

## Motivation of Male and Female Users of Illegal Drugs Undergoing Court-ordered Treatment and Voluntary Treatment



MAIEROVÁ, E., CHARVÁT, M.

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

**Citation:** Maierová, E., Charvát, M. (2013). Motivace mužů a žen v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě závislosti na nelegálních drogách. *Adiktologie*, 13 (3-4), 202–212.

**BACKGROUND:** every drug abuse treatment system has to take motivation into consideration. Gender issues play an important role in treatment. The type of treatment (court-ordered or voluntary) is equally important. It is vital to pay attention to these factors while working with clients because they may facilitate the process of recovery.

**OBJECTIVES:** the aim of our research study is to describe the differences in the intensity and structure of motivation among substance users in terms of two variables: gender and the type of treatment (court-ordered “protective” treatment and voluntary treatment). **METHODS:** both quantitative and qualitative methods were used to answer the research questions. The key methods were a motivational questionnaire, a semi-structured interview, and a life timeline. **SAMPLE:** the research sample consisted of 40 drug users: 10 men and 10 women treated in the Opava Prison, and 10 men and 10 women in voluntary treatment. The criteria for selection were a long-term history of illicit drug use, current abstinence, and institutionalisation in

a treatment facility. In addition, six therapists were interviewed to increase the validity of the study. **RESULTS:** the participants mostly entered treatment because of external incentives, i.e. as a result of negative effects of their substance abuse. While the structure of their motivation for abstinence does not appear to be affected by the gender factor, we found significant differences between the voluntary and the court-ordered treatment modalities which were confirmed both statistically and qualitatively. Our findings based on the data obtained from drug users in treatment were verified by the therapists. **CONCLUSIONS:** specific themes that were typical for both gender groups were identified. While minor differences in the content were found, the profile of the motivational domains is the same. More differences were observed when comparing users in voluntary treatment and users in court-ordered treatment. The results can be inspiring for those who work with ex-drug users in treatment facilities.

**KEY WORDS:** MOTIVATION – MALE AND FEMALE DRUG USERS – VOLUNTARY TREATMENT – COURT-ORDERED TREATMENT IN PRISON – GENDER

Submitted: 10 / OCTOBER / 2013

Accepted: 21 / OCTOBER / 2013

**Address for correspondence:** Eva Maierová / [MaierovaEva@seznam.cz](mailto:MaierovaEva@seznam.cz) / Department of Psychology, Philosophical Faculty, Palacky University Olomouc, Křížkovského 10, 771 80 Olomouc, Czech Republic

# Motivace mužů a žen v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě závislosti na nelegálních drogách



MAIEROVÁ, E., CHARVÁT, M.

Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

**Citace:** Maierová, E., Charvát, M. (2013). Motivace mužů a žen v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě závislosti na nelegálních drogách. *Adiktologie*, 13 (3-4), 202–212.

**VÝCHODISKA:** Součástí každé léčby je práce s motivací. Významnou roli hraje v léčbě i otázka genderové příslušnosti, neméně důležitý je i typ léčby (ochranná, dobrovolná). Důležité je brát tyto konsekvence do úvahy a využívat je při práci s klientem, mohou totiž pozitivně facilitovat celý proces uzdravy. **CÍLE:** Popsat odlišnosti v intenzitě a struktuře motivace mezi uživateli návykových látek z pohledu dvou proměnných: pohlaví a typu léčby, tj. nařízené ochranné léčby (dále i OL) a dobrovolné léčby (dále i DL). V rámci studie chceme nalézt a popsat potenciální rozdíly. **METODY:** K zodpovězení výzkumných otázek jsme přistoupili jak kvantitativně, tak kvalitativně. Klíčovými metodami byly: motivační dotazník, polostrukturované interview a časová osa. **SOUBOR:** Výběrové soubory tvořilo celkem 40 uživatelů, z toho 10 uživatelů a 10 uživatelek v nařízené ochranné léčbě ve věznici v Opavě, dále pak 10 uživatelů a 10 uživatelek v dobrovolné léčbě. Kritéria

pro zařazení byla: uživatel drog, dlouhodobé užívání nealkoholových drog, nynější abstinence a pobyt v léčebném zařízení. Pro zvýšení validity jsme do studie zahrnuli i soubor 6 terapeutů. **VÝSLEDKY:** Participanti nastoupili do léčby většinou z vnějších incentív, tj. v důsledku sekundárních dopadů abúzu návykových látek. Ve struktuře motivace pro abstinenci nenajdeme významné genderové rozdíly, najdeme však významné rozdíly u typu léčby (dobrovolné oproti ochranné), které se potvrzují jak statisticky, tak kvalitativně. Terapeuti verifikovali a doplnili námi zjištěné výsledky. **ZÁVĚRY:** Po obsahové stránce najdeme u uživatelek a uživatelů specifická témata typická pro danou genderovou skupinu. Stejně tak najdeme specifická témata a konsekvence v rámci dobrovolné, resp. nařízené léčby. Výsledky mohou být důležité a inspirativní pro práci s klienty v daných typech léčebných zařízení.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** MOTIVACE – UŽIVATELKY A UŽIVATELE NEALKOHOLOVÝCH DROG – DOBROVOLNÁ LÉČBA – NAŘÍZENÁ OCHRANNÁ LÉČBA VE VĚZNICI – GENDER

Došlo do redakce: 10 / ŘÍJEN / 2013

Přijato k tisku: 21 / ŘÍJEN / 2013

**Korespondenční adresa:** PhDr. Eva Maierová / MaierovaEva@seznam.cz / Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, Křížkovského 10, 771 80 Olomouc

## ● 1 ÚVOD

Tato studie kombinuje výsledky dvou dílčích výzkumů se stejnou metodologií. První z nich byl realizován v roce 2009 na výběrovém souboru 10 žen v dobrovolné a 10 žen v nařízené ochranné léčbě ve věznici (Maierová, 2010). Druhý byl realizován o rok později se stejnými počty participantů a stejným rozdělením dle typu léčby s tím rozdílem, že se jednalo o muže. Článek tak přispívá k pochopení role genderové odlišnosti a dobrovolnosti zároveň a snaží se rozkrýt možné vztahy těchto dvou často diskutovaných proměnných v léčbě závislosti na návykových látkách. Rozdílnost mezi mužskou a ženskou klientelou nespočívá jen v biologické podstatě, ale i ve vnímání ze strany sociálního okolí a ve využívání služeb odborného poradenství vlivem odlišných témat spojených s ženskou a mužskou rolí. Klademe si tedy otázku, jaký to může mít vliv na jejich motivaci k léčbě. U klientů, kteří podstupují léčbu dobrovolně, se též dá očekávat odlišná motivační struktura ve srovnání s léčbou ochrannou nařízenou soudem a probíhající ve vězení. Mají však tato očekávání nějaký reálný podklad? Náš výzkum se pokusí přispět k lepšímu pochopení těchto klíčových proměnných.

