



**MOTIVOVANIE PACIENTOV NA OCHRANNEJ
PROTITOXIKOMANICKEJ LIEČBE
PROSTREDNÍCTVOM KBT**

L. BOŠIAKOVÁ

Psychiatrické oddelenie Nemocnice pre obvinených a odsúdených,
Trenčín
Primár: MUDr. Boris Šustykevič

S ú h r n

Vykonávanie ochrannej protitoxikomanickej liečby v podmienkach výkonu trestu je charakterizované vysokou mierou nedobrovoľnosti a nízkou mierou motivovanosti pacienta na jej absolvovanie. Ústredným bodom v rámci terapeutického pôsobenia a intervencií pri liečbe závislostí sa tak stáva práca s motiváciou pacienta. Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT) ako jeden z najefektívnejších prístupov pri liečbe drogovu závislých ponúka viaceré možnosti, ako pracovať a čo zohľadňovať v motivačnom procese pacienta v rámci ochrannej liečby.

Kľúčové slová: ochranné liečenie – motivačný proces – kognitívno-behaviorálna psychoterapia

L. BOŠIAKOVÁ / MOTIVOVANIE PACIENTOV NA OCHRANNEJ PROTITOXIKOMANICKEJ LIEČBE PROSTREDNÍCTVOM KBT

L. Bošiaková: MOTIVATING PATIENTS
IN COURT-ORDERED DRUG TREATMENT
BY CBT

S u m m a r y

Implementation of court-ordered drug treatment in conditions of imprisonment is characterized by a high degree of involuntariness and patient's low motivation towards its realization. The work with patient's motivation therefore becomes a crucial point of the therapeutic action and intervention in the treatment process. Cognitive-behavioral therapy is one of the most effective approaches in the treatment of drug addiction. It offers several options of how to work and what to take into account in the patient's motivation process within the court-ordered treatment.

Key words: court-ordered treatment – motivation process – cognitive-behavioral therapy

Úvod

Ochranné, súdom nariadené protitoxikomanické liečenie je jedna z foriem ochranného opatrenia, ktoré ukladá súd, ak sa pacient podieľal na páchaní trestnej, či inak závažnej činnosti pod vplyvom návykovej látky, resp. motív jeho konania bol patologicky deformovaný na základe rozvinutej závislosti. Podľa toho, či ide o ústavnú alebo ambulantnú formu, vykonáva sa v rôznych typoch zdravotníckych zariadení, ako sú ambulancie, denné stacionáre či psychiatrické liečebne. Keďže drogová závislosť je veľmi často spojená s rizikovým správaním a páchaním trestných činov, drogovu závislosť jedinci sa ocitajú v podmienkach výkonu trestu. Nezriedka sa tak stáva, že ochranná liečba sa uskutoční už v rámci realizovaného výkonu trestu na odbornom pracovisku v ústavoch pre výkon trestu alebo v Nemocnici pre obvinených a odsúdených v Trenčíne.

Vzhľadom na to, že túto liečbu nariadil súd, prístup pacientov k nej je veľmi indiferentný. Vykonávať niečo, pre čo sa on sám dobrovoľne nerozhodol, je mnohokrát kameňom úrazu najmä v úvodnej fáze liečebného procesu. Často sa stretávame s nemotivovanými, negativistickými až pasívnymi (a niekedy aj aktívnymi) agresívnymi pacientmi, ktorí liečenie odmietajú a jedine súdne nariadenie ich motivuje zotrvať.

L. BOŠIAKOVÁ / MOTIVOVANIE PACIENTOV NA OCHRANNEJ PROTITOXIKOMANICKEJ LIEČBE PROSTREDNÍCTVOM KBT

Vzniká tak otázka, ako nastaviť liečebný program tak, aby sa pacient čo najviac aktivoval a začal vnímať samotné liečenie ako prostriedok, novú šancu na zmenu. Základným predpokladom úspešnej liečby je predovšetkým motivovanosť samotného pacienta, jeho vnútorná, vedomá ochota angažovať sa. Prebudenie tejto vnútornej hybnej sily však nie je jednoduché. Často pacienti s protitoxikomanickými liečbami majú za sebou bohatú addiktologickú anamnézu. Ich skorý prvý kontakt s drogou, ktorý sa posúva do obdobia skorej adolescencie a niekoľkoročná závislosť spôsobujú, že tak prirodzene zrástli s drogovocentrickým spôsobom života, že si jeho zmenu už ani nevedia predstaviť. Význam drog u nich narastá do takej miery, že nekontrolovateľným spôsobom preberajú prvoradé miesto v celom ich živote (Göhlert a Kühn, 2001). A strata toho, čo tak dôverne poznajú býva pre nich desivejšia napriek všetkým negatívam, ktoré so sebou takýto spôsob života prináša.

