

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1.LF UK a VFN



# **Doprovodné motivační techniky v práci s klienty kontaktních center**

**Bakalářská práce**

Autorka práce: Kateřina Sklenářová Francová

Vedoucí práce: PhDr. Josef Radimecký Ph.D., MSc.

Oponent práce: Mgr. Barbara Janíková

Datum předložení: 8.8. 2008

Praha

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Josefu Radimeckému Ph.D., MSc. za odborné vedení bakalářské práce, Mgr. Barbaře Janíkové za oponenturu a svému muži zejména za hřejivou podporu.

**Prohlášení**

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

V Praze 8. srpna 2008

.....

(Podpis předkladatele práce)

**Název práce v češtině:**

Doprovodné motivační techniky v práci s klienty kontaktních center

**Abstrakt:**

Neustálý pohyb a změny ve vývoji drogové scény nás nutí hledat stále nové metody práce se závislými lidmi a lidmi postiženými závislostí obecně a neustále přehodnocovat ty dosavadní.

K zamyšlení nad motivační prací s klienty služeb terciární prevence vedly autorku zkušenosti z přímé práce s nimi. Někdy je totiž možné pozorovat, že ne všechny intervence mohou vést ke kýženému výsledku, ale spíše k jakési stagnaci klienta v určité fázi jeho životního procesu. V nemalém procentu případů je vnímání této stagnace pravděpodobně způsobeno spíše neadekvátními představami pracovníka o klientově změně, než akceptací koncepce Harm Reduction, podle níž je již samotné zachycení klienta v síti služeb vnímáno jako pozitivní.

Jak je to ale v případech, kdy jak z pozice pracovníka, tak samotného klienta dříve živý proces nastartované změny rizikového chování ustrnul?

Autorka práce vnímá potřebu zjistit, zda je možné nabídnout takovým klientům a pracovníkům možnost další realizace a to při současném zachování principu nízkoprahovosti, který je základním kamenem konceptů Harm Reduction a Public Health.

**Klíčová slova:**

kontaktní centrum – problémový uživatel – stagnace – motivace – změna

**Název práce v angličtině:**

Complementary motivation techniques in work with clients of low-threshold centre

**Abstract:**

The continuous movement and changes in progress of drug scene demands us to explore new ways in work with addicted people and people who are affected by dependence and revalue the current options all the time.

Author's experiences led her to think about work with motivation of low - threshold centres clients. Sometimes is possible to observe that not all interventions can reach the goal but some it can produce client's stagnation.

The reason why we often feel the stagnation can be rather effected by no adequate projections about client's change, than by acceptance of Harm Reduction concept. This concept says just client's fixation in service's network is the positive step.

The author wants find out if is possible to offer to professionals and their clients some new ways of motivation techniques.

**Keywords:**

Low-threshold centre – problem user – standstill – motivation – change

## Obsah

Úvod .....	8
<b>1. Kontaktní centra v ČR .....</b>	<b>9</b>
1.1. Vývoj nízkoprahových kontaktních center v ČR.....	9
1.2. Typová charakteristika nízkoprahových kontaktních center .....	9
1.3. Klienti kontaktních center .....	10
1.4. Poskytované služby .....	10
<b>2. Problémový uživatel drog jako klient kontaktního centra .....</b>	<b>12</b>
2.1. Problémové užívání drog (PUD).....	12
2.2. Nitrožilní/problémový uživatel drog .....	12
<b>3. Harm Reduction.....</b>	<b>12</b>
3.1. Princip Public Health .....	13
3.2. Historie HR .....	14
3.3. Základní principy strategie HR.....	14
<b>4. Motivační rozhovory jako soudobá metoda práce s klienty KC .....</b>	<b>16</b>
4.1. Motivační rozhovory jako výchozí bod pro DMT .....	16
4.2. Charakteristiky jednotlivých fází cyklu změny (Miller a Rollnick, 2003) .....	17
<b>5. Teoretické východisko při tvorbě doprovodných motivačních technik (DMT) .....</b>	<b>19</b>
<b>6. Motivační faktory .....</b>	<b>22</b>
6.1. Vztah jako nositel změny .....	22
6.2. Terapeutické spojenectví.....	23
<b>7. Druhy přístupu ve vztahu pracovník klient .....</b>	<b>24</b>
<b>8. Teoretická východiska výzkumu.....</b>	<b>25</b>
8.1. Kvalitativní výzkum .....	25
8.2. Cíle výzkumu a výzkumné otázky:.....	27
8.3. Metodologie.....	28
<b>9. Analýza specifických potřeb dlouhodobých klientů KC .....</b>	<b>31</b>
9.1. Klient nízkoprahového programu z pohledu pracovníka .....	31
9.2. Pojem „kvalitní klientská práce“ .....	31
9.3. Fenomén dlouhodobého klienta .....	32
9.4. Odhad počtu dlouhodobých klientů KC .....	34
9.5. Rizikové prvky v práci s dlouhodobými klienty KC.....	34
9.6. Faktor změny.....	35
9.7. Rozmanitost v pojetí práce .....	38
9.8. Popis sezení s klienty .....	40
9.9. Zadání D.....	42
<b>10. Diskuze a závěr.....</b>	<b>44</b>
<b>11. Odborná literatura: .....</b>	<b>47</b>
<b>12. Přílohy: .....</b>	<b>49</b>
Příloha číslo 1.....	49
Příloha číslo 2.....	50

*Motto: „Jakákoli závislost je špatná, ať už je drogou alkohol, morfin nebo idealismus.“ C. G. Jung*

## Úvod

Tato práce pojednává o vhodnosti implementace metod práce s klienty, které se dosud využívají především v návazných programech systému léčebné péče, do oblasti terciární prevence. Pro potřeby této práce jsou techniky souhrnně nazývány doprovodné motivační techniky (DMT). Kasuistiky popisující jednak konkrétní práci s klienty, tak samotné techniky jsou uvedeny v kapitole 9. Analýza specifických potřeb dlouhodobých klientů kontaktních center (KC).

Náročným úkolem bylo tyto metody práce modifikovat a přizpůsobit je všem zásadám práce v nízkoprahových kontaktních centrech, tedy především principu harm reduction při současném zachování smyslu těchto činností a jejich cílů. Výstupy z konkrétní práce s klienty jsou podrobně rozepsány v kapitole 9.8.4. Průběh sezení.

Hrdina (2003) uvádí, že principy Harm Reduction a Public Health umožňují akceptovat klientovo rozhodnutí neabstinovat, ale zároveň jej podporovat a motivovat ke změně rizikového chování. Vychází při tom z klientových potřeb, dává klientům a dalším konzumentům služeb možnost podílet se na jejich tvorbě a možnost rozhodnout jak, kdy a kde mají být léčeni.

Z toho vyplývají potřeby individuálního a akceptujícího přístupu ke klientovi a nutnost pružně reagovat na vývoj drogové scény, který je úzce spojen s měnícími se potřebami klientů.

Z vlastní zkušenosti pracovníka kontaktního centra vnímá autorka dlouhodobé, stagnující a těžce motivovatelné klienty jako jedny z nejsložitějších klientů a zamýšlí se nad možnými způsoby práce s nimi.

Pro podání co nejuvěrnější zprávy o výstupech z doprovodné motivační práce s klienty nízkoprahových zařízení byl zvolen malý výzkumný projekt. O metodice a o teoretických východiscích tohoto výzkumu pojednává kapitola 8. Teoretická východiska výzkumu.

V poslední části práce, která se zabývá interpretací dat sebraných během rozhovorů s pracovníky a klienty kontaktních center je možno nalézt doslovné citace respondentů, které jsou v textu uváděny kurzívou. Pro identifikaci souboru, z kterého výpovědi pochází byly u pracovníků použity jejich jmenné iniciály a u klientů pořadová čísla.



## 1. Kontaktní centra v ČR

### 1.1. Vývoj nízkoprahových kontaktních center v ČR

Před rokem 1989 existovala v tehdejším Československu síť tzv. AT ordinací (pro alkoholismus a jiné toxikomanie), psychiatrická lůžková zařízení, specializované protialkoholní léčebny, záchytné stanice. Po roce 1989 však řada AT ordinací zanikla. Systém léčebné péče se však začal postupně rozšiřovat o nestátní a nezdravotnická zařízení, která reagovala především na nové trendy v oblasti užívání návykových látek (Libra, 2003).

Hledala se podoba „dveří“ do systému pomoci, otevřených dveří s nízkým prahem, kterými lze vstoupit do programů vedoucích k léčbě, ale i k včasnému varování a snížení rizika důsledků návykového scénáře. Devadesátá léta znamenala období nárůstu obdobných zařízení (Libra, 2003, p 165).

Těmi se stala nízkoprahová kontaktní a poradenská centra, jejichž podobu upravují Standardy odborné způsobilosti vydané Úřadem vlády ČR v r. 2003.

### 1.2. Typová charakteristika nízkoprahových kontaktních center

(Libra, 2003):

- Kontaktní centra jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě. Kudrle a Kalina (2001) uvádějí, že mají být zaměřena na uživatele, kteří akceptují pouze nízkoprahové terapeutické a pomocné aktivity.
- Abstinence není podmínkou spolupráce klienta se zařízením. Důležitým principem práce je respektování volby klienta“ ať se rozhodne pro abstinenci nebo pro život s drogou, vždy je možné mu nabídnout terapeutickou intervenci, formu odborné péče a pomoci.
- Klientům je umožněn anonymní kontakt, čímž dochází k odbourání stigmatizace z návštěvy odborné instituce, dochází k navazování kontaktu a budování důvěry mezi klientem a pracovníkem. Nabízené služby reflektují poptávku klientely centra a mění se v souvislosti se změnami a tendencemi na drogové scéně. Z důvodů sledování statistik a pro možnost vykazování anonymních dat byl vytvořen systém kódování klientů, který odpovídá kritériím Úřadu pro ochranu osobních údajů.

### 1.3. Klienti kontaktních center

Cílovou skupinou kontaktního centra jsou osoby zasažené či ohrožené drogovou závislostí. Konkrétně jde o uživatele drog nealkoholového typu nebo uživatele drog nealkoholového typu v kombinaci s alkoholem. Dále sem patří rodinní příslušníci, partneři a jiné blízké osoby užívajících návykové látky a osoby jim blízké (Libra, 2003).

Pro potřeby této práce je pod pojmem klienti nízkoprahového kontaktního centra míněna skupina tzv. problémových uživatelů drog (podrobněji viz kapitola 2.1.).

### 1.4. Poskytované služby

Na základě dlouhodobého mapování potřeb klientů nízkoprahových KC se podle Kudrleho a Kaliny (2001) v nabídce těchto zařízení ustálily následující formy a obsah práce:

- všechny prvky včasné intervence, kdy pracovníci usilují o včasný zásah do vývoje možné drogové kariéry- tedy prvky z primární prevence, ale také včasná intervence odklánějící škodlivé následky u těch, kteří již drogu užívají pravidelně,
- lékařské poradenství,
- práce s motivací ke strukturované terapii,
- účelné vedení klienta a průběžné sledování postupu v léčbě

Obecně se do nabídky služeb kontaktních center zahrnuje:

- *kontaktní práce* tj. nakontaktování klienta, vytvoření vzájemné důvěry a zjištění klientových základních problémů a potřeb
- *výměnný program* V průběhu výměny injekčního materiálu vzniká prostor, ve kterém je možné, doporučené a důležité s klientem komunikovat o jeho způsobu užívání drog včetně skladování použitého injekčního materiálu, hygienických náležitostí apod. I když je čas tohoto setkání krátký, informace, které při něm předáváme, jsou základem práce v oblasti HR (Semiramis, 2008).