## ● 2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Motivace je v oblasti léčby závislosti velmi důležitý prvek. V odborné literatuře proto najdeme mnoho definic motivace a mnoho důrazů, které jsou na ni kladeny. V rámci kognitivně behaviorální terapie v oblasti závislosti přispěli k pochopení motivace zejména Prochaska a DiClemente se svým „kolem změny“ (Rotgers, 1999). Motivaci v tomto modelu chápeme jako „proces usměrňování, udržování a energetizace chování a proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince. Je jedním ze čtyř faktorů (dalšími jsou: stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince, kvalita jeho okolí včetně sociálního), které rozhodují o úspěšnosti léčby“ (Kalina et al., 2003, p. 66). Miller a Rollnick (2003) spatřují hlavní efekt intervence v rámci motivačních rozhovorů s drogově závislými klienty v přesunu odpovědnosti za změnu. Rotgers (1999) označuje také terapeutův styl jako významný faktor v interakci. Na více či méně vědomé úrovni je také terapeut napojen na vlastní motivaci. Posilování motivace, jak uvádí Nešpor (2008), lze včlenit do nejrůznějších forem terapie. Vývoj motivace klientů v léčbě uvádí např. Kalina. Klient zpočátku popírá problémy, v druhé fázi připouští, že má nějaké problémy, ale popírá problémy s drogou. Klient si poté přiznává problémy, ale odmítá odbornou pomoc. V poslední fázi pomoc přijímá a pracuje na abstinenci (Kalina, 2003).

Neméně podstatnou pro léčbu je i proměnná pohlaví. Muži užívají nezákonné a ostatní látky častěji než ženy. Většina programů je vytvořena spíše pro muže. Na konci 90. let se nijak neworkovalo s genderovými odlišnostmi. I přes maskulinní orientaci přinášejí léčebné programy ženám větší prospěch než mužům. Ženy vykazují signifikantně

větší procento úspěšně dokončených léčeb než muži (Kalina, 2008a). Muži častěji než ženy nastupují do léčby, déle se v ní udrží a častěji ji dokončí (což může souviset s tím, že u nich do léčby podstatně méně zasahují rodinné a partnerské vlivy), ale po léčbě se častěji vrací k závislostnímu chování (DeLeon, 2004). U mužů se podle některých zdrojů méně často zjišťují přídatné problémy s duševním zdravím a psychologická dramatizace (UNODC, 2004). Oproti tomu Galanter a Kleber (1994) uvádějí u mužů vyšší sklon k sebevraždám, častější kriminální anamnézu a poruchy osobnosti. Buehringer a Platt (1992) uvádějí, že u mužů je v léčbě méně intenzivně vyjádřena depresivní symptomatika, ale zlepšuje se obtížněji a pomaleji než u žen. Kalina (2008a) popisuje u závislých mužů v terapeutických komunitách následující psychologický profil: chybění pozitivních mužských vzorů, které by je připravily na otcovství a zdravé vztahy s muži i ženami, neochota připouštět sexuální zneužívání a hovořit o něm, sklon skrývat nejistotu a strach z intimity a sexuality, obtíže s emočním vyjádřením a s odkrytím osobní zranitelnosti, agresivita, dominantnost, soupeřivost a jiné rigidní vzorce. Podle Casriela (in Broekaret, 2001) trpí závislí bolestí a úzkostí, s nimiž nemůže ani bojovat, ani jim uniknout. V bezpečném rámci psychoterapie se mohou uvolnit emoce, které dosud nebylo možné projevit. U dospívajících a mladých dospělých v léčbě nacházíme více rysů souvisejících s osobnostní zranitelností a neovladnutými vývojovými úkoly adolescence (např. poruchy identity, slabá identifikace s vlastním tělem a sexuální rolí, emoční závislost na původní rodině, osamělost a nízká schopnost obstát v jakýchkoli mezilidských vztazích, povrchní sociální adaptace a unikání do fantazií). Tito klienti neodpovídají tradičnímu genderovému stereotypu „muže“, sdíleného spoluklientkami i členkami terapeutického týmu. Ženy v terapeutickém prostředí k nim přistupují spíše s despektem nebo k nim zaujímají mateřské postoje, což jejich problémy s mužskou identitou spíše prohlubuje (Kalina, 2008a). Genderové skupiny mohou citlivěji reflektovat specifická témata (např. zneužívání, životní cykly, sexualita, vina). Přispívají k lepšímu porozumění vlastní i druhé gender identitě (Kalina, 2008b).

Vzhledem k motivaci je pak důležité brát v potaz i rozdíl mezi víceméně dobrovolným nástupem do léčby a léčbou soudem nařízenou (s poznámkou, že i okolnosti dobrovolné léčby mohou být značně naléhavé). Zákon o specifických zdravotních službách mezi tyto služby zařazuje i výkon ochranného léčení. Nově je tak problematika výkonu ochranného léčení upravena nejen v trestněprávních, ale též zdravotnických předpisech. Ustanovení týkající se ochranného léčení jsou postavena zejména na režimových opatřeních ve vztahu k pacientovi, konkretizovány jsou tak zejména povinnosti a práva pacienta. Dále zákon upravuje povinnosti poskytovatele ve vztahu k pacientovi i k trestnímu soudu. Zásadní dopad má tato právní úprava zejména

na výkon ochranného léčení ve výkonu trestu odnětí svobody. Ochranné léčení má formu ambulantní, ústavní ve zdravotnickém zařízení a specializovaných odděleních věznic (Mravčík, 2012). Podle De Leona (2004) je léčba ve vězení ovlivněna specifickými rysy nápravné instituce. Musí se vyrovnávat se specifickými charakteristikami a potřebami vězňů, jako je např. sociální deviace a „kriminální maska“, nízká vnitřní motivace k osobní změně a účelová motivace k vyhledání léčby ve vězení. Více se modelem léčby ve vězení zabývá např. Kuda (2003), Vondráčková (2008), Okruhlička (2006). Tito autoři popisují průběh léčby ve věznicích, popisují výhody a nevýhody tohoto typu léčby.

### ● 3 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Prvním výzkumným problémem je vztah motivace k léčbě závislosti na nelegálních látkách a pohlaví. Prvním cílem statistických i kvalitativních analýz je tedy porovnat motivaci klientů a klientek. Otázky, na které jsme v rámci toho cíle hledali odpověď, zní:

- Liší se motivace v léčbě u souboru mužů ve srovnání se souborem žen?
- V jakých aspektech motivace se klienti a klientky shodují a v jakých se liší?

Vzhledem k lišícím se názorům adiktologů týkajících se vztahu motivace a dobrovolnosti léčby jsme si stanovili druhý výzkumný problém: odlišnosti v intenzitě a struktuře motivace mezi uživateli návykových látek v nařízené ochranné léčbě (dále i OL) a v dobrovolné léčbě (dále i DL). Druhým cílem je tedy nalézt a popsat tyto rozdíly, a to jak kvantitativně, tak kvalitativně. K tomuto cíli se vážou dvě výzkumné otázky:

- Je motivace u souboru v nařízené léčbě nižší v porovnání se souborem v léčbě dobrovolné?
- Jaké jsou motivy klientů v obou zkoumaných léčbách?

V obou případech jsme též sledovali, zda jsou data získaná od klientů ve shodě se zkušenostmi terapeutů.

### ● 4 SLEDOVANÉ SOUBORY

Skladba výběrových souborů probíhala metodou záměrného účelového výběru přes instituce, která patří mezi tzv. nepravděpodobnostní metody výběru výzkumného souboru v rámci kvalitativního přístupu (Miovský, 2006). Má to své omezení zejména pro statistické zpracování, nicméně ze-

jména u souborů ve věznicích se dá jen velmi těžko postupovat jiným způsobem. Stanovili jsme si proto klíčové vlastnosti, dle kterých jsme cíleně vyhledali vyhovující účastníky. Kritéria byla následující: uživatel/ka (resp. bývalý/á uživatel/ka) nelegálních návykových látek, dlouhodobé užívání, nynější abstinence a pobyt v léčebném zařízení.

