

Využití pohybové terapie v procesu léčby klientů závislých na psychoaktivních látkách

Petr Čermák

Bakalářská práce
2021

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Petr Čermák**
Osobní číslo: **H18030**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Využití pohybové terapie v procesu léčby klientů závislých na psychoaktivních látkách**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti sociálně patologických jevů se zaměřením na závislost na alkoholu.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace kvalitativního výzkumu technikou rozhovoru a pozorování.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí.

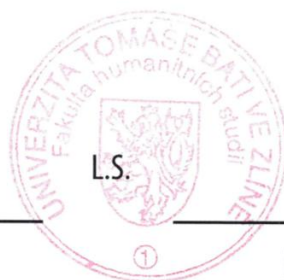
Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- ANDERSON, M. B. and S. J. HANRAHAN. *Doing exercise psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers, 2015. 328 p. ISBN 978-1-4504-3184-2.
- FISCHER, S. a J. ŠKODA. *Sociální patologie. Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál, 2016. 440 s. ISBN 978-8-0262-0982-9.
- ELICHOVÁ, M. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017. 264 s. ISBN 978-8-0271-0080-4.
- KUNDA, S. *Klinická diagnostika alkoholizmu: současnost a perspektivy*. Martin: Osveta. 2014. 86 s. ISBN 978-8-0806-3420-9.
- KUTNOHORSKÁ, J., M. CICHÁ a R. GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 189 s. 2012. ISBN 978-8-0247-7874-7.
- MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, 2013. 400 s. ISBN 978-8-0262-0213-4.
- MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Portál, 2015. 352 s. ISBN 978-8-0262-0234-9.
- MÁTEL, A. *Teorie sociální práce I*. Praha: Grada, 2019. 208 s. ISBN 978-80-271-2220-2.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 5. vyd. Praha: Portál, 2018. 256 s. ISBN 978-8-0262-1357-4.
- PEŠEK, R. *Jak se zbavit závislosti na alkoholu: příručka pro ty, kdo mají problém s alkoholem: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2018. 116 s. ISBN 978-8-0882-9002-5.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. RNDr. Jaroslava Pavelková, CSc.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací

(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je věnována využití pohybové terapie v rámci sociální intervence u klientů závislých na psychoaktivních látkách. Cílem práce je ověření účinnosti vlivu pohybové terapie v procesu léčby a poskytování sociální intervence u klientů závislých na psychoaktivních látkách, konkrétně závislých na alkoholu. Jedná se o značně akceptovatelnou psychoaktivní látku v českém sociokulturním prostředí, jejíž nadměrná konzumace má negativní vliv na psychické i fyzické zdraví jednotlivce a svými dopady zasahuje celé rodiny i společnost. V teoretické části práce jsou vymezeny základní pojmy týkající se psychoaktivních látek, jako je charakteristika drog, historie, příčiny vzniku a možné dopady drogové závislosti na lidský život, prevence jevu, včetně psychoterapie zaměřené na tělo jako jedné z možností využívaných při léčbě závislostí. Uvedeny jsou i sociální služby dle příslušné právní normy se zaměřením na řešenou cílovou sociální skupinu. Výzkumná část práce řeší pomocí kvalitativního výzkumu prostřednictvím případové studie klienta vliv psychoterapie zaměřené na tělo na proces jeho léčby alkoholové závislosti.

Klíčová slova: alkoholová závislost, prevence, psychoaktivní látky, psychoterapie zaměřená na tělo, sociální práce, sociální služby, zdravotní péče

ABSTRACT

The bachelor thesis is devoted to the use of movement therapy in social intervention for clients addicted to psychoactive substances. The aim of the work is to verify the effectiveness of the effect of movement therapy in the treatment process and providing social intervention for clients addicted to psychoactive substances, specifically alcohol addicts. It is a highly acceptable psychoactive substance in the Czech socio-cultural environment, the excessive consumption of which has a negative effect on the mental and physical health of the individual and its effects affect entire families and society. The theoretical part of the bachelor work defines the basic concepts related to psychoactive substances, such as drug characteristics, history, causes and possible effects of drug addiction on human life, phenomenon prevention, including psychotherapy focused on the body as one of the options used in addiction treatment. Social services according to the relevant legal norm with a focus on the solved social group are also listed. The research part of the work solves, with the help of qualitative research through a case study of the client, the influence of psychotherapy focused on the body on the process of his treatment of alcohol addiction.

