

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

**Studijní program: Specializace ve zdravotnictví**

**Studijní obor: Adiktologie**



**Iva Douchová**

**Práce s motivací u klientky závislé na alkoholu v různých  
fázích ústavní léčby.**

**Working with the client's motivation for alcoholics at  
various stages of inpatient treatment.**

**Bakalářská práce**

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Petra Vondráčková, PH.D.

Praha  
2013

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Dále prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Současně souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 30. 4. 2013

Iva Douchová

**Identifikační záznam:**

**DOUCHOVÁ, Iva. Práce s motivací u klientky závislé na alkoholu v různých fázích ústavní léčby.** (Working with the client's motivation for alcoholics at various stages of inpatient treatment).

Praha, 2013. 56 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Vondráčková Petra, PH.D.

### **Poděkování:**

**Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Petře Vondráčkové, PH.D., za odborné vedení, za čas věnovaný konzultacím a za cenné rady a připomínky, jež mi při její tvorbě poskytla.**

**Dále bych chtěla poděkovat terapeutickému týmu oddělení léčby závislostí za vstřícný přístup při doplňování dat příběhu klientky.**

;

## **ABSTRAKT:**

Cílem bakalářské práce je zkoumat, jaké jsou možnosti práce s motivací u lidí závislých na návykových látkách, kteří nastoupili do ústavní péče a nejsou motivováni pro další léčbu. Na reálném případě nemotivované klientky je zkoumán průběh vývoje motivace k léčbě a zhodnoceno, které intervence a postupy byly v jednotlivých fázích léčby účinné a směřující k pozitivním změnám závislého chování.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá zejména tématy motivace, historií práce s lidmi závislými na návykových látkách, přehledem stávajících a nově se rozvíjejících přístupů a technik, významem motivačních rozhovorů.

Případová práce se zakládá na podrobně zpracované kazuistice klientky závislé na alkoholu, která byla přijata na detoxifikační oddělení, bez zájmu o další léčbu. Pro střednědobou léčbu se rozhodla zejména pod tlakem vnějších okolností, nebyla vnitřně motivována. Základními metodami v této práci je kvalitativní sběr dat, založený na pozorování, na semistrukturovaném a narativním interview. Doplňující informace jsou získány z přístupné zdravotnické dokumentace, která je součástí chorobopisu klientky. Je čerpáno zejména ze zápisů ze skupinové psychoterapie, sesterských, lékařských a psychologických záznamů, jsou použity i zápisy klientky do deníku, její životopis.

Kazuistika je na základě teoretické části vybrána tak, aby co nejlépe demonstrovala jednotlivé techniky prvky motivačních práce u konkrétního klienta a ukázala, jak se motivace přetváří v průběhu procesu změny, jak je tedy proměnlivou charakteristikou.

V závěru je shrnut příběh klientky, vývoj motivace k nástupu do léčby a ke změně závislostního chování. Je zde řešena otázka, jaké metody, postupy a principy se v jednotlivých fázích léčby jeví jako podstatné v procesu změny. Je zde potvrzen předpoklad, že jako nejučinnější se faktor procesu se jeví vnitřní motivace.

**Klíčová slova** : motivace - motivační rozhovory - proces změny - závislost na alkoholu

## **ABSTRACT:**

The aim of this work is to examine the progress of the development of motivation on real case unmotivated clients to treat and evaluate which interventions and practices in the various stages of treatment and effective towards positive change addictive behavior.

The theoretical part of the thesis deals mainly with issues of motivation, history of working with people addicted to drugs, an overview of existing and emerging approaches and techniques in creating motivation, meaning and practice of motivational interviewing.

Case work is based on the elaboration of case studied clients addicted to alcohol, which was adopted on detoxification department, with no interest in further treatment. For the medium-term treatment is decided mainly under the pressure of external circumstances, not internally motivated. The basic methods in this study is qualitative data collection, based on observation, the semistructured interview and narrative. Additional information is obtained from available medical records, which is part of the client's medical record. It is mainly drawn from the minutes of group psychotherapy, sister, medical and psychological records are used and client records in her diary, her resume.

Case report is based on the theoretical part selected to best demonstrate the various elements of motivational techniques work for a particular client, and show how to transform motivation during the process of change, as it is a variable characteristic.

The conclusion summarizes the story and evolution of client motivation to take up treatment and to change addictive behavior. It is here addressed the question of what methods, procedures and principles in various stages of treatment appears to be essential in the process of change from the perspective of the therapist and the client's point of view. It is here confirmed the assumption that the most effective factor in the process appears to be internal motivation.

**Keywords:** motivation - motivational interviewing - a process of change - alcohol addiction

## **OBSAH:**

<b>1.</b>	<b>ÚVOD A ZÁKLADNÍ TEORETICKÉ UKOTVENÍ PRÁCE</b>	<b>9</b>
<b>2.</b>	<b>VÝCHODISKA PRÁCE (TEORETICKÁ ČÁST)</b>	<b>10</b>
2.1.	Pojem motivace	10
2.2.	Motivace v oblasti závislosti – specifika	11
2.3.	Práce s uživateli návykových látek – pohled do historie	12
2.4.	Stávající a nově se rozvíjející přístupy a techniky	13
2.4.1.	Koncept uplatňování prvku pozitivní psychologie	13
2.4.2.	Koncept posilování odolnosti klienta	14
2.4.3.	Fáze modelu změny – cyklický model dle Procházky a DiClementiho	15
2.4.4.	Technika motivačních pohovorů	19
2.4.5.	Technika krátké terapie	21
2.4.6.	Model Buisman Kok	22
2.5.	Metody měření motivace- CMRS škála	23
<b>3.</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	<b>26</b>
3.1.	Cíle výzkumu	26
3.2.	Výzkumné otázky	26
3.3.	Pozadí výzkumu	27
3.4.	Výzkumný soubor	27
3.5.	Metody získání dat.	27
3.6.	Metody zpracování dat	29

<b>4.</b>	<b>ANAMNÉZY KLIENTKY</b>	29
4.1.	Úvod - krátké seznámení s klientkou	29
4.2.	Rodinná anamnéza	30
4.3.	Osobní – zdravotní anamnéza	30
4.4.	Sociální anamnéza	31
4.5.	Vývoj alkoholové kariéry a dopady s tím spojené	32
4.6.	Diagnostika	34
4.7	Léčebné intervence, detoxifikační pobyty, abstinenční pokusy	34
<b>5.</b>	<b>SITUACE VÝCHOZÍHO BODU</b> - setkání a seznámení s klientkou	36
<b>6.</b>	<b>POPIS PROCESU LÉČBY A MOTIVAČNÍHO PROCESU</b>	37
6.1.	Období detoxifikace – fáze prekontemplace	37
6.2.	Fáze kontemplace	39
6.3.	Fáze rozhodování	40
6.4.	Fáze akce – nástup na léčbu	41
6.5.	Další fáze v procesu změny – budování vnitřní motivace	43
<b>7.</b>	<b>VÝSLEDKY A DISKUZE</b>	47
7.1.	Vývoj motivace klientky v průběhu léčby	47
7.2.	Hodnocení metod a principů budování motivace u klientky z pohledu terapeuta	49
7.3.	Hodnocení účinnosti metod a přístupů ze strany klientky	50
<b>8.</b>	<b>ZÁVĚR</b>	52
<b>9.</b>	<b>ETIKA</b>	53
9.1.	Příloha Informovaný souhlas	54
<b>10.</b>	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	55



# 1. ÚVOD A ZÁKLADNÍ TEORETICKÉ UKOTVENÍ PRÁCE

Tato bakalářská práce je podrobně zpracovanou případovou studií klientky závislé na alkoholu, která se opakovaně neúspěšně léčila v jiných zařízeních, nikdy léčbu nedokončila, na detoxifikační oddělení v psychiatrické léčebně nastoupila bez vnitřní motivace k další léčbě, pod tlakem vnějších okolností. Zabývala jsem se motivační prací s touto klientkou, postupnou změnou jejího postoje k léčbě, vedoucí ke změně myšlení, chování a jednání.

Přístup ke klientele závislé na návykových látkách se v posledních letech v mnohém změnil, jak ze strany odborníků, tak ze strany laické veřejnosti. V minulosti byl uplatňován především konfrontační a sankční systém, nyní se v odborné literatuře často poukazuje na význam motivace při změně závislostního chování, řeší se různé postupy a techniky. Já jsem čerpala poznatky o motivaci na základě studia odborné literatury, také jsem absolvovala výcvik motivačních pohovorů u PhDr. Soukupa.

V praxi jsem se snažila získané vědomosti uplatnit při práci s klientkou, zejména při individuálních pohovorech a při skupinové terapii. Zaměřila jsem se na to, v jaké fázi kola změny se klientka nacházela a následně jsem se zamýšlela nad vztahem „párování“ intervence s příslušným stupněm její motivace. Prochaska et al. (1992) uvádějí, že ke změnám u lidí dochází tehdy, když se ve správnou dobu realizuje správný proces. Proto je důležité, aby poradce uměl určit, v jakém stádiu změny se klient nachází sáhnul k intervencím, které jednotlivým stádiím- prekontemplaci, kontemplaci, přípravě, akci, udržování a ukončení – nejlépe odpovídají. Na oddělení léčby závislostí pracuji 6 let a na základě této praxe jsem přesvědčena, že práce s motivací je velmi důležitou součástí léčby závislostního chování a její specifický význam je shodný v každé pracovní pozici (sestra, terapeut, pomocný zdravotnický personál). Vzdělávání a získávání zkušeností s motivačními technikami se podle mého názoru podílí na kvalitě a soudržnosti týmu. Jak uvádí Kalina (2008), nedostatek znalostí a dovedností se řadí mezi faktory na straně zařízení a terapeutů, které mohou vést k předčasnému nebo bezprostřednímu ( drop out, very early drop out) vypadnutí z léčby.

## 2. VÝCHODISKA PRÁCE (TEORETICKÁ ČÁST)

Teoretická část práce se zabývá pojmem motivace, specifikou motivace u lidí závislých na návykových látkách a jejím významem v jednotlivých fázích léčby závislosti. Jsou zde zmíněny postupy při léčbě, aplikované v minulosti, kdy význam motivace nebyl v podvědomí.

Dále jsou zde popsány stávající a nově se rozvíjející terapeutické přístupy a techniky. Práce poukazuje na jednotlivé fáze kola změny dle modelu Prochasky a DiClementa a seznamuje s technikou měření motivace – škála CRMS, kterou vypracoval De Leon a jeho spolupracovníci.

### 2.1. Vymezení pojmu motivace

Vymezení pojmu motivace je obtížné, protože existuje mnoho definic a v psychologii nemá tento pojem ustálený význam. Definice uváděné v odborné literatuře se ale shodují na tom, že motivace je odvozena z latinského slova *movere*, tj. hýbati, pohybovati. Z toho vyplývá, že naše chování je usměřováno určitými silami o různé intenzitě - tzv. motivy. Lidé se vždy zajímali o pohnutky vlastního chování i chování druhých. Je jasné, že pro všechno, co děláme, máme nějaké pohnutky, naše jednání je jistým způsobem determinováno. Chováním člověka rozumíme všechny způsoby a formy, jimiž se projevuje v různých situacích a činnostech. Ve velkém sociologickém slovníku je uvedeno, že „motivace je psychický stav, vyvolávající činnost, chování či jednání zaměřující se určitým směrem“ (Velký sociologický slovník, 1996).

Existuje mnoho teorií motivace a mimoto se části mnoha teorií učení a teorií osobnosti zabývají také motivací. Tento fakt svědčí o tom, že „motivace“ je důležitým pojmem v moderní psychologii. Nuttin (Nuttin in Nakonečný, 1997) uvádí, že motivace je psychický stav vyvolávající činnost, chování či jednání zaměřující se určitým směrem a jedinec, který je ve stavu motivace cosi hledá, od určitých objektů se odvrací, u jiných prodlévá a vykazuje tak, že motivované chování má cíl, orientaci a že je zaměřeno na něco, co mu přináší uspokojení. K dosahování cílů se vyjádřil také Zimbardo, který tvrdí, že motivace se dá vypořádat z chování, které je zaměřeno na cíl (Nakonečný, 1997). Dle Hartla (1993) se v zaměření motivace uplatňuje osobnost jedince, jeho hierarchie hodnot i dosavadní zkušenosti, schopnosti a naučené dovednosti, za nežádoucí motivace jsou považovány strach, úzkost, bolest aj.

Jak uvádí Nakonečný (1997), motivace je intrapsychický proces, který má svůj zdroj ve vnitřní a vnější situaci individua. Vnitřní situace je např. stav hladovění, vyjadřuje primárně endogenní zdroj motivace, ale motivující vnitřní stavy mohou vyvolat i vnější situace člověka. Jindy se určité vnější podněty stávají motivující, ale jen za podmínky příslušného vnitřního „vyladění“. Vnější podněty mohou jedince stimulovat, ale nemusí ještě motivovat určité chování. Nakonečný

(1997) poukazuje na to, že je nutno rozlišovat motivace, motivy a vnější motivující podněty, které se někdy označují jako tzv. incetivy. Podněty se stávají incetivami jen v určitém vztahu ke stávajícím motivům: nápoj je incetivou jen pro žíznícího.

Nakonečný (1997) zdůrazňuje, že chápeme-li motivaci jako intrapsychické dění, je nutné chápat i jeho základní motivační konstrukty jako intrapsychické fenomény. V tomto smyslu je pak nutné chápat a vymezit pojmy potřeby a motivu. Přesnější vymezení obou pojmů pak vyjadřuje určité pojetí motivace, které má jasně členěnou strukturu. **Motivace** je proces iniciovaný výchozím motivačním stavem, v jehož obsahu se odráží nějaký deficit ve fyzickém nebo sociálním bytí jedince, a směřující k odstranění tohoto deficitu, které je prožíváno jako určitý druh uspokojení. Výchozí motivační stav charakterizovaný nějakým deficitem lze označit jako potřebu. **Chování** je instrumentální aktivita zprostředkující vztah mezi potřebou a jejím uspokojením. **Motiv** pak vyjadřuje obsah tohoto uspokojení.

## 2.2. Motivace v oblasti závislosti

Kalina (2008) poukazuje na to, že v tradičním modelu léčby drogově závislých vládlo přesvědčení, že motivace je výhradně věc klienta a že optimální motivaci k léčbě zajišťuje situace debaklu, v níž se klient ocitne a z níž nenachází jiná východiska než nástup na léčbu. Motivace je proces usměrňování, udržování a energitizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince a vlivem užívání návykových látek se tato základní osobnostní dimenze zásadně mění, jednak poklesem zájmu o cokoli jiného než o drogy a jednak ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k vývojovému růstu a k prosperitě. Podle Kaliny (2011), je motivace nejhlavnějším faktorem ze čtyř, které rozhodují o úspěšnosti léčby závislých osob (další jsou: stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince, kvalita jeho okolí včetně sociálního). Speciální technika „motivační rozhovor“ se používá v léčbě k iniciaci nebo udržení změny. Někteří odborníci zdůrazňují rozlišení pojmu příčiny a motivu a v adiktologii se setkáváme s tím, že příčina chování se stává ustáleným, do struktury chování zabudovaným zvykem, který již nemá povahu motivu. Některé psychoanalytické směry však trvají na instrumentálním, tedy i motivačním obsazení všech psychických reakcí. Nejčastější užívanou teorií motivace je v současné době Maslowova teorie hierarchické struktury potřeb, která pomáhá k individualizaci terapeutické strategie a k sebeaktualizačnímu procesu. Hnutí AA (Anonymní alkoholici) zdůrazňují v závislostech duchovní potřebu spojenou s vyšší silou, která pomůže člověku realizovat změnu, na kterou jeho motivace nestačí (Kalina, 2001). V metodě odvykání závislosti AA - 12 kroků je dána závislému možnost rozpoznat jakoukoliv formu duchovního vedení a podpory, kterou si přeje akceptovat. Kathleen (1997) uvádí, že „dojdeme k poznání, že nám může navrátit vnitřní klid a sílu mnohem mocnější než my“.