Motivácia

Hoci sa motivácia v liečbe udávala ako dôležitá súčasť, predpoklad liečenia, v súčasnosti predstavuje motivačná práca ako centrálnu súčasť terapeutického procesu (Lindenmeyer, 2008). Motivácia je stav odhodlania dosiahnuť určitú zmenu alebo cieľ. Ide o stav, ktorý nie je trvalý, ale podlieha zmene v závislosti od času a situácie. Mieru motivácie môžeme hodnotiť na základe správania pacienta, čo znamená, koľko úsilia a času venuje tomu, aby dosiahol svoj cieľ. Vyjadrovaná však môže byť nielen prostredníctvom konania, ale aj v slovách. Motivácia hovorí o pripravenosti klienta k uskutočneniu zmeny, respektíve jeho túžba po nej. Motivácia však nie je jednorazový akt. Ide o proces, ktorý má cyklický charakter (Letovancová, 2002).

Motivačný proces možno chápať ako smerovanie k samotnej zmene. Ide o cyklický proces, ktorý sa podľa Prochasku a DiClementa a ich transteoretického modelu (Lindenmeyer, 2008; Miller a Rollnick, 2002) odohráva v jednotlivých fázach. Každé štádium si vyžaduje od terapeuta empatický prístup a vnímanie tohto procesu u pacienta, ako aj erudovanosť a odbornú pripravenosť pri použití terapeutických metód. Zároveň v podmienkach výkonu trestu špecifický prístup k ľuďom, ktorí okrem ochrannej liečby vykonávajú aj výkon trestu.

Fázy motivačného procesu podľa Prochasku a DiClementa (Miller a Rollnick, 2002) zamerané na priebeh liečby u drogovovo závislých na ochrannej liečbe v podmienkach výkonu trestu:

1. *Prekontemplácia* je fáza, kedy klient necíti, že by mal nejaký problém, ktorý je potrebné riešiť a ochrannú liečbu vníma ako nutné zlo. Dochádza k externalizácii viny na súdy, príbuzných, prípadne zdravotnícky personál.

L. BOŠIAKOVÁ / MOTIVOVANIE PACIENTOV NA OCHRANNEJ PROTITOXIKOMANICKEJ LIEČBE PROSTREDNÍCTVOM KBT

Úlohou terapeuta je skôr zamerať sa na mapovanie aktuálnej životnej situácie u pacienta, ktorý má nielen súdom nariadenú liečbu, ale zároveň je v pozícii odsúdeného, ktorý vykonáva trest odňatia slobody. S tým je spojených mnoho ďalších stresujúcich komplikácií. Markantné bývajú najmä problémy vo vzťahovej oblasti, a práve tie môžu odštartovať uvažovanie nad súčasnou situáciou pacienta.

2. *Kontemplácia (zvažovanie)* ponúka priestor na prácu s ambivalenciou, kedy si pacient na jednej strane zmenu veľmi praje, pretože si uvedomuje dôsledky, životné debakle spojené so závislosťou, ale na strane druhej sa mu do toho veľmi nechce. Musel by sa totiž opätovne vystavovať nepríjemným spomienkam, zlyhaniam a úzkostným pocitom. Úlohou terapeuta je zdôrazniť argumenty podporujúce zmenu a zvýrazniť riziká, ktoré so sebou prináša zotrvanie na pôvodnom fungovaní, ako aj znižovať príťažlivosť súčasného stavu. Veľmi dôležitá je podpora pacienta, jeho kompetencií a schopností, ktoré ho môžu v procese zmeny posilniť. Zároveň podporenie schopnosti identifikovať a odstraňovať prekážky brániace v zmene. Metóda motivačného rozhovoru v tomto štádiu býva veľmi nápomocná.