Key words: alcohol addiction, prevention, psychoactive substances, body-focused psychotherapy, social work, social services, health care

„Náš největší úspěch není v tom, že nepadneme, ale v tom, že vstaneme, kdykoli padneme.“

Konfucius

Poděkování

Rád bych poděkoval své vedoucí práce doc. RNDr. Jaroslavě Pavelkové, CSc., nejen za její cenné rady, připomínky a vedení samotné, ale i za vstřícný přístup, ochotu a veškerou pomoc, kterou mi poskytla.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 PSYCHOAKTIVNÍ LÁTKY.....	14
1.1 HLAVNÍ ŠKODLIVÉ ÚČINKY UŽÍVÁNÍ PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK	14
1.2 DĚLENÍ PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK.....	15
2 ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST.....	17
2.1 PŘÍČINY VZNIKU A RIZIKOVÉ FAKTORY ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI.....	17
2.2 PŘÍZNAKY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU.....	18
2.3 STÁDIA A TYPY ALKOHOLISMU.....	20
2.4 PSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ ALKOHOLIKŮ.....	21
2.5 RODINA V RÁMCI ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI.....	22
2.6 SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE	24
2.6.1 Anonymní alkoholici.....	26
2.6.2 Socioterapeutické kluby	27
3 LÉČENÍ LIDÍ S ALKOHOLOVOU ZÁVISLOSTÍ.....	29
3.1 FORMY LÉČBY	29
3.1.1 Ambulantní léčba	30
3.1.2 Ústavní léčba.....	31
3.1.3 Denní stacionář.....	32
3.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S ALKOHOLOVOU ZÁVISLOSTÍ.....	32
3.3 LEGISLATIVNÍ PODMÍNKY PRO POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	34
3.4 TERCIÁRNÍ PREVENCE ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI.....	35
4 POHYBOVÁ TERAPIE	38
4.1 PSYCHOMOTORICKÁ TERAPIE V SOUČASNÉ DOBĚ.....	39
4.2 HISTORIE PSYCHOTERAPIE ZAMĚŘENÉ NA TĚLO	43
4.3 VYUŽÍVÁNÍ PSYCHOTERAPIE ZAMĚŘENÉ NA TĚLO V PROCESU LÉČBY ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI KLIENTŮ	45
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	48
5 METODIKA VÝZKUMU	49
5.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	50
5.2 CHARAKTERISTIKA OBJEKTU VÝZKUMU.....	51
5.2.1 Případová studie	51
5.2.2 Organizace výzkumu.....	58
5.2.3 Zpracování a analýza získaných dat.....	59
5.2.4 Evaluace	64
5.2.5 Diskuze.....	66
5.2.6 Doporučení pro praxi	69

ZÁVĚR	70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	76
SEZNAM GRAFŮ	77
SEZNAM TABULEK.....	78
SEZNAM PŘÍLOH.....	79

ÚVOD

Alkohol provází lidstvo již po staletí. Avšak nikdy nebylo téma závislosti na alkoholu tak aktuální, jako v současné době. Alkoholové nápoje jsou běžně dostupné, a i pro nezletilou osobu není problém si alkohol opatřit. Dění ve společnosti se zrychlilo a stres je trendem moderní doby. Mnoho lidí nezvládá požadavky, které jsou na ně společností kladeny a často se uchylují k uvolnění napětí právě užitím některé z psychoaktivních látek či už se jedná o alkohol nebo drogy.

Důvody, vedoucí k volbě tématu bakalářské práce, jsou založeny na osobních zkušenostech. První touto zkušeností je alkoholově závislý člověk ve vlastní rodině, kde jeho závislost ovlivňuje nejen život jeho, ale i životy všech členů rodiny. Druhá zkušenost, kterou se autor práce pokusí uplatnit ve svém výzkumu, je vlastní subjektivní vnímání vlivu pohybové aktivity na úzkostné stavy. Posledním důvodem je opět osobní zkušenost, kdy autor vykonával praxi v rámci svého studia v Psychiatrické nemocnici Kroměříž a setkával se zde s mladými lidmi, zdravými a statnými dospělými muži, kteří jen z důvodu své závislosti jsou vyčleněni na okraj společnosti, a jejich zpětná reintegrace do majoritní společnosti bývá v mnoha případech téměř nemožná.

Cílem předložené bakalářské práce je zjistit jakým způsobem může ovlivnit psychoterapie zaměřená na tělo léčbu alkoholové závislosti. Práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části jsou definovány základní pojmy týkající se psychoaktivních látek se zaměřením na alkoholovou závislost. Představena je léčba a sociální práce s klienty s alkoholovou závislostí. V teoretické části jsou využity informace z odborných publikací, např. Matouška (2013), Fischera a Škody (2014), Nešpora (2018) a Mátela (2019), kteří se zaměřují na problematiku závislostí na psychoaktivních látkách, která je hlavním tématem této práce v návaznosti na sociální práci v kontextu této závislosti. V závěru teoretické části práce informujeme o přímém působení psychoterapie zaměřené na tělo, která je založena na individuální práci s klientem závislým na alkoholu a je následně využita i v části praktické.

