

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce

UŽITÍ MOTIVAČNÍCH ROZHOVORŮ PŘI PRÁCI  
S KLIENTEM ZÁVISLÝM NA PSYCHOAKTIVNÍCH  
LÁTKÁCH

Vedoucí práce: PhDr. Ing. Marie Lhotová, Ph.D.

Autor práce: Bc. Lucie Tupá

Studijní obor: Etika v sociální práci, prezenční studium

Ročník: druhý

2012

### **Prohlášení o samostatném zpracování práce a souhlas s jejím zveřejněním**

Prohlašuji, že svou diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou 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 č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledky 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 na odhalování plagiátů.

29. března 2012

.....

### **Poděkování**

Děkuji vedoucí diplomové práce PhDr. Ing. Marii Lhotové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

## Obsah

Úvod.....	7
1 Syndrom závislosti.....	9
1.1 Psychoaktivní látky.....	9
1.2 Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.....	10
1.3 Definice závislosti podle Diagnostického a statistického manuálu.....	11
1.4 Znamky závislosti.....	11
1.5 Druhy závislosti na psychoaktivních látkách.....	13
1.6 Historický vývoj.....	14
2 Vznik závislosti.....	16
2.1 Stadium experimentování.....	16
2.2 Stadium příležitostného užívání.....	17
2.3 Stadium pravidelného užívání.....	17
2.4 Stadium návykového užívání.....	18
3 Rizikové faktory pro vznik závislosti.....	19
3.1 Psychické rizikové faktory pro rozvoj závislosti.....	19
3.2 Sociální rizikové faktory pro rozvoj závislosti.....	20
4 Závislost a osobnost.....	21
4.1 Osobnostní charakteristiky před stykem s návykovou látkou.....	21
4.2 Změny osobnosti v průběhu abúzu.....	21
4.3 Somatické důsledky závislosti.....	22
4.4 Sociální důsledky závislosti.....	23
5 Motivace.....	24
5.1 Vývoj pohledu na motivaci ke změně.....	25
5.2 Práce s motivací klienta.....	26
6 Cyklus změny.....	31

6.1	Prekontemplace.....	32
6.2	Kontemplace .....	34
6.3	Rozhodnutí.....	36
6.4	Akce .....	38
6.5	Udržování.....	40
6.6	Relaps.....	41
7	Kontrakt .....	43
8	Model Buisman - Kok.....	44
8.1	Kontakt.....	44
8.2	Pozornost.....	44
8.3	Pochopení.....	45
8.4	Změna postoje .....	45
8.5	Změna záměru.....	45
8.6	Změna chování.....	46
9	Motivační rozhovory.....	47
9.1	Základní charakteristika motivačních rozhovorů.....	47
9.2	Výzkumy zabývající se motivačními rozhovory.....	50
9.3	Zásady motivačního rozhovoru.....	52
9.4	Vznik motivačních rozhovorů.....	53
9.5	Cíle motivačního rozhovoru.....	55
10	Složky motivačního rozhovoru .....	57
10.1	Zpětná vazba .....	57
10.2	Odpovědnost .....	57
10.3	Poskytování rad.....	58
10.4	Nabídka .....	58
10.5	Empatie .....	58
10.6	Důvěra ve vlastní schopnosti .....	59

11	Techniky motivačních rozhovorů .....	60
11.1	Otevřené a uzavřené otázky .....	60
11.2	Reflektivní naslouchání.....	61
11.3	Potvrzování a oceňování .....	61
11.4	Shrnování .....	62
11.5	Sebemotivující prohlášení.....	63
12	Základní principy motivačních rozhovorů .....	64
12.1	Vyjádření empatie .....	64
12.2	Rozvíjení rozporů.....	65
12.3	Vyhýbání se argumentaci.....	67
12.4	Práce s odporem .....	69
12.5	Podpora vlastních schopností klienta .....	70
13	Strategie motivačních rozhovorů .....	72
13.1	Probírání typického dne nebo sezení.....	72
13.2	Chtěné a nechtěné následky užívání psychoaktivních látek.....	72
13.3	Poskytování informací .....	72
13.4	Probírání problémů.....	73
	Závěr .....	74
	Seznam použitých zdrojů.....	75

## Úvod

Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala téma týkající se klientů závislých na psychoaktivních látkách. Konkrétně se práce zabývá motivačními rozhovory, které jsou vhodnou metodou pro použití při komunikaci s těmito klienty. Svůj výběr tématu jsem učinila na základě rozhovorů se studenty různých sociálních oborů. Z rozhovorů jsem vyrozuměla, že velká část studentů se cítí být nedostatečně připravena pro práci s klienty závislými na psychoaktivních látkách. Během své praxe jsem také poznala nejistotu v oblasti přímé komunikace s těmito klienty. Tuto skutečnost jsem vnímala jako velmi negativní v době, kdy jsem byla přijata na praxi do českobudějovického občanského sdružení Prevent, které svou činnost zakládá na práci s klienty závislými na psychoaktivních látkách. V tomto období jsem měla možnost účastnit se poradenských sezení, kde mi byla umožněna přímá komunikace s klientem. Během studia jsme na téma komunikace a motivace narazili pouze okrajově, ale všichni jsme vnímali jeho důležitost. Měla jsem proto velké obavy, abych nenarušila proces budování motivace u klienta, který terapeut započal.

Užívání psychoaktivních látek je nejen v dnešní době velmi rozšířený problém, kterým se musí pracovníci v pomáhajících profesích často zabývat. Proto považuji za zcela nezbytné, aby byli dostatečně poučeni, jakým způsobem mají s těmito klienty jednat. Pokud by kontakt pracovníka se závislým klientem neprobíhal podle určitých pravidel, riskuje pracovník, že klient již znovu sociální službu nevyhledá. Velmi dobrým příkladem mého tvrzení je časoběrný dokument autorky Heleny Třeštíkové s názvem Katka. V tomto dokumentu vidíme jeden z příkladů situace, která může v praxi nastat, pokud pracovník jedná s klientem zcela neadekvátním způsobem.

Domnívám se, že všichni pracovníci, kteří se během své praxe setkávají s klienty závislými na psychoaktivních látkách, by měli být dostatečně proškoleni, aby jejich práce měla pozitivní výsledky a vedla ke zlepšení kvality života klientů.

Tato diplomová práce je teoretická, opírá se jak o česky psanou, tak zahraniční literaturu. Jak je čitelné z jejího názvu, věnuje se motivačním rozhovorům, které terapeut užívá při práci s klientem závislým na psychoaktivních látkách. Nejprve se práce věnuje obecně závislosti, kdy popisuje její rizikové faktory, vznik a důsledky jak psychické, tak somatické i sociální. Dále diplomová práce popisuje, jakým způsobem by měl pracovník v pomáhajících profesích nakládat s klientovou motivací. Následně se

dostává k vymezení procesu změny a samotným motivačním rozhovorům. V rámci motivačních rozhovorů podrobně popisuje jejich složky, techniky, principy a strategie.

Tato práce je určena pro pracovníky v pomáhajících profesích, kteří se v rámci své činnosti setkávají s klienty závislími na psychoaktivních látkách. Klade si za cíl poskytnout dostatečnou teoretickou oporu pro praktické využití motivačních rozhovorů.



# 1 Syndrom závislosti

Ve všech lidských kulturách a všech epochách se vyskytovalo a stále vyskytuje užívání drog. Společným jmenovatelem je, že tyto látky jsou užívány za účelem uniknout před určitými nepříjemně prožívanými duševními stavy či kvůli dosažení příjemně prožívaného duševního stavu.<sup>1</sup>

Mnoho lidí shledává atraktivní tu skutečnost, že jim psychoaktivní látky nabízejí iluzi pocitů pohody, síly a štěstí, aniž museli vynaložit velké úsilí. Díky svým účinkům zbavují psychoaktivní látky své uživatele po určitou dobu nejistoty, starostí a strachů, zlepšují jejich sebehodnocení a oni tak mohou dosáhnout rychlého a snadného uspokojení. Přestože je společnost obecně dobře obeznámena s negativními důsledky a dopady psychoaktivních látek, lidé se jich nikdy nedokázali zcela zříci.<sup>2</sup>

## 1.1 Psychoaktivní látky

Jako psychoaktivní označujeme ty látky, které po aplikaci mění stav jedince, a to obvykle způsobem, který je subjektivně žádoucí. Motivace k užívání psychoaktivních látek může být různá. Často se jedná o potřebu vyřešit problémy, uniknout stresovým situacím a frustraci, uvolnit zábrany. Dále se může jednat o potřebu dosáhnout slasti, která není běžně dostupná v každodenním životě. Jako motivace není vyloučena ani potřeba uniknout stereotypu a nudě. Důležitou roli v oblasti motivace pro užívání psychoaktivních látek sehrává potřeba být akceptován skupinou nebo subkulturou, ve které je užívání drog bráno jako standard chování.<sup>3</sup>

Základní myšlenkou však zůstává, že psychoaktivní látka je přirozená nebo umělá substance, která způsobuje přechodné, subjektivně příjemné změny v prožívání života a která je schopná vyvolat závislost.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Srov. TRENCKMANN, U.; BANDELOW, B. *Psychiatria a psychoterapia: Odporúčané informácie pre pacientov, príbuzných a priateľov*, s. 47.

<sup>2</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro sociální pracovníky*. 2. díl, s. 45

<sup>3</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 288.

<sup>4</sup> Srov. JUHÁSOVÁ, A.; PAVELOVÁ, L. *Vybrané kapitoly zo psychopatológie pre študentov sociálnej práce*, s. 60.

## 1. 2 Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí vymezuje syndrom závislosti jako soubor fyziologických, kognitivních a behaviorálních fenoménů, kdy užívání psychoaktivní látky má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné chování, kterého si dříve cenil více. Pro syndrom závislosti je charakteristická silná touha užívat psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Pokud se jedinec vrátí k užívání látky po období abstinence, dochází k rychlejšímu znovuobjevení rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u kterých se závislost nevyskytuje. Konečná diagnóza závislosti by se měla stanovovat pouze tehdy, pokud v období jednoho roku došlo ke třem nebo více z dále vypsanych jevů.<sup>5</sup>

- a) Silná touha či pocit puzení užívat psychoaktivní látku.
- b) Vznikající obtíže při sebeovládání, které se týká kontroly užívaného množství dané látky.
- c) Tělesný odvykací stav.
- d) Narůstající tolerance k účinku látky.
- e) Postupné zanedbávání činností, které dříve jedinec vykonával.
- f) Pokračování v užívání i přes jistý důkaz škodlivosti zdraví.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 14.

<sup>6</sup> Srov. Tamtéž, s. 26.

### 1.3 Definice závislosti podle Diagnostického a statistického manuálu

Diagnóza závislosti podle Diagnostického a statistického manuálu je stanovována podobně jako podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Pro konečnou diagnózu závislosti by měl uživatel vykazovat nejméně tři ze sedmi dále uvedených znaků, a to v období jednoho roku.

- a) Růst tolerance.
- b) Odvykací příznaky po vysazení psychoaktivní látky.
- c) Přijímání dané látky ve větší míře či častěji, než měl jedinec původně v úmyslu.
- d) Dlouhodobá snaha či jeden nebo více pokusů o omezení užívání látky.
- e) Trávení velkého množství času aktivitami, které se orientují na danou látku.
- f) Zanechání sociálních vztahů v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení.
- g) Pokračování v užívání látky, přestože je jedinec obeznámen s jejím škodlivým účinkem jak pro tělo, tak pro jeho mysl.<sup>7</sup>

### 1.4 Znaky závislosti

Jedním ze znaků závislosti je silná touha užívat psychoaktivní látku. Tuto touhu nazýváme bažením nebo-li cravingem. Jedná se o silnou touhu navodit si látkou očekávané účinky. Tato touha odeznívá poté, kdy jedinec drogu užije a znovu se objevuje při odeznívání jejích účinků.<sup>8</sup>

V roce 1995 se shodla komise odborníků Světové zdravotnické organizace na definici cravingu jako touze pociťovat účinky psychoaktivní látky, se kterou měl již jedinec v minulosti zkušenost. Rozlišujeme dva druhy cravingu. Prvním z nich je craving fyzický, který vzniká při odeznívání účinku psychoaktivní látky nebo těsně po jeho vymizení. Dále můžeme hovořit o cravingu psychickém, který se může dostavovat i po delší době abstinence. Obecně můžeme říci, že craving je nejsilnější v případě, kdy je předmět závislosti dostupný. Důležitý je však druh návykové látky a doba trvání závislosti.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 26.

<sup>8</sup> Srov. ONDRIÁŠOVÁ, M. *Psychiatria*, s. 102.

<sup>9</sup> Srov. NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Bažení (craving)*, s. 6.

Dalším znakem závislosti je zvyšování tolerance k užívání psychoaktivní látky. Projevuje se zvyšující se potřebou a množstvím užívané látky. K vyvolání shodných účinků je postupem času potřeba zvyšovat množství i četnost jednotlivých dávek drogy. Toto zvyšování tolerance k látce je zřetelně prokazatelné na jedincích, kteří během trvání závislosti přivyknou tak vysoké dávce, která by pro člověka bez vypěstované tolerance byla smrtelná.<sup>10</sup>

Existují však určité drogy, při jejichž dlouhodobém užívání se tolerance snižuje. To znamená, že pro dosahování stejného účinku je nutná stále menší dávka. Příkladem může být závislost na alkoholu.<sup>11</sup>

Dále mezi znaky závislosti řadíme poruchu kontroly užívání návykové látky. Tento znak souvisí se změnou osobnosti, která se projevuje sníženým sebeovládáním. Toto snížené sebeovládání se projevuje především v množství užívané látky a schopnosti s užíváním skončit.<sup>12</sup>

Přestože si závislý jedinec uvědomuje škodlivost jeho užívání a negativní následky, které může jeho životu způsobovat, nadále v něm pokračuje a zvyšuje jednotlivé dávky.<sup>13</sup>

Ke znakům závislosti neodmyslitelně patří i tělesný odvykací stav, nebo-li abstinenční syndrom. Psychoaktivní látka je v tomto případě užívána z důvodu snahy zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním dané látky. Pokud by droga užitá nebyla, dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění abstinenčních příznaků je někdy používána látka s podobnými účinky.<sup>14</sup>

Pokud k abstinenčním příznakům dojde, liší se v závislosti na druhu psychoaktivní látky. U různých typů drog dochází k různé intenzitě a době trvání odvykacího stavu. Je to odvislé jak od druhu látky, tak způsobu její metabolizace a vylučování z organismu. Nejčastějšími abstinenčními symptomy jsou napětí, úzkost, pocit na zvracení, pocit chladu, třes, poruchy spánku, bludy, halucinace, neklid, křeče a různé bolesti. Dalším znakem závislosti je postupné zanedbávání jiných činností a zájmů, kterým se člověk věnoval před užíváním drog. Veškerý svůj čas a úsilí je

---

<sup>10</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 14.

<sup>11</sup> Srov. ONDRIÁŠOVÁ, M. *Psychiatria*, s. 102.

<sup>12</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 14.

<sup>13</sup> Srov. ONDRIÁŠOVÁ, M. *Psychiatria*, s. 102.

<sup>14</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 14.

věnováno činnostem okolo psychoaktivních látek. Středem světa závislého člověka se stává droga a problémy s jejím obstaráváním. Vše ostatní ztrácí na své důležitosti.<sup>15</sup>

Za další znak závislosti je považováno pokračování v závislém chování, přestože si je jedinec jasně vědom škodlivých účinků, které droga má na jeho tělo i mysl. Droga je pro něho natolik důležitá, že takovéto záležitosti nejsou pro něho dostatečným argumentem k tomu, aby s užíváním přestal. Aby byl však tento příznak diagnosticky validní, musíme si být jisti, že je uživatel o rizicích a škodlivých následcích drog podrobně informován. Jestliže bude ve svém jednání pokračovat i poté, co je na škodlivost užívání upozorněn, je tento znak již diagnosticky relevantní.<sup>16</sup>

## 1.5 Druhy závislosti na psychoaktivních látkách

Můžeme rozlišovat dva druhy závislosti, která se týká psychoaktivních látek. Jsou jimi závislost psychická a závislost fyzická.

Pro první typ závislosti je typický psychický craving, ke kterému je přiřazována narušená kontrola užívání, zaujetí užíváním a jeho pokračování navzdory zcela nepochybným škodlivým následkům. Psychickou závislost vyvolávají amfetaminy, tetrahydrokanabiol nebo nikotin.<sup>17</sup>

Fyzická závislost je definována jako stav adaptace organismu na drogu, doprovázený zvyšující se tolerancí, kdy člověk k dosažení stejného efektu potřebuje stále vyšší a vyšší množství drogy.<sup>18</sup>

Pro fyzickou závislost je dále typický odvykací stav, jehož součástí je fyzický craving. Tento typ závislosti způsobují opioidy a benzodiazepiny.<sup>19</sup>

Jak docházelo ke zvyšování počtu závislých jedinců ve společnosti, vznikaly různé studie, které se pokoušely o vymezení typických rysů osobnosti závislého člověka. Bylo však zjištěno, že existence zvláštního typu osobnosti, která by byla předurčena k užívání návykových látek, neexistuje. Každý člověk si může vytvořit závislost na psychoaktivní látce. Přestože tedy nemůžeme definovat typickou

---

<sup>15</sup> Srov. ONDRIÁŠOVÁ, M. *Psychiatria*, s. 102.

<sup>16</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 25.

<sup>17</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 55.

<sup>18</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 289.

<sup>19</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 55.

potenciálně závislou osobnost, můžeme vymezit psychické a sociální faktory, které riziko vzniku závislosti zvyšují.<sup>20</sup>

## 1.6 Historický vývoj

Z metodologického pohledu se diagnostická kritéria syndromu závislosti vyvíjela cestou klinického popisu, pomocí použití psychometrických metod, statistickým rozbořením příznaků a zjišťováním jejich validity a reliability. Koncept syndromu závislosti se vyvíjel nejprve v souvislosti s problémovým užíváním alkoholu. Klinická koncepce cravingu je připisována Benjaminu Rushovi. Konstrukt závislosti na alkoholu v pojetí, jak ho známe dnes, zavedl Jellinek v roce 1960. V roce 1976 vytvořili Edwards s Grosseem koncept syndromu závislosti, který obsahoval sedm hlavních příznaků, které se vztahovaly k pití alkoholu. Mezi těchto sedm příznaků patří zúžení repertoáru dříve běžných činností, nápadné vyhledávání příležitostí ke konzumaci alkoholu, zvýšená tolerance k množství alkoholu, opakované abstinenci symptomy a vyhýbání se těmto symptomům opětovnou konzumací alkoholu, nutkavost ke konzumaci alkoholu a rychlý návrat syndromu po určité době abstinence. Toto pojetí zásadně ovlivnilo další klasifikace. Postupně byl takovýto klasifikační přístup aplikován i na další psychoaktivní látky, které vyvolávají závislost. Další vývoj reagoval na Edwardsovu práci, která byla původně jednoosá. Dochází k rozšíření na dvouosé pojetí alkoholicky nebo drogově podmíněných tělesných, psychických i sociálních problémů.<sup>21</sup>

Tradiční pojetí léčby závislosti zahrnovalo konfrontační terapii, která měla za úkol nechat klienta klesnout až na dno. Jakýkoli odpor, který v rámci konfrontační terapie vznikl, byl brán jako nepřístupný. Dřívější pohled na léčbu závislosti je dnes zpochybňován a nahrazován kognitivně behaviorálním modelem. Za průkopníky směru považujeme Prochasku a DiClementeho s jejich modelem procesu změny, který bývá někdy nazýván Kolo změny. Miller a Rollnick hojně využívají motivační rozhovory při práci s drogově závislými klienty. Důležitost použití této metody spatřují v přesunu odpovědnosti za změnu. Ta spočívá na klientovi, zatímco úkolem terapeuta je vytvoření

---

<sup>20</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 297.

