

Motivation of Female Drug Users in Compulsory and Voluntary Treatment



MAIEROVÁ, E.

Department of Psychology, Philosophical Faculty, Palacky University, Olomouc, Czech Republic

Citation: Maierová, E. (2010). Motivace uživatelék návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě. *Adiktologie*, (10)4, 236–245.

BACKGROUND: A person may use illegal drugs for many reasons, which, in most cases, involve the risk of breaking the law, prosecution and, as a consequence, compulsory treatment. Female drug users often enter treatment voluntarily in an attempt to abstain and start living a life free of addictive substances. They seek reasons for abstinence during the treatment. **AIMS:** The aim of the thesis is to find out what motivates female drug users undergoing either compulsory treatment in prison or voluntary treatment, i.e. what their reasons for abstinence are, and whether compulsory treatment is of any use to them. **METHODS:** A motivation questionnaire, semi-structured interviews, and a timeline. **SAMPLE:** Ten female drug users in compulsory treatment in prison in Opava, ten female drug users from the therapeutic community Podcestný Mlýn and aftercare centres in Olomouc and Brno, six therapists. This is a qualitative study. **RESULTS:** The motivation score of the participants in compulsory treatment is lower than that of the participants in voluntary treatment. The participants started treatment as a result of the secondary effects of substance abuse. In certain domains of the questionnaire enquiring

about the structure of their motivation, the samples showed significant differences in the rates identified. Female participants in compulsory treatment are motivated by their relatively high age, families, and children. As regards voluntary treatment, motives for treatment include psychological reasons, the influence of treatment in prison, and health problems. Our findings were verified by the therapists. In the course of time, users in treatment start searching for inner reasons for treatment and a change in motivation occurs. Women in compulsory treatment have little experience of treatment in comparison with the participants in voluntary treatment. **CONCLUSIONS:** In all female drug users, their role as women, which is closely connected with pregnancy and their role as a mother, plays a major part. Their partner also exerts considerable influence and often un-/knowingly keeps the user in a state of addiction. Helping professionals strive, inter alia, to boost client motivation and help clients internalise their reasons for abstinence. They attempt to involve a client in the treatment process as soon as possible, before a debacle situation arises, and make them explore their ambivalence about drug use, which may lead to abstinence.

KEY WORDS: MOTIVATION – FEMALE DRUG USERS – MOTIVATION QUESTIONNAIRE – GENDER SPECIFICS IN FEMALE DRUG USERS – VOLUNTARY TREATMENT – COMPULSORY TREATMENT IN PRISON

Submitted: 24 / MAY / 2010

Accepted: 30 / NOVEMBER / 2010

Address for correspondence: Eva Maierová / MaierovaEva@seznam.cz / Dept. of Psychology, Philosophical Faculty, Palacky University, Olomouc, Křížkovského 10, 771 80 Olomouc, Czech Republic

Motivace uživatelék návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě



MAIEROVÁ, E.

Katedra psychologie Filosofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

Citace: Maierová, E. (2010). Motivace uživatelék návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě. *Adiktologie*, (10)4, 236–245.

VÝCHODISKA: Důvody k užívání jsou různé, v nejčastějších případech s sebou nesou i riziko porušení zákona a vzniku trestního stíhání a následně nařízené ochranné léčby protitoxikomanické. Často nastoupí uživatelky léčbu dobrovolně ve snaze abstinovat a začít žít život bez návykových látek. Důvody pro abstinenci si hledají během své léčby. **CÍLE:** Cílem práce je zjistit, jaká je motivace klientek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě, jaké mají důvody k abstinenci. A pozastavit se nad tím, zdali má nařízená léčba pro uživatelky smysl. **METODY:** Motivační dotazník, polostrukturované interview, časová osa. **SOUBOR:** Deset uživatelék v nařízené ochranné léčbě ve věznici v Opavě, 10 uživatelék terapeutické komunity Podcestný Mlýn a doléčovacího centra v Olomouci a v Brně, 6 terapeutů. Kvalitativní studie. **VÝSLEDKY:** Celkový průměrný motivační skór skupiny ochranné léčby je v porovnání s dobrovolnou léčbou nižší. Participantky nastoupily do léčby z vnějších sekundárních dopadů abúzu návykových látek. Struktura motivace z dotazníku se lišila u výzkumných souborů v procentech v jednotlivých oblastech. Parti-

cipantky ochranné léčby mají jako motivaci svůj vysoký věk, rodinu, děti. Motivace k léčbě u dobrovolné léčby jsou psychické důvody, vliv léčby ve věznici, zdravotní problémy. Terapeuti verifikovali námi zjištěné výsledky. Postupem času si v léčbě hledají vnitřní důvody pro léčbu a motivace se mění. Ženy v ochranné léčbě mají malou zkušenost s léčbou v porovnání s klientkami dobrovolné léčby. **ZÁVĚRY:** U všech uživatelék hraje významnou roli ženská role a s ní spojené těhotenství a budoucí role matky. Neodmyslitelný je i vliv partnera, který často uživatelku ne/vědomě udržuje v závislosti. Jednou z mnoha snah odborníků v pomáhajících profesích je motivaci u klientek posilovat a zvnitřnit jejich důvody k abstinenci. Snažit se je zapojit do léčebného procesu co nejdříve, než dojde k debaklové situaci, a snažit se rozvíjet u nich rozpory, které by vedly k abstinenci.

KLÍČOVÁ SLOVA: MOTIVACE – UŽIVATELKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK – MOTIVAČNÍ DOTAZNÍK – GENDER SPECIFIKA ŽEN-UŽIVATELEK DROG – DOBROVOLNÁ LÉČBA – NAŘÍZENÁ OCHRANNÁ LÉČBA VE VĚZNICI

Došlo do redakce: 24 / KVĚTEN / 2010

Přijato k tisku: 30 / LISTOPAD / 2010

Korespondenční adresa: PhDr. Eva Maierová / MaierovaEva@seznam.cz / Katedra psychologie FF UP v Olomouci, Křížkovského 10, 771 80 Olomouc

● 1 ÚVOD

Vzniká specifická část služeb pro ženskou klientelu, v léčbě se řeší témata, která jsou spojena s ženskou rolí. Téma gender je aktuální i v drogové problematice. Předmětem výzkumu bylo zjistit, z jakého důvodu se uživatelky rozhodly vyhledat danou léčbu. Zdali se ženy v různých typech léčby shodují v důvodech pro svoji abstinenci a na kolik má role ženy i jako matky vliv na její drogovou kariéru a abstinenci. Dalším cílem výzkumu je popsat motivaci klientek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě a sledovat, má-li nařízená léčba pro uživatelky smysl.

