral a bývala jsem u něho. Hodně jsem se zklidnila. Brala jsem pervitin méně. Ale nepřestala jsem. Byly to nižší dávky a udržovala jsem se na tom Subutexu a pila jsem. A říkala jsem, že jen čekám na to než mě vezmou do Červeňáku a byla to pravda. My jsme se seznámili na ulici, přes známí no a mě se zdál, jako hodně solidní, tak jsem ho poprosila aby mi vydával subutex jen když



potřebuju, ne abych to celý proměnila za perník a rozprodala. On mi dával subutex jak sem potřebovala. Já jsem u něj začala bydlet. Za 4 měsíce jsem s ním začala spát a žít. No a pak jsem začala brát subutex z nutnosti. Pervitin velice vyjímečně. Ale za to sem hodně pila. Pila jsme každý den.

*E: A to je ten přítel, kterého se bojíš?*

**7DL:** Ne, to je právě ten přítel, který mě podporuje, ochraňuje. A je pro mě i důležitý proto, že mě odvezl do Červeňáku na léčbu. podproval mě v léčbě a pak i v Jihlavě, když mě z komunity vyhodili. No a jak každý říkal, že spolu nebudeme, tak náš vztah trvá dál a už jsme spolu více jak rok. Nemiluju ho, ale mám ho ráda a vážím si ho. Hodně si ho vážím a hodně pro mě znamená i kvůli abstinenci. Je to člověk, kterému můžu napsat ahoj mám se tak a tak. A jenom to vědomí toho, že někoho máš mě drží hodně nad vodou. Hrozně moc pro mě znamená, ale taky vím, že ho nemiluju.

*E: A maminka s tou si se stýkala? Jaký si s ní měla vztah?*

Moje mamka bydlí ve Znojmě, za tou jsem jezdila. Tak jednou za měsíc. Dokud žil můj pejsek. Takže jsem byla v takovém ochranném obalu. Byla jsem furt zfetovaná ale všimla jsem si jen furt toho svého psa. Veškerý moje oční a i fyzický kontakty tak se opírali jen na toho psa. Já jsem byla posedlá svým psem. Absolutně posedlá a znamenal pro mě strašně moc, ale to je na delší povídání proč byl pro mě důležitý. Pak když umřel tak to byla pro mě katastrofa.

*E: Kdy to bylo?*

**7DL:** No, to mě bylo. No je to dva roky. A to jsem absolutně nezvládala. Nemohla sem za tou mámo ujet. Neměla jsem se tam na koho dívat na tý sedačce. Na koho sahat. To byla hrůza, takže jsem tam raději nejezdila vůbec. To bylo hrozný. Jinak s mámou jsem vycházela celkem. A i s bratrem. Ten je starší a občas ještě bydlí u ní.

S tou prací: já sem celkově byla dost dobře vybavená. Měla sem dost hezkého oblečení, měla sem dost kosmetiky. Mamka mě dost zásobovala. Vyžívala jsem dost z toho co jsem sama měla. Ale nemohlo to absolutně pokrýt ty výdaje. Takže jsem kradla. Žila jsem jako feťák na plný úvazek. Krádeže, zastavování telefonů. Volala jsem mámě. Mami, zastavila jsme telefon pošli mi peníze. Máma mi poslala peníze žila jsem i z toho, že jsem obchodovala s drogami, věcma. Kradla jsem na zakázku pro lidi z hospod. Do práce jsem moc nechodila. Pár týdenních brigád. ale nedalo se to.

*E: Kdy se to dozvěděli vaši?*

**7DL:** No řekla bych tak po 2 nebo 3 letech užívání. V podstatě to vypuklo za dlouhou dobu jestli něco tušili, tak se podle toho nechovali. A moje matka se to dozvěděla tak, že

sem ji usla v restauraci ksiftem v jídle. Do slova. Mluvila sem s ní jak teď s tebou a spadla mi hlava do talíře. A mámě zvedala za vlasy. A i to že sem měla 50 kg a jindy jsem pořádný kus ženský, mluvilo za vše. To bylo absolutně zřejmý a nevyvratitelný. Do té doby mohla něco tušit,ale nechovala se podle toho. S mým otcem jsem na to úplně srala. A bylo mi to úplně jedno. Co ví a co si myslí. U mě to bylo i tak, že já jsem fetovala kvůli němu z velký části. Jako pomsta vůči němu.. Že mi dělalo dobře, že mě vidí jak trpím. Bylo to dlouhou dobu takový za dostiučinění tomu že je to svině. Že mu to chci vrátit. Nenalézala jsem jiný způsob, než se ničit. Těšilo mě to, že vidí, že trpím.