Navázání prvního kontaktu u prvního výběrového souboru mužů (n1=10) probíhalo mezi klienty na Specializovaném oddělení pro muže ve věznici Opava. Druhý výběrový soubor mužů (n2=10) tvořili klienti terapeutické komunity Podcestný Mlýn a klienti doléčovacího programu P-centra v Olomouci. Terapeutická komunita a doléčovací centrum bylo zvoleno kvůli délce pobytu v léčbě, která koresponduje s délkou pobytu v nařízené léčbě. Obdobně tomu bylo u žen uživatelek, kde též vznikly dva podsoubory. Rekrutace probíhala mezi klientkami na Specializovaném oddělení ve věznici Opava (n3=10). Čtvrtý výběrový soubor (n4=10) tvořily klientky terapeutické komunity Podcestný Mlýn, klientky doléčovacího programu Jamtana Brno a P-centra v Olomouci (Maierová, 2010). Vzhledem k menšímu zastoupení žen uživatelek, oproti mužům na „drogové scéně“, jsme kontaktovali více léčebných zařízení. Účast na výzkumu byla u všech souborů dobrovolná s písemným souhlasem klientů/klientek. Ti, kteří byli ochotni, vyplnili krátký screeningový dotazník, na jehož základě se vytvořily čtyři výsledné skupiny participantů (*tabulka 1*).

Mezi zkoumanými soubory jsou určité drobné rozdíly pouze u věku prvního užití. Skupina ochranné léčby mužů má průměrný věk prvního užití 18,5 roku a skupina dobrovolné léčby mužů jen 15,9 let. Obdobný rozdíl existuje i mezi ženami. Tyto rozdíly mohou pramenit pravděpodobně z některých extrémních minimálních a maximálních hodnot. U ochranné léčby u obou pohlaví dohromady (n1 + n3) je průměrný věk prvního užití primární drogy 18,7, medián 17,5, modus 15, minimum 15 a maximum 33. U dobrovolné léčby (n2 + n4) je průměrný věk prvního užití primární drogy 15,95, medián 16,5, modus 17, minimum 8 a maximum 19.

Samostatný výběrový soubor tvořilo 6 terapeutů. Šlo o soubor zvyšující validitu výsledků pomocí triangulace zdrojů dat v kvalitativní části. Kritériem pro skupinu terapeutů byla přímá práce s klienty v léčebném zařízení. Jednalo se o 3 muže a 3 ženy a současně o 3 pracovníky v OL

Tabulka 1 / Table 1

Základní charakteristiky souboru mužů v OL (n1), mužů v DL (n2), žen v OL (n3) a žen v DL (n4)

General characteristics of the samples of men in COT (n1), men in VT (n2), women in COT (n3), and women in VT (n4)

	Ochranná léčba				Dobrovolná léčba			
	N	Prům. věk	Věk prvního užití	Délka užívání prim. drogy	N	Prům. věk	Věk prvního užití	Délka užívání prim. drogy
Muži	10	29,6	18,5	8,5	10	29,8	15,9	10,9
Ženy	10	30,4	18,9	10,5	10	25,9	16,0	8,4

a 3 v DL. Jejich průměrný věk je 35 let. Jedná se o skupinu, která se oblasti terapie v drogové problematice věnuje v průměru 7,2 let. Pracovali jsme tedy s genderově vyváženým souborem zkušených odborníků.

## ● 5 METODY A PRŮBĚH VÝZKUMU

Použili jsme smíšený typ výzkumu. V případě kvalitativní části se jedná se o design případových studií. Kvantitativní část se skládá ze dvou diferenačních studií.

Použili jsme tři metody. První z nich je *motivační dotazník* (Nešpor, Scheansová, Karbanová, 2008). Dotazník mapuje motivaci a její rozložení v různých oblastech života. Dotazník má šest oblastí, každá oblast má 18 položek (maximálně možných 18 bodů hrubého skóru), celkově jde tedy o 108 položek (maximálně možných 108 bodů hrubého skóru). Participant/ka na otázky odpovídá na dichotomické škále ano/ne. Další metodou v pořadí bylo *polostrukurované interview*. Jeden z tematických okruhů rozhovoru se týkal i vyplněného motivačního dotazníku. Další okruhy se týkaly motivace a léčby. U skupiny terapeutů se témata rozhovoru vztahovala k jejich zkušenostem a názorům na motivaci v léčbě u uživatelů a uživatelék. Dále byla použita *časová osa* jako metoda pro rekonstrukci minulých událostí (Miovský, 2006). Práce s časovými osami je technika, které jsme využili pro rekonstrukci drogové kariéry participantů. Do časových os jsme spolu s participanty značili významné události, které ovlivnily průběh drogové kariéry. Získali jsme tak časový přehled doby, kdy se poprvé setkali s návykovými látkami až po současnost, kdy se nacházejí ve fázi abstinence a jsou klienty příslušných léčebných zařízení.

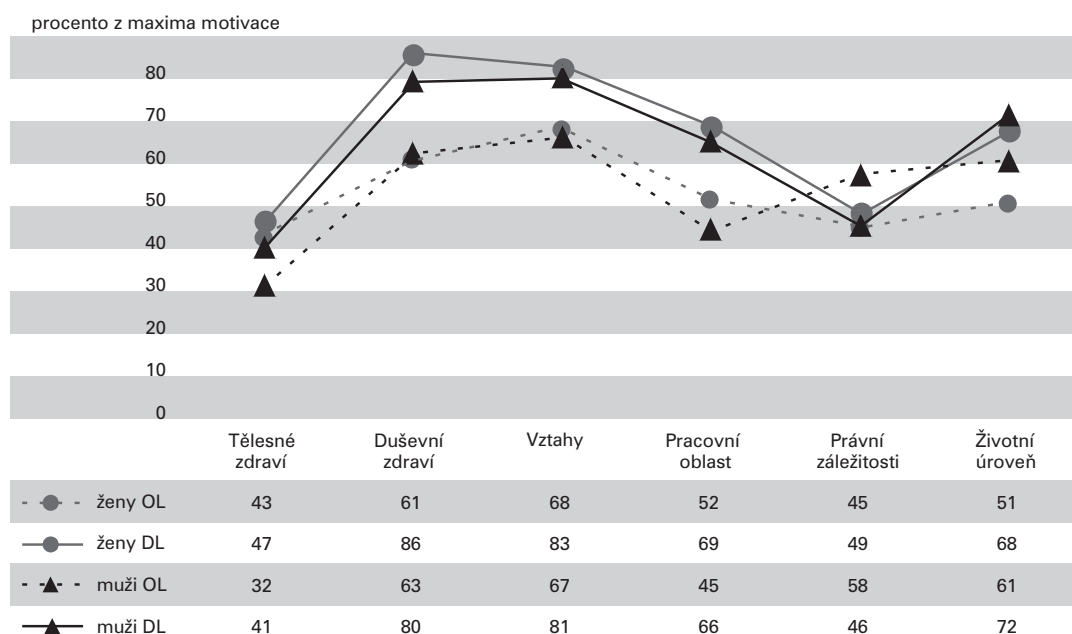
Kriticky se výběrem metod zabýváme v diskuzi. Zvýšení validity výsledků jsme se snažili zajistit triangulací metod získávání dat a již zmíněnou triangulací zdrojů dat (terapeuti, participant, dříve realizované výzkumy).