<sup>21</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 54.

takového prostředí, které usnadní klientovu vnitřní motivaci ke změně a případně pomůže využít a zvnitřnit motivaci vnější.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Srov. MAIEROVÁ, E. Motivace uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě. *Adiktologie*, s. 238.

## 2 Vznik závislosti

Proces vzniku závislosti na psychoaktivní látce je procesem komplexní proměny v somatické, psychické i sociální oblasti. Droga má fyziologické a psychické účinky, které jedince vedou k opakovanému užívání. Látka sice vyvolává libé pocity, ale z důvodu zvyšování tolerance organismu, je pro stejný efekt potřeba užívat stále větší a častější dávky. Postupem času dochází k narušení schopnosti autoregulace a člověk není schopen přestat drogu užívat. Tento proces je posilován sociálními důsledky závislosti a negativními reakcemi z okolí. Časem je konzument zatlačen do sociálně stigmatizující role narkomana. V této době již nemá žádnou motivaci ani sílu snažit se svou situaci řešit tím, že by změnil své závislé chování.<sup>23</sup>

Rozvoj závislosti můžeme rozdělit do několika stádií:

### 2.1 Stadium experimentování

Prvním stadiem je experimentování. Primární impulz pro experimentování s psychoaktivní látkou může vznikat z mnoha důvodů. Mnohdy se jedná o potřebu uniknout nudě všedního života, touhu po něčem neobyčejném, zvědavost. Mnoho jedinců vidí užívání návykové látky jako revoltu, kterou dokazují svou nezávislost na autoritách. V tomto stadiu hraje určitou roli i sociální model. Moralizování rodičů v tomto případě nemá příliš velký význam. Dalším možným důvodem pro experimentování s drogou může být potřeba uniknout problémům, které člověk neumí nebo nedokáže řešit. Droga v tomto případě nabízí jakýsi únik, který člověk přijímá, aby se nemusel zabývat problémy, které mu život přináší. V tuto chvíli si ještě neuvědomuje, že droga problémy ještě více prohloubí.<sup>24</sup>

V této fázi zatím drogy skutečně vyvolávají žádoucí pocity jako je uvolněnost, štěstí, aktivita, vyšší sebevědomí. Mohou člověka zbavovat úzkosti, nejistoty a strachu. V tomto stadiu poskytují uživateli mnoho pozitivního. Tento stav však nevydrží dlouho. Tento fakt si však experimentátor nepřipouští a domluvy ani sankce ho nepřinutí jeho názor změnit.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 299.

<sup>24</sup> Srov. Tamtéž, s. 299.

<sup>25</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 300.



V této fázi si jedinec nadále zachovává aktivity, které byl zvyklý provozovat před stykem s návykovou látkou. I vztahy v rodině a s přáteli jsou zatím uspokojivé a nedochází k přílišným odchylkám od normálu. Cíle uživatele mají jak krátkodobou, tak dlouhodobou perspektivu a jsou adekvátní jeho psychickému, sociálnímu i somatickému zranění.<sup>26</sup>

## 2.2 Stadium příležitostného užívání

Druhým stadiem v rozvoji závislosti je příležitostné užívání. Člověk si již zvykl na užívání drogy za určitých okolností. Zatím se však nejedná o návyk v pravém slova smyslu, jelikož látku neužívá zcela pravidelně. Nyní se ještě nacházíme ve fázi, kdy konzument tají, že drogu užívá. Začíná si uvědomovat, že droga není tím nejlepším a jediným řešením jeho situací, a proto mlčí o její konzumaci. Stále mu záleží na vztazích s jeho sociálním okolím a na jeho profesní kariéře.<sup>27</sup>

## 2.3 Stadium pravidelného užívání

V pořadí třetím stadiem je pravidelné užívání. V tomto stadiu člověk užívá drogu čím dál častěji, ale stále popírá rizika svého jednání. Nechce si připustit jeho závažnost a tak se snaží své okolí přesvědčovat, že nedělá nic nesprávného.<sup>28</sup>

V rámci rodiny dochází k častým konfliktům, může docházet až k citovému odpoutání uživatele od rodiny. Uživatel má tendence svou rodinu citově a materiálně vydírat. Tato tíživá situace se promítá v celkové rodinné atmosféře. Dlouhodobé i krátkodobé cíle uživatele mohou být zatím zachovány, ale již se projevuje tendence k přítomnému prožitku a uspokojení. Povinnosti uživatele nejsou vykonávány s dostatečným úsilím a jejich dosažení je vnímáno jako nejisté.<sup>29</sup>

Začínají se projevovat značné změny v osobnosti uživatele a jeho chování. Stává se výbušnějším, impulzivnějším a nespolehlivým. Chování vykazuje známky nepřiměřenosti.<sup>30</sup>

---

<sup>26</sup> Srov. HAJNÝ, M.; KLOUČEK, E.; STUHLÍK, R. *Akta Y*, s. 104.

<sup>27</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 300.

<sup>28</sup> Srov. Tamtéž, s. 300.

<sup>29</sup> Srov. HAJNÝ, M.; KLOUČEK, E.; STUHLÍK, R. *Akta Y*, s. 108.

<sup>30</sup> Srov. Tamtéž, s. 109.

## 2. 4 Stadium návykového užívání

Čtvrtým a posledním stadiem je návykové užívání. S postupující závislostí se zvyšuje lhostejnost k okolnímu světu a čemukoli, co se netýká drog. V tomto stadiu již člověk ztrácí svou motivaci své závislé chování změnit. Je schopen otevřeně o svém návyku mluvit a nesnaží se ho skrývat. Přestává mu totiž záležet na mínění druhých. Rozbívá vztahy se svými přáteli i rodinou a často se k tomu staví zcela chladně. Jeho jednání se stává sobeckým, bezohledným k okolí a nespolehlivým. Udržuje kontakty pouze s lidmi, kteří také užívají drogy. V tomto stadiu má však droga již jiný význam. Uživatel psychoaktivní látku nekonzumuje primárně pro její povznášející účinky, jako tomu bylo na začátku. Nyní se droga stává více potřebnou, člověk je na ni zvyklý a už se bez ní nedokáže obejít.<sup>31</sup>

Životní styl uživatele ovládly drogy a vše, co je s nimi spojené. Do velké míry je podřízen diktátu shánění drog a ostatní činnost zcela upadá. Člověk se stává sociálně neukotveným, vztahy s přáteli a rodinou jsou velmi narušené nebo již neexistují. Dřívější cíle i perspektivy jsou zcela vypuštěny.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 300.

<sup>32</sup> Srov. HAJNÝ, M.; KLOUČEK, E.; STUHLÍK, R. *Akta Y*, s. 111.

### 3 Rizikové faktory pro vznik závislosti

#### 3.1 Psychické rizikové faktory pro rozvoj závislosti

Neexistuje stabilní a jasně definovatelná psychická struktura člověka, která by byla zcela specifická pro závislé chování. Syndrom závislosti může vzniknout v jakékoli duševní struktuře. Existují však určité rizikové faktory, které mohou napomoci vzniku závislého chování.<sup>33</sup>

Pravděpodobnost užití drogy mohou zvyšovat určité psychické vlastnosti. V tomto ohledu je důležité emoční prožívání. Rizikovými se mohou jevit jedinci s nedostatkem vnitřní pohody, zvýšenou dráždivostí a labilitou, častým psychickým napětím, úzkostí či depresí. Dále k drogám inklinují ti lidé, kteří se hůře orientují ve světě a situacích, které jim život přináší. Tito lidé často nejsou schopni adekvátně posoudit realitu, své okolí, ani sebe samé. Mívají nízké sebevědomí a situace řeší zcela nepřiměřeně. Typická je tendence užívat stále stejné a situaci neodpovídající chování, kdy nedochází k poučení se ze skutečnosti. Výsledkem bývají další neúspěchy a zátěže, jejichž následkem vzniká další frustrace. Lidé, kteří jsou psychicky takto disponováni, se častěji dostávají do stresu, protože nesnáze pro ně představují i běžné denní situace. V tomto případě se droga může stát určitým prostředkem řešení, protože poskytuje únik hned a bez námahy.<sup>34</sup>

Dále k drogám inklinují lidé, kteří mají oslabenou volní složku svého jednání, nižší sebekontrolu a nezdrženlivé jednání, které má sklon být pouze situačně ovládané. Tento druh jednání vypovídá o tom, že jedinec se nedokáže zříci aktuálního uspokojení a dává mu přednost před naplněním nějakého dlouhodobého cíle. S tímto typem chování může souviset i touha po určitém riziku a vzrušení, které není tak jednoduše dostupné v běžném životě.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> Srov. BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*, s. 32.

<sup>34</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 298.

<sup>35</sup> Srov. Tamtéž, s. 298.

### 3.2 Sociální rizikové faktory pro rozvoj závislosti

Mezi sociální rizikové faktory můžeme řadit městské prostředí, kde je podstatně jednodušší získat přístup k drogám. Dalším sociálním aspektem je porucha funkce rodiny, kdy dítě není vhodně vychovááno a citově akceptováno. Přispět jistě může i nedostatek disciplíny v rodinném prostředí. V rámci rodiny může docházet ze strany rodičů k sociálnímu modelu řešení obtíží, pokud otec či matka nadměrně konzumují alkohol nebo užívají jiné psychoaktivní látky. Dítě pak tento vzorec může přebírat a riziko závislého chování se zvyšuje. Velmi důležitým faktorem se zde stává vliv subkultury, ke které jedinec patří nebo by chtěl patřit. Takovéto subkultury mívají své vlastní hodnoty a normy, které se často liší od norem většinové společnosti.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 297.

## 4 Závislost a osobnost

Psychoaktivní látky vyvolávají v nervovém systému člověka řadu změn. Rychlost, jakou k těmto změnám dochází, a jejich hloubka závisí na vulnerabilitě každého jedince. Řada metabolických změn, které provázejí opakované užívání psychoaktivních látek je známa, a tak jsou známy i závažné poruchy či změny osobnosti, ke kterým může v důsledku abúzu docházet. Všechny tyto změny mají však společný základ, kterým je aktivace mozkových systémů, které zajišťují stav slasti a euforie. Těmito vztahy je vhodné se zabývat na třech úrovních: osobnostní charakteristiky před stykem s návykovou látkou, změny osobnosti v průběhu abúzu a trvalé či dlouhodobé změny navozené abúzem po jeho skončení.<sup>37</sup>

### 4.1 Osobnostní charakteristiky před stykem s návykovou látkou

Tato úroveň je důležitá hlavně z hlediska prevence. Jedná se o řadu rizikových faktorů, které mohou jedince disponovat k vyhledání návykové látky. Jedná se o psychické rizikové faktory, které jsou uvedeny výše. Další oblastí, která má blíže k biologické determinaci příčin závislého chování je oblast vrozených či geneticky podmíněných poruch. Konkrétně se jedná o poruchy chování, úzkostné a depresivní poruchy, tikové poruchy, obsedantně kompulsivní poruchy a další. Tyto poruchy mohou mít takový důsledek, že se jedinec snaží s nimi vypořádat sám bez okolní pomoci, například alkoholem nebo drogami. V případě výskytu těchto poruch je nutná odporná pomoc, která by měla pokud možno přijít před kontaktem s psychoaktivní látkou.<sup>38</sup>

### 4.2 Změny osobnosti v průběhu abúzu

Před vznikem závislosti se setkáváme se širokou škálou osobnostních rysů a charakteristik u různých jedinců. V průběhu vývoje závislosti se však některé osobnostní rysy umocňují a závislí jedinci se začínají navzájem podobat. Každá droga má svá určitá specifika a právě i výběr dané drogy nám může mnoho prozradit o jejím uživateli. V první řadě dochází ke zvýrazňování a prohlubování již existujících

---

<sup>37</sup> Srov. RABOCH, J.; ZRZAVECKÁ, I.; DOUBEK, P. *Nemocná duše - nemocný mozek*, s. 240.

<sup>38</sup> Srov. Tamtéž, s. 240.

odchylek. To je dáno tím, že kromě aktivace mozkových dopaminergních systémů, které jsou spojeny se zajištěním odměny, jsou ovlivňovány i další systémy, které podmiňují vzorce chování. Jedinci s úzkostnými a depresivními poruchami vyhledávají látky s inhibičními účinky, zatímco energeticky méně sycené poruchy vyhledávají látky s budivým účinkem. Mnohdy je však po delším čase užívání psychoaktivní látky těžké určit, které symptomy patří původní poruše a které vlivu návykové látky.<sup>39</sup>

V průběhu abúzu se postupně zvyrazňují antisociální rysy osobnosti toxikomana, jako je nedostatek zábrán nejen ke společnosti, ale i k blízkým osobám a v neposlední řadě k sobě samému. Toxikoman začíná žít život ze dne na den, mnohdy dokonce z hodiny na hodinu, a nedívá se na něho z hlediska dlouhodobé perspektivy. Z důvodu omezení nebo vymizení zálib a dříve preferovaných aktivit, dochází k přerušení komunikace se sociálním okolím. Narkomané se postupně shlukují a styky udržují pouze mezi sebou, jelikož mají pocit určité vzájemnosti.<sup>40</sup>

### 4.3 Somatické důsledky závislosti

Závislost na psychoaktivních látkách může poškozovat somatické zdraví jedince jak primárně, tak sekundárně. Za primární zdravotní poškození můžeme považovat poškození centrální nervové soustavy, dále poškození jater a ledvin, zažívacího traktu a cév. Dochází ke zvýšenému riziku přenosu infekčních chorob, jako je například hepatitida. Sekundárně poškozené zdraví vzniká převážně v důsledku změny životního stylu, nerespektování hygienických pravidel při nitrožilní aplikaci či nedodržování lékařských prohlídek.<sup>41</sup>

Vlivem užívání psychoaktivních látek má často neblahý vliv i na zevnějšek člověka. Některé drogy mají anorektické účinky, tudíž jsou uživatelé nadměrně hubení; nitrožilní aplikace látek vede k ničení žilního systému, kde se vpichy mohou změnit ve výrazné abscesy. Zevnějšek jedince celkově tělesně chátrá, člověk o sebe přestává dbát, nedodržuje hygienická pravidla a tak podobně. Takováto změna může mít ve výsledku dopad i na jeho sebevědomí.<sup>42</sup>

---

<sup>39</sup> Srov. RABOCH, J.; ZRZAVECKÁ, I.; DOUBEK, P. *Nemocná duše - nemocný mozek*, s. 241.

<sup>40</sup> Srov. Tamtéž, s. 241.

<sup>41</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 303.

<sup>42</sup> Srov. Tamtéž, s. 303.

#### 4.4 Sociální důsledky závislosti

Závislost na psychoaktivních látkách má velmi vážné sociální důsledky, které často vyplývají z psychických změn jedince, které v průběhu závislosti nastávají a odlišného chování závislých lidí. Závislý jedinec přestává respektovat společenské normy a řídit se jimi, neplní své povinnosti, přestává chodit do školy či zaměstnání. Dochází k celkové změně vztahů s druhými lidmi, sociální vztahy upadají. Chování závislého člověka je pro jeho sociální okolí většinou neakceptovatelné. Závislý člověk postupem času vše podřizuje pouze droze a ostatní hodnoty pro něho ztrácejí na významu. K potřebám ostatních lidí se staví lhostejně, necitlivě a sobecky.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 305.

## 5 Motivace

Motivace je vnímána jako velmi důležitý faktor při léčbě klientů se závislým chováním. V tradičním pojetí byla vnímána jako základní charakteristika, kterou klient buď má, nebo nemá a chybějící motivace byla vnímána jako výsledek extrémně silného obranného mechanismu, který je uživatelům psychoaktivních látek vlastní. Odpovědí na takto špatně pochopený význam motivace byla konfrontační terapie a agresivní léčebné postupy. Tento tradiční přístup byl předefinován Millerem a Rollnickem, kteří vnímají motivaci jako výsledek interpersonálních procesů mezi klientem a terapeutem. Tedy jako něco, čeho můžeme dosáhnout při vzájemné spolupráci. Nedostatek motivace vnímají jako obavu klienta ze změny závislého chování.<sup>44</sup>

Z výpovědí samotných klientů vyplývá, že pro budování motivace jsou pro ně velmi důležité faktory jako prostor pro vyjádření svých pocitů a názorů, interpersonální učení, zpětná vazba a pochvala a ocenění od druhých lidí.<sup>45</sup>

Uživatelům psychoaktivních látek zůstává jejich závislost poměrně dlouhou dobu skryta a žijí s iluzí kontroly nad danou látkou. Tato iluze však postupně kolísá. Dochází k tomu zvláště tehdy, když se vyskytne krizová situace v sociální nebo somatické oblasti. Závislý tak může při ztrátě kontroly nad situací, rozbití rodinných vztahu, úrazu, nemoci nebo při ztrátě svého zaměstnání vytušit, že něco není v pořádku. Právě v této situaci je velmi důležité nabídnout uživateli přiměřenou pomoc, která by neměla spočívat pouze v nápravě sociálních či somatických škod, ale v informaci, že právě tyto škody vyplývají z jeho závislého chování a řešení je možné pouze v tom případě, kdy bude závislý ochoten něco se svou závislostí udělat a otevřít se změně. Je zde velmi důležitá otevřenost v postoji, aby se u závislého vytvořila cesta k motivaci pro terapii.<sup>46</sup>

Práce s motivací je dobrým základem pro intervence, které vedou u klientů s problémy v oblasti závislosti na psychoaktivních látkách ke změnám v chování, prožívání a myšlení. Je významnou součástí práce v nízkoprahových kontaktních centrech, poradnách a ambulantních centrech. Motivační rozhovor je užitečný nejen při

---

<sup>44</sup> Srov. RADIMECKÝ, J. Očekávání pracovníků terapeutických komunit vs. proces změny chování klientů. *Adiktologie*, s. 46.

<sup>45</sup> Srov. HALAMA, P.; KLIMAS, J. Nápomocné faktory zmeny závislých klientov v procese resocializácie. *Adiktologie*, s. 367.