*E: Ublížil ti někdy?*

**7DL:** On ubližoval celý naší rodině. Týral nás a hlavně psychicky. Tím, že se napil. Pak moji mámu a bráchu zmlátil, byl to takový nárazový alkoholik. Neovládal se. Byl hodně agresivní. Všichni se ho v rodině báli a krčili se před ním. A když bylo úplně nejvíc zle, tak sem vyběhla a vystrčila tu bradu a řekla tak co vole, tak pojď. A machrovala jsem vůči němu a zastavila tu agresi, kterou zrovna páchal vůči někomu. A já jsem z toho byla úplně psychicky rozsekaná. Jednoho dne, když se s ním matka chtěla rozvést a odejít od něj. Tak nás pak doma polil benzínem a že nás zapálí. Tak sem chytila za ruku mámu,psa a utekli sme. Pak sem žila 4 roky s mámou. To bylo dobrý, to jsem se chovala normálně. I ta psychika se srovnala. Ale pak jsem se zamilovala v Českých Budějovicích do jednoho kluka odešla jsem za ním v 16 bydlel. S ním jsem byla dva roky. Pak jsme se rozešli a než abych se vrátila k mamince bydlel do Znojma., tak jsem odešla bydlel k fotrovi. Vycházeli jsme spolu díky tomu, že jsem se chovala jako on. Chodila jsem s ním do hospod. Chtěla jsem se mu možná i líbit. A chovala jsem se jako hrozná frajerka. Jak pil on tak jsem pila i já. Pak jsem si našla ty svý známí, kteří i nabídli tu čáru tak jsem se pomalu a jistě přiklonila na tu drogovou zábavu od té alkoholové.

Co se týká partnerů tak mě v životě nikdo nikdy nebyl,ale byla jsem psychicky týraná. Přítel od kterého jsem měla tu svoji první čáru, tak na mě měl největší vliv po těch sedm let. Bylo to egoistický prase. O co hůř bylo mu tak se o to víc vybíjel na mě. Psychicky mě ponižoval, ztrapňoval před lidma. Byla to hrůza. Když jsem po těch letech na o přišla, tak jsem ho stejně potřebovala, protože měl ty zdroje. Neustále jsem se k němu vracela a nechala se ponižovat. Co do vztahu tak jsem s ním byla asi půl roku nebo rok,ale vídala jsem ho od první čáry po tu poslední. Ale udržovala jsem s ním dlouhou dobu sexuální vztah. Pak jsme měla krátkodobé vztahy a nijak mi na nich nezáleželo,ale pak jsem měla kluka sice to byl toxi vztah ale měla jsem ho hodně ráda. Měl céčko. S ním jsem spala, fetovala. Do teď na něj ne a ne zapomenout. Byla jsem s ním tři roky.

*E: Co chceš nejvíce změnit?*

**7DL:** Asi určitě neustále pečovat o svoje duševní zdraví. Nedbám moc o fyzično, co se týče bolesti. Jako chci vypadat hezky nebo tak. Ale co se týká bolesti tak to jsem na sebe tvrdá, nevzrušuje mě. Chráním se před duš.stresama.

*E: Co je pro tebe léčba?*

**7DL:** Mluvení, o sobě o problematice, o tom co jsem si zažila, čím jsem si prošla. Kořeny mého braní jsou ve vztahu k mému otci a vlivu jeho na mě. A mluvit o tom, co jsem s ním zažila. A co se mnou drogy udělali. To mluvení.