Dobiášová, Broža a Kalina uvádějí (in Kalina, 2008), že práce s motivací je významnou součástí v nízkoprahových kontaktních centrech, poradnách a ambulantních centrech. Domnívají se, že metoda motivačních rozhovorů je

vhodná zejména v situacích, kdy klienti prožívají stav ambivalence a konfliktů v oblasti chování a myšlení. Může být rozhodující k získání náhledu klienta na závislost a k vytváření pozitivního postoje v procesu změny závislostního chování a z toho vyplývajícího rozhodnutí pro léčbu. Dle Nešpora (2011), jsou situačně vyvolané změny motivace k lepšímu i k horšímu běžné u lidí léčených pro závislost.

### **2.3. Práce s uživateli návykových látek – pohled do historie**

Jak uvádí Rotgers (1999), do poloviny 70. let minulého století byla léčba poruch vyvolaných závislostí až na několik výjimek převážně uniformní. Lidé, kteří měli problémy s pitím nebo jinými drogami, byli hospitalizováni, prošli 28denní detoxifikací a obdrželi psychoedukativní informace a alkoholu a drogách. Pacienti se také seznámili se svépomocnými skupinami založenými na léčebném modelu 12 kroků, kde je podpořeno k dosažení abstinence využití „vyšší moci“. Pacienti s opiátovou závislostí byli zařazováni do dlouhodobějších programů vedených vyléčenými pacienty podle modelu terapeutické komunity. Jiným klientům závislých na opiátech byl doporučen metadonový substituční program.

V ještě nedávné minulosti se mnozí odborníci i laická veřejnost též domnívali, že k tomu, aby člověk závislý na návykových látkách pochopil a řešil svůj problém, je nutné, aby se ocitnul v debaklové situaci a tím se „měl od čeho odrazit“. To potvrzuje Kalina (2008), který uvádí, že „součástí tradičního modelu závislosti a její léčby bylo přesvědčení, že drogově závislý není dostatečně motivován, dokud se nedotkne dna“. Z toho vyplývá, že pokud pacient vstoupil do léčby, jeho motivaci a relapsům byla věnována malá pozornost.

Pokud se tedy budeme ohlížet do minulosti a budeme se zabývat původními metodami skupinové psychoterapie se závislými, můžeme poukázat na řadu nedostatků a „omylů“, kterých se odborníci dopouštěli. Mezi velkou chybu patřil přístup k drogově závislým, který namísto pochopení a společné odstraňování obranných mechanismů, volil nešetrné „rozbíjení“ obranných mechanismů, které spočívalo v konfrontaci osoby klienta, nikoliv jeho obranného mechanismu potažmo problému. Tento chybný přístup vedl odborníky k tomu, že při práci se závislými volili především konfrontační, agresivní styly. V 60.-70. letech vznikly metody „synanonový“ encounter a bonding, které jsou spojeny s osobností psychoanalytika Daniela Casriela. Ten jako zakladatel první terapeutické komunity pro drogově závislé Daytop Village v New Yorku rozvinul koncepci osobnosti drogově závislého člověka s nízkou odolností vůči bolesti a se „zmrazenými“ emocemi“. Casriel se inspiroval tzv. synanonovou hrou, což byl konfrontační skupinový rituál provozovaný ve svépomocné abstinenci komunitě Synanon v Kalifornii. Casrielova forma encounteru měla často verbálně agresivní charakter, konfrontace a útoky bývali často dramatické, aby se dosáhlo proražení racionalizací a obran. Záporné city musely být přijaty stejně jako kladné. Tyto

metody mohly mít pro klienty traumatizující potenciál, Kalina (2001) poukazuje, že v současné době je užití této metody pro léčbu někdy pokládáno jako kontroverzní, protože klienti intenzivní zážitky obtížně integrují.

V poslední době se v léčbě návykových nemocí uplatňuje bio-psycho-sociální model závislosti. U tohoto typu modelu se v souvislosti v řešení závislosti kombinují biogenetické rysy s psychosociálními faktory ve snaze o poskytnutí integrovaného komplexního modelu (Millerová, 2011). Bio-psycho-sociální model je holistický v tom smyslu, že sleduje u konkrétního jedince dopad biologických aspektů na psychologické aspekty v rámci průběžného interaktivního procesu. Příčinné souvislosti nahlíží velmi komplikovaně podle toho, jak daná osoba propadne návykovému chování, jak setrvává u návykového chování a jak s ním přestane (DiClemente, 2003).

## **2.4. Stávající a nově se rozvíjející terapeutické přístupy a techniky v adiktologii**

V současnosti se v adiktologickém poradenství řadí mezi často využívané tyto přístupy a techniky: pozitivní psychologie, odolnost klienta (relizience), fáze modelu změny, motivační pohovor a krátká terapie. Tyto jednotlivé oblasti se navzájem doplňují (Millerová, 2011).

### **2.4.1 Koncept uplatňování prvku pozitivní psychologie**

Pozitivní psychologie je interpretována jako přístup, který zdůrazňuje posun od zaměření na patologii k zaměření na zdraví, jenž může podporovat změnu chování klienta. Seligman a Csikszentmihalyi (2000) uvádějí, že lidé musí mít nějaký pozitivní důvod k životu. Cílem pozitivní psychologie je prosazovat kvalitní život (být šťastný, najít smyslplnou práci, dobrovolně se podílet na prospěšných aktivitách), nejen řešit problémy (Kogan, 2001). Jedním z jejích aspektů je např. naděje, kterou poradce u klientů podněcuje tím, že jim pomáhá definovat cíle, hledat způsoby, jak jich dosáhnout.

Význam pocitu uspokojení po dosažení cíle potvrzuje i Bandurova teorie sociálního učení, v které zavádí důležitý pojem – pocit vlastní účinnosti (self-efficacy). Tento pocit ovlivňuje pozitivně další úspěšné zvládnání např. rizikové situace (Kalina, 2008), což je důležitá dovednost uplatňující se v procesu prevence relapsu.

Podle Millerové (2011) mohou adiktologičtí poradci prvek pozitivní psychologie do své práce snadno zakomponovat . Prostřednictvím tohoto přístupu jsou poradci schopni klientům najít pozitivně hodnocené prožitky (ve vztahu minulosti, přítomnosti, budoucnosti ) a rozvíjet pozitivní osobnostní vlastnosti.

#### **2.4.2 Koncept posilování odolnosti klienta**

Pozitivní psychologie bezprostředně souvisí a navazuje na posilování klientovy odolnosti. Odolní lidé se vyznačují tím, že jsou schopni se pozitivně přizpůsobovat nepříznivému životu ( rodinné a vztahové problémy, závažné zdravotní problémy, pracovní nebo finanční stresory).

Millerová (2011) uvádí, že:

- klienti se mohou naučit odolnosti, „ustát to“
- u každého jedince se odolnost vytváří specifickým přístupem
- odolnost nevyklučuje výskyt obtížných situací
- odolnost není nic mimořádného
- odolnost je nepřetržitý proces vyžadující čas a úsilí

Poradce pracující se závislým jedincem může pomáhat při rozvíjení odolnosti tím, že mu sdělí, že odolnosti se může naučit bez ohledu na jejich stávající životní situaci a zkušenost. Poradce může vést klienty k tomu, aby si vytvářeli podpůrné vztahy, učili se plánovat, osvojili si dovednosti potřebné k řešení problémů a zvládali intenzivní pocity, což se pozitivně promítne do faktorů, jež mají vliv na míru rezilience. Je možné klientům doporučit, aby si při budování odolnosti pomáhali deseti poučkami , převzatých z materiálů Discovery Health Channel a American Psychological Association, 2002:

- udržujte styky s druhými lidmi
- snažte se nevnímat krizi jako nepřekonatelný problém
- přijměte fakt, že změna je součástí života
- jděte za svými cíli
- číňte rozhodné kroky
- hledejte příležitost k objevování sama sebe
- pěstujte pozitivní vnímání sama sebe

- dívejte se na svět realisticky
- pohlížejte do budoucna s nadějí
- pečujte o sebe

Millerová (2011) poukazuje na to, že terapeut by měl klienta motivovat k rozvíjení těchto faktorů a tím podporovat jejich úzdravu ze závislosti ve smyslu abstinence a vyváženého životního stylu.

V odborné literatuře se v 80 letech minulého století začal objevovat termín „mindfulness“ - v překladu bdělá pozornost, uvědomování. Návykové nemoci zhoršují schopnost soustředění a uvědomování, proto je mindfulness užitečným prvkem léčby řady problémů a usnadňuje psychoterapii. Z práce Zgierské a spol. (2009) vyplývá, že ve většině kontrolovaných studií, které uvádí, bylo uvědomování stejně účinné jako skupinová nebo individuální terapie. Nešpor (2011) uvádí, že dobré vnímání sebe i vnějšího světa umožňuje rozpoznat blížící se nebezpečí, ať už přichází z vnitřního světa (např. v podobě bažení) , nebo zvenčí (např. jako reklama na alkoholický nápoj nebo jiný spouštěč). Aby člověk mohl používat některé účinné postupy k překonávání závislosti, musí nejprve vnímat a uvědomit si, že jejich použití je v dané situaci potřebné.

### **2.4.3 Fáze modelu změny**

Tento model byl vytvořen psychology Jamesem Prochaskou a Carlem DiClementem (v r.1982 ). Na základě klinických zkušeností zkonstruovali cyklický model změny. Popsali několik fází, kterými lidé v průběhu změny procházejí. V rámci tohoto modelu je motivace chápána jako aktuální stav jedince nebo jeho stávající připravenost ke změně. Je to vnitřní stav ovlivněný vnitřními faktory.

Prochaska (1992) poukazuje na to, že ke změnám u lidí dochází tehdy, když se ve správnou dobu realizuje správný proces. Je důležité zamyslet se „párování“ intervencí v jednotlivých fázích modelu změny s přístupným stupněm klientovy motivace. Terapeut by měl proto určit, v jakém stadiu změny se klient nachází a přiřadit vhodné intervence.

### **- fáze prekontemplace (před zvažováním)**

V tomto stádiu, které předchází uvažování o možné změně, klient nevnímá užívání návykové látky jako svůj problém, který by měl řešit. Je přesvědčený, že má vše pod kontrolou, drogy si vychutnává a jejich užívání považuje za prospěšné a své chování dokáže sám sobě dobře zracionalizovat. Může však mít určité pochybnosti a občas ho může napadnout, že by mohl uvažovat o nějaké změně.

Millerová (2001) poukazuje na to, že pokud si klient v tomto stádiu problém uvědomuje, tak pouze ve velmi omezené míře, byť druzí o problému mohou vědět. Pro tuto fázi je příznačná rezistence (Prochaska, 2002).

V této fázi je zbytečné klienty motivovat k abstinenci nebo změně, spíše se s nimi snažíme udržet kontakt a nabízíme služby minimalizující rizika jejich užívání, ale také se snažíme vyvolat pochybnost o návykovém chování.

Klienti v tomto stádiu se někdy označují jako „klienti v odporu, ti,co popírají svůj problém“ (Miller, Rollnick, 2004). Poskytování předpisů a rad může být v této fázi kontraproduktivní (Rollnick a MacEwan, in Miller, Rollnick, 2004). Vhodné je poskytování informací a zpětné vazby, aby si klient uvědomil svoje potíže.

### **- fáze kontemplace (zvažování)**

Hlavní změnou oproti předchozímu stádiu je výskyt problémů, které si je klient schopen dát do souvislosti s užíváním návykových látek, kterým si stále ještě přináší uspokojení, ale začínají narůstat pochybnosti a obavy o budoucím vývoji jejich užívání. Pro tuto fázi je charakteristická ambivalence. Jedinec uvažuje o změně a zároveň ji odmítá, zvažuje výhody a nevýhody, zisky a ztráty. Lidé ve fázi kontemplace běžně hledají pomoc u terapeuta a v této chvíli může být užitečný motivační rozhovor (Miller, Rollnick, 2004).

Kalina (2008) uvádí, že v tomto stádiu je vhodné posilování klientovi sebedůvěry, rozhodovací kompetence, pokoušet se rozvíjet rozpor a motivovat klienta k drobným změnám, které pozitivně ovlivní jeho sebevědomí, pokud se zdaří realizovat je a udržet.

Klient v tomto stadiu přemýšlí o tom, co ho bude odstranění problému stát ve smyslu úsilí a energie, kterou bude muset vynaložit a také o co v souvislosti s touto změnou přijde.



## **- fáze rozhodnutí (příprava na změnu)**

Fázi rozhodování považujeme za jakési okno do krajiny možností, které se otevírá na určitou dobu. Pokud klient v této době postoupí směrem k činům, proces změny pokračuje. Miller, Rollnick (2004) uvádějí, že úloha terapeuta ve chvíli rozhodnutí nespočívá tolik v motivování, ale spíše ve vyhledávání konkrétního postupu pro klienta tak, aby byl přijatelný, dostupný a efektivní. Pokud klient rozhodnutí neučiní, vrací se zpět do fáze kontemplace.

Kalina (2008) poukazuje na to, v tomto „stádiu odhodlání“ je motivace ze strany terapeuta co nejvíce potřebná. Klient je odhodlaný svoji situaci změnit, ale v běžném okolí nevidí příliš podpory, terapeut by měl proto navrhnout konkrétní postup ke změně a stanovit následné cíle a strategie. V tomto stádiu klient nejvíce spolupracuje, je plný odhodlání a je ochoten přistoupit na léčbu.

Během fáze přípravy klient plánuje, že během příštího měsíce uskuteční nějaké konkrétní kroky, přičemž v minulém roce se o něco neúspěšně pokoušel. Dosáhl mírných změn, ale neuskutečnil dostatečně razantní kroky (Prochaska, 2002).

## **- fáze akce (jednání)**

K tomuto stádiu dochází, pokud klientův rozpor dostatečně zesílí a potřeba změny nabude vrchu. Důležitý je zde důvěryhodný vztah s terapeutem, který může přispět k realizaci aktivity vedoucí k léčbě. Cílem této fáze je tedy realizace změny v dané problémové oblasti. Terapeut pomáhá klientovi pozitivní změnu uskutečnit.

Jak uvádí Millerová (2011), v této fázi vynakládá klient množství času a energie na uskutečnění změny ve svém chování, kterou zaznamenávají i lidi kolem něj.

## **- fáze udržování**

Kalina (2008) uvádí, že toto stádium znamená pro klienta schopnost žít bez návykové látky a začátek návratu do běžného života. Klient se snaží udržovat pozitivní změnu, ale nebývá to pro něj jednoduché. Doposud byl podporován terapeutem a chráněn před tvrdou realitou, nyní se musí vrátit do prostředí, které nepřestal vnímat jako ohrožující. Je vhodné využívat strategie k udržení změny a prevenci relapsu (vyhýbání se rizikovým místům, upevňování určitého životního stylu).

Během udržovací fáze je tedy třeba zachovat změnu, které bylo dosaženo v minulé fázi, a předcházet relapsu (Marlatt a Gordon, in Miller, Rollnick, 2004).

Nastalá změna ale nezaručuje, že u ní zůstane. Lidské myšlení je sice naplněno dobrými předsezetími, ale může dojít k drobným nebo větším krokům zpět.