Získávání dat probíhalo v přiměřeném soukromí v poskytnutých místnostech daných zařízení. Byl získán dobrovolný informovaný souhlas. Ochranu osobních údajů jsme zajistili přiřazením anonymního kódu sestávajícího se ze zkratky formy léčby a čísla reprezentujícího pořadí rekrutace. 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.

V rámci kvalitativní části jsme aplikovali tzv. základní bázi oblasti analýzy kvalitativních dat, a to deskriptivní přístup, metodu prostého výčtu, metodu vytváření trsů, metodu kontrastů a srovnávání (Miovský, 2006). V kvantitativní části jsme použili deskriptivní statistiky a z důvodů malého rozsahu výběrových souborů i neparametrické metody srovnávání dvou nezávislých výběrových souborů, tzv. Mann-Whitneyho U testy.

## ● 6 VÝSLEDKY

Protože jsme měli k dispozici de facto čtyři výběrové soubory, což bylo dáno kombinací dvou grupovacích proměnných (pohlaví a typ léčby), rozhodli jsme se nejprve vynést do společného grafu jejich motivační profily získané z motivačního



Obrázek 1 / Figure 1

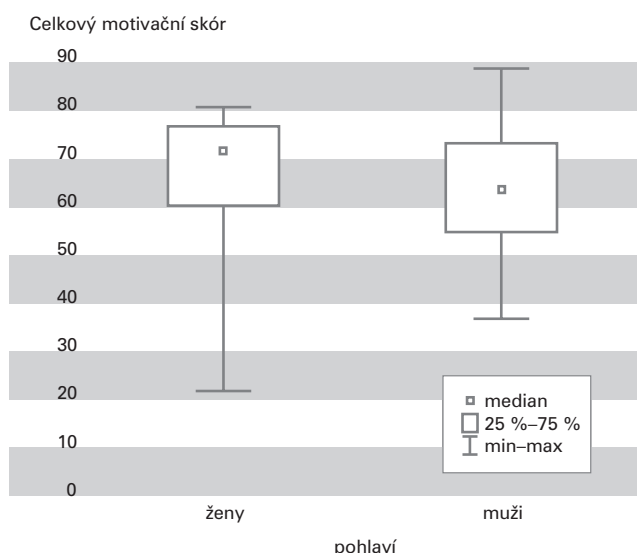
Procento z maxima jednotlivých škál motivačního dotazníku u souboru mužů v OL (n1=10), mužů v DL (n2=10), žen v OL (n3=10) a žen v DL (n4=10)  
 Percentage of the maximum scores of the motivation questionnaire scales for men in COT (n1=10), men in VT (n2=10), women in COT (n3=10), and women in VT (n4=10)

dotazníku. *Obrázek 1* ukazuje procenta z maxima jednotlivých škál motivačního dotazníku. Procenta z maxima vycházejí z hrubých skóre každé subškály (možné hodnoty 0 až 18 u každé subškály a 0 až 108 pro celkový skóre) a jsou asi nejsrozumitelnějším údajem, který se vyjadřuje na škále od 0 do 100. Jde pouze o lineární transformaci, stejně jako původní hrubé skóre je tedy můžeme zprůměrovat pro jednotlivé skupiny. Z obrázku je na první pohled patrné, že se vzájemně více odlišují profily dle typu léčby (plně versus čárkované) a méně dle pohlaví (tmavé versus světlé).

Dále jsme se v duchu výzkumných cílů snažili najít rozdíly v motivaci dle obou klíčových proměnných.

### ● 6 / 1 Srovnání motivace k léčbě u mužů a žen

Nejprve jsme se rozhodli podrobit statistickému testu předpoklad, že: motivace v léčbě u souboru mužů se ve srovnání se souborem žen liší. Výsledky u skupiny mužů v hrubém skóre jsou  $M = 63,95$ ,  $Me = 64$ ,  $Min = 37$  a  $Max = 89$  a u skupiny žen pak  $M = 66,1$ ,  $Me = 72$ ,  $Min = 22$  a  $Max = 81$ . Graficky je toto srovnání znázorněno na *obrázku 2*.



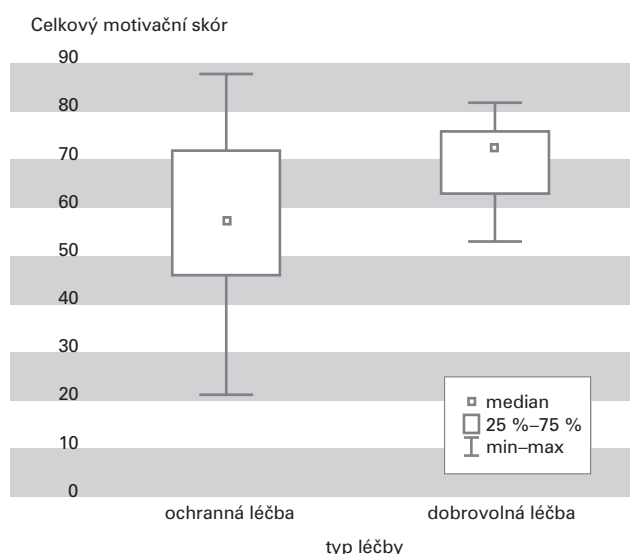
**Obrázek 2 / Figure 2**

Srovnání celkového motivačního skóre u souboru mužů ( $n_1 + n_2 = 20$ ) a žen ( $n_3 + n_4 = 20$ ) bez ohledu na typ léčby  
*Comparison of the total motivation scores for the samples of men ( $n_1 + n_2 = 20$ ) and women ( $n_3 + n_4 = 20$ ), irrespective of the type of treatment*

Vzhledem k malému rozsahu výběrových souborů jsme se rozhodli použít neparametrický Mann-Whitneyův U test, jenž nám vrátil následující hodnoty: suma pořadí mužů = 375,0, suma pořadí žen = 445,0,  $U = 165$ ,  $Z = 0,947$ ,  $p = 0,344$  ( $>0,05$ ). Rozdíl v motivaci mezi pohlavími tedy není statisticky významný, zamítáme náš předpoklad a konstatujeme, že se nám nepodařilo nashromáždit dostatek pozorování pro zamítnutí nulové hypotézy. Kvantitativní rozdíl se dle genderu neprojevil ani na žádné ze subškál.

### ● 6 / 2 Srovnání motivace v nařízené ochranné a dobrovolné léčbě

V rámci druhého cíle studie jsme nejprve kvantitativně testovali předpoklad, že: motivace u souboru v nařízené ochranné léčbě je nižší v porovnání se souborem v léčbě dobrovolné. Rozdílné rozložení výsledků celkového hrubého skóre motivačního dotazníku, jež může teoreticky nabývat hodnot od 0 do 108, mezi skupinou v OL a v DL ukazuje nejlépe krabicový graf na *obrázku 3*. Je z něho jednak patrné, že rozptýl skóre u skupiny dobrovolné léčby je mnohem menší než u léčby ochranné, a dále pak, že prostřední hodnota motivačního skóre v ochranné léčbě je nižší než v dobrovolné léčbě.



