

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Klára Vašková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

**Kvalitativní výzkum poradenských strategií pro závislé na
drogách a alkoholu**

Bakalářská práce

Autor: Klára Vašková

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Jan Vaněk

České Budějovice, červen 2013

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Education
Department of Health Education

Bachelor Thesis

Qualitative research of the counseling strategies of counselors by
addicted persons (alcohol, drugs).

Author: Klára Vašková

Study programme: Specialization in Education

Study of Programmer: Health Education

Supervisor: Mgr. Jan Vaněk

České Budějovice, June 2013

Jméno a příjmení autora: Klára Vašková

Název bakalářské práce: Kvalitativní výzkum poradenských strategií pro závislé na drogách a alkoholu

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí práce: Mgr. Jan Vaněk

Rok obhajoby práce: 2013

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá výzkumem poradenských strategií, kterých se využívá v současné době při práci s lidmi závislými na drogách a alkoholu. Hlavním cílem výzkumného šetření je zmapovat centra podporující poradenství pro závislé na drogách a alkoholu v okolí Českých Budějovic a Českého Krumlova. Dalšími cíli je zjistit, jaké používají poradenské strategie a jak jsou úspěšní, zda využívají při práci s klienty motivačních rozhovorů a jaký má jejich poradenská činnost vliv na klienty. Práce je rozdělena na dvě části. První část práce je teoretická a vychází z odborné literatury. Je rozdělena do tří kapitol. V první kapitole se zabývá závislostí, popisuje její znaky, stádia a typy závislostí. Zabývá se faktory ovlivňujícími vznik závislosti. Druhá kapitola charakterizuje a definuje poradenství a poradenské přístupy. Ve třetí kapitole se bakalářská práce zabývá motivací, způsoby prožívání, uvažování a reagování. Popisuje motivaci spíše jako stav připravenosti ke změně či touhu po ní na modelu „Kolo změny“. Dále zmiňuje využití metody motivačního tréninku a motivačních rozhovorů. Druhou částí bakalářské práce je praktická část, která představuje metodiku a organizaci výzkumného šetření, které jsem prováděla kvalitativní metodou formou polostrukturovaného rozhovoru. Dále praktická část nabízí vyhodnocení dat a předpokladů vyplývajících ze stanovených cílů.

Klíčová slova: závislost, poradenství, poradenské přístupy, motivace, motivační trénink, motivační rozhovor

Name and Surname: Klára Vašková

Title of Bachelor Thesis: Qualitative research of the counseling strategies of counselors by addicted persons (alcohol, drugs).

Department: Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia

Supervisor: Mgr. Jan Vaněk

The year of presentation: 2013

Abstract:

This thesis deals with the strategies research of advisory, which are being used in the present time with people addicted to drugs and alcohol. The main goal of the research is to explore the centres supporting counseling for drug and alcohol addicts around České Budějovice a Český Krumlov. Other goals are to determine what counseling strategies the centres use and how they are successful, whether they use motivational interviewing while working with clients and what is their consulting impact on clients. The work is divided into two parts. The first part is theoretical and based on the professional literature. It is divided into three chapters. The first chapter deals with addiction, describes its features, stages and types of addictions. It deals with factors influencing the development of addiction. The second chapter describes and defines the guidance and counseling approaches. The third chapter of the thesis deals with motivation, ways of experiencing, thinking and reacting. It describes motivation more like a state of readiness to change and the desire for it on the model of "Wheel of Change". It also mentions the use of motivational training methods and motivational interviewing. The second part of the thesis is the practical part presenting the methodology and organization of the research which I conducted by a qualitative method in the form of semi-structured interview. Furthermore, the practical part provides data analysis and assumptions arising from the objectives.

Keywords: addiction counseling, counseling approaches, motivation, motivational training, motivational interviewing

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „Kvalitativní výzkum poradenských strategií pro závislé na drogách a alkoholu“ vypracovala samostatně s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 25.6. 2013

Klára Vašková

Poděkování:

Ráda bych tímto poděkovala vedoucímu práce Mgr. Janu Vaňkovi za ochotu, vstřícnost a odborné vedení při realizaci bakalářské práce. Dále děkuji poradcům a terapeutům K Centra Prevent, Léčebny Červený Dvůr a Doléčovacího centra Prevent za ochotu a spolupráci při rozhovorech. Za pomoc, trpělivost a podporu při vypracování této práce patří dík také všem mým blízkým.

Obsah

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUĎĚJOVICÍCH.....	1
ÚVOD.....	3
1 ZÁVISLOST	4
1.1 Definice závislosti	4
1.2 Znaky závislosti	4
1.3 Stádia a typy závislosti.....	8
1.4 Rizikové skupiny vzniku závislosti	9
1.5 Faktory ovlivňující vznik závislosti	10
1.5.1 Farmakologické faktory – droga.....	10
1.5.2 Somatické a psychické faktory – osobnost.....	11
1.5.3 Prostředí.....	11
1.5.4 Podnět.....	11
2 PORADENSTVÍ V ZÁVISLOSTI.....	12
2.1 Charakteristika poradenství	12
2.2 Definice poradenství.....	13
2.3 Poradenské přístupy	13
2.3.1 Dynamický přístup	13
2.3.2 Behaviorální přístup	13
2.3.3 Experienciální přístup.....	14
2.3.4 Eklektické poradenství	14
3 MOTIVACE.....	15
3.1 Stav motivace	17
3.1.1 Stádia změny.....	19
3.2 Motivační trénink.....	19
3.3 Motivační rozhovory	21
3.3.1 Vznik metody motivačních rozhovorů	22
3.3.2 Kognitivně behaviorální přístupy	23
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	24
4.1 Cíle výzkumného šetření.....	24
4.2 Kvalitativní výzkum	24
4.2.1 Zakotvená teorie (Groundedtheory)	25
4.2.2 Polostrukturovaný rozhovor	26

5	VÝSLEDKY	27
5.1	Vyhodnocení rozhovorů.....	27
5.2	Sumarizace výsledků.....	40
6	DISKUZE	41
7	ZÁVĚR	42
8	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	43
9	SEZNAM PŘÍLOH	45

Úvod

Ke zpracování bakalářské práce jsem si vybrala téma zabývající se využitím poradenských strategií při práci s klienty závislími na drogách a alkoholu. K mé volbě přispělo nemalou částí právě to, jak velmi často se setkávám v praxi s lidmi, kteří experimentují s návykovými látkami nebo je pravidelně užívají. Nezřídka je právě alkohol na počátku dlouhé a velmi obtížné životní cesty spojené se závislostí na drogách. Vzhledem k tomu, že je závislost na drogách a alkoholu aktuálním tématem dnešní doby, zajímal mě pohled na práci poradců a terapeutů, kteří se snaží lidem se závislostí pomoci.

Zaměřila jsem se na centra pomáhající závislým v mém okolí a pokusila se zmapovat jejich práci se závislími. Zajímalo mě, jak využívají poradenských strategií a zda je jejich užití v praxi úspěšné. Dále mě zajímalo využití motivace ke změně, zda se v rámci motivace klientů využívají metody motivačního tréninku a motivačních rozhovorů.

Pro svůj výzkum jsem zvolila dvě centra zaměřená na práci s lidmi závislími na drogách a alkoholu v Českých Budějovicích a jednu léčebnu v Českém Krumlově.

Hlavním cílem výzkumného šetření je zmapovat centra podporující poradenství pro závislé na drogách a alkoholu v okolí Českých Budějovic a Českého Krumlova. Dalšími cíli je zjistit, jaké používají poradenské strategie a jak jsou úspěšní, zda využívají při práci s klienty motivačních rozhovorů a jaký má jejich poradenská činnost vliv na klienty.

Teoretická část

1 Závislost

1.1 Definice závislosti

V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí byla definována závislost jako skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je **touha** (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje (Nešpor, 2010).

1.2 Znaky závislosti

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

1. Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (bažení, angl. *craving*):

Už v roce 1995 se shodla komise odborníků Světové zdravotnické organizace na definici bažení jako touze pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost. Isbell (1955) zhruba ve stejné době předvídavě navrhl odlišovat **tělesné a psychické bažení**. Až mnohem později se ukázalo, že rozlišování bažení na tělesné (vznikající při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm) a psychické (objevuje se i po delší abstinenci) se za použití moderních vyšetřovacích metod v mozku jinak projevuje.

2. Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky:

Je zřejmé, že uvedený znak úzce souvisí s předchozím, ale že není totožný. Bažení evidentně zhoršuje sebeovládání. Na druhé straně však i lidé, kteří trpí silným bažením, mohou mít zachované sebeovládání. Uvedené bohužel platí i naopak. I lidé, kteří si bažení plně neuvědomují, se mohou

přestat ve vztahu k návykové látce ovládat, i když nepocitují silné bažení. Špatné sebeovládání bez předchozího silného bažení se typicky objevuje za následujících okolností: (Nešpor, 2010)

a) Pacient si špatně uvědomuje sám sebe a své emoce. V tom případě bývá logicky užitečné naučit se lépe vnímat své tělo, psychiku a zvláště emoce, k nimž má bažení blízko. K tomu lze využít psychoterapii, relaxační a meditační techniky i některé další postupy.

b) Malé sebevědomí může souviset i s nadměrnou únavou a s dlouhodobým vyčerpáním. V tomto případě je na místě změna životního stylu.

c) Zhoršit sebevědomí (a přímo oslabit i samotné sebeovládání) může i návyková látka, a to i jiná, než ta, na které je člověk závislý (např. u závislých na heroinu alkohol).

d) Asi nejčastějším důvodem špatného vnímání cravingu a nedostatečného sebeovládání bývá to, že k recidivě návykového chování dojde rychle a automaticky ve vysoce rizikovém prostředí. To může být restaurace, rockový klub nebo jiné místo, které měl pacient spojené s návykovým chováním. I zde je důležité doporučit změnu životního stylu často i přátele nebo zaměstnání. Prospěšný bývá také nácvik sociálních dovedností (např. dovednosti odmítání).

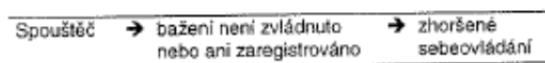
Někdo může mít sklon bažení popírat a potlačovat je. Úzkost, která takto vzniká, může však bažení ještě zesílit a ještě dále oslabit sebeovládání.

Stručně řečeno, bažení je příznakem spíše subjektivním, kdežto zhoršené sebeovládání se jasně týká chování. Možný vztah mezi bažením a zhoršeným sebeovládáním shrnuje následující schéma.

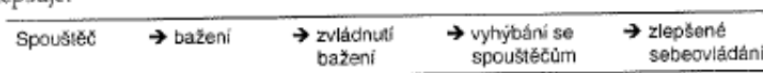
Obrázek 1

Bažení a sebeovládání

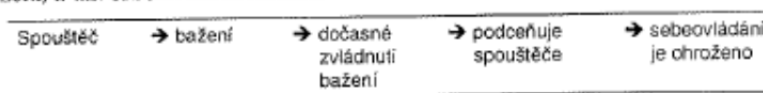
1. možnost: Spouštěč (např. rizikové prostředí) vyvolá bažení a to zhorší sebeovládání.



2. možnost: Spouštěč (např. rizikové prostředí) vyvolá bažení, to je zvládnuto a člověk poučen zkušeností se začne vyhýbat i spouštěčům. Sebeovládání se tak zlepšuje.



3. možnost: Spouštěč (např. rizikové prostředí) vyvolá bažení, to je zvládnuto, ale člověk podcení vliv spouštěčů. Jejich vliv může v budoucnu vyvolat další silná bažení, a tak ohrozit sebeovládání.



(Nešpor, 2010)

3. Tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky:

Pro tuto diagnózu odvykacího stavu musí být splněna následující kritéria:

- a) Nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání;
- b) Příznaky jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu viz dále);
- c) Příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky a nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou.

Následují diagnostická kritéria pro některé odvykací syndromy:

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

Opioidy (např. heroin), alespoň tři příznaky z následujících: *slzení, zívání, výtok z nosu, bolesti svalů či křeče, husí kůže nebo opakované pocení, zrychlený tep nebo vyšší krevní tlak, křeče v břiše, nevolnost či zvracení, neklidný spánek, rozšíření zornic, silná touha po opiátu.*

Kanabis (např. marihuana nebo hašiš): definitivní kritéria nejsou stanovena, může trvat několik hodin do sedmi dní, projeví se např. *úzkostí, podrážděností, třesy rukou, pocením a svalovou slabostí.*

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

Kokain a jiná stimulancia (např. pervitin) alespoň dva příznaky z následujících: *letargie a únava, bizarní nebo nepříjemné sny, zvýšená chuť k jídlu, zpomalení psychomotoriky či neklid, silná touha po droze, nespavost nebo nadměrná spavost*(Nešpor, 2010).

4. Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance):

Tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek látek, nebo že stejné dávky mají nižší účinek. Jak tolerance vzniká, není zcela jasné. Tak zvýšená tolerance může vzniknout v důsledku nižší reaktivity centrálního nervového systému na návykovou látku. Další možností je, že látka může být rychleji odbourávána (např. rychlejší odbourávání alkoholu v játrech). Uvažovalo se i o poklesu tolerance v důsledku imunologické reakce organismu na morfin, i když se takové vysvětlení nepovažuje za pravděpodobné (Platt, 1988).

Pokles tolerance

a) O tom, že při vzniku tolerance mohou uplatňovat i psychologické vlivy, svědčí následující skutečnost. Tolerance vůči heroinu může u závislého nečekaně poklesnout v cizím a neznámém prostředí (např. při cestě do ciziny). V důsledku toho může nastat otrava i po dávce, kterou závislý za normálních okolností dobře toleroval.

b) Tolerance podstatně klesá v důsledku předchozí abstinence. To se zejména týká pacientů s těžší závislostí na heroinu. Pokud by se chtěli v budoucnu k droze vrátit, nebo došlo k recidivě bezděčně, měli by začít nízkou dávkou, jinak riskují smrtelnou otravu.

c) Tolerance klesá i u závislých na alkoholu v pokročilých stádiích rozvoje problému a také ve vyšším věku.

d) K poklesu tolerance dochází i v souvislosti s některými onemocněními (např. jaterními) a při léčbě řadou léků (Nešpor, 2010).