- *základní zdravotní péče/poradenství* jako je např. prevence vzniku zdravotních poškození (včetně psychického zdraví) souvisejících s rizikovou aplikací drog (nitrožilní aplikace, šňupání, kouření drog apod.). Jedná se zejména o aplikace v blízkosti tepen a do jiných rizikových míst, abscesy, flegmónu, otravy, kornatění žilního systému, ucpávání žil, selhání funkce jater apod. Zprostředkování kontaktu a odkazování na ostatní odborníky z oboru zdravotnictví. Poučení o rizicích a prvních příznacích, způsoby přenosu infekčních chorob, převážně hepatitidy typu A, B, C či HIV (Semiramis, 2008).
- *základní poradenství* vychází z individuálních potřeb a možností klienta, zaměřují se na podporu jeho aktivity a rozvoj vlastních schopností vzniklé situace řešit. Tento typ poradenství může probíhat v individuální nebo také ve skupinové formě. Zpravidla se odehrává v kontaktní místnosti. Motivace k svépomocnému řešení klientovy nepříznivé zdravotní nebo sociální situace, zvyšování kompetencí klienta. Podpora klienta k samostatnosti. Napomáhání k vytváření vhodných zdravotních nebo sociálních návyků klienta jako předpokladu pro zahájení pokusů o dosažení abstinence a jejího udržení po ukončení léčebného procesu (Semiramis, 2008).
- *strukturované poradenství a motivační trénink* pomáhá klientům získat, udržet či posílit motivaci k dalšímu postupu v léčbě a to směrem k abstinenci. Často je to pojímáno jako „vyšší stupeň“ služeb KC, při němž klient vystupuje z anonymity a ze společenství na kontaktní místnosti a vstupuje do poradenského či terapeutického vztahu (Sananim, 2002).
- *sociální práce*- přispívá k obnovení nebo alespoň udržení sociálního fungování klienta. Jedná se zejména o pomoc při hledání zaměstnání, ubytování či vyřizování dokladů a sociální práci při kontaktu s rodinou, úřady, soudy, policií a probační službou.

- *doplňkové služby* – jako je hygienický, potravinový či vitaminový servis, které spolu se základní zdravotní péčí zajišťují podmínky potřebné k přežití (Sananim, 2002).

## **2. Problémový uživatel drog jako klient kontaktního centra**

### **2.1. Problémové užívání drog (PUD)**

Jako PUD je definováno injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátových a/nebo kokainových a/nebo amfetaminových drog (EMCDDA, 2006). V ČR se pod pojem PUD zahrnují i výše uvedené vzorce užívání metamfetaminu – pervitinu (Mravčík a kol., 2007).

### **2.2. Nitrožilní/problémový uživatel drog**

Problémový uživatel drog si aplikuje drogy nitrožilním způsobem, který není ojedinělý. Jedná se o nejrizikovější způsob aplikace drogy, jak uvádí Mravčík (2007), takoví uživatelé tvoří v ČR z celkového počtu uživatelů drog velmi početnou skupinu osob, pro které jsou nutné specifické metody práce (HR, distribuce HR materiálu). Klient z této cílové skupiny je často po neúspěšném absolvování několika různých typů léčby, s nezájmem o abstinenci, má špatné či neexistující vztahy s rodinou apod. Často se u něj vyskytují zdravotní obtíže plynoucí z užívání drog a souvisejícího životního stylu (Semiramis, 2008).

## **3. Harm Reduction**

Základní přístup poskytování služeb v kontaktním centru vychází ze strategie Harm Reduction (HR). HR vychází z přesvědčení, že většina destruktivních důsledků a přetrvávajících problémů zneužívání nelegálních drog není jen výsledkem účinku drog jako inertních substancí, ale ve velké míře právě způsobu zacházení s nimi (Koncepte Semiramis o.s.).

Hrdina (in Kalina, 2003) argumentuje, že základní charakteristikou tohoto pohledu na drogovou závislost je pragmatičnost. Místo toho, aby usiloval o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, které je podle historické zkušenosti na

globální úrovni neodstranitelné, snaží se s nimi pracovat tak, aby negativní důsledky takového chování byly co nejmenší.

Zkušenost, že užívání návykových látek je s lidskou kulturou pevně spjata se odráží i v citátu francouzského myslitele z počátku 17. století Blaire Pascala „Popis člověka: závislost, touha po nezávislosti, potřeba.“ (Hines, 2004, p. 15)

### 3.1. Princip Public Health

Strategie HR vychází ze systémového modelu veřejného zdraví (Public Health Model), který vnímá fenomén užívání drog kromě jiného také jako ohrožení veřejného zdraví. Příčiny užívání drog pak spatřuje nejen v individuálně-psychologických nebo morálních faktorech, ale i v rozsáhlejších sociálních problémech (Koncepte Semiramis o.s.).

To může být jednou z příčin toho, že HR sice ve své podstatě motivuje ke změně rizikového chování směrem k méně rizikovému s uplatněním individuálního přístupu ke klientovi, ten však v některých případech nemusí být v souladu s představou společnosti o chování jedinců.

Hrdina (2003) tvrdí, že zájmy klienta a zájmy společnosti se mohou lišit a je třeba neustále hledat mezi nimi rovnováhu a zdůrazňovat společný jmenovatel ochrany zdraví. Služby vycházející z principů Public Health nabízejí nejen bezprostřední zdravotnickou pomoc, ale také informace a vzdělávání uživatelů drog. Vycházejí z předpokladu, že informovaní klienti mohou na základě svých znalostí sami rozhodnout, co je pro ně nejlepší.

Princip HR znamená regulaci či snížení důsledků a rizik, které vyplývají ze zneužívání nelegálních drog. Obecným a hlavním cílem u tohoto principu nezbytně *není totální abstinence*. HR se jeví pro uživatele drog, kteří nechtějí přistoupit na pravidla totální abstinence, jako jediný možný, fungující a akceptovatelný způsob intervence. To vše v kontextu situace, kdy předpokládáme, že drogový problém nepopíráme a je nutné ho jakýmkoliv způsobem řešit, reagovat na něj a snažit se regulovat negativní dopady zneužívání drog – jak na širokou veřejnost, tak na jedince samotného.

Prostřednictvím přístupu HR se tedy snažíme regulovat, minimalizovat, omezit, či zmírnit riziko přenosu život a zdraví ohrožujících infekčních chorob (HIV,

VHB, VHC apod.), které se šíří injekční aplikací drog a nevhodným sexuálním chováním. Tento přístup je realizován zejména: výměnou, sběrem a správnou likvidací použitého injekčního materiálu, distribucí HR materiálu (dezinfekce, vody, filtry, kyselina askorbová, masti apod.) a šířením osvětových informací. To vše je uskutečňováno ve formě individuální intervence zaměřené na klienta/uživatele drog ( Semiramis o.s.).

### **3.2. Historie HR**

Harm Reduction, tak jak je tento pojem chápán ve vztahu k užívání drog, je mezinárodní trend, který vznikl jako odpověď na vysoký nárůst HIV/AIDS v osmdesátých letech minulého století. Prvními evropskými zeměmi, které začaly model HR praktikovat byly Nizozemí (výměnné programy) a Velká Británie (substituce a preskripce návykových látek lékaři). Od konce 90. let je strategie HR uváděna jako jeden ze 4 pilířů evropské drogové politiky (Hrdina, 2003)..

Z těchto historických okolností vzniku HR si můžeme vzít zkušenost, že je třeba pružně reagovat na nové potřeby, neustále se vyvíjet, zkoušet nové trendy a reagovat na nové potřeby klientů. Nová doba také vytváří tlak na neustále přehodnocování cílů podle aktuálních potřeb a to například zařazením nových technik, které nám pomohou dosáhnout vytyčeného cíle. V tomto případě je cílem HR jakákoliv pozitivní změna vedoucí ke zmírnění možných poškození plynoucích z užívání škod.

### **3.3. Základní principy strategie HR**

#### **I. Harm Reduction je alternativou k tradičním a jednostranným modelům užívání drog a závislosti.**

Harm reduction má své filozofické kořeny v pragmatismu veřejného zdraví a nabízí alternativu jak k morálnímu modelu užívání drog (což je myšlenkový proud, který vidí člověka užívajícího drogy jako morálně zkaženého a slabého) a k tradičnímu modelu závislosti jako nemoci, tak k adaptivnímu modelu (závislost je zde vnímána jako kompenzační mechanismus ke specifickým adaptivním selháním v období dospívání). Vedle jejich zužujících přístupů (převýchova, důsledná abstinence, analýza a „odstranění“ příčin) nabízí širokou

paletu nástrojů a postupů, jak snížit škodlivé konsekvence závislého chování (Hrdina, 2003)..

## **II. Harm Reduction považuje abstinenci za ideální výsledek, ale akceptuje také alternativy, které pracují s neabstinujícím klientem.**

Vzhledem k tomu, že u většiny klientů není možné zcela odstranit riziko poškození z užívání drog, pokouší se jej snížit a to dvěma způsoby: jednak zachovává zdravotní stav, jednak předává informace a motivuje klienty k tomu, aby byli zodpovědní za své chování a postupně je měnili k méně rizikovému (Hrdina, 2003).

## **III. Harm Reduction uplatňuje nízkoprahový přístup**

Princip Harm Reduction zaručuje nízkoprahový přístup, jenž se zakládá na následujících bodech:

- Všechny služby se poskytují bezplatně, tak aby na ně kdokoli dosáhl.
- Využívání služeb je anonymní, klienti jsou vedeni pod kódem.
- Při možnosti využití služeb se nerozlišuje náležitost k určité sociální, etnické či rasové příslušnosti, věku, pohlaví či vyznání.

Hrdina (2003) uvádí, že nízkoprahové programy pravidelně vtahují klienty, uživatele nelegálních drog do spolupráce na programech a aktivitách, jež se jim snaží pomáhat. Harm Reduction počítá s prostředím, ve kterém se uživatel drog pohybuje. Jen tak mohou být zvolené intervence účinné.

V praxi to znamená, že nízkoprahové služby pracují s klientem tam, kde právě je, v tom stavu v jakém je a za podmínek na nichž se s ním dohodnou podle jeho potřeb.

Kalina (2003) píše, že odpůrci HR považují tuto koncepci za jedno z kontroverzních témat vyváženého přístupu drogové politiky a prohlašují, že přístup snižování škod ve skutečnosti škody sám působí („harm reduction is harm production“). Argumentují tím, že HR je uznáním drog, přitakáním drogám a otevíráním dveří pro jejich legalizaci.

Toto ničím nepodložené tvrzení ale řada zahraničních výzkumů vyvrací (např. Hunt a kol., 2003).