**Obrázek 3 / Figure 3**

Srovnání celkového motivačního skóre u souboru v nařízené ochranné léčbě ( $n_1 + n_3 = 20$ ) a v dobrovolné léčbě ( $n_2 + n_4 = 20$ ) bez ohledu na pohlaví

*Comparison of the total motivation scores for the court-ordered treatment samples ( $n_1 + n_3 = 20$ ) and the voluntary treatment samples ( $n_2 + n_4 = 20$ ), irrespective of gender*

Rozdíly v mírách centrální tendence a dosažených minimech a maximech hrubých skóre jednotlivých subškál motivačního dotazníku s potenciálními hodnotami od 0 do 18 pak shrnuje *tabulka 2*. Jelikož má každá subškála stejný počet položek, je zajímavé kromě rozdílů sledovat i celkovou výši skóre. Nejnížší skóre mají u obou skupin subškály tělesné zdraví a právní záležitosti a nejvyšší skóre mají subškály duševní zdraví a vztahy.

Tyto rozdíly mezi OL a DL v celkovém skóre i jednotlivých subškálách motivačního dotazníku jsme postupně podrobili sérii neparametrických Mann-Whitneyho U testům. Signifikantní rozdíl v předpokládaném směru (nižší motivace u ochranné léčby) byl nalezen u celkového motivačního skóre ( $p < 0,05$ ), duševního zdraví ( $p < 0,01$ ), vztahů a životní úrovně ( $p < 0,05$ ). U tělesného zdraví, pracovní oblasti a pracovních záležitostí nikoliv. Výsledky testování shrnuje *tabulka 3*.

**Tabulka 2 / Table 2**

Srovnání středních hodnot a rozpětí výsledků jednotlivých škál motivačního dotazníku souborů v OL (n1 + n3 = 20) a v DL (n2 + n4 = 20)

Comparison of the mean values and the range of scores on the motivation questionnaire scales for the COT (n1 + n3 = 20) and VT (n2 + n4 = 20) samples

	Ochranná léčba				Dobrovolná léčba			
	Průměr	Medián	Min	Max	Průměr	Medián	Min	Max
Tělesné zdraví	6,7	6,0	1	14	7,9	8,5	2	13
Duševní zdraví	11,2	10,5	5	17	15,0	15,0	8	18
Vztahy	12,2	13,0	5	18	14,8	16,0	10	17
Pracovní oblast	8,7	9,0	2	16	12,2	12,5	6	16
Právní záležitosti	9,3	9,5	2	17	8,6	8,5	2	13
Životní úroveň	10,0	10,0	2	17	12,6	12,5	6	17
<b>Celkový motivační skór</b>	<b>59,1</b>	<b>58,5</b>	<b>22</b>	<b>89</b>	<b>71,0</b>	<b>73,5</b>	<b>54</b>	<b>83</b>

**Tabulka 3 / Table 3**

Výsledky Mann-Whitney U testu pro rozdíl mezi typem léčby

Results of the Mann-Whitney U Test for differences between the types of treatment

	Suma pořadí Ochranná léčba	Suma pořadí Dobrovolná léčba	U	Z	p-hodnota	výsledek
Tělesné zdraví	370,0	450,0	160,0	-1,082	0,279	n.s.
Duševní zdraví	288,5	531,5	78,5	-3,287	0,001	** p <,01
Vztahy	326,0	494,0	116,0	-2,272	0,023	* p <,05
Pracovní oblast	349,0	471,0	139,0	-1,650	0,099	n.s.
Právní záležitosti	432,5	387,5	177,5	0,609	0,543	n.s.
Životní úroveň	327,0	493,0	117,0	-2,245	0,0248	* p <,05
<b>Celkový motivační skór</b>	<b>322,0</b>	<b>498,0</b>	<b>112,0</b>	<b>-2,380</b>	<b>0,0173</b>	<b>* p &lt;,05</b>

### ● 6 / 3 Kvalitativní pohled na motivaci z pohledu genderu a typu léčby

Porovnáme-li strukturu motivace u mužů a žen kvalitativně na základě polostrukturovaných rozhovorů a časových os, zjistíme, že se v mnoha ohledech shodují. Klienti v léčbě obou pohlaví mají na předních místech v pomyslném motivačním žebříčku vztahy, duševní zdraví a životní úroveň. Na posledních místech nacházíme právní záležitosti a tělesné zdraví. V těchto oblastech mají účastníci/ky nejmenší motivaci. Všechny čtyři soubory účastníků popisují změny v jednotlivých oblastech (viz motivační dotazník) a problémy v nich, jež nastaly s užíváním návykových látek. Všichni v průběhu svého užívání zaznamenali ve všech oblastech jistou změnu k horšímu.

Oblast, která však dělala těžkosti všem účastníkům/kám, byla pracovní oblast. Mají malou zkušenost s prací a je pro ně těžké tuto oblast mapovat. (*Participant č. 10 z DL*, „...dělal jsem chvíli obchodního zástupce v jedné firmě, měl jsem služební auto, telefon, postupem času jsem přestal chodit do práce a podváděl, pak jsem zpronevěřil peníze a musel jsem se jim přiznat. Nešlo to prostě skloubit, vybíral jsem si dovolenou po týdnech a všem v okolí lhal...“).

Z celkového souboru žen (tj. 20 účastnic) by sedm účastnic chtělo nejvíce změnit a posílit své duševní zdraví a svůj psychický stav. Sedm uživatelek pak chtělo změnit zejména vztahy v rodině (*IOL*: „...chci změnit oblast vztahů, chci děti zpátky. Je mi 35 let a chci s něma trávit čas a být s něma. To je to, co mě drží nad vodou.“). Tři účastnice chtějí změnit své tělesné zdraví (*př. 10DL*: „Sem už na konci chodila po ulici, jak tělo bez duše, jedla sem z popelnic. Vážila sem 36 kilo, herák mě úplně zničil. Tak sem si chtěla odpočnout, konečně se někde vyspat a taky dělat něco se zdravím. V té době sem měla problém s játrama, měla sem céčko.“). Dvě účastnice neuvádějí žádnou oblast, kterou by chtěly změnit. Jedna účastnice chce změnit svou životní úroveň. Na otázku, co je nyní důvodem k léčbě a abstinenci, uvedlo sedm účastnic svůj duševní a psychický stav, sedm účastnic svůj vysoký věk, téma rodiny a dětí se objevilo u šesti účastnic.

Z celkového počtu 20 mužů jich devět jako nejdůležitější oblast pro změnu uvádí duševní zdraví (*př. 3OL*: „Chtěl bych zlepšit svoji psychiku, být více odolný vůči stresu a tlaku okolí, ale nevěřím si, že něco takového dokážu nebo že se ještě vůbec změním.“). Sedm účastníků uvádí oblast vzta-

hů (zejména v rodině a v okolí), svou roli hraje u tří mužů jejich věk. Tři participanti uvádějí oblast práce, jeden klient životní úroveň. Jako prvotní impuls či důvod k léčbě uvádí dvanáct participantů nátlak okolí, tj. rodiny, partnerů, dětí (př. 1OL: „...kvůli mámě a rodině, navázal jsem s nima kontakt a nechci je znovu zklamat, dali mi ultimatum.“). Šest participantů nastoupilo do léčby v důsledku duševních obtíží, kdy již nemohli dál z psychického vyčerpání a pocitů beznaděje (př. 2DL: „Nemohl sem už dál, byl jsem tak na dně. Nedokázal jsem nic, buď jsem brečel, nebo sem byl agresivní. Věděl jsem, že jestli nenastoupím teď do léčby, tak se zabiju a bude konec“). Dva participanti neuvádějí na tuto otázku odpověď.