Povinností terapeuta je ve všech těchto případech pacienty o možném poklesu tolerance informovat

5. Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku:

Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku, je důležitá a často se vyskytující známka závislosti. Starší literatura v této souvislosti hovořila o *zúženém spektru chování* nebo o *stereotypním chování ve vztahu k návykové látce*. I v tomto případě je zřetelná souvislost této známky s bažením, dále se zhoršeným sebeovládáním ve vztahu k látce a často existuje i souvislost s odvykacími obtížemi při pokusech o redukci nebo vysazení látky.

V komunitě žen závislých na návykových látkách padl dotaz, kolik času zabralo shánění látky, její aplikace, zotavení se, některé odpovídaly, že prakticky všechen. I v méně extrémních případech se však jedná o řádově desítky hodin týdně. Ty je třeba po skončení léčby vhodně vyplnit, a to nejen prací, už s ohledem na regeneraci síla udržování nespecifické odolnosti (Nešpor, 2010).

1.3 Stádia a typy závislosti

Typy drogové závislosti můžeme rozdělit dle návykové látky, na které je jedinec závislý. Taková dělení se objevují i u jiných autorů. Pro úplnost je uveden i takový způsob dělení:

a) Morfiový typ závislosti

Tento typ závislosti je odvozený od morfia.

b) Kokainový typ závislosti

Zdrojem kokainu je koka pravá (Erythroxylloncoca).

c) Kanabisový typ závislosti

Tento druh závislosti je ve světě rozšířený již asi 5 tisíc let. Jde o užívání omamné drogy z indického konopí (Cannabisindica).

d) Amfetaminový typ závislosti

Člověk se snaží regulovat potřebu spánku, odpočinku či bdělosti pomocí tzv. psychostimulantů. Jde o látky amfetaminového typu.

e) Halucinogenní typ závislosti

Drogová závislost tohoto typu zahrnuje užívání látek, které vyvolávají halucinace a fantazie.

f) Katový typ závislosti

Tento typ drogové závislosti je pojmenovaný podle keříku nebo malého stromečku kata jedlá (CathaedulisForsk. Ex Endl.), který se pěstuje ve východní Africe.

Používají se hlavně mladé listy, puky a zelené výhonky, které se žvýkají nebo pijí ve formě nálevu. Účinné jsou i větvičky a kořen katy (Ondruš ,1990).

Zde předkládám také velmi podrobný, ucelený klasifikační přehled typů závislostí na návykových látkách pro srovnání:

- a) alkoholo-barbiturátový typ (alkohol, hypnotika, trankvilizéry, anxiolytika)
- b) amfetaminový typ (psychon, anorektika, antidepressiva, látky obsahující efedrin-bronchodilatancia, antitusika)
- c) cannabisový typ (látky obsažené v konopí – cannabis, hašiš, marihuana)
- d) halucinogenový typ (LSD, meskalin, psylocybin)
- e) mythový typ (látky obsažené v listech rostliny cathaedulis)
- f) opiáto-morfínový typ (papaverin, morfin, heroin, diolan, dolsin)
- g) solvenciový typ (toluen, benzin, inhalační narkotika)
- h) tabákový typ
- i) kofeinový typ
- j) antipyretiko-analgetikový typ
- k) neuroleptikový typ
- l) antidepressivový typ (Zvolský, 2001).

1.4 Rizikové skupiny vzniku závislosti

Nejrizikovější skupinou v oblasti vzniku závislosti na drogách je právě populace dětí a mladistvých. Kdy dítě chápeme jako jedince do 15 let věku a mladistvý pak náleží do věkové kategorie 15 až 18 let věku, pro úplnost uvedme ještě skupinu dospělých, do které se řadí starší 18-ti let věku. Nutno uvést, že klasifikace se mírně liší dle různých autorů, uvedené rozdělení je nejbližší právnímu vymezení.

Závislost jako taková má své fáze, nevznikne náhle, ale postupně se rozvíjí. Mühlpachr uvádí (In Pipeková, 1998, s. 210):

„ Vývoj drogové závislosti ve vztahujedinec – droga rozdělil Waldmann do čtyř etap:

1. etapa se vyznačuje *hledajícím vztahem mladistvého*, který prožívá své generační problémy a konflikty;
2. etapa je spojená s *vytvářením a stabilizací skupin (part) mladistvých*, kde se konzumují drogy;
3. etapa je vyjádřena *vznikem vlastní závislosti jedince* na droze, kterou potřebuje bez ohledu na partu;
4. etapa znamená *fyzickou závislost na droze* se stálou starostí o její opatření, neboť hrozí dramatické abstinenci projevy. Toxikoman neprožívá pravý efekt drogového opojení, ale úlevu od nepříjemných prožitků po aplikaci a nutnost udržovat v organismu stálou hladinu.

Zvláště u adolescentů *není přesně vymezena hranice mezi návykem a závislostí*. Je obtížné rozhodnout, co je a co není možné diagnostikovat jako závislost. V odborné literatuře se lze setkat s termíny, jako jsou *experimentální, rekreační habituální a jiné* používání drog mladistvými.

1.5 Faktory ovlivňující vznik závislosti

Pokud vznikne závislost na nějaké návykové látce, můžeme předpokládat několik faktorů, které tuto skutečnost ovlivnily. O faktorech vzniku závislosti dětí a mladistvých se zmiňuje Mühlpachr (In Vítková, 1998, s. 164, 165): „ Závislost je multifaktoriální jev; mezi základní faktory vzniku závislosti patří: farmakologické, somatické a psychické faktory, prostředí a podnět.

1.5.1 Farmakologické faktory – droga.

Dostupnosti drog se v minulosti přikládá velký význam, později převládá názor, že dostupnost drogy nemůže u zdravého jedince, žijícího v harmonickém sociálním

prostředí, závislost navodit a navodí ji jen tehdy, dostane-li se do kontaktu s biopsychosociálně oslabeným jedincem. Současnost je charakterizována spektrem drog, které vyvolávají extrémně rychle závislost. Z tohoto důvodu se droga jeví jako významný faktor, zvláště u mládeže. U nelátkové závislosti je farmakologický faktor nahrazen fenoménem ztráty kontroly vykonávané rizikové aktivity (sex, práce, gambling).

1.5.2 Somatické a psychické faktory – osobnost.

Analýzou těchto faktorů lze zjistit, že stále více se prosazuje komplexní, tzv. biopsychosociální přístup. Strukturu osobnosti tvoří vrozené a získané vlastnosti, v oblasti se projevuje nejen společenská, ale i biologická podstata. V oblasti biopsychické je to *snaha odstranit fyzické potíže, udržet kondici, stimulovat smysly, posílit sebevědomí, v oblasti sociální je to snaha identifikovat se s určitou subkulturou, uniknout z prostředí.*

1.5.3 Prostředí

Vliv na utváření osobnosti má prostředí, ve kterém jedinec žije. Osobnost dítěte je utvářena především *rodinou*, výrazný vliv na dítě má úroveň *výchovně vzdělávacího procesu a spolupráce rodiny a školy*. Zanedbatelný není ani způsob trávení volného času.

1.5.4 Podnět

Složitá interakce mezi výše uvedenými třemi faktory uvádí do pohybu *precipitující faktory*. Jsou velmi různorodé a často splývají s osobností nebo s prostředím.

Nejčastěji se setkáváme s podněty, které lze rozdělit do dvou odlišných skupin:

- *touha po euforických pocitech,*
- *snaha uniknout nepříjemným pocitům a složitým situacím*

2 Poradenství v závislosti

2.1 Charakteristika poradenství

V každodenním jazyce má pojem poradenství mnoho významů. Většinou mají společné, že poradenství je založeno na *vztahu pomoci*, kdy má poradce snahu *podpořit růst, rozvoj, zralost a lepší uplatnění klienta*, aby se efektivně orientoval ve světě a vyrovnával se s životem. Tato definice podstatně *koriguje poměrně dost rozšířený názor, že poradenství je pouze dávání rad, poskytování receptů, že disponuje univerzálními prostředky na okamžité řešení všech problémů*. Samotný pojem poradenství a název institucí, kde se pracuje s klientem – poradny, navozuje představu, že poradce je rezervoár všech moudrostí a sociálních zručností. Mnozí klienti proto přicházejí do poradny s *nepřiměřenými očekáváním*, že poradce za ně všechno okamžitě vyřeší a oni nebudou muset do řešení investovat čas, vlastní práci a námahu.

Úlohou poradce je už v první fázi kontaktu s klientem *korigovat* tyto nepřiměřené očekávání a poskytnout klientovi reálný pohled na možnosti poradenství a poradců. Užitečnější je širší pohled *na poradenství a jeho možnosti*, který ho chápe jako *metodu vzdělávání a výchovy, metodu redukování emocionálního napětí, metodu pomoci člověku při řešení problémů a při hledání nových přiměřenějších forem života*. Klient by neměl být *invalidizovaný na pasivní bytost* plnicí pouze příkazy a pokyny poradců. Měl by se *podílet na analýze problémů*, pokusit se lépe poznat sám sebe, pochopit motivaci a kauzalitu svého chování a hledat nový systém fungování ve světě. Poradce by měl být *pouze katalyzátorem*, který umožňuje a ulehčuje tento proces, pomáhá klientovi uvědomit si jeho latentní možnosti pro konstruktivní změny sebe sama, svého okolí i fungování ve vztazích k jiným lidem. Klient by se neměl degenerovat na bytost, který není schopná vzít na sebe zodpovědnost za změnu. Proto by základní koncepce poradenství měla vycházet z respektování osobnosti jednotlivce, jeho základní lidské odlišnosti a z víry v člověka, že si s pomocí poradců dokáže řešit svoje problémy (Gabura, 1995).

2.2 Definice poradenství

V publikacích se můžeme potkat s různými definicemi poradenství. Poradenství může být definováno jako *výměna informací mezi poradcem a klientem* (Bommert, Plessen, 1978), jako fenomén lidské interakce (Schubenz, 1968). V americké literatuře se poradenství chápe *jako proces učení* (Dustin, George, 1968), jiní autoři ho považují za vědecky *fundované vysvětlení a ovlivňování lidského chování s cílem zlepšit svůj život*, řešit svoje problémy a umět preventivně předcházet těžkostem. Poradenství se dobře daří tam, kde je dostatek sociálních faktorů a příležitostí pro všestranný rozvoj osobnosti každého člověka, kde jsou minimální sociální kritéria, kde nehraje rozhodující úlohu pohlaví, rasa, národnost a nebo náboženství (Gabura, 1995).

2.3 Poradenské přístupy

2.3.1 Dynamický přístup

Dynamický přístup je založený na principu *determinace současného chování minulostí a využívání principu kauzality*. Poradce se snaží pracovat s intrapsychickými silami klienta, posilňovat objevení a pochopení nevědomých obsahů využívající katarzi a abreakci. Snahou poradce je *reorganizace klientovi osobnosti na základě řešení neurotického konfliktu*. Poradce má být pro klienta zrcadlem, které odráží pouze to, co klient přináší do procesu. Poradce by se měl vyvarovat osobních pocitů, postojů a hodnot. Poradenský vztah je asymetrický, připomíná vztah lékař – pacient. Při práci se využívají jednak verbální prameny – *volné asociace, analýzy přenosu a obran, práce se sny a fantazií, interpretace, náhled, jednak se pracuje s napětím, tenzí, úzkostí*. Práce poradců je často chápána jako *konfrontace, klarifikace, interpretace a zpracování* (Gabura, 1995).

2.3.2 Behaviorální přístup

Behaviorální přístup vychází z předpokladu, že každé chování je výsledkem toho, co se člověk naučil nebo nenaučil. Na tom je založený poradenský vztah, který je *edukativní a monitoruje vztah učitel – žák*. Představuje cílevědomé, strukturované učební spojení a využívá techniky učení. Ve svém repertoáru má *podmiňování, posilňování, nácvik, trénink, modelování, instruování, přesvědčení, averzivní nácvik* atd. (Gabura, 1995).

2.3.3 Experienciální přístup

Experienciální přístup vnímá člověka jako *bytost s potenciálem k dalšímu růstu*, proto se nesoustředí na odstranění symptomu, nebo *rekonstrukci osobnosti* podle cílů poradců, ale zaměřuje se na dosažení vyššího stavu vědomí, uvědomění si svých možností a schopnost naučit se jich využívat. Vědět co děláme a chtít to, může být pro klienta důležitější než vědět, proč to děláme. Experienciální přístup vidí patologický koncept ve ztrátě shody mezi vnějším a vnitřním prožíváním. Poradce často slouží pouze jako katalyzátor, v jeho přítomnosti si klient uvědomuje svoje *latentní možnosti pro formování svého já*. Vztah mezi poradcem a klientem je emocionálně naplněný lidský vztah, založený na lidském spojení člověk – člověk. Některé školy tohoto přístupu preferují čin před verbalizací, podporují klienta, aby byl sám sebou, sjednocují psychiku a tělo, minimalizují techniky (Gabura, 1995).

2.3.4 Eklektické poradenství

Poradenství *jedné čisté školy nemá u nás zatím velkou tradici a vyskytuje se spíše ojediněle*. Většina poradců pracuje *eklekticky, symbioticky spojuje a nebo selektivně využívá různé poradenské přístupy, metody a formy práce*. Poradce svůj přístup často přizpůsobuje charakteru problému nebo typu klienta. V současnosti je poměrně běžné, že na jednom případě pracuje poradce do hloubky, s druhým klientem dělá *behaviorální nácvik* se třetím případem pracuje nestrukturovaně. Tento trend je způsobený tím, že poradenství jedné školy nemá u nás tradici, informace o poradenských přístupech v zahraničí se k nám dostávali živelně a poradci do sebe absorbovali vše, co se jim neoficiálně nebo polooficiálně podařilo získat (Gabura, 1995).

3 Motivace

Motivace, která je spouštěčem experimentování s psychoaktivní látkou, může vycházet z individuálních potřeb nebo je důsledkem sociálního tlaku, např. spolupracovníci či vrstevníci skupiny. Obvykle jde o projev potřeby:

- a) uniknout něčemu negativnímu, např. vyřešit problémy, vyhnout se stresu nebo frustracím;
- b) získat něco pozitivního, např. dosáhnout uspokojení nebo slasti, která není jinak dostupná; může jít o potřebu uniknout stereotypu, nudě, získat inspiraci, uvolnit zábrany;
- c) sociální konformity, uchování určitých vztahů, akceptace skupinou nebo subkulturou, v níž užívání této látky (alkoholu či drog) patří k oceňovanému, resp. standardnímu chování.