## **4. Motivační rozhovory jako soudobá metoda práce s klienty KC**

### **4.1. Motivační rozhovory jako výchozí bod pro DMT**

Motivační rozhovory se jako metoda práce s klienty používají v České republice od roku 1999 kdy Thomas Larkin a John Lundberg ve spolupráci s organizacemi DOM a Společnost Hvězda jako první v republice vyškolili několik skupin českých terénních a kontaktních pracovníků ve využívání těchto technik (Miller & Rollnick, 2003).

Miller & Rollnick (2003) uvádějí, že motivační rozhovory zahrnují mnohé vhledy a postupy popsané Carlem Rogersem, ale v mnoha ohledech se od klasického „rogeriánského“ přístupu liší; a právě tak se odlišují od jiných nedirektivních (např. existenciálních) přístupů. Přestože správný popis motivačního rozhovoru by uvedl, že je orientovaný na klienta, je přesto dosti direktivní. Terapeut má, což je typické, jasný cíl (např. změnit míru pití u klienta a tím zmenšit jeho problém spojený s alkoholem) a prosazuje kroky, které k tomuto cíli vedou. Terapeut ze své pozice radí a dává zpětnou vazbu. Empatická reflexe se používá výběrově tak, aby posílila jisté momenty a odvrátila pozornost od jiných. A co více, poradce často spíše aktivně pracuje na tom, aby vytvořil pocit nespokojenosti a rozporů, než aby pasivně následoval, co klient přinese“

Při doprovodných motivačních technikách (DMT) vychází autorka z myšlenky motivačních rozhovorů (MR), ale v procesu práce s klientem bylo nutné se od tohoto stylu odklonit. K prolínání doprovodných motivačních technik a motivačních rozhovorů tedy dochází především na rovině výchozí, základní myšlenky a konečného cíle. Proto se jeví jako důležité zde popsat a uvést jejich základní principy.

Motivace klienta je jedním z faktorů, které rozhodují o úspěchu či neúspěchu terapie. Motivační rozhovor je přístup, vytvořený Millerem a Rollnickem, pro zvýšení motivace klientů závislých na alkoholu či drogách. Jde o nekonfrontační způsob vedení rozhovoru s klientem, směřující k tomu, aby byla co největší pravděpodobnost, že mezi terapeutem a klientem nedojde k neshodě a že klient sám začne uvádět argumenty ve prospěch dosažení změny stávajícího stavu. Autoři vycházejí z cyklického modelu procesu změny a popisují zásady



terapeutického rozhovoru s klientem, který je ve fázi prekontemplace a kontemplace (zvažování). Upozorňují, že ambivalence vůči změně je normální součástí procesu změny a že ji lze účinně využít (Možný, 2006).

Miller a Rollnick (2003, p. 46) definují motivaci jako „stav odhodlání dosáhnout určité změny, určitého cíle“. Tento stav není trvalý, ale mění se časem i v závislosti na situaci. Míru motivace lze hodnotit na základě chování, tj. na základě toho, kolik úsilí a času věnuje jedinec tomu, aby dosáhl „určité změny, určitého cíle“.

Miller a Rollnick (2003) vyšli z „cyklického modelu změny“ (Prochaska a DiClemente, 1982), který rozlišuje v procesu změny šest fází. Podle tohoto modelu klient postupně prochází jednotlivými fázemi, ale opakovaně se může vrátit na počátek procesu, takže jde o cyklus, který se může několikrát opakovat, než pacient svůj problém úspěšně vyřeší.

## **4.2. Charakteristiky jednotlivých fází cyklu změny (Miller a Rollnick, 2003)**

### **I. Prekontemplace**

V této fázi si klient ještě žádný konkrétní problém neuvědomuje, může však cítit nejasnou a vágní nespokojenost se svým současným stavem. Jeho motivace ke změně stávajícího stavu je nulová nebo jen velmi nízká. Daleko více cítí jeho problém jiní lidé: rodiče, partneři, spolupracovníci, kteří začnou po klientovi žádat, aby „se sebou začal něco dělat“, a na základě jejich tlaku se může tento klient objevit na terapii.

Cílem práce odborníka v této fázi je přivést klienta do další fáze procesu změny, kterou je:

### **II. Kontemplace (zvažování)**

V této fázi si klient uvědomuje, že má v životě určitý problém, a zvažuje, zda se má snažit o dosažení změny nebo ne. Pro tuto fázi je typický postoj ambivalence klienta vůči terapii. Klient si na jedné straně přeje současnou situaci změnit, na druhé straně se mu do toho nechce, jednak proto, že mu současný stav přináší zjevná pozitiva, např. pocit uspokojení ze snížení váhy

nebo uvolnění ve společnosti přátel v hospodě a zapomenutí na každodenní starosti, jednak se změny zcela přirozeně obává, nechce se vystavovat nepříjemným pocitům úzkosti, případně neví, co má dělat, aby svůj současný problém vyřešil.

Motivace je v této fázi kolísavá a úkolem terapeuta je přispět k jejímu zvýšení. V případě úspěchu postupuje klient do následující fáze:

### **III. Rozhodnutí (příprava)**

Motivace klienta v této fázi je vysoká a úkolem terapeuta je pomoci klientovi vytvořit reálný plán dosažení žádoucí změny a navrhnout mu účinné metody, jak této změny dosáhnout. V rámci terapie jde v této fázi o vyšetření, stanovení diagnózy, formulaci problémů a cílů a volbu terapeutických metod k jejich dosažení. Další fází je:

### **IV. Akce**

Klient systematicky pracuje na dosažení změny, pro kterou se rozhodl. Pokud se mu daří, jeho motivace zůstává vysoká. Pokud se setkává s neúspěchy, jeho motivace může klesnout.

Úkolem terapeuta je proto uplatnit terapeutické metody tak, aby bylo riziko neúspěchu minimální, poskytovat klientovi informace, podporu, zpětnou vazbu, být mu příkladem a oceňovat jeho úspěchy.

### **V. Udržování**

Klient se snaží udržet dosaženou změnu a předejít relapsu. Motivace klienta může v této fázi opět klesnout, proto je úkolem terapeuta před ukončením terapie vypracovat s klientem plán na předcházení relapsu, předvídat rizikové situace a období a nabídnout klientovi podporu a pomoc i v období po ukončení vlastní terapie.

### **IV. Relaps**

Někdy se klientovi podaří problém trvale vyřešit a další pomoc terapeuta již nepotřebuje. Jindy po určité době nastane u klienta částečný, a někdy úplný relaps, tj. motivace klienta opět klesne a klient se opět vrátí k problematickému chování. Úkolem terapeuta v této fázi je poskytnout klientovi podporu, zabránit

jeho demoralizaci a motivovat jej k opětovnému úsilí na dosažení změny, tj. převést jej do stádia kontemplace, rozhodnutí a akce.

V kontextu motivačních rozhovorů je profesionálům doporučováno, aby dodržovali následující principy a postupy práce s klienty:

#### **4.2.1. Pět obecných principů motivačního rozhovoru**

1. Vyjadřování empatie
2. Zdůraznění rozporu mezi současnou situací a životními hodnotami a přáními klienta
3. Vyhýbání se sporům
4. Využívání odporu
5. Podpora sebevědomí klienta

#### **4.2.2. Pět základních postupů při provádění motivačního rozhovoru**

1. Kladení otevřených otázek
2. Reflektující naslouchání
3. Povzbuzování a oceňování klienta
4. Shrnutí a opakování sdělení klienta
5. Podpora sebemotivujících výroků klienta

## **5. Teoretické východisko při tvorbě doprovodných motivačních technik (DMT)**

Při tvorbě DMT nebylo vycházeno pouze z jedné metody nebo jednoho psychoterapeutického přístupu, ale bylo čerpáno právě z jejich rozmanitosti. Podstatnou část tvoří přístup zaměřený na člověka C. G. Rogerse a z něho částečně vychází i metoda motivačních rozhovorů Millera a Rollnicka.

Robbins (1997, p. 67) říká: „Postupně jsem si uvědomil, že můj vlastní přístup pochází ze směřování k celistvosti, ke sjednocení oddělených částí. Na tomto

základě vzniklo mé přesvědčení, že terapeutický proces jako celek může být pochopen jedině tehdy, bereme-li v úvahu všechny jeho podoby.“

Robbins (1997) tvrdí, že každý životní cyklus v životě člověka probíhá podle vzorce změnového cyklu. Tento cyklus tvoří pravidelná posloupnost šesti fází: snění, tvoření komunikace, inspirace, upevňování a dokončování. Má-li být změna skutečně plodná, musí člověk postupně projít všemi těmito fázemi. Často se však stává, že změnový cyklus je v některém místě zbrzděn, tok života se zablokuje a člověk se nemůže pohnout z místa. Každý z nás má v procesu změny svá oblíbená místa, na nichž se zpravidla zastaví. Utlumení změny s sebou přináší osobní utrpení a rozvrat životního běhu a někdy dokonce způsobí poruchu osobnosti

U závislých jedinců jde o „zaseknutí se“ na určité fázi a závislost sama o sobě působí jako udržovač a posilovač této patologické situace v životě člověka.

Robbins (1998) říká, že fáze, jež nás neodolatelně přitahuje k setrvání (například snění či tvořivý proces) nemusí být pouze prostředek k úniku před nutností pokračovat v životní cestě, ale lze jej proměnit v přínos, vytvořit z ní základnu, na které se bude nejlépe utvářet náš individuální projev. K tomu je potřeba rozumět zákonitostem změnového procesu a osvojit si schopnost dovádět jej až do konce.

Americký psychoterapeut Donald Robbins, jehož práce vychází z bioenergetiky Alexandra Lowena, popisuje šest fází rytmického cyklu změny. Robbins (1997) říká: „...jak psychoanalýza, tak bioenergetika se zabývají patologií. Obě se soustřeďují na historii prvotních postojů a zkoumají jejich nepříznivý vliv na pozdější život. Obě zdůrazňují fixaci pocházející z traumatu. Autor se nezajímal o abnormální, nýbrž přirozené aspekty energetického pohybu. Zadržetí pohybu této energie, jak ukázal Freud, se stává nevědomým při rozvoji neurózy. Také v bioenergetice se nevědomé zadržetí chápe jako centrální problém. Je to zdroj patologického vývoje charakterové struktury. Ukázalo se, že pro život jsou potřebné všechny tyto fáze. Každý proces, kterým procházíme, se musí odehrát v úplně posloupnosti rytmického cyklu, má-li být změnový proces skutečně plodný.“

Když nepostupujeme kupředu nebo jsme stále taženi zpět na určitou pozici, do fáze charakterizující naši povahu, nastupuje psychopatologie. Pocit obeznámení, důvěrné znalosti tohoto místa nám umožňuje cítit se bezpečně, ale platíme za to vysokou cenu. Naše snahy jsou mařeny a nenaplněny. Naše činnost je komolena. Odkloní-li se rytmický cyklus příliš daleko od svého přirozeného směru, začínáme trpět. Vyvede-li nás stres příliš z míry, integrita naší životní cesty vezme za své. A bytost, která ztratila rovnováhu, může být snadno zraněna (Robbins, 1997).