● 2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

● 2 / 1 Motivace v léčbě závislosti

V léčbě závislosti můžeme identifikovat rozdíly v orientaci mezi tradiční školou (model nemoci) a kognitivně-behaviorálními přístupy. Tradiční škola se zástupci jako Mindlin, Stunkard (in Rotgers, 1999) operují s pojmy žádné motivace. Součástí modelu bylo přesvědčení, že drogově závislý není dostatečně motivován, dokud se nedotkne dna (Kalina, 2003b). Pacient vstoupil do léčby, jeho motivaci a relapsům byla věnována menší pozornost. Odpor k terapii a špatná spolupráce se považovaly za popření (Kalina, 2008b). Tento pohled je dnes zpochybňován a nahrazován kognitivně-behaviorálním modelem. Za průkopníky směru považujeme Prochasku a DiClementeho s jejich „kolem změny“ (Kalina et al., 2001). Miller a Rollnick (2003) spatřují efekt intervence motivačních rozhovorů s drogově závislými klienty v přesunu odpovědnosti za změnu. Ta spočívá na klientovi, zatímco úkolem terapeuta je vytvoření takového prostředí, které usnadní klientovu vnitřní motivaci ke změně a případně pomůže využít a zvnitřnit motivaci vnější (ze strany rodiny, zaměstnání, úřadů, soudů, apod.).

Rotgers (1999) označuje také terapeutův styl jako významný faktor v interakci klient – terapeut. Posilování motivace, jak uvádí Nešpor (1997), lze včlenit do nejrůznějších forem terapie. Práce s motivací je dobrým základem pro intervence, které vedou u klientů s problémy užívání drog ke změnám v chování, prožívání a myšlení. Motivační rozhovor je užitečný při individuální práci s klientem v rámci předléčebného nebo léčebného poradenství (Dobiášová, Broža, 2003). Kalina (2000) popisuje vývoj motivace klienta v léčbě. Miovský, Bartošíková (2003) kladou důraz na pochopení motivace klienta – zvažovat konkrétní osud a zkušenost člověka. Uvědomění si motivačních zdrojů, posilování motivace ke zdravému způsobu života usnadňuje abstinenci (Nešpor, 2007).

● 2 / 3 Specifikace motivace žen v léčbě

Kalina (2008b) uvádí, že k genderovým faktorům patří i to, že ženy mají častěji problémy s duševním zdravím, sociálním znevýhodněním ve smyslu vzdělání, zaměstnáním a fi-

nancemi. Vobořil (2004) upozorňuje, že žena-uživatelka je společností vnímaná jako „double deviant“ nejen pro samotné užívání, ale zároveň zklamává ve své ženské roli. Ve studii výsledků léčby žen a mužů s problémovým užíváním metamfetaminu léčených jak v ambulantních, tak v rezidenčních programech vykazovaly ženy výraznější zlepšení v rodinných vztazích a zdravotních problémech než muži (Gossop, 2009). Nešpor (2007) uvádí jako specifikum působení návykových látek u žen skutečnost, že žena se mnohem častěji dostane do návykových problémů kvůli partnerovi, který pije nebo bere drogy, než muž kvůli takto orientované partnerce.

● 2 / 4 Ochranná léčba ve věznici

Institut ochranného léčení je upraven zejména v § 72 TZ. Ochranné léčení je ochranným opatřením, nikoliv trestem (Mravčík, 2008). Ochranné léčení má formu ambulantní, ústavní ve zdravotnickém zařízení a specializovaných odděleních věznic. Podle De Leona (2000, 2001) je modifikace terapeutické komunity (dále jen TK) ve vězení ovlivněna specifickými rysy nápravné instituce, jako je např. soustředění na bezpečnostní opatření, cíl včasného propuštění, nedostatek prostoru a vězeňská kultura sama o sobě. TK přináší do vězeňského modelu zcela jiné paradigma, než má vězeňská instituce. Kuda (2003) uvádí samotný fakt, že jde o výkon trestu odnětí svobody, jako protikladný základním principům TK, především dobrovolnosti a vlastní zodpovědnosti. Mezi odbornou veřejností se opakovaně objevuje názor, že nucená léčba není účinná a efektivní. Kalina (2000) i Kudrle (2002, in Kalina, 2008b) tomuto názoru oponují. Kudrle (2002, in Kalina, 2008b) uvádí, že donucení je integrální součástí každé léčby závislého člověka. Při nástupu do dobrovolné léčby je klient také nucen vnějšími okolnostmi k tomu, aby léčbu podstoupil. Kalina (2003a) zmiňuje, že řada výzkumných studií prokázala, že samotný fakt, zda je léčba nucená, nebo dobrovolná, nemá vliv na její úspěšnost. Rovněž podle Kaliny (2003b) nemusí být účinná léčba dobrovolná. Silná motivace může facilitovat léčebný proces, i když tlak přichází z vnějšku: z rodiny, ze zaměstnání, z justičního systému. Samotný fakt, že klient není aktuálně motivovaný pro léčbu, neznamená, že léčba v jeho případě nemá smysl a že nebude úspěšná (Kalina, 2008b).