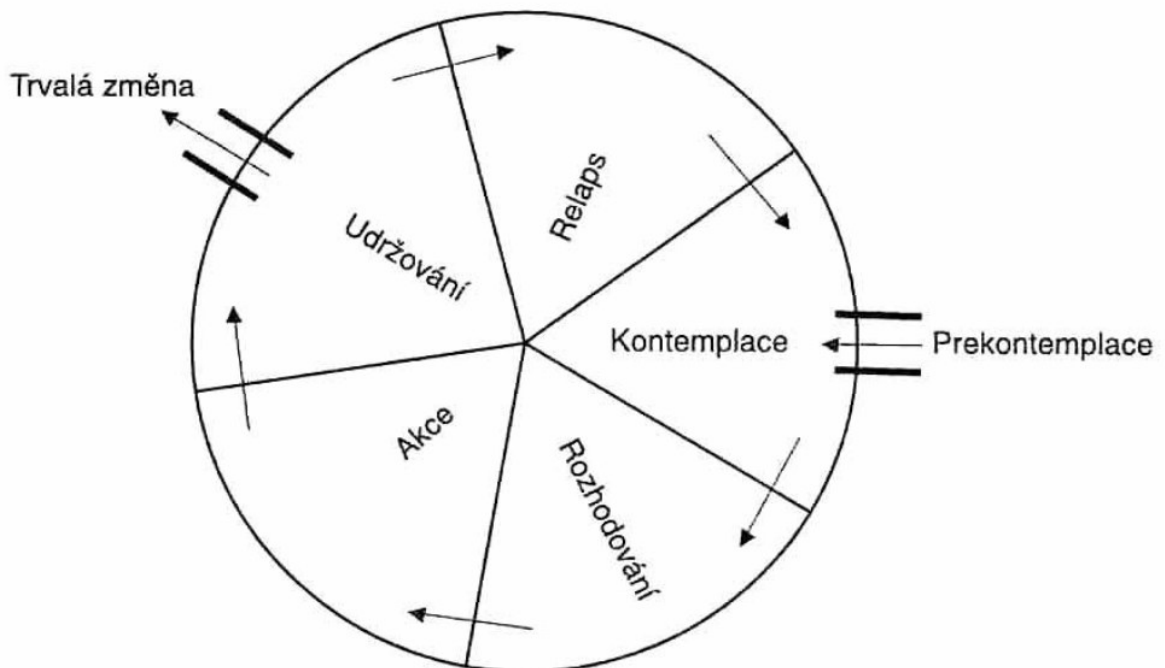
Ve fázi udržovací se pracuje především na prevenci relapsu a změna je zachována nejméně po dobu 6 měsíců. Po této době nastává fáze ukončení, kdy je dosažení změny ukončeno a není potřeba pracovat na prevenci relapsu. Millerová (2011) se domnívá, že tuto fázi nelze uplatnit u klientů, kteří se nevyrovnali se svou ambivalencí ohledně užívání návykových látek.

### - fáze relapsu

V této fázi klient selhává, může se vrátit zpět do prvního stádia, kdy nestojí o změnu. Důležité je zde zastavit „syndrom porušení abstinence“ – psychologická reakce na selhání. K relapsu může dojít v každé etapě cyklického modelu procesu změny.

Miller, Rollnick (2004) konstatují, že uklouznutí a relaps jsou normální a očekávané události, pokud se člověk snaží změnit dlouhodobý návyk. Terapeut by měl v této době zabránit demoralizaci, obnovit záměr a rozhodnutí, podpořit akci.

**Obrázek: Cyklický model změny dle Prochasky a DiClementeho (Konečný, 2004)**



#### 2.4.4. Motivační rozhovor

Jak uvádí Nešpor (2006), k největším objevům při léčbě návykových nemocí ve 20. století patří poznání, že motivace se mění a lze ji ovlivňovat. Byla provedena studie u hospitalizovaných pacientů se zaměřením na závislost na alkoholu, kteří nevyhledávali pomoc. Intervence měli vést ke snížení konzumace alkoholu. Během tohoto výzkumného projektu byla vytvořena řada strategií, na jejichž základě byl vytvořen podklad pro krátký motivační trénink (Rollnick a kol., in Rotgers, 1999).

Techniku motivačního rozhovoru (motivational interviewing) vypracovali Miller a Rollnick v kontextu léčby závislostí charakteristickém pro 70. a 80. léta 20. století, kdy se při práci se závislými jedinci uplatňoval výrazně konfrontační přístup.

V roce 1991 uveřejnili první vydání své knihy o motivačním rozhovoru se zaměřením na oblast závislostí. Od té doby se tento přístup uplatňuje v poradenství u lidí s problematikou závislosti. Millerová (2011) uvádí, že motivační rozhovor je soubor technik, který obnáší kombinaci direktivních a na klienta zaměřených přístupů s důrazem na pomoc při dosažení změny v chování prostřednictvím rozebírání a řešení ambivalence. sleduje. Motivační rozhovory byly od počátku prakticky zaměřenou metodou. Celý koncept vznikl jako odpověď na prakticky orientované otázky lékařů a terapeutů. Principy pak vyplynuly z praxe a práce s klienty, kteří měli problém s alkoholem nebo jiné potíže (Miller, Rollnick, 2002).

Základní fáze tohoto přístupu je úzce svázána se stádií změny, definovanými v „modelu změny chování“, podle něj probíhá rozhodování ke změně chování v určitých stádiích (viz. cyklický model změny Prochaska, DiClemente). Motivační rozhovor napomáhá k zmapování a zvážení kladů a záporů v prostoru neodsuzujícího dialogu (Kalina, glosář, 2001).

Motivační pohovory můžeme aplikovat v kterékoliv fázi změny. Postupy se liší, ale cíl je vždy stejný – pozitivní změna. Jak uvádějí Dobiášová a Broža: „Odborník pracující s uživateli drog by měl umět pracovat s klientem ve všech stádiích tohoto modelu a vždy vycházet s možnostmi klienta. Dále by měl navrhnout, podporovat a motivovat klienta k takovým cílům, které odpovídají etapě ,ve které se nachází, nebo etapě následující“ (Dobiášová, Broža, 2003).

Pro praktické provádění motivačního pohovoru je třeba porozumět dvěma hlavním koncepcím: 1) - lidé se nacházejí v různých stádiích připravenosti ke změně a 2) - ambivalence je normální a pochopitelná (Rotgers, 1999).

## Zásady praktického vedení motivačních pohovorů

Miller a Rollnick (2008) uvádějí pět klíčových principů pro praktické vedení motivačního tréninku )

- vyjádření empatie
- vytváření rozporu
- vyhýbání se sporu
- práce s odporem
- podpora sebedůvěry

**Vyjádření empatie:** znamená schopnost dát najevo, že klientovi rozumíme a akceptujeme ho, aniž bychom museli souhlasit s klientovým životním stylem. Ambivalenci přijímáme jako normální a pochopitelnou, což snižuje odpor na straně klienta. Tento princip je převzat z terapie Carla Rogerse, terapie orientované na klienta. Vyjadřovat empatii znamená „přijímám tě takového, jaký jsi, akceptuji tě“. Snadno by se tento princip mohl plést i s pozitivním přístupem ke klientovi, což také neznamená totéž, co empatie. Pozitivní přístup ke klientovi (na rozdíl od negativního, či neutrálního) se dá vykládat jako jedna z podmínek pro práci s drogově závislými. „Větší úspěch zaznamenávají terapeuti, které lze označit jako empatické, kteří své klienty mají aspoň trochu rádi a věří v možnost změny“ (Bartošíková, Miovský, 2003). Avšak ve vyjadřování empatie bychom měli být upřímní, klient naši falešnou vřelost snadno vycítí. Millerová (2011) uvádí, že tento proces se vyznačuje výrazně respektujícím přístupem, kdy se poradce maximálně snaží, aby vyslechl klientův příběh a „nepřepisoval“ jej na základě předsudků, stereotypů či protipřenosu. Klient by měl mít upřímný pocit, že ho někdo poslouchá a respektuje.

**Vyjádření rozporu:** terapeut by měl v klientovi vytvořit a zesílit rozpor mezi jeho současným chováním a jeho osobními cíli (např. člověk, který kouří a přitom si cení svého zdraví). V praxi tento rozpor vznikne z toho, když si terapeut a klient ujasní jeho cíle a zmapuje následky jeho současného chování, které je s těmito cíli v rozporu. Cílem je, aby klient byl schopen sebekonfrontace a tak si uvědomil důvody ke změně (Rotgers a kol., 1999).

**Vyhýbání se sporu:** spory jsou zdrojem klientova odporu a terapeutovy frustrace a je dobré se jim vyhnout. Kalina (2008) uvádí, že spor s klientem může mít řadu podob, jeho zdrojem může být např. „nálepkování“. Pro vlastní léčbu není nutné přijmout nálepku („alkoholik“, „feťák“).

**Práce s odporem:** považuje se za nejdůležitější funkci motivačních intervencí. Odpor může vznikat na základě léčby, do které klient nastoupil zejména pod tlakem vnějších okolností. Namísto konfrontace se využívá dovednosti vedení konstruktivního pohovoru (terapeut naslouchá, reflektuje, klade otevřené otázky, rekapituluje, přeinterpretovává). Podle Kaliny (2008) má odpor i pozitivní stránku v podobě energie, která je v něm uložena. Odpor může být také vyjádřením nesouladu mezi tím, kde se klient nachází v procesu změny a zaměřením terapie. Podle Millerové (2011) má být odpor vnímán jako přirozená součást změny a funguje jako signál, že je potřeba zvolit jiný způsob, jak klienta do procesu změny „vtáhnout“. Terapeut by se měl vyhnout frontálnímu útoku proti odporu, spíše by měl zaujmout klientovo stanovisko, aby mu lépe porozuměl (Miller, Rollnick, 2002).

**Podpora sebedůvěry:** terapeut dodává klientovi vědomí vlastních schopností a důvěry v sebe sama při dosažení výsledků, je důležité reflektovat drobné kroky a detaily, ze kterých se skládá výsledek.

#### 2.4.5. Krátká terapie

Tento typ terapie bývá označován jako terapie zaměřená na řešení nebo krátkodobá plánovaná psychoterapie. Obecně se dá říci, že při krátké terapii se v průběhu omezeného počtu terapeutických sezení věnuje pozornost specifickým cílům za účelem posílení klientových schopností zvládat zátěžové situace, aby byl schopen takové situace v budoucnu zvládat lépe (Nugent, in Millerová 2011). Pro tento typ terapie jsou charakteristické tyto aspekty:

- intervence je časná a rychlá
- terapeut vystupuje aktivně a direktivně
- cíle jsou specifické, jejich plnění je časově omezené
- terapie se zaměřuje na řešení věcí „tady a teď“
- dílčími cíly je snižovat symptomy a posilovat schopnosti zvládat zátěžové situace

- terapeut zůstává zaměřený na daný cíl, rychle zhodnotí problémy a dostupné prostředky k jejich řešení, uplatňuje flexibilní intervenční přístup

Při uplatnění krátké terapie poradce postupně konkrétním způsobem definuje daný problém, zkoumá, jak se klient snaží tento problém řešit, má jasnou představu o změně, již má být dosaženo a vypracovává plán k realizaci této změny.

Millerová (2011), poukazuje na to, že adiktologičtí poradci jsou dnes vůči technikám krátké terapie otevřenější a to z několika důvodů. Především to může být realita finančních škrťů v zařízeních zaměřených na duševní zdraví (vedoucí např. ke snížení počtu sezení). Dále poradci využívají tuto terapii, protože věří, že pokud se dá cílů dosáhnout během kratší doby, mělo by se této možnosti využít. (Littrell, 1998). V neposlední řadě je krátkou terapii možné využít u klientů, kteří mají zájem pouze o několik poradenských sezení.

#### **2.4.6. Model BUISMAN - KOK**

Tento model změny chování staví změny do série v následující posloupnosti (Počarovský, in Kalina 2008):

**Kontakt** – představuje konfrontaci se zdravotními a sociálními problémy, trestnou činností, vývojovým konfliktem. Nástrojem terapeuta mohou být nabízené služby, respekt k osobnosti klienta. Přenesení odpovědnosti - kompetence na klienta, ocenění, podpora.

**Pozornost** - je zaměřena na abstinenční syndrom, zdravotní problémy, sociální okolí, právní problematiku. Účinným nástrojem může být čas, trpělivost, naslouchání, hranice, kontrakt, plán, rozhovor atd.

**Pochopení** - klient může pochopit informace získané od vrstevníků, odborníků a z tištěného materiálu, případně zprostředkované přirozenou autoritou. Nástrojem může být konfrontace, nastavení zrcadla, srozumitelnost, reflektování problému atd.

**Změna postoje** - uvědomění si „já chci/nechci“ a ohledem na krátkodobé a dlouhodobé investice, výhodné a nevýhodné volby. Nástrojem je zpětná vazba, nabídka servisu, sociální služba, opakování informací přístupnou formou.

**Změna záměru** – může zapůsobit sociální tlak, změna rituálu. Nástrojem změny může být z naší strany uznání, podpora postoje klienta, porovnání výhod a nevýhod, zdůraznění rizik, nabídka prostředků atd.

**Změna chování** – v optimálním případě je otázkou ambulantních programů nebo rezidenčních léčebných zařízení. Mezi nástroje řadíme podporu, kontrakt, nácvik dovedností, vzdělávání, informace.

**Udržení změny** – patří do programů následné péče a prevence relapsu. Jako nástroj můžeme využít reflexe, ocenění, podporu, opakování, držení pravidel

## **2.5. Metody měření motivace: CMRS škála – De Leon**

V tradičních přístupech v práci s drogově závislými vládlo přesvědčení, že motivace je věc výhradně klienta a že optimální motivaci k léčbě zajišťuje situace debaklu. V současných přístupech v léčbě závislostí je patrná tendence zapojit klienta do léčby dřív, než se „dostane na dno“.

De Leon a jeho spolupracovníci spatřují motivaci k léčbě jako součást komplexu „Essencial treatment – realed perceptions“. Řadí do něj vnější okolnosti, vnitřní motivaci, připravenost k léčbě a vhodné párování určitého typu léčby s potřebami jedince (Kalina, 2008).

Pro zjištění těchto percepce vytvořili autoři škálu CMRS, kterou použili u řady klientů nastupujících do terapeutických komunit. Studie potvrdily, že škála CMRS je významným prediktorem udržení v léčbě a to zejména v prvním období, pozitivně koreluje s výsledky léčby a účasti v následné péči (De Leon, Dermatis et al., in Kalina, 2008).

Zjednodušeně:

**CRMS – circumstances, motivation, readiness, suitability** (De Leon, in Kalina , 2008).

- klient vnímá tlak vnějších okolností na vstup do léčby, ale nemusí mít vnitřní motivaci
- klient má motivaci z vnitřních důvodů, prožívá potřebu osobní změny, ale nemusí být připraven nastoupit na léčbu a může hledat jiné cesty ke změně
- klient je připravený k léčbě , ale navržený typ léčby nemusí vnímat jako odpovídající svým potřebám
- klient vnímá doporučený typ léčby jako vhodný pro sebe a svojí situaci a akceptuje jeho záměry

Pokud budeme zjišťovat vnější motivaci, budeme zjišťovat okolnosti, které klienta dovedly do léčby, kterými mohou být tlak rodiny, dluhy, zdravotní problémy, tedy vše, co ho „nutí“ přestat s užíváním návykových látek.

Úroveň vnitřní motivace zjistíme z klientových odpovědí na otázky týkající se potřeby osobní změny – „ takhle už nechci žít“, „chci, aby vše bylo jako dřív“.

Připravenost k léčbě znamená, že klient vnímá nástup do léčby jako jedinou možnou alternativu změny.

Vhodnost léčby rozpoznáme, pokud bude klient seznámen s pravidly, délkou, filozofií a ostatními pravidly určitého typu léčby a bude s tímto převážně souhlasit.