<sup>46</sup> Srov. RAHN, E.; MAHNKOPF, A. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*, s. 309.



individuální práci s klientem v rámci předléčebného nebo léčebného poradenství, ale je také efektivní součástí práce s rodinami.<sup>47</sup>

## 5.1 Vývoj pohledu na motivaci ke změně

Motivaci chápeme jako proces usměrňování, udržování chování, přičemž dochází ke zvýšení či poklesu aktivity jedince. Vlivem drog se tato základní osobnostní dimenze zásadně mění. Jednak výsledným poklesem zájmu o cokoli jiného než záležitosti týkající se drog a jednak ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k růstu a prosperitě. Je jedním ze čtyř faktorů, které rozhodují o úspěšnosti léčby. Dalšími z těchto faktorů jsou stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince a kvalita jeho okolí včetně sociálního. Součástí tradičního modelu závislosti a její léčby bylo přesvědčení, že drogově závislý není dostatečně motivován do té doby, dokud se nedotkne dna. Když pacient vstoupil do léčby, jeho motivaci a relapsům byla věnována menší pozornost, než je tomu nyní. Odpor k terapii a špatná spolupráce byly považovány za popření. Současnost však nabízí i jiná hlediska, jak můžeme na odpor nahlížet. Popření můžeme považovat za odraz rozdílů mezi pacientovou a terapeutovou definicí problému, kdy každý vidí problém jinde. Popření lze také chápat jako ambivalenci ve vztahu ke změně v závislém chování, neboť poměr zisků a ztrát vyplývajících ze změny se během času mění. Miller a Rollnick spatřují efekt intervence motivačních rozhovorů s drogově závislými klienty v přesunu odpovědnosti za změnu. Ta spočívá na klientovi, zatímco úkolem terapeuta je vytvoření takového prostředí, které usnadní klientovi vnitřní motivaci ke změně a případně pomůže využít a zvnitřnit motivaci vnější, která může přicházet ze strany rodiny, přátel, zaměstnání, úřadů a tak podobně. Terapeuti musí chápat počáteční i průběžné intervence, které mají za úkol posilovat motivaci klientů závislých na psychoaktivních látkách za samozřejmou součást léčby a svého profesního výkonu. Dle Kaliny jsou terapeuti těmi, kdo odpovídají za proces zvyšování motivace u klienta. Za výsledek pak odpovídají klienti.<sup>48</sup>

Jak uvádí Nešpor, posilování motivace lze včlenit do nejrůznějších forem terapie. Můžeme s ní pracovat v malé i ve velké skupině, při individuální konzultaci, při práci s rodinou a tak podobně. Je nedílnou součástí diagnostického rozhovoru

---

<sup>47</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 128.

<sup>48</sup> Srov. Tamtéž, s. 121.

a propojuje se s jeho dalšími cíli, jako na příklad navázání terapeutického vztahu a získání relevantních informací.<sup>49</sup>

Reakcí na trendy v léčbě závislosti, které zahrnují užití přímé konfrontace a přesvědčování klienta o přijetí své diagnózy, je vznik metody motivačního rozhovoru. Metoda je příkladem krátkých kognitivně behaviorálních přístupů v psychoterapii a strukturovaném poradenství u uživatelů drog. Je zde také patrný značný vliv rogeriánské terapie, která je orientována na klienta. Filosofie motivačního rozhovoru odmítá černobílý přístup k motivaci klienta. Nehodnotí klienta jako motivovaného či nemotivovaného. Předpokládá, že lidé jsou ve skutečnosti celkem motivovaní, ale stav připravenosti ke změně kolísá a je ovlivněn množstvím různorodých vnitřních faktorů a vnějších podmínek.<sup>50</sup>

## 5. 2 Práce s motivací klienta

Důležitou roli při práci s motivací hraje mnoho aspektů. Prvním z těchto aspektů je, že terapeuti by měli být schopni oddělovat své představy a tužby od schopností a možností klientů. Často totiž pracovníci do osoby klienta projikují své vlastní potřeby být v práci spěšnější a své přesvědčení, že ví nejlépe, co je pro klienty nejlepší. Z těchto důvodů mohou klientům nakládat na bedra nesmyslně náročné cíle a povinnosti, které nejsou klienti ani při nejlepší vůli schopni splnit. Pokud klient selže v úkolu, který mu terapeut zadal, dochází u něho k pocitům viny a neschopnosti. V případě terapeutů mohou vznikat pocity vlastního selhání, nekompetentnosti. Terapeut může pociťovat ke klientovi vztek a domnívat se, že si terapeutovy neváží terapeutovy práce, ani energie, kterou pracovník do klienta vkládá. Tento stav často vede k ještě tvrdšímu přístupu ke klientovi, direktivnímu vedení k cíli, který ovšem stanovil sám terapeut a klient ho ani na okamžik nepovažuje za svůj vlastní. Pokud by měl klient v tuto chvíli snahu cíle dosáhnout, bylo by to pouze z obavy, aby terapeuta znovu nezklamal. Dalším možným vyústěním situace může být rezignace pracovníka a postoj, že když si klient jeho práce neváží, nemá smysl se s ním o cokoli pokoušet. Těmto situacím je ale možné úspěšně předcházet.<sup>51</sup>

---

<sup>49</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 121.

<sup>50</sup> Srov. Tamtéž, s. 122.

<sup>51</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 189.

Každý pracovník musí být schopen své ambice eliminovat, své síly zcela nabídnout k dispozici klientovi, akceptovat klientovy představy o rychlosti a směru, kterým se chce na cestě za změnou vydat. Terapeut by měl klientovi poskytovat v maximální možné míře nezkreslený, reálný obraz toho, co je možné v dané konkrétní situaci udělat, tak aby to pro klienta byl cíl dosažitelný, splnitelný, reálný a proveditelný v časově přijatelném horizontu. Velkou zbraní v ruce terapeuta je podpora schopností klienta. Pracovník je často jediný, kdo klienta opakovaně ujišťuje, že on sám je největším odborníkem na řešení svého problému, má na to dostatek sil a dovedností a nikdo jiný za něho změnu v jeho životě učinit nemůže. Pracovník je zde pro klienta zdrojem informací, které mu mohou pomoci situaci zvládnout a které mohou klientovi v konkrétních situacích chybět, jelikož k nim zatím neměl přístup.<sup>52</sup>

V adiktologii je názorová situace poměrně složitá. Není jednota ani v tom, zdali je motivace osobnostním rysem nebo se jedná o měnící se proces. V léčebné praxi jsou behaviorální projevy látkově závislých často vnějším výrazem či odrazem chaosu, který se odehrává v nitru klienta a jejich primární motivace bývá pozorovateli nejprve skryta.<sup>53</sup>

Psychologie změny popisuje proces, kterým se dostává emoční, kognitivní, behaviorální, osobnostní a vztahově komunikační patologie jedince pod vlastní účinnou kontrolu. Takový požadavek je v adiktologické léčbě zcela zásadní, a proto nepřekvapuje, že jen část klientely je schopna a ochotna vydat se cestou seberekonstrukce.<sup>54</sup>

Terapeuti by v roli odborníků měli být schopni se na změnu chování a motivaci ke změně dívat z jistého nadhledu a rozumět procesům, které motivaci a změnu chování nutně provázejí. Udržovat odstup a nadhled samozřejmě neznamena stát se směrem cynickým komentátorem klientovým neúspěchů, ale právě naopak. To, že je terapeut schopen pozorovat probíhající proces a orientovat se v něm, může být pro klienta obrovskou výhodou, jelikož on sám velmi často takovýto náhled nemá, tudíž mu může terapeut poskytovat zpětnou vazbu. Jednotlivé situace jsou pro klienta obvykle matoucí a nedokáže jim rozumět, s tímto problémem mu terapeut pomáhá. Terapeut pak je často tím, kdo do rozhodování o možné změně vnáší řád, pomáhá klientovi utřídit myšlenky,

---

<sup>52</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 190.

<sup>53</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 65.

<sup>54</sup> Srov. Tamtéž, s. 66.

zvážit pro a proti a finálně se rozhodnout změnu uskutečnit a najít vhodné strategie, které napomohou tuto změnu uskutečnit. Terapeut by měl mít na paměti, že proces změny v chování závislého klienta je poměrně dlouhodobý proces, který začíná první úvahou o potřebě nějakou změnu učinit a končí realizací a hlavně udržením této změny. Mezi prvním a posledním krokem je však velmi dlouhá cesta. K podrobnému popisu tohoto procesu slouží model cyklu změny, který je podrobně popisován v dalších kapitolách.<sup>55</sup>

Z hlediska práce s motivací vzpomeneme Eriksonovu kaskádu vývojových potřeb člověka. Základnu této kaskády tvoří základní důvěra, dále postupujeme dle důležitosti. V pořadí dalšími články jsou autonomie, iniciativa, pílě, identita ega, intimita, plodnost, integrita ega. Za klíčovou determinantu adiktologicky rizikového vývoje je zde možné uvažovat o naplnění či nenaplnění nejčasnějších vývojových potřeb. Winnicott obrátil pozornost na základní vývojovou potřebu dítěte, která se dá získat pouze zdravou interakcí s matkou, a to ve smyslu vytvoření představy sebe sama jako zřetelného a tvůrčího středu vlastní zkušenosti. Podobně Bowlby zdůrazňuje motivační potřebu přimknutí k matce. Znamená to vytvoření hluboké a trvalé vazby k matce. Použitelné je schéma Maslowa o hierarchii potřeb. Stejně jako u Eriksona, jedná se o rozdělení potřeb dle důležitosti. Na základě stojí fyziologické potřeby, dále potřeby bezpečí a jistoty, dalšími v pořadí jsou afiliační potřeby, úcta a sebeúcta a na samém vrcholku sídlí seberealizace. Další motivační schémata se nabízejí historicky a kulturně. Může se jednat o potřebu osobní svobody, řádu, struktury a pravidel či potřeba otevřeného komunikačního prostoru, kterou zdůrazňovali Sókrates a Platón.<sup>56</sup>

U látkově závislých je nutné si být vědom primárně vývojové deprivace uvedených potřeb, která souvisí s anamnézou jedince, a sekundární deprivace těchto potřeb, která vzniká následkem samotné závislosti.<sup>57</sup>

Klasickým příspěvkem k tématu je Sókratovo mysterium změny, které může být schematicky popsáno následujícími vývojovými etapami. První vývojovou etapou je náhled provedený metodou kritického a racionálního sokratovského dialogu včetně zpětných vazeb přicházejících od okolí. Závislý jedinec by si měl přiznat svůj problém a dokázat ho unést. Díky tomuto poznání přichází na řadu rozvolnění dosavadního

---

<sup>55</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 190.

<sup>56</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 65.

<sup>57</sup> Srov. Tamtéž, s. 65.

systemu obran, které jedinec používal. Druhou vývojovou etapou je obrácení percepce intrapsychickým směrem. Pokud se toto stadium zdaří, nastává třetí etapa, kterou je umírání závislého. Označuje nacházení autentičtější identity a kongruentnějších způsobů komunikace se sebou samým a se svým okolím. Finální vývojovou etapou je nový způsob života, kdy nastává definitivní psychosociálních vazeb na starý toxikomanický svět a přichází počátek vědomého žití. Výsledkem cesty jsou nové náhledy a síly, které se projeví ve vědomí a jakoby samy od sebe přejdou do životní praxe.<sup>58</sup>

Miller zdůrazňuje při posilování motivace projevování respektu ke klientovi, naslouchání a sdělování toho, že terapeut klientovi rozumí. Terapeut klade otázky, které se týkají problémů s návykovou látkou. Mezi tyto situace mohou patřit problémy psychické, zdravotní, materiální, pracovní či rodinné. Terapeut se zajímá se o klientovy perspektivy, plány a životní cíle. Poskytuje pozitivní zpětnou vazbu, oceňuje pokroky v léčbě, zdůrazňuje klientovy schopnosti a nadání. Zároveň pomáhá klientovi vnímat rozpor mezi tím, jak jedná a jak by chtěl jednat. Používá při tom vhodné otázky nebo určité skutečnosti nekonfrontačně připomíná.<sup>59</sup>

V adiktologické praxi bývá někdy sporné, ve které fázi motivačního cyklu změny se klient nachází, kdy indikovat léčbu a v jakém rozsahu. Z praktického důvodu doporučuji opatrnost v indikaci a aplikaci léčby tehdy, když ji pacient vysloveně sabotuje. V každém případě se doporučuje vstupní definice terapeutického kontraktu, kde klient vybírá ze širokého spektra léčebných intervencí a sděluje svůj konkrétní požadavek.<sup>60</sup>

Terapeut se s klientem snaží nedostávat do konfliktu a respektuje okolnost, že obrany v určité fázi léčby není účelné konfrontovat. Odpor terapeut využívá k prospěchu věci. Může na něho upozornit, může ho nadsadit, poukázat na rozpornost klientových úmyslů, může rezistenci přijmout nebo změnit vztahový rámec. Odpor je také možné obejít za pomoci nepřímého vyjádření nebo metafory. Tužby, které jsou ve vzájemném rozporu, vnímá terapeut jako pochopitelné a otevřeně o nich hovoří. Podporuje soběstačnost a sebedůvěru klienta. Do léčby včleňuje konkrétní kroky, jak

---

<sup>58</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 66.

<sup>59</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 250.

<sup>60</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 67.

dosahovat pozitivních životních cílů a zvyšovat soběstačnost. Důležitým významným motivačním činitelem bývá působení rodiny a pracovního nebo jiného okolí klienta.<sup>61</sup>

---

<sup>61</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 251.

## 6 Cyklus změny

Změna je komplexní, dynamický a otevřený proces, který může být jak pro klienta, tak pro terapeuta obtížně srozumitelný. Tohoto si byli vědomi i Prochaska a DiClemente, kteří navrhli model cyklu změny, který se snaží popsat změnu a její procesy v jednotlivých fázích a tím ji pro pracovníky v pomáhajících profesích učinit srozumitelnější. Díky tomu budou moci pracovníci se změnou lépe pracovat. Nejprve autoři představili lineární cyklus, který sestával ze čtyř stadií (prekontemplace, kontemplace, akce, udržování). Brzy si však uvědomili, že o změně není možné uvažovat jako o jakési přímce, kdy vše postupuje z fáze do fáze a že klienti pro dosažení úspěchu ani nemusí projít všemi fázemi. Na základě těchto poznání sestavili Prochaska a DiClemente cyklický model sestávající z pěti stadií.<sup>62</sup>

V rámci tohoto modelu je motivace chápána jako proces připravenosti ke změně nebo touha po ní, která se dostavuje v jednotlivých fázích, kterými lidé procházejí při průběhu jakékoliv změny. Motivaci tedy nemůžeme považovat za povahový rys, který jedinec má nebo nemá, ale musíme na ni nahlížet jako na stav, který se v průběhu procesu změny proměňuje, lze jej ovlivnit a také jej lze u klientů vyvolat a podpořit.<sup>63</sup>

V tomto uvedeném modelu je relaps vnímán jako běžná součást procesu změny. Prochaska a DiClemente dokonce dospěli k závěru, že relaps je spíše pravidlo než výjimka.<sup>64</sup>

Přestože je ideální cesta procházet z jednoho stadia následovně do druhého, mnoho klientů se nedokáže relapsu ubránit. Po zrelapsování však většinou nastává opětovné nastoupení na cestu ke změně, přestože se mnohdy klienti po relapsu mohou ocitnout opět na úplném začátku cesty. Není to však pravidlem, po relapsu mohou klienti pokračovat se změnou v nižším stadiu, než ve kterém relapsovali, nemusí ro však být v naprostém začátku cyklu změny.<sup>65</sup>

---

<sup>62</sup> Srov. RADIMECKÝ, J. Očekávání pracovníků terapeutických komunit vs. proces změny změny chování klientů. *Adiktologie*, s. 48.

<sup>63</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 190.

<sup>64</sup> Srov. RADIMECKÝ, J. Očekávání pracovníků terapeutických komunit vs. proces změny změny chování klientů. *Adiktologie*, s. 49.

<sup>65</sup> Srov. MILLER, W. R. *Motivational enhancement therapy with drug abusers*.

Terapeut musí umět pracovat s klientem ve všech stádiích tohoto modelu. Vždy vychází z klientových možností, navrhuje, podporuje a motivuje klienta k takovým cílům, které odpovídají etapě, ve které se klient nachází nebo té následující.<sup>66</sup>

To, že se schéma vyvinulo z lineárního do kruhového, není náhodou. Toto kruhové schéma přesně charakterizuje průběh změny. Pro klienty závislé na psychoaktivních látkách je typické, že téměř žádný z nich nepostupuje ve schématu krok za krokem. Ten, kdo usiluje o nějakou změnu svého závislého chování, zpravidla prochází jejími různými fázemi opakovaně. Vrací se do předchozích fází, ale také absolvuje celý proces několikrát, než se mu podaří změnu trvale upevnit. Dále je třeba říci, že ve všech fázích je zcela běžné, že klient z procesu uvažování o změně vypadne. Z nějakého důvodu pro něho přestane být změna atraktivní nebo jeho motivace není dostatečně silná, aby klientovi dopomohla k úspěšnému udržení změny. Po klientovu uklouznutí z cesty směrem ke změně potřeba nepolevovat v úsilí, rozvíjet a podporovat klientovu motivaci k dalšímu pokusu o změnu a pokusit se zabránit návratu k úvodní fázi. Pro terapeuta je velmi důležité pokoušet se vždy odhadnout, ve které fázi procesu změny se klient nachází. Této klientově pozici v cyklu změny je nutné přizpůsobit postupy a techniky, které bude terapeut v různých fázích používat a které se v jednotlivých fázích výrazně liší.<sup>67</sup>

Terapeut si musí uvědomovat, jakým způsobem může s klientem pracovat v různých fázích cyklu změny. Základem je vždy vycházet z možností klienta, dále terapeut navrhuje, jakým způsobem dosáhnout klientem stanovené změny, podporuje a motivuje klienta k dosažení takových cílů, které odpovídají jednotlivým etapám a klientovu konečnému cíli.<sup>68</sup>

## 6.1 Prekontemplace

Fáze prekontemplace bývá také nazývána obdobím před uvažováním o změně. V této fázi se často nacházejí klienti, se kterými se mohou setkat kontaktní pracovníci přímo v rámci streetworku. Většina klientů žijících na ulici se nacházejí právě v prekontemplační fázi. Často se v této fázi nacházejí experimentátoři, případně

---

<sup>66</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 284.

<sup>67</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 191.

<sup>68</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 124.



uživatelé s nedlouhou drogovou kariérou, jejichž somatické a sociální poškození je zatím minimální. Klienti nacházející se v této fázi zpravidla ještě ani nezaznamenali, že by mohli mít nějaký problém. Tito klienti jsou přesvědčení o tom, že mají vše pevně pod kontrolou, a má-li někdo s jejich užíváním problém, pak je to jejich okolí, ale ne oni sami. Na terapeutova slova o rizikovosti či problematičnosti jejich chování často reagují překvapeně nebo s odporem. Důvodem tohoto přesvědčení často bývá nedostatek informací o daném problému nebo nedostatečný kontakt s realitou.<sup>69</sup>

Klienti, se kterými se setkáváme v předléčebném poradenství, se nejčastěji nacházejí právě ve stadiu prekontemplace, ve stadiu, které předchází uvažování o možné změně. Typické je, že klient nevnímá užívání drog jako svůj problém, který by měl potřebu řešit. Pokud o nějakém problému klient hovoří, často ho externalizuje. Umisťuje ho do okolního světa, který vnímá jako zlý a nespravedlivý. Klient často vnímá okolní svět jako místo, kde mu nikdo není schopen porozumět. Po užití psychoaktivních látek se cítí dobře, jejich účinky si vychutnává a jejich užívání považuje za prospěšné. Klient je přesvědčený, že má vše pod kontrolou, nebo dokáže své chování sám sobě dobře zracionalizovat. Jakákoli změna se mu jeví jako příliš obtížná a navíc zbytečná, protože nevidí žádný důvod, který by ho nutil ji uskutečnit. Může však mít určité pochybnosti a občas se může zamyslet nad tím, že by mohl o změně alespoň uvažovat. V této fázi je zbytečné motivovat klienty k naprosté abstinenci. Terapeut klientovi nabízí služby minimalizující rizika užívání psychoaktivních látek a udržujeme kontakt, doporučuje se ale také vyvolávat pochybnosti o návykovém chování a pomoci klientovi lépe vnímat rizika s užíváním spojená.<sup>70</sup>

Úkolem terapeuta v tomto případě je podat klientovi maximální možné množství objektivních informací o všech možných rizicích, která jsou spojena s klientovým závislým chováním. Terapeut může zároveň sloužit jako prostředník mezi klientem a vnějším světem bez drog. Tímto se pracovník snaží konfrontovat klienta s realitou a vyvolat v něm pochybnosti o jeho mylné představě neškodnosti klientova chování. Je však důležité mít na paměti, že konfrontace je zde cílem, kterého chce terapeut dosáhnout v klientově mysli a uvažování. Nemůže se stát způsobem vedení rozhovoru. Pokud by terapeut takto rozhovor vedl, byl by zcela kontraproduktivní a měl by velmi

---

<sup>69</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 191.