3. *Rozhodnutie (príprava, plánovanie)* je odhodlaním zmenu vykonať, čo v sebe nevyhnutne zahŕňa vynaloženie úsilia a času. Terapeut spolu s pacientom vypracovávajú liečebno-terapeutický plán a vyjasňujú si hlavné ciele, ku ktorým sa spoločnou prácou chcú dopracovať. Dôležité je reálne nastavenie cieľov, ktoré možno dosiahnuť a následná merateľnosť ich úspechu. Kognitívno-behaviorálna terapia pracuje s množstvom dotazníkov a škál, ktoré podávajú číselnú informáciu hodnotiacu aktuálny stav, prípadne jeho zmenu. To je možné využiť aj pri zhodnocovaní dosiahnutých cieľov. Terapeut zároveň jasnejšie formuluje problém a navrhuje metódy, ktoré by mohli byť súčasťou terapeutického procesu. V tejto fáze je nevyhnutné opätovne prehodnotiť a pracovať ako s motiváciou pacienta, tak aj s ambivalenciami, ktoré by proces zmeny mohli blokovat.

4. *Akcia* predstavuje realizáciu zmeny, kedy pacient používa nové, vhodnejšie formy reagovania, konania a uvažovania, a to najprv v chránenom, a neskôr aj v pôvodnom prostredí. Techniky kognitívno-behaviorálnej terapie sú v tejto fáze veľmi vhodné, najmä používanie expozičných a nácvikových metód. Vystavenie pacienta niektorým situáciám v imagináciách mu poskytuje priestor si ich v bezpečnom prostredí prejsť. Racionálny pohľad, analýza, nájdenie alternatívnych spôsobov reagovania a ich nácvik s terapeutom pre neho znamená posilnenie do budúcnosti. Jeho angažovanosť tak opätovne vzrastá. Nevyhnutnou súčasťou v práci terapeuta je tiež poskytovanie spätnej väzby pacientovi a posilňovanie jeho pozitívnych vlastností, resp. oceňovanie jeho pokrokov. Ocenenie ako pozitívne spevnenie totiž predpokladá opakovanie adaptívnejšieho modusu správania a zároveň po-

L. BOŠIAKOVÁ / MOTIVOVANIE PACIENTOV NA OCHRANNEJ PROTITOXIKOMANICKEJ LIEČBE PROSTREDNÍCTVOM KBT

silňuje u pacienta dôveru v seba a vo svoje zvládacie mechanizmy. V zmysle metafory „Dubák pochvál, muchotrávku nepochaň.“

5. *Udržovanie* je fáza, kedy sa klient snaží zmenu udržať a predísť relapsu. V podmienkach ochrannnej liečby sa v tomto štádiu terapeut s pacientom zameriavajú na prípadné problémy, ktoré sa môžu objaviť v budúcnosti ako aj na prípravu možností ich riešenia. Detailne vypracovaný krízový plán prevencie relapsu by mal byť v závere ochrannnej liečby ústredným bodom terapeutickej práce. Pripraviť pacienta na situácie, ktoré ho čakajú po skončení výkonu trestu a zároveň posilnenie motivácie, to je cesta k trvalej zmene. Záverečný motivačný rozhovor by sa tak mal zamerať ako na zhodnotenie posunov v rámci terapeutického procesu, tak aj na poukázanie pacientových pokrokov a jeho novonadobudnutých kompetencií, s ktorými odchádza (Miller a Rolnick, 2002; Rotgers a kol., 1999).

KBT prístup k motivačnému procesu pacienta

Veľmi často sa stretávame s názorom, že k závislému pacientovi treba pristupovať priamym, konfrontačným spôsobom, aby si čo najskôr uvedomil a priznal svoj problém s návykovou látkou a podriadil sa pravidlám terapeutického procesu. Prirodzenou reakciou takéhoto vedenia je odpor pacienta, ktorým sa vyhraňuje voči terapeutovi, aj procesu liečby. Vyhodnotením takejto reakcie je potom skonštatovanie nedostatočnej motivácie na strane pacienta, jeho neochoty niečo meniť a sabotovanie liečby.

V ochranných liečeniach vystupuje ešte viac do popredia faktor nedobrovoľnosti, resp. nariadenia takejto liečby. Samotný tento fakt prispieva k tomu, že pacient už prichádza s odmietavým nastavením. Vie síce, že ak nechce niešt, dôsledky odmietnutia ochrannnej liečby, musí ju absolvovať, avšak jedinou jeho motiváciou v úvodných fázach je ukončenie liečby v čo najkratšom čase. Častou komplikáciou okrem odporu pacienta, býva aj prítomnosť duálnej diagnózy. Najčastejšie sa stretávame s poruchami osobnosti, afektívnymi, neurotickými či psychotickými poruchami. Pred terapeutom je tak hneď v úvode neľahká úloha. Nadviazať s pacientom kontakt s cieľom motivovať ho k liečbe, a pritom zohľadniť komorbiditu závislosti so symptómami iných psychických porúch.