Kalina (2008) uvádí, že se potvrzuje, že zejména motivace a připravenost jsou důležité v terapeutickém procesu, ale tlak vnějších okolností může vnitřní motivaci významně ovlivnit. Jednotlivé faktory nejsou v zásadě ovlivněny věkem a typem klientů, ale adolescentní uživatelé drog jsou méně motivováni ke změně a připravení k léčbě než dospělí.

Všechny tyto faktory škály CRMS mají u klienta určitou fluktuaci v čase, hovoří se o „časovém okénku“ jako optimální situaci pro nástup do léčby. Pokud se tato situace nevyužije, může trvat dlouhou dobu, než se „časové okénko“ zase přiblíží. Uvedená situace je podobná jako u schématu „kolo změny“.



## Tabulka CMRS schéma:

<i>Okolnosti</i>	<p>Množství životních situací vede lidi k tomu, aby vyhledali léčbu v TK. Patří k nim např. problémy se zákonem, penězi, zdravím, rodinou nebo zaměstnáním. Tyto situace jsou individuální a často se mění během času u téhož jednotlivce. Mají společné, že je člověk vnímá jako vnější tlak na to, aby do léčby nastoupil, setrval v ní a vytěžil z ní přínos pro návrat do života. Léčba sama musí toto vnímání vnějších tlaků využívat, aby udržela klienta v procesu změny.</p>
<i>Motivace</i>	<p>Klienti jsou motivováni k léčbě, pokud vyhledají léčbu z „vnitřních důvodů“ – kvůli osobní změně. Tyto důvody mohou být pozitivní (přání žít jinak, užívat „dobré věci života“, osobní růst, lepší sociální a rodinné vztahy) i negativní (zbavit se pocitů viny, studu, nenávisti k sobě i k druhým, beznaděje apod.). Vnitřní, skutečná motivace vede klienta k poznání, že ne drogy ani životní okolnosti, ale on sám je problémem, a k přijetí faktu, že ne svět kolem něj, ale on sám se musí změnit.</p>
<i>Připravenost</i>	<p>Člověk může být motivován ke změně a přitom nemusí ve skutečnosti přijímat nutnost léčby. Motivovaní lidé, kteří nejsou připraveni na zapojení do léčebného procesu, mohou vnímat jako životaschopné jiné alternativy, např. zvládání prostřednictvím sebekontroly, provedení změn okolností (změny vztahů, práce, přestěhování) nebo získání pomoci a podpory od rodiny, přátel či náboženství. Ti, kteří jsou připraveni k léčbě, zavrhnou všechny ostatní volby pro změnu a vnímají léčbu jako svou jedinou alternativu.</p>
<i>Vhodnost</i>	<p>Klienti mohou být motivováni ke změně a připraveni k léčbě, ale nemusejí vnímat program TK jako odpovídající jejich potřebám. „Vhodnost“ vyjadřuje dobré párování (matching) mezi klientovými potřebami a léčbou v TK. Znamená, že klient přijímá přístup TK: cíle, filosofii, sociální učení a závazek pro dlouhodobou léčbu.</p>

### **3. PRAKTICKÁ ČÁST**

Záměrem výzkumné práce je seznámit se se stávajícími a nově rozvíjejícími terapeutickými přístupy v oblasti léčby závislostí, především konceptem pozitivní psychologie, konceptem posilování odolnosti klienta a fázemi modelu změny, dále technikami motivačních pohovorů a technikou krátké terapie. Dalším záměrem je sledovat, které z technik vycházejících z těchto přístupů je možné využít při práci s motivací u klientky závislé na alkoholu, která byla přijata do ústavní péče zejména pod tlakem vnějších okolností, nemotivovaná k další léčbě a bez vnitřní motivace napomáhající ke změně závislostního chování.

#### **3.1. Cíle**

Hlavním cílem práce je zkoumat vývoj a průběh motivace klientky závislé na alkoholu, vedoucí ke změně myšlení, chování a jednání, s následným rozhodnutím nastoupit na léčbu závislostí a dosáhnout abstinence.

Dalším cílem je zjistit, jaké metody, postupy a intervence byly nejvíce účinné na cestě ke změně závislého chování, a to jak z pohledu terapeuta, tak z pohledu samotné klientky.

#### **3.2. Výzkumné otázky**

V práci jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

- 1.** Jak se u klientky vyvíjela motivace ke změně závislostního chování a motivace k nástupu na oddělení léčby závislostí?
- 2.** Které postupy, metody a intervence aplikované v procesu léčby se jeví jako účinné a měly podstatný vliv na budování motivace jako nástroje změny závislostního chování, a to z pohledu terapeuta a z pohledu klientky samotné?

### 3.3. Pozadí výzkumu

Vybrala jsem 50 letou ženu s diagnózou syndrom závislosti na alkoholu a její kazuistiku jsem zvolila proto, že jsem měla možnost sledovat její případ během jejího pobytu na detoxifikačně – stabilizačním oddělení léčby závislostí, kde jsem v té době pracovala jako zdravotní sestra. Mohla jsem tedy hodnotit průběh a vývoj její motivace k rozhodnutí nastoupit na oddělení komplexní léčby závislostí. Dále jsem se s klientkou setkala na oddělení střednědobé léčby, kam jsem od srpna 2012 nastoupila v pozici terapeuta, pracovala jsem s ní na skupinové terapii, při individuálních pohovorech a měla jsem tak možnost sledovat vývoj její motivace zejména ve vztahu přijetí závislosti jako součást sebe samé a s tím související připravenost ke změně závislostního chování, s cílem dosáhnout abstinence od alkoholu a současně jiného životního stylu.

### 3.4. Výzkumný soubor

Výzkumným souborem této práce je klientka, která nastoupila na detoxifikačně- stabilizační oddělení léčby závislostí v psychiatrické léčebně v červenci 2012 a po 4 týdenním pobytu se rozhodla pro střednědobou léčbu. Při příjmu měla zájem pouze o detoxifikaci, nebyla motivována ke změně závislostního chování, pro léčbu se rozhodla především pod tlakem vnějších okolností, zejména ze strany rodiny a zaměstnavatele.

Popisem výzkumného souboru jsou anamnézy klientky, při jejichž tvorbě jsem se inspirovala dotazníkem odvozeného z EURO – ASI.

### 3.5. Metody získání dat

Výzkumný vzorek tvoří jedna žena, klientku jsem vybírala na základě dobrovolnosti, tedy ochotě spolupracovat a poskytnout mi potřebné informace. V literatuře se tato metoda popisuje jako **prostý záměrný výběr** (Miovský, 2006) a představuje jednoduchou variantu záměrného výběru. Kritéria pro tuto metodu jsou vhodnost a souhlas s účastí ve výzkumu, další specifické metody se při tomto výběru nepoužívají.

Data a informace pro výzkumnou část jsou získána metodou kvalitativního sběru dat, tedy pozorováním, narativním a semistrukturovaným interview. Další metodou získání informací bylo čerpání dat ze zdravotnické dokumentace.

**Narativní rozhovor** je specifická podoba volného rozhovoru, kdy je klient vybídnut, aby volně vyprávěl o nějakém tématu, příběhu. Své vyprávění buduje z informačních segmentů, která na sebe smysluplně navazují, ať již chronologicky nebo obsahově. Předpokládá se, že volné vyprávění odhalí subjektivní zkušenosti, což při dotazování nejde. Hendl (2005) uvádí, že při narativním rozhovoru není subjekt konfrontován standardizovanými otázkami, ale je povzbuzován ke zcela reálnému vyprávění. Vlastní narativní rozhovor se dělí na čtyři fáze: stimulace, vyprávění, kladení otázek pro vyjasnění nejasností a zobecňující otázky.

Narativní rozhovor byl použit v počátečních fázích kola změny (Prochaska, DiClemente), zejména v období prekontemplace a kontemplace, kdy byla zjišťována kariéra vývoje závislosti na alkoholu. Vylíčením zážitků z dětství pomohl hledat kořeny závislosti .

**Polostrukturovaný rozhovor** je rozhovor částečně řízený podle návodu. Tento typ rozhovoru má předem daný soubor témat a volně přidružených otázek, je nutné vytvořit návod k rozhovoru, vést rozhovor, data zaznamenávat a nakonec je vyhodnotit. Miovský (2006) uvádí, že polostrukturované interview je nejčastěji používanou metodou interview je polostrukturované, protože dokáže řešit řadu nevýhod nestrukturovaného nebo plně strukturovaného interview.

**Jádrem polostrukturovaného interview byly tyto okruhy témat a otázek:**

- aktuální potřeby klientky a její očekávání od léčby
- uznávané hodnoty klientky a vyjasňování jejích cílů
- motivace k léčbě, fáze odporu
- analýza zisků a ztrát, které jsou důsledkem stávajícího chování
- připravenost ke změně závislostního chování, potřeba změny

### **3.6. Metody zpracování dat**

Data této kvalitativní případové studie byla zpracována metodou analýzy dat orientované na případ, kdy se posuzuje případ jako celek a výzkumník se pokouší dát smysl nashromážděným údajům z případové studie. Hendl (2005) pokládá analýzu orientovanou na případ za celistvou entitu (myšlenkově uchopený celek), která hledá konfigurace, asociace, příčiny a následky uvnitř případu. Výzkumník se snaží dát smysl nashromážděným údajům z případové studie.

## **4. ANAMNÉZY KLIENTKY**

### **4.1. Úvod a krátké seznámení s klientkou**

Výzkumným souborem této práce je klientka, která nastoupila na detoxifikačně – stabilizační pobyt oddělení léčby závislostí v psychiatrické léčebně. Jeho základním programem je 6 týdenní pobyt, v jehož rámci jsou klienti detoxifikováni a stabilizováni (somatický a psychický stav). Klientka měla při příjmu zájem pouze o detoxifikaci a stabilizaci, k léčbě nebyla motivována. Byla přijata v červenci 2012 a po 4týdenním pobytu na detoxifikačním oddělení se rozhodla nastoupit na oddělení střednědobé léčby, a to především pod tlakem vnějších okolností, zejména ze strany rodiny a zaměstnavatele. Vybrala jsem 50 letou ženu s diagnózou syndrom závislosti na alkoholu a její kazuistiku jsem zvolila proto, že jsem měla možnost kontinuálně sledovat průběh jejího případu. Na detoxifikačním oddělení, kde jsem v té době pracovala jako zdravotní sestra, jsem mohla hodnotit průběh a vývoj její motivace související s rozhodnutím nastoupit na komplexní léčbu. Dále jsem se s klientkou setkala na oddělení střednědobé léčby, kam jsem od srpna 2012 nastoupila v pozici terapeuta, pracovala jsem s ní na skupinové terapii, při individuálních pohovorech a měla jsem tak možnost sledovat vývoj vnitřní motivace zejména ve vztahu přijetí závislosti jako součást sebe samé a s tím související připravenost ke změně závislostního chování.

Popisem výzkumného souboru jsou anamnézy klientky, při jejichž tvorbě jsem se inspirovala dotazníkem odvozeného z EURO – ASI.

## 4.2. Rodinná anamnéza

### Základní údaje:

Matka - 82 let, po TBC, CA colon (tlusté střevo)

Otec - zemřel v r. 2004 v 81 letech, infekce po srdeční operaci

Sourozenci - starší sestra o 8 let, je jí 59 let, zdravá. 6 let před narozením klientky se rodičům narodil bratr, byl postižený, v 6 týdnech zemřel. Příčinu postižení se nepodařilo zjistit, rodičům bylo doporučeno neplánovat další těhotenství, přesto matka po 5 letech otěhotněla – narození klientky. Rodiče byli šťastni, porod byl bez problémů, opatrovnická výchova, měli strach., aby se jí něco nestalo.

### Psychiatrická zátěž:

Otcova matka měla schizofrenii, suicidovala oběšením. Otec matky zvýšeně pil.

### Charakteristika rodinného prostředí:

Vyrůstala v úplné rodině, dětství měla pěkné, snad hyperprotektivní výchova ( rodiče před jejím narozením přišli o syna). Mladší ze dvou dětí, přísnější pozornost rodičů, otci bylo v době jejího narození téměř 40 let. Rodinné vztahy byly dobré. S rodiči vycházela dobře, otec se jí zdál přísnější než otcové jejich vrstevníků. Se sestrou měla dobrý vztah, v dospělosti žárlila na její úspěchy. Když bylo klientce 11 let, onemocněla jí vážně matka, měla TBC, byla půl roku v léčbě. V té době o ní pečovala babička ( matka matky), někdy i sestra. Vlivem této situace se v pubertě svěřovala babičce nebo sestře, ne matce.

## 4.3. Osobní, zdravotní anamnéza

Narodila se jako druhé dítě do úplné rodin, porod byl spontánní, nekomplikovaný, poporodní vývoj v normě. Prožila běžné dětské nemoci. V 10 letech po úraze - fraktura horní končetiny, v 18 letech operace apendixu. Epileptický záchvat a bezvědomí neprodělala, alergie na hmyzí štípnutí.

Současné zdravotní potíže – nižší chuť k jídlu, při rozpití jí méně, ale přibírá na hmotnosti. Má zvýšené jaterní testy, při pokusech o zastavení pití má abstinenci příznaky. Spánek není narušený, někdy mívá děsivé sny.

Sexuální a gynekologická anamnéza - heterosexuální orientace, sexuální zkušenosti od 18 let, ve 22 letech se vdávala, 1 porod – dcera 26 let.

Psychiatrická anamnéza – od r. 2006 se začala léčit pro anxiózně-depresivní syndrom (na který dostala ČID), asi 3 roky má medikaci Sertralin a Amisulpirid, cítí se klidnější, ale ataky úzkostí přetrvávají.

#### 4.4. Sociální anamnéza

**Vzdělání:** chodila do školky, kde se jí líbilo, v té samé vsi začala chodit na ZŠ, ve 4. třídě se přestěhovali do města, měla problém se zařadit v nové třídě. Již od dětství byla plachá, bála se někoho oslovit, např. prodavačku v obchodě. Nesnažila se být středem pozornosti, byla hodné bezproblémové dítě, tichá, uzavřená, necítila se být kolektivem odstrkovaná. Na ZŠ průměrný prospěch, kamarádky byly, ale byla spíše nechtěný samotář - do kolektivu hůře zapadla. Byla premiant třídy, nastoupila na gymnázium – výborný prospěch. Vztahy s vrstevníky měla obdobné jako na ZŠ – nebyla žádná hvězda, ani úplně osamocená. Maturovala na samé jedničky, na maturitním plese se poprvé opila, nechutnalo jí to, ale poprvé se cítila jako dospělá. Bez problémů udělala zkoušky na VŠ - Přírodovědecká fakulta na UK – absolvovala s červeným diplomem. Přes týden byla na koleji, o víkendu jezdila domů. Pokud byl nějaký mejdan, nechtělo se jí tam, ale aby se necítila jako „černá ovce“, občas tam zašla, vypila 2 sklenky vína, aby se uvolnila.

**Zaměstnání:** učila na zemědělském učilišti 10 let, dále na specializované škole pro sluchově postižené 10 let. Rok pracovní neschopnost- práce pro ní byla psychicky náročná - syndrom vyhoření, deprese, úzkosti. Nyní 4 roky v chráněné dílně – administrativní pracovnice na 4 hod. ČID z psychiatrické indikace.

**Koníčky, zájmy:** zpěv, pěvecký kroužek, ruční práce, cestování

**Bydlení:** bydlí u přítele v jeho bytě. Stalo, že ji v souvislosti s jejím pitím vyhodil, pak chvíli bydlela u své matky.