<sup>70</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 123.

malou šanci na úspěch. Vstřícnost a přijetí jsou naopak zcela na místě. Klient sám by měl být schopen začít vidět nejen pozitiva, která mu jeho současné chování dává, ale i negativa a rizika, která sebou jeho závislé chování může na druhé straně přinášet. Tento proces často probíhá velmi dlouhou dobu, není možné doby trvání zevšeobecnit, a je často zkouškou trpělivosti terapeuta. Mnoho pracovníků v pomáhajících profesích může mít čas od času pocit, že klienti pouze využívají jejich služby, přesto se však skutečně změnit nechtějí. Klienti však často nemají informace potřebné k tomu, aby nad případnou změnou začali alespoň uvažovat. Jejich chování zatím nemusí vykazovat žádná rizika v jakýchkoli oblastech oblasti, popřípadě nemají důvod a potřebu o změně alespoň uvažovat. Je důležité nenechat pocit marnosti převážit nad faktem, že pouhé poskytování informací a běžný servis jsou jediné aktivity, které budou klienti dlouho ochotni využívat.<sup>71</sup>

Terapeut by měl mít na mysli, že jeho úkolem v tomto stadiu je především u klienta vyvolávat pochybnosti o jeho návykovém chování a pomoci mu lépe vnímat rizika, která jsou jak v přítomnosti, tak v budoucnosti spojená se závislým chováním. Za hlavní terapeutův cíl v případě klienta, který se nachází ve fázi kontempace, je považováno rozvíjení rozporu mezi realitou klientova života a jeho cíli.<sup>72</sup>

## 6.2 Kontempace

Fáze kontempace je jinak nazývána také fází uvažování o možnosti změny. Jedná se o stadium, se kterým se lze nejčastěji setkat na ulici. Proto s těmito klienty přicházejí velmi často do styku streetworkeri nebo pracovníci kontaktních center. Klienti, kteří se v této fázi nacházejí, jsou již schopni přijmout fakt, že s jejich chováním není vždy vše v pořádku a může mít i aspekty, které klientovi nejsou příjemné. Podařilo-li se terapeutovi klienta dobře konfrontovat s realitou, mělo by to v něm vyvolat ambivalenci, kdy si bude klient uvědomovat rozpory mezi jeho nynějším chováním a jeho cíli. Díky tomuto uvažování se klient posouvá po kole změny do další fáze, kterou právě fáze uvažování o změně. Pro toto stadium je typické střídání argumentů pro a proti, a to často i v jednom souvětí. Klient již dospěl k přesvědčení, že je potřeba učinit změnu. Zatím si však stále není jistý, jaká změna by to měla být, a zvažuje, jakou

---

<sup>71</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 191.

<sup>72</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 250.

cenu je ochoten za ni zaplatit. Klient bývá velmi zmaten, problémy se mu většinou kumulují a on se v nich nedokáže orientovat. Terapeut musí klientovi umožnit o svých problémech bez přerušování hovořit, uvažovat o možných pro a proti, vracet se a znovu posouvat, obhajovat se, být zmatený, nerozhodný, nevědět. Úkolem terapeuta je především podporovat klientovy argumenty pro změnu, stejně tak jako víru v jeho vlastní schopnosti změnu učinit. Terapeut se snaží nadále rozvíjet rozpory, které klient v dané situaci již vnímá, případně na tyto rozpory v klientově chování poukazovat. Přesto stále platí, že by ve vztahu klienta a terapeuta nemělo docházet ke konfrontaci, ale tato konfrontace by se měla odehrávat v uvažování klienta, v jeho nitru. Je nutné pamatovat na to, že tato fáze může být pro mnoho klientů kritická a velice náročná.<sup>73</sup>

Hlavní změnou oproti předchozímu stadiu, se kterou se dá v rámci této fáze velmi dobře pracovat, je výskyt problémů, z nichž některé jsou klienti schopni dát do přímé souvislosti s užíváním drog. Užívání psychoaktivních látek zatím stále přináší uspokojení, ale již začínají narůstat obavy a pochybnosti o správnosti pokračování a budoucím vývoji jejich užívání. Klient je rozhodnutý uvažovat o změně, ale se změnou váhá, jelikož pro něho není lehké se o změnu skutečně pokusit. Zvažuje výhody a nevýhody, zisky a ztráty, průchodnost a náklady. Pozitivní a negativní aspekty změny momentálně vidí zhruba vyrovnaně. V tomto stadiu terapeut posiluje klientovu sebedůvěru a rozhodovací kompetence, pokouší se o zdůrazňování rozporu a motivuje klienta k drobným změnám, které pozitivně působí na klientovo sebevědomí, pokud se zdaří je realizovat a udržet. Pokud klient dokáže uskutečnit alespoň malé cíle, má to velmi pozitivní vliv na jeho sebevědomí a zvyšuje se tím motivace k uskutečnění dalších změn a cílů, které si klient předsevzal.<sup>74</sup>

V extrémních případech může být namísto krizové intervence, pro jejíž praxi musí být terapeut speciálně vyškolen. Vždy je však důležité dodávat klientovi dostatek odvahy, aby se dokázal pro změnu rozhodnout a na svém rozhodnutí i nadále trvat. Terapeutův přístup by měl být nedirektivní. Pokud by jednal opačným způsobem, mnoho klientů by reagovalo odporem, což by dosavadní práci opět posunulo zpět. Terapeut by neměl jednat z pozice experta a klientovy návrhy řešení by měl udržovat v reálných mantinelech.<sup>75</sup>

---

<sup>73</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 191.

<sup>74</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 123.

<sup>75</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 192.

Je vhodné, aby terapeut postupoval stejně jako v předchozím stadiu. K tomuto postupu se dále přidává posilování sebedůvěry a přesvědčování klienta o jeho vlastních schopnostech a kompetencích. Terapeut se snaží klientovi vysvětlit, že vývoj budoucích událostí je pouze v klientových rukou, nikdo jiný za něho rozhodnutí učinit nemůže. Klient se musí naučit věřit sám sobě a svým vlastním schopnostem.<sup>76</sup>

### 6.3 Rozhodnutí

Rozhodnutí učinit změnu je logickým vyústěním snahy klienta a terapeuta o rozpoznání negativních aspektů klientova závislého chování. V případě, že klient dospěl k rozhodnutí pro změnu, nemá zpravidla příliš jasno v tom, jaké možnosti řešení se mu naskýtají a jaké řešení zvolit. Nastupuje tedy fáze, ve které dochází k tzv. párování potřeb. Terapeut zde nejprve klientovi pomáhá formulovat zakázku. Poté, co se jí podařilo zformulovat, dochází k dojednávání. Klient má určitou představu o řešení problému (dosažení cíle), zatímco pracovník přichází s často omezenou nabídkou možností, které reálně připadají v úvahu. Cílem dojednávání je, aby se mezi těmito dvěma stranami našly pokud možno co nejširší styčné plochy a klient si dokázal zvolit řešení, které mu dopomůže dosáhnout změny, kterou by si přál.<sup>77</sup>

Pokud má terapeut s klientem dojednaný konkrétní postup řešení problému, je nutné pokusit se odstranit všechny překážky, které by se na cestě k cíli mohly vyskytnout. Úkolem terapeuta je pomoci klientovi nacházet a pojmenovávat všechny varianty, které by mohly celý plán zkomplikovat. Stejně tak se pokouší o nalezení všech případných možností řešení, popřípadě vyhnout se těmito překážkám. Pokud se klient s terapeutem na všech těchto záležitostech dohodnou, dochází ke kontraktu, při němž se klient s pracovníkem domluví na technickém postupu při realizaci dalších konkrétních kroků.<sup>78</sup>

Tato část poradenství je pro terapeuta velmi náročná, především po stránce znalosti sociální sítě a technických možností řešení velmi širokého spektra problémů. Terapeut by měl být schopen poskytnout klientovi celou paletu možných řešení, včetně výhod a nevýhod spojených s jednotlivými variantami. Práce na navázání klienta na

---

<sup>76</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*, s. 250.

<sup>77</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 192.

<sup>78</sup> Srov. Tamtéž, s. 192.

další zařízení, které mu může poskytnout širší nabídku služeb, případně samotnou práci na změně chování, se ale velmi často může odehrávat přímo na ulici a může mít podobu dlouhodobého, pravidelného případového poradenství, směřovaného k nalezení vhodného typu služby, která co nejvíce odpovídá klientově představě o tom, jakým způsobem by chtěl změny chování dosáhnout. Nezanedbatelnou roli zde hraje také schopnost pracovníka zprostředkovat přechod klienta do péče jiného zařízení s co možná nejmenším rizikem případného klientova vypadnutí z procesu. Právě první návštěva takového zařízení může být faktorem, který zásadním způsobem ovlivňuje další úspěchy klienta na cestě ke změně chování. V této fázi se pravděpodobně rozchází běžná praxe terénních programů ve velkých městech, kde funguje dostatečně pestrá síť navazujících služeb a programů na menších městech, které musí klientovi zprostředkovat, z nedostatku jiných možností péče, cestu celým procesem změny sami.<sup>79</sup>

Jak již bylo řečeno, toto stadium přináší další zhoršení situace klienta, takže ztráty s užíváním drog nabývají vrchu nad zisky. Klient je ochoten je dávat do přímé souvislosti s užíváním drog a reálně přemýšlí o potřebě změnit situaci. Nakonec se rozhoduje přistoupit k akci vedoucí ke změně. V tomto stadiu je motivace ze strany terapeuta nejvíce potřebná. Klient je odhodlaný svoji situaci změnit, ale v běžném okolí nevidí příliš podpory a jeho osobnost, zdecimovaná užíváním drog, je mnohdy příliš slabá na realizaci rozhodnutí. Terapeut či poradce by měl klientovi navrhnout konkrétní postup ke změně a získat jeho spolupráci na vytváření následných cílů a strategií. V praxi se pracovníci setkávají s tím, že právě v tomto stadiu klient nejvíce spolupracuje, je plný odhodlání a bývá pozitivně naladěný. V této etapě je ochoten přistoupit na léčbu. V optimálním případě zde tedy končí předléčebná péče a klient vstupuje do léčby; tím ovšem nekončí potřeba klienta motivovat.<sup>80</sup>

Terapeutova osoba je v této fázi velmi důležitá právě z důvodu poskytování motivace. Klienti jsou odhodlaní svoji situaci změnit, ale v běžném okolí jim nikdo neposkytuje příliš podpory. Terapeut se tedy stává klíčovou osobou, která klienta utvrzuje v přesvědčení, že jeho rozhodnutí vydat se cestou ke změně bylo správné a že

---

<sup>79</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 192.

<sup>80</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 123.

jistě dokáže úspěšně dojít až na její konec. Terapeut musí být schopen poskytovat klientovi konkrétní návody, jak může svou situaci řešit.<sup>81</sup>

#### 6.4 Akce

Akce je fáze, která se nejvíce blíží tomu, co si lidé představují pod termíny terapie nebo léčba. Pro tuto fázi je osvědčeným prostředkem rychlost. V ideálním případě fáze akce následuje bezprostředně po rozhodnutí změnu učinit. Není dobré umožňovat velkou časovou prodlevu mezi fází rozhodnutí a fází akce, jelikož by si klient mohl své rozhodnutí rozmyslet. Vynikajícím prostředkem je nabídnout klientovi možnost okamžitého objednání se do zařízení, na kterém se s terapeutem dohodl. Klient musí zformulovat svou zakázku a dohodnout se s pracovníkem zařízení na termínu případného setkání. Formulace zakázky v tomto případě již není pro klienta traumatizující záležitostí, protože o možnostech a podobách další péče s terapeutem vyčerpávajícím způsobem hovořil. Klient tak bude tlumočit požadavek, kterému rozumí a pro který se s pomocí pracovníka už dříve rozhodl. Díky tomu, že je klient takto připraven, odpadá riziko stresové situace a naděje na úspěch se zvyšuje.<sup>82</sup>

Zároveň může terapeutovi takováto přímá akce, jako jediná, podat pravdivý obraz o klientově skutečné motivaci, která se dá změřit jen jeho činy, nikoli slovy. Zkušenost je taková, že více klientů dojde do příslušného zařízení poté, co se rovnou objednají, než když pouze slíbí, že to udělají. Pokud terapeutovi pouze přislíbí, že se objednají do zařízení sami, naskýtá se jim mnoho času, kdy mohou své rozhodnutí vzít zpátky. V tomto případě se terapeut nemůže spoléhat na slib klienta závislého na psychoaktivních látkách. Pokud se však klient ihned objedná do příslušného zařízení, výrazně stoupá šance na úspěch jeho léčby, jelikož nám tím dokazuje, že jeho motivace je skutečná a opravdu chce svůj život změnit.<sup>83</sup>

Popisovaný proces je však pouze jistým mezistupněm mezi rozhodnutím změnu učinit a opravdovou akcí. Ta totiž nastane teprve ve chvíli, kdy klient skutečně do onoho zařízení přijde, popřípadě ve chvíli, kdy změní své dosavadní chování. Pod změnou dosavadního chování si můžeme představit na příklad přechod z injekční

---

<sup>81</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*, s. 284.

<sup>82</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 192.

<sup>83</sup> Srov. Tamtéž, s. 193.

aplikace heroinu na jeho kouření. Terapeut se však musí připravit na variantu, že klient zůstane pouze u slov a není schopen akci z jakýchkoli důvodů zahájit.<sup>84</sup>

Pokud nastane situace, kdy klient do zařízení nenastoupí, přestože tuto skutečnost terapeutovi slíbil, může se za své selhání posléze stydět a snaží se po takovém promarněném pokusu terapeutovi vyhnout, aby své selhání nemusel vysvětlovat, jelikož často ani netuší, jak by ho mohl vysvětlit. Této zbytečné ztrátě klienta z kontaktu je třeba předejít tím, že jako součást plánu akce je již dopředu prodiskutovaná varianta, že se jí nepodaří zahájit. Tento fakt se jistě nestane náhodou, ale může značit několik věcí. První možnost je ta, že byla zvolena špatná varianta akce a že klientovi jednoduše nevyhovuje. V takovém případě se po kole změny klient vrací jen o fázi zpět a společně s terapeutem vybírá jinou možnost řešení, která bude lépe vyhovovat jeho potřebám. Terapeut by se měl pokusit pojmenovávat a odstraňovat dosud neobjevené překážky, které se mohou vyskytnout na cestě k dosažení původně domluvené varianty. Další možnost, proč klient nepřišel do sjednaného zařízení, a zatím nenastoupil do fáze akce je ta, že klient na změnu zkrátka ještě není připraven a byl tedy špatně zvolen cíl nebo načasování celé akce. Tato varianta znamená návrat do ranějších fází kola a začíná se pracovat na motivaci pro jinou, dostupnější změnu, která bude celkově realističtější vzhledem ke klientovým schopnostem a požadavkům.<sup>85</sup>

Fáze akce je charakteristická tím, že je časově velmi omezená. Je pro klienta šancí, kterou musí využít právě ve chvíli rozhodnutí, jinak je velmi pravděpodobné, že se po kole změny vrátí do předcházejících fází. V každém případě je v této fázi velmi důležitá podpora víry v klientovy vlastní schopnosti dosáhnout cíle a oceňování každého sebemenšího kroku správným směrem. Terapeut musí stále aktivně pracovat na zesilování klientova rozporu. K realizaci potřebné aktivity vedoucí k léčbě může velkou měrou přispět důvěryhodný vztah s terapeutem a jeho motivace v předchozích stadiích. V optimálním případě klient realizuje navržený či doporučený program a terapeut pomáhá klientovi pozitivní změnu uskutečnit.<sup>86</sup>

---

<sup>84</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 193.

<sup>85</sup> Srov. Tamtéž, s. 193.

<sup>86</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 124.

## 6.5 Udržování

O udržování mluvíme v rámci závislosti ve dvou rovinách. První rovinou je udržování abstinčního chování a druhou rovinou je udržování dosažené změny. Tato změna však nemusí znamenat přímo abstinenci. O práci s klientem ve fázi udržení dosažené změny se jedná pouze v případě, nebylo-li cílem změny dosažení definitivní abstinence. V takovém případě se klient ztrácí terapeutovi z kontaktu, protože terapeut se pohybuje v prostředí velmi nevhodném pro abstinenci. Pracovník pak často nemá možnost zjistit, jaký byl klientův další osud, protože byla-li změna úspěšná a klient abstinuje, je pravděpodobné, že už se pracovně nepotkají. Pokud naopak nastane situace, že se terapeut a klient znovu setkávají v rámci pracovních záležitostí, znamená to, že klient ve své snaze o abstinenci selhal.<sup>87</sup>

O udržení změny se tedy snažíme s klientem, který se rozhodl pro změnu v duchu Harm reduction. Jedná se hlavně o změnu závislého chování klienta, kdy klient nedokáže nebo z určitých důvodů nechce zcela abstinovat, ale v rámci svého a veřejného zdraví se snaží podnikat kroky, které činí užívání psychoaktivních látek pro zdraví méně škodlivými. Obecně však platí, že jakákoli změna, která může na první pohled působit jako velmi malá, je výsledkem značné snahy a odhodlání. V této fázi je potřebné poskytovat klientovi především ocenění a podporu. Nejlépe podporu chování vedoucího k dalším pozitivním změnám. Zároveň je však třeba v této fázi nezanedbat prevenci relapsu. Objevení relapsu je zcela přirozené a klient by měl být na tuto variantu připraven. Měl by znát rizikové situace a spouštěče, které mohou k relapsu přispět nebo ho zcela způsobit. Stejně tak je třeba předejít variantě, že v případě relapsu ztratí terapeut s klientem kontakt. Rolí terapeuta je především podporovat klienta v udržení změn, kterých klient dosud dosáhl a dokázal je uskutečnit. Dále by měl terapeut s klientem plánovat další kroky vedoucí k posílení změny, kterou klient podnikl, a především práce na předcházení vzniku rizikových situací, které by mohly způsobit návrat k dřívějšímu modelu chování.<sup>88</sup>

Pokud je toto stadium úspěšné, přináší pro klienta schopnost žít jinak než dosud a znamená začátek návratu do běžného života. Většinou nebývá bez těžkostí, neboť klient, který byl dosud podporován mnoha terapeuty, chráněn před tvrdou realitou, se

---

<sup>87</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 193.