● 3 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Prvním cílem bylo porovnat motivaci uživatelky návykových látek v nařízené ochranné léčbě a v dobrovolné léčbě, tj. popsat, jaké mají důvody k abstinenci v obou léčbách. Vzhledem k lišícím se názorům mezi adiktology drogové problematiky týkající se motivace v nařízené ochranné léčbě a v dobrovolné léčbě jsme si stanovili tyto dvě výzkumné otázky. Otázku č. 1: „Je motivace v nařízené léčbě nižší v porovnání s dobrovolnou léčbou?“ a č. 2: „Jaké jsou motivy klientek ve zkoumaných léčbách?“

Druhým cílem bylo konfrontovat názory terapeutů na motivaci v léčbě s výsledky participantek. Výzkumná otázka č. 3 zní: „Jsou ve shodě názory, zkušenosti terapeutů s výslednými daty klientek?“

Třetím cílem bylo popsat roli léčby v drogové kariéře klientek. Jinými slovy, lze formulovat výzkumnou otázku č. 4: „Jakou roli sehrála léčba v drogové kariéře klientek?“

Použili jsme kvalitativní přístup. Jedná se o případové studie. Cíle zjišťujeme pomocí kvalitativních metod.

● 4 SLEDOVANÉ SOUBORY

Výběr souborů probíhal metodou záměrného účelového výběru přes instituce, která patří mezi tzv. nepravděpodob-

nostní metody výběru výzkumného souboru v rámci kvalitativního přístupu (Miovský, 2006). Stanovili jsme si vlastnosti, dle kterých jsme cíleně vyhledali účastníky. Kritéria byla následující: uživatelka, dlouhodobé užívání nealkoholových drog, nynější abstinence a pobyt v léčebném zařízení.

Navázání prvního kontaktu u prvního výzkumného souboru (*tabulka 1*) probíhalo mezi klientkami na Specializovaném oddělení pro ženy ve věznici Opava. Druhý výzkumný soubor (*tabulka 2*) tvořily klientky terapeutické komunity Podcestrný Mlýn, klientky doléčovacího programu Jamtana Brno a P-centra v Olomouci. Ty, které byly ochotny, vyplnily vytvořený screening (viz kritéria). Prostřednic-

Tabulka 1 / Table 1

Popis prvního výzkumného souboru – klientky ochranné léčby /

Description of the first study sample - female clients in compulsory treatment

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

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

H = heroin, K = cocaine, M = methadone, P = pervitin, S = Subutex®

Tabulka 2 / Table 2

Popis druhého výzkumného souboru – klientky dobrovolné léčby /

Description of the second study sample – female clients in voluntary treatment

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

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

TK = therapeutic community, DC = aftercare centre, H = heroin, K = cocaine, P = pervitin, S = Subutex®

Tabulka 3 / Table 3

Popis třetího výzkumného souboru – terapeuti /
Description of the third study sample - therapists

Terapeut	1TOL	2TOL	3TOL	4TDL	5TDL	6TDL
Pohlaví	Ž	Ž	M	Ž	M	M
Pracoviště	OLT	OLT	OLT	TK	TK	DC
Věk	32	55	40	37	31	41
Průměrný věk	39,3					
Praxe v letech	4	10	9	8	5	13
Průměrná délka praxe v letech	8,1					

tvím tohoto kontaktu vznikly tzv. první kandidátky pro výzkum. Na základě vyplněných screeningů a souhlasu s účastí ve výzkumu se vytvořily výsledné skupiny participantek.

Mezi zkoumanými skupinami jsou určité rozdíly. První výzkumná skupina ochranné léčby má v porovnání s druhou výzkumnou skupinou dobrovolné léčby vyšší průměrný věk o 6,2 roku. Skupiny se od sebe vzájemně liší i v průměrném věku prvního užití. Skupina ochranné léčby má vyšší průměrný věk prvního užití o 2,9 let. Průměrná délka užívání se vzájemně liší o 3,3 roku. Nejedná se tedy o dvě zcela homogenní výzkumné skupiny. Více se rozdíly zabýváme v diskuzi.

Třetí výzkumnou skupinu tvořili terapeuti, kteří v přímé práci pracovali s participantkami. Kritériem pro skupinu terapeutů byla přímá práce s klientkou v léčebném zařízení. Skupinu terapeutů tvořili terapeuti léčebných zařízení, ve kterých jsme realizovali výzkum. Profil skupiny terapeutů uvádí *tabulka 3*. Jedná se o skupinu, která se oblasti terapie v drogové problematice věnuje několik let, jde o zkušené odborníky.

● 5 METODY, PRŮBĚH A ETICKÉ ZÁSADY VÝZKUMU

Pro kvalitativní výzkum jsme použili tři metody. Nejprve participantky vyplňovaly **motivační dotazník** (Nešpor, Scheansová, Karbanová, 2008). Dotazník je vytvořen primárně jako intervenční nástroj, neslouží pro kvantitativní měření motivace. Mapuje motivaci a její rozložení v různých oblastech života. Má šest oblastí, každá oblast má 18 otázek, celkově 108 otázek. Participant/ka na otázky odpovídá ano/ne.

Poté následovalo **polostrukturované interview**. Jedno z témat rozhovoru se týkalo vyplněného motivačního dotazníku. Další témata se týkala motivace a léčby. U skupiny terapeutů se témata rozhovoru vztahovala k jejich zkušenostem a názorům na motivaci v léčbě u uživatelů. Každé participantce/terapeutovi byly položeny všechny otázky.

Dále byla použita **časová osa**, která se využívá jako metoda pro rekonstrukci minulých událostí (Miovský,

2006). Práce s časovými osami je technika, které jsme využili pro rekonstrukci drogové kariéry participantek. Do časových os jsme spolu s participantkami obou výzkumných skupin nanášeli významné události, které ovlivnily průběh jejich drogové kariéry. Získali jsme tak časový přehled od doby, kdy se poprvé setkaly s návykovými látkami, po dobu, kdy se nacházejí ve fázi abstinence a jsou klientkami příslušných léčebných zařízení. Kriticky se výběrem metod zabýváme v diskuzi.

Získávání dat probíhalo v místnosti daného zařízení. Byl získán dobrovolný informovaný souhlas. Ochranu osobních údajů jsme zajistili přiřazením anonymního kódu sestávajícího se ze zkratky formy léčby – ochranné léčby (dále OL) a dobrovolné léčby (DL), u skupiny terapeutů jsme použili zkratku „T“ jako terapeut a zkratku léčby OL/DL. Dále čísla reprezentující pořadí účasti ve výzkumu. Vyplňování dotazníků probíhalo vždy za naší účasti. Zvýšení validity výsledků jsme se snažili zaručit tzv. triangulací metod získávání dat a triangulací zdrojů dat (terapeuti, participantky, dříve realizované výzkumy).