Svojím správaním môže ovplyvniť správanie pacienta a to tým, že podporí jeho vlastnú motiváciu k zmene. Práve *mapovaním všetkých nevýhod* a ťažkostí, ktoré mu závislosť a pobyt na liečbe prinášajú. Ich uznanie býva často prvým pozitívnym bodom v nadviazaní vzťahu a spolupráce s pacientom. Prenechanie osobného priestoru na slobodné vyjadrovanie sa k danej situácii, načúvanie bez konfrontačných vstupov, validizovanie pacientových

L. BOŠIAKOVÁ / MOTIVOVANIE PACIENTOV NA OCHRANNEJ PROTITOXIKOMANICKEJ LIEČBE PROSTREDNÍCTVOM KBT

ťažkostí a prenechanie zodpovednosti za rozhodnutia buduje kvalitný terapeutický vzťah.

Z pohľadu používania terapeutických metód má svoje osobitné miesto práve už vyššie spomínaný *motivačný rozhovor*. Predstavuje jednu z metód, ktorú možno použiť pri práci so závislým pacientom. Ide o direktívnu metódu, ktorej cieľom je podporiť vnútornú motiváciu pacienta k zmene a to tak, že sa s ním preberie jeho ambivalencia, pričom sa mu snažíme ju pomôcť prekonať (Miller a Rollnick, 2002). Používa sa predovšetkým u pacientov, ktorí popierajú existenciu problému. Liečenie berú ako nutnosť, do ktorej ich natlačil niekto iný a zo svojich ťažkostí obviňujú skôr iné osoby. Možno ho tak využiť u každého klienta, ktorý k liečbe nie je motivovaný a nie je ochotný spolupracovať. Samozrejme, motivačný rozhovor nezaručuje úspech terapie, ale môže aspoň znížiť vzniknuté napätie vo vzťahu s terapeutom a tiež zmierniť odpor samotného pacienta. Kladenie otvorených otázok, reflektovanie toho, čo pacient hovorí, sumarizácia, povzbudzovanie a ocenenie je nevyhnutnou súčasťou motivačného rozhovoru. Okrem toho existuje 5 všeobecných princípov, na ktorých sa zakladá motivačný rozhovor (Miller a Rollnick, 2002):

1. *Vyjadrenie empatie* – terapeut vyjadruje pacientovi porozumenie bez posudzovania či kritiky. Neznamená to plnú akceptáciu jeho maladaptívneho správania, či súhlas s jeho prezentovanými názormi. Ide skôr o postoj pozorného načúvania s rešpektom a snahou maximálne porozumieť jeho vnútornému prežívaniu, postojom a názorom. Prijímajúci postoj terapeuta podnecuje motiváciu a zmenu na strane klienta.

2. *Rozvíjanie rozporov* – terapeut vyvoláva a zvýrazňuje rozpor v mysli pacienta týkajúci sa súčasného problému a jeho dôsledkov v porovnaní s dôležitými životnými cieľmi a hodnotami. Čím väčšie je uvedomenie tohto rozporu, tým sa ochota k zmene zvyšuje. Pacient by pri tom sám mal prísť na argumenty podporujúce zmenu. Motivácia tak nadobúda vnútornú kvalitu a tým sa stáva osobnejšou.

3. *Vyhýbanie sa sporom* – terapeut by sa v rozhovore so svojim pacientom mal vyhýbať sporom, pretože zatiahnutie sa do nekonštruktívneho vymieňania názorov brzdí celý terapeutický proces a narušuje vzájomný vzťah. Pravidlom zostáva, že pokiaľ začne klient odporovať, terapeut by mal zvážiť a pozmeniť vlastný prístup, pretože odpor v terapii je jasným signálom pacientovej obrany.

4. *Využitie odporu* býva kľúčovým momentom, kedy terapeut počúva pacientove argumenty, ktorými obhajuje svoje súčasné správanie a dôvodí nemožnosť zmeny, pričom sa ich snaží posunúť do inej roviny, kde nadobudnú odlišný význam. Terapeut môže iné významy len ponúkať, nie ich za každú

L. BOŠIAKOVÁ / MOTIVOVANIE PACIENTOV NA OCHRANNEJ PROTITOXIKOMANICKEJ LIEČBE PROSTREDNÍCTVOM KBT

cenu vnucovať. Rovnako ako nie je na ňom, aby vymýšľal riešenia klientovho problému, pretože klient sám je zdrojom pre potencionálne riešenia svojich ťažkostí.