**Finanční situace, dluhy:** za alkohol utratila ze svých zdrojů přibližně 90 000 Kč, financovala to ze své výplaty, někdy platil i její druh, celkem propila asi 200 00 Kč. Má půjčku u ČSOB 40 000 Kč, pravidelně splácí, zůstatek dluhu je 26 000 Kč. Hospodáří společně s přítelem, nemají vážné finanční problémy.

**Právní problémy, absolvované tresty:** nebyla trestně stíhaná, pouze skrytá trestná činnost – zbytkový alkohol nebo abusus alkoholu v práci.

#### **Důležité osoby v životě klientky:**

Dcera – 26 let, má přítele, buduje si s ním samostatné bydlení, již se osamostatnila. Vztahy s ní má dobré, občas jsou narušené kvůli jejímu pití alkoholu, ale stále jí podporuje.

Bývalý manžel - seznámila se s ním na inzerát během studia VŠ, on byl též student. Provdala se za něho po půlroční známosti, věděla, že se léčil na psychiatrii, nepřikládala tomu význam. Od počátku manželství docházelo k neshodám, hádkám, k psychickému i fyzickému násilí ze strany manžela. Nemohla projevit svůj názor a odporovat, klesalo její sebevědomí. Situaci v té době neřešila alkoholem, byla více plačtivá, uzavřená, doufala, že se to změní. Pila pouze příležitostně. Po 4 letech manželství se jim narodila dcera, manželovo chování se nezměnilo, často jí vyhrožoval, že dítěti něco udělá. Rok po narození dcery následoval rozvod, manžel měl v posudku z psychiatrie dg. psychopatie.

Přítel – seznámila se s ním v pěveckém kroužku, je starší o 25 let. Měla spoustu společných zájmů, rozuměli si, odcizení cítila v době jeho odchodu do důchodu, pozičně se cítila ve vztahu otec- dcera. V době jejího aktivního pití se hádají, už jí jednou vyhodil z bytu. Vztah s ním není úplně narušen, podporuje jí.

Matka – má s ní stále dobrý vztah, bydlela u ní v období, kdy jí přítel vyhodil z bytu. Klientka má výčitky, že matka nemá klidné stáří, trápí se kvůli jejímu pití alkoholu.

Přátelé, kamarádi – nemá žádnou důvěrnou kamarádku, s kterou by si mohla popovídat, eventuálně se jí svěřit.

#### **4.5. Vývoj alkoholové kariéry a dopady s tím spojené**

Abusus alkoholu – poprvé se opila na maturitním večírku, nechutnalo jí to, ale poprvé se cítila jako dospělá. Druhý den jí nebylo špatně. Během studia na VŠ občas zašla na mejdany, nechtělo se jí tam, ale nechtěla být „černá ovce“, dala si tam 2 sklenky vína pro pocit uvolnění. Dle možností chodila do zpívat do komorního souboru, po zkoušce (asi 1x týdně) si šla s kolegyněmi posedět, dávala si víno nebo míchané alkoholické nápoje, chtěla lépe zapadnout do kolektivu, měla pocit snadnější konverzace. Před vystoupením si dávala „panáka“, aby zmírnila trému. Pokud jela se sborem na zájezd, pila před koncertem 0.5 dcl tvrdého alkoholu, po koncertu asi 4 dcl vína. Druhý den jí bylo někdy špatně, bolela jí hlava, měla vyschlo v krku.

V roce 1982 se vdala, manželství bylo nespokojené, časté hádky, konflikty, manžel měl psychopatické sklony, týral jí psychicky i fyzicky. Nesměla projevovat svůj názor. Neřešila to pitím alkoholu, byla více uzavřená, plačtivá, nesvěřila se. Doufala, že se manželovo chování změní narozením dcery- rok 1986. To se nestalo, manžel jí často vyhrožoval, že dceři něco udělá. Následoval rozvod v roce 1987. V době těhotenství a rok po narození dcery vůbec nepila, neměla potřebu.

Po mateřské dovolené začala učit, občas se zdržela na nějaké oslavě, vypila asi 4 dcl vína. Opět začala chodit do pěveckého souboru, pila po zkouškách, před koncertem, hlavně tvrdý alkohol 0.5 – 1 dcl. Dceru jí hlídali rodiče. Začala také pravidelně chodit zpívat do hospody s partou trampské písně,



pila tam pivo a vodku, v té době se zcela opila, nepamatovala si, co dělala, jak se dostala domů. Druhý den jí bylo fyzicky špatně, navíc měla výčitky svědomí, pocity studu. Od té doby se začala při pití více hlídat.

V roce 1991 se seznámila v pěveckém kroužku s přítelem, o 24 let starším. Pila s ním pro pohodu 0.7 l vína několikrát týdně. Po přestěhování s dcerou k příteli změnila zaměstnání, začala učit ve škole pro sluchově postižené. Práce se jí zdála náročná, vyčerpávající, pila pak pro pocit uvolnění, odreagování od stresu, hlavně o víkend. Zlom nastal v roce 1995 - kdy se událo několik událostí, které klientka vnímá jako zásadní. Zemřel jí otec, jeho smrt nesla velmi těžce. Přítel odešel do důchodu, začal mít jiný režim než ona, necítila se ve vztahu rovnocenně, spíše jako dcera s otcem. Dceři bylo 18 let, odmaturovala, měla známost, byla málo doma. Klientka se cítila osamocená, začala být hodně precitlivělá, lítostivá, byla jí také diagnostikována menopauza s komplikacemi. Po nasazení substituční hormonální léčby se stav upravil. Začala pít tajně, schovávala lahve od alkoholu.

V zaměstnání na ní bylo kladeno hodně požadavků, měla pocit, že to nezvládne, nastoupila nová vedoucí, která kritizovala vše minulé. Cítila se nedoceněná, ukřivděná, méněcenná, bála se chodit mezi lidi, stáhla se do ústraní. Začala se léčit se smíšenou úzkostně - depresivní poruchou s podílem klimaktéria. Snažila se problémy řešit užíváním léků, nepociťovala úlevu, cítila vztek, lítost, pocitů se chtěla zbavit pitím alkoholu. Začala pít pravidelně, stále častěji tajně, schovávala si lahve. Věděla, že nemá pít na léky, ale pokračovala v tom, pila téměř denně – 1 l vína, nebo tři 12 st. piva nebo 2.5 dcl tvrdého alkoholu.

Dávky alkoholu - po 2-3 dcl vína necítila účinek, pro dobrý pocit musela vypít 1 l vína, potom usínala, druhý den následovaly sebelítost a výčitky. Špatný pocit se snažila opět přepít.

Snaha o abstinenci - pocítovala abstinenční příznaky, pocení, méně třes, děsivé sny, bolesti hlavy, vidiny, slyšiny, pocity sledování negovala. Někdy zvracení, křeče v lýtkách, okénka, následovalo tajné pití, ranní doušky, schovávání lahví.

Záchytka: 2x v roce 2010 ( 1x opilá ve sněhu neschopna vstát, 1x spala na lavičce).

### **Dopady pití alkoholu:**

Rodina - má narušené vztahy s přítelem, dcerou, matkou, nedůvěřují jí, ale stále jí v léčbě podporují.

Zaměstnání - při rozpití si musí brát volno, v práci je nesoustředěná, nestíhá, 2x se opila v práci, kolegyně jí dovezla domů. Kolegové jí nedůvěřují, vedoucí s ní měla pohovor týkající se jejího pití alkoholu, sdělila jí, že by s tím něco měla dělat.

Zdraví – zvýšení jaterních testů, žaludeční problémy, zažívací potíže, nechut' k jídlu, nezájem o sex. Mívá silné úzkost, negativní pocity související s jejím pitím alkoholu.

Finance – měsíčně propije asi 3 - 4 tisíce, zasahuje to do rodinného rozpočtu.

#### **4.6. Diagnostika**

Je diagnostikována na základě MNK 10 s následujícím závěrem:

#### **F 10.2 – syndrom závislosti na alkoholu.**

Zdůvodnění – během posledního roku se u klientky prokázaly všechny tyto jevy:

- silná touha nebo puzení užívat alkohol
- potíže v kontrole užívání látky (začátek, ukončení nebo množství )
- tělesný odvykací stav (třes, pocení)
- tolerance
- postupné zanedbávání zájmů, povinností ve prospěch užívané látky
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

Vedlejší diagnóza – **F 41.2 - smíšená úzkostně depresivní porucha**. Heller (2011) udává, že se často vyskytuje kombinace závislosti na alkoholu a některé afektivní poruchy nebo úzkostné poruchy.

#### **4.7. Léčebné intervence, detoxifikační pokusy, recidivy**

Ambulantně se začala léčit v roce 2006, kdy začala docházet pro úzkostné stavy do PA, byla jí diagnostikována smíšená úzkostně- depresivní porucha. Odtud byla indikována do ústavní péče, 1. pobyt byl v roce 2006 na psychiatrickém oddělení s dg. deprese a zneužívání alkoholu. Byla propuštěna po 2 měsících, abstinovala 14 dní, rozpila se v období před vánoci, cítila stres a napětí. Na Štědrý den vypila „placatici“ vodky, večer prospala, druhý den měla silné výčitky svědomí.

V roce 2007 začala chodit do denního stacionáře PK. Vydržela nepít 3 týdny, napila se v stresující situaci, kdy měla jako terapeutický úkol napsat, co se jí daří a co jí ještě čeká v souvislosti se snahou abstinovat. Cítila se absolutně neschopná, napila se během psaní. Ráno ve stacionáři nadýchala 0.18 promile. Ve stacionáři mohla pokračovat s podmínkou, že musí zajít zpět do PA, což udělala. Ještě začala chodit na individuální psychoterapii, snažila se abstinovat, ale chuť na alkohol se zvyšovala.

Po roční pracovní neschopnosti jí byl přiznán ČID, také ukončila na vlastní žádost pracovní poměr ve speciální škole. Necítila se dobře, doma polehávala, nezvládala domácnost, její druh ztratil trpělivost a vyhodil jí z domu se slovy: „Táhni si k matce“. Cestou k matce si koupila alkohol, který vypila a řekla si, že s pitím navždy skončí.

Začala bydlet u matky, byla přesvědčená, že v její přítomnosti případnou chuť na alkohol lépe ustojí. Znovu začala pracovat na částečný úvazek – v Centru pro zdravotně postižené, do práce se vrhla s velkou vehemencí, cítila se ve stresu. Rozpila se na 1 l vína denně, opět byla přijata na psychiatrickou kliniku a odtud přeložena do Léčebny návykových nemocí. Léčbu nedokončila, rozpila se doma na dovolence v souvislosti s nezdařeným postupem v léčbě., kdy se cítila být ukřivděná, nepochopená. Doma objevila láhev s alkoholem, velmi rychle jí vypila do dna, následovaly silné výčitky svědomí a stud, do léčby se zpět nevrátila. Odmítla nabídnutý stabilizační pobyt.

Vrátila se zpět k příteli se snahou dokázat všem, že bude abstinovat. Podařilo se jí nepít 4 měsíce, ale před Vánoci opět cítila paniku, že nemá nic připraveného, že to nezvládá. Cítila potřebu se odreagovat, vypila naráz 0.5 l vodky, byla nepoužitelná. Pak následovala období, kdy asi 2 měsíce abstinovala a pak následovalo 7 - 10 denní pití alkoholu. Průběh byl podobný, plná elánu si naplánovala spoustu věcí, když přestala stíhat, měla pocity neschopnosti, méněcennosti, řešila to pitím alkoholu, očekávala uvolnění. Z krátkodobého hlediska toho na chvíli dosáhla, z dlouhodobého se situace zhoršovala. Po týdenním pití pak celý další proležela, byla k nepoužití, měla silné abstinenci příznaky, výčitky. Nezvládala chodit do práce, brala si náhradní volno. Opíjela se i na veřejnosti, kdy jí např. našli totálně opilou na autobusové zastávce nebo spící ve sněhu a následně jí odvezli na záchranku.

1. léčba v roce 2007, nedokončila jí. Závislost si nepřipouštěla, zrecidivovala na propustce. Abstinovala 3 měsíce do Vánoc roku 2007, rozpití při vánočním stresu. Následoval střídavá období abstinence a týdenního tahu. Začala pít 2 dcl denně, postupně se rozpila na 0.5 l vodky denně. Docházela do PA, na AT 1x měsíčně na skupiny.

V roce 2010, 2011 pobyty na detoxifikačním oddělení, po posledním pobytu abstinovala 5 měsíců, potom opět rozpití, střídání tah/ abstinence. Téměř neustálé myšlenky na alkohol.

V roce 2012 nástup na detox. oddělení psychiatrické léčebny, v počátku nebyla motivovaná pro léčbu, po detoxifikačně - stabilizačním pobytu se rozhodla pro absolvování komplexní střednědobé léčby závislostí.

#### **Abusus ostatních návykových látek:**

káva 2x denně, nekuřák, gambling ne, léky se závislostním potenciálem nejuje.

## **5. SITUACE VÝCHOZÍHO BODU**

Klientka byla přijata na detoxifikačně – stabilizační pobyt oddělení léčby závislostí v psychiatrické léčebně, k přijetí se objednala, měla doporučení od ambulantní lékařky AT poradny, kam předtím docházela. Dovezl ji přítel. Při přijetí měla zájem pouze o detoxifikaci s následnou stabilizací psychického a somatického stavu. Na svou závislost měla spíše formální náhled, byla málo kritická ke svému chování způsobného užíváním alkoholu, bagatelizovala co se týče dopadů jejího pití. Udávala, že pije a nedokáže to sama zastavit. Naposledy pila před dvěma dny, hlídal jí přítel, požádala ho o to, byla si vědoma podmínky přijetí – negativní Alttest.

Stav při přijetí: lucidní, orientovaná, spolupracuje, nejsou poruchy vnímání. Myšlení je přiměřeného tempa, bez bludů, intelekt a paměť bez defektu. Chování je aktuálně klidné, lehká anxieta, nálada situačně pokleslá. Oční kontakt navazuje. Osobnost závislá, s úzkostnými rysy. Chuť k jídlu nižší, klientka je lehce obézní, spánek má dobrý. Test na alkohol měla při příjmu negativní. Přítomný mírný odvykací stav – třes horních končetin, pocení. Již v ambulanci byla medikována Diazepamem – na zmírnění příznaků odvykacího stavu.

Plán: náběry, interní vstupní vyšetření, psychiatrické vyšetření, detoxifikace, zařazení do motivačního programu na detoxifikačně – stabilizačním oddělení, motivace ke komplexní léčbě.

**Hlavní diagnóza: F 10.2 Syndrom závislosti na alkoholu, recidiva**

**Vedlejší diagnóza: F 41.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha**

**Smíšená hyperlipoproteinemie:** klientka měla zvýšenou hladinu cholesterolu, dodržovala dietu s omezením tuků, byl jí naordinován kontrolní odběr tuků séra.

## 6. POPIS VÝVOJE LÉČBY A MOTIVAČNÍHO PROCESU

### 6.1. Období detoxifikace – fáze prekontemplace

Detoxifikační jednotky jsou určeny ke zvládnutí odvykacích stavů a intoxikace. Klientova schopnost poznávat je během aktuální detoxifikace narušena. Výrazné projevy uzdravování se projeví až během několika prvních týdnů střízlivosti. Charakteristické poruchy poznávacích schopností budou mít vliv na možnosti učení a na sebekontrolu. Miller a Rollnick (2000) uvádějí, že se doporučuje, aby intervence, a to zejména ty, které zahrnují komplexní poznávání, byly odloženy až po dokončení detoxifikace. Je předpoklad, že závazky, učiněné v době počátku detoxifikace dlouho nevydrží. Na druhou stranu by mohl být popud ke změně během této doby zvláště naléhavý, protože klient zažívá velmi nepříjemné pocity. Tím může být i toto období detoxikace vhodnou dobou pro vybudování motivace a závazku. Kalina (2008) uvádí, že i v rámci omezeného kontraktu s klientem, který požaduje detoxikaci a není motivován k abstinenci (v podstatě se chová podle zásad harm reduction), je možné pracovat na motivaci klienta ke změně.