Robbins (1997) rozlišuje tyto jednotlivé fáze procesu změny:

Ve **snové fázi** rytmického cyklu získávají naše tělesné tendence záchytné body ve smyslových iluzích, vizích, hlasech a představách. Naše motivace nabývá magické, ba posvátné síly. Trvá-li však tato fáze příliš dlouho, začíná se z vědomí vytrácet hranice mezi snem a realitou. Realita je kontaminována představami. Význam vnějšího světa se ztrácí.

V **kreativní fázi** rytmického cyklu rychlé výbuchy energie mění orientaci jedince skrze nové názory a rozhodnutí. Avšak příliš mnoho rozhodnutí znemožňuje skutečný postup dál a situace se stává bezvýchodnou. Výsledkem je nervozita, pocity odcizení a nezúčastněnosti.

V **komunikační fázi** se dožadujeme uspokojení svých potřeb. Je-li však skutečná potřeba popřena nebo její naplnění odmítnuto, vývoj ustrne. Organismus zeslábne. Následuje neplodná deprese.

Zlepšení fyzické kondice ve **fázi inspirace** přináší s sebou nadšení a příslib velkých nadějí, avšak pohyb v neomezených výšinách může vyústit v mánii. Když balón praskne, rychlý pád přivodí zoufalství.

Ve **fázi stabilizace** se pohyb zpomaluje, vyrovnává a stává účelným a člověk se cítí bezpečný před nevypočitatelností života. Trvá-li však tento stav příliš dlouho, stává se tíživým břemenem. Z nehybnosti a stagnace se zrodí smutek a utrpení.

**Fáze realizace** přináší úspěch a uznání. Je-li však prestiž sama o sobě cílem, vyvíjí pak člověk nekonečné úsilí o zajištění a posílení svého privilegovaného postavení. Svou lidskost, dokonce i život samotný může obětovat na oltář cílů velmi vzdálených od základních životních procesů. Osobní uspokojení a radost se ztrácejí. Přichází trpkost.

## **6. Motivační faktory**

### **6.1. Vztah jako nositel změny**

Velice důležitým faktorem, který může podporovat a vytvářet vhodné prostředí pro změnu je vztah mezi pomáhajícím profesionálem a klientem.

Zkušení terapeuti dnes jistě souhlasí s tím, že nejdůležitějším aspektem terapie je, jak Rogers pochopil v začátcích své kariéry, terapeutický vztah. Samozřejmě je nutné, aby terapeut jednal s pacientem upřímně. Čím opravdovějším člověkem se terapeut stává a čím víc se vyhýbá sebeobranám a profesionálním maskám a rolím, tím ochotněji mu pacient oplácí stejnou měrou a tvořivým způsobem se mění. Terapeut musí samozřejmě klienta přijmout bez odsouzení a bezvýhradně a vstoupit do osobního světa klienta empaticky (Yalom in Rogers, 1998).

Vztah je v terapii a vůbec v pomáhajících profesích mocný pomocník, ale při špatném nastavení může zapříčinit nezdar a krach celé intervence. Pojem terapeutický vztah totiž zahrnuje spoustu aspektů a často je velice složité je při procesu všechny zohlednit. Důležitým aspektem je vyváženost rolí, která souvisí s mocí pracovníka, jeho motivy, životními zkušenostmi a hranicemi, které je schopen vytyčit na straně jedné a na straně druhé s klientovým naladěním, s jeho předchozími zkušenostmi a tendencemi být aktivní, pasivní či schopností manipulovat.

Jak říká Kopřiva (1997), moc je velmi důležitá. I při pomáhání. Klient je do jisté míry bezmocný už tím, že něco potřebuje. Pracovník je do jisté míry mocný už

tím, že pomáhá (nebo aspoň slibuje pomoc), aby málo mocný klient byl o něco mocnější.

Na druhou stranu Kopřiva (1997) uvádí, že přebírá-li pomáhající pracovník kompetenci v některých sférách životní praxe klienta, může ho ochránit před újmou, ale může ho také zneschopňovat.

To velice úzce souvisí s tzv. polaritou rolí v terapeutickém vztahu, což si můžeme představit jako přímku, kde na jedné straně je naznačeno „zachraňování“ a na druhé straně „zplnomocňování“ klienta. Podle toho, by měl terapeut hledat přiměřenou rovnováhu a při tom zohlednit situaci a klientovu zakázku.

Dobře definovaná zakázka může ve vztahu pomoci vytvořit dobře hmatatelné hranice, které se mohou v případě potřeby opřít o daný kontrakt. Kopřiva (1997) upřesňuje, že hranicí ve vztahu mezi dvěma lidmi zde míníme dělítko, které určuje, co je záležitostí mou a co je záležitostí druhého. Každý z účastníků vztahu může rozdělení kompetencí pojímat odlišně. V dlouhodobějším vztahu se po čase obvykle ustálí určitý víceméně sdílený model.

## **6.2. Terapeutické spojenectví**

Současná psychoterapie zvýrazňuje na základě empirických zjištění – roli terapeutického spojenectví v psychoterapii. To vyjadřuje sílu spolupracujícího vztahu mezi terapeutem a klientem, které má jak afektivní (vzájemnou důvěru a respekt), tak i kognitivní komponenty (dohodu o cílech a způsobu práce) (Timuňák, 2006).

Timuňák (2006) dále uvádí, že výraznou pozornost si vysloužila Rogersova (1957) konceptualizace podporujících podmínek terapeutického vztahu. Empiricky se ukazuje, že kongruence (integrovanost terapeuta a jeho otevřenost, nedefenzivnost ve vztahu s klientem) a terapeutův pozitivní náhled na klienta mohou přispívat k efektu terapie. Další z Rogersem postulovaných podpořících podmínek, empatie, se ukazuje jako důležitý predikátor efektu psychoterapie.

## 7. Druhy přístupu ve vztahu pracovník klient

Dalším faktorem ovlivňujícím motivaci klienta ke změně může být zvolení přístupu či směru, který je adekvátní místu a situaci.

Často můžeme řešit problém, zda se při práci s klientem přiklonit k direktivnímu přístupu (kdy potřebného člověka vedeme) nebo nedirektivnímu (kdy ho podporujeme v tom, aby dospěl k řešení sám) tak, aby práce byla co nejeфекtivnější. Kopřiva (1997) k tomuto dodává, že je třeba říci, že nejde o volbu buď – anebo, nýbrž že jsou různé stupně na škále řízení – podpora. V konkrétní situaci pak budeme brát v úvahu celou řadu okolností.

Například Rogers věřil, že jednotlivci disponují aktualizační tendencí, tedy jakousi vnitřní tendencí k růstu a naplnění. Často hovořil o své víře v existenci formativního impulzu ve všech formách organického života. Touto svojí vírou v aktualizační tendenci se zařadil mezi humanistické myslitele, jako byl Nietzsche, Kirkegaard, Adler, Goldstein, Maslow a Horneyová, kteří věřili v existenci obrovského potenciálu k sebepoznání a osobnostní změně každého jednotlivce. (Yallom in Rogers, 1998)

Často se nám při práci s klienty v kontaktním centru může stát, že nepřijetí a nereflektování naší snahy klientem pomoci mu z jeho tíživé situace se může stát překážkou v dalším pracovním procesu s ním, nebo alespoň omezením míry naší angažovanosti při takové práci.

Kopřiva (1997) uvádí, že je vhodné nepropojovat situaci výkonu pravomoci a situaci pomáhání. Klient, který žádá o pomoc, by měl podléhat stejnému způsobu uplatňování pravomoci jako ti, kteří o pomoc nežadají.

Pouze okrajově a ilustračně zde můžeme zmínit proces vyrovnávání se negativními pocity pracovníka při nepřekrývání klientovi poptávky a zakázky ze strany pomáhajícího profesionála.

Kopřiva (1997), jenž naráží na metodu zvanou focusing uvádí, že skutečná, byť třeba jen velmi dílčí, drobná změna prožívání musí vycházet zevnitř prožitku. A celou tu práci nemůže udělat nikdo zvenku a předat ji jako hotovou věc. Musí ji provést sám prožívající. Psycholog a psychoterapeut Eugene Gendlin (1978)



prokázal, že důležité poznání je ukryto v pocitu, který v sobě kolem té či oné situace neseme. Je tam však rozptýleno, je neurčité, neuchopitelné. Když u takového pocitu setrváme a jsme při tom vůči němu otevření (nebráníme se mu, neváháme, jestli s ním být či nikoliv, nesnažíme se ho změnit) a necháváme ten pocit „reagovat“ na slova nebo obrazy, které nás napadají (nebo které nám někdo druhý nabídne) jako možné vyjádření tohoto pocitu, pak po nějaké době pocítíme některé vyjádření jako výstižné. Pocit dostává tvar. V určitý moment cítíme, že „teď už to máme“ – tvar se uzavřel do smysluplného celku. V tu chvíli dojde k drobné alchymické proměně a pocit je jiný, než byl na počátku. Zpět se to už nevrátí.

Při procesu uvědomování je důležitou podmínkou zaujetí akceptujícího postoje vůči vlastním nepříjemným pocitům v práci s klienty. Znamená to být vůči nim plně otevřen, být u nich vnímavě přítomen. (Kopřiva, 1997)

Všechna výše uvedená teoretická východiska byla využita pro tvorbu DTM, jež slouží jako podklad výzkumného šetření s klienty cílové skupiny.

Proto bylo nutné konkrétně popsat zejména postupy při aplikaci metody motivačních rozhovorů a doplnit je o další náhled na problematiku změny prostřednictvím Robbinsovy teorie cyklu změny

## **8. Teoretická východiska výzkumu**

### **8.1. Kvalitativní výzkum**

Vzhledem k povaze zkoumaného jevu jsem zvolila kvalitativní výzkum, jehož prostřednictvím mohu do výzkumu zahrnout celou škálu těžko kvantifikovatelných vlastností. Například percepce a podání subjektivních zkušeností a emocí či zachycení jemných nuancí ve vnímání přínosu zkoumané metody. Ve výzkumu šlo především o kvalitu získaných informací než o potřebu zajištění velkého penza či obsáhlé rozmanitosti odpovědí.

Na výše uvedené navazuje i další důvod k výběru kvalitativní metody, kterým byla velikost výzkumného souboru.

Pokud bychom chtěli podat strohou definici kvalitativního výzkumu, což by teoreticky mohlo odporovat podstatě samotné kvalitivity, pak by zněla takto: „Kvalitativní přístup v psychologických vědách je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.“ (Miovský, 2006, p. 17).

Nyní si uveďme několik upřesňujících charakteristik kvalitativního výzkumu pro lepší objasnění jeho další, obširnější definice.

Prvními klíčovými termíny jsou *jedinečnost* a *neopakovatelnost*. Další charakteristikou je *kontextuálnost*. Množství psychologických fenoménů je vázáno pouze na určitý kontext, např. konstelaci osobnostních vlastností, podmínky místa (fenomén nastává pouze na určitých místech) a času.

Při charakterizování kvalitativního přístupu má zásadní význam *procesuálnost* a *dynamika*. Zkoumaný fenomén určitým způsobem vznikl, rozvíjí se a zaniká. To se odehrává v procesu, který je třeba při výzkumu respektovat. Prostřednictvím zkoumání dynamiky procesů okolo nás zjišťujeme nejen, jaké různé faktory mají na daný proces vliv, ale především jaké kvality tyto vlivy nabývají.