<sup>88</sup> Srov. Tamtéž, s. 193.



musí vrátit do prostředí, které většinou nepřestal vnímat jako ohrožující. V optimálním případě klient udržuje pozitivní změnu. Využívají se strategie k udržení změny a prevenci relapsu: monitorování a sebemonitorování, vyhýbání se rizikovým místům a situacím, upevňování přiměřeného životního stylu a tak podobně.<sup>89</sup>

## 6.6 Relaps

Pod pojmem relaps je možné rozumět přechodný návrat k nechtěnému modelu chování, ale jen v případě, nejde-li o intenzivní, nezachycený a nezvládnutelný stav, který by klienta trvale vracel do počátečních fází procesu změny a k trvalému návratu k rizikovému chování. Relaps je charakterizován jako určité uklouznutí, které je možné předpokládat a je možné na něho klienta připravit. Terapeutovou povinností v průběhu procesu změny je klienta postupně s touto možností seznámit. Klient musí být informován o tom, že k tomuto selhání může dojít, předem by měly být připraveny strategie, jak danou situaci zvládnout, ale i o tom, jak se relapsu snažit aktivně a úspěšně předcházet. Jak již bylo řečeno, relaps je zcela přirozenou součástí závislosti. Každý klient ho však vnímá jinak, zejména v závislosti na do té doby dosažených výsledcích. V nejhorším psychickém stavu bývají klienti, kteří zrelapsovali na příklad po úspěšně dokončené léčbě či doléčovacím programu. Takoví klienti však také bývají méně náchylní k návratům do počátečních fází kola změny. Nyní jsme se tedy dostali k hlavnímu úkolu pracovníka pracujícího s klientem, který zrelapsoval. Tím je zabránit návratu do počátečních fází kola změny a iniciovat další pokus o započatou změnu. Zejména je třeba zmírnit klientovo trauma. Vhodné je v tomto případě využít krizovou intervenci, která je však speciální dovedností a terapeut musí být v této dovednosti vyškolen. Důležité je ocenit to, že klient dokázal o relapsu mluvit a žádat o pomoc. To je známka toho, že nerezignoval na svou další snahu.<sup>90</sup>

Vhodnou variantou, jak dále pokračovat v práci s klientem, který zrelapsoval, je opětovný přechod do fáze akce. Odešel-li klient z léčebny, je dobré mu nabídnout možnost okamžitého zprostředkování kontaktu s danou léčebnou, případně další

---

<sup>89</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 124.

<sup>90</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 194.

pomáhající institucí, a v ideálním případě možnost vyjednání podmínek k jeho opětovnému přijetí.<sup>91</sup>

Pokud terapeut zanedbá nastalý relaps, může se klient dostat zpět do prvního stadia, kdy nestojí o změnu. V tomto případě je nejdůležitější zvládnout psychologickou reakci na selhání (syndrom porušení abstinence) a užívání rychle zastavit. K relapsu může dojít v každé etapě tohoto modelu, to by měl mít terapeut stále na paměti. Nejedná se přímo o selhání klienta či dokonce samotného terapeuta. Relaps jednoduše neodmyslitelně patří k procesu změny v případě klientů závislých na psychoaktivních látkách.<sup>92</sup>

Největší nebezpečí, které je s relapsem spojeno, tkví v tom, že se z něho klienti často dostávají zpět do prvního stadia, kdy nestojí o změnu. Zde je tedy nejdůležitější pomoci recidivu rychle zastavit. Jak již bylo řečeno, terapeut musí mít na paměti, že relaps přirozeně patří k procesu změny. Měl by se však vyvarovat myšlenek, které by mohly nastalý relaps bagatelizovat, jelikož může mít fatální následky.<sup>93</sup>

---

<sup>91</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 194.

<sup>92</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 124.

<sup>93</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 250.

## 7 Kontrakt

Kontrakt je smlouva mezi klientem a poradcem či terapeutem, případně týmem. Jeho obsahem má několik částí. První částí je stanovení cílů, na kterých bude klient společně s pomocí terapeuta pracovat a o které bude usilovat. V kontraktu je dále popsána struktura procesu, který ke změně povede. V rámci kontraktu musí terapeut seznámit klienta také s jeho právy a povinnostmi. Tato práva a povinnosti se samozřejmě liší podle toho, ve kterém konkrétním zařízení terapeut pracuje, jelikož každé zařízení má své vlastní normy. Nelze je tedy všeobecně uvádět. Kontrakt má mít písemnou podobu, zejména při ambulantní práci s klienty. Centrální postavení v něm zaujímá zakázka klienta, která musí být jasně popsána a pro klienta musí být naprosto zřetelná. Domluvená a jednoznačně formulovaná zakázka definuje systém pomoci jako poradenství, terapii nebo třeba doprovázení. Zakázka tedy určuje formulaci kontraktu a jeho obsah: cíle, kritéria provedení a kontroly průběhu, pomůcky k rozhodování, dle čeho se rozhodnout pro ukončení, kritéria úspěšnosti, možnosti změn v kontraktu. Zakázka tedy v terapii zakládá smluvní vztah mezi poradcem či terapeutem a klientem. Vypracování kontraktu je začátkem i rámcem určitého terapeutického či poradenského procesu.<sup>94</sup>

---

<sup>94</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 287.

## 8 Model Buisman - Kok

V literatuře se můžeme setkat s další podobou procesu změny, jehož autoři jsou Buisman a Kok. Tento model však není v literatuře tak často popsán jako předchozí model podle Prochasky a DiClementeho.

Uvedená škála změn popisuje spíše sérii drobných změn, kterými klient prochází, než radikální změny chování a životního stylu. Ty jsou spíše příznakem latentního vývoje a někdy i varovnými signály rozvoje psychotického onemocnění.<sup>95</sup>

Tento model změny chování staví změny do série v následující posloupnosti:

### 8.1 Kontakt

Toto stadium představuje konfrontaci a také odpor se zdravotními a sociálními problémy, které uživateli způsobuje závislé chování. Kromě již zmíněných problémů se dále může jednat o trestnou činnost, stigmatizaci, vývojový konflikt a tak podobně. Nástroji terapeuta se mohou v tomto případě stát nabízené služby, respekt k osobnosti klienta, poskytnutí pocitu bezpečí, prostoru pro rozhodování. Důležitá je zde osobnost terapeuta a to, zda se mu podaří přenést odpovědnosti a kompetence na klienta. Musí mu dále poskytovat ocenění a podporu.<sup>96</sup>

### 8.2 Pozornost

Pozornost klienta je často zaměřena na abstinenční syndrom a s ním spojené zdravotní obtíže. Dále svou pozornost dokáže orientovat na bydlení, rodinu, policii, zákon, kvalitu drog, nedostatek peněz. Účinným nástrojem terapeuta může být aktivní naslouchání. Terapeut musí mít s klientem dostatek trpělivosti. Respektování klienta je základní, bez něho se klient nedokáže posunout dále směrem k trvalé změně. Je možné s klientem sestavit písemný kontrakt a plán další práce. Terapeut by měl zmapovat klientovy hodnoty a postoje. Pro klienta je velmi důležité, že s ním terapeut vede rozhovor.<sup>97</sup>

---

<sup>95</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 285.

<sup>96</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 125.

<sup>97</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 285.

### **8.3 Pochopení**

Klient by měl získat náhled na svou situaci. Nejlépe je možné mu k získání náhledu dopomoci poskytováním informací. Klient může pochopit informace tlumočené vrstevníky, odborníky a z tištěného materiálu, případně zprostředkované přirozenou autoritou nebo rodiči. Nástroji terapeuta v této fázi se mohou stát konfrontace klienta s jeho problémem, nastavení zrcadla klientovi. Aby práce terapeuta vedla směrem k úspěchu, musí být pro klienta srozumitelný. Klient musí chápat podmínky, které jsou nutné k realizaci zakázky.<sup>98</sup>

### **8.4 Změna postoje**

Klient si uvědomuje, co chce a co nechce s ohledem na krátkodobé a dlouhodobé cíle, investice a volby. Jedná se i o takové změny, jako je na příklad přechod z užívání špinavých jehel k jehlám čistým. Terapeut se v tomto stadiu snaží kontakt s klientem zintenzivnit, zdůrazňuje mu veškerá rizika, kterým se svým závislým chováním vystavuje. Poskytuje mu naději a ocenění i za malé cíle, kterých dokázal klient dosáhnout. Terapeut nabízí klientovi další možnosti, jakými může dosáhnout zkvalitnění svého života.<sup>99</sup>

### **8.5 Změna záměru**

Ze strany terapeuta může přispět ke změně jeho chování a záměru poskytované uznání a oceňování. Terapeut nadále s klientem porovnává výhody a nevýhody užívání psychoaktivních látek, čímž se snaží klienta stále více utvrzovat v jeho rozhodnutí nastolit ve svém životě určitou změnu. Terapeut má stále na paměti určitou nabídku, jak by mohl klient zlepšit svou situaci, kterou mu neustále předkládá a klient tak má možnost volby, kterou z nabízených možností využije.<sup>100</sup>

---

<sup>98</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 125.

<sup>99</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*, s. 285.

<sup>100</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 125.

## 8.6 Změna chování

Jedná se o finální stadium, kdy klient skutečně dospěl ke kýžené změně svého závislého chování. V ideálním případě k finální změně chování dopomohou klientovi instituce, které se snaží usilovat o celkovou abstinenci svých klientů. Aby terapeut změnu chování podpořil, stále klienta oceňuje za jeho snahu a snaží se mu poskytovat relevantní informace, které s jeho změnou chování souvisí.

Pokud by terapeut chtěl i nadále být klientovi nápomocen v udržování nastalé změny jeho chování, je to jistě možné v rámci následné péče, kdy se terapeut soustředí na prevenci relapsu klienta. Jako nástroje své činnosti používá reflexi, ocenění a podporu klienta.<sup>101</sup>

---

<sup>101</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*, s. 285.

## 9 Motivační rozhovory

### 9.1 Základní charakteristika motivačních rozhovorů

Motivační rozhovory patří mezi odbornou veřejností ke stále více uznávanější intervence terapeutické práce s osobami, které se potýkají s některou formou naučeného kompulzivního nebo problémového chování. Jsou aplikovatelné u jakýchkoli forem závislosti, od kuřáků, přes problémové konzumenty alkoholu až pro osoby s problémovými stravovacími návyky.<sup>102</sup>

Motivační rozhovor je metoda, která leží na pomezí poradenství a terapie a v obou těchto přístupech má své místo. Na rozdíl od psychoterapie si poradenství neklade za cíl změnu psychologických vlastností či osobnosti klienta a také jeho výkon není podmíněn psychoterapeutickým vzděláním a výcvikem. Z toho důvodu jsou motivační rozhovory vhodnou metodou činnosti pro pracovníky v pomáhajících profesích.<sup>103</sup>

Jedná se o metodu, která byla vytvořena s cílem pomoci klientovi k tomu, aby se sám sobě dokázal zavázat, že na svém chování a svém přístupu dospěje k určité změně. Motivační rozhovory jsou založeny na poradenství orientovaném na klienta, kognitivní terapii, systemické teorii a sociální psychologii přesvědčování. Přestože, jak bylo již napsáno, jsou motivační rozhovory orientovány na klienta, terapeut má stále v rukou pevné řízení toho, jakým směrem se bude rozhovor ubírat a jaký bude jeho účel. Úlohou terapeuta je hledat ten správný moment pro rázný zásah. Tento postup může být propojen s množstvím dalších strategií a také může být využit k přípravě motivace u klienta, se kterým se následně bude pracovat za použití jiných metod, jako je kognitivní terapie, účast na skupinové terapii, meditace a tak podobně.<sup>104</sup>

Mnoho přístupů v léčbě drogové závislosti vychází z toho, že uživatel musí nejprve přijmout závazek, že se chce změnit. Bez tohoto závazku by jakákoli terapie nemohla být úspěšná. Pro takovéto rozhodnutí, musí mít uživatel nějakou motivaci. Motivační rozhovor předpokládá, že uživatel drog v léčbě zaujímá ke svému

---

<sup>102</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. s. vii.

<sup>103</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 127.

<sup>104</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. s. xii.

návykovému chování ambivalentní postoj. Právě pomocí motivačního rozhovoru se terapeut v této situaci snaží pomoci svým klientům přijmout závazek a dosáhnout rozhodnutí provést změnu svého chování.<sup>105</sup>

Další výhodou této terapeutické intervence je možnost jejího uplatnění v rámci mnoha léčebných přístupů. Motivační rozhovory mohou být použity jak ve skupině, tak při práci s jednotlivcem, dokonce i při terénní práci. Můžeme je užívat jako krátkodobou intervenci nebo jako součást dlouhodobějších léčebných programů. Motivační rozhovory můžeme používat jak při práci s klienty, jejichž cílem je abstinence od užívání drog, tak i k dosahování cílů, které jsou svým charakterem krátkodobější a pomohou nám ke zlepšení kvality života a zdraví klienta. Mezi takovéto cíle můžeme zahrnout přechod od injekčního k orálnímu užívání drog.<sup>106</sup>

Motivační rozhovor je speciální metoda, která dopomáhá lidem k rozpoznání jejich existujícího nebo blížícího se problému a s tímto problémem následně pracovat a něco s ním udělat. Je zvláště účinná u lidí, kteří jsou velmi nerozhodní nebo se změnou svého chování váhají. Zde motivační rozhovor nastupuje jako nástroj k překonání ambivalence a klientovi tak bylo usnadněno postoupit na cestě ke změně. Tento první krok je velmi důležitý. Jakmile se klient jednou pohne z místa, bývá další cesta mnohem jednodušší a snazší. Klient přijímá tu myšlenku, že má sám nad svým životem moc, začíná vnímat své vlastní schopnosti a možnosti, díky kterým může dosáhnout trvalé změny.<sup>107</sup>

Někteří terapeuti zaměřeni na člověka se blíží kognitivnímu pojetí, protože se zaměřují na procesy zpracovávání informací. Jiní jsou svým zaměřením direktivnější. William Miller popisuje svůj motivační rozhovor jako krátký, direktivní a na člověka zaměřený přístup, který vyvolává změnu tím, že pomáhá klientovi při zkoumání a řešení ambivalence. Jeho motivační rozhovor obsahuje záležitosti typické pro terapii zaměřenou na klienta, jako je empatie a vřelost. Kromě toho pracuje také s určitými technikami, jako jsou otevřené otázky, reflektivní naslouchání a tak podobně. Podrobně bude podoba motivačního rozhovoru rozebrána v dalších kapitolách.<sup>108</sup>

---

<sup>105</sup> Srov. GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: Důkazy o účinnosti*, s. 27.

<sup>106</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. vii.

<sup>107</sup> Srov. Tamtéž, s. 46.

<sup>108</sup> Srov. PROCHASKA, J. O.; NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*, s. 126.



Přístupy uplatňované v motivačních rozhovorech jsou spíše přesvědčovací nežli donucovací. Snaží se klienta podporovat, místo aby vyvolávaly konflikt. Cílem motivačního rozhovoru je navýšit klientovu vnitřní motivaci tak, že se změna vytvoří v něm samém, namísto toho, aby byla po klientovi vyžadována zvenku. Pokud vše probíhá tak, jak by mělo, je klient tím, kdo předkládá argumenty pro změnu a nenechává vše pouze na terapeutovi. Aby toho bylo možné dosáhnout, používá metoda motivačních rozhovorů množství různých technik, které jsou často odvozené od přístupů orientovaných na klienta. Oproti jiným směrům, které mohou být více agresivní, zůstává terapeut poměrně málo aktivní. Přesto motivační rozhovor pokračuje kupředu s jasně daným účelem, podle určitých pravidel a za použití dovedností, které napomáhají dosáhnout požadovaného cíle. Po celou dobu je uplatňováno zasahování do procesu určitým způsobem a v klíčových momentech.<sup>109</sup>

Motivační rozhovor není vnímán primárně jako léčebná metoda, ale spíše jako poradenský styl. Je považován za účinný nástroj léčby ve všech možných jejích etapách. Jako nejvhodnější se ukázaly rané etapy léčby, kdy uživatelé psychoaktivních látek teprve začínají přijímat závazky, které jsou spojeny s léčbou nebo změnou jejich chování. Bylo zjištěno, že motivační rozhovor je přínosnější pro klienty, jejichž výchozí motivace je nižší, než pro ty klienty, jejichž výchozí motivace je vyšší.<sup>110</sup>

Rotgers označuje terapeutův styl vedení rozhovoru jako velmi významný faktor ve vztahu klienta a terapeuta. Právě tento styl se může podílet na tom, zda se klient rozhodne setrvat ve vzorcích svého chování, nebo se rozhodne pro změnu. Stejně jako klient, může být i terapeut motivován napomáhat klientovi se změnou jeho situace nebo naopak určitou změnu blokovat. Při práci s klientem je terapeut, ať už vědomě či nevědomě napojen na svou vlastní motivaci.<sup>111</sup>

Motivační rozhovory můžeme vnímat ve dvou rovinách. Jednak se v užším slova smyslu jedná o metodu strukturovaného předléčebného či léčebného poradenství. V širším pojetí je práce s motivací užitečným základem pro další intervence, které vedou ke změnám chování, prožívání, myšlení a náhledu na situaci klientů závislých na psychoaktivních látkách. Motivační rozhovory jsou důležitou součástí činnosti pracovníků v nízkoprahových zařízeních, ambulantních centrech a poradnách. Je

---

<sup>109</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 46.

<sup>110</sup> Srov. GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: Důkazy o účinnosti*, s. 27.

<sup>111</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*, s. 283.

důležité poznamenat, že motivační rozhovory nejsou vhodné pouze pro individuální práci s klientem, ale můžeme je využít i při práci s klientovou rodinou.<sup>112</sup>

Metoda motivačního rozhovoru je vhodná zejména v situacích, kdy klienti prožívají stav ambivalence a konfliktů v oblasti chování a myšlení. Indikací k volbě metody jsou stavy a problémy, které se objevují u závislých klientů, problémových uživatelů a bývalých uživatelů, kteří jsou již schopni abstinovat. Metoda je efektivní zejména v časných stádiích léčebného procesu a při doléčování. To znamená v nejkritičtějších etapách vývoje závislosti z hlediska rizik relapsu a možných poškození. Ukazuje se, že tato metoda umožňuje ovlivnit i nižší úroveň motivace. To je významné především pro soudobé léčebné postupy, které se snaží využít výhod včasného zahájení léčby a neodkládat nástup do léčby na základě mýtu o nedostatečné motivaci klienta, jak tomu bylo v minulosti.<sup>113</sup>

Bell a Rollnick shrnuli motivační rozhovory následovně: jedná se o pět principů, kterými jsou vyjadřování empatie, vytvoření rozporu mezi tím, čeho chce klient dosáhnout v budoucnosti a tím, jak se chová nyní, vyhýbání se neproduktivním sporům a práce s odporem. Tyto principy se spojují s příslušnými strategiemi, kterými jsou probírání typického dne nebo sezení, chtěné a nechtěné následky užívání návykových látek, poskytování relevantních informací, probírání problémů (zejména těch, které jsou způsobovány návykovými látkami). K tomu ještě přistupují drobné dovednosti, jako na příklad kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání a shrnování.<sup>114</sup>

## 9.2 Výzkumy zabývající se motivačními rozhovory

Gossop ve své knize uvádí srovnání výsledků u klientů, kteří jsou závislí na psychoaktivních látkách. Tyto výsledky vyvodil na základě pozorování, která provedl. Slibné výsledky motivačních rozhovorů byly zjištěny při léčbě různých skupin pacientů. Při srovnání standardní vstupní diagnostiky se vstupní diagnostikou rozšířenou o motivační rozhovor měli ti uživatelé psychoaktivních látek, kteří navíc absolvovali motivační rozhovor, vyšší pravděpodobnost docházky na následná terapeutická sezení. Pacienti závislí na opiátech, kteří docházeli na kliniku do metadonového programu

---

<sup>112</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 287.