Ze studií různých autorů vyplývá, že tendence k určitému způsobu prožívání, uvažování a reagování zvyšuje pravděpodobnost užití nějaké psychoaktivní látky (a tím i vzniku závislosti) (Vojtík a Břicháček, 1982; Kafka a kol., 1998; Drobos, Sladina Tiffany, 2001; Gorman, 2001):

- a) *Emoční prožívání*, pro něž je typický *nedostatek vnitřní pohody, zvýšená dráždivost a labilita, častý prožitek psychického napětí, úzkosti a deprese*, spolu s pocitem generalizovaného neuspokojení. Nezvládání emočních stavů a potřeba dosáhnout lepší emoční bilance je jedním z motivů, dalším může být zvýšená touha po větším vzrušení, než jaké poskytuje běžný život, ebeny. Jej vůbec nějak naplnit.
- b) *Způsob uvažování a hodnocení situace*. K řešení problémů pomocí psychoaktivních látek mají lidé, kteří se obtížně orientují v situaci, nejsou schopni adekvátně posoudit sebe sama ani okolní realitu. Nelze však říci, že by to byli pouze jedinci se sníženou inteligencí, i když z části jde o lidi s nižší úrovní vzdělání, se zafixovanými neúčelovými strategiemi uvažování. Mívají *extrémní a neadekvátní sebehodnocení, nízkou sebedůvěru, podobně nepřiměřené bývá i jejich očekávání do budoucnosti*. Na kognitivní úrovni reagují *popíráním rizika a racionalizací svého počínání*. Často jim chybějí dlouhodobé cíle. Vázanost na aktuální situaci zvyšuje riziko volby nepřiměřeného řešení potíží (Vágnerová, 2008).
- c) *Faktor učení*. Užívání psychoaktivních látek se snadněji zafixuje, když je pozitivně posilováno, tj. když přináší uspokojení. Člověk si je snáze zvykne brát, jestliže mu (alespoň na počátku) přinášejí *nějaký zisk, např. jej zbavují úzkosti, zvyšují pocit jistoty, posilují sebevědomí, dávají pocit moci*. *Negativní důsledky* se objevují až později a na rozvoj návyku nemusí mít podstatný vliv (Kubička, 1987). Na druhé straně bývají lidé, kteří mají sklon řešit své problémy užíváním psychoaktivní látky, *méně flexibilní, reagují rigidně, stále stejnými a méně přiměřenými vzorci chování*. Nedovedou se

poučit ze zkušenosti. Výsledkem bývají další neúspěchy a zátěže, které posilují celkový pocit frustrace.

d) *Tendence k určitému způsobu chování.* Závislí lidé mívají *problémy v oblasti autoregulace*, jejich volní vlastnosti *nebývají dostatečně rozvinuté*, mívají *sníženou sebekontrolu*, *sklon k impulzivnímu a nezdrženlivému reagování*, které ovlivňuje situační faktory víc, než je běžné. Často nejsou schopni *odložit uspokojení svých potřeb*. Tento způsob reagování je běžnější v období dospívání, nezralí a nejistí adolescenti mají silnější tendenci ke zkratkovým a rizikovým reakcím. To je jeden z důvodů, proč jsou v této vývojové fázi více ohroženi. Obecně platí, že jedinec, který se nedokáže ovládat, bude s větší pravděpodobností experimentovat s psychoaktivními látkami, resp. nedokáže udržet míru v pití alkoholu, a proto si snadněji vytvoří návyk.

e) *Osobnostní vlastnosti.* Lidé, kteří často pociťují nepohodu, nedovedou se dobře orientovat, jsou nejistí, labilní a neschopní zvládat své problémy, se častěji dostávají do stresu. Riziko je hlavně v tom, že takovou zátěž pro ně představují i běžné situace. Droga se stává přijatelným prostředkem řešení, protože je poskytuje hned a bez námahy. Podle Cloningerovy typologie osobnosti to bývají lidé, kteří mají zvýšenou potřebu vyhledávat nové vzrušující zážitky. Mívají i větší tendenci riskovat a menší citlivost k ohrožení. Uživatelé psychoaktivních látek se velmi často stávají lidé s poruchou osobnosti (zejména disociální a emočně labilní), kteří mají většinu uvedených vlastností, a obvykle ještě v akcentované míře. Avšak specifický typ osobnosti, která by byla k užívání psychoaktivních látek jednoznačně předurčena, neexistuje. (Urban, 1973; Netík a kol., 1991; Rahn a Mahnkopf, 2000).

Důležitým rizikovým faktorem je existence jiné psychické poruchy či choroby, např. schizofrenie, deprese, úzkostné poruchy osobnosti, které výrazněji zvyšují generalizované pocity nepohody a zároveň eliminují mechanismy autoregulace. V tomto případě se mluví o sekundárním alkoholismu (Epstenin, 2001, Vágnerová, 2008).

Motivovaného člověka může terapeut posoudit podle různých znamení, která se objevují v jeho chování:

- Klient souhlasí s terapeutem
- Akceptuje diagnózu (např. přiznává, že je alkoholik)
- Vyjadřuje touhu po pomoci
- Zdá se, že není se svým stavem spokojen
- Řídí se radami terapeuta

Naproti tomu může poradce následující znamení považovat za projev „nemotivovanosti“ (nebo „odporu“ či „popírání“):

- Klient nesouhlasí s terapeutem
- Odmítá přijmout diagnózu či posudek přednesený poradcem
- Nežádá si pomoci
- Zdá se, že ho jeho stav nezajímá

Nenásleduje terapeutovy rady (Miller, Rollnick, 2002).

Tedy, když se člověk začne řídit radami terapeuta a dodržuje plán léčby, můžeme hovořit o tom, že nastane změna. Klienti, kteří například přesně berou předepsané léky, mají mnohem větší šanci se uzdravit než ti, kteří se nejsou schopni přizpůsobit „medikaci“, a to zejména pokud se jedná o placebo, a ne o skutečné léky (např. Fuller et al. 1986). To ovšem ukazuje na mnohem pragmatičtější a určitější interpretaci pojmu motivace. Pokud je pro motivaci *klíčovým momentem přizpůsobení se a dodržování programu „změny“*, pak o ní můžeme přemýšlet jako o „pravděpodobnosti“, že se chování vyvine určitým způsobem. Což je v mnohých ohledech mnohem optimističtější a praktičtější pohled na věc, než pojetí motivace jako *osobnostního rysu* nebo jako *stavu vnitřní připravenosti*.

Terapeut je zodpovědný za to, aby jen „nemíchal medicínu“, ale aby motivoval, a tudíž zvyšoval pravděpodobnost, že klient bude následovat cestu ke změně. Z tohoto úhlu pohledu již nemá smysl, aby terapeut obviňoval klienta, že je nemotivovaný. Motivace je základní součástí profesionální práce v terapii (Miller, Rollnick, 2002).

3.1 Stav motivace

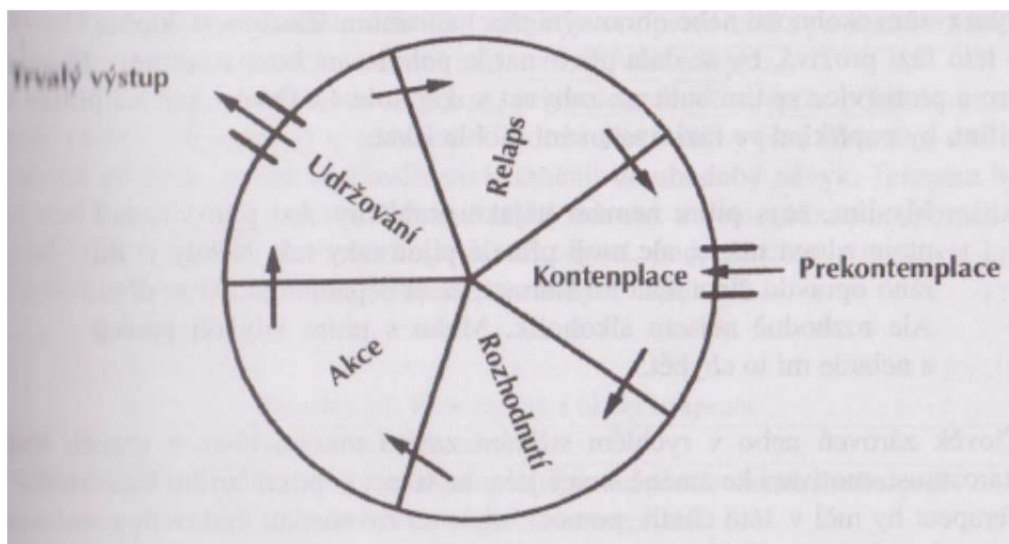
Motivace se jeví spíše jako stav připravenosti ke změně či touha po ní, tento stav se ovšem v různých situacích a s časem proměňuje. A lze jej ovlivnit (Miller, Rollnick, 2002).

Model, jenž může pomoci přípravě uskutečnění změny, byl rozvinut psychologem Jamesem Prochaskou a Carlem DiClementem (1982). Oba vědci se snažili pochopit, jak a proč se lidé mění, ať už sami nebo s pomocí terapeutů. Popsali několik fází, kterými lidé v průběhu změny procházejí. Tyto fáze, jak se zdá, platí stejně pro osobní změnu jako pro změnu v průběhu terapie. V rámci tohoto modelu je motivace chápána jako aktuální stav jedince nebo stávající připravenost ke změně. Je to vnitřní stav ovlivněný vnějšími faktory.

„Kolo změny“, jež vyvinuli Prochaska a DiClement, může být rozděleno na čtyři, pět nebo šest dílů. Já jsem pro ukázkou vybrala pětidílný model (obrázek 2), který má ovšem šestou část (prekontemplace) umístěnu vně kruhu.

Jedná se o kruh, kolo, což odráží realitu průběhu změny. Je zcela běžné, že člověk během procesu, dříve než dosáhne stability, projde všemi fázemi několikrát. V původním výzkumu se Prochaska a DiClemente zabývali kuřáky a zjistili, že kuřák obvykle „oběhl“ kolo *tříkrát až sedmkrát (v průměru asi čtyřikrát), než se nakonec úspěšně svého návyku vzdal*. Proto se také *relaps objevuje na kole změny jako běžná součást procesu*. Klient by měl vědět, že každé uklouznutí nebo relaps ho posouvá o krok blíže k uzdravení. Rozlišování různých fází procesů rovněž znamená, že terapeut má podle nich volit svůj přístup ke klientovi a metody práce s ním (Davidson, Rollnick a MacEwan, 1991).

Obrázek 2



Problémy, které u klientů nazýváme „nemotivovaností“ nebo „odporem“, se objevují, když terapeut používá postupy nevhodné pro danou fázi klientova pohybu na kole změny.

Vstupními dveřmi do procesu změny je fáze „prekontemplace“ (v našem případě je mimo kruh). V této chvíli daná osoba ještě *nezačala o možné změně ani přemýšlet*. Člověk v této fázi, kdy ještě o svém problému neuvažuje, potřebuje dostat informace a zpětnou vazbu, aby si více uvědomil svoje potíže a možnost věci změnit. Poskytování předpisů a rad může být v této chvíli kontraproduktivní (Rollnick a MacEwan 1991).

3.1.1 Stádia změny

1. stádium (prekontemplace) – *předchází uvažování o změně*. Klienti nevnímají užívání drog jako svůj problém, který by měli řešit. V této fázi se jedinci cítí dobře, drogy si vychutnávají a jejich užívání považují za prospěšné. Jsou přesvědčeni, že vše mají pod kontrolou. Jakákoliv změna se jim jeví obtížná a navíc zbytečná. Klientům nabízíme služby *minimalizující rizika jejich užívání* a snažíme se udržovat kontakt.

2. stádium (komplentace) – *uvažování o možnosti změny*. Klienti si všímají problémů souvisejících s užíváním drog, stále jim přináší uspokojení, ale narůstají pochybnosti o správnosti pokračování užívání. *Můžeme zdůrazňovat jejich rozpor a motivovat k drobným změnám*.

3. stádium (rozhodnutí) – *přípravenost k akci neboli stádium odhodlání*. Další zhoršení situace klienta, reálně přemýšlejí o potřebě změnit svou situaci. V této fázi je motivace ze strany terapeuta nejvíce potřebná. Klienti jsou odhodlaní svoji situaci změnit, ale v běžném okolí *nevidí příliš podpory k realizaci rozhodnutí*. Klienti spolupracují, aktivně se podílejí na vytváření cílů a strategií, jsou plni odhodlání a bývají pozitivně naladěni. Jsou ochotni přistoupit na léčbu, tím ale potřeba motivace nekončí.

4. stádium – *akce, pokus o změnu. Potřeba změny je na vrcholu*.

5. stádium – *udržení plánu*. Klient žije bez drogy a vrací se do běžného života. Relaps („uklouznutí“) = *selhání a návrat k droze*. K relapsu může dojít v každé etapě tohoto modelu. Terapeut musí umět pracovat s klientem ve všech stádiích. Vždy vychází z možností klienta, navrhuje, podporuje a motivuje klienta k takovým cílům, které odpovídají stádiu, ve kterém se nachází nebo stádiu následujícímu (Dobiášová, Broža In Kalina a kol., 2003).

3.2 Motivační trénink

Motivační trénink je jednou z **metod poradenství** a dobrým základem pro intervence, které vedou u klientů s problémy užívání drog ke změnám chování, prožívání a myšlení. Je významnou součástí práce v nízkoprahových kontaktních centrech, poradnách atd.

Metoda *motivačního tréninku* je vhodná zejména v situacích, kdy klienti prožívají stav ambivalence (rozpolcenosti pocitů) a konfliktů v oblasti chování a myšlení.