*Reflexivita* jako další charakteristika kvalitativního přístupu je velmi citlivým tématem. Důvodem je prostý fakt, že při aplikaci kvalitativního výzkumu cíleně pracujeme s tím, že se de facto přímo či nepřímo spolupodílí na procesech, které zkoumá (Miovský, 2006).

A konečně definice, do které jsou zahrnuty hlavní charakteristiky kvalitativního výzkumu: „Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.“ (Miovský, 2006, p. 18)

Rizikem volby kvalitativního výzkumu může být díky poměrně složité, rozmanité a mnohdy nejednotné metodologii špatně vytvořený výzkumný design a následně chybně interpretovaná data a pokřivené závěry.

## **8.2. Cíle výzkumu a výzkumné otázky:**

Cílem výzkumu je v první řadě provést analýzu potřeb práce s dlouhodobými a směrem k abstinenci nedostatečně motivovanými klienty kontaktních center a zjistit, zda lze při práci s nimi úspěšně využít alternativní metody práce – doprovodné motivační techniky. Na základě takto stanoveného cíle byly formulovány následující výzkumné otázky:

1. Je u klientů nízkoprahových kontaktních center, kteří nejsou dostatečně motivováni ke změně možná rozvinutější práce na poli motivace prostřednictvím doprovodných motivačních technik (DMT)?

K tomu, aby bylo možné na výše uvedenou otázku odpovědět, je třeba nalézt odpovědi i na další, související otázky:

2. Existuje ze strany klientů poptávka po službách DMT?
3. Vnímají klienti z cílové skupiny DMT jako práci pro ně přínosnou či nikoliv a pokud ano, tak v čem?
4. Jakým způsobem vnímají pracovníci KC práci s klienty z výše zmiňované cílové skupiny?

Pro podepření validity výzkumu bylo třeba triangulovat poznatky a to dvěma hlavními způsoby:

- I. Provést kvalitativní šetření s pracovníky kontaktních center pro uživatele nealkoholových drog v oblasti Středočeského kraje, kteří pracují s dlouhodobými a směrem k abstinenci nedostatečně motivovanými klienty KC. Cílem je porovnat tyto zkušenosti s informacemi od samotných klientů a současně využít zkušenosti pracovníků nízkoprahových programů jako

expertních odhadů v oblastech potřeb a problémů uvažovaných cílových skupin uživatelů návykových látek.

II. Provést terénní výzkum s příslušníky dané cílové skupiny s cílem zjistit jejich zkušenosti s existujícími typy služeb, jejich očekávání a potřeby.

Dalším návazným cílem je zjistit, zda je u výše zmiňované cílové skupiny možná rozvinutější práce na poli motivace prostřednictvím doprovodných motivačních technik (DMT).

Zhodnocení těchto výzkumného šetření lze nalézt v kapitole 9. Analýza specifických potřeb dlouhodobých klientů KC.

III. Pracovat s dlouhodobými klienty KC pomocí DMT a průběh sezení zaznamenávat a popsat pro potřeby následného vyhodnocení.

IV. V průběhu sezení využít metodu zúčastněného pozorování (Miovský, 2006)

V. Vypracovat rešerši z dostupné odborné literatury na dané téma a vhodně ji zpracovat pro výzkum.

### **8.3. Metodologie**

#### **8.3.1. Sběr dat**

Sběr výzkumných dat proběhl vždy metodou polostrukturovaného interview. Pro splnění cíle číslo 4 bylo interview aplikováno následujícím způsobem: S každým respondentem z řad pracovníků byl proveden jeden polostrukturovaný rozhovor. Povahu a strukturu rozhovoru je možno vyhledat v příloze této práce (viz. Příloha číslo 2).

Pro splnění cílů 2 a 3 byl s každým respondentem z řad cílové skupiny klientů, který absolvoval doprovodnou motivační práci, následně proveden jeden polostrukturovaný rozhovor.

Semistrukturované interview bylo u některých klientů provedeno opakovaně a to po každé doprovodné motivační práci (DMP). Povahu a strukturu rozhovoru je možno vyhledat v příloze této práce (viz. Příloha číslo 1).

Rozhovor byl zaměřen na získání dat, která byla posléze rozdělena do dvou částí:

A) využívání nízkoprahových služeb: Jak dlouho je respondent uživatelem služeb kontaktního centra, jaké má zkušenosti a které služby konkrétně využívá, zkušenosti se službami na úrovni ostatních kontaktních center

B) doprovodná motivační práce (DMP): Jak respondent vnímá DMP? Vnímá respondent rozdíl mezi obvyklými intervencemi a DMP? Pokud ano, vnímá respondent DMP jako pro něj přínosnou metodu?

### **8.3.2. Zpracování a analýza dat**

Fixace dat proběhla na záznamový arch metodou tužka- papír. Vzhledem k tomu, že byl během sběru materiálu získáván pouze textový materiál, nebyla již nutná další transkripce. Při samotné analýze byla použita metoda barvení textu.

Analýza dat proběhla metodou *zakotvené teorie* „grounded theory“ autorů Glasera a Strausse.

Tuto metodu popisuje Miovský (2006) jako teorii, která je vytvořena a prozatímně ověřena prostřednictvím systematického shromažďování údajů o zkoumaném jevu a analýzy těchto údajů. Proto se fáze shromažďování údajů a jejich analýza vzájemně doplňují. Nezačínáme teorií, jak je to obvyklé např. v oblasti kvantitativního přístupu, kterou bychom následně ověřovali. Začínáme zkoumanou oblastí, fenoménem a necháváme, aby se v průběhu výzkumu mohlo „vynořit“ to, co je v této oblasti významné aniž to dopředu předjímáme či jakkoli označujeme.

### **8.3.3. Validita**

Ve výzkumu byla pro validizaci dat použita metoda triangulace.

„Obecně metoda triangulace znamená hledání a určování pozice předmětu výzkumu (zkoumaného jevu prostřednictvím tří a více různých zdrojů dat, úhlů pohledu (perspektiv), měření postojů, výzkumníků, způsobů interpretací apod.“ (Čermák a Štěpaníková in Miovský 2006, p. 264).

V tomto výzkumu byly využito celkem pět zdrojů pro porovnání dat a to:

1. výpovědi klientů
2. výpovědi pracovníků KC
3. poznatky v odborné literatuře
4. zúčastněné pozorování
5. záznam ze sezení s klienty při realizaci DMT

#### **8.3.4. Výzkumný soubor**

Výzkumného šetření se zaprvé zúčastnili pracovníci tří kontaktních center, z nichž jedno bylo mimopražské. Výběr pracovníků nebyl omezen délkou jejich působení v KC ani délkou jejich odborné praxe. Ta činila v průměru 6 let.

Výzkumu se zadruhé zúčastnili dlouhodobí klienti KC Nymburk, tj. klienti, kteří pravidelně dochází alespoň jednou za dva týdny v průběhu 6-ti měsíců a využívají služeb kontaktní místnosti.

Výzkumný soubor byl vybrán pravděpodobnostní metodou prostého náhodného výběru. Výběr respondentů proběhl v souladu s tvrzením Miovského (2006), že metoda výběru výzkumného souboru by měla být podřízena cílům výzkumu tak, aby bylo ve vztahu ke zkoumanému problému dosaženo saturace dat, popř. alespoň podobného pokrytí relevantních charakteristik cílové populace.

#### **8.3.5. Informovaný souhlas, etika**

Každý respondent podepsal informovaný souhlas, čímž vyjádřil, že jako účastník výzkumu rozumí povaze a důsledkům použitého materiálu a zároveň si je vědom případných rizik, které z účasti na výzkumu pro něho plynou. Účast na výzkumu byla plně dobrovolná a respondent byl seznámen s faktem, že může kdykoliv bez následků (například v podobě omezení služeb v zařízení) odstoupit od spolupráce.

Písemný informovaný souhlas byl proveden ve dvou kopiích, z toho jedna byla uchována pro potřeby výzkumu a druhou dostal respondent.

## 9. Analýza specifických potřeb dlouhodobých klientů KC

Tato kapitola se dělí na dvě hlavní části:

- interpretace výsledků šetření s pracovníky KC
- interpretace výsledků šetření s klienty KC doplněné vybranými stručnými kasuistikami z průběhu práce pomocí DMT

**V této části práce jsou citovány výroky respondentů z řad pracovníků tří kontaktních center doplněné jejich analýzou.**

### 9.1. Klient nízkoprahového programu z pohledu pracovníka

Z počátku se autorka snažila zjistit, jak pracovníci KC vnímají klienty a jak by je charakterizovali. Jejich charakteristika měla jednak formální náležitosti a to v závislosti na stavu drogové scény a roli kontaktního centra v ní.

*„SP: uživatelé návykových látek, i.v., pervitin, opiáty...“*

*„OS: Problémoví UD, od 18 do 60 let, průměrný věk 26 let, tři čtvrtiny tvoří muži.“*

Dále charakteristiky klientů získané pracovníky obsahovaly subjektivně zabarvené poznatky vycházející z vlastních zkušeností, které jsou pro tento výzkum tolik cenné.

*„DV: zájemci o pití, pozornost,...zájemci o teplo, popř. chlad, odpočinek, možnost umýt se,...určitá míra exhibicionismu. Klienti nemají s kým sdílet život, názory. Pobyt na KM alternativou k jejich fetišáckému životu. Mají chuť s někým sdílet, chodí si pro pocit podpory, částečně sem patří sebeuspokojení.“*

*„OS: ...převažuje nemotivovanost ke změně, bez přání a snahy na svém stavu cokoliiv změnit.“*

### 9.2. Pojem „kvalitní klientská práce“

V další části byl věnován prostor pojetí práce s klienty KC. Protože, abychom mohli hovořit o práci s klienty jako o jednotném pojmu, potřebujeme znát, co jednotliví respondenti považují za dobrou, úspěšnou práci s klientem. Při analýze dospěla autorka k závěru, že nejčastěji uváděné je:

- pochopení klienta, rozeznání zakázky

- využití služby klientem
- zpětná vazba<sup>1</sup>
- důvěra klienta
- spokojenost

*„SP: ...pochopení klienta, využití služby klientem, pocit, že klient přijímá...“*

*„OS: Pokud ti klient důvěřuje. Pokud se chce bavit o své současné situaci. Když dochází pravidelně...když je motivovaný ke změně po krůčcích...když se klient dozví to, co potřebuje a z kontaktu vyplyne konkrétní výstup jako je např. že přijde i příště apod.“*

*„PZ: Když se mi podaří dokopat klienta např. na zdravotní ošetření, testy apod. a mám o tom zpětnou vazbu.“*

*„VK:...naladění se na stejnou vlnu, navázání kontaktu, dostání se k tématu, které přitom na počátku klient nezmiňoval.“*

### **9.3. Fenomén dlouhodobého klienta**

V průběhu své praxe v kontaktních centrech se všichni respondenti setkali s klienty, pro které se typově hodí následující charakteristiky: dochází dlouhodobě, nemění se, stagnuje v procesu změny, nevyžaduje služby, které směřují k abstinenci apod.