5. *Podpora dôvery vo vlastné schopnosti pacienta* je dôležitým supportívnym faktorom v procese zmeny. Posilnenie sebavedomia pacienta, že si je schopný zmenu nielen predstaviť, ale ju aj zrealizovať, je dôležitým motívátorom.

Podporovanie argumentov vedúcich k zmene je neoddeliteľnou súčasťou motivačného procesu. A to nielen v úvode liečby, ale aj počas jej priebehu. *Kognitívna reštrukturalizácia* ako spôsob alternatívneho nahliadania na vlastné myšlienky a ich korekcia sa ukazuje ako účinná metóda, ktorou možno pozmeniť nastavenie pacienta k liečbe. Kým edukácia o probléme v úvodných fázach plní len informatívnu funkciu, kognitívna reštrukturalizácia ponúka priestor priamej práce s myslením pacienta. Pričom zmena v myslení nadobúda trvalejší charakter a jej ďalším prínosom je, že dochádza ku generalizácii aj na iné situácie.

Zdroje ambivalencie a ich terapeutické využitie

Nerozhodnosť v prístupe pacienta k problému vlastnej závislosti je nevyhnutnou súčasťou procesu zmeny. Ambivalencie sú v úvodných fázach nielen zjavné, ale často aj tvrdo obhajované samotnými drogovo závislými jedincami. Terapeut nielenže ich musí očakávať, ale priamo s nimi počítať. Keďže patria k terapeutickému procesu, je na mieste zamyslieť sa, ako ich možno využiť v prospech pacienta. Identifikovanie zdrojov ambivalencie je iba prvou časťou, ktorú musí terapeut zvládnuť. Ďalším krokom je konkrétna práca s nimi, na čo potrebuje nielen dostatok odborných znalostí, ale aj ovládanie základných terapeutických zručností. V krátkosti popíšeme zdroje, s ktorými sa najčastejšie stretávame pri práci so závislými pacientmi na ochrannej liečbe.

Odpor v prvých fázach liečby sa objaví takmer zakaždým, keď očakávania a ciele pacienta sú odlišné od terapeutových, nemá jasne sformulované problematické oblasti a ešte vôbec neuvažuje o zmene. Známkou odporu v terapii je obhajovanie klienta, prečo mu súčasný stav vyhovuje a aké nevýhody v potencionálnej zmene vidí, simplifikuje addikciu, racionalizuje jej závažnosť a bagatelizuje negatívny dopad dôsledkov na svoj vlastný život. Rovnako rezistencia pacienta môže mať príčinu aj v prenosových a protiprenosových reakciách v rámci terapie. Príčin odporu môže byť viacero, avšak platí, že odporom dáva pacient najavo svoju potrebu potvrdenia, ktorú smeruje k terapeutovi (Praško a kol., 2007). Terapeut by mal byť schopný

L. BOŠIAKOVÁ / MOTIVOVANIE PACIENTOV NA OCHRANNEJ PROTITOXIKOMANICKEJ LIEČBE PROSTREDNÍCTVOM KBT

túto rezistenciu využiť v prospech klienta a jeho procesu a posunúť tak vnímanie jeho závislosti (Miller a kol., 1994).

Protichodné hodnoty – v terapii klient s terapeutom môžu situácie spojené s drogovou závislosťou súvisiacou s kriminalitou vnímať úplne odlišne. Vychádza to z odlišného hodnotového a morálneho systému, ktorý obaja preferujú. Úskalie terapeutической práce spočíva v tom, aby terapeut nezostal hodnotovo nestranný (value free), a na druhej strane aby neskĺzol do kritiky pacientovho nahliadania. Platí zásada, že ak by bol klient primerane adaptovaný, schopný zvládať každodenný život, nebol by na ochrannej liečbe a ani v terapii. Otvorenie otázky hodnotových diskrepancií a vysvetlenie si uhlu pohľadu prejasňuje terapeutický vzťah a zbavuje ho napätia.

Sebahodnotenie – pokiaľ je u pacienta veľmi nízke, znižuje jeho motiváciu k zmene. Preto je nevyhnutné pacientovu sebadôveru podporovať a dostatočne oceňovať počas celej liečby. Pozitívnejšie hodnotenie seba samého prispieva k vyššej motivácii udržať zmenu a ďalej sa o ňu usilovať. Práca so sebahodnotením, jadrovými a dysfunkčnými schémami, ktoré si vytvárame od raného detstva, predstavuje gro terapeutovej a klientovej práce pri budovaní pozitívnejšieho sebaobrazu.