Na počátku hospitalizace byla klientka somaticky v uspokojivém zdravotním stavu. Z krevních testů jí byla zjištěna smíšená hyperlipoproteinemie, byla jí naordinována dieta s omezením tuků. Měla zvýšené jaterní testy, byly jí nasazeny hepatoprotektiva (Simepar). Byly jí naordinovány kontrolní náběry.

Klientka prodělala nekomplikovaný odvykací stav, trvající 8 dní, provázený pocením, třesem horních končetin, křečemi v lýtkách, bolestí hlavy. Po odeznění těchto příznaků jí byl vysazen Diazepam, který měla medikovaný již z psychiatrické ambulance, kde se ambulantně léčila. Do popředí u ní vystupovala psychiatrická symptomatika, udávala stavy silných úzkostí. Podle Solomona (1993), jsou deprese a úzkostné stavy častým symptomem odykacího stavu v ranných fázích odnětí alkoholu (několik hodin až dva dny), proto přesná duální diagnóza úzkostné poruchy vyžaduje u klienta určitou dobu abstinence. Millerová (2011) uvádí, že úzkostnou poruchou trpí přibližně jedna třetina problémových uživatelů alkoholu.

Dále klientka popisovala pocity beznaděje, studu a nejistoty, co se týče budoucnosti.

**„ Nemám se ráda, jsem na sebe naštvaná, že jsem zase zrecidivovala, neumím to pití zastavit, mám neustálé myšlenky na alkohol . Vůbec si neumím představit, že bych se už nikdy nenapila“.**

Klientka měla zájem pouze o detoxifikaci, pokud byla zjišťována úroveň její motivace, týkající se nástupu na oddělení léčby závislostí, reagovala podrážděně, negativisticky.

**„ Chci jenom zastavit pití, nevím, proč bych se léčila, to pro mě nemá cenu. Jednou jsem to zkoušela, léčbu jsem nedokončila, je to k ničemu, to mi nepomůže. A když se napiju, mám menší úzkosti a lepší náladu, jenom to musím trochu zkorigovat , to množství, co vypiju“.**

Během 8denní detoxikace probíhaly krátké pohovory s ošetřujícím lékařem, při nich byl zjišťován aktuální somatický a psychický stav klientky. Ze strany lékaře byla klientce poskytována zpětná vazba ve formě vyhodnocení stávajícího stavu klientky a zároveň jí byly poskytovány jasné a srozumitelné pokyny k optimálnímu zvládnutí abstinenčních projevů.

Byla zařazena do motivačního programu, který probíhá na oddělení detoxifikačně - stabilizačním. Byla aktivní, docházela na volně volitelné i povinné programy. Základem motivačního programu je účast na motivačních skupinách, kde klientka byla zpočátku uzavřená, nezapojovala se. Měla problém s navazováním sociální interakce, což bylo patrné zejména v kontaktu s muži, kterým se vyhýbala.

**„Mám strach z některých mužů na skupině, bojím se na ně podívat... Vybavují se mi vzpomínky na bývalého manžela, když jsem řekla svůj názor, nafackoval mně, pak jsem byla radši zticha. Kolikrát se chci na skupině zapojit, ale mám sevření na hrudi, buší mi srdce.. Musím to už zkusit“.**

Formou narativního rozhovoru byla povzbuzována k tomu, aby spontánním vyprávěním zprostředkovala biografické události s jejich konkrétními situačními průběhy. Pohovory byly zaměřené na okolnosti, které klientku přivedly k nástupu na detoxifikaci, na zjištění vzorce užívání návykové látky, úrovně motivace k léčbě a rozpoznání odporu. Nešpor (2011) uvádí, že posilování motivace může také prolínat běžným lékařským nebo psychologickým vyšetřením, např. když se terapeut empaticky ptá na tělesné a duševní problémy, které návykové chování způsobilo. Terapeut u klientky cíleně vyvolával pochybnosti o jejím návykovém chování, upozorňoval ji na rizika.

**Úroveň motivace klientky v této fázi byla zhodnocena škálou CRMS:**

**C – Circumstances – okolnosti** : převažuje tlak vnějších okolností ( počínající porucha jaterních funkcí, psychické potíže, obavy z pracovních a rodinných komplikací).

**M – Motivation – motivace ke změně**: snad částečná, internalizace vnějších tlaků, absence vnitřní motivace.

**R – Readines – připravenost**: není připravená k další léčbě.

**S – Suitability – vhodnost**: pobyt na detoxifikačním oddělení považuje za nutný, aby zastavila pití.

Hodnocení: klientka je hospitalizována především pod tlakem vnějších okolností, bez vnitřní motivace, není připravena k léčbě, jako vhodnou pro sebe považuje pouze detoxifikaci. Nachází se ve fázi prekontemplace, na rozhraní s fází kontemplace. Ale i tlak vnějších okolností může získání vnitřní motivace významně ovlivnit.

V období detoxifikace, které trvalo 8 dní, se klientka somaticky stabilizovala. Zařadila se do volnějšího režimu oddělení, kdy předtím ho měla omezený, zejména z důvodu omezené fyzické aktivity s ohledem na probíhající odvykací stav a jeho krytí medikací. Klientka se aktivně zapojovala do aktivit v motivačním programu, účastnila se skupinové terapie, individuálních pohovorů s psychologem zaměřených na posilování motivace, práci s odporem a ambivalencí klientky. Jednotlivé postupy a principy těchto intervencí jsou popsány v diskuzi.

## 6.2. Fáze kontemplace

Po detoxifikaci klientka pokračovala v pobytu na detoxifikačně-stabilizačním oddělení, se záměrem absolvovat jeho 6týdenní základní program. Režim po absolvování detoxifikace měla již volnější, především ve smyslu fyzických aktivit, které jsou v období detoxifikace omezeny, s ohledem na aktuální zdravotní stav a nasazení medikace na zmírnění odvykacího stavu. Účastnila se skupinových terapií a individuálních pohovorů s lékařem, které byly zaměřeny na posilování motivace, práci s odporem a s ambivalencí klientky.

Podle Millera (2003) je pro tuto fázi charakteristická ambivalence. Zvažující v této fázi uvažuje o změně a zároveň ji odmítá. Klient zároveň nebo v rychlém střídání zažívá mnoho obav a vzápětí bezstarostnost, motivaci ke změně stejně jako motivaci k pokračování beze změn. Terapeut by měl v této chvíli pomoci udržovat rovnováhu nastavenou směrem ke změně. Kalina (2008) uvádí, že v tomto stádiu můžeme posilovat klientovu sebedůvěru a rozhodovací kompetence, pokoušet se o rozvíjení rozporu a motivovat klienty k drobným změnám.

Klientka v této fázi začala uvažovat o změně, na skupinách mluvila o tom, že pokud bude absolvovat pouze pobyt na detoxifikačně-stabilizačním oddělení, po propuštění začne znovu pít, nepodaří se jí pít kontrolovaně a vrátí se ke dřívějším vzorcům chování, které jí způsobovaly problémy. Přála by si změnu svého závislého chování a uvědomuje si, že bez nástupu na oddělení léčby závislostí a absolvování komplexní léčby toho nedosáhne. Zároveň popisuje obavy z dosažení tohoto cíle.

Klientka začala uvažovat o svých potížích a možné změně svého chování. Uvědomovala si fakt, že pití alkoholu je příčinou mnohých problémů a negativních pocitů, i když u ní převládalo stále kladné hodnocení účinků alkoholu.

**„ Když jsem se napila, byla jsem uvolněná , energická, zábavná. Nebála jsem se říct svůj názor. Stihla jsem víc práce, neměla jsem úzkosti“.**

Klientka začíná přemýšlet o tom, že úzkostné stavy mohou být důsledkem pití alkoholu . Dává si do přímé souvislosti výskyt problémů a pití alkoholu.

**„Vždycky jsem si omlouvala pití alkoholu tím, že mám deprese a chci se zbavit úzkostí. Co když je to jinak? Co když mám deprese z toho, že piju a nedokážu se z toho vymotat. Stojí mi to pití vůbec za to?“**

Klientka na skupině mluvila o tom, co pitím ztratila, co získala. Začala vnímat, že ztrát je víc než zisků. Na skupině mluvila o tom, že by asi se svým pitím měla něco dělat, ale stále ambivalentní k rozhodnutí nastoupit na léčbu.

Ambivalenci klientky ve fázi kontemplace demonstruje její popis koláže, kterou vytvořila na arteterapii. Koláž vypracovala na zadané téma – Šťastný ostrov a skupině svůj obrázek interpretovala. Terapeutem byla oceněna za to, že se přihlásila sama, chtěla o sobě mluvit. Sebe zobrazila jako zmoklého psa, který je vlečen buldokem (přítelem) na šťastný ostrov, kde je zbytek rodiny – sestra Ivce, dcera kůň, neteř a její děti jako medvídci.

**„Přítel je už otrávený z toho, že mě musí pořád zachraňovat a starat se o mě. Já se pak cítím méněcenná, že sama nic nedokážu, nemám se ráda. Možná bych mohla zkusit na ten ostrov doplavat sama, ale bojím se, že nemám dost sil. Ráda bych se tam dostala a byla ze zbytkem rodiny. Trochu se bojím sestry, nemám sebevědomí jako ona a mám strach, že mě kopne ten kůň a zraní mě“.**

Klientka dostala zpětné vazby od skupiny. Je možné, že sestra ji ocení za to, že na ostrov doplavala sama a že jí pomůže vytáhnout na břeh, podá jí pomocnou ruku. Také je možné, že jí kůň sveze k cíli, pokud se bude cítit unavená. Měla by ale sama požádat o pomoc. Ostrov přirovnala k léčbě, chtěla by na ní nastoupit, ale bojí se, má negativní očekávání. Ale pokud na ní nastoupí a požádá o pomoc, bude to jen její rozhodnutí a to je pro ni důležité.

Na konci této fáze stála klientka před rozhodnutím, zda-li nastoupí na oddělení léčby závislostí. Odmítavý postoj cokoliv ve svém životě měnit se pomocí motivačních pohovorů pod vedením terapeuta postupně otáčel k pozitivním myšlenkám a myšlenkám, že by mohla svůj problém zvládnout nějakým způsobem to řešit.

### **6.3. Fáze rozhodnutí**

Kalina (2003) uvádí, že klient je v tomto stádiu odhodlaný svoji situaci změnit, nejvíce spolupracuje, je plný odhodlání a bývá pozitivně naladěný. V optimálním případě tedy zde končí předléčebná péče a klient vstupuje do léčby. Pro klienta je v rozhodovací fázi důležité, aby terapeut vyhodnotil sílu jeho závazku, když se s ním zaměří na detaily akčního plánu a podporuje klienta při objevení vlastních nápadů a řešení.

Klientka byla požádána terapeutem, aby si vypracovala seznam věcí, které se jí na pití alkoholu líbí a teprve potom se zamýšlela nad nevýhodami stávajícího chování. Následnou analýzou zisků a ztrát způsobených užíváním alkoholu si jasněji uvědomovala obě strany ambivalence a zamýšlela se nad stinnými



stránkami svého chování. Klientka si uvědomila rozpor mezi svými cíly a stávajícím chováním, přiznala si svůj problém s alkoholem, čímž si posílila motivaci pro změnu svého závislostního chování. Před nástupem na oddělení léčby závislostí klientka vytvořila v rámci arteterapie vytvořila výkres na téma – Okamžik, který rozhodnul o tom, že se chci léčit. Nakreslila sama sebe, jak leží v posteli v morální kocovině, kdy vidí všechny problémy, které svým pitím způsobila. Výkres prezentovala před skupinou a terapeutem.

**„Nechce se mi na to dívat, už se nemůžu na sebe dál koukat, dělá se mi z toho špatně. Chci, aby to bylo jinak....musím proto udělat něco sama, nespolehat se jen na druhé. Chci žít jinak, bez alkoholu, bez další léčby to nezvládnou“.**

Na konci této fáze, po 4 týdnech pobytu na oddělení detoxifikačně – stabilizačním si klientka dokázala označit svůj problém a stanovit cíl. Rozhodnula, že nastoupí na oddělení léčby závislostí a absolvuje komplexní léčbu.

#### **6.4. Fáze akce – jednání**

To, čemu říkáme „akce“, se nejvíce blíží tomu, co lidé běžně chápou pod pojmem terapie nebo léčba. Člověk se zavazuje k určitému činu se záměrem realizovat změnu (Miller, Rollnick, 2003).

Klientka byla po 4 týdnech od začátku hospitalizace přeložena na oddělení léčby závislostí. V rámci komplexnosti programu na oddělení se účastnila skupinové a komunitní psychoterapie, individuální psychoterapie, pracovní a sportovní terapie, zdravotních přednášek, relaxace, volnočasových aktivit. Dále se přihlásila na dobrovolné programy, jako např. na dramaterapii, arteterapii, hipoterapii, kursu asertivity.

Na počátku léčby odpovídala v rámci polostrukturovaného rozhovoru na otázky:

#### **Proč se chcete léčit?**

**„Mám za sebou jednu nedokončenou léčbu. Pokouším se abstinovat, ale každé 2-3 měsíce zrecidujuji. Poslední dobou jsem pila téměř denně, zvyšuji dávky – až na 2 l vína denně. Myslím, že by to tak bylo i teď, kdybych prošla jen detoxem. Jsem zaměstnaná a do práce jsem pochopitelně nemohla chodit opilá, řešila jsem to náhradním volnem, pak neschopenkou. Také finanční situace začala být napjatá. Ale hlavně začala trpět moje psychika, moje myšlenky směřovaly téměř stále k alkoholu. Proto jsem se rozhodla pro léčbu.“**

## Co od léčby očekáváte ?

**„Ráda bych si přišla na příčiny mých recidiv. Kromě toho se potřebuju naučit řešit problémy a zvládat úzkosti bez alkoholu. Ráda bych se naučila prosadit svůj názor a říkat v případě potřeby – ne. Očekávám, že si zde přijdu ještě na další, dosud neobjevené věci související s mojí závislostí na alkoholu, abych ho už ke svému životu nepotřebovala.“**

Klientka byla požádána terapeutem, aby si vypracovala individuální plán změny.

Důvody, proč se chci změnit:

- nepříjemné psychické stavy, úzkosti
- zhoršený somatický stav
- narušené rodinné vztahy

Hlavní cíle léčby:

- nepít alkohol, abstinovat
- obnovit dobré vztahy s rodinou, získat zpět jejich důvěru
- vyvážený životní styl

Kroky k pozitivní změně mého chování:

- pojmenování a přiznání problémů, které jsem si způsobila pitím
- rozpoznání svých typických situací před napitím alkoholu
- přijetí odpovědnosti za své jednání
- učit se řešit problémy, které jsem vznikly v souvislosti s mou závislostí
- přijetí faktu, že důsledná a trvalá abstinence je jedinou možnou cestou mého dalšího života
- učit se vhodným způsobem vyplňovat volný čas
- vytvořit si plány do blízké i vzdálené budoucnosti

Klientka začala uskutečňovat plán podle stanovených cílů, úkolem terapeuta bylo podporovat u ní víru v sebe sama. Posiloval její sebedůvěru tím, že oceňoval její první úspěšné kroky a zároveň jí dával podporu, pokud se jí něco nedařilo.