Motivace v právních záležitostech a tělesném zdraví se objevovala na posledních místech. Přesto mají klienti/ky v těchto oblastech problémy (opakovaný konflikt se zákonem, zdravotní komplikace, HCV, záněty žil).

Pokud porovnáme důvody pro abstinenci a léčbu v rámci typu léčby, tj. OL (muži + ženy) a DL (muži + ženy), docházíme k těmto výsledkům. Skupina v OL uvádí v patnácti případech jako důvod vztahu a nátlak z okolí, rodinu, partnery, děti; ve dvou případech životní úroveň a dvakrát nebyl uveden žádný důvod. Duševní zdraví bylo jmenováno jen jednou.

Skupina v DL uvádí jako motivaci ve třinácti případech duševní zdraví, ve třech případech vztahu, ve dvou případech životní úroveň a ve dvou případech tělesné zdraví. Nacházíme tedy v porovnání motivace s ohledem na typ léčby poměrně výrazné rozdíly.

## ● 6 / 4 Pohled terapeutů

Terapeuti popisují u žen i mužů tyto hlavní motivy k léčbě: rodina, děti, zdravotní stav, psychický stav aj. Dále se shodují, že ženské skupiny jsou více otevřené ve zpětných vazbách a jsou celkově více emocionální. Na ženských skupinách se často mluví o poruchách příjmu potravy, prožívání ženskosti atp. Ženy se také více otevírají v individuální terapii. Řeší se náročná témata typu týrání, zneužívání, znásilnění a jiná traumatizující témata, o kterých je náročné mluvit. Muži mají často poruchy osobnosti, nízkou frustrační toleranci, nízké sebehodnocení a sebevědomí, jsou netrpěliví, drží své emoce pod kontrolou. Muži často byli svědky násilí v rodině, kdy otec týral matku, a sami někdy připouštějí, že se chovali agresivně vůči svým partnerkám. Mužům se dle terapeutů špatně přijímá kritika na jejich osobu. Jsou však přitom více osobní. Mezi sebou si říkají často upřímnější zpětnou vazbu než ženy. Jsou oproti ženám vztahovnější. Muži mají vysokou míru agresivity, jsou obecně na agresi naladění rolově. Reagují na agresi agresí. Mají častěji zkušenost s vězením a šikanou. Ve věznici se učí zvládat situace jinak, ale nevěří novému způsobu. Ve skupině se hodně hlídají, mají mezi sebou velkou nedůvěru a otevírají se raději v individuálních hovorech. Lze též konstatovat, že

muži mají častěji opakované pokusy o léčbu oproti ženám, které mají menší zkušenost s léčbou.

Terapeuti v OL popsali tyto druhy motivů v léčbě: kalkulace k podmíněčnému propuštění, rodina, partneři, zdravotní a psychický stav aj. Děti jako motiv nebývají v popředí, často se s nimi participanti rozešli v útlém věku. Vztahy a rodina jsou pro klienty citlivé téma. Terapeuti popisují proměnu motivace v souvislosti s délkou léčby, v průběhu které dochází k znovunavázání vztahu s rodinou. Klienti v OL mají často málo vnitřních motivů pro abstinenci, tj. mají sami v sobě slabou vnitřní motivaci.

Terapeuti v DL se shodují, že prvotní motivací u jejich klientů je psychický stav, který je pro ně často neúnosný. Motivace se též mění v průběhu léčby. V nulté fázi, která je na motivaci specificky zaměřena, si přicházejí na vnitřní důvody ke změně, už nejde jen o důsledek vnějších okolností. Motivovanější klienti jsou z PL oproti těm, kteří přicházejí z detoxifikačních jednotek a vězení. Klienti mladšího věku jsou více ovlivněni rodinou. U starších hraje roli věk a s ním spojené zdraví. Typické pro obě skupiny klientů (jak z OL, tak z DL) jsou podobné zážitky z dětství, problémy ve vztazích, problémy s alkoholem či nefunkční primární rodina. Násilí v rodině na úrovni psychického týrání nebo přísných tělesných trestů se vyskytuje často.

Díky dřívější zkušenosti s léčbou (abstinencí) mají klienti a klientky větší schopnost sebereflexe, uvědomují si své životní hodnoty a problémy. Dále umí poskytnout druhým zpětnou vazbu. To se pozitivně projevuje i v nynější léčbě.

Ženy mají zkušenost s dřívější dobrovolnou léčbou, jako je psychiatrická léčebna nebo terapeutická komunita. Větší zkušenost s léčbou má skupina v DL, tj. osm participantek, v OL to jsou jen tři participantky. Celý soubor mužů v DL má zkušenost s léčbou, jako je psychiatrická léčebna, terapeutická komunita. Pouze dva muži ze souboru OL se léčili v psychiatrické léčebně.

## ● 7 DISKUZE

Klientky/ti, které/ří začínaly/i s návykovými látky ve vyšším věku, dokončily/i střední školu. Participanti/ky mají často pouze základní vzdělání (polovina souboru u skupiny DL muži, ženy, polovina vzorku u OL ženy, menšina souboru u OL muži). Pro srovnání, Mravčík (2009) uvádí, že klienti mají častěji základní vzdělání a že více klientů je mužského pohlaví. V porovnání se statistikou ve věznici Opava týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání u souboru žen od roku 1999–2009 absolvovalo ZŠ 156 žen (58,21 %), SOU 80 žen (29,85 %), SŠ 32 žen (11,94 %), VŠ 0 žen (0 %). Nejvyšší dosažené vzdělání od roku 2004–2009 u mužů: ZŠ: 58 (40,56 %), SOU 74 (51,75 %), SŠ: 7 (4,9 %), VŠ 3 (2,8 %). Walcker-Mayer (2007) uvádí, že ženy v léčbě jsou v průměru od 26 do 45 let, ze všech klientek má 30 % dokončené základní vzdělání. Polovina žen má odborné vzdělání, všechny ženy jsou nezaměstnané. I v našem vzorku žen byly všechny ženy



nezaměstnané. Všichni participanti byli testováni na hepatitidu typu C. Onemocnění prodělala polovina každého výzkumného souboru klientek, u klientů pouze polovina souboru u skupiny DL a jeden participant u skupiny OL. Ověření najdeme i v literatuře, kdy Šídová, Šťastná (2010) potvrzují častou diagnózu hepatitidy C u uživatelů návykových látek.