Z výzkumu vyplývá, že fenomén dlouhodobých, stagnujících klientů existuje v každém z dotazovaných KC. Důkazem pro to může být fakt, že všichni respondenti mají ve svém pracovním kolektivu pro takový typ klientů nějaké označení.

*„SP: vasedáváci“*

*„OS: štamgasti“*

*„DV: chronici; starý psi, co se nedaj naučit novým kouskům“*

*„PZ: chronici“*

*„VK: staříci“*

*„RH: polívkáři; to jsou klienti, co nepřijímaj žádnou intervenci“*

Dalším dokladem toho, že je tento fenomén v praxi často diskutován je fakt, že každý z pracovníků uvádí, že má nějaký svůj způsob práce s těmito klienty.

---

<sup>1</sup> Pozn. V případě práce v sektoru terciární prevence a vůbec pomáhající profese je otázka zpětné vazby velice komplikovaná. (Viz Kopřiva, 1997)



Z výzkumu vyplývá, že uvedené způsoby práce jsou velice rozmanité a spektrum možných nástrojů je velice široké. Ale kdybychom chtěli přece jen sledovat nějaké společné znaky, mohli bychom rozdělit přístupy do tří volných kategorií.

1. Do první kategorie by spadali pracovníci, kteří nejčastěji intervenují u svých klientů verbálně, tedy formou rozhovoru.

*„SP: Chce to navázat kontakt, nevyvracet jim jejich pravdu, otevřít klienta. Trochu mu při tom ale nabourávat jeho přístup a vytvořit mu náhled, tedy aspoň pokus o to. Potom taky limitovat, dávat hranice.“*

*„DV: snažím se to rozehrát tak, aby nebyly ty role jednoznačně daný. Nejsme tu služba za kterýchkoli okolností. Snažím se zmapovat jejich potřeby a porovnat je s tím, co jim můžeme nabídnout. Tento proces má svůj čas a svou dynamiku (týdny a měsíce). Ve chvíli, kdy se ukáže, že se nabídka nepřekrývá s poptávkou, tak přijde na řadu autentický předání pocitů (často negativních) klientovi o využívání těchto služeb, což vybudí v klientovi silně negativní emoce. A tato emoce je schopná rozhýbat věci. Rozhýbat člověka k akci, která by mohla změnit kvalitu jejich života.“*

Jak můžeme sledovat v následující výpovědi, styl/metoda práce respondenta se vytvořila na základě jeho vlastních zkušeností.

*„PZ: Ano, ten způsob se vyrýsoval postupem času. Dříve jsem je především motivovala, dávala hodně energie. Ale teď je to spíš udržovačka, ale když cítím že je to vhodné, tak se snažím chytit a navázat cestičku ke změně. Často se ale musí něco stát, aby přišla ta chvíle. Snažím se je taky provokovat, jít na ně přes humor a ironii.“*

2. Do druhé kategorie by spadali pracovníci, kteří se snaží kromě verbálních intervencí uplatnit u práce s dlouhodobými klienty také kreativní činnosti.

*„OS: zkouším se ptát, co by chtěli dělat, jak by chtěli ten čas spolu trávit. Zkouším tvůrčí činnost, pastelky, fixy, barvy, modelínu. Kreslím s nimi mandalu, popíšu jim co dělat a k čemu to je. Cílem je dělat něco jiného, než dělají celý den, když jsou na ulici a shánějí peníze a drogy. Dělat prostě něco, co z jejich*

*života už vymizelo, aby se na chvíli zastavili a byli sami sebou a mohli o tom v klidu přemýšlet a potom o tom hovořit.“*

Předchozí dvě „kategorie“ si jsou navzájem velmi podobné. Alespoň v tom smyslu, že vycházejí z určitého procesu, při kterém je aktivní nejen pracovník, ale v jistém smyslu vyžaduje vnější i vnitřní aktivitu i od klienta samotného.

**3.** Poslední kategorie se tedy od dvou předchozích liší právě v míře aktivity a to zejména ze strany pracovníka.

*„RH: Ano, jsem liberál. Oni mají svůj způsob žití. Vadí mi jen když se ponižují, to se je snažím podpořit. Netlačím na ně. Jsem rád, že jsou v kontaktu. Nereálné očekávání od takové skupiny přináší zklamání a to je na nic.“*

*„VK: ...můj způsob práce je stagnační. Nebavíme se o změně, ale o tom, co je teď. Není to o změně, ale o vztahu. U dlouhodobých klientů to jde docela dobře. A až budou jednou usilovat o změnu, tak dobrém terapeutickém vztahu to půjde lépe.“*

Vidíme, že stagnace může být považována za úspěch sama o sobě, protože v některých případech může být lepší než propad.

*„RH: Při práci s těmito klienty mám v sobě určitý vnitřní rozpor. Rád bych těm lidem pomáhal, ale chci je především akceptovat. Vidím smysl alespoň ve stagnaci. Stagnace je lepší než propad. Dokavad' se situace nezačne zhoršovat, je dobře.“*

Otázkou ovšem zůstává, který přístup může být směrem ke klientově změně přínosnější.

#### **9.4. Odhad počtu dlouhodobých klientů KC**

Při dotazu na odhad, jakou poměrnou část tvoří tito klienti ze všech klientů, kteří využívají služby pobytu na kontaktní místnosti se pohyboval hodnoty v rozmezí od 25 do 70%. Tento rozdíl je daný faktem, že výzkum byl realizován ve třech různých KC.

#### **9.5. Rizikové prvky v práci s dlouhodobými klienty KC**

Většina pracovníků uvádí, že při práci s těmito klienty vnímá nějaké negativní pocity. V tomto případě z výzkumu vyplynula poměrně velká jednotnost

výpovědí. Nejčastěji to bývá pocit bezmoci, zmaru, vyčerpání a vzteku (z bezmoci). Pouze jeden respondent uvedl, že při dlouhodobější práci s těmito klienty u sebe nevnímá žádné negativní pocity.

*„OS: Cítím vyčerpání, bezmoc, vztek, někdy se na ně (uvnitř sebe) zlobím....“*

*„DV: ...ano, frustrace, zmar, vyhoření, bezmoc, zneužívání.“*

*„VK: Vztek. Jejich zdravotní stav je neměnný. Nic s ním nedělají, ačkoliv je ohrožuje na životě. Bezmoc, už nevím co dělat. Štve mě, jak tím trpí jejich rodiny. Nikdy nebyli se svými dětma, který teď třeba dospívaj, v pořádným kontaktu a ještě se cítěj ublížený.“*

*„RH:...trochu mi vadí ty jejich vychloubačný řeči o drogách. Mrzí mě, že je s nima těžká práce.“*

*„OS: ...nevím jak bych měl pracovat s touto skupinou, zatím se to obrací proti mně.“*

## **9.6. Faktor změny**

Čtyři z šesti dotazovaných respondentů si myslí, že s tímto typem klientů lze pracovat na změně. Ostatní respondenti se k tomuto bodu vyjádřili nejednoznačně.

Zde bychom si mohli všimnout, že již mírně odlišné vysvětlení pojmu změna a různě vysoké nároky právě na klientovu změnu mohou v některých případech určovat, zda pracovník považuje klientovu změnu za možnou. To samozřejmě v konečném důsledku může ovlivnit pracovníkovo dlouhodobé nasazení a délku působení v dané oblasti bez pocitu vyhoření.

*„DV: ...někdy jim dám otázku, zda po sobě chtějí nechat stopu čiré beznaděje, nebo naplnit mýtus toho, že se s tím svým obrovským, démonem poperou a zvítězí. Nevěřím jim, že už nemají možnost volby, je to na nich.“*

Na následující výpovědi můžeme vidět naopak „menší“ ambice na klientovu změnu, kdy má pracovník v rámci úspory energie a entusiasmů menší očekávání.

*„VK: Ano, ale spíše na malých změnách, např. změna vzorce užívání apod. Jít s klientem za tím, co oni potřebují.“*

*„RH: I ten kontakt, zdánlivě beze změny je dobřej. Hlavní je neodradit klienty direktivitou a tlačení. Někdy se prostě ta chvílka vhodná pro podpoření motivace dá vyčíhat. Ale chce to trpělivost.“*

*„OS: Myslím, že štamgasti lze dělit na dva tábory: s prvními jde pracovat na změně a s druhými to nejde, jsou příliš rezignovaní.“*

Tato výpověď vynáší na povrch otázku proč to tak je a jednou z možných odpovědí by mohla být právě komorbidita, v tomto případě souběh závislosti a psychiatrickém onemocnění.

*„SP: ...možná se často u těchto případů jedná o duální diagnózy.“*

Jedním z možných úskalí této profese a obecně práce s nemotivovanými klienty může být přemíra vydané energie, která se jen těžko vrací zpět.

*„DV: Práce s těmito klienty je o extrémním výdeji energie. Povahou práce-klient odejde do léčby, už se o něm často člověk nedoví. Když se vrátí, tak často v ještě horším stavu než před tím a nastává tím koloběh léčba-relaps-léčba... A zpět se dostane člověku jen málo energie prostřednictvím zpětné vazby.“*

Důsledkem toho by mohla být poměrně velká fluktuace a proměna pracovníků.

*„PZ: Je to těžká práce, je to vidět na tom, jak tu pracovníci poměrně krátce vydrzej. Poměr vydané energie je příliš vysoký. Není zpětná vazba.“*

*„PZ: ...momenty prostředí vhodné pro změnu jsou vzácné momenty, nelze do klientů neustále investovat energii, spíše snaha o zachycení světlých okamžiků.“*

Důsledkem toho pak může do práce s klientem promítnout určité „zncitlivění“ pracovníka vůči signálům klienta a postupně tak může dojít k syndromu vyhoření<sup>2</sup>.

*„VK: Čím déle pracuješ s klientama, tím více klienty znáš a víš jak je těžký s nima pracovat a jsi hluchý k jejich signálům změny (řekneš si např. tohle už tu bylo).“*

V rámci výzkumného šetření padlo spontánně ze strany pracovníků několik návrhů možných řešení. Pro ilustraci zde uvádím dvě.

---

<sup>2</sup> Tomuto fenoménu zde však není věnován větší prostor, protože není předmětem zkoumání ačkoliv s ním může úzce souviset.

*PZ: „...ano, myslím si že u většiny je ta změna nějak možná, ale taky se může stát, že taková změna u někoho není možná. Potom tedy „zbývá“ provázení a empatické sdílení toho co si vybral a při tom pořád převádět odpovědnost na ně. Někdy stačí pouze popovídání, lidský rozhovor.“*

*„SP: šlo by možná zkusit zapojit jiné aspekty jeho života- třeba rodinu.“*

**V této části práce jsou citovány výroky respondentů z řad klientů kontaktních center cílové skupiny doplněné jejich analýzou.**

Celkový počet respondentů je pět. Délka drogové kariéry respondentů je od čtyř do 12 let. Respondenti jsou zároveň dlouhodobí klienti kontaktního centra, kteří se zúčastnili doprovodných motivačních technik. Další charakteristiky respondentů jsou uvedeny výše v kapitole 8.4.4. Výzkumný soubor.