Millerová (2011) uvádí, že pomůžeme-li klientovi poznat negativní účinky, které pro něj může mít uplatňování obranných mechanismů, můžeme přispět k jeho vyléčení. To, že si klientovi podaří určit jeho „oblíbený“ typ obranného mechanismu, mu může lépe stanovit cíle klinické práce a vypracovat plán léčebné intervence.

### **6.5. Další fáze na kole změny v průběh léčby - budování vnitřní motivace**

Během této fáze klientka absolvovala komplexní léčbu v délce 4 měsíců. Zúčastnila se programů probíhajících v rámci léčby, kde nadále probíhala práce s motivací, se zaměřením na vývoj vnitřní motivace. Kalina (2008) uvádí, že ideál klienta, který přichází do léčby se zralou motivací, je tím vzdálenější, čím více se uplatňuje názor, že klient má přijít do léčby co nejdříve a co nejrychleji. Získávání a udržování motivace nesmí být považováno výlučně za odpovědnost klienta.

Při práci s klientkou byly při skupinové terapii uplatňovány jednotlivé principy vedení motivačních pohovorů, jako jsou vyjádření empatie, vyjádření rozporu, vyhýbání se sporu, práce s odporem, podpora sebedůvěry. Tyto byly v určité míře aplikovány při tvorbě motivace již na oddělení detoxifikačně – stabilizačním.

Během kontaktu s klientkou se terapeut vytvářel atmosféru přijetí, vyjadřoval jí empatii, což spočívalo v reflektivním naslouchání bez tendence udílení rad, což předcházelo konfrontaci názorů. Klientka měla upřímný pocit, že jí někdo naslouchá a respektuje.

Terapeut opakovaně rozvíjel rozpory mezi závislostním chováním a očekávanými cíly, podporoval vlastní schopnosti klientky. Vyhýbal se argumentacím a přímým hádkám, což by vedlo k odporu klientky.

Při pohovorech kladl terapeut důraz na snižování přitažlivosti závislostního chování a odstraňování překážek stojících v cestě ke změně. Terapeut pracoval s odporem a ambivalencí klientky. Při práci s odporem použil postupy využívající reflexe, přesunutí pozorností a zdůraznění významu vlastní zodpovědnosti. Při práci s ambivalencí bylo podstatné vyhýbat se konfliktu, snažit se vychylovat rovnováhu směrem ke změně, mapovat emoce, hodnoty a očekávání klientky

V rámci jednotlivých programů a technik prováděných na oddělení klientka pracovala na změně problémů, které popisovala před nástupem do léčby – např. asertivně se prosazovat, řešit problémy, porozumět své závislosti a přijmout ji. Postupným zpracováním jednotlivých témat, kdy si následně účinnost ověřovala v praxi a zažívala si pocit vlastní účinnosti a vlastní zodpovědnosti za provedené

kroky, se její motivace začala jevit jako zralejší, vycházející z jejího vnitřního já. Pojem pocit vlastní účinnosti (self – efficacy) zavedl Bandura v rámci jeho teorie sociálního učení. Tento pojem vyjadřuje subjektivní očekávání jedince, zda zvládne danou situaci. Každá takto úspěšně zvládnutá situace zvyšuje u jedince pocit vlastní účinnosti (Kalina, 2008).

Příklady postupů a technik, které byly využity ke zpracování individuálních problémů klientky. S podporou sebedůvěry souvisí práce se zvyšováním sebeúcty a sebevědomí.

**Modelová situace na skupinové terapii: technika „Porod sebeúcty“ – dle Virginie Satir. Cíl – uvědomění si své hodnoty, toho, jak se má klientka ráda.**

Sebeúcta představuje hodnotu, již člověk připisuje sám sobě, zahrnuje lásku a respekt k sobě samému, které jsou nezávislé na hodnocení okolí. Lidé s nízkou sebeúctou bývají úzkostní a nejistí. Je pro ně velmi důležité, jak je vidí druzí, to je do značné míry zneschopňuje (Satir, 2012). Klientka při modelové situaci „porodila svou sebeúctu“. Měla snahu ji přijmout, ale postavila ji bokem od sebe, nedívala se jí do očí, objala ji pouze jednou rukou. Dostala zpětné vazby skupiny – tak, jak se chovala k sebeúctě, se chová sama k sobě.

**„Nemám se moc ráda, moc jsem toho nedokázala. Vždycky jsem žárlila na starší sestru, cítila jsem se vedle ní neschopná. Ale když nad tím tak přemýšlím, léčím se ze závislosti, snažím se a za to bych se mohla pochválit, a vlastně se mi daří víc věcí.“**

Klientka byla oceněna terapeutem a skupinou, vidí u ní konkrétní kroky a změny směřující ke změně závislostního chování. Klientka sděluje, že se cítí sebevědomější, naučila se asertivně komunikovat, k tomu jí pomohla funkce předsedkyně komunity, kde musela řešit problémy týkající se celé komunity, daří se jí prosadit svůj názor, nenechat se ovlivnit ostatními. Cítí se celkově silnější, začíná se smířovat se svou závislostí, vnímá jí uvnitř sebe, tím jí má pod kontrolou. Dovolí si dělat chyby, nesnaží se být tak perfekcionalistická. Umí si stanovit malé cíle.

Klientka se dobrovolně přihlásila na hipoterapii s terapeutickým cílem dosáhnout podpory komunikace, naučit se projevovat emoce, naučit se stanovit si hranice.

Souhrn hipoterapie: na první lekci hiporehabilitace přišla v očekávání, napjatá, co ji bude čekat. Během následujících lekcí se uvolnila, před každou novou aktivitou lze pozorovat nejistotu, raději vyčkala, nechala jít do nové aktivity své spolupacienty, aby věděla, co jí čeká. Při práci se země lze pozorovat velkou nejistotu z reakce koně, při samotné práci se snažila dát koni pokyny, které nejsou totožné s její osobou, s jejím vystupováním a neverbálním projevem. Měla přiměřené sebevědomí, občas se pokusila prosadit.

Hodnocení klientky: na hipoterapii jsem se těšila, během lekcí se mi zlepšila nálada. Dokázala jsem překonat strach z velkého zvířete, zvýšila jsem si sebevědomí, uvolnila jsem se.

### **Skupinová psychoterapie: cíl terapeuta – pochopení a přijetí závislosti.**

Klientka se na skupině představovala. Z jejího projevu je patrné, že má tendence svou závislost vytěsnit. O svém pití mluvila neosobně. Namalovala dva kruhy, jeden představoval ji, druhý její závislost. Kruh závislosti byl malý, umístila ho daleko od sebe, byl namalovaný tenkou nevýraznou čarou.

**„ Nejrady bych tu závislost měla za zády, abych na ní neviděla , chci jí mít daleko od sebe , tak bych se jí mohla lehce zbavit . Postupně by se mohla odkutálet a měla bych od ní pokoj“.**

Skupina a terapeut jí dali zpětné vazby – pokud má závislost v zádech, nevidí na ní, nemá jí pod kontrolou, může jí nečekaně ohrozit. Je lepší jí mít jako součást sebe samé, tím jí mít pod kontrolou, nebojovat s ní, pouze se s ní smířit.

**Dramaterapie: cíl klientky - uvědomování svých pocitů, projevování emocí.** V pohádkovém příběhu hrála roli čarodějnici, pocity měla vyjádřit pantomimou. Působila živě, mladistvě, bezprostředně.

**„ Cítila jsem v sobě tolik energie, tak se neznám, vyloženě jsem si užívala to, když jsem jako čarodějnice mohla zlobit ostatní. Takhle se neznám, byla jsem uvolněná, neměla jsem potřebu se nějak kontrolovat, jak to běžně dělám. Pak působím moc kantorsky, často mi to někdo říkal. Možná bych se nemusela pořád tak hlídat a mohla bych si občas jen tak zablbnout“.**

Na skupinové psychoterapii své vnitřní rozpoložení znázornila při arteterapii, téma – Já jako strom. Nakreslila jablko, která má jednu větev uschlou, většina plodů, které plodí, je zdravých, ale pár i shnilých. Jinak strom vzrůstá jako silný, pevný, vysoký a zdravý, dobře zakořeněný.

**„Shnilá jablka jsou problémy, které jsem zavinila pitím alkoholu, ale brzy upadnou. Zdravá jablka znázorňují můj nový život, moji abstinenci, budu se o ně muset pravidelně starat, aby se nezkazila. Já se teď cítím jako ten strom, mám základy, na kterých stojím a mám chuť dál růst.“**

Na skupinové terapii klientka sehrála roli v modelové situaci, kdy jí byla nabídnuta láhev vína. Cítila úzkost, bušení srdce, měla bažení, podařilo se jí použít brániční dýchání a částečně zklidnit. Láhev s alkoholem odmítla.

**„Přála jsem si, aby ta flaška byla co nejrychleji pryč, abych se na ní nemusela dívat. Pak jsem se pomocí dýchání zklidnila a dokázala přemýšlet. Blesklo mi hlavou, že mám bažení a jestli to mám skupině přiznat“.**

Klientka byla terapeutem oceněna za otevřenost, za neskrývání problémů. Jen tak může problém konstruktivně řešit, pokud dokáže označit a bude o něm mluvit. Byly jí připomenuty její úspěchy v léčbě.

Dále se klientce podařily ujasnit typické situace, ve kterých pila alkohol, specifikovala pocity před a po napití alkoholu, očekávání od napití alkoholu, a jak se tato očekávání naplnila nebo nenaplnila.

Klientka dále absolvovala léčebnou dovolenku, s cílem upevnit si rodinné vztahy, zajistit si doléčování, ověřit si možnost bažení v nechráněném prostředí atd.

Zprávu z dovolenky podal její přítel, i z jeho pohledu bylo u klientky patrné dosažení jistých změn, především co se týče přijetí své závislosti.

Úryvek ze zprávy o průběhu dovolenky: **„Její chování bylo klidné, vyrovnané. S pobytem doma byla spokojená. Proti dřívějšku se mi však chvílemi zdála smutnější, plačtivější. O svých problémech s alkoholem komunikovala normálně a se všemi členy rodiny. Jako zásadní změnu v jejím chování chci vyzdvihnout skutečnost, že vždycky tvrdila, že bez alkoholu si nedovede život představit, kdežto nyní na přímou otázku, jak je to dnes, pravila, že si to představit dokáže.“**

Ke konci léčby se klientka cítila nervózní, nejistá. Kalina (2008) uvádí, že každé období léčby má své specifické problémy. Klientka prožívala „križi posledního období, v níž se spojuje zklamání z „nedodělanosti“, obavy z odpoutání a nepřipravenost (faktická nebo psychologická) na realitu po ukončení léčby.

Miller a Rollnick (2003) považují v této fázi za hlavní účel motivačních pohovorů prevenci relapsu a podporu klientky přetvářet svůj cíl, odhalit slabá místa v závazku, zvládání nebo stresu, který pochází z vnějšího prostředí a ohrožuje úspěch změny.

Klientka byla před propuštěním odhodlaná a motivovaná pokračovat v udržování nových vzorců chování a v nastoupené cestě k pozitivní změně svého závislého chování.

Měla stanovené krátkodobé i dlouhodobé cíle do budoucnosti, měla zajištěné doléčování v AT ambulanci, zajistila si kontakty na podpůrné skupiny KLUS a AA, kam chtěla začít také docházet. Byla propuštěna ve stabilizovaném psychickém i somatickém stavu.

## 7. VÝSLEDKY A DISKUZE

Práce podává stručný přehled o možnostech a mezích práce s motivací u klientky závislé na alkoholu. Ve své práci jsem si zvolila 2 výzkumné otázky, týkající se těchto oblastí:

### 7.1. Vývoj motivace klientky v průběhu léčby a budování vnitřní motivace

Klientka se závislostí na alkoholu nastoupila na oddělení detoxifikace, pod tlakem vnějších okolností, měla zájem především o zastavení svého rozpití, detoxifikaci s následnou stabilizací somatického a psychického stavu. Nebyla motivována ke změně závislostního chování, neměla zájem o komplexní léčbu, i když v minulosti její pokusy o kontrolované pití selhávaly. Ve fázi prekontemplace a detoxifikace probíhaly pohovory s ošetřující lékařkou, zaměřené především na zjištění a pochopení vnitřních pocitů a potřeb klientky. Nešpor (2011) uvádí, že posilování motivace může také prolínat běžným lékařským nebo psychologickým vyšetřením, např. když se terapeut empaticky ptá na tělesné a duševní problémy, které návykové chování způsobilo. Jako účinné postupy se v tomto případě osvědčily krátké pohovory lékařky i ostatního personálu s klientkou, s použitím otevřených otázek zaměřených na zjišťování aktuálního stavu klientky, na úroveň její motivace a s reflektivním nasloucháním. Jako důležitý se jevil empatický přístup nastolení klidné a uvolněné atmosféry, získání důvěry klientky. Millerová (2011) uvádí, že empatie je součástí celkového ducha motivačního rozhovoru. Rozhodující byla v této fázi podle mého názoru určitá míra individualizovaného přístupu ke klientce, která bere v potaz její potřeby a problémy a klientka nemá pocit, že je zařazena do „škatulky“. Stejně důležité je vyhýbání se konfrontaci a obviňování klientky, Jsem přesvědčena, že má-li personál dostatečnou odbornou erudici, mohou se v léčbě udržet a profitovat z ní i komplikovaní klienti. Naopak spory jako výsledek přímé konfrontace nebo snaha klienta přesvědčit pomocí logiky jsou kontraproduktivní, zvyšují úroveň klientova odporu a v důsledku mohou vést k předčasnému ukončení léčby. Toto mohu potvrdit ze své praxe, kdy jsem v období před absolvováním motivačního výcviku měla tendence při práci s klienty používat „napravovací reflex“, což vedlo k odporu a nespolupráci klienta.

V další fázi kontemplace se jako účinné jevílo poskytování informací o aktuálním fyzickém a psychickém stavu, s následnými citlivě podávanými rady doporučující abstinenci od alkoholu a zároveň i další změny v jejím dosavadním způsobu života. Kalina (2008) uvádí, že již Skála (1987) upozorňoval, že abstinence je prostředek, nikoliv cíl. Léčebné výsledky se musí zakotvit v celkové změně životního stylu, pro ni je abstinence podmínkou nutnou, nikoliv však postačující. Při pohovorech s terapeutem byl kladen důraz na snižování přitažlivosti závislého chování a odstraňování překážek stojících v cestě ke změně. Důležitá pro klientku byla v této fázi práce s odporem a ambivalencí. Při práci s odporem byly použity postupy využívající reflexe, přesunutí pozornosti a zdůraznění významu vlastní zodpovědnosti. Při práci s ambivalencí bylo důležité vyhýbat se konfliktu, mapovat hodnoty a očekávání klientky, zvyšovat její

sebevědomí , snažit se vychylovat rovnováhu směrem ke změně. Pomocí těchto postupů se klientka posunula do další fáze vývoje motivace.

Ve fázi rozhodování se jako účinné jeví postupy, které umožnily rozvíjení rozporů a podporu vlastních schopností klientky a které měly vliv na rozhodnutí ke změně stávajícího chování. Klientka se sama rozhodla, že změní svoje postoje, hodnoty a chování. Posunula se do fáze akce, rozhodla se pro absolvování komplexní léčby. Tento fakt podporuje i tvrzení Millerové (2011), která uvádí, že rozpor je třeba vhodně propojit s vnímanou sebeúčinností, s důvěrou klienta v jeho vlastní schopnost změnu uskutečnit.

K tomuto stadiu dochází , pokud klientův rozpor dostatečně zesílil a potřeba změny nabude vrchu. K realizaci potřebné aktivity vedoucí k léčbě může velkou měrou přispět důvěryhodný vztah s terapeutem a jeho motivace k léčbě (Kalina, 2008). Podle Millera a Rollnicka (2003 ) , klienti na začátku akce stále ještě přemýšlejí a bojují s nerozhodností. Millerová (2011) uvádí, že v této fázi vynakládá klient množství času a energie na uskutečnění změny ve svém chování.