Sociálny a kultúrny kontext – poukazuje na fakt, že existujú určité skupiny v rámci spoločnosti, ktoré nielen odobrujú závislé správanie, ale ho považujú za prirodzenú súčasť subkultúry. Život na ulici, drogovú závislosť a s tým súvisiacu kriminalitu vnímajú ako dennú rutinu, začarovaný kruh, ktorý sa opakuje s takou pravidelnosťou, že sa málokedy zamyslia nad iným spôsobom fungovania. Známosť prostredia a prijatie takého spôsobu života v nich potom posilňuje odmietanie, resp. váhanie nad zmenou.

Prostredie výkonu trestu – môže prispievať k rezistencii a odporu pacienta hlbšie sa angažovať v liečebnom procese. Často dominujúci pocit nespravodlivosti a životného debakla, ako aj obmedzenia plynúce zo špecifik prostredia výkonu trestu vedú k demotivácii a zvyšujú rezistenciu pacienta. Avšak zaradenie pacienta nielen do terapeutických, ale aj do režimových aktivít spojených s organizáciou chodu oddelenia sa javia ako veľmi efektívne. Ak má možnosť usporadúvať a vplývať na priestor, v ktorom sa aktuálne pohybuje, je viac aktivovaný a ochotný k spolupráci aj v rámci terapeutického liečebného procesu.

Záver

Liečba závislostí je vždy dlhodobá a náročná, pretože pri nej nejde len o samotný liečebný proces, ale aj každodenné usilovanie sa pacienta o dosiahnutie trvalej zmeny. Bez dostatočnej motivácie sa na trvalej zmene pracovať nedá. Koncept práce s motiváciou v rámci realizovanej liečby sa javí

L. BOŠIAKOVÁ / MOTIVOVANIE PACIENTOV NA OCHRANNEJ PROTITOXIKOMANICKEJ LIEČBE PROSTREDNÍCTVOM KBT

ako veľmi podstatný, pretože bez dostatočne motivovaného pacienta zmena nepríde. Zároveň je už prekonaný názor, že pacient smie vstúpiť do liečby iba v tom prípade, keď je na ňu dostatočne motivovaný. V rámci ochranných protitoxikomanických liečieb sa totiž stretávame s vysokou mierou nedobrovoľnosti v kombinácii s nízkou motivovanosťou. Napriek tomu je tu priestor pre terapeutické intervencie zamerané práve na prehlbenie osobnej angažovanosti realizovať zmenu. Pri práci so závislým pacientom sa využívajú rôzne metódy a postupy, pričom k najefektívnejším patria aj postupy vychádzajúce z kognitívno-behaviorálnej terapie (Prochaska a Norcross, 1999), ktorej prístup v úvodných fázach liečby sme sa snažili načrtnúť.

L i t e r a t ú r a

- Göhlert, Ch. – Kühn, F.: Falošne vedomie. Banská Bystrica: Ikar, 2001, 142 s.
- Letovancová, E.: Psychológia v manažmente. Bratislava: Univerzita Komenského, 2002, 164 s.
- Lindenmeyer, J.: Závislosť od alkoholu. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2008, 134 s.
- Miller, W. R. – Rollnick, S.: Motivational interviewing: preparing people for change. Second revised edition. New York: The Guilford Press, 2002, 428 s.
- Miller, W. R. – Zweben, A. – DiClemente, C. C. – Rychtarik, R. G.: Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapist Threatening Individuals with Alcohol Abuse and Dependence. Pennsylvania: Diane Publishing, 1994, 121 s.
- Praško, J. – Možný, P. – Šlepecký, M.: Kognitívno-behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton, 2007, 1063 s.
- Prochaska, J. O. – Norcross, J. C.: Psychotrapeutické systémy: průřez teoriemi. Praha: Grada Publishing, 1999, 479 s.
- Rotgers, F. – Keller, D. S. – Morgenstern, J.: Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing, 1999, 260 s.

Doručené do redakcie: 11. 12. 2013

Prijaté na publikovanie: 5. 1. 2014

Adresa autora: Mgr. Lucia Bošiaková
Nemocnica pre obvinených a odsúdených
Súdna 15, 911 01 Trenčín
bosiakova.lucia@gmail.com