Z důvodu dobrovolné účasti na výzkumu byly participantky při prvním kontaktu obeznámeny s účelem výzkumu, s podmínkami průběhu a se svými právy. Účastník měl právo od výzkumu kdykoliv odstoupit, nestalo se tomu tak. Základním předpokladem a závazkem při získávání informací prostřednictvím interview bylo neohrožit a nepoškodit účastníky výzkumu (Miovský, Miovská, Gajdošíková, 2004). Ani na jedné straně výzkumu nedošlo k ohrožení ani k újmě. Základní etická pravidla výzkumu byla dodržena.

● 5 / 1 Metody analýzy dat

Získaná data jsme zpracovali způsobem ruční analýzy. Tento způsob je dostatečný a účinný (Hendl, 2008). Aplikovali jsme kombinaci několika metod analýzy kvalitativních dat. Využili jsme tzv. základní bázi oblasti analýzy kvalitativních dat, a to deskriptivní přístup, metodu prostého výčtu, metodu vytváření trsů, metodu kontrastů a srovnávání (Miovský, 2006). Všechny tyto metody prolínají analýzu a interpretaci výzkumných metod všech tří cílů, které jsme si stanovili.

● 6 VÝSLEDKY

● 6 / 1 Výsledky prvního cíle: srovnání motivace uživatelů v OL a v DL a jejich důvody k abstinenci

Celkový průměrný motivační skóre skupiny OL je 57,5. Celkový průměrný motivační skóre skupiny DL je 72,6. Lze konstatovat, že celkový průměrný motivační skóre skupiny OL je nižší v porovnání se skupinou DL. Při srovnání jednotlivých oblastí dotazníku, ve kterých skupiny průměrně skórovaly, stojí za pozornost průměrný skóre v oblasti duševního zdraví u skupiny DL, který je podstatně vyšší než průměrný skóre OL. Skupina DL průměrně bodovala v každé oblasti výše než skupina OL. Struktura motivace skupiny OL podle dotazníku je následující (*tabulka 4*). Rozdíly mezi soubory jsme ověřovali pomocí neparametrického testu Man Whitney U test, který ukázal, že je statisticky významný rozdíl pouze mezi hodnotami u duševního zdraví u DL a OL. Více se vzhledem ke kvalitativní formě práce statistickými rozdíly nezabýváme. (*Tabulka 5*.)

Podle odpovědí z interview preferují na prvním místě vztahy, duševní zdraví, právní záležitosti, pracovní oblast, životní úroveň, tělesné zdraví. Motivační struktura dotazníku se vzájemně od interview ve struktuře neliší. Výjimku tvoří třetí místo, kde místo pracovní oblasti umístily účastnice právní záležitosti, vzhledem k tomu, že ženy, které

mají opakovanou zkušenost s výkonem trestu odnětí svobody (sedm žen), mají potřebu tuto oblast změnit. Lze konstatovat, že právní záležitosti jsou motivací k potřebě změny. Je podnětné pozastavit se nad motivací vycházející z tělesného zdraví, která se objevila až na posledním místě. V ní mají nejmenší motivaci ke změně, přičemž závažné tělesné problémy účastnice mají, jak uvedly v interview (HCV, špatné zuby, žíly).

Motivační struktura DL (*viz tabulka 4*). Podle odpovědí z interview preferují na prvním místě duševní zdraví, tělesné zdraví, vztahy, práci, životní úroveň, právní záležitosti. Struktura se liší od OL ve velikosti procent a v první oblasti. Ženy upřednostňují tělesné zdraví vzhledem k popsaným problémům. Právní záležitosti řadily na poslední místo vzhledem k tomu, že mají většinou tyto záležitosti vyřešené.

Skupina OL chce nejvíce změnit vztahy v rodině a mají ve vztazích největší motivaci. To potvrdil i motivační dotazník. Dále se objevila motivace ve vysokém věku účastnic, tělesný zdravotní stav a životní úroveň. Skupina DL chce změnit nejvíce své duševní zdraví. To potvrzuje i dotazník. Dále se objevuje motivace v tělesném zdraví, vztazích a v životní úrovni. Prvotní důvody k léčbě u OL nebyly žádné, všechny účastnice měly stanovenou léčbu soudem. Pouze jedna měla před nástupem zařízenou léčbu v TK. Během pobytu si našly tyto důvody k léčbě: vysoký věk, obnova ro-

Tabulka 4 / Table 4

Průměrná struktura motivace skupin OL a DL /

Average structure of motivation among the compulsory treatment and voluntary treatment groups

	Skupina OL Kladné odpovědi	% z maxima	Skupina DL Kladné odpovědi	% z maxima
Tělesné zdraví	7,7	43%	8,4	47%
Duševní zdraví	10,9	61%	15,5	86%
Vztahy	12,3	68%	15	83%
Pracovní oblast	9,4	52%	12,5	69%
Právní záležitosti	8,1	45%	8,9	49%
Životní úroveň	9,1	51%	12,3	68%
Průměrný motivační skóre	57,5	53%	72,6	67,2%

Tabulka 5 / Table 5

Statistický test /

Statistical test

	Tělesné zdraví	Duševní zdraví	Vztahy	Pracovní oblast	Právní záležitosti	Životní úroveň	Celkový motivační skóre
Mann-Whitney U	46,000	14,500	28,500	45,500	46,500	27,000	31,500
Wilcoxon W	101,000	69,500	83,500	100,500	101,500	82,000	86,500
Z	-,304	-2,697	-1,653	-,343	-,267	-1,751	-1,404
Sig. (2-tailed)	,761	,007	,098	,731	,790	,080	,160

diny a vztahů s dětmi, partnerství, životní debakl. U skupiny DL byly důvody k léčbě psychický stav u šesti žen, absolvovaná OL u dvou klientek, tělesný zdravotní stav.