<sup>113</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 128.

<sup>114</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 250.

a zároveň byli zařazeni do skupiny, ve které probíhaly motivační rozhovory, vykazovali ve srovnání s kontrolní skupinou, ve které motivační rozhovory neprobíhaly, větší snahu o naplnění cílů své léčby, lépe dodržovali léčebný režim, vykazovali méně problémů s opiáty a měli méně relapsů.<sup>115</sup>

U ambulantně léčených pacientů, kteří trpí depresemi a jsou závislí na kokainu, byla vyšší pravděpodobnost, že setrvají v léčbě, dokončí program a budou mít po léčbě méně psychických problémů, pokud absolvovali v rámci léčby motivační rozhovory, oproti pacientům, kteří se účastnili obvyklého programu léčby. Pacienti užívající amfetaminy náhodně zařazení do léčebného programu s motivačními rozhovory a s nácvikem psychosociálních dovedností měli vyšší pravděpodobnost, že začnou abstinovat nebo že u nich dojde k výraznějšímu poklesu míry užívání drogy než osoby zařazené do kontrolní skupiny, ve které byla používána svépomocná brožura. Dospělí, kteří vyhledali léčbu kvůli problémovému užívání konopí, vykazovali výraznější pokles míry užívání drogy a souvisejících problémů po absolvování motivačního rozhovoru než kontrolní skupina s oddálenou léčbou. Ve studii pacientů užívajících drogy, kterým uložil soud povinnou léčbu, měli vyšší pravděpodobnost docházky na léčebná sezení a dokončení programu ti, kteří absolvovali motivační rozhovor.<sup>116</sup>

Americký Marijuana Treatment Project porovnával dvě skupiny. První skupina absolvovala dvě sezení, během kterých byly užity motivační rozhovory. Druhá skupina absolvovala devět sezení, při kterých byly užity motivační rozhovory, následně kognitivně behaviorální terapii a vedení případu. Kontrolní skupina nedostávala žádnou léčbu a tvořili ji pacienti v pořadníku. Obě léčené skupiny dosáhly snížení počtu dnů, kdy byla užita droga, a skupina s devíti sezeními měla lepší výsledky než skupina se dvěma sezeními. Také počet symptomů závislosti na kanabinoidech a počet problémů s konopím poklesly, avšak druhá skupina nedosáhla lepších výsledků z hlediska zvládacích dovedností, jak se očekávalo. Dokonce i pouhé jedno sezení s intervencí motivačních rozhovorů mělo přínosný efekt na užívání drog u mladých lidí, především co se týče snížení míry užívání a její udržení po třech měsících, avšak účinky při kontrole po dvanácti měsících odeznívaly. Krátkodobá motivační intervence mezi uživateli kokainu a heroinu ověřovala abstinenci po třech a šesti měsících a zjistila lepší výsledky u léčené skupiny jak pro kokain, tak pro heroin. Pilotní studie s jedním

---

<sup>115</sup> Srov. GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: Důkazy o účinnosti*, s. 27.

<sup>116</sup> Srov. Tamtéž, s. 27.

sezením motivačních rozhovorů ke snížení míry užívání cracku u pacientů na metadonové udržovací léčbě zjistila určitý dopad na užívání cracku a významné snížení míry užívání heroinu ve vzorku.<sup>117</sup>

V průběhu projektu MATCH, který je dosud nejrozsáhlejší studií zkoumající výsledky terapie motivačních rozhovorů, se srovnávala čtyři sezení motivačně posilující terapie s dvanácti sezeními kognitivně behaviorálního nácviku dovedností na zvládání problémů a dvanácti sezeními dvanácti krokové podpůrné terapie. Provedly se dvě paralelní, ale nezávislé, přísně kontrolované klinické studie, jedna s devíti sty padesáti dvěma ambulantními klienty závislými na alkoholu a druhá se sedmi sty sedmdesáti čtyřmi klienty, kteří docházeli na psychoterapii po absolvování odvykací kúry na klinice. První dvě sezení motivační terapie byla především podpůrná sezení. Jasně se ukázalo, že kratší motivační terapie je při každém nadcházejícím sledování účinků léčby stejně účinná, jako delší a mnohem systematictější dvanácti kroková a kognitivně behaviorální terapie. Za zvláštní pozornost stojí, že při dlouhodobé katamněze dosahovala motivační terapie u pacientů, kteří byli na začátku terapie méně motivovaní ke změně mnohem lepších výsledků než kognitivně behaviorální postup. Už Carl Rogers předpovídal, že klienti mohou za krátkou dobu ujít notný kus cesty, jestliže k tomu jsou vhodné podmínky jako akceptující terapeut a značná autonomie.<sup>118</sup>

### 9.3 Zásady motivačního rozhovoru

V rámci metody motivačních rozhovorů se ke klientovi vždy přistupuje s respektem. V ideálním případě vzniká ze vztahu klienta a terapeuta jakési spojenectví. Terapeut se pomocí motivačních rozhovorů snaží pomoci klientovi vymanit se z koloběhu sebezničujícího způsobu života. Tato metoda dopomáhá terapeutovi skutečně být s klientem, což může být pro mnoho klientů zcela nová zkušenost. Tento vztah však nemůže zapříčinit změnu sám o sobě. Motivační rozhovory mají své vlastní zásady a principy, kterými se terapeut musí řídit, aby byla terapie efektivní a mohlo dojít ke kýžené změně.<sup>119</sup>

---

<sup>117</sup> Srov. SCHULTE, B. et al. *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*, s. 87.

<sup>118</sup> Srov. PROCHASKA, J. O.; NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*, s. 127.

<sup>119</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 55.

Při motivačním rozhovoru se terapeut vyhýbá klasické konfrontaci, během které by poradce tvrdě prosazoval změnu klientova chování, ale klient by ji odmítal. Nesnaží se klienta přesvědčit přímo, ale systematicky usiluje o to, aby si nutnost změny uvědomoval sám klient a potřeba změny vzešla právě od klienta. Terapeut klienta spíše ke změně povzbuzuje, než že by si ji otevřeně vynucoval. Je nutné, aby terapeut vytvářel přátelskou a vřelou atmosféru, ve které se klient bude cítit dobře a příjemně. Takováto atmosféra umožní klientovi prozkoumat své ambivalentní postoje a nad možností změny se dostatečně zamýšlet. Terapeut nekonfrontuje klienta s jeho odporem přímo, ale šikovně ho od odporu odkloní, aby mu umožnil otevřené zkoumání svého problému. Skrytým cílem je vytvořit u klienta rozpor mezi jeho současným postojem a životem, což můžeme nazvat reálným já, a jeho vytouženými cíli, kterých by chtěl v životě dosáhnout. Takový rozpor je přesně tím motivujícím činitelem, který spouští proces změny chování.<sup>120</sup>

V rámci motivačního rozhovoru terapeut nepřijímá autoritativní roli. Vyhýbá se zaujímání postoje, dle kterého by se jevil jako expert, který klientovi nadiktuje, jak by měl žít. Odpovědnost za změnu je ponechána na jedinci samotném. Rozhodnutí pro změnu je zcela svobodné a nikdo do něho klienta nemůže nutit, ani mu říkat, jak přesně má učinit které kroky. To jistě neznamená, že terapeut je bezmocný a že na klienta nemá žádný vliv. Je tomu přesně naopak, některé výzkumy ukazují, jak překvapivě velký vliv má poradce na to, jestli se klient změní nebo ne.<sup>121</sup>

Je nutné být realistický v očekáváních ve vztahu s klientem a mít na vědomí, že jen část klientů je schopna dosáhnout změny ve svém závislém chování.<sup>122</sup>

#### **9.4 Vznik motivačních rozhovorů**

Motivační rozhovor se vyznačuje empatickým přístupem, který se vyhýbá otevřené konfrontaci. Je to vhodný způsob práce se závislými klienty, ale je možné ho využít i v případě, kdy je cílem terapeuta změna klientova chování směrem k chování méně rizikového. Vznik tohoto přístupu se datuje v roce 1982, kdy ho definovali

---

<sup>120</sup> Srov. PROCHASKA, J. O.; NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*, s. 126.

<sup>121</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 46.

<sup>122</sup> Srov. RADIMECKÝ, J. Očekávání pracovníků terapeutických komunit vs. proces změny změny chování klientů. *Adiktologie*, s. 51.

psychologové Carl DiClemente, James Prochaska, William Miller a Stephen Rollnick. Jednalo se o reakci na konfrontační terapii, která byla v té době užívána při práci se závislými osobnostmi. Cílem oné konfrontační terapie bylo srazit klienta až na dno a donutit ho přijmout svou diagnózu, k čemuž docházelo pod tlakem sociálního okolí klienta. Tento přístup jistě měl a má svá opodstatnění, ale ukázalo se, že ho nemůžeme považovat za obecně platný. Není to přístup, který by se dal aplikovat bez rozdílu a za všech situací na všechny závislé klienty. Klienti se závislým modelem chování mají velmi dobře vybudovaný model popírání svého problému, který se často nedaří prolomit a tím pádem není možné dospět ke kýžené změně chování. Právě proti konfrontační terapii byl vytvořen přístup, který vychází z terapeutického směru definovaného Carlem Rogersem. Tento přístup se snaží s klientem pracovat takovým způsobem, aby nedocházelo ke konfrontaci na úrovni vztahu klienta a terapeuta, ale aby konfrontace probíhala na niterné úrovni samotného klienta. K této zkušenosti klientovi dopomůže terapeut díky svému empatickému, naslouchajícímu a pomáhajícímu přístupu.<sup>123</sup>

Miller nejprve pracoval s alkoholiky a pracoval s behaviorálními technikami sebeovládání. Během svého výzkumu byl ohromen a zároveň znepokojen zjištěním, že skupina, která absolvovala deset terapeutických sezení, vykazovala srovnatelné zlepšení jako kontrolní skupina, která prošla pouze původním hodnocením, dostalo se jí povzbuzení a rady a měla si přečíst svépomocnou knihu.<sup>124</sup>

Těmto výsledkům nemohl Miller uvěřit, a proto toto měření dvakrát opakoval. Učinil ale tu změnu, že terapii prodloužil na osmnáct sezení. V jedné z těchto studií zkoumal chování poradců během terapie. Používal k tomu Truaxovu a Carkhuffovu škálu empatie. Na základě tohoto zkoumání došel Miller k závěru, že empatie, kterou prosazoval Rogers, a reflektivní naslouchání, musí být součástí všech krátkých účinných terapií. Srovnávací analýza účinných krátkých terapií našla 6 elementů, které shrnula ve zkratce FRAMES. Většina terapeutů provedla zhodnocená následované zpětnou vazbou k individuálním nálezům. Mnoho z nich zdůraznilo klientovu osobní zodpovědnost za změnu. Důležitost je spatřována hlavně v tom, že změna vychází ze svobodného rozhodnutí, které za klienta nemůže nikdo udělat. Všichni terapeuti poskytli klientům určitou přímou radu, jak mají kýžené změny dosáhnout. Mnoho z nich předalo klientům nabídku možností, jakým způsobem je možné změny

---

<sup>123</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 189.

<sup>124</sup> Srov. PROCHASKA, J. O.; NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*, s. 126.

dosáhnout. K práci terapeuta patřila také empatie. Účinné krátké terapie obsahovaly také elementy k posílení klientovy víry ve vlastní schopnosti, díky kterým může dosáhnout změny bez cizí pomoci. Terapie byly plné optimismu, povzbuzení a přesvědčování klienta, že dokáže uspět.<sup>125</sup>

Jak již bylo řečeno, nejprve se technika motivačních rozhovorů začala úspěšně využívat při práci s alkoholiky. Po prokázaných úspěších s touto metodou, byla zavedena i při terapiích orientovaných na uživatele nelegálních látek.<sup>126</sup>

Postupem času se ale stala výbavou těch terapeutů, kteří pracují s klienty, jejichž chování vykazuje známky závislosti ve všech možných jejích formách. Nyní jde o techniku úspěšně používanou při individuálních poradenských konzultacích. Techniky této metody můžeme však používat i při streetworku, kdy dochází ke krátkým intervencím, které se odehrávají přímo na ulici. Zkušenosti ukazují, že i s těmito klienty se dá metodou motivačních rozhovorů úspěšně pracovat právě i na ulici. Řada klientů je ochotná o změně svého chování popřemýšlet, řada z nich je poté schopná, s větší či menší podporou svého sociálního okolí, na zamýšlené změně pracovat.<sup>127</sup>

## 9.5 Cíle motivačního rozhovoru

Základním cílem motivačního rozhovoru je dosahování změn u návykového chování klienta. Terapeut se snaží docílit té změny chování, která by umožnila klientovi vést bezpečnější, úspěšnější a šťastnější život. Primárním cílem pro metodu motivačního rozhovoru užívanou u klientů závislých na psychoaktivních látkách není dosáhnout abstinence od drog, ale jakákoli změna, která povede ke zkvalitnění života klienta. Při kontaktu s klientem bychom měli odkrýt to, co ve svém životě považuje za problém, a na základě toho bychom měli společně stanovit klientovi cíle, kterých se budeme snažit dosáhnout. Mezi očekávané výsledky změny může patřit návrat do určité životní role, stabilizace života klienta, zlepšení kvality života a mnoho dalších. Cíle se mohou týkat jakékoli roviny. Může se jednat o zdraví (somatické či psychické), vztahy s rodinnými příslušníky i širší sociální kontakty, vyřešit situaci s bydlením či prací, soudy nebo jinými institucemi. Hledání konkrétních cílů a definitivně označovat

---

<sup>125</sup> Srov. PROCHASKA, J. O.; NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*, s. 126.

<sup>126</sup> Srov. GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: Důkazy o účinnosti*, s. 27.

<sup>127</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 189.

problémy by měl klient. Terapeut v tomto vztahu funguje spíše jako konzultant, který by měl klientovi dopomoci dospět k procesu změny, usnadňovat ji, podporovat, a popřípadě tuto změnu udržet.<sup>128</sup>

Terapeut se při motivačním rozhovoru podílí na vytvoření kognitivního rámce pro klientovo pochopení a akceptování problému. Podporuje jeho rozhodnutí změnu učinit a posiluje jeho sebevědomí a odpovědnost za další vývoj situace. Snaží se klienta přesvědčit, že je dostatečně silnou osobností pro naplnění cílů, které si předsevzal.<sup>129</sup>

Nezbytným předpokladem pro dosažení a udržení změny vzorců závislého chování je v první řadě to, aby klient porozuměl sám sobě, vztahům a individuální potřebě užívat psychoaktivní látky. To samo o sobě ale k udržení změny nestačí. Je nezbytné, aby se klientovi ve spolupráci s terapeutem podařilo nahradit ztrátu drog svým osobním rozvojem.<sup>130</sup>

Cíle motivačního rozhovoru by měly být vyjádřeny v kontraktu mezi klientem a terapeutem a při jejich určování bychom se měli řídit určitými zásadami. Stejně jako má samotný motivační rozhovor svá pravidla a strategie, měl by se terapeut řídit určitou strategií při vymezování klientových cílů. Cíle by měly být především realistické, klientem dosažitelné a klient s nimi musí souhlasit. Cíle předpokládané změny musí být konkrétní, určité a zcela jasné. Další vlastností cílů je jejich měřitelnost. Díky této vlastnosti si můžeme ověřit, zda se nám podařilo cíle naplnit. Již předem by terapeuti měli mít rozmyšleno, jakým způsobem se bude zdařilost daného cíle měřit a jak budou zjišťovat jeho úspěšné naplnění. Dále musí být cíle dosažitelné, a to jak z časového hlediska, tak s ohledem na klientovi schopnosti. S tímto souvisí i stanovená časová omezenost naplnění klientova cíle. Ať se jedná o jakýkoli cíl, vždy by měl být v souladu s klientovým přesvědčením a jeho hodnotami. Pokud by tomu tak nebylo, byl by terapeut nucen klienta předat jinému terapeutovi, u kterého k takovému rozporu nedocházelo.<sup>131</sup>

---

<sup>128</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 284.

<sup>129</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 122.

<sup>130</sup> Srov. RADIMECKÝ, J. Očekávání pracovníků terapeutických komunit vs. proces změny chování klientů. *Adiktologie*, s. 51.

<sup>131</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 284.



## 10 Složky motivačního rozhovoru

Miller a Rollnick popisují jednotlivé složky motivačního rozhovoru, které shrnuli do akronymu FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy): zpětná vazba, odpovědnost, rada, nabídka, empatie, důvěra ve vlastní schopnosti.<sup>132</sup>

### 10.1 Zpětná vazba

Po účinné rychlé intervence je typické, že terapeut poskytuje klientovi strukturované mnohostranné zhodnocení stávající situace, což klientovi dává zpětnou vazbu. Už pouhé procházení celým procesem dává klientovi možnost podrobně reflektovat svou situaci. Zpětná vazba může být důležitým motivačním činitelem.<sup>133</sup>

Angažovaným způsobem daná zpětná vazba je velmi užitečná, pokud je objektivní. Díky ní můžeme přesvědčit klienta, že není takovým, jakým by měl být, či jakým by si přál být. Základem je dopomoci klientovi k pochopení situace, která může být poměrně složitá. Terapeut by měl dávat klientovi zpětnou vazbu takovým způsobem, aby klient mohl učinit své vlastní závěry.<sup>134</sup>

### 10.2 Odpovědnost

Tato složka označuje klientovu odpovědnost za své vlastní chování a za rozhodnutí o změně.<sup>135</sup>

Klientovi je sdělena taková informace, ze které pochopí, že veškerý vývoj budoucích událostí má ve svých rukách a záleží pouze na něm, zda a jakým způsobem se rozhodne pro změnu svého stávajícího chování. Důležitý je dávat důraz na sdělení, že

---

<sup>132</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 125.

<sup>133</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 30.

<sup>134</sup> Srov. Tamtéž, s. 86.