Základním cílem motivačního tréninku je *dosahování změn ve směru bezpečnějšího, úspěšnějšího a šťastnějšího životního stylu*. V kontaktu s klientem by mělo být odkryto to,

co ve svém životě považuje za problém a na základě tohoto si společně stanovit cíle. Ty se mohou týkat dosahování změn v oblasti celkového zdraví, sociálních kontaktů, situace s bydlením a prací atd. *Hledání cílů a označování problémů* by měl určovat klient sám, přičemž terapeut by měl usnadňovat a podporovat proces změny, případně její udržení. A to tak, že podporuje klientovo rozhodování, posiluje jeho odpovědnost za další vývoj a sebevědomí, že je schopen reálně stanovených cílů dosáhnout (Dobiášová, Broža In Kalinaa kol. 1, 2003).

Zásady praktického vedení motivačního tréninku:

- *Vyjádření empatie* – dát najevo, že klientovi rozumíme a akceptujeme ho, aniž bychom museli se vším, co dělá a říká souhlasit.
- *Vytváření rozporu* – terapeut pracuje se zesilováním rozporu, který klient pocítuje mezi svým chováním a osobními cíli nebo představami o sobě. Zneklidňující rozpor vzniká při mapování následků chování, které klient s terapeutem rozebírá a uvědomuje si svoje důvody ke změně.
- *Vyhýbání se sporu* – spory jsou zdrojem klientova odporu a terapeutovy frustrace a proto je dobré se jim vyhnout.
- *Práce s odporem* – snížení klientova odporu je nejdůležitější funkcí motivačních intervencí
- *Podpora sebedůvěry* – abychom pomohli člověku, který očekává změnu chování spojeného s užíváním drog, je našim úkolem dodat klientovi vědomí vlastních schopností a důvěry v sebe sama při dosažení výsledku (Dobiášová, Broža In Kalinaa kol., 2003).

Strategie a dovednosti

- **„Probírání typického dne“** – může poskytnout informace o míře motivace a umožňuje odhadnout možnosti reálné změny.
- **„Dobré a méně dobré při užívání drog“** – při klientově zhodnocení pro a proti užívání získá terapeut představu o stádiu změny a stupni rozpolcenosti. Úkolem terapeuta je rozpoznávat a zesilovat moment rozhodování a poskytovat nástroje prohodnocení.
- **„Poskytování informací“** – vhodně načasovaná informace či rada se může stát těžištěm poradenství.

- **„Probírání problémů“** – účelem této strategie je posunout klienta k cíli motivačního tréninku tak, že s ním probereme příčiny jeho problémů.

K dovednostem a technikám, které terapeut při motivační práci využívá, patří:

- *používání otázek s otevřeným koncem*, kterými motivuje klienta ke komunikaci a přemýšlení o svých problémech;
- *reflektující naslouchání*, které spočívá v průběžném zrcadlení nejdůležitějších informací, které klient podává;
- *potvrzování kladných postojů*, ve kterém terapeut projevuje ocenění a uznání;
- *sumarizování* – schopnost shrnout do uceleného tvaru to, co dosud klient popisoval;
- *vytváření prostoru pro sebemotivaci klienta*, která je vždy výhodnější a trvalejší než motivace ze strany terapeuta (Dobiášová, Broža In Kalina a kol., 2003).

3.3 Motivační rozhovory

Motivační rozhovory (z angl. *Motivational interviewing*, MI, dále také MR) představují široce použitelnou metodu terapeutické práce v pomáhajících profesích, vytvořenou původně především pro práci s klienty závislými na alkoholu a cigaretách. Jejimi autory jsou William R. Miller a Stephen Rollnick. Metoda vychází především z *rogersovského, na klienta orientovaného přístupu*. Zahrnuje též některé prvky *systemické a kognitivně-behaviorální terapie*. Při pohledu na situaci klienta metoda využívá model změny vytvořený v osmdesátých letech minulého století Prochaskou a DiClementem, nazývaný také „kolo změny“ (viz bod 3.1 Stav motivace). Pro metodu motivačních rozhovorů je typické zejména *přenesení zodpovědnosti za změnu a udržení změny z pracovníka na klienta*, práce s postavením klienta v kole změny a *práce na změnách* klientova chování. Charakteristickým rysem metody MR je *nedirektivní směřování klienta k žádoucím změnám v jeho chování a k zachování těchto změn*. S ohledem na to, že metoda v sobě slučuje prvky více terapeutických přístupů, bývá také v literatuře odlišně zařazována a chápána. Například Prochaska a Norcross ji popisují jako „krátký direktivní na člověka zaměřený přístup vyvolávající změnu chování tím, že pomáhá klientovi při zkoumání a řešení ambivalence“ a zařazuje ji mezi alternativní pojetí terapie zaměřené na člověka (Prochaska, Norcross, 2003). Naopak Kalina uvádí motivační rozhovory

jako příklad „krátkých kognitivně behaviorálních přístupů v psychoterapii a strukturovaném poradenství“ (Kalina et al., 2008). Podle autorů metody samotných v sobě postupy a metody motivačních rozhovorů zahrnují principy sociální práce, kognitivních přístupů a motivační psychologie (Miller, Rollnick, 2003).

3.3.1 Vznik metody motivačních rozhovorů

Ve druhé polovině 70. let pracoval William R. Rollnick, jeden z pozdějších autorů metody motivačních rozhovorů, s alkoholiky, a při práci s nimi používal převážně behaviorální metody. Při výzkumu překvapivě zjistil, že kontrolní skupina klientů, jejíž členové prošli hodnocením, byli povzbuzeni a k čtení jim byla doporučena *svěpomocná kniha*, vykazovala zlepšení srovnatelná s klienty, se kterými bylo provedeno deset terapeutických sezení. Prvním závěrem tohoto výzkumu bylo, že *empatie a reflektivní naslouchání* musí být součástí všech účinných rychlých intervencí. Dalším výzkumem bylo nalezeno a popsáno šest účinných složek rychlé intervence, uváděných obvykle pod akronymem *FRAMES*:

- *Feedback (zpětná vazba)* – poskytování zpětné vazby klientovi,
- *Responsibility (odpovědnost)* – odpovědnost za změnu především na straně klienta,
- *Advice (rada)* – konkrétní rada klientovi,
- *Menu (nabídka více možností)* – nabídka více alternativ, klientovi dává pocit svobody a kontroly nad vlastním jednáním,
- *Empathy (empatie ze strany pracovníka)*,
- *Self-efficacy (podpora důvěry klienta ve vlastní schopnosti)*.

Původní koncept motivačních rozhovorů byl výsledkem konzultací s pracovníky kliniky v norském Hjelsetadu. Následně byla metoda aplikována v klinické praxi v mnoha zemích. Metoda MR je metodou vycházející z praxe se stovkami klientů a na praxi s klienty orientovanou. Zejména při srovnání novějších publikací se staršími je také patrné, že metoda se stále vyvíjí a rozvíjí, rozšiřuje i mimo původní oblasti, pro které byla primárně vytvořena (Miller, Rollnick, 2003).

3.3.2 Kognitivně behaviorální přístupy

Názory na to, nakolik jsou přístupy vycházející z kognitivně behaviorální terapie součástí metody motivačních rozhovorů, se mohou lišit a liší. „Metoda je *příkladem krátkých kognitivně behaviorálních přístupů v psychoterapii a strukturovaném poradenství u uživatelů drog*, prozrazuje však také vliv „na klienta centrované“ *rogeriánské terapie*“ (Carroll, in Kalina, 2008, s. 122). Sám William Miller (jeden z autorů metody MR) označuje motivační rozhovory jako „krátký direktivní na člověka zaměřený přístup vyvolávající změnu chování tím, že pomáhá klientovi při zkoumání a řešení ambivalence“ (Prochaska, Norcross, 2001).

Přinejmenším některé metody kognitivně behaviorální terapie jsou dobře použitelné zejména v pozdějších fázích procesu změny, jak to popisují např. Prochaska a Norcross (Prochaska, Norcross, 1999). Vnímání vzájemných vztahů jednotlivých metod je však různé u jednotlivých autorů. Například Morgan popisuje práci s motivací na základě metody motivačních rozhovorů jako jeden ze základních úkolů všech behaviorálních intervencí (Morgan, 1999).

Praktická část

4 Výzkumné šetření

4.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat centra podporující poradenství pro závislé na drogách a alkoholu v okolí Českých Budějovic a Českého Krumlova. Zajímaly mě jejich strategie a cíle, které chtěli s klienty dosáhnout. Stanovila jsem si dílčí cíle, které jsem se snažila v rámci rozhovorů objasnit.

- Zjistit, jaké používají poradenské strategie a jejich úspěšnost.
- Využívání motivace a metod motivačního tréninku a motivačních rozhovorů.
- Vliv poradenské činnosti na klienty.

4.2 Kvalitativní výzkum

Zvolila jsem kvalitativní výzkumnou metodu, jelikož jsem chtěla do zkoumaného jevu nahlédnout hlouběji a získat detailní informace, které se kvantitativními metodami obtížně podchycují (Strauss, Corbinová, 1999).

Strauss a Corbinová (1999) vidí přínos použití kvalitativních metod v následujících oblastech:

- při získávání detailních a obsáhlých informací o zkoumaném jevu, které kvantitativními metodami získat nelze,
- při odhalování důležitých informací o skutečnostech a jevech, o kterých ještě není shromážděno příliš údajů,
- při získávání dalších, rozšířených a nových informací o skutečnostech, o kterých toho již víme mnoho, ale neodpovídají našim představám. Zejména třetí z citovaných argumentů mohu označit za

hlavní pohnutku, která mne vedla k volbě kvalitativní metodologie v rámci sestavování výzkumné strategie.

Jedna ze základních definic (Disman, 2002, s. 285) říká, že kvalitativní výzkum je „nenumerné šetření a interpretace sociální reality, s cílem odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.“ Dále sdílím názor Dismana (2002), že hlavním smyslem kvalitativního bádání je *porozumění*, kterého dosáhneme tak, že odkryjeme co nejvíce oblastí problému, který zkoumáme. Hlavní doménou kvalitativního výzkumu je pak porozumění lidem v konkrétních sociálních situacích. Největší sílu kvalitativního výzkumu lze spatřovat v tom, že výzkumník musí nalézt významné struktury ve všech proměnných, které respondent vidí jako významné. Strauss, Corbinová (1999, s. 10) označují za kvalitativní výzkum jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.“ Pro tyto autory je podstatné, jakými způsoby jsou data analyzována a, „ zabývají se nematematickým analytickým postupem, jehož výsledky jsou poznatky odvozené z údajů shromážděných mnoha různými způsoby“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 10).

4.2.1 Zakotvená teorie (Grounded theory)

Tento přístup vyvinuli Strauss a Glaser a dále byl rozvinut Straussem a Corbinovou. Já se opírám o pojetí rozvinuté Straussem a Corbinovou v českém překladu z roku 1999. Metodu zakotvené teorie jsem vybrala z důvodu její tvárnosti, možnosti přizpůsobení konkrétnímu výzkumu a výstižnosti. Zakotvená teorie je „teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatím ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 14).

Hlavními složkami kvalitativního výzkumu dle zakotvené teorie jsou údaje, které můžeme získat nejčastěji prostřednictvím rozhovorů či pozorování. Dále jde o analytické a výkladové postupy, prostřednictvím kterých docházíme v závěru k teorii (teoriím). Nakonec dle záměru výzkumu jsou různou formou prezentovány výzkumné zprávy. Výběr případů (datového materiálu) se řídí teoretickým výběrem. Sběr dat se řídí požadavky výzkumu a podle potřeb nově vznikající teorie. Zakotvená teorie nabízí návod pro zacházení s daty a obsahuje řadu detailně popsaných postupů, které vedou k vytvoření nové teorie.

Kódovací techniky tvoří podstatnou složku zakotvené teorie a odlišují tuto metodu od ostatních kvalitativních postupů. V procesu analýzy rozlišujeme *otevřené, axiální a selektivní kódování*. V první

fázi přichází na řadu otevřenékódování. Jednoduše řečeno, jde o označení pojmů, které reprezentují určitou část textu. Označené pojmy (jevy) jsou dále různě seskupovány do tzv. kategorií. Kategorie zahrnují jevy, které k sobě náleží a je jim přidělen název kategorie. Každé kategorii lze dále ještě přidělit vlastnosti a ty mohou mít různé dimenze. Poté následuje axiální kódování. To úzce navazuje na předchozí stupeň kódování a má za cíl seskupit a spojit objevené kategorie a subkategorie. Jako prostředek k vytváření spojení mezi kategoriemi je navržen tzv. *paradigmatický model*, který má jasně učené položky: *příčinné podmínky, jev, kontext, intervenující podmínky, strategie jednání a interakce, následky*. Axiální kódování lze použít jen jednou ve vztahu k centrální kategorii nebo i vícekrát kolem několika důležitých kategorií. Hlavním smyslem selektivního kódování je nalezení hlavního tématu a kategorií, které budou ústředním bodem nové teorie. Všechny ostatní kategorie jsou k této centrální kategorii vztaženy. Musí odpovídat zkoumanému jevu a dobře jej popisovat. Jde o nejdůležitější část analýzy, protože ústřední kategorie musí držet vše dohromady. Celá analytická práce tedy směřuje k *identifikaci ústřední kategorie* zkoumaného materiálu a zakotvení teorie. Údaje pro každou hlavní kategorii jsou spojeny na široké úrovni pojmů, ale také na úrovni jejich vlastností a dimenzí. Tím docházíme k základu teorie. Pak následuje ověření teorie podle údajů, které dokončí proces jejího zakotvení.

4.2.2 Polostrukturovaný rozhovor

Mezi kvalitativní metody patří také strukturované, polostrukturované a nestrukturované rozhovory. Pro svoji práci jsem zvolila metodu polostrukturovaných rozhovorů. Tato metoda mi umožnila držet se předem připraveného seznamu témat, ale zároveň poskytnout svým respondentům dostatek prostoru pro jejich vlastní výpověď. Pokud se mi téma hovoru zdálo zajímavé, pokládala jsem informantům doplňující otázky, s nimiž jsem předem nepočítala, ale díky nimž je výsledná analytická část bohatší. Pokud bych zvolila metodu strukturovaného rozhovoru, musela bych sestavit rozhovor s pečlivě formulovanými otázkami, na něž by respondenti odpovídali. „Tento typ rozhovoru se používá, když je nutné minimalizovat variaci otázek kladených dotazovanému. Redukuje se tak pravděpodobnost, že se data získaná v jednotlivých rozhovorech budou výrazně strukturně lišit.“ (Hendl, 2005, s. 173). U metody nestrukturovaného rozhovoru naopak hrozí, že nebudou probhána všechna důležitá témata a bude pak velmi těžké jednotlivé výpovědi porovnávat.