*E: Jsi v kontaktu s otcem?*

**7DL:** Ne, nejsem. Já jsem s ním utla kontakt docela násilně. Díky terapeutům v Červeném Dvoře. A nemohla jsem to pochopit a nechápala jsem to dlouhou dobu proč. Až mě na jedné velké komunitě bylo řečeno vy máte zákaz na otce. Vypnout telefon, vyměnit kartu. Moje nálady se střídali jak on mi zavolal. Napsal sms a já jsem se podle toho chovala. Takže od té doby co mi řekli že se s ním nesmím bavit. Oni to tak mysleli na čas, ale já jsem v tomhle stavu setrvala do dneška.

*E: Vyhovuje ti to?*

**7DL:** Jo, ale někdy mě to trápí. Stýská se mi. Kupodivu. I když je to hajzl a hodně nám ublížil tak. Tak sem měla úplně takový záchvaty. Já moc nebrečím, takže nemůžu říct, že sem brečela. Ale takový stavy úzkosti. Že ho chci vidět, slyšet a je ještě zajímavý, že, vždycky když projdu nějakou změnou, ať už to, že sem došla na chráňák nebo odešla bydlet sama. Tak sem měla hroznou chuť mu zavolat a říct mu to. A řekli mi vždycky ať si to rozmyslí. A je to určitě pro mé dobro. A neudělala sem to.

*E: Co je pro tebe abstinence?*

**7DL:** Nefetovat, nepít. Neužívat žádné drogy. A nepít vůbec. Ale musím přiznat že v hloubi duše koketuji myšlenkou jestli vůbec si budu moct budu dát trávu. Ale pro svoji ochranu a bezpečí to teď tak nějak odkládám. Rozhodně chci abstinovat stoprocentně. Beru dvakrát týdně anatubus. Jinak bych to asi nevydržela. Ale chci do budoucna si pro jednu tabletu jezdit a druhou si nechat a brát si ji sama. Mít tu zodpovědnost půl na půl. Jestli je nutný k tomu si nedat doživotně trávu tak si ji prostě nedám.

*E: Byla si s někým v kontaktu když si brala, jako s někým ze služeb?*

**7DL:** První rok, co jsem šňupala tak ne. Ale od prvního užití i.v. tak jo. Se streetama já jsem k nim strašně ráda chodila, mluvila, vypovídávala se. Během toho prvního půl roku co jsem si píchala sem každý rok chodila na testy. A testovala se na céčko.

*E: Uvažovala jsi předtím někdy o abstinenci?*

**7DL:** Uvažovala jsem asi tři roky předtím než jsem opravdu přestala. Ale pro mě bylo směrodatný to, že dokud mám psa, tak ho nesvěřím do péče mých rodičů nebo někomu jinému. Takže dokud ho mám tak nikam nepůjdu a neodejdu. Vynasnažila jsem se i abstinovat sama podařilo se mi to dokud se nevrátil můj otec do mého života. Ono to fakt šlo. Já jsem odjela na 14 dní pryč. Úplně jsem omdlívala, padala, rozbíjela jsem si hlavu. Dělal jsem to na vlastní pěst. Podařilo se mi to. Vrátila jsem se do Budějovic do bytu a abstinovala sem. Chodila jsem měsíc do práce. A pak přišel do bytu otec a za dvě hodiny jsem byla zfetovaná. A to bylo, že sem toho psa měla pořád s sebou. No a ve chvíli kdy on odešel a mě bylo řečeno, že se ztratil takže já jsem čekala, že se vrátí. A já jsem odešla do té léčby a byla sem tam měsíc v roce 2006 a pak další den sem byla zase v tom. To pro mě dojel otec. Toho dne jsem si uvědomila, že můj otec je můj spouštěč. To byly furt telefonáty a tati a tati. A byla se jeho miláček a pak jak jsem nastoupila do toho auta a on mě odvážel, tak jsem zjistila, že on je můj spouštěč. A pak když jsem se dozvěděla to, že ten Balíček je mrtvej. Tak sem fetovala s tím, že čekám na léčbu. tam když tě v čer.vyhodí tak musíš půl roku počkat. Pak uběhlo sedm měsíců a to ti nepřijde to splyne. No a pak jsem na rychlo přes toho bývalého streeta co je v dolečováku řešit. Já jsem chtěla jen tam, já sme tam ty terapeuty strašně uznávala. Nechtěla sem jinam. Byla sem ochotna čekat dlouho jen abych mohla jít tam. Tak sem se dočkala pak za další 3nebo 4 měsíce, když jsem už byla s tím přítelem, co nikdy nic nebral.u něj sem pobývala a to už jsem ti říkala, jak to bylo. Nedokončila jsem tu léčbu, vyhodili mě za ty disciplinární prohřešky. Že sem nebyla na rozsvičce. Já sem zapomínala nevěděla sem, kde mám být. Nebo sem chodila pozdě a to se mi tak nastřádalo, že mě vyloučili disciplinárně. Nemáš pantofle a tak. Je to náročný, už pro člověka, který byl léta mimo a najednou musí vědět kde a kdy má být. Takový prkotiny v uvozovkách nesmíš pít, nesmíš mít brýle na hlavě. Za to hned sem měla boda. To sem si nastřádala za jeden den, to že sem neměla pantofle, že sem přišla pozdě, že sem měla brýle, že sem neměla pití na léky a už sem letěla.