● 6 / 2 Výsledky druhého cíle: konfrontace názorů terapeutů na motivaci v léčbě s našimi výsledky z výzkumu

Terapeuti OL popsali tyto druhy motivů v léčbě: rodina, děti, samy klientky, zdravotní stav aj. Vztahy a rodina jsou pro klientky citlivým tématem. Motivace se u klientek mění v důsledku psychotherapeutického působení. Kladnou proměnnou hraje i čas v léčbě, znovunavázání vztahu s rodinou. Klientky jsou mnohdy sobě slabou motivací, shodují se terapeuti. Terapeuti DL se rovněž shodují, že prvotní motivací je u klientů životní situace a psychický stav, který je pro klienta neúnosný. Hranice únosnosti je individuální. U žen matek je často mateřství důvodem k abstinenci. Tato motivace však nestačí. V nulté fázi, která je motivační, si přicházejí na vnitřní důvody ke změně, motivací není jen důsledek vnějších okolností. Motivovanější klienti přicházejí do DL z psychiatrických léčeben spíše než z detoxifikačních jednotek. Na klienty mladšího věku má větší vliv rodina. U starších hraje roli věk, zdraví, řešení problémů přednostně se svými dětmi než s rodiči.

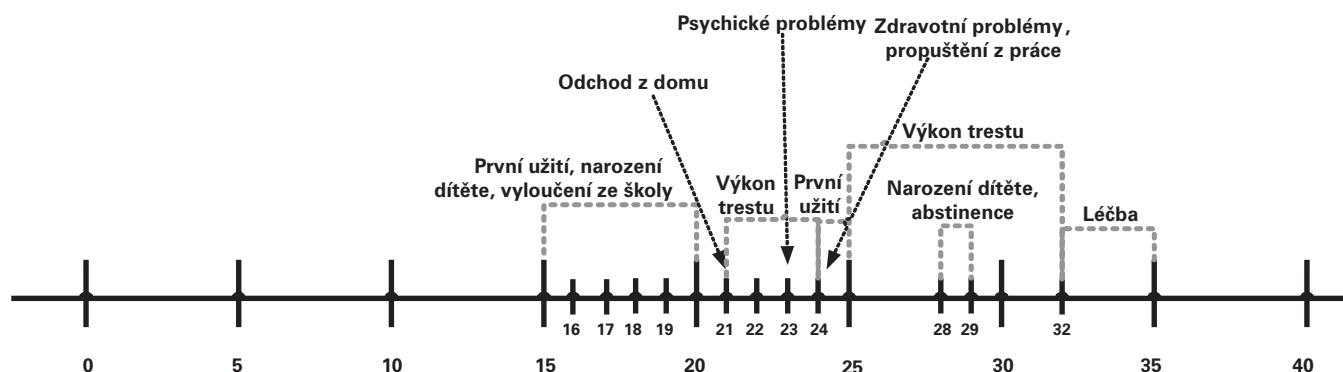
Některí terapeuti OL vnímají pozitivum léčby z ekonomického hlediska, zžitkování nedobrovolného léčení, kdy terapeuti vytvářejí klientům náhled na jejich dosavadní život. Pokud mají klienti zkušenost s léčbami, terapeuti na-

vazují na to, co u klienta fungovalo a co ne. Často je však pro klienty nová léčba dělicí čarou.

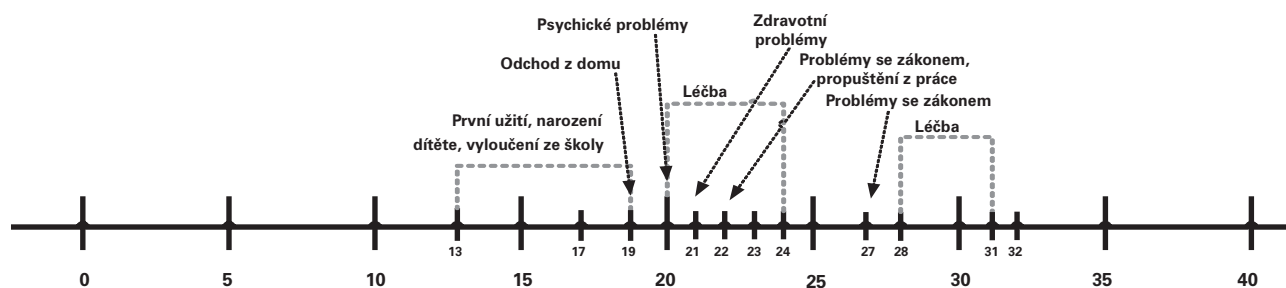
Odpovědi terapeutů potvrdily námi zjištěné výsledky v prvním cíli, které jsme získali od participantek pomocí motivačního dotazníku a interview. Terapeuti uvádějí stejné vypořádané důvody k léčbě.

● 6 / 3 Výsledky třetího cíle: vliv léčby na drogovou kariéru

První zkušenosti užití drog typu pervitin, heroin byly v intervalu od 15–20 let u OL (obrázek 1) u DL v intervalu 13–19 let (obrázek 2). Zpravidla po prvním užití a pravidelném užívání do dvou let přecházejí na intravenózní, nejrizikovější aplikaci. V tuto dobu (v průměru 18 let) začínají mít první problémy ve spojitosti s drogami v rodinném prostředí. Vlastním rozhodnutím nebo rozhodnutím rodičů odcházejí z domu. Čtyři ženy u OL, šest žen u DL nedokončilo kvůli užívání návykové látky střední školu a mají základní vzdělání. Všechny ženy obou léčeb během své drogové kariéry žily s partnerem, který sám užíval návykové látky. Během užívání se často setkaly s psychickým, fyzickým násilím od partnerů. Časově však tento fakt nelze zařadit z důvodů větší četnosti partnerství každé participantky a jejich časové dezorientaci v trvání jednotlivých vztahů. Polovina žen u skupiny OL, DL prodělala žloutenku typu C. Uživatelky OL, které měly trvalé zaměstnání, o něj do čtyř let od pravidelného užívání přišly. Práce, které pak vykonávaly, byly pouze příležitostné a nejde vysledovat pravidelnou do-



Obrázek 1 / Figure 1
Časová osa skupiny ochranné léčby /
Compulsory treatment group timeline