Struktura rozhovoru

Rozhovor jsem rozčlenila do 4 okruhů:

1. Představení centra, jak funguje, čím se zabývá.
2. Práce s klientem.
3. Strategie, motivace.
4. Dosažené výsledky.

5 VÝSLEDKY

5.1 Vyhodnocení rozhovorů

K Centrum Prevent

1. *Představení centra, jak funguje, čím se zabývá.*

Webové stránky K Centra Prevent v Českých Budějovicích uvádějí, že hlavním posláním centra je poskytnout bezpečné a přijímající prostředí populaci uživatelů drog, nabídnout jim pomoc a podporu při hledání vhodného řešení jejich aktuálních problémů, minimalizovat zdravotní a sociální rizika, motivovat ke změně dosavadního způsobu života směrem k abstinenci a těmito prostředky zároveň chránit populaci drogami nezasaženou.

Toto poslání mi bylo potvrzeno i při rozhovoru s poradcem K centra Prevent: „Naší hlavní filosofií je poskytovat služby z „ulice“, přístupné všem lidem. Naše služby jsou zaměřené na snižování škodlivých účinků braní drog, na prevenci nemocí a možné ohrožení ostatních lidí v okolí uživatelů.

Naše centrum slouží jako prostředník výměnného programu, jehož součástí je základní zdravotní poradenství. Uživatelé si mohou přijít vyměnit materiál (injekční stříkačky), mohou využít základního vyšetření (test na HIV, žloutenku typu C, syfilis).

Dále mají možnost využít kontaktní místnost k základním hygienickým potřebám (využití sprchy, přeprání prádla). Díky kontaktní místnosti, kde se vyskytují i naši poradci, máme možnost komunikace s uživateli.“

Musím zkonstatovat, že v tomto ohledu K Centrum dokáže uživatelům v mnohém usnadnit život. Stejně tak se snaží zabránit šíření drog a věcí s nimi souvisejících (možnosti různých nákaz) do okolí. Pokud bych měla zmínit poradenskou část, není zde příliš možnost navázat s uživateli bližší

vztah a získat si jejich důvěru. Tím je ohrožená i možnost další práce s uživateli z hlediska jejich závislosti a možnosti jí řešit pomocí léčby.

Webové stránky zmiňují i cíle K Centra:

- navázání důvěrného vztahu mezi uživateli drog a pracovníky zařízení
- zdravotní a sociální stabilizaci uživatelů drog
- změnu rizikových vzorců chování klientů a motivování ke změně způsobů života směrem k abstinenci
- snížení výskytu infekčních chorob
- zvýšení informovanosti uživatelů drog
- zvýšení informovanosti laické i odborné veřejnosti

Terapeut K Centra se o cílech vyjádřil: „Cíle si stanovujeme krátkodobé, tak abychom je byli schopni s klienty plnit postupně. Nelze si stanovovat dlouhodobější cíle, protože bychom tím mohli klienty tlačit někam, kam sami nechtějí.“

Podle mého názoru K Centrum své cíle dokáže plnit ale pouze v krátkodobých úsecích, jak zmínil i terapeut K Centra. Dlouhodobější spolupráce s klientem je o navázání důvěry. V případě K Centra se jedná o dlouhodobý proces, který hodně závisí na přístupu daného klienta. Terapeut mi potvrdil, že se jim podaří získat důvěru klienta a dále s ním pracovat jen zřídka kdy a časově to může být otázka měsíců až let.

Webové stránky centra se také věnují specifickým principům, jako je:

Nízkoprahovost - služby jsou nastaveny tak, aby poskytovaly co nejširší nabídku při minimalizaci vstupních podmínek.

Anonymita - u uživatelů služby nezjišťujeme osobní údaje a evidujeme je nejčastěji pomocí anonymních kódů. Pokud jsou pro naši spolupráci osobní údaje nutné (např. v rámci spolupráce s dalšími institucemi), klient musí k tomuto kroku poskytnout informovaný písemný souhlas.

Bezplatnost - služby jsou klientům poskytovány bezplatně.

Dostupnost - služby jsou uživatelům dostupné kdykoliv v rámci provozní doby jim přizpůsobené. Není potřeba předchozího objednání ani doporučení jiného odborníka.

Vyjádření terapeuta: „Vzhledem k našim specifickým principům je možnost využití našeho centra opravdu veliká. Centrum slouží hlavně lidem, kteří nedosáhnou nebo nechtějí využívat služeb,

za něž by museli platit nebo kde by museli poskytovat své osobní údaje. Většinou se u nás pohybují lidé bez domova, bez příjmu a bez dokladů.“

Musím říci, že je služba díky těmto specifickým symbolům opravdu přístupná každému uživateli, který má nějaký problém. Když bych se zastavila u uživatelů bez domova, kde jinde by měli možnost využití základních hygienických potřeb? Věnoval by se jim někdo při řešení problémů se základy sociálních potřeb, jako je vyřízení občanského průkazu, zažádání o příspěvky v hmotné nouzi či při následném řešení bydlení? Myslím si, že K Centrum v tomto ohledu obstarává sice nepatrně, ale pro uživatele možná zásadně první krůčky ke změně jejich postojů k sobě samotným.

2. *Práce s klienty*

Webové stránky popisují, co zahrnuje poradenství:

- obecné poradenství zaměřené na řešení aktuálních problémů a zvyšování kompetencí tyto problémy řešit
- strukturované poradenství s cílem pomoci efektivněji jednat a dosahovat svých cílů
- garantské rozhovory - individuální konzultace se svým garantem zaměřená na rozvoj konkrétních schopností a dovedností
- sociální práce - pomoc v oblasti sociálně-právní (např. pomoc při vyřizování osobních dokladů, sociálních dávek, pomoc při řešení problémů s bydlením atd.)
- zprostředkování dalších odborných služeb
- asistence
- dluhové poradenství (pomoc při komunikaci s věřiteli, splátkové kalendáře, rozdělení závazků, oddlužení atd.)

Terapeut k práci s klienty říká: „Čím blíže si s klienty jsme, tím snadněji získáváme možnost je motivovat, ale sblížení s nimi není vůbec jednoduché. Musíme pracovat velmi opatrně, aby klient neměl pocit, že je tlačěn do kouta. Tím, že jsme schopni klientům pomoci při řešení základních potřeb, můžeme navázat bližší vztah.“

Musím souhlasit s tím, že v kontaktním centru se dá mluvit o poradenství v souvislosti se základními sociálními potřebami klienta a možnost získat si jeho důvěru a dále s ním pracovat na možnostech, jak se ze závislosti dostat, je malá.

Terapeuti se snaží jednat s klienty nedirektivně, aby se nezačali chovat reaktivně. Využívají fáze prekontemplace, fáze, kdy klient ještě nezačal přemýšlet o možné změně. V tomto případě terapeuti poskytují klientovi informace a zpětnou vazbu, aby si víc uvědomil svoje potíže.

3. *Strategie, motivace*

K tomuto tématu terapeut říká: „Základní motivací klienta je zachovat si část důstojnosti. Proto se snažíme na základě důstojnosti postavit další spolupráci s klienty. Pomůžeme jim vyjednat základní sociální náležitosti jako je vyřízení občanského průkazu, zajištění dávek hmotné nouze a bydlení.

Dále stanovíme klientovi úkoly, které se poté snažíme společně plnit. Pokud má klient zájem, vytvoří si konkrétní individuální plán, do kterého zahrneme veškeré jeho cíle a přání a společně se je snažíme krok po kroku realizovat.“

Jak již bylo zmíněno, nedá se mluvit o dlouhodobém využívání poradenských strategií a motivačních dovedností v rámci posunu klienta přímo k léčbě ze závislosti, ale spíše k vyřešení základních sociálních potřeb. V tomto případě můžeme hovořit o fázi komplementace, kdy klient díky vyřešení základních sociálních problémů může začít uvažovat o změně.

4. *Dosažené výsledky*

Při otázce na statistiky mapující úspěšnost kontaktního centra jsem byla odkázána na výroční zprávy, kde jsem bohužel konkrétní statistiky nedohledala.

Léčebna Červený Dvůr

1. Představení centra, jak funguje, čím se zabývá.

Webové stránky léčebny popisují zařízení:

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr je zařízení specializované na střednědobou ústavní léčbu závislostí na návykových látkách a patologického hráčství. Byla založena v roce 1966. V současnosti je kapacita léčebny 103 lůžek, ročně absolvuje terapeutický program v léčebně 550 až 750 pacientů. Léčebna má v současnosti 4 oddělení – příjmové detoxifikační oddělení (detox) a tři oddělení psychoterapeuticko-režimová.

Terapeut léčebny k jejímu představení doplňuje: „Naše léčebna je od začátku své existence zaměřena na léčbu závislostí. Je jedinou samostatnou a takto specializovanou léčebnou v republice.“

Vnitřní materiál pro samostudium pacientů uvádí cíle léčebny:

Hlavním cílem léčebny je pomoci závislému člověku k maximálně možnému návratu k původním životním rolím a funkcím a k znovu převzetí zodpovědnosti za život do svých vlastních rukou. Závislost ve svých důsledcích vyřazuje člověka z rodinných a partnerských rolí, z práce či studia, mnohdy má důsledky finanční a trestně právní, člověk ztrácí pozici i ve svém nejbližším okolí – stává se pro ně outsiderem. Bohužel se s touto situací současně smíruje, na původní životní cíle a hodnoty rezignuje, stává se pasivním, v různých směrech se zřiká zodpovědnosti za svůj život. S každým, kdo do léčebného programu dorazí, se snažíme spolupracovat na tom, aby všechny ztracené role postupně zase získával a aby k této snaze získal sebedůvěru a kompetence. Prostředkem návratu zpátky do života je zejména udržení abstinence.

Dílčí cíle:

- nahlédnout plný rozsah problémů, které vznikly v důsledku závislosti,
- přijmout jako nejbezpečnější cestu důslednou a trvalou abstinenci,
- zaujmout nekompromisní postoj k droze,
- zřeknout se rizikových známostí, rizikového životního stylu,
- hovořit otevřeně na skupinách o svých problémech,
- přejímat postupně zpět zodpovědnost za svůj život a svá rozhodnutí,
- začít řešit důsledky a škody vzniklé užíváním drogy,
- změnit systém životních hodnot,
- změnit sebehodnocení k ideální podobě: já jsem dobrý, svět je dobrý,

- spolupodílet se na léčbě druhých, na dobrém chodu celého léčebného společenství,
- vytvořit si kvalitní výplň volného času,
- vytvořit si jasnou představu budoucího života a kroků k němu vedoucích,
- najít si zpět místo v rodině, ve společnosti atd.

Terapeut léčebny k cílům říká: „Základem je vysvětlení důvodu, proč je klient závislý. Společně hledáme příčiny, které ho vedly k závislosti (př.: sociální podmínky, scénář z rodiny, násilí, trauma, krizová situace z dětství). Když najdeme problém, sám klient ho musí umět pojmenovat. Dalším cílem je naučit klienta stavět se k problémům čelem.“

Dle mého názoru je fáze hledání důvodů, které klienta přivedly k závislosti nejtěžší. Pokud si klient uvědomí, co je příčinou a najde s pomocí terapeuta nějaké vhodné řešení, jak se s problémem vyrovnat, má velkou šanci na to, začít znovu a postavit se problémům čelem. Tímto tvrzením terapeut ukázal na využití práce s „Kolem změny“ dle Prochasky a DiClementa. Klientovi se může zdát, že těch problémů je na něj příliš a že je sám nedokáže zvládnout. Může dojít k tomu, že se vrátí zpět k závislosti (relaps), díky které nemusel řešit nic. V tomto případě je nutné umět klientovi pomoci, motivovat ho a připravit ho na možnosti uklouznutí.

2. Práce s klienty, 3. Strategie, motivace

Webové stránky nastiňují práci s klienty:

Léčebna poskytuje:

- Střednědobou ústavní léčbu závislosti na nealkoholových drogách
- Dlouhodobou léčbu závislosti na alkoholu a patologickém hráčství
- Detoxikaci a detoxifikaci
- Rodinnou a partnerskou terapii při střednědobých a dlouhodobých léčbách zmíněných výše
- Krátkodobé stabilizační pobyty na zvládnutí relapsu
- Krátkodobé motivační (tzv.opakovací) pobyty v rámci následné péče

Terapeut popisuje práci s klienty takto: „Práce s pacientem u nás v léčebně má několik fází, kterými musí pacient postupně projít. Každá fáze má definované terapeutické cíle, konkrétní zodpovědnosti klienta, konkrétní povinnosti a výhody.“

Fáze 0 (detoxifikace) – trvá od vstupu do léčebny přibližně 1 – 2 týdny, probíhá během pobytu na detoxu a je ukončena přechodem na psychoterapeutické oddělení. Cílem této fáze je stabilizovat tělesný a psychický stav klienta do té míry, aby se mohl zapojit do komunitního života psychoterapeutického oddělení. Dále aby se zodpovědněji rozhodl k dlouhodobé léčbě.

Fáze 1 – širší stabilizace – 7 – 10 týdnů, cílem této fáze je adaptovat se na terapeutický program, zařadit se do komunity, postupně se naučit přijímat konkrétní povinnosti a zodpovědnost, podstoupit všechna základní vyšetření, připustit si plnou míru důsledků drogové kariéry.

Fáze 2 – odvykací – 1 až 3 měsíce, cílem je rozhodnout se pro změnu životního stylu, rozpoznat rizika relapsu a připravit se na jejich odstranění, spolupodílet se na zodpovědnosti za komunitu, učit se zvládat konkrétní zodpovědnosti, absolvovat rodinnou terapii.

Fáze 3 – příprava na odchod – tato fáze není jasně ohraničena od 2., ani není časově přesně vymezená. Cílem této fáze je co nejvíce konkretizovat plány do budoucna, začít realizovat první kroky, zajistit si bydlení, práci či školu, dohodnout si jasně pravidla s nejbližšími lidmi, jak bude vypadat podoba života po léčbě, konkrétní zajištění doléčovacího programu.