Ženy jako důvody k abstinenci uvádějí partnery, děti, rodinu. Tyto faktory mají na ně často dlouhodobější vliv než na muže. Více žen jak mužů má zkušenost s dobrovolnou léčbou. Tato zjištění potvrzuje Radimecký (2006), Nevšimal (2007), Kalina (2008a), Miovský (in Kalina, 2003b). Kalina (2008) konstatuje, že většina programů je vytvořena pro muže a dříve nepracovala s genderovými odlišnostmi. I přes maskulinní orientaci přinášejí léčebné programy ženám větší prospěch než mužům. Ženy vykazují signifikantně větší procento úspěšně dokončených léčeb než muži (Kalina 2008a). Halama, Klimas (2006) konstatují na základě kvalitativního výzkumu, že pozitivní změna klienta je facilitována třemi významnými skupinami faktorů: psychoterapií, vztahy a režimem zařízení. Vzhledem k prostředí věznic a účelovému jednání, které toto prostředí vyvolává, je velice pravděpodobné, že muži/ženy vnímají své okolí negativně a raději řeší své terapeutické kontrakty v individuální terapii. Týmal (2003) poukazuje na využití motivace na spirituální bázi, již lze zvolit u klientů, kteří jsou věřící. Okruhlica (2006) uvádí, že existují různá zjištění týkající se významu motivace pacienta při vstupu do léčby. Úspěšný efekt léčby je závislý na fázi změny pacienta, při které je motivovaný a připravený se léčit. Negativní výstupy léčby nemusí přímo souviset s nedostatečnou motivací pacienta. Salmon a Salmon (1983) zjistili v porovnávací studii, že facilitovala úspěšnost u starších a u dlouhodobě závislých, zaregistrovali i vliv procesu vyzrání. Muži častěji než ženy nastupují do léčby, déle se v ní udrží a častěji ji dokončí (což může souviset s tím, že u nich do léčby podstatně méně zasahují rodinné a partnerské vlivy), ale po léčbě se častěji vracejí k závislostnímu chování (DeLeon, 2004). Uvedené tvrzení potvrzujeme, kdy všichni muži z DL mají zkušenost s léčbou, ovšem ne všichni ji dokončili. Kalina (2008a) zmiňuje, že nacházíme u dospívajících a mladých dospělých v léčbě stále více rysů souvisejících s osobnostní zranitelností a nezvládnutými vývojovými úkoly adolescence, jako jsou poruchy identity, slabá identifikace s vlastním tělem a sexuální rolí, emoční závislost na původní rodině, osamělost a nízká schopnost obstát v jakýchkoli mezilidských vztazích, povrchní sociální adaptace a unikání do fantazií (Kalina, 2008a). Pro příklad Walcker-Mayer (2007) uvádí, že životy žen jsou určovány sociálními rolemi, kompetencí pro reprodukční aktivity, záležitostmi souvisejícími s udržením soudržnosti rodiny, zajištěním chodu domácnosti. Ženy jsou zatíženy zkušenostmi se závislostí, fyzickým násilím od partnerů. Vedle nedokončeného vzdělání a minimální

zkušenosti je právě toto velmi těžkou výchozí situací pro integraci do nového života. Po léčbě se znovu učí navazovat vztahy. Učí se a testují nové strategie zvládání zátěžových situací. U mužů právě v zátěžových situacích vyplouvá na povrch agresivní jednání, které fungovalo v minulosti. Okruhlica (2006) sděluje, že úspěch každého léčení spočívá v aktuálním postoji každého jedince k léčení samotnému. Záleží na samotné situaci klienta, na jeho psychické a fyzické stránce, zda chce sám dobrovolně něco změnit k lepšímu, nebo naopak nepociťuje potřebu daný stav věci změnit. A však Kosanke (2000) studoval motivační strukturu v léčbě a zjistil, že pouze vnitřní motivace má vztah k dokončení léčby. Prediktory zvyšující úspěch léčby jsou vývoj v rodině do 15 let věku, nynější věk nad 29 let a silná kladná motivace, které publikoval Csémy et al. (2004), pokud by toto platilo, měli/y by naši participanti/ky vysokou šanci na úspěch.

V roce 2008 byl realizován výzkum (Nešpor, Scheansová, Karbanová, 2008). Při srovnání s tímto výzkumem lze konstatovat, že struktura motivace OL, DL v porovnání s výzkumem se liší pouze ve vyšším počtu procent v jednotlivých oblastech, ne ve struktuře. Radimecký (2006) uvádí, že v důsledku stárnutí drogové populace to s sebou nese komplikaci se zdravotním stavem, horší sociální situací, kriminální kariéru, opakovaně absolvované léčby. Objevují se nové typy klientů, jako jsou klienti s opakovaným výkonem trestu, klienti s nařízenou léčbou, těhotné uživatelky, matky uživatelky. Diferenciální členění potvrzujeme, s těmito specifickými skupinami jsme pracovali. Porovnáme-li dále výsledky s údaji výzkumu, který proběhl v TK Karlov 2009, kde stimuly motivace klientek při vstupu do komunity byly většinou pasivní. Motivace je dána vnějšími sekundárními dopady abúzu návykových látek (Hanzal, in Preslová, 2009). Bereme v potaz, že se jednalo o TK Karlov, ženskou klientelu, ale i tak lze konstatovat, že motivace u našeho vzorku je dána vnějšími sekundárními dopady. Navíc se v našem výzkumném vzorku objevuje jako stimul motivace věk participantů, zhoršené duševní zdraví vlivem dřívějšího abúzu návykové látky, přičemž bereme v potaz jako Miovský (in Kalina, 2003b), který rozděluje počáteční stimuly motivace, kdy duševní a zdravotní problémy jsou pro zahájení léčby nejvýznamnější. Můžeme stejně jako oni 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.

Radimecký (2006) potvrzuje, že klienti do léčby nastupují pod tlakem okolností – vnějších faktorů, jako je tlak rodiny, zdravotní, finanční problémy, konflikty se zákonem –

než na základě vlastního uváženého rozhodnutí. Nevšimal (2007) považuje za důvody k léčbě vztahy, hrozbu nařízené ochranné léčby. Kalina (2008a) uvádí, že starší klienti jsou motivovanější než adolescentní, motivuje je vysoký věk. Miovský (in Kalina, 2003b) seřadil důvody k léčbě. Nejčastější důvody k léčbě jsou psychického a zdravotního rázu. Doležalová (2006) uskutečnila výzkum nad preferencí oblastí u uživatelů drog, výsledkem studie je upřednostňování zdraví, duševního zdraví, vztahů, spirituality nad oblastmi, jako je př. spravedlnost, krása, umění, politika. Nevšimal (2007) poukazuje na to, že dítě jako motivace k léčbě pro rodiče často samo o sobě nestačí. Stejně jako Kalina (2008a) zmiňuje, že motivace, jako je partnerský nebo vnější tlak rodiny, není postačujícím důvodem k setrvání v léčbě. Vondráčková (2008) publikovala článek, jenž verifikuje naše výsledky z výzkumu. Klienti v OL jsou k léčbě donuceni soudem a ne na základě vlastního rozhodnutí.

Preslová, Maxová (2009) upozorňují na neplánovanou, nechtěná těhotenství. Později otcové nacházejí k dítěti vztah, ale dítě je motivací k léčbě jen zřídka. Terapeuti OL i DL upozorňují na proměnlivost motivace a častou nemotivovanost klientů ve vězení. Jedno z vysvětlení může být následující. Trávníčková (2001) uvedla, že pro klienty s nařízenou ochrannou léčbou je nástup do TK komplikovanější z důvodů větší nedůvěry k institucím, zažitým stereotypům nebo minulé nepříjemné zkušenosti. Miovský (in Kalina, 2003b) uvedl, že za nejméně kvalitní vstupní motivaci lze považovat povinnou léčbu. Můžeme potvrdit, že klienti našeho výzkumu si uvědomili míru problémů a našli si důvody k abstinenci až v léčbě. NIDA (2002) tvrdí, že lepší výsledky jsou spojené s léčbou, která trvá déle než 90 dnů. Trvalé snižování trestné činnosti a zneužívání drog souvisí s délkou léčby.