<sup>135</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*, s. 285.

vše může učinit klient sám, nikdo ho nemůže k žádnému rozhodnutí nutit a nikdo za něho nepodnikne nutné kroky ke změně. Za vše je odpovědný klient sám.<sup>136</sup>

### 10.3 Poskytování rad

Tato složka označuje nutnost poskytování jasných a objektivních rad, které by měl terapeut klientovi předávat. Rady musí být pro klienta zcela a jasně pochopitelné. Jakým způsobem klient s radami naloží, je opět zcela v jeho kompetenci.<sup>137</sup>

### 10.4 Nabídka

Další možností je nabídnout klientovi různé alternativy dalšího postupu. Není vhodné dát klientovi pouze jednu radu, protože může dojít k tomu, že klientovi právě tento návod k řešení situace připadat neproveditelný či z jakéhokoli důvodu nesplnitelný. Pokud nabídneme klientovi několik způsobů, jak může svou situaci řešit a dále postupovat, je mnohem vyšší šance, že klient některou z alternativ využije.<sup>138</sup>

### 10.5 Empatie

Empatie je charakterizována jako schopnost, která se projevuje ochotou a snahou vnímat, zachytit a pochopit co nejpřesněji vnitřní stav klienta se všemi jeho subjektivními pocity a významy. Je provázána emoční účastí a skutečným zájmem o druhého člověka. Svě poznání terapeut taktně klientovi průběžně sděluje. Vcítění se terapeuta do klienta je vnímáno jako významný činitel pro vznik motivace. Je však kladen důraz na přirozené vcíťování se, jelikož klienti závislí na psychoaktivních látkách jsou velmi vnímaví k hranému a přehnanému projevu.<sup>139</sup>

---

<sup>136</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 30.

<sup>137</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 285.

<sup>138</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 31.

<sup>139</sup> Srov. Tamtéž, s. 31.

## 10.6 Důvěra ve vlastní schopnosti

Jedním z terapeutových úkolů je i posilování klientovy sebedůvěry, naděje a optimismu. Cílem je přesvědčit klienta, že je schopen uskutečnit změnu tam, kde k tomu cítí potřebu. Naděje a optimismus mají velký vliv na ozdravný proces. Pokud však dojde k situaci, kdy se klient nechá přesvědčit, že má uskutečnit nějakou změnu ve svém životě, ale nevidí žádnou možnost, jak by mohl změnu uskutečnit, případně zvládnout, pravděpodobně se u něho objeví spíše obrana ve formě racionalizace či popírání než očekávaná změna chování. Rozhodující roli může hrát i terapeutova důvěra v klientovi možnosti. Pokud terapeut klientovi dostatečně nedůvěřuje, klient to může vycítit a již předem vzdát pokusy o změnu.<sup>140</sup>

---

<sup>140</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 32.

## 11 Techniky motivačních rozhovorů

Dovednosti a techniky, které terapeut při práci s klientem v rámci motivačních rozhovorů používá, jsou shrnuty v akronymu OARSS (Open questions, Affirming, Reflecting, Summarising, Self – motivation): otevřené otázky, potvrzování, reflektující naslouchání, sumarizace, sebemotivace. Bell a Rollnick řadí vedení motivačního rozhovoru k drobným terapeutickým dovednostem. Terapeut by je měl umět užívat jak v kontaktu s klientem tváří v tvář, tak na příklad i při telefonické intervenci, která je obecně vnímána jako speciální dovednost, ve které je nutné se cvičit s postupem času zdokonalovat.<sup>141</sup>

Během užívání metody motivačních rozhovorů neříká terapeut klientovi, jak by se měl cítit nebo chovat. Spíše se klienta ptá na jeho pocity, nápady, obavy a plány. Na tyto aspekty poté reaguje pomocí již vyjmenovaných technik.<sup>142</sup>

### 11.1 Otevřené a uzavřené otázky

Tyto otázky označují způsob, jakým terapeut komunikuje s klientem. Otevřené otázky jsou ty, u kterých nemá možnost jednoslovně odpovědět. Používání těchto otázek motivuje klienta ke komunikaci a přemýšlení o svých problémech.<sup>143</sup>

V opačném případě se jedná o otázky uzavřené. Otevřené otázky poskytují klientovi dostatečný prostor pro to, aby mohl terapeuta informovat o věcech, které on sám považuje za podstatné, nebo o věcech, o kterých má potřebu s terapeutem mluvit. Klient tak není manipulován k tomu, vydávat se tím směrem, který terapeut považuje za přínosný, ale má možnost si téma svobodně zvolit. Tento přístup ze strany pracovníka v klientovi vzbuzuje pocit důvěry a přijetí, což mu napomáhá v prozkoumávání svého problému. Na této cestě tak může být terapeut považován za průvodce, ale ne za přímého vykonavatele procesu.<sup>144</sup>

Požívání otázek s otevřeným koncem motivuje klienta ke komunikaci s terapeutem a k přemýšlení o svých tématech.<sup>145</sup>

---

<sup>141</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 127.

<sup>142</sup> Srov. MILLER, W. R. *Motivational enhancement therapy with drug abusers*.

<sup>143</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 127.

<sup>144</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 194.

<sup>145</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*, s. 286.

## 11. 2 Reflektivní naslouchání

Podstatou reflektivního naslouchání je poznat, co člověk míní tím, co říká. Často máme v mysli určitý obsah, který má svůj vlastní význam, o který se chceme podělit, a proto ho musíme zakódovat do slov. To se ale ne vždy podaří dokonale a dochází ke zkreslení obsahu. Dalším místem, kde může dojít ke zkreslení obsahu je mysl naslouchajícího. Ta si musí vyřčená slova převést zpět na určitý význam. Rolí terapeuta je v tomto případě reflektování toho, co klient řekl. Tímto dává klientovi najevo, že ho poslouchá, a zároveň, jak jeho slovům rozumí. Touto cestou se brání případnému zkreslení obsahu. Prostou reflexí toho, co klient řekl, může terapeut docílit přesnější odezvy, než když by položil doplňující otázku. Otázka totiž může u klienta vyvolat odpor. Pokud by se terapeut klienta zeptal, jak myslel která svá konkrétní slova, může ho vytrhnout od soustředění a prožívání daného tématu. Dále také může vyvolat již zmiňovaný odpor či pocit viny.<sup>146</sup>

Reflektující naslouchání spočívá v průběžném zrcadlení nejdůležitějších informací, které klient terapeutovi poskytuje.<sup>147</sup>

Cílem je tedy odhadovat, co klient myslí tím, co říká. Terapeut se ujistí, že klientovi dobře porozuměl a přitom mu ponechává prostor a nesnaží se ho pomocí otázek vmanipulovat směrem, kterým by se měl klient ubírat podle toho, jak jeho situaci terapeut rozumí.<sup>148</sup>

## 11. 3 Potvrzování a oceňování

Velmi podstatnou součástí práce při používání motivačních rozhovorů je potvrzování a oceňování klienta. Terapeut může mít často pocit, že investuje mnoho energie do práce s klientem, ale žádná se nevrací zpět a klient je pouze nezúčastněným konzumentem jeho služeb. Je nutné si uvědomit, že klienti se nacházejí ve velice těžké situaci, často mají strach, nebo nedokáží iniciativně navázat kontakt a požádat o pomoc s řešením situace, kterou nezvládají a potřebovali by s řešením poradit. Terapeut se nesmí bát svého klienta chválit. Za pozitivní odezvu často stojí už fakt, že klient dorazil

---

<sup>146</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 194.

<sup>147</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*, s. 286.

<sup>148</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 195.

na domluvené setkání, je ochoten s terapeutem spolupracovat opakovaně a nebojí se svěřovat se svými osobními záležitostmi.<sup>149</sup>

Dostatečně bychom také měli ocenit každý pozitivní krok, který klient vykoná pro uskutečnění změny. Neméně důležité je dát klientovi najevo, že terapeut rozumí i osobní a emocionální stránce klientova náhledu na problém a je schopen se vcítit do klientova prožívání. To ovšem neznamená s klientem za všech okolností souhlasit.<sup>150</sup>

Potvrzování kladných postojů, ve kterém terapeut projevuje klientovi uznání a oceňuje jeho kroky, by se však nemělo stát jediným způsobem komunikace. Zároveň by měl být terapeut v oceňování klienta pravdivý, aby nevzbudil v klientovi dojem falše, na kterou bývají klienti závislí na psychoaktivních látkách velmi citliví.<sup>151</sup>

#### 11.4 Shrnutí

Mezi další techniky motivačních rozhovorů patří shrnutí. Tato technika pomáhá jak terapeutovi, tak klientovi udržet téma hovoru, zaměřit se na podstatu problému a neztratit se v podružnostech. Klienti často bývají svými problémy zcela zavaleni a mnohdy se je snaží řešit všechny najednou a v tomto duchu dochází k přesycování kapacity terapeuta. Jeho rolí v tomto případě je pomoci klientovi zaměřit se na postupné řešení nejpodstatnějších problémů. Pokud bude klient řešit takto postupně po malých částech, může zažít dobrý pocit z toho, že se mu nějakou část podařilo vyřešit, čímž docílíme motivování klienta k řešení dalších problémů a nehrozí, že by ustrnul na místě. Shrnutím v rozhovoru terapeut rekapituluje to, co se od klienta dozvěděl, informace třídí, dává jim určitý řád a vrací je zpět klientovi jako určitou paletu, ze které si klient může vybrat, jaký problém chce řešit nejdříve.<sup>152</sup>

Shrnutí je technika, která je do určité míry podobná reflektivnímu naslouchání. Jde o schopnost čas od času shrnout do uceleného tvaru to, co klient do té doby popisoval.<sup>153</sup>

Techniku shrnutí je dobré použít v úvodu setkání. Poté, co klient uvede počáteční informace, má terapeut možnost vybrat a nabídnout možná témata, na kterých

---

<sup>149</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 195.

<sup>150</sup> Srov. Tamtéž, s. 195.

<sup>151</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 286.

<sup>152</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 195.

<sup>153</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 286.

chce klient pracovat. Stejně vhodné se použít shrnování i v závěru setkání, kdy může terapeut rekapitulovat, k jakému posunu došlo při řešení problémů.<sup>154</sup>

### 11.5 Sebemotivující prohlášení

Všechny zmíněné techniky by měly vést k tomu, aby u klienta vyvolaly stav, který povede k jeho sebemotivujícímu prohlášení. Cílem intervencí tedy je, aby o sobě a svém chování začal klient přemýšlet a přijal za vlastní fakt, že veškeré situace bude řešit především on. Měl by získat povit kompetentnosti a být si vědom toho, že je schopen učinit změnu. K tomu potřebuje dostatek informací, které mu poslouží jako určitý návod k provedení dané změny, ale také sebevědomí, které klientovi řekne, že dokáže změny dosáhnout. Za sebemotivující můžeme považovat i uvědomění si klienta, že má nějaký problém.<sup>155</sup>

Vytváření prostoru pro sebemotivaci klienta je velmi důležité, jelikož tato sebemotivace vždy výhodnější a trvalejší než motivace, která by přicházela pouze ze strany terapeuta. Terapeut by si měl všimnout sebemotivujících projevů a prohlášení a na konci sezení by je měl zveřejnit nebo pro ně dát klientovi prostor.<sup>156</sup>

---

<sup>154</sup> Srov. ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*, s. 196.

<sup>155</sup> Srov. Tamtéž, s. 196.

<sup>156</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*, s. 286.

## 12 Základní principy motivačních rozhovorů

Tato kapitola pojednává o pěti základních principech motivačních rozhovorů. Tyto obecné principy staví základy pro určité postupy, kterými chce terapeut u klienta otevřít cestu ke změně. Principy nejsou přesným návodem, jak vést konkrétní rozhovor, nastiňují však obecnou filosofii vedení motivačních rozhovorů.

Autoři Bell a Rollnick uvádějí pět základních principů, které jsou používány v rámci praktického vedení motivačních rozhovorů.<sup>157</sup>

### 12.1 Vyjádření empatie

Jak již bylo uvedeno, empatický přístup ke klientovi je nedílnou součástí terapeutovy práce při užívání motivačních rozhovorů v rámci intervence. Role terapeuta je jak podpůrná, tak informativní. Terapeut zcela respektuje právo klienta učinit vlastní volbu na základě svého rozhodnutí.<sup>158</sup>

Terapeutická dovednost správného vcítění se do potřeb a vnitřního světa klienta, jak ji popsal Carl Rogers, se ukázala být skutečným předpokladem léčby závislosti na psychoaktivních látkách. Empatická vřelost a reflektivní naslouchání jsou dvě věci, které hrají, které hrají významnou roli již od zahájení intervence pomocí motivačního rozhovoru.<sup>159</sup>

Vyjádření empatie značí schopnost dát klientovi najevo, že mu terapeut rozumí a akceptuje ho, aniž by musel souhlasit a rozumět všemu, co klient říká. Klientovu ambivalenci terapeut přijímá jako normální a zcela pochopitelnou, což snižuje odpor na straně klienta.<sup>160</sup>

Postoj, na němž je založen princip vcítění se, bychom mohli nazvat přijetím. Prostřednictvím reflektivního naslouchání se terapeut snaží pochopit pocity klienta a jeho pohled na danou situaci, aniž by je posuzoval nebo kvůli nim klienta jakkoli kritizoval a obviňoval. Je důležité si uvědomit, že abychom klienta přijali a pochopili, neznamená to, že s ním musíme v jeho názorech a pohledu na situaci souhlasit či mu

---

<sup>157</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 125.

<sup>158</sup> Srov. MILLER, W. R. *Motivational enhancement therapy with drug abusers*.

<sup>159</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 49.

<sup>160</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*, s. 285.



jeho postoj schvalovat. Přijímající postoj nemůže terapeutovi bránit mít odlišné názory a myšlenky. Klíčové je naslouchat klientovi s respektem a touhou porozumět jeho osobě a jeho chápání světa. Pokud přijme člověka takového, jaký je, umožní mu tím svoonné rozhodnutí pro změnu. Oproti tomu trvalé nepřijímání klienta a jeho osobnosti může mít ten následek, že vše zůstane při starém. Pokud terapeut zaujme postoj, který klientovi nabízí přijetí a respekt, vytváří se tím jistý druh pracovního spojení, který podporuje klientovu sebedůvěru, což je důležitá podmínka každé změny.<sup>161</sup>

Empatický terapeut se snaží reagovat na klientův náhled na situaci jako na pochopitelný, rozumný a v rámci klientova světa také opodstatněný. Pokud je klient nerozhodný, vnímá to terapeut jako zcela normální a běžnou záležitost, která je součástí každého procesu změny. Na tuto nerozhodnost terapeut nenahlíží jako na nějaký patologický defenzivní rys. Nejistota ohledně vzdání se problémového chování se v průběhu léčby očekává, protože pokud by tato nejistota nebyla přítomna, klient by byl schopen dojít ke změně sám a k žádné léčbě by nemuselo dojít. Při práci s klientem na něho terapeut nenahlíží jako na patologickou a ničeho neschopnou bytost. Klient je chápán spíše jako osoba, která z určitých důvodů přešlapuje na místě a není sama schopna nějaké změny.<sup>162</sup>

## 12. 2 Rozvíjení rozporů

Motivace ke změně vzniká v případě, kdy si klient uvědomí, že vzniká jakýsi rozpor mezi tím, v jaké situaci se klient momentálně nachází a v jaké by se chtěl nacházet v ideálním případě. V jistých případech je prvotním úkolem terapeuta u klienta takovýto rozpor vytvořit, aby se klient otevřel cestě ke změně.<sup>163</sup>

Terapeut klienta konfrontuje s tím, jaký je v momentální situaci. To nečiní proto, aby klient přijal sám sebe, to jaký je a naučil se s tím již navěky žít. Pomocí reflektivního naslouchání se snažíme klientovi přiblížit jeho obraz, jehož si možná sám klient nemusí být vědom. Abychom v klientovi rozvinuli rozpor mezi jeho reálným a ideálním já, musíme ho konfrontovat s nepříjemnou skutečností. V rámci rozvíjení rozporů je nutné v klientově mysli objevit, pojmenovat a rozvinout rozpor mezi tím, co

---

<sup>161</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 49.

<sup>162</sup> Srov. Tamtéž, s. 50.

<sup>163</sup> Srov. MILLER, W. R. *Motivational enhancement therapy with drug abusers*.

v dané chvíli dělá a jeho dalšími cíli. V původním znění motivačních rozhovorů to popsal Miller jako vytvoření vědomého rozladění, termín si přitom vypůjčil od Festingera. Proces změny může být spuštěn, pokud si klient uvědomí, jakou cenu platí za stávající způsob života. Co je závislé chování znamená pro jeho zdraví jak z hlediska somatického, tak z hlediska psychického. Pokud je současné chování v rozporu s dalšími cíli klienta, pravděpodobně dojde k rozvoji rozporu, což bude mít za následek spuštění procesu změny. Pro ilustraci rozporu chování s cíli člověka může posloužit následující příklad:

*„Jeden muž přestal kouřit toho dne, kdy se vypravil vyzvednout děti u městské knihovny. Na cestě jej zastihl obrovský liják. Vzápětí zjistil obvyklou, leč nemilou skutečnost: nemá u sebe žádné cigarety. Zahlédl děti čekající v dešti před knihovnou, ale přesto rychle zajel za roh, zaparkoval, skočil do trafiky pro cigarety a vrátil se zpět dříve, než děti úplně promokly. Pohled na sebe sama, na otce, který radši nechá děti stát v dešti, než by oželel cigaretu, byl ponižující a on nechal kouření“.<sup>164</sup>*

Přestože tohoto muže nikdo nekonfrontoval s jeho chováním, došlo v jeho případě k rozvoji rozporu. Ve skutečnosti byl konfrontován s velmi nepříjemnou skutečností, kdy se sám před sebou zastyděl za své návykové chování, což mělo za následek spuštění procesu změny. Pro terapeuta není ovšem jednoduché podobnou historiku naaranžovat tak, aby byla účinná u jiného klienta. Ve skutečnosti však jde o zcela klíčový okamžik v případě metody motivačních rozhovorů. Pokud člověk vyhledává odbornou pomoc sám, je zde předpoklad, že k jistému uvědomění si rozporu již došlo a klienti si tyto rozpory uvědomují. Cílem motivačních rozhovorů z hlediska rozporu je najít rozpor, využít ho a co nejvíce ho zvětšit, aby zastínil vazbu k současnému způsobu chování. Postupy, které se užívají v rámci motivačních rozhovorů, se snaží o to, aby se tyto rozpory co nejvíce odehrávaly v nitru klienta, kde mají největší účinky. Spoléhat na vnější motivační faktory, kterými může být například ztráta partnera či zaměstnání, se nemusí zcela vyplatit, jelikož touha po změně musí vycházet z klienta samotného. Terapeut se tedy snaží vyjasnit si klientovi životní cíle a promluvit si s ním o možných následcích jeho závislého chování ve vztahu právě

---

<sup>164</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 50.

k těmto cílům. V ideálním případě promění motivační rozhovor klientovo vnímání, aniž by byl klient nucen je měnit pod nátlakem vnějších okolností.<sup>165</sup>

Terapeut si musí uvědomovat, že důvody pro změnu předkládá klient sám, tuto práci za něho terapeut vykonat nemůže, jelikož by se poté nemohl dostavit kýžený efekt. Pro budování rozporu terapeut využívá mapování následků chování, které klient v konfrontaci se sama s terapeutem rozebírá a uvědomuje si svoje důvody ke změně.<sup>166</sup>

### 12.3 Vyhýbání se argumentaci

Třetí významný princip spočívá v tom, že se terapeut vyhýbá argumentaci a otevřeným hádkám. Pokud by se terapeut snažil řešit klientovu situaci tím, že by klienta otevřeně napadal kvůli jeho závislosti na psychoaktivních látkách, klient by reagoval obranným postojem, kdy by se do sebe uzavřel, ztratil by k terapeutovi důvěru, znovu by se mu již nemusel otevřít a vztah by mohl být nevratně narušen. Dalším postojem, který by klient v tomto případě mohl zaujmout je otevřený odpor. Proto se metoda motivačních rozhovorů zcela vyhýbá přímé argumentaci. Terapeut se nesnaží klienta o něčem přesvědčit násilím. Snaží se o to, aby rozpor vnikal v klientovi samotném. Namísto násilného donucování, používá terapeut věcné argumenty, které citlivě předkládá, a které mají za úkol přesvědčit klienta, aby si uvědomil, jaké devastující účinky mají psychoaktivní látky na jeho život. Pokud je motivační rozhovor veden správně, je klient tím, kdo sám předkládá argumenty pro změnu svého chování.<sup>167</sup>

Konfrontace je účelem motivačních rozhovorů, jejím výsledkem má být klientovo uvědomění existence problémů a touha s těmito problémy něco udělat. Běžný pozorovatel by pravděpodobně o motivačním rozhovoru neřekl, že je jakýmkoli způsobem konfrontační. O motivačních rozhovorech se dá říci, že se jedná o jemně přemlouvavý styl.<sup>168</sup>

---

<sup>165</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 51.