V průběhu těchto fází klienti podstupují různé typy aktivit. U léčby závislosti nelze řešit jen jeden aspekt, je třeba řešit závislost v celé šíři. Některé terapeutické aktivity jsou více zaměřeny na zlepšení tělesného a duševního zdraví, některé pracují se vztahy a osobností, jiné se zaměřují na pochopení, další obcházejí slova a spojují „tréninkově“ konkrétní akci pacienta s následkem.

Dále se hodně zaměřujeme na léčení ve skupině, které dosahuje nejvyšší efektivity. Skupinovým terapiím dáváme přednost před těmi individuálními, protože klient vidí, že nemá problém sám, může se o něj podělit s ostatními a nepřipadá si jako „černá ovce“, protože jsou na tom všichni okolo podobně.

Pro klienty je to velice těžké, ale základem je pochopit problém závislosti. Je důležité problému porozumět, abychom byli schopni vytvořit motivaci k některým změnám. Je také nutné pochopit co nejdůkladněji svůj vlastní problém – zbilancovat svůj život, důsledky závislosti a to, jestli tak má život vypadat.

Snažíme se klienty přimět tomu, aby věřili, že nejsou ztraceni, že mají naději a i oni mohou abstinovat a změnit svůj život. Změnit vnitřní negativní nálepkou není vůbec jednoduché, často je to nejtěžší fáze terapie.

Náš terapeutický program nestojí jen na jedné terapeutické škole, ale kombinuje více přístupů. Rád bych zmínil ty základní:

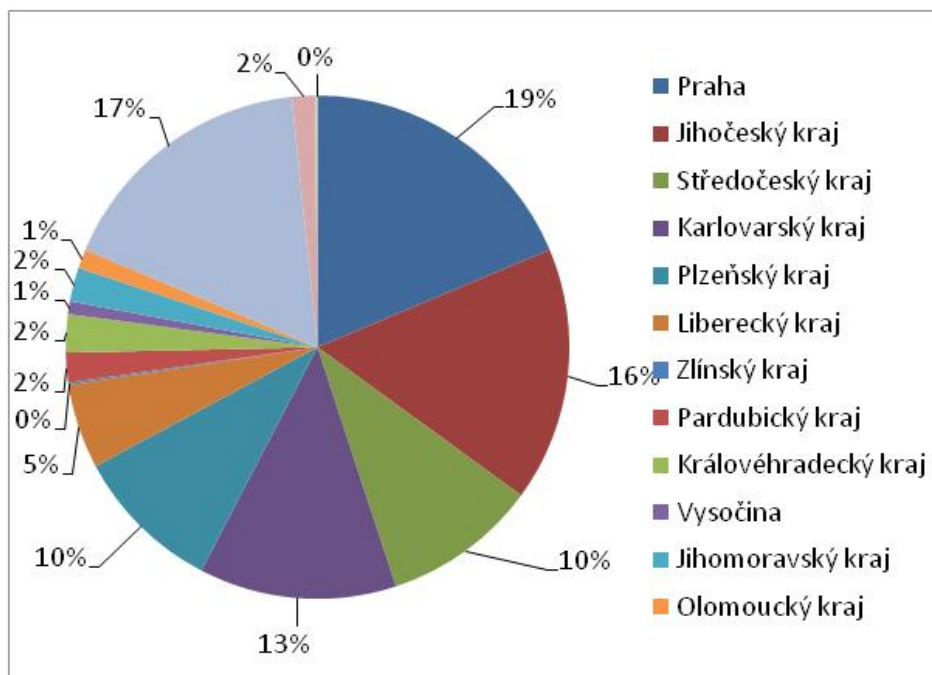
- Humanistická a dynamická psychoterapie.
- Kognitivně behaviorální terapie
- Terapeutická komunita
- Neurobiologický model závislosti. “

Musím říci, že systém práce s klienty mě velice zaujal. V tomto případě se dá hovořit o využívání poradenských strategií a práce s motivací. Systém je direktivní a vede klienta určenými fázemi, kterými musí postupně projít. Terapeut potvrdil práci s motivací klienta (viz model „Kolo změny“) a dále motivačního tréninku a motivačních rozhovorů. Zaujaly mě nejen skupinové terapie, ale i to, že mají klienti možnost pozvat si člena rodiny (rodič, manžel, dítě), aby s nimi v léčebně strávil nějaký čas, viděl, jak to tam chodí, zúčastnil se skupinové terapie apod. Myslím si, že i pro rodinu to musí být velkým přínosem. Mají možnost se potkat i s ostatními klienty, kteří mají stejné problémy.

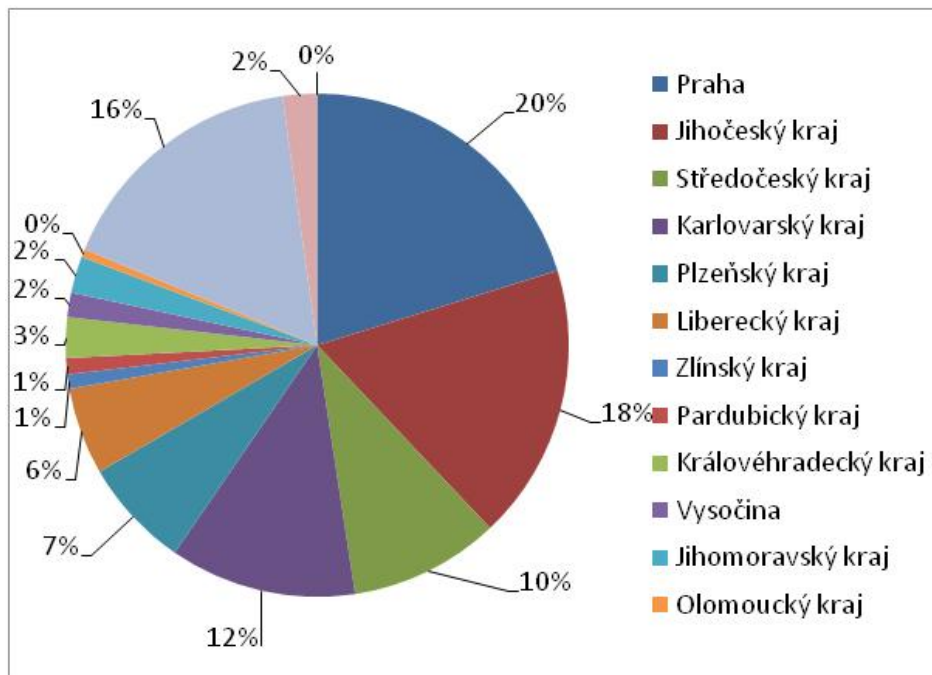
Webové stránky informují i o klientele léčebny:

Léčebna je celorepublikové zařízení. Průměrné zastoupení pacientů z jednotlivých krajů v posledních letech ukazují následující grafy:

Graf č. 1
2009



Graf č. 2
2008

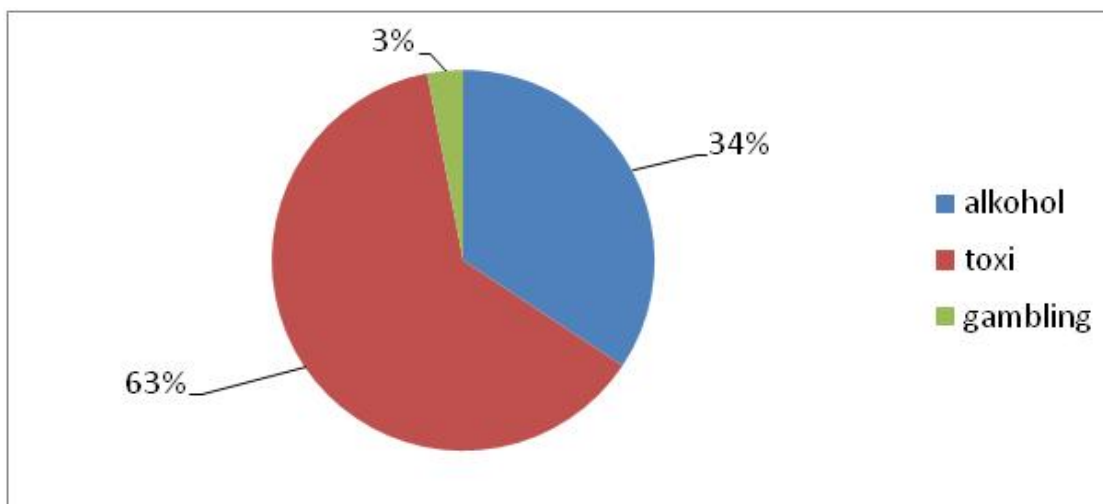


Nejčastější léčené primární diagnózy jsou:

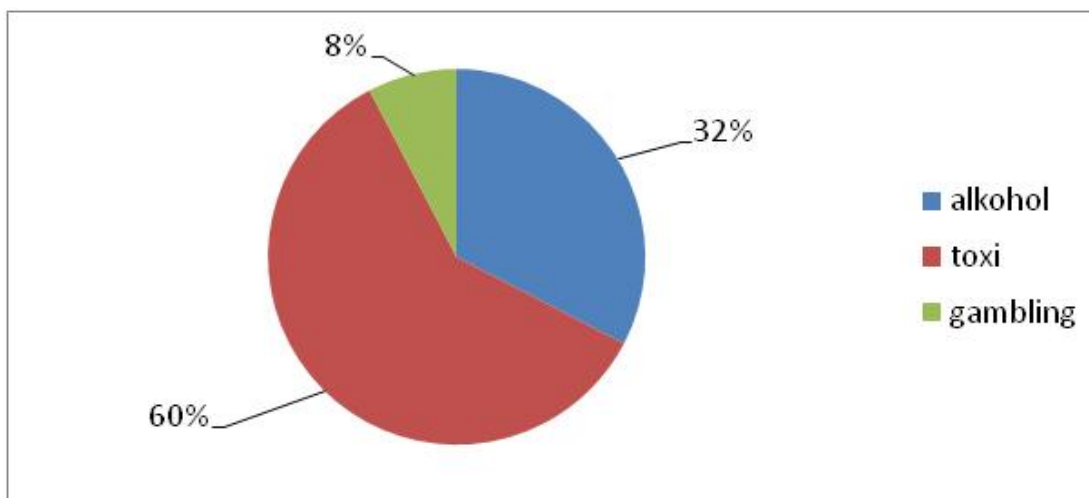
- Syndrom závislosti na alkoholu F 10.2
- Syndrom závislosti na heroinu (případně kodeinu či Subutexu) F 11.2
- Syndrom závislosti na pervitinu F 15.2
- Syndrom patologického hráčství F 63.0
- Syndrom polymorfní závislosti F 19.2

Skladbu léčených pacientů v roce 2009 a 2008 ukazují následující grafy:

Graf č. 3
2009



Graf č. 4
2008



Zastoupení jednotlivých skupin diagnóz podstupuje vývoj (pravděpodobně v důsledku výskytu jednotlivých závislostí v republice). V roce 1994 byla léčebna téměř výhradně určena pro léčbu závislých na alkoholu, v následujících letech se razantně zvyšoval počet léčených pacientů se závislostí na nealkoholových drogách, předpokládaným trendem je stabilizace poměru mezi závislými na alkoholu a závislými na nealkoholových drogách na 1:1.

4. Dosažené výsledky

Zajímala jsem se o nějaké statistiky úspěšnosti léčby. Terapeut mi na toto téma řekl: „Statistiky neexistují, protože úspěšnost léčby je minimální. Chceme udržovat kontakt po dobu 3 let od odchodu z léčebny, ale to už záleží pouze na klientovi. Bohužel klientů, kteří vydrží abstinovat je poměrně málo. Za úspěch považujeme, když z 50% dokončí léčbu polovina.“

Toto tvrzení mě překvapilo, vzhledem k propracovanosti práce s klienty.

Doléčovací centrum Prevent

1. Představení centra, jak funguje, čím se zabývá.

Webové stránky popisují: Doléčovací centrum PREVENT vzniklo v polovině roku 2006 na základě absence zařízení podobného typu v regionu. Zařízení bylo certifikováno RVKPP v roce 2007 a souladu se zákonem 108-2006sb. §64 poskytuje služby následné péče.

Služba je poskytována v pobytové formě s kapacitou 12 lůžek (7 míst na pánském patře a 5 míst na dámském patře), přičemž počet míst na dámském patře může být snížen až na 3, pokud je v největším z pokojů ubytována matka (rodič) s jedním či více dětmi. Ambulantní forma programu má kapacitu 5 klientů v daném okamžiku.

Cílovou skupinou služby jsou abstinující osoby, které absolvovaly léčbu primárně z drogové závislosti, sekundárně pak ze závislosti na gamblingu či alkoholu. Přicházejí nejpozději 4 dny po jejím ukončení, jsou nuceni vrátit se do prostředí, které je pro ně z hlediska abstinence rizikové, ocitají se v nelehké sociální situaci (nemají práci, bydlení, urovnané rodinné vztahy) a potřebují podporu při svém návratu do společnosti.

Kromě výše zmíněné charakteristiky cílové skupiny musí žadatelé o službu splňovat tyto předpoklady:

- minimální věk 18 let (15 let za souhlasu rodičů u ambulantní formy)
- potvrzená abstinence minimálně v rozsahu tří měsíců (z bezprostředně navazující předchozí léčby)
- motivace k životu bez drog (zhodnotí tým na základě vstupního rozhovoru, písemné žádosti, vyjádření týmu z předchozí léčby a životopisu)
- u ambulantní formy programu musí klientovi místo jeho pobytu umožňovat účast na všech povinných aktivitách

Terapeut na toto téma řekl: „ Služeb doléčovacího centra využívají klienti převážně po léčbě, kteří potřebují pomoci při řešení základních sociálních potřeb, jako je bydlení a znovu začlenění do společnosti. Není to ale pravidlem, protože k nám dochází třeba i lidé, kteří nejdou přímo z léčebny. Pro ty je podmínkou minimálně 3 týdny až měsíc abstinovat.