## ● 8 ZÁVĚR

V celkovém skóru motivačního dotazníku jsme nenalezli mezi pohlavími statisticky významný rozdíl. Kvantitativní

rozdíl mezi pohlavími se neprojevil ani na žádné ze subškál. Struktura motivace u mužů a žen se kvalitativně na základě polostrukturovaných rozhovorů a časových os též v mnoha ohledech shoduje. Statistický a kvalitativní rozdíl však nacházíme ve struktuře motivace a důvodech pro abstinenci u nařízené ochranné léčby ve srovnání s léčbou dobrovolnou. V nařízené ochranné léčbě mezi motivy a incentivy dominují vztahy k rodině a dětem. U dobrovolné léčby duševní zdraví a psychický stav. Terapeuti verifikovali námi zjištěné výsledky. Při práci s každým klientem v jakémkoliv typu léčby je vždy důležité brát v potaz jeho individuální podstatu a motivaci pro abstinenci. Takto navázaná spolupráce se může dále rozvíjet a motivace se může měnit pozitivním směrem, kdy si klient začne hledat své vnitřní důvody pro trvalou abstinenci.

### **Role autorů:**

*Eva Maierová a Miroslav Charvát navrhli design studie. Miroslav Charvát provedl statistické analýzy a podílel se na interpretaci dat a přípravě manuskriptu. Eva Maierová navrhla počáteční podobu rukopisu. Miroslav Charvát rukopis korigoval a odborně upravoval. Oba autoři přispěli ke vzniku článku a schválili konečnou podobu manuskriptu.*

### **The role of the authors:**

*Eva Maierová and Miroslav Charvát conceived and designed the study. Miroslav Charvát carried out the statistical analyses and was involved in the interpretation of the data and the preparation of the manuscript. Eva Maierová drew up the initial version of the manuscript. Miroslav Charvát reviewed the manuscript and provided some expert input. Both authors participated in the writing of the article and endorse the final version of the manuscript.*

## LITERATURA / REFERENCES

- Buehringer, G. & Platt, J. J. (Eds) (1992). *Drug addiction treatment research. German and American Perspectives*. Malabar, Florida: Krieger.Csémy, L., Kubička, L. & Dvořák, V. (2004). Retence ve specializovaném programu pro léčbu závislosti u žen. Srovnání žen závislých na alkoholu se ženami závislými na nelegálních drogách. *Adiktologie*, 1, 13–19.
- DeLeon, G. (2004). Therapeutic communities: Research-practice reciprocity. In: Salas, L. E. (Ed.), *Desafíos avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Madrid: Proyecto Hombre, p. 112–127.
- Doležalová, P. (2006). Kvalita života drogově závislých v terapeutických komunitách. *Adiktologie*, 1, 13–25.
- Galanter, M. & Kleber, H. D. (1994). *Textbook of substance abuse treatment*. Washington: The American Psychiatric Press.
- Hanzal, P. (2009). Po porodu neberu. In: Preslová, I., Maxová, V. et al. (2009). *Ženy & Drogy*. Sborník odborné konference. Praha: Sananim.
- Halama, P. & Klimas, J. (2006). Nápomocné faktory zmeny závislých klientov v procese resocializácie. *Adiktologie*, 3, 367–373.
- 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. (2003b). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kosanke, N. (2000). Motivation types in substance abuse treatment: Predicting retention. *Dissertation Abstracts International*, 61 (4).
- 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.

- Maierová, E. (2010). Motivace uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě. *Adiktologie*, (10)4, 236–245.
- Matejovská, I. (2007). Násile v partnerských vztazích závislých žen. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 42, 25–36.
- 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., Miovská, L. & Gajdošíková, H. (2004). Etické aspekty terénního výzkumu s uživateli nelegálních drog. *Biograf*, 35, 33–52.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Mravčík, V. et al. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. NMS/ Úřad vlády České republiky.
- Nakonečný, M. (2003). *Úvod do psychologie*. Český Těšín: Academia.
- NIDA. (2002). *Principles of drug addiction treatment – A Research-based guide*. NIH Publication No. 00-4180. Washington D. C. Dostupné z <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html>. Citováno dne 29. 9. 2009 22:40. Datum poslední aktualizace 24. 4. 2009.
- 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.
- Nevšímal, P. & Frouzová, M. (2007). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II – česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o. p. s. Magdaléna.
- Okruhlica, L. (2006). (Ne)doporučovanie liečby pri diagnóze závislosti. *Adiktologie*, (6), 3, 379–386.
- 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, s. 43–52.
- Rotgers, F. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- Salmon, R. W. & Salmon R. J. (1983). The role of coercion in rehabilitation of drug abusers. *Int. J. addict.*, 18, 19–21.
- Šídová, M. & Štastná, L. (2010). Kvalita života v léčbě hepatitidy C uživatelů nelegálních návykových látek v nestátním zdravotnickém zařízení REMEDIS. *Adiktologie*, 10(2), 118–128.
- Trávníčková, I. (2001). *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha: KUFR.
- Týmal, M. (2003). O možnosti motivace klienta na spirituální rovině v rámci bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. *Adiktologie* (3), 2. Sdružení SCAN: Tišnov. 109–113.
- UNODC. (2004). *Substance Abuse treatment and care for women: Case studies and lesson learned*. United Nation Office on Drugs and Crime- Drug Abuse Toolkit Serie. Dostupné z [http://www.unodc.org/docs/treatment/Case\\_Studies\\_E.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/Case_Studies_E.pdf). Citováno dne 30. 9. 2009 17:30. Datum poslední aktualizace 24. 11. 2005.
- Vobořil, J. (2003). 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. (2008). Charakteristika uživatelů psychoaktivních látek s nařízenou ústavní léčbou. *Adiktologie*, (8)4, 286–299.
- Walcker-Mayer, C. (2007). Genderové rozdíly u žen v drogových službách. *Adiktologie*, (7)3, 392–397.

## OPATROVNICTVÍ OSOB S DUŠEVNÍ PORUCHOU

## KNIHY



### **Juričková Lubica, Ivanová Kateřina, Filka Jaroslav**

Problematika opatrovnictví dospělých osob se stává důležitým předmětem zájmu společnosti u nás i ve světě. Zvýšený zájem o tuto problematiku je způsoben vzrůstajícím počtem osob ve věku nad 18 let, které soudy zbavily způsobilosti k právním úkonům nebo je omezily ve způsobilosti k právním úkonům z důvodu duševní poruchy. Opatrované osoby jsou specifickou skupinou obyvatelstva vyznačující se tím, že za ně rozhodují jejich opatrovníci. Výkonu opatrovnictví a péči o opatrované osoby nebyla v České republice dosud věnována systematická pozornost. Autoři se proto v knize zaměřují na realizaci opatrovnictví dospělých osob v praxi a uvádějí trendy pro budoucí vývoj opatrovnictví v ČR. Záměrem knihy je přispět ke zlepšení kvality zdravotně sociální péče o dospělé osoby s duševní poruchou.

Grada Publishing, a.s., 14×21 cm, 160 stran, ISBN 978-80-247-4786-6. Katalog. č.: 4071

Publikaci si můžete objednat na stránkách [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz) (časopis Adiktologie, online objednávka).

**Redakce časopisu Adiktologie, Klinika adiktologie, 1. LF UK v Praze,  
Apolinářská 4, 128 00 Praha 2 / e-mail: [journal@adiktologie.cz](mailto:journal@adiktologie.cz) / [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz)**