Zkušenosti s využíváním služeb kontaktního centra mají respondenti od tří do osmi let.

Při dotazu na osobní zkušenosti služeb, které klienti osobně využili....

*1. „výměna, polívka, pití, zařizování detoxu... kam si muže jít udělat testy na céčko a tak“*

*2. „výměna, můžu se tu najíst, dát si polívku a pobejt na kontaktce no...“*

*5. „tak já chodím měnit jako každéj...někdy si i chodím posedět na kontaktu, jo...a popovídat si tam s těma terapeutama co tam pracujou. A to kafe si dám ráda, dycky...“*

Z výše uvedeného vyplývá, že pro zvýšení atraktivity a motivace klientů k vyhledávání služeb je nutné, za pevně daných pravidel, nabízet klientům i doplňkové služby, jako je například potravinový servis.

V určité míře se na této úrovni setkávají výpovědi z obou stran - jak od klientů, tak od pracovníků, kteří často hovoří o „číhání na světlou chvíli“. Pro ilustraci je zde uvedena citace pracovníka s iniciály RH:

*„RH: I ten kontakt, zdánlivě beze změny je dobrej. Hlavní je neodradit klienty direktivitou a tlačáním. Někdy se prostě ta chvílka vhodná pro podpoření motivace dá vyčíhat. Ale chce to trpělivost.“*

## 9.7. Rozmanitost v pojetí práce

Rozdíl mezi běžným, tradičním přístupem práce či rozsahu používaných intervencí<sup>3</sup> a prací s využitím doprovodných motivačních technik (DMT)<sup>4</sup> vnímají všichni dotazovaní klienti. V následující výpovědi si můžeme všimnout, že se respondent dotýká tématu nadužívání či zneužívání služeb.

2. „...nemusí zaměstnance vydírat. Jakože když má zájem o tyhle věci, jako se nad sebou zamyslet a tak, tak dá vlastně jako najevo...zájem, že má o tu službu. A když se chce jenom ohřát nebo najíst, tak sem pak radši neleze, protože by ho ten pracovník prokouk...jako že by se prozradilo že vlastně nic nechce kromě té polívky...“

Při dotazování na to, zda mají klienti s podobnou službou jako je DMT zkušenost odpověděla většina respondentů, že nikoli.

4. „...jsem to nikdy nedělal, neznám to...jako bylo to zajímavý, jo, ale nevím k čemu to je...“

5. „...tak tohle s náma nikdo nedělá...to je asi něco speciálního. Jako že to asi není běžný...“

To souvisí s určitými rozdíly v pojetí práce v různých KC, které mohou být dány například jinými potřebami klientů v jejich okolí.

5. „určitě. Tady si se mnou povídáte, ale zase tady můžu bejt jenom hod'ku. To tam můžu bejt celý den. Ale služby jsou všude stejný...si dám vždycky kafe a mam klid“

Pouze jeden respondent odpověděl, že zná podobné služby osobně.

3. „jo, v Riapsu v Trutnově je to ještě lepší než tady. Maj tam jinej rozdíl v přístupu člověka než jinde. Taky se tam hodně pracuje terapeuticky, skupinová terapie, arteterapie, barvy a tak.“

Většina z dotazovaných respondentů uvedla, že by práce s využitím DMT mohla být pro ně přínosná.

---

<sup>3</sup> Více o běžném rozsahu práce kontaktních center je možné nalézt v kapitole „Kontaktní centra v ČR“

<sup>4</sup> Konkrétní příklad práce s klientem a za použití DMT je uveden v kapitole 9.8. Popis sezení s klienty

Pro ilustraci a možnost utvoření náhledu toho, jak sezení s klientem za použití DMT vypadá, jsou níže<sup>5</sup> uvedeny malé kasuistiky. V těch je popsáno jak konkrétní cvičení a cílem, kterého by se mělo dosáhnout, tak následný průběh sezení s klientem.

Důvodem, proč si klienti myslí, že by tato práce mohla být pro ně přínosná, je jak důvod k zamyšlení, tak důvod, že nikdo z jejich sociálního okolí by s nimi nad podobnými tématy nehovořil.

2. *„ano, je to tak. Zajímá mě to, takový věci když se člověk nad sebou může zamyslet“*

3. *„ano. Totiž já o takovejch věcech s nikým jiným nemluvim. Protože lidi z mého okolí o to nemaj zájem, nebo mi nerozuměj. Ten zájem je tu důležitěj“*

Další respondent zastával stanovisko, že DMT pro něj může být přínosné pouze ve smyslu naplnění a zpestření jednotvárného života, ale nikoli ve smyslu změny postoje k užívání návykových látek či změny vzorce jejich užívání.

5. *„tak mě asi nikdo nezmění, já už asi nikdy nepřestanu brát, ale bavilo mě to....někdy bych chtěla kreslit, jestli je to možný. Někdy nemam náladu na to, ale lepší než...no na tý ulici. Ale asi by mě to o nějaký změně v braní nepřemluvilo.“*

Jeden z respondentů je toho názoru, že pro něj taková práce přínosná zřejmě není a že ho spíše naopak taková práce obtěžuje.

4. *„to já nevím jestli to může bejt přínosný....jestli to spíš není přínosný vám než mě....ale to musíte vědět vy, jestli to je pro nás přínosný, ty tady pracuješ. Děláte tady na nás nějaký pokusy a furt chcete vyplňovat nějaký dotazníky...já nevím k čemu to je.“*

Kdybychom chtěli následně specifikovat subjektivní přínos této motivační práce z pohledu klientů, tak bychom došli ke dvěma hlavním důvodům. Prvním je, pocit respondenta, že je o něj jako klienta pečováno.

---

<sup>5</sup> Viz. kapitola 9.8. Popis sezení s klienty

1. *„Že pak přemýšlím sám o sobě, líbí se mi role „pacienta“ jako příjemce služeb. V káčku jste tu pro mě, můžu tu zažít to, co jinde nemůžu. Pořád někomu dávám já a teď tady můžu taky něco dostávat.“*

Druhým je důvod, že si klienti mohou ze sezení odnést s sebou nějakou vnitřní hodnotu.

2. *„Když pak odtud odcházím, tak to ve mně nechává otevřený závěr. Věřím na sílu lidského mozku a myslím si, že takovej způsob práce ti může otevřít oči. Taky to může posílit vědomí, jakože upgrade mozku.“*

**V této části práce, která navazuje na výpovědi klientů cílové skupiny se nachází dvě kasuistiky, které ilustrují průběh a cíle DMT.**

U uvedených stručných kasuistikách byly pro potřebu výzkumu ponechány klientům kódy<sup>6</sup>.

## **9.8. Popis sezení s klienty**

### **9.8.1. Zadání A**

Za použití dvou z pěti základních pojmů pessoterapie „místo“ a „bezpečí“ jsou klientům položeny dvě základní otázky:

- Kde je mé místo ve společnosti, v rodině, mezi kamarády a zde v kontaktní místnosti?
- Kde se cítím v bezpečí a s kým?

### **9.8.2. Cíl sezení**

Cílem tohoto cvičení je alespoň částečné zvědomění toho, v jakém prostředí žiji (přátelském, nepřátelském, nebezpečném, příjemném, uspořádaném, chaotickém apod.). Mám vůbec někde své místo? A pociťuji vůbec potřebu někde své bezpečné místo mít?

Cílem naopak není dostat klienta do pozice, kdy například přizná, že jeho životní podmínky jsou nevyhovující a následně se ho vyptávat co s tím hodlá dělat. Jde pouze o „nařuknutí“ tohoto tématu a v případě zájmu umožnění klientovi o něm mluvit v bezpečném prostředí a bez nátlaku na změnu.

---

<sup>6</sup> Podrobnosti o kódování klientů je možno nalézt v kapitole „kontaktní centra v ČR“



Samotná metoda slouží k otevření různých oblastí, ke kterým by se pracovník s klientem za běžného průběhu klientovi návštěvy KC nedostal. A to nikoli z důvodů, že toto téma již patří do jiné služby (například psychoterapie), ale proto, že „pouhý“ rozhovor již není dostatečně vhodným nástrojem pro rozpuštění klientových obranných mechanismů a mnohdy i manipulací.

### **9.8.3. Indikace**

Tento typ cvičení je vhodný pro klienty, kteří se nacházejí ve fázi prekontemplace, tedy jak uvádí Možný (2007), v této fázi si klient ještě žádný konkrétní problém neuvědomuje, může však cítit nejasnou a vágní nespokojenost se svým současným stavem. Jeho motivace ke změně stávajícího stavu je nulová nebo jen velmi nízká.

### **9.8.4. Průběh sezení**

Typ cvičení (A)<sup>7</sup> - Klient LEN31JAK01

#### **Somatické projevy klienta**

Klient se zdál při příchodu velmi napjatý a v pozdějším průběhu cvičení více uvolnil, což se demonstrovalo poklesem ztuhlých ramen, ztišením hlasu a mluvením hlubším hlasem. Klient se občas opřel o opěradlo židle a bylo vidět, že již nepřikládá vnější kontrole takovou váhu.

#### **Verbální projevy klienta**

Klient v „běžném hovoru“ často vypráví o svých drogových historkách, které mají drsný a šokující charakter. Málo kdy se klient dostane ke svým opravdovým tématům. Při cvičení u klienta došlo ke snížení tendence neustále a za každou cenu hovořit a zahlcovat. Klient se chvílemi i odmlčel, aby se mohl zapřemýšlet.

Klient se během hovoru dostal k tématu strachu ze samoty a sama sebe. Toto téma lehce otevřelo související téma častých sebevražedných tendencí.

---

<sup>7</sup> Cvičení proběhlo s drobnou modifikací- klient navíc modeloval strach ze samoty pomocí papíru.

## **Cíl**

Cílem bylo primárně se nezaměřovat na vyprávěný „příběh“ a řešení vyplývajících problémů, ale překlopení problému do roviny emocí. Potom zachycené emoce pojmenovat a dát jim tvar (pomocí modelování strachu z papíru). To pomohlo udržet téma chvíli „ve vzduchu“ a klidně o něm hovořit. (vytváraný papír chvíli ležel před námi na stolku).

## **Celkový dojem**

Vzhledem k místu a povaze sezení bylo na vše poměrně málo času, proto bylo důležité vyhradit si dostatek času na závěrečnou stabilizaci klienta. Bylo dobré si s klientem před odchodem ještě chvíli „nezávazně“ povídat a ujistit se, že je klient stabilizovaný.

## **9.9. Zadání D**

Při tomto cvičení je použita metoda relaxace a uzemnění spojená s imaginací. Jde o zklidnění klienta v bezpečném prostoru KC, kde si při imaginaci vytvoří ve své mysli obraz zahrady, ve které hledá bezpečné místo. Následuje zkoumání a popsání pocitů klidu a bezpečí, které si klient může „uložit“ do své vnitřní paměti odkud si je později může zkusit vybavit.

### **9.9.1. Cíl cvičení**

Nalezení bezpečného prostoru. Zkoumání pocitů v bezpečné zóně a jejich uchování pro pozdější potřebu. Následný návrat do reality a zpětná vazba. Metoda samotná slouží k otevření různých oblastí, ke kterým by se pracovník s klientem za běžného průběhu klientovi návštěvy KC nedostal.