Z kapacitních důvodů nejsme schopni vyhovět všem klientům, kteří by měli zájem o doléčovací program. Snažíme se pomoci i ambulantně, ale kapacita je také značně omezená. Ročně v průměru dokážeme zajistit program pro 45 klientů a dalších 35 je z kapacitních důvodů odmítnuto.“

Myslím si, že doléčovací program je pro klienta dalším pomocnou fází při získání možnosti začlenit se do společnosti, najít si bydlení, práci a znovu začít žít „lepší život“ bez závislosti. Terapeut mi potvrdil i to, že pokud lidé po léčbě absolvují doléčovací program, je velká pravděpodobnost, že se jim podaří návrat bez větších potíží. Pak už ale záleží pouze na nich.

2. Práce s klienty

Webové stránky popisují: Délka terapeutického programu je standardně nastavena na 6-8 měsíců. Program je rozdělen do 4 fází.

Posláním služby následné péče je podpora osob, přicházejících bezprostředně po ukončení léčby ze závislosti, v jejich opětovném začlenění do společnosti. Služba je realizována v Českých Budějovicích a je zaměřena na abstinující osoby z České republiky, pro které je návrat do původního prostředí vzhledem k závislosti rizikový.

Každý poradce je garantem několika (4-6) klientů, se kterými pracuje individuálně (individuální terapie), tak skupinově.

Terapeut popisuje práci s klientem: „První fází práce s klienty je pomoci jim při návratu zpět do reality. Základem pro klienta, je postavit se na vlastní nohy, začít hledat práci a pomalu řešit situace, do kterých se během závislosti dostal. Ať už jsou to dluhy, rodinné problémy, ztráta přátel a další. Každý klient má svého garanta (terapeuta) se kterým řeší veškeré své potřeby a přání. Pracujeme s klienty, jak individuálně, individuální terapie, které se konají jednou až dvakrát týdně po dobu jedné hodiny, kde terapeut řeší s klientem aktuální dění kolem něj. Tak i skupinově, skupinové terapie probíhají dvakrát týdně pod vedením terapeuta. Dále se zaměřujeme na využití motivačního tréninku a prevenci relapsu.“

Pro můj výzkum bylo nejdůležitější zjištění, že terapeuti využívají metodu motivačního tréninku, díky kterému dochází ke změnám chování, prožívání a myšlení klientů. Metodu jsem rozebrala podrobněji s terapeutem v dalším bodě rozhovoru.

3. Strategie, motivace

Terapeut potvrdil a upřesnil využívání metody motivačního tréninku: „ Tato metoda je u nás hodně využívána zejména v situacích, kdy klient prožívá rozpolčené pocity (ambivalence) a nedokáže si pořádně utřídit myšlenky a jeho následné chování. Snažíme se s klientem přijít na jeho základní problém a stanovit si cíle vedoucí ke změně. Ve většině případů se změny týkají celkového zdraví a sociálních potřeb.

Role terapeuta při využívání této metody je podpořit klienta při procesu změny tím, že ho podpoří při rozhodování, posiluje jeho odpovědnost. Důležitou roli zde také hraje znovu získání sebedůvěry.“

Praktické využití a práce s motivačním tréninkem v doléčovacím centru Prevent se shoduje s teoretickými popisy dané metody. Terapeuti podporují klienta v jeho rozhodnutích, snaží se mu být oporou a posílit jeho sebevědomí. Základním cílem této metody je dosáhnout změny životního stylu.

4. Dosažené výsledky

Vyjádření terapeuta k dosaženým výsledkům: „ Ročně našich služeb využije 1/3 lidí, kteří opustí léčebnu. To je zhruba 45 klientů, dalších v průměru 35 klientů jsme nuceni z kapacitních důvodů odmítnout. Úspěšnost doléčovacího programu je kolem 60%. S klienty, kteří opustí náš program, udržujeme kontakt ještě minimálně půl roku po odchodu.“

Hledala jsem výroční zprávy centra, kde bych našla konkrétnější vyhodnocení jejich úspěšnosti, ale bohužel bez úspěchu.

5.2 Sumarizace výsledků

Hlavním cílem mé závěrečné práce bylo zmapovat, jak využívají centra / léčebny pro závislé na drogách a alkoholu poradenské strategie a jejich úspěšnost. Dále mě zajímala práce s motivací klientů a využití metod motivačního tréninku a motivačních rozhovorů.

Prvním dotazovaným centrem bylo Kontaktní centrum Prevent v Českých Budějovicích. Z pohovoru s terapeutem K Centra vyplynulo, že využívají nedirektivní způsob práce s klienty, protože nechtějí na klienta naléhat, do ničeho ho nutit. Fungují hlavně v oblasti sociálního poradenství, které směřuje k cíli motivovat klienta ke změně, ukázat mu možnosti, jak vyřešit základní sociální potřeby a získat jeho důvěru, aby využil pomoci terapeutů i k řešení dalších problémů spojených se závislostí.

Druhým účastníkem pohovoru byl terapeut zastupující léčebnu Červený Dvůr nedaleko Českého Krumlova. Systém práce s klienty je propracovaný, direktivní. Klient musí projít čtyřmi fázemi léčby. Při druhé a třetí fázi dochází k intenzivnímu využívání poradenských strategií, kombinují více poradenských přístupů pomocí humanistické a dynamické psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie. Využívají práce s „Kolem změny“, motivačního tréninku a motivačních rozhovorů.

Třetím dotazovaným bylo Doléčovací centrum Prevent v Českých Budějovicích. Z pohovoru s terapeutem jsem dospěla k závěru, že v oblasti poradenství se centrum zaměřuje stejně jako K Centrum na oblast sociální. Základním cílem centra je pomoci klientovi se začleněním zpět do společnosti a pomocí motivačních rozhovorů podpořit klienta v jeho rozhodnutích, posílit jeho sebevědomí a dovést ho ke změně životního stylu.

6 Diskuze

Ve výzkumném šetření jsem se zaměřila na využití poradenských strategií, motivačního tréninku a motivačních rozhovorů při práci se závislími na drogách a alkoholu.

Vybrala jsem si a oslovila tři centra, zaměřená na práci se závislími: Kontaktní centrum Prevent, Léčebnu Červený Dvůr a Doléčovací centrum Prevent. Překvapila mě ochota zástupců (terapeutů) ke spolupráci.

Terapeuti ze všech tří center se shodují na tom, že práce s klienty je velice individuální, nedá se specifikovat, které poradenské strategie nebo metody by byly úspěšnější a které naopak neúspěšné.

Výsledky výzkumného šetření ukazují na podobnost práce s klienty u Kontaktního a Doléčovacího centra Prevent, která se zaměřují na poradenství v oblasti sociálních potřeb a potvrzují úspěšnost modelu „Kolo změny“ popsané v práci Prochasky a DiClementa (1982) tvrzením, že klientovi pomáhá při přípravě a uskutečnění změny.

Praktické využití a práce s motivačním tréninkem v doléčovacím centru Prevent se shoduje s teorií popsanou v díle Dobiášové, Broži (2003). v jeho rozhodnutích, snaží se mu být oporou a posílit jeho sebevědomí. Základním cílem této metody je dosáhnout změny životního stylu.

Výsledky výzkumného šetření ukazují na propracovanost systému práce s klientem v léčebně Červený Dvůr. Systém je direktivní, má propracované fáze, které klient musí absolvovat. Zde se dá hovořit o největším využití poradenských strategií, motivačního tréninku a motivačních rozhovorů. Poradce zmínil, že svůj přístup často přizpůsobuje charakteru problému nebo typu klienta. V současnosti je poměrně běžné, že na jednom případě pracuje poradce do hloubky, s druhým klientem dělá behaviorální nácvik a se třetím případem pracuje nestrukturovaně, tím potvrdil tvrzení Gabury (1995).

Výzkumné šetření také poukázalo na shodu všech tří terapeutů v obtížnosti vypracování statistik úspěšnosti práce s klienty. Kontaktní centrum a Doléčovací centrum Prevent odkazují na výroční zprávy, kde je nemožné dohledat konkrétní číselné hodnoty statistik úspěšnosti. Stejně tak tomu je i u Léčebny Červený Dvůr, kde mi terapeut přímo potvrdil, že úspěšnost léčby je velmi malá.

7 Závěr

Bakalářská práce měla za cíl zmapovat, jak využívají centra / léčebny pro závislé na drogách a alkoholu poradenské strategie a jejich úspěšnost. Dále mě zajímala práce s motivací klientů a využití metod motivačního tréninku a motivačních rozhovorů.

Výzkumu, který jsem prováděla kvalitativní metodou polostrukturovaných rozhovorů se zúčastnili tři zástupci vybraných center pracujících se závislými.

Z výzkumu vyplynulo, že Kontaktní centrum Prevent využívá *poradenských strategií v oblasti sociálních potřeb a základní zdravotní péče*. Klienti do centra přicházejí primárně řešit problémy s bydlením, dávkami hmotné nouze, zdravotní, základní hygienické potřeby. Práce se závislostí a vůbec s motivací klienta ke změně, je až druhotné. Centrum pracuje *nedirektivním způsobem*, veškeré programy v rámci centra jsou dobrovolné a je pouze na klientech, do jakých programů se zapojí.

Ve srovnání s Kontaktním centrem, pracuje léčebna Červený Dvůr *direktivně*, každý klient musí projít stanovenými *fázemi léčby*, kde je přesně určeno, čemu se klient v dané fázi bude věnovat. Fáze mají stanoveny i časový rozsah a jsou zacíleny přímo na klienta a jeho prožívání každé fáze. Léčebna má ve srovnání s Kontaktním centrem daleko větší možnost využití *poradenských strategií a práce s motivací ke změně*. Hlavním cílem léčebny je najít klientův problém a začít na něm společně pracovat. Využívají k tomu hlavně skupinových terapií, kde klienti vidí, že nejsou sami, že i ostatní mají stejné nebo podobné problémy.

Doléčovací centrum se svojí prací přiblížilo Kontaktnímu centru v souvislosti se *zaměřením na sociální potřeby klientů*. Hlavním cílem je pomoci klientovi se znovu začlenit do společnosti. Pomoci mu při hledání práce, řešení problémů, které zapříčinil v průběhu závislosti (dluhy, ztráta rodiny, přátel). Klient si zde uvědomuje dopady jeho závislosti a prožívá rozpolcené pocity, zde terapeuti využívají *práce s motivací a motivačními rozhovory*, podporují klienta v jeho rozhodnutích a pomáhají mu získat zpět sebedůvěru.

Z výzkumu tedy vyplynulo, že všechna centra pracují *s motivací klienta ke změně*, využívají *motivačních metod*, ale v poradenské práci se jejich cesty rozcházejí.

8 Seznam použité literatury

GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J., 1995. Poradenský proces, Praha: SLON. ISBN 80-85850-10-9

HENDL, J. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 8073670402.

KALINA, K. a kol., 2003. Drogy a drogové závislosti 1.: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol., 2003. Drogy a drogové závislosti 2.: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

MILLER, William R., ROLLNICK, Stephen, 2002. Motivational interviewing : preparing people for change. 2nd rev. edition. New York: The Guilford Press, 428 s. ISBN 978-1-57230-563-2.

MILLER, William R., ROLLNICK, Stephen, 2003. Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování. 1. vyd. Tišnov: SCAN. 332 s. ISBN 80-86620-09-3.

MORGAN, Thomas J., 1999. Techniky behaviorální terapie závislostí. In ROTGERS, Frederick, et al. Léčba drogových závislostí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 165-194 s. ISBN 80-7169-836-9.

NEŠPOR, K., 2010. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 14 -25 s. ISBN 978-80-7367-908-8

ONDRUŠ, D., 1990. Toxikománia strašák či hrozba? Banská Bystrica: Osveta, 88 s. ISBN 80-217-0141-2.

PIPEKOVÁ, J. a kol., 1998. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 404 s. ISBN 80-85931-65-6.

PROCHASKA, James O., NORCROSS, John C., 1999. Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi. Praha: Grada. 479 s. Psyché. ISBN 80-7169-766-4.

STRAUSS, A. CORBINOVÁ J., 1999. Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.

VÍTKOVÁ, M. a kol, 1998. Integrativní speciální pedagogika. 1. vydání. Brno: Paido, 181 s. ISBN 80-85931-51-6.

ZVOLSKÝ, P. a kol, 2001. Speciální psychiatrie. Praha: Karolinum, 206s. ISBN 80-7184-203-6.

OSTATNÍ ZDROJE

Vnitřní materiál pro samostudium pacientů, Červený Dvůr, 2010

INTERNETOVÉ ZDROJE:

Kontaktní centrum Prevent. Dostupné z: <http://kccb.os-prevent.cz/>

Léčebna Červený Dvůr. Dostupné z: <http://cervenydvur.cz/>

Doléčovací centrum Prevent. Dostupné z: <http://dc.os-prevent.cz/>

9 Seznam příloh

Příloha A - Průvodce pacientky léčbou. Červený Dvůr

Průvodce pacientky léčbou

střední - prof. Hekera, Ap-1/1/1/1
Děti - st. kabinet

*
**UŽ JSI TU ?
TO JE VÝBORNÉ – JSI V BEZPEČÍ**

VÍTÁME TĚ

S trochou nadsázky lze říci, že nejtěžší v léčbě závislosti na návykové látce je to, co ji předchází, a rozhodnutí s tím něco udělat. Nemusíš být tedy v nejistotě, uvidíš, že teď bude už jen lépe. Všichni tady jsou k tomu, aby Ti pomohli. V léčebném programu strávíš 17 týdnů, 6 – 8 týdnů je potřeba na tělesnou a psychickou rehabilitaci, bez které se nedostaneš k potřebnému náhledu.

Základní složkou léčebného programu je tedy detoxifikace tvého těla, s navazujícími psychoterapií s dalšími rehabilitačními a resocializačními technikami, včetně podpůrné farmakoterapie. Hm...hm..hezký, vím, co si lze ve tvém postavení představit – co to znamená. Neobávej se, bude Tě to bavit.

Léčebný program je zářímován režimem (denní program s přesnými časy) a bodovacím systémem s účelem informovat.

Psychoterapii zde absolvuješ skupinovou, komunitní i individuální.

Hlavně však se vychází z Tvých potřeb a program je přizpůsoben Tvým možnostem. Dostaneš i informaci jaký je Tvůj léčebný pokrok s ohledem na Tvé zdraví. Je zde velké množství informací o naší nemoci, aby ses mohla „sama svobodně“ rozhodnout, zda budeš svou nemoc řešit abstinencí, nebo ne.