Obrázek 2 / Figure 2
Časová osa skupiny dobrovolné léčby /
Voluntary treatment group timeline

bu práce. Participantky DL, pokud měly práci, tak o ni přišly do dvou let od pravidelného užívání. Práce, kterou pak v ojedinělém případě vykonávaly, byla příležitostná. Všechny ženy obou dvou skupin porušovaly zákon od pravidelného užívání návykových látek. Uživatelky OL mají v sedmi případech opakovaný výkon trestu, v DL dvě participantky. Zdravotní problémy mají ženy OL v malé míře od 24 let. První psychické problémy popisují od 23 let. Klientky DL mají první zdravotní a psychické problémy od 21 let. V intervalu od 21 do 24 let a od 28 do 31 let byly klientky v léčbě. Klientky OL mají zkušenost s léčbou v intervalu od 32 do 35 let a většina žen v intervalu od 28–29 let abstinovala, protože byla těhotná. Ženy obou léčeb měly děti do 18 let a pak kolem 28. roku.

Devět žen OL uvažovalo o změně a abstinenci od drog v průběhu své drogové kariéry. Pouze dvě mají zkušenost s léčbou. Jen jedna o změně nikdy neuvažovala z důvodu postavení, vysokého finančního příjmu, který měla z drog.

Participantky DL mají větší zkušenost s léčbou. Když byl tlak okolností a okolí veliký, tak nastoupily do léčby. Šest žen nastoupilo do léčby z nátlaku okolí, zpravidla rodiny. Čtyři abstinovaly kvůli těhotenství.

Polovina žen skupiny OL vnímá léčbu negativně, protože probíhá ve věznici, jsou tu nedobrovolně a z donucení. Druhá polovina ji vnímá pozitivně, jako příležitost ke změně. Více jak polovina žen má opakovaný výkon trestu. Všechny klientky se cítí být v léčbě. Menšina vnímá léčbu jako trest.

Participantky OL mají malou zkušenost s jakoukoliv léčbou. I přes to, že během léčby abstinovaly nebo se pokoušely abstinovat při těhotenství, tak bohužel ani jeden z důvodů k abstinenci nebyl natolik nosný, aby měl trvalý efekt abstinence. Ženy v DL mají častější zkušenost s léčbou, ovšem ani jednu z léčeb se žádné užívatelce nepodařilo dokončit. Léčba sehrála roli v drogové kariéře jako delší zkušenost s abstinencí, schopnost sebereflexe, schopnost poskytnout okolí zpětnou vazbu. To se ženy v OL právě učí.

● 7 DISKUZE

Více institucí týkajících se DL bylo kontaktováno z důvodu menšího zastoupení klientek v jednotlivých zařízeních. Vobořil (2004) uvedl skutečnost drogové scény, kdy je poměr ženy: muži spíše 1:2. Výzkumné soubory nejsou zcela homogenní. Domníváme se, že rozdíly v průměrném věku prvního užití a průměrnou délkou užívání jsou způsobeny generačními rozdíly, kdy se „starší“ klientky skupiny OL i DL setkaly s návykovými látkami později. Skupina DL začala s těmito návykovými látkami experimentovat dříve (viz *tabulky 1, 2*). V minulosti byl klient zachycen léčebným procesem až ve své debaklové situaci. Dnešní trend pomáhajících profesí je zachytit klienta co nejdříve, než se dostane na pomyslné „dno“. Klienti s nižším průměrným věkem v léčebném zařízení mají kratší drogovou kariéru. Za pozornost

stojí i charakteristika nejvyššího dokončeného vzdělání. Klientky, které začínaly s návykovými látky ve vyšším věku, dokončily střední školu.

Metodika, kterou jsme zde použili, znázorňuje pokus o nalezení vhodných vzorců pro výzkum dané problematiky. Kombinovali jsme metodu dotazníkovou spolu s polostrukturovaným interview, čímž byla zajištěna validizace participantkou. Dále jsme použili časové osy, které dokreslovaly informace získané z interview. V tomto ohledu se zvolená kombinace metod osvědčila, zdá se tedy být vyhovující. Motivační dotazník se osvědčil z následujících dvou důvodů: délka administrace je krátká cca 10–15 minut, vyhodnocení je velice jednoduché. Srovnání výsledků v různých oblastech usnadňují sekce, které mají stejný počet otázek (tj. 18 otázek). Jediné omezení, kterého jsme si vědomi, je, že dotazník nebyl standardizován na českou populaci. Etická pravidla výzkumu (anonymita, ochrana osobních údajů, informovaný souhlas s účastí ve výzkumu) byla dodržena.

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

Výsledky prvního cíle: Motivační dotazník neslouží jako kvantitativní nástroj pro měření motivace. Pro zajímavost jsme vzhledem ke kvalitativní práci spočítali statistický rozdíl mezi skupinami, kdy významný rozdíl byl pouze u položky duševní zdraví. V roce 2008 byl proveden výzkum K. Nešporem, A. Scheansovou a H. Karbanovou (Nešpor, Scheansová, Karbanová, 2008). Dotazník administrovali 77 respondentům. Celkový motivační skóre činil 54,9, při převedení na procenta 51 %. Motivační struktura souboru vypadala následovně: vztahy (69 %), duševní zdraví (67 %), životní úroveň (57 %), pracovní oblast (48 %), tělesné zdraví (36 %), právní záležitosti (27 %). Pokud bychom tento výzkum porovnali s naší studií, celkový průměrný motivační skóre obou dvou skupin naší studie je vyšší, přičemž rozdíl mezi OL v naší studii není významný od celkového průměrného motivačního skóre prezentovaného výzkumu. Co se týká motivační struktury (viz výsledky prvního cíle), tak v porovnání s výzkumem zmiňovaným výše se shoduje v preferenci na prvním i druhém místě oblasti vztahů a duševního zdraví.