*E: Co ti tam chybělo?*

**7DL:** Můj pes a zvířata. To mi tam chybělo a vyhledávala jsem je fanaticky. Já jsem pískala a honila psy. Úplně fanaticky. Jen psi,psi, psi. Aby mi bylo dobře.

*E: Z jakého důvodu si chtěla přestat brát?*

**7DL:** Kvůli sobě. Ne kvůli rodičům, ale kvůli sobě. Nelíbilo se mi krást a furt na něco čekat. Celý hodiny potupně čekat, než ti nějaký debil donese. Takže takhle no..

*E: A co bylo po té komunitě?*

**7DL:** Potom co mě vyloučili jsem okamžitě přestoupila do Jihlavy, kde jsem..

*E: A to bylo co?*

**7DL:** PL, ale slabota. Docela se obdivuju, že jsem to s takovým mírným, pohodička režimem, že nechápu jak to ty lidi nemohli zvládat. Byly tam jakýsi taky body a puntíky, ale pro mě to bylo absolutně slabý. A pak jsem šla do Brna na chránák. Původně jsem chtěla jít na chránák do Budějovic, ale bylo mi to od Tomáše z dolečováku z tama doporučeno abych to nedělala. Zkoušela jsem Prahu a Brno a vyšlo Brno. Tady jsem byla sedm měsíců.

*E: Kde bydlíš teď?*

**7DL:** Na ubytovně pro zdravotní sestry. Není to úplně samostatný bydlení. Bydlím s jednou holkou co byla taky na dol. Je zaměstnatnanec nemocnice. Mě to vyhovuje. Jak jsou některý lidi, co to nechtějí nebo mínusy. Tak mě to absolutně vyhovuje. Jak v tom, že spolu můžeme mluvit upřímně a na rovinu. Nebo že mám psychický problémy, že nejsem lítostivá, spíše sem vzteklá. A mě se to dobře ventiluje že o tom mluvím a tím, že večer přijdu a mluvím s ní o tom, co mě naštválo, a potkala sem takový a takový lidi. Mě to stačí abych byla pak v pohodě.

*E: Co budoucnost?*

**7DL:** Abych řekla pravdu tak nevím. Chci abstinovat a pracovat tak nevím. Tím, že mám nízké vzdělání a dělám prodavačku tak se cítím méněcenně.

*E: Uvažovala jsi někdy o noční škole nebo rekv.kurzech?*

**7DL:** Uvažovala, ale nevím, jak se k tomu mám dostat. Ani nevím co přesně aby to bylo to pravý ořechový. Baví mě kosmetika tyhle ty věci, ale nevím jak na to. Vůbec nevím jak na to. Podnikám ve volnu různé akce. Paraglading, střelení ze zbraně. Já si je vymyslím a hrozně si je přeju a dělám vše abych se k tomu dostala. Pokulhávám v činnosti, která se opakuje. Nedělám je pravidelně. Chci někam víc patřit. Vědět že tam chci že tam mám být, a že tam potkám ty samí lidi. Teď sme na to se spolubydlící dvě. Tak to bude snad lepší.