<sup>166</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 285.

<sup>167</sup> Srov. MILLER, W. R. *Motivational enhancement therapy with drug abusers*.

<sup>168</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 51.

Jelikož má terapeut na paměti, že vše co klient učiní a co se rozhodne učinit má pouze ve svých rukou, snaží se vyhýbat přímým hádkám s klientem. Čím více bude terapeut klientovi říkat, že něco nemůže nebo nesmí dělat, bude klient o to více stát za svým názorem a schválně dělat to, co mu terapeut či ostatní lidé zakazují. Je pravděpodobné, že terapeutovo chování by mělo zcela opačný účinek, než o jaký usiluje. Odpor u klienta je výrazně ovlivněn reakcemi terapeuta. Přítomnost odporu během léčby bývá náznakem pravděpodobného neúspěchu pro dosažení změny. Z těchto důvodů, které zde byly uvedeny, je důležité vyhýbat se otevřenému odporu. Pokud se během terapie odpor objeví, bývá to pro terapeuta signálem, že je nutné změnit dosavadní postup. Při práci s klienty závislými na psychoaktivních látkách je důležité mít na paměti, že se odpor objevuje velmi často, a to hlavně v případech užívání diagnostických škatulek. Někteří poradci vnímají jako žádoucí, aby klienti nosili patřičnou nálepku své diagnózy. Je zde nutné podotknout, že v jiných oblastech se na nošení diagnostických nálepek netrvá. Jako příklad lze uvést svépomocné skupiny, kde se klienti vedou spíše k sebepoznání než k tomu, aby se ke své diagnóze přiznávali pod vlivem donucování. Snaha přinutit klienta, aby přijal svoji diagnózu, může být ve výsledku kontraproduktivní a stěžovat pokroky v léčbě a terapii. Toto tvrzení ovšem nezpochybňuje, že pro mnohé lidi znamená poznání a přijetí jejich problému důležitý moment, po kterém následuje obrat situace a touha závislé chování změnit. Pro roli terapeuta je důležité uvědomovat si, že nemá smysl klienta provokovat tím, aby přijal určitou nálepkou a v této oblasti na něho činit nějaký nátlak. Obviňování klientů z odporu, závislosti a jejího popírání pouze zvýší jejich odpor, místo aby byla výsledkem motivace ke změně.<sup>169</sup>

Spory mohou být zdrojem nejen klientova odporu, ale i frustrace terapeuta, a proto je dobré se jim vyhnout. Spor s klientem může mít řadu podob. Patří k nim i snaha druhého přesvědčit pomocí logiky nebo důkazů o škodlivosti zdraví.<sup>170</sup>

---

<sup>169</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 52.

<sup>170</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*, s. 285.

## 2. 4 Práce s odporem

Způsob, jakým motivační rozhovory pracují s odporem, je pro ně zcela charakteristický a zásadní. Terapeut se nesnaží s odporem klienta přímo vypořádat, ale snaží se odpor šikovně odsunout jiným směrem, kde by mohl být žádoucí.<sup>171</sup>

Jay Haley a další průkopníci v oblasti strategické rodinné terapie tuto práci s odporem nazývali psychologické judo, což je termín zcela výstižný. Toto pojmenování je odkazem na ta bojová umění, kde se útok neodráží protiútokem, ale moment útočnickova výpadu je vnímán jako výhoda protistrany. K útočnickovu výpadu přidá protistrana trochu své síly a pohyb do strany, čímž přesně ovlivní, kam útočník dopadne. A takto je to i s motivačními rozhovory. Klient samozřejmě není protivníkem, kterého by terapeut chtěl porazit, ale je to dobrý příklad pro ilustraci, co to znamená otočit odpor. Respekt ke klientovi je stále hluboce přítomen, i když pracujeme s odporem.<sup>172</sup>

Výzkumy ukazují, že míra odporu ke změně je u klienta často určována stylem, jakým s ním terapeut pracuje. Terapeuti mohou používat různé styly práce pro snížení či zvýšení odporu klienta. V rámci motivačních rozhovorů se terapeut snaží, aby klientův odpor byl co nejmenší, protože takový stav je spojován s úspěšnou dlouhodobou změnou. Nabízí se úvaha, že míra odporu je určitým ukazatelem úspěšnosti práce terapeuta. Čím menší odpor ze strany klienta přichází, tím úspěšnější se jeví terapeutova práce. Tímto způsobem dávají klienti zpětnou vazbu ohledně terapeutovy činnosti. Naučit se používat odpor jako určitý ukazatel úspěchu může být v praxi velice užitečné. Stále zde však platí zásada, která praví, že při objevení odporu je nutné změnit postup práce.<sup>173</sup>

Snížení klientova odporu můžeme vnímat jako jednu z nejdůležitějších funkcí motivačních rozhovorů. Jak bylo již řečeno, odpor může vzniknout na základě nevhodné metody práce, kterou terapeut zvolil. Stejně tak může odpor vzniknout z důvodu nedobrovolné léčby nebo špatné zkušenosti s předchozí terapií. Namísto konfrontace používá terapeut dovedností vedení konstruktivního rozhovoru. Mezi tyto dovednosti patří kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání parafrázování

---

<sup>171</sup> Srov. MILLER, W. R. *Motivational enhancement therapy with drug abusers*.

<sup>172</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 53.

<sup>173</sup> Srov. Tamtéž, s. 89.

řečeného, potvrzování, sumarizace a přeinterpretování. Všechny tyto dovednosti mohou terapeutovi pomoci lépe zvládnout a lépe pracovat s klientovým odporem. Odpor má i svou pozitivní stránku v podobě energie, která je v něm skryta. Pro další terapii je vhodnější ho důkladně prozkoumat, než s ním jít do konfrontace. Odpor může být vnímán i jako vyjádření nesouhlasu mezi tím, kde se klient nachází v procesu změny a zaměřením terapie.<sup>174</sup>

## 12.5 Podpora vlastních schopností klienta

Člověk, který je přesvědčen, že má vážný problém a nedokáže jej řešit, protože na to nemá dostatek sil nebo ho nenapadá žádná vhodná cesta, jak změnu uskutečnit, stagnuje na místě a nedokáže se z něho pohnout. Bandura popsal vlastní schopnosti klienta jako velice důležitý faktor, který je nezbytný pro uskutečnění žádoucí změny chování.<sup>175</sup>

Z tohoto důvodu je pátý princip motivačních rozhovorů založen na teorii důvěry ve vlastní schopnosti. Tato důvěra se opírá o přesvědčení jedince, že je schopen úspěšně vykonat a také dokončit určitý úkol. Vlastní schopnosti jsou v motivačních rozhovorech klíčovým elementem a důležitým předpokladem pro léčbu závislostí. Přestože se terapeutovi podaří díky čtyřem předchozím principům přesvědčit klienta o tom, že má vážný problém, který je nutné vyřešit a změnit, může nastat situace, kdy je klient přesvědčen, že nemá dostatek sil a schopností, aby onu změnu provedl a dodržel. Pokud o tom bude silně přesvědčen, nebude vyvíjet snahu o změnu a terapeutova práce přijde nazmar. Také terapeutova důvěra v klientovi schopnosti je důležitým faktorem, který má vliv na dobrý výsledek. Obecně je v této oblasti úkolem motivačních rozhovorů zvýšit u klienta vědomí jeho vlastních schopností a možností zvládnout překážky, které by mu mohly být do cesty postaveny. Jakkoli důvěra ve vlastní schopnosti vychází ze sebedůvěry, jedná se zde ještě o něco konkrétnějšího. Jde totiž o důvěru v to, že je člověk schopen zvládnout určitý úkol nebo obtížnou situaci. Přestože může klient zároveň trpět nízkou sebedůvěrou, dá se přesvědčit, že je v jeho moci určitý problém zvládnout. I přístupy používané svépomocnými skupinami, které zdůrazňují osobní bezmoc vůči určitým potížím, berou na vědomí, že je to v moci každého člověka. Bud'

---

<sup>174</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, s. 286.

<sup>175</sup> Srov. MILLER, W. R. *Motivational enhancement therapy with drug abusers*.

se rozhodne převzít kontrolu nad sebou samým a svým životem, anebo se kontroly nad sebou vzdá.<sup>176</sup>

Existují různé možnosti, kterými můžeme podporovat a rozvíjet klientovu sebedůvěru. Jednou z těchto možností je klást důraz na osobní odpovědnosti. Je důležité, aby si klient uvědomil, že se nejen může změnit sám, ale že se ve skutečnosti změnit sám musí, jelikož to za něho nikdo jiný udělat nemůže. Motivační rozhovory klienta neutvrzují v názoru, že se vlivem terapeuta změní. Toto není přesná formulace. Motivační rozhovory napomáhají ke změně klienta, pokud o ni on sám má skutečný zájem. Při podporování klientovy sebedůvěry může terapeut uvádět příklady z praxe, ty mohou posilnit klientovu důvěru v sebe sama. Pokud se terapeutovi po nějaký čas nedaří najít vhodný přístup ke klientovi, který by účinně podporoval jeho vnímání svých vlastních schopností a dovedností, nemusí na tuto skutečnost nahlížet přímo jako na prohru. Je možné, že zatím nebyla pro klienta nalezena ta správná cesta.<sup>177</sup>

Pokud se terapeut snaží dodat klientovi vědomí jeho vlastních schopností, aby byl schopen vyrovnat se s tíhou zodpovědnosti za uskutečnění změny, je vhodné věnovat mnoho pozornosti drobným krokům a detailům, ze kterých výsledek sestává. Klient závislý na psychoaktivních látkách velmi pozitivně vnímá ocenění drobných kroků, které byl schopen uskutečnit.<sup>178</sup>

---

<sup>176</sup> Srov. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 54.

<sup>177</sup> Srov. Tamtéž, s. 54.

<sup>178</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*, s. 286.

## **13 Strategie motivačních rozhovorů**

Dle stadia změny, ve kterém se klient momentálně nachází, můžeme aplikovat různé strategie motivačních rozhovorů.

### **13.1 Probírání typického dne nebo sezení**

Tato strategie může terapeutovi dopomoci ke zjištění důležitých informací o míře klientovi motivace, poskytnout podklad pro diagnostické posouzení užívání drog a umožňuje odhadnout, jaké by mohly být možnosti skutečné změny v ambulantních podmínkách.<sup>179</sup>

### **13.2 Chtěné a nechtěné následky užívání psychoaktivních látek**

Při této strategii klient shrnuje veškerá pro a proti, která souvisí s užíváním psychoaktivních látek. Díky tomu získává terapeut představu o stadiu změny, ve kterém se klient momentálně nachází a jeho stupni ambivalence. Terapeut by měl nechat klienta, aby sám zhodnotil, co vnímá na užívání drog jako kladné a co vnímá jako záporné. Terapeutovým úkolem je pouze rozpoznávat a zesilovat moment rozhodování ke změně a poskytovat nástroje pro hodnocení. Je důležité, aby klient slyšel sám sebe určité věci říkat nahlas.<sup>180</sup>

### **13.3 Poskytování informací**

Vhodně načasovaná nebo vyžádaná informace či rada společně se zpětnou vazbou se mohou stát těžištěm poradenství. Je věcí tréninku a dovedností, stejně jako zkušenosti, jestli způsob poskytování informací bude vhodně volenou intervencí anebo konfrontační formou vyvolá odpor. Jednou z pastí v rámci činnosti pomáhajících profesí je udílení rad z pozice experta. Pokud terapeut takto jedná, staví klienta do pasivního nebo obranného postoje. Důležité je zajímat se, jaký bude mít poskytnutá rada či informace dopad. Terapeut se musí zamýšlet nad tím, co rada či informace klientovi přináší,

---

<sup>179</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*, s. 286.

<sup>180</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 126.



k čemu je mu dobrá, jak s ní může naložit. Ve výsledku je však na klientovi, zda využije to, co mu terapeut nabídl, či nikoli.<sup>181</sup>

#### **13.4 Probírání problémů**

Účelem této strategie je posunout klienta směrem ke změně tak, že s ním probereme příčiny jeho problémů, které souvisejí s užíváním psychoaktivních látek. Tuto strategii lze aplikovat, pokud má klient určitý náhled na svůj problém a nachází se ve stadiu, kdy je schopen vidět spojitosti mezi užíváním psychoaktivních látek a problémovými situacemi, které probíhají v jeho životě. Důležité je dá klientovi dostatek času a prostoru, aby mohl projít rozhodovacím procesem.<sup>182</sup>

---

<sup>181</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*, s. 286.

<sup>182</sup> Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 127.

## Závěr

V diplomové práci jsem se snažila na teoretické rovině popsat užití motivačních rozhovorů při práci s klienty závislími na psychoaktivních látkách. Pro tyto účely jsem použila jak českou, tak cizojazyčnou literaturu, která je uvedena v seznamu použitých zdrojů.

Tato práce je určena pro pracovníky v pomáhajících profesích, kterým jsem chtěla dopomoci k celostnímu náhledu na klienta závislého na psychoaktivních látkách. Z tohoto důvodu jsem se na začátku práce věnovala obecně problému závislosti. Popisovala jsem konkrétní rizikové faktory, které mohou napomoci k rozvoji závislosti. Dále jsem se věnovala i jejím důsledkům jak psychickým, tak somatickým a sociálním.

V rámci práce jsou rozepsány jednotlivé části modelu cyklu procesu změny. Následně jsem se začala věnovat motivačním rozhovorům, a jejich složkám, technikám, principům a strategiím, které jsem do hloubky popsala. Na základě tohoto soupisu je možné si utvořit náhled na to, jak konkrétně používat motivační rozhovory tak, aby to bylo v souladu s pravidly, která stanovili jejich autoři a práce s jejich použitím byla co nejefektivnější.

Domnívám se, že se mi podařilo splnit cíl, který jsem si v úvodu vytyčila. Tato práce je přínosná pro pracovníky v pomáhajících profesích, kteří si na jejím základě mohou vytvořit ucelený postup jejich práce s klienty závislími na psychoaktivních látkách. Myslím si, že některé části této diplomové práce mohou využít i pracovníci působící ve školství či na úřadech. Zájemci, kteří by chtěli využít moji práci ke své činnosti, by měli mít na paměti, že nejdůležitějším působícím faktorem zůstává osoba terapeuta a tato práce má sloužit jako zdroj sebraných informací a inspirace.

## Seznam použitých zdrojů

BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Praha: Victoria publishing, a.s., 1995. ISBN 80-7187-003-X.

ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce*. Praha: Evropský sociální fond, 2008. ISBN 978-80-254-4001-8.

GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: Důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-81-9.

HAJNÝ, M.; KLOUČEK, E.; STUHLÍK, R. *Akta Y*. Praha: Votobia, 1999. ISBN 80-7220-022-4.

HALAMA, P.; KLIMAS, J. Nápomocné faktory zmeny závislých klientov v procese resocializácie. *Adiktologie*, 2006, č. 3, s. 367 – 375.

JUHÁSOVÁ, A.; PAVELOVÁ, L. *Vybrané kapitoly zo psychopatológie pre študentov sociálnej práce*. Bratislava: ŠEVT, 2009. ISBN 978-80-8094-543-5.

KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. B.m.: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

MAIEROVÁ, E. Motivace uživatelé návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě. *Adiktologie*, 2010, č. 4, s. 236 – 245.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: Sdružení SCAN, 2004. ISBN 80-86620-09-3.

MILLER, W. R. *Motivational enhancement therapy with drug abusers*. [online], Albuquerque, The University of New Mexico, aktualizováno 26. 10. 1995. Dostupné na WWW: <<http://motivationalinterview.org/Documents/METDrugAbuse.PDF>>.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-831-7.

NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Bažení (craving): Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání*. Praha: Sportpropag, 1999. Bez ISBN.

ONDRIÁŠOVÁ, M. *Psychiatria*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-199-9.

PROCHASKA, J. O.; NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. 4. vydání. B.m.: Grada Publishing, spol. s r. o., 1999. ISBN 80-7169-766-4.

RABOCH, J.; ZRZAVECKÁ, I.; DOUBEK, P. *Nemocná duše - nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-420-2.

RADIMECKÝ, J. Očekávání pracovníků terapeutických komunit vs. proces změny změny chování klientů. *Adiktologie*, 2006, č. 1, s. 43 – 53.

RAHN, E.; MAHNKOPF, A. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0.

SCHULTE, B. et al. *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. B.m.: Úřad vlády České republiky, 2010. ISBN 978-80-7440-042-1.

TUČEK, J.; CHODURA, V. *Psychiatrie*. 3. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7040-786-7.

TRENCKMANN, U.; BANDELOW, B. *Psychiatria a psychoterapia: Odporúčané informácie pre pacientov, príbuzných a priateľov.* Trenčín: F, 1999. ISBN 80-88952-26-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky.* 2. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2000. ISBN 80-7178-496-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro sociální pracovníky.* 2. díl. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2003. ISBN 80-7083-730-6.

## **Abstrakt**

TUPÁ, L. *Užití motivačních rozhovorů při práci s klientem závislým na psychoaktivních látkách*. České Budějovice, 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce M. Lhotová.

**Klíčová slova:** motivační rozhovor, závislost, terapie, změna, drogy

Diplomová práce je teoretická a zabývá se užitím motivačních rozhovorů při práci s klientem závislým na psychoaktivních látkách. Pojednává o druzích závislosti a jejích psychických, somatických i sociálních důsledcích. Nastiňuje, jakým způsobem může terapeut pracovat s motivací klienta. Popisuje model cyklu změny dle Prochasky a DiClementeho, stejně tak okrajově zmiňuje model změny Buise – Kok. Práce se podrobně věnuje složkám, technikám, principům a strategiím motivačních rozhovorů.

## **Abstract**

### **Using of motivational interviewing with a client addicted to psychoactive substances**

The thesis is theoretical and deals with the using of motivational interviewing with a client addicted to psychoactive substances. It discusses the type of addiction and the psychological, somatic and social consequences. It outlines how the therapist can work with client's motivation. The thesis describes the model of the cycle of the change by Prochaska and DiClemente. It also marginally mentions model of changes by Buisman – Kok. The thesis describes the elements, techniques, principles and strategies of motivational interviewing.