Největší motivace k léčbě, na kterou odpovídaly ženy v OL, DL v interview (viz výše). Porovnáme-li tyto výsledky s údaji výzkumu, který proběhl v TK Karlov 2009, kde stimuly motivace klientek při vstupu do komunity byly větší pasivní. Motivace je dána vnějšími sekundárními dopady abúzu návykových látek: vrácení dítěte zpět do péče, partner, rodina, změna životního stylu (Hanzal, in Preslová, 2009). Můžeme tedy konstatovat, že stimuly jsou u OL i v DL stejné jako stimuly motivace v TK Karlov. Navíc se v našem výzkumném vzorku objevuje jako stimul motivace věk participantek a změna tělesného a duševního zdraví. Bereme v potaz jako Miovský, Bartošíková (2003) rozdělení

počátečních stimulů motivace, kdy duševní a zdravotní problémy jsou pro zahájení léčby nejvýznamnější. Lze konstatovat, že důležitá je míra uvědomění si (reflexe) těchto problémů a dopadů. Čím více si uvědomuje problémy, které mu užívání drog způsobuje, tím je obvykle k léčbě více motivován. Důležitý je moment vnímání a hodnocení problémů. Problémy musí vadit především jemu, musí být pro klienta ohrožující, nepříjemné a nežádoucí. Rovina, která se od klienta vzdaluje, je nátlak rodičů, partnera, dětí, tlak zaměstnavatele aj., čím méně si klient problémy spojené s užíváním drog bere za své, tím horší je kvalita jeho motivace. Proto skupina DL je motivovanější ke kýžené změně než skupina OL.

Zjištěné důvody k léčbě v OL i DL ověřuje i literatura. Nevšimal (2007) uvádí důvody k léčbě u matek dítě, vztahy, hrozbu nařízené ochranné léčby. Kalina (2008a) píše, že starší klienti jsou motivovanější než klienti adolescentního věku, motivuje je věk. Miovský, Bartošíková (2003) potvrzují, že nejčastější důvody k léčbě jsou psychického a zdravotního rázu.

Druhým cílem bylo konfrontovat názory terapeutů na motivaci v léčbě s našimi výsledky od participantek. Můžeme konstatovat, že odpovědi terapeutů verifikovaly námi zjištěné výsledky v prvním cíli, které jsme získali od participantek pomocí motivačního dotazníku a interview. Terapeuti uvádějí stejné vyzozorované důvody k léčbě, jako uvedly participantky. Jeden rozdíl spatřujeme v tom, že pouze menšina bere léčbu v OL jako trest. Terapeuti uváděli, že je to většina. Naše výsledky potvrzuje i Radimecký (2006), který na základě své praxe uvádí, že klienti do léčby nastupují především pod tlakem různorodých vnějších faktorů, tlakem jejich nejbližších, zdravotních, finančních či jiných problémů, důsledků konfliktu se zákonem, než na základě vlastního uváženého rozhodnutí. Klienti mají vyšší věk v důsledku postupného stárnutí populace uživatelů drog. Výsledky stvrzuje i Nevšimal (2007), motivací je naděje získání dítěte zpět do péče, tlak rodiny, partnera. Názory terapeutů týkající se věku a motivace ověřuje i literatura. Kalina (2008a) uvádí, že tlak vnějších okolností může získání vnitřní motivace významně ovlivnit. Tyto nálezy nejsou v zásadě ovlivněny věkem a typem klientů, ale adolescentní uživatelé drog jsou méně motivováni ke změně a méně připraveni k léčbě než dospělí.

Ženy OL mají opakovaný výkon trestu odnětí svobody. Pouze tři vnímají léčbu jako trest. Sedm vnímá léčbu jako příležitost ke změně. Roli personálu a skupinu vnímají negativně. Vondráčková (2006) uvádí, že klienti v nařízené léčbě jsou k léčbě donuceni soudem a ne na základě vlastního rozhodnutí. Léčení má funkci trestu. Pacienti jsou v opakovaném výkonu trestu. Nemotivovanost pacientů a osobní charakteristiky ovlivňují charakter celé komunity.

Terapeuti se shodli, že se motivace u klientek mění s pomocí terapeutů a jejich psychoterapeutickým působením.

Samy by ke kýžené změně těžko dospěly. Doba pobytu je kladná proměnná. I v DL, kdy klientky šly zpočátku do léčebných zařízení z tlaku vnějších okolností, si našly své osobní důvody ke změně. Ověření jsme našli v zahraniční literatuře, NIDA (2009) uvedla zjištění z výzkumu. Lepší výsledky jsou spojené s léčbou, která trvá déle než 90 dnů. Trvalé snižování trestné činnosti a zneužívání drog souvisí s délkou léčby. Dále TK ve vězení a TK po výstupu z vězení snižuje riziko recidivy kriminálního chování a relapsu.

V posledním cíli práce jsme se zabývali tím, jaký měla vliv léčba na drogovou kariéru participantek. Vzhledem ke specifické skupině, se kterou jsme pracovali, bylo někdy těžké přesně časově zařadit události, se kterými se během drogové kariéry setkaly. Neměly přehled o časovém sledu událostí a nikdy nepracovaly s časovou osou. Pokusili jsme se v každém výzkumném souboru zvláště propojit časové osy a vysledovat v nich určité spojitosti. Sestavili jsme časové osy pro dvě skupiny, se kterými jsme pracovali.

Lze konstatovat, že ženy mají stejné problémy spojené s abúzem návykových látek, které mapuje dotazník. Doba v letech, kdy se s těmito problémy setkaly, je individuální, ale často pro jednotlivé skupiny participantek stejná. DL má větší zkušenost s pokusy o léčbu. Uživatelky OL mají zkušenost pouze ve dvou případech. Domníváme se, že to je způsobené jak mírou sebereflexe uvědomění si vlastních problémů, tak i odhodláním participantek danou situací řešit. Galanter a Kleber (1994) uvádějí sociální charakteristiku klienta: klienti pocházejí většinou z rozpadlých rodin nebo mají aktuálně rozvrácené rodinné zázemí; více než 2/3 klientů jsou nebo byli v konfliktu se zákonem a méně než třetina klientů je během posledního roku před přijetím do TK zaměstnána. NIDA (2009) uvádí, že klientela TK má špatné rodinné zázemí, problémy s duševním zdravím, nedostatek pozitivní sociální podpory, opakovanou trestnou činnost. 30–60 % klientů se již předtím o léčbu pokusilo. Rovněž dle Kaliny (2003) nemusí být účinná léčba dobrovolná. Silná motivace může facilitovat léčebný proces, i když tlak přichází z vnějšku: z rodiny, ze zaměstnání, z justičního systému. Může významně zvýšit nástupy do léčby, udržení v léčbě, úspěšnost léčebných intervencí srovnatelně s dobrovolnou klientelou. Mnohdy více.