Již od začátku se budeš setkávat s relaxací formou autogenního tréninku. Nelekej se, to cizí slovo je docela příjemná technika. Jedná se totiž o relaxaci, při které se opravdu naučíš uvolnit.

Dobry léčebný program se neobejde ani bez pohybových a sportovních aktivit.

Pokud tu nalezneš pro sebe chvilku času, snaž se ji opravdu využít pro nalezení základních chyb v řešení situací, které před Tebe život nastavil a nepodařilo se Ti je zvládnout. V závěru léčby se již budeš lépe soustředit na stabilitu změn, které se Ti podařilo dosáhnout a zvýšíš tak pravděpodobnost zvládnutí Tvé Ne-moci.

Nechceš se nyní zeptat, co Ti tu vlastně pomůže?

1. Společná zkušenost?
2. Vzájemná pomoc a podpora?
3. Již nebudu sama na zvládnání problémů?
4. Mohu se „přidružovat“ k novému chování a u kterých pacientek?
5. Pomůže mi síla kolektivu, vůle, energie, soudržnost?
6. Probíhající významné informace tady a teď?
7. Konstruktivní jednání a komunikace ve vztahu ke sdíleným cílům?
8. Schopnost efektivně komunikovat?

PRŮVODCE FÁZEMI LÉČBY

1. – 4. TÝDEN

Postupné zlepšování fyzického a psychického stavu
Seznámení s léčebným řádem
Důraz na přizpůsobení se režimu léčby a dodržování léčebného řádu
Postupné zapojování do programů
Smíření s nutností vykonávat činnosti dle režimu
Přijetí nutnosti setrvávat v léčbě
Kolísavý fyzický a psychický stav
Strach ze zvládnutí programu
Špatná orientace v terapeutických pojmech a názvech programů
Nepochopení logiky určitých činností – např. PROČ se v pátek 3x uklízí !?!
Chut' podepsat revers

Začátek léčby je hodně těžký, vím, že máš pocity, jak těžké je to zvládnout. Nepodléhej tomu.

Nemusíš se cítit fyzicky dobře, ale je to v pořádku. Z toho důvodu máš první dva týdny fyzické šetření a nižší nárok na plnění léčebného programu.

U všech bez rozdílu existuje jakási zákonitost poznávání, osmělování se, ohmatávání si vlastních neúspěchů, selhávání a objevování potřeby následných kroků, ale vše zlé je k něčemu dobré. Nestyd' se tedy a na vše se ptej důvěrnice, od toho tu také je. Nenech se odbýt, zjednoduší Ti to začátek.

Je tu také něco jako „Kniha zákonů“ – místní ji pojmenovali „Léčebný řád“. Doporučuji – zorientuj se v ní, neznalost zákonů neomlouvá.

Nelekej se osminek, nejedná se o trest, je to informace se snahou Tě upozornit v čem chybuješ zde, ale především v životě. Každý z programů má svoji paralelu v životě, i když někdy je dost těžké ji najít.

Již první den je nutností pořídit si sešit, nejlépe velikosti A4. Ten opatříš obalem „své“ skupiny. Ten Tě bude provázet a sloužit pro psaní elaborátů a deníků. Bude to taková Tvoje „pokladnička myšlenek“ do které mohou nahlédnout pouze členové terapeutického týmu. Jedná se o jakousi každodenní komunikaci mezi Tebou a terapeutem. Z jednotlivých programů se píše elaboráty. Zde je prostor pro zamyšlení a pojmenování svého problému, formulaci zisku nové zkušenosti, vyhodnocení a zpracování informace. Tím je to zároveň trénink paměti a uvažování.

* Po třetím týdnu Tě čeká první kontakt s lidmi z venku, zatím ještě v chráněném prostředí Apolináře. Obě strany jste měly tři týdny pro sebe a možnost se plně soustředit na své problémy a zhodnocení současného stavu. I rodina si měla možnost odpočinout a nabrat nové síly. Využij toho pro sebe.

V léčebném programu nabývá na významu především psychoterapie se svým potenciálem přivést Tě ke změně v náhledu. Psychoterapie klade důraz na porozumění sobě i okolí, logický úsudek a pochopení souvislostí. Nabízí různost pohledu na jeden problém a hlavně aktivní a konstruktivní přístup v cestě ke kompletnímu náhledu. Snaž se maximálně využívat času na skupinách i komunitách. Existuje i individuální forma terapie.

Jednou týdně Tě tu čeká tzv. Volná tribuna. Jedná se v podstatě o setkání celé komunity. Ta je tvořena pacienty a celým terapeutickým týmem. Objevují se zde informace za celý týden, propouštění pacientek z léčby, máš zde možnost řešit i své osobní problémy, problémy skupiny či komunity. Je zde možnost upravovat dohodnutá pravidla. Na tento program chod' hezky upravená, sama poznáš proč. Na VT se vyhodnocuje i zadaná týdenní soutěž mezi skupinami. Soutěž vyžaduje plnou spolupráci pacientek ve skupině stejně jako i v dalších programech. Díky tomu se o sobě také hodně dozvíš. Třeba to, jak kreativní ve skutečnosti jsi, kde máš své slabé stránky.

Jistě již víš, že VT je jednou z mnoha forem léčebného programu.

MOJE POZNÁMKY

Zvládnutí 1. fáze léčby :

Somatický stav:

Psychický stav:

Kontakt s rodinou:

Zvládání léčebného programu:

Náhled choroby:

5. – 8. TÝDEN

Začínáš chápat smysl předávání negativních symbolů a zpětných vazeb jako informaci

Naučíš se jednat s větší rozvahou

Dokážeš promluvit na skupině o svém problému a začneš ho řešit

Setrváš v léčbě, uvažuješ o pohovoru se svým terapeutem

Dokážeš zrealizovat svůj osobní plán vycházky a zjistíš skutečné škody, které jsi napáchala

Bojíš se přijímat kritiku ve formě záporných symbolů. Bojíš se je předávat.

Bojíš se udělit negativní zpětnou vazbu

Panikaříš při zátěžové situaci a jsi roztržitá

Nevíš, jak uchopit léčbu

Panický strach z některých terapeutů (např. prof. Hellera©)

Koncem této fáze Tě OPĚT napadá možnost podepsání reversu !

Objevují se obavy z první vycházky

Již se cítíš stabilizována fyzicky, dalo by se říci, že završuješ to, co jsi začala v prvních týdnech. Také Tě možná napadá, že je již léčby dost, je to však klam. Jsi již plně zapojena do programu a rozumíš pravidlům. Umíš program dne odříkat z paměti. Víš, jaký životní princip představuje který program. Potřebuješ ještě vědět, kdo jsi, a umět program využít ve svůj prospěch. Také Tě čekají první „místní“ funkce a s nimi i stresové situace ke zvládnutí a tím i zdokonalování. Jsou to: důvěrnice, sportovní referent, šéfredaktorka, Minerva, předsedkyně.

Nezapomeň zpracovat svůj životopis a v šestém týdnu léčebného programu odevzdat ve středu a ranní komunitě. Je to poslední vstupenka do programu s vycházkami. Pak přichází Tvůj dlouho očekávaný okamžik – Tvoje první vycházka – první kontakt s blízkými v běžném prostředí a zároveň Tvůj nový program realizovaný „doma“. Realizovaný nový životní styl „doma“ dává pravděpodobnost udržení rozhodnutí o abstinenci.

První a vlastně i druhá vycházka slouží ke zmapování škod a průšvihů, které se Ti podařily v závislostní kariéře a které bude třeba postupně napravit. Rozhodně na to nespěchej. Od třetí vycházky je již na místě aktivní realizace promyšlených změn v komunikaci a ve vlastním chování. Je to začátek jakési „červené nitě“, ta bude rodinu a blízké informovat o změně a jejím trvání.

Ještě jednou pozor na vtíravé myšlenky, že je již léčby dost a určitě bych již dokázala abstinovat sama, nebo nedej bože konzumovat s kontrolou (mírou).

MOJE POZNÁMKY

Zvládnutí 2. fáze léčby :

Zvládání psychické zátěže:

Porozumění léčebnému programu:

Reálný pohled na sebe (životopis):

Náhled na důsledky závislosti v rodinném systému:

Informace rodině o své nemoci (na základě náhledu):

9. – 12. TÝDEN

Využíváš vycházky k nabytí jistoty a schopnosti dodržet ŘÁD
Začínáš řešit rodinné vztahy
Chápeš význam konkrétních negativních zpětných vazeb
Přijímáš závislost jako NEVYLÉČITELNOU CHOROBU !
Připouštíš, že léčba, že má smysl a účinek
Rozumíš, že nejsnadnější cestou ke spokojenému životu je využít
ABSTINENCE
Začínají obavy z toho, co bude PO LÉČBĚ, krátí se čas
Začínáš zjišťovat, že neplatí: „jsem jen TROCHU ZÁVISLÁ“
Máš chuť si dát pohovor s těmi terapeuty, kterých ses bála

Léčebný program již časově zvládáš bravurně. V těchto týdnech můžeš od sebe očekávat reálné vidění vlastní situace. Dle terapeutického týmu máš již náhled. Na počátku reálnosti vidění překážel racionalizační systém – systém výmluv, zdůvodnění a pololží. Zda náhled využíváš správným směrem, si musíš ověřit na skupinové, případně individuální psychoterapii. Zde je příležitost, která se již v běžném životě bude opakovat jen velmi těžce.

Pro připomenutí: potřebujeme alespoň:

**náhled choroby (jsem nemocná),
náhled vhodnosti léčby (přijetí léčebného programu v APO),
náhled času a aktivity (léčba trvá cca 3 roky)**

Jistě jsi tu již slyšela, že kalich sebevědomí je plněn kapkami splněných rozhodnutí, proto si na každý den dej alespoň jedno malé rozhodnutí a můžeš jej zveřejnit na komunitě. Už Tě možná i napadlo: „Moc času již nemám, konec léčby je v dohlednu“.

Tvá závislost je nemoc, která se výrazně dotýká i Tvých blízkých. Jak už nyní víš, bude je třeba seznámit s Tvým léčebným programem a vytvořit spolupracující atmosféru. Jedině tak Tvé okolí pochopí potřebnost doléčování pro Tebe /a tím i pro sebe/. Je čas pro zařazení rodinné či manželské terapie. Určitě využij této možnosti.

MOJE POZNÁMKY

Zvládnutí 3. fáze léčby :

Kompletní náhled (choroby, jejich důsledků a vhodnosti léčby):

Aktivní využívání léčebného programu:

Porozumění principům jednotlivých léčebných programů:

Dodržení osobního programu na vycházce:

Obnova komunikace v rodině:

13. – 17. TÝDEN

Chtěla bys chodit cvičit 2x týdně
Cítíš NEJISTOTU, zda zvládneš TRVALOU A DŮSLEDNOU
ABSTINENCI po zbytek ŽIVOTA
Využíváš vycházek k řešení osobní situace
Hledáš bydlení, práci...
Řešíš problém doléčování a jak to bude vlastně dál?

UŽ CHCEŠ BÝT DOMA, ALE MÁŠ PLNO NEJISTOT!!!

V těchto týdnech se již očekává, že dokážeš racionálně vyhodnotit realizaci změny ve svém životním stylu. Proto činiš kroky k vypracování takového programu, který Ti umožní udržet dobrý psychický a fyzický stav. Jistě nyní cítíš svoji sílu a odolnost. Ta je klíčem pro schopnost dodržení bezdrogové diety. Víím, že se Ti moc nechce převzít program do své režie a zodpovědnosti, ale je opravdu čas s tím začít. Snaž se již sama rozhodovat o využití jednotlivých složek léčebného programu. Zde je prostor pro osobní aktivitu místo aktivity terapeutického týmu.

Psychoterapie (racionální psth) je nyní uplatňována v rámci denního programu a režimu s cílem dosáhnout rozumové regulace Tvého chování. Plně se soustřeď na porozumění informacím a srozumitelnosti a konkrétnosti své komunikace.

Pokud proběhne v tuto dobu Tvá rodinná terapie, přinese Ti změnu do života, uvidíš.

Nezapomeň také na rekapitulaci toho, co jsi v léčbě získala a zformuluj její do písemné formy v rozsahu minimálně deseti stran A4 s názvem: „Co mi dala léčba“. Vše odevzdej v pondělí při ranní komunitě v týdnu, v němž odcházíš.

Již Tě čeká loučení s celou komunitou a terapeutickým týmem na „Volné tribuně.“ Do kufříku si určitě zabal léčebný a doléčovací program společně s rozhodnutím pro abstinenci a aktivní přístup k životu.

MOJE POZNÁMKY

Zvládnutí 4. fáze léčby :

Současný duševní a tělesný stav mi umožňuje dodržení trvalé a důsledné abstinence i mimo chráněné prostředí:

Převzetí odpovědnosti za vlastní program v rámci léčby:

Konstrukce osobního programu na období po léčbě:

Rozhodnutí k trvalé a důsledné abstinenci:

Konkretizace osobního doléčovacího programu:

Rodinná terapie:

**NEZAPOMEŇ – TVOJE LÉČBA JE VELMI DŮLEŽITÝ
ZÁKLADNÍ VKLAD. TENTO ZÁKLADNÍ VKLAD SE VŠAK ZÚROČÍ
AŽ DALŠÍ INVESTICÍ VE FORMĚ DOLÉČOVÁNÍ !!**

V prvním roce abstinence je třeba nejintenzivnější doléčovací program a zvýšená spolupráce rodiny na zabudování bezdrogové diety do životního stylu.

Druhý rok je již náročnější ve změně pro rodinu, abstinující již ztrácí velkou část ocenění z okolí a porozumění nachází jen u abstinujících.

Ve třetím roce se vracíme do „společnosti“, máme své jistoty a „nezávidíme“ ostatním jejich drogu. Rodina nám důvěřuje a nestydí se za nás.

Nyní je již možný návrat do plnohodnotného a společenského života, jsme uznáni za kvalitního člověka který abstinuje.

Čeká nás nyní život, ve kterém rozumíme informacím a dokážeme z nich vytvořit zkušenosti, které nám usnadňují řešení otázek života.

**NIKDY NESMÍME ZAPOMENOUT, ŽE JSME NEMOCNÉ -
ZÁVISLÉ**