Podle mého názoru je vhodné uplatňovat ve všech fázích procesu změny motivační trénink. Podle Rollnicka (1992) se motivační trénink považuje za účinnou formu intervence i prvních stádiích změny, kdy klient mnohdy nehledá pomoc a může mít dojem, že je mu podsouváno, co má dělat. Rozhodující pro klienta při hledání cesty cestě ke změně závislostního chování je také terapeutický styl. Podle Rotgerse (1999), se terapeutický styl může značnou měrou podílet na tom, zda klient zvolí status quo, odpor anebo se rozhodne pro změnu.

Domnívám se, že na průběh motivace směřující k rozhodnutí absolvovat léčbu závislostí mělo význam komplexní využití možných prováděných technik a postupů. Současně však byla klientka motivována i tlakem vnějších okolností.

Za jednu z hlavních metod, ne-li dokonce za ústřední metodu u klientely s problematikou návykových látek a závislostním chováním, je považována psychoterapie. Jak uvádí Kratochvíl (Kratochvíl, in Kalina 2008), v nejobecnější rovině hovoříme o tzv. psychoterapeutickém přístupu, který by měl být součástí každého kontaktu s klientem. Na opačném konci kontinua se nachází systematická skupinová nebo individuální psychoterapie prováděná kvalifikovaným psychoterapeutem. Mezi těmito dvěma konci škály pak leží řada metod, který by měl zvládat každý odborný pracovník v adiktologii, např. krizová intervence, motivační rozhovor, prevence relapsu či metody založené na tréninku a plánování. U mnoha metod se stírá hranice mezi psychoterapií a strukturovaným poradenstvím, pracovníka, který tyto intervence provádí, můžeme označit jako „terapeuta“, i když „psychoterapeutem“ v přesném slova smyslu není.

Na oddělení léčby závislostí klientka dosáhla vybudování vnitřní motivace, kterou považuji jako zásadní pro změnu závislostního chování, která je podle mého názoru podstatná pro dosažení nového pro klientku optimálního životního stylu usnadňující abstinenci.



## **7.2. Účinnost postupů a metod při budování motivace klientky - hodnocení ze strany terapeuta**

Motivace klientky se vyvíjela od fáze prekontemplace, kdy klientka odmítala změnu a nacházela se ve stavu beznaděje a pochybností souvisejících s její budoucností. V dalších fázích klientka získala motivaci k nástupu na léčbu, kde pokračoval vývoj její motivace ve smyslu získání zralé, vnitřní motivace podporující změny závislostního chování.

Při pobytu na detoxifikačním oddělení a na léčbě závislosti byly uplatněny stávající a nově se rozvíjející terapeutické přístupy a techniky, které jsou podrobně popsány v teoretické části a které podle mého názoru mají kladný vliv na budování motivace klientky.

Je důležité si označení problému a hledání cíle označila sama, terapeut by měl usnadňovat a podporovat proces změny. Terapeut se při motivačním rozhovoru podílí na vytvoření kognitivního rámce pro klientovo řešení problému, podporuje jeho rozhodnutí, posiluje jeho odpovědnost za další vývoj a sebevědomí, že je schopen reálně stanovených cílů dosáhnout (Kalina, 2008).

**Technika pozitivní psychologie** – poradce v adiktologii může do své práce tento prvek snadno zakomponovat. Prostřednictvím tohoto přístupu pomáhal terapeut klientce nalézt pozitivně hodnocené prožitky (ve vztahu k minulosti, přítomnosti i budoucnosti). Klientka získala pocit naděje a optimálního prožitku.

**Odolnost klienta** – mezi faktory přispívající k odolnosti patří schopnost tvorby realistických plánů a uskutečňování kroků nezbytných k realizaci, pozitivní vnímání sama sebe a sebedůvěra, komunikační dovednosti a dovednosti potřebné k řešení problémů, také schopnost zvládat intenzivní pocity. Terapeut pomáhal rozvíjet odolnost klientky tím, že jí sdělil, že odolnosti se může naučit bez ohledu na její stávající situaci. Během léčebného procesu klientka realizovala všechny výše popsané techniky.

**Fáze modelu změny** - terapeut určil, v jakém stádiu změny se klientka nacházela a určil postupy a intervence, které jednotlivým fázím odpovídají. Uplatňoval intervence, které klientce usnadnily přechod z jedné fáze procesu změny do druhé. Procesy změny jsou externí a interní povahy.

**Motivační pohovor** – terapeut pracoval s motivačním pohovorem v průběhu celého procesu fáze změn vedoucích ke změně závislého chování. V průběhu pobytu klientky na detoxifikačním oddělení využil tuto techniku jako způsob udržování kontaktu, projevování empatie a porozumění, byla podstatná k získání klientky pro léčbu. V průběhu léčby využíval motivační pohovory při práci s ambivalencí. Millerová (2011) uvádí, že jádrem motivačního pohovoru je spolupráce mezi klientem a poradcem, vyvolání změny v klientově nitru a samostatnost ve vztahu ke změně.

**Krátká terapie** – tento typ terapie bývá také označován jako terapie zaměřená na řešení nebo plánovaná krátkodobá psychoterapie. V rámci této terapie terapeut postupně konkrétním způsobem definoval daný problém a zkoumal, jak se klientka snažila tento problém řešit, jestli měla jasnou představu o změně, již mělo být dosaženo a jak vypracoval plán realizace této změny.

### **7.3. Účinnost postupů a metod při budování motivace - hodnocení klientky**

Klientka hodnotila na konci léčby, které intervence a postupy jí nejvíce pomohly k rozhodnutí nastoupit na léčbu a které metody měly vliv na tvorbu její vnitřní motivace. Hodnocení bylo uskutečněno formou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami zaměřenými na jednotlivé oblasti motivačních postupů.

Jako důležité klientka vnímala vlastnosti terapeuta. Především v období detoxifikace, které bylo doprovázeno nepříjemnými pocity s tím spojenými, ocenila jeho empatický přístup, kdy na ni pohlížel bez nálepkování a bez nutnosti přijmout diagnózu závislosti na alkoholu. Kladně hodnotila zájem a vřelost terapeuta, který jí naslouchal a zajímal se o to, co ona sama chce, jaké má představy a jak se cítí. To potvrzují i výzkumy, které ukazují, že s úspěšnou léčbou jsou spojovány určité vlastnosti terapeuta. Terapeut by měl vytvořit tři základní podmínky, aby vytvořil cestu pro přirozený vývoj směrem k proměně: přirozená empatie, vřelost, která neobsahuje vlastnické tendence a opravdovost (Rotgers, in Miller, Rollnick, 2003). Empatie by neměla být chápána jako identifikace s klientem nebo sdílení stejných zkušeností z minulosti (např. alkoholismus), což by mohlo negativně ovlivnit tvorbu klíčových podmínek pro změnu (Manohar, in Miller, Rollnick, 2003).

Klientka dále ocenila, že na ní nebyl vyvíjen tlak týkající se uskutečňování potřebných změn, bylo pro ni důležité, že se pro změnu rozhodla sama, uvědomila si pocit vlastní zodpovědnosti za své rozhodnutí. Při rozhodování jí pomohlo, když si vypracovala seznam zisků a ztrát svého stávajícího chování a jednotlivé aspekty měla možnost probrat s terapeutem. Podařilo se jí pak stanovit cíle, kterých chtěla dosáhnout.

Kalina (2008) uvádí, že i v rámci omezeného kontraktu s klientem, který požaduje detoxikaci a není motivován k abstinenci (v podstatě se chová podle zásad harm reduction), je možné pracovat na motivaci klienta ke změně. Klientka uváděla, že jako princip, který jí motivoval k setrvání v léčbě a ke změně závislého chování, byl obsah programu na oddělení léčby. Kladně hodnotila metody, které jí pomohly k poznání svého vnitřního já, k uvědomění a vyjádření svých emocí.

Dále pro ni byly přínosné techniky zaměřené na zvyšování sebeúcty a sebevědomí, na zlepšení komunikace, na asertivním vyjadřování názorů. Důležité pro ni bylo, že si jednotlivé techniky mohla vyzkoušet a následně zažívala pocit sebeúčinnosti.

Kalina (2008) uvádí, že ani optimální délka léčby nezaručuje dostatečně léčebný efekt. Za efektivní se pokládá intenzivní strukturovaný program, který kombinuje psychoterapeutické působení skupiny, kognitivně behaviorální přístupy podporující zvládání rizikových situací a trénink sociálních dovedností v rámci pevného režimu a jasných pravidel.

Na základě osobních zkušeností s programem léčby závislostí na oddělení, kde klientka léčbu absolvovala, se domnívám, že splňuje všechny aspekty efektivní léčby. Efektivitu léčby spatřuji v tom, že komplexnost a návaznost programů podporovala motivaci klientky ke změně závislého chování.

Můj osobní názor je, že motivace je důležitá ve všech fázích klientova života, např. i po ukončení léčby, kdy při absenci rodinného zázemí může zažívat pocity zbytečnosti, prázdnoty.

..

## 8. ZÁVĚR

Hlavním cílem práce bylo zkoumat průběh budování motivace u klientky závislé na alkoholu během jejího pobytu na oddělení léčby závislostí v psychiatrické léčebně. Na oddělení detoxifikace byl sledován vývoj její motivace k rozhodnutí pro léčbu, v období léčby bylo zkoumáno budování vnitřní motivace. Pomocí použitých výzkumných metod se podařilo shromáždit data případové studie a pracovat s nimi tak, aby bylo možné na reálném případě klientky ukázat vývoj motivace k pozitivní změně jejího závislého chování od fáze prekontemplace do fáze před propuštěním, kdy již bylo u klientky patrné udržování nových vzorců chování.

Dalším cílem bylo zjistit, které postupy a metody byly nejvíce účinné při změně závislostního chování jednak z pohledu terapeuta, dále z pohledu samotné klientky. Klientka hodnotila účinnost terapeutických intervencí a postupů ze svého subjektivního pohledu a s ohledem na svá vlastní přání, hodnoty a očekávání.

Během zpracování případové studie a studia odborné literatury související s tematikou motivace jsem získala nové vědomosti a dovednosti, které jsou nezbytné pro práci s klienty v adiktologických službách. Potvrdila jsem si svůj předpoklad, že jako nejpodstatnější faktor vedoucí ke změně závislého chování se jeví vnitřní motivace. Upevnila jsem si svoje přesvědčení, že u pracovníka v adiktologických službách je nezbytné, aby se aktivně vzdělával v problematice motivace závislých klientů a využil dostupných nabídek seminářů a kurzů motivačních pohovorů i jiných technik. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že se erudice této problematiky kladně odráží v pochopení závislých klientů a v přístupech k nim. V neposlední řadě má význam pro samotného pracovníka v adiktologických službách, kterému se na základě vědomostí a znalostí podaří pochopit jednání a chování klienta, může tím předejít syndromu vyhoření.

## 9. ETIKA

V bakalářské práci dodržuji relevantní etické principy, aby klientka nemohla být identifikována. Kvůli zachování anonymity neuvádím reálné jméno klientky, jsou posunuty i bibliografické údaje. Před samotnou realizací výzkumu byl respondentce nabídnut Informovaný souhlas o výzkumu (viz. příloha). Data potřebná ke kazuistice jsem čerpala ze zdravotnické dokumentace na oddělení, její součástí je klientkou podepsaný informovaný souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace. Doplnující data, která jsem čerpala po propuštění klientky, jsem získala zpřístupněním zdravotnické dokumentace, kdy jsem vyplnila „Záznam o zpřístupnění zdravotnické dokumentace pacienta léčebny oprávněnému žadateli“ – podle § 67b, § 67ba, § 67 bb zákona č. 20 Sb., o péči a zdraví lidu.

## 9.1. Příloha – Informovaný souhlas

### **Příloha k bakalářské práci s názvem „Motivační proces u klientky závislé na alkoholu prováděný na oddělení léčby závislostí v ústavní péči“.**

Autorka práce: Iva Douchová, studentka oboru adiktologie na 1. LF UK v Praze. Vedoucí práce je Mgr. Petra Vondráčková.

Cílem práce je zkoumat techniky a faktory motivačního procesu prováděného na léčbě závislostí a popsat, které z nich se jeví jako účinné a rozhodující při změně závislostního chování a posílení vnitřní motivace.

Potvrzuji svým podpisem, že jsem rozhodla svobodně a po zralém uvážení zúčastnit výzkumu, který je součástí bakalářské práce a souhlasím se zpracováním svého příběhu pro studijní účely. Autorka práce se zavazuje, že údaje o účastníkovi výzkumu budou zpracovány anonymně a bibliografické údaje budou mírně posunuty. Poskytnuté informace budou zpracovány objektivně a nebudou zneužity ke komerčním či jiným účelům. Prohlašuji a svým vlastoručním podpisem potvrzuji, že autorka práce mě poučila a osobně vysvětlila o náležitostech, které jsou obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu. Měla jsem možnost klást jí otázky, na které mi řádně odpověděla.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení porozuměla a souhlasím s účastí v tomto výzkumu.

Tento informovaný souhlas se vyhotovuje ve dvou provedeních, z nichž každá strana obdrží po jednom. Souhlas nabývá platnosti a účinnosti dnem jeho podpisu oběma smluvními stranami.

Datum:

#### **Vyjádření souhlasu s účastí na výzkumu:**

Autorka výzkumu: Jméno.....Iva Douchová

Podpis.....

Účastník výzkumu: Jméno.....

Podpis.....

## 10. SEZNAM LITERATURY

Bartošíková, I., Miovský, M., Kalina, K. (2003). Terapeutický vztah. In: Kalina, K., et al.: Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup. Kapitola 6/4. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Bell, A., Rollnick, S. (1999). Motivační trénink v praxi: strukturovaný přístup. In Rotgers, F., et al. Léčba drogových závislostí. Kapitola 10. Praha, ČR : Grada Publishing

Dobiášová, D., Broža, J. (2003): Motivační trénink. In Kalina, K. et al.: Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup. Kapitola 4/5. Praha: NMS/Úřad vlády ČR

Heller, J., Pecinová, O. Pavučina závislosti. Praha, ČR. Togga.

Heller, J. (2001) . Závislost známá neznámá . Praha, ČR: Grada Publishing.

Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha, ČR : Portál.

Jílek, J. (2008). Ze závislosti do nezávislosti. Praha, ČR: nakladatelství Roční období.

Kalina , K., et al. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha, ČR : Filia Nova.

Kalina, K. (2003). Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup . Praha, ČR – Filia Nova.

Kalina., K. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha , ČR : Grada Publishing.

- Kathleen ,S. (2006) . 12 kroků – metoda odvykání závislosti. Praha, ČR: Pragma.
- Miller, W.R., Rollnick, S (2003). Motivační pohovory. Příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov, ČR : sdružení Scan.
- Nakonečný, M.(1997) . Motivace lidského chování. Brno, ČR : Academia.
- Nešpor,K. (2000). Návykové chování a závislost. Praha, ČR: Portál.
- Nešpor, K. (2006). Zůstat střízlivý. Brno, ČR : Host - nakladatelství s.r.o.
- Millerová, G. (2011). Adiktologické poradenství. Praha , ČR : Galén.
- Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha, ČR : Grada Publishing
- Rotgers, F. (1999) . Léčba drogových závislostí. Praha, ČR: Grada Publishing.
- Satir, V., Baldwin, M. (2012). Terapie rodiny. Praha, ČR – Portál.
- Vágnerová, M. (2008) Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha, ČR: Portál.
- Velký sociologický slovník (1996). Praha, ČR : Karolinum.