● 8 ZÁVĚRY

Lze konstatovat, že celkový průměrný motivační skóre skupiny OL je v porovnání se skupinou DL nižší. Motivace klientek se v léčbě mění a doba pobytu v léčbě hraje kladnou proměnnou. Terapeuti DL se nesetkávají s nemotivovanými klientkami. Forma léčby klientku tlačí k osobní změně a pobyt v léčbě nemotivovaného jedince by tak nebyl možný. Terapeuti OL se setkávají v počátku s nemotivovanými klientkami, ale během pobytu v léčbě si nacházejí klientky důvody k abstinenci a ke změně životního stylu. Pouze menšina participantek vnímá léčbu jako trest. Frustrující vliv na

ně má prostředí, ve kterém léčba probíhá (věznice). To vnímají i terapeuti. Žádná participantka obou souborů dřívější léčbu nedokončila. Skupina OL má pouze minimální zkušenost s dobrovolnou léčbou. Skupina DL má o mnoho vyšší zkušenost s léčbou.

Všechny klientky jsou aktuálně v léčebném zařízení a ve fázi abstinence. Pracují na sobě, jdou malými krůčky k cílům, které si v rámci terapeutického kontraktu vytyčily. Ženy nastupují do léčby z vnějších sekundárních dopadů abúzu návykových látek. Postupem času v léčbě si hledají vnitřní důvody pro léčbu. Hodnota rodiny má pro ně velký význam. Podle našich zjištění můžeme potvrdit, že OL má smysl. Nebýt léčby, ženy by neuvažovaly o změně. Léčbu berou jako příležitost ke změně. U všech uživatelek hraje vý-

znamnou roli ženská role a s ní spojené těhotenství, také budoucí role matky. Neodmyslitelný je i vliv partnera, který často uživatelku nevědomě udržuje v závislosti. Jednou z mnoha snah odborníků v pomáhajících profesích je motivaci u klientek/tů posilovat a zevnitřnit jejich důvody k abstinenci.

LITERATURA / REFERENCES

- Bedrnová, E., Nový, I. (2007). *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press.
- DeLeon, G. (2000). *The Therapeutic community: Theory, model, and method*. New York: Springer.
- DeLeon, G. (2001). *Therapeutic communities for substance abusers: the developments in North America*. In: Nevšimal, P. (2004). *Terapeutické komunity pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o. p. s. Magdaléna
- Dobiášová, D., Broža, J. (2003). *Motivační trénink*. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 5/4. Praha: NMS/ Úřad vlády ČR:
- Gossop, M. (2009). *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. NMS/ Úřad vlády ČR.
- Galanter, M., Kleber, H. D. (1994). *Textbook of substance abuse treatment*. Washington/London: The American Psychiatric Press.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Kalina, K. (2008a). *Terapeutická komunita – Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2008b). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. et al. (2003a). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. et al. (2003b). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2003). *Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta*. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 2*. Praha: NMS/ Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky, Filia NOVA.
- Kalina, K. (2000). *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí*. Praha: Inverze/SANANIM.
- Kuda, A. (2003). *Návrh standardů pro léčebné programy ve věznicích*. In: Miovský, M., Spirit, H., Havlíčková, M. (eds). (2003). *Vězeňství a nelegální drogy*. Sborník textů z oblasti užívání nelegálních návykových látek ve věznicích. Úřad vlády ČR.
- Kudrle, S. (2002). *Některé medicínské a psychologické aspekty řešení problematiky trestního postihu osob užívajících drogy*. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: Sdružení SCAN
- Miovský, M., Bartošiková, I. (2003). *Možnosti a meze psychoterapie v léčbě*. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M., Miovská, L., Gajdošíková, H. (2004). *Etické aspekty terénního výzkumu s uživateli nelegálních drog*. Biograf, r. 35, s. 33–52.
- Mravčík, V. et al. (2008). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. NMS/ Úřad vlády ČR.
- Müllerová, P. G. (2003). *Klienti v konfliktu se zákonem*. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 9/5. Praha: NMS/ Úřad vlády ČR.
- Nakonečný, M. (1998). *Základy psychologie*. Praha: Academia.
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (1997). *Zvyšování motivace při léčbě návykových nemocí. Česká a slovenská psychiatrie*, 93 (6), pp. 338–342.
- Nešpor, K., Scheansová, A., Karbanová, K. (2008). *Motivační dotazník jako intervenční diagnostický nástroj*. Dostupné z <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/karel-nespor.php?itemid=4513>. Citováno dne 12. 2. 2009, 13:15. Datum poslední aktualizace 10. 9. 2008.
- Nevšimal, P., Frouzová, M. (2007). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II – česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o. p. s. Magdaléna.
- NIDA. (2002). *Principles of drug addiction treatment – A research-based guide*. NIH Publication No. 00-4180. Washington D. C.: NIDA/NIH. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- NIDA. (2009). *What are unique treatment needs for women in the criminal justice system? Frequently asked questions*. Dostupné z http://www.drugabuse.gov/PODAT_CJ/faqs/faqs2.html. Citováno dne 29. 10. 2009 18:40. Datum poslední aktualizace 23. 7. 2009.
- Preslová, I., Maxová, V. et al. (2009). *Ženy & Drogy*. Sborník odborné konference. Praha: Sananim.
- Radimecký, J. (2006). *Očekávání pracovníků terapeutických komunit vs. proces změny chování klientů*. *Adiktologie*, (6), 1, pp.43–52.
- Rotgers, F. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- Vobořil, J. (2004). *Gender – ženy jako specifická skupina*. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 2*. Kapitola 9/3. Praha: NMS-Úřad vlády ČR.
- Vondráčková, P. (2006). *Klinický pohled na stav soudně ochranné léčby protialkoholní a protitoxikomanické v ČR*. *Adiktologie*, (6), 4, 507–512.