### **9.9.2. Indikace**

Tento typ cvičení je vhodný pro klienty, kteří se nacházejí ve fázi prekontemplace, ale již se pracovníkovi podařilo s ním navázat důvěru.

### **9.9.3. Průběh cvičení**

Typ cvičení (D) - Klient DAG08KAR04

#### **Somatické projevy klienta**

Při příchodu byla rozeznatelná klientova lehká intoxikace, třes a napětí. To se projevilo mimo jiné typickou „vykrouceností“. Po několika minutách uvolňování a groundingu dostal mírné brnění a křeče do nohou. Nohy si klient protáhl a proklepal.

V průběhu cvičení se klient mírně uvolnil a „zapraskal“ klouby, ale k výraznější somatické změně nedošlo.

#### **Verbální projevy klienta**

Klient měl tendence v průběhu imaginace hovořit a sdělovat dojmy.

#### **Cíl**

Vzhledem k tomu, že klient přišel lehce intoxikovaný, bylo cílem navodit atmosféru klidu a ukázat klientovi několik technik, které mají zklidňovací charakter a mohou „uzemnit“ klientovu vlivem drog roztěkanou pozornost a vědomí.

#### **Celkový dojem**

Podle aktuálního stavu klienta se operativně kladl větší důraz na relaxační část cvičení než na samotnou imaginaci. Přesto se zdálo, že se celkově se mírně zklidnil klientův psychomotorický neklid.

## 10. Diskuze a závěr

V této části se pokusíme interpretovat získaná data a budeme zde diskutovat nad výsledky výše definovaných výzkumných otázek.

Odpovědi na výzkumnou otázku, zda je u klientů nízkoprahových kontaktních center, kteří nejsou dostatečně motivováni ke změně možná rozvinutější práce na poli motivace prostřednictvím doprovodných motivačních technik (DMT), jsou uvedeny níže a to společně s odpověďmi na tyto podotázky:

### **1. Existuje ze strany klientů poptávka po službách DMT? Vnímají klienti z cílové skupiny DMT jako práci pro ně přínosnou či nikoliv a pokud ano, tak v čem?**

Z průzkumu vyplývá, že většina klientů cílové skupiny by ocenila zavedení služeb DMT do kontaktních center. Výzkumným šetřením se však ukázalo, že otázka přínosu může znamenat pro každého trochu něco jiného. Pro někoho může znamenat, že se mu tím umožní prostor pro uvažování nad možnou změnou. Pro jiné je přínosné, že ačkoli o změně nehodlají v nejbližší době uvažovat, mohou alespoň někdy zažít pocit klidu, zájmu a možnost se kreativně realizovat. Většina respondentů se zmiňovala o tom, že vnímá DMT pozitivně a smysluplně.

Někteří klienti však poukazují na fakt, že si nejsou vědomi z jakého důvodu by se měli takovou motivační prací zabývat a k čemu jim taková práce bude.

### **2. Jakým způsobem vnímají pracovníci KC práci s klienty z výše zmiňované cílové skupiny?**

Z pohledu pracovníků je tato práce velice energeticky náročná a vysilující. Situace je ještě ztížena zejména tím, že pracovníci většinou nedostávají zpětnou vazbu, což může být jednou z příčin pocitu vyhoření.

Dobrou zprávou však je, že i přes tuto nepříznivou prognózu si jsou pracovníci schopni vytvořit svůj vlastní způsob práce s těmito klienty a ve výsledku převažuje názor, že s většinou těchto klientů lze postupem času nalézt způsob, kterým lze podpořit jejich změnu.

Velký význam je přikládán také vnitřnímu nastavení organizace a vydefinování jejich cílů. Pracovníci, kteří mají v kolektivu nastaveny příliš vysoké ambice pro

práci s klienty, mohou být po krátké době frustrováni neuspokojivými pracovními výsledky. Na druhou stranu, kolektiv, který si klade jen velice skromné cíle, může zapříčinit jakési „zaseknutí“ klienta ve službách a tím mu neposkytne vhodné prostředí pro podporu změnového procesu.

Při analýze a kritickém vyhodnocování výstupů z polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky se objevily zajímavé skutečnosti, které si žádaly upřesnění, které již bohužel zpětně nebylo možné získat. Například při zjišťování, zda si pracovníci myslí, že je možné nějakým způsobem pracovat s dlouhodobými klienty na změně, se vynořila potřeba specifikace pojmu změna tak, jak na to poukázal jeden z respondentů z řad pracovníků:

*(OS): „Myslím, že štamgasti jsou dělit na dva tábory: s prvními jde pracovat na změně a s druhými to nejde, jsou příliš rezignovaní. Ale otázka taky je, co je to změna.“*

Dalším bodem, který, jak se zjistilo zpětně, ve výzkumu chyběl bylo zjištění, zda pracovník za dobu svého působení řešil práci se stagnujícími klienty prostřednictvím supervize. Tak by se ukázalo, zda a jak je toto téma mezi pracovníky aktuální. Zajímavým zjištěním zkumu bylo, že každý z dotazovaných pracovníků má vytvořen svůj vlastní způsob práce s těmito klienty.

Při bližším prozkoumání se ukázalo, že některé styly práce sice směřují stejným směrem, ale proces, kterým by se mělo dojít k výslednému efektu je odlišný<sup>8</sup>. Později se opět objevila potřeba doplnit tuto informaci další otázkou, zda pracovníci vnímají podporu při realizaci jejich stylu práce s těmito klienty od svých kolegů.

Z výše uvedeného plyne doporučení pro výzkumníky, kteří by se do budoucna chtěli zabývat touto problematikou a to zní provést nejprve na malém vzorku respondentů předvýzkum, při kterém se snáze vynoří témata, která mohou vhodně doplnit kontext.

Závěrem je však nutno říct, že cílem výzkumu nebylo zkoumaný předmět generalizovat, ale spíše předložit možné pohledy účastníků. Výzkum si klade

---

<sup>8</sup> Viz. Kapitola 9.3. Fenomén dlouhodobého klienta

za cíl upozornit na fenomén dlouhodobých stagnujících klientů a zjistit o problematice co nejvíce informací a úhlů pohledů a zadat podnět k diskuzím. Závěry zejména vzhledem k malému výzkumnému souboru nelze nikterak zobecňovat ani použít jako jediný podklad pro zavedení DMT do praxe. Pro tyto účely autorka doporučuje provést hlubší výzkum na „saturovaném“ (Miovský, 2006, p. 129) vzorku respondentů.

## 11. Odborná literatura:

Davenport – Hines, R. (2004). Honba za zapomněním. Světové dějiny narkotik 1500 – 2000. BB/art s.r.o., Brno.

Davido, R. (2001). Kresba jako nástroj poznání dítěte. Portál, s.r.o., Praha.

Hrdina, P.: Harm reduction – snižování poškození drogami. In Kalina, K. a kolektiv (2003). Drogy a drogové závislosti 1. Úřad vlády České republiky, Praha.

Hunt, N., Ashton, M., Lenton, S., Mitcheson, L., Neolez, B. a Stimson, G. (2003) A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use, <http://forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html>

Kalina, K. a kolektiv (2003). Drogy a drogové závislosti 1. Úřad vlády České republiky, Praha.

Kalina, K. a kolektiv (2003). Drogy a drogové závislosti 2. Úřad vlády České republiky, Praha.

Kastová, V. (2000). Krize a tvořivý přístup k ní. Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence. Portál, s.r.o., Praha.

Kopřiva, K. (1997). Lidský vztah jako součást profese. Portál, s.r.o., Praha.

Libra, J.: Nízkoprahová kontaktní centra. In Kalina, K. a kolektiv (2003). Drogy a drogové závislosti 2. Úřad vlády České republiky, Praha.

Liebmann, M. (2005). Skupinová arteterapie. Nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci. Portál, s.r.o., Praha.

Meglin, D., Meglin, N. (2001). Kreslení jako cesta k sebevyjádření. Portál, s.r.o., Praha.

Miller, W.R., Rollnick, S. (2003). Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování. Sdružení Scan, Tišnov.

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada, Praha.

Možný, P. (2006). Motivační rozhovor. Psychiatrie 2006; 10 (3): 180 - 184

Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Trojánková, A., Petroš, O., Vopravil, J., Vacek, J. (2007). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006. Úřad vlády ČR, Praha.

Nykl, L. (2004). Pozvání do Rogersovské psychologie. Přístup zaměřený na člověka. Barrister a Principal, Brno.

Robbins, R. (1997). Harmonie osobnosti a změnový proces. Oldag, Ostrava.

Rogers, C. R. (1998). Způsob bytí. Portál, s.r.o., Praha.

Semiramis, o.s. (2008). Koncepce KC Nymburk. Nepublikovaný text.

Timulák, L. (2006). Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru. Portál, s.r.o., Praha.



## 12. Přílohy:

### Příloha číslo 1

<b>Setkání:</b> <b>Datum:</b>	<b>Cvičení:</b> <b>Kod klienta:</b>
----------------------------------	--

#### Zpětná vazba od klientů KC NBK Polostrukturované rozhovory

- 1) Jak dlouho užíváte NNL?
- 2) Jak dlouho jste klientem KC?
- 3) S jakými službami v KC Nymburk máte osobní zkušenost?
- 4) Vnímáte rozdíl v různých přístupech práce? (rozdíl práce s použitím DMT)
- 5) Vnímáte toto jako pro vás přínosné?
- 6) Jestliže ano, v čem?
- 7) Máte zkušenost také se službami v jiných KC?
- 8) Všiml/a jste si nějakých rozdílů ve stylu práce v jiných KC oproti KC Nymburk? Jestliže ano, jakých?

## Příloha číslo 2

### Polostrukturované rozhovory s pracovníky

#### Nacionále

Pohlaví:

Věk:

Délka práce v oboru:

Délka práce v kontaktním centru:

---

- 1) V krátkosti, prosím, charakterizujete klienty, kteří využívají služby pobytu na kontaktní místnosti (KM).
- 2) Uveďte prosím, co považujete za dobrou práci s klienty na KM.
- 3) S jakou skupinou klientů se Vám pracuje nejlépe?
- 4) S jakou skupinou naopak nejhůře?
- 5) Setkal/a jste se někdy s klienty, pro které se typově hodí následující charakteristiky: dochází dlouhodobě, nemění se, stagnuje v procesu změny, nevyžaduje služby, které směřují k abstinenci,...?
- 6) Máte na pracovišti (mezi kolegy) pro takový typ klientů nějaké označení? (polívkáři, štamgasti apod.)
- 7) Odhadněte prosím, jakou poměrnou část tvoří tito klienti ze všech klientů, kteří využívají služby pobytu na KM.
- 8) Vnímáte u sebe při dlouhodobější práci s těmito klienty nějaké negativní pocity? Jestliže ano, jaké?
- 9) Máte nějaký svůj způsob/styl práce s těmito klienty? Jestliže ano, jaký?
- 10) Myslíte si, že s takovými klienty lze pracovat na změně? (jak ze strany pracovníka, tak na straně klienta)
- 11) Napadají Vás ještě nějaké připomínky či souvislosti?