Praktická část přináší výsledky kvalitativního výzkumu o možnostech využití psychoterapie zaměřené na tělo v rámci sociální intervence u klienta závislého na psychotropní látce (alkoholová závislost), přičemž sledován byl vývoj klientovi spotřeby alkoholických nápojů a následný vliv terapie na jeho depresivní stavy, které řešenou závislost provází. V praktické části práce jsou využity výsledky výzkumů z prací např. Pajora (2007), Adamíkové (2017) a Hlinčíka (2018). Výzkumem, obsaženým v této práci jsme chtěli ověřit, zda a jakým způsobem může psychoterapie zaměřená na tělo ovlivnit či

zmírnit klientovu alkoholovou závislost s možnou účinností na potlačení depresivních stavů klienta při poskytování této terapie. Využity jsou zejména odborné poznatky z teoretické části práce o poskytování sociální práce s lidmi s alkoholovou závislostí a jsou účelně implementovány i při vlastní intervenci s klientem, který byl pravidelně doprovázen při pohybových aktivitách. Pozornost byla věnována i změnám v jeho duševním rozpoložení v rámci pohybové terapie, včetně změn ve spotřebě alkoholu. Na základě výsledků kvalitativního výzkumu, případové studie s klientem závislým na psychoaktivní látce, a jejich srovnáním s dalšími vedenými výzkumy se domníváme, že účinnost psychoterapie zaměřené na tělo s využitím individuálního přístupu, je možné využít jako pomocnou metodu při odvykacím procesu závislostí, např. v komunitní sociální práci, ambulantní či v chráněném sociálním bydlení u léčby klientů s alkoholovou závislostí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHOAKTIVNÍ LÁTKY

Každá látka, která ovlivňuje psychickou činnost, je označována za látku psychoaktivní. Některé psychoaktivní látky vyvolávají závislost, tudíž hovoříme o látkách návykových. Návyková látka je každá chemická látka, která mění psychický stav a na kterou se může vytvořit návyk a závislost. V zásadě se rozlišuje závislost fyzická (somatická) a psychická. Jako fyzická závislost se označuje rozvoj nepříjemných tělesných příznaků (např. třesu, pocení, křečí, průjmu) po vysazení nebo prudkém snížení pravidelné dávky návykové látky. Psychická závislost znamená touhu po opětovném navození příjemných duševních stavů. Fyzická závislost je přítomna několik dnů, nejvýše několik týdnů, psychická závislost přetrvává mnohem déle. Často se však vyskytuje soubor příznaků komplexního charakteru a hovoříme o psychosomatické závislosti. (Fischer a Škoda, 2014)

Závislost je to, co odpovídá definici závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10, 2021). V souvislosti se závislostmi se můžeme dočíst o tzv. syndromu závislosti. Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Charakteristika syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovu objevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. (Nešpor, 2018)

Jeřábek vysvětluje rozvoj závislosti tím, že psychoaktivní látky biochemicky ovlivňují systémy obměny v mozku a tento opakovaný účinek vede právě k rozvoji závislosti na psychoaktivní látce. (in Kalina a kol., 2015)

1.1 Hlavní škodlivé účinky užívání psychoaktivních látek

Fischer a Škoda (2014) ve své knize definují čtyři základní kategorie škodlivých účinků užívání psychoaktivních látek. Řadí mezi ně:

1. Akutní či krátkodobé stavy. Jedná se o intoxikace následující po užití psychoaktivní látky, které můžeme charakterizovat jako přechodné změny ve fyziologických, psychických a behaviorálních funkcích. Tyto změny jsou individuálně podmíněné, neboť tolerance vůči látce, okolnosti jejího požití a specifčnost následků mohou být různé. K akutní intoxikaci může dojít již při prvním kontaktu s látkou, nejčastěji k ní dochází u jedinců, kteří mají dlouhodobé problémy spojené s užíváním alkoholu nebo tzv. tvrdých drog. Projevují se

poruchami fyzické koordinace, poruchami soustředění a racionálního uvažování. Mohou se vyskytovat rovněž stavy zmatenosti, agresivita (zejména ve vztahu k užívání alkoholu), suicidální jednání. Je nutné si uvědomit, že nejzávažnější „komplikací“ doprovázející akutní intoxikace může být smrt jako důsledek intoxikace. K ní nebo k jiným zdravotním následkům může dojít i u jedince, který není na užívání konkrétní látky závislý, může se jednat i o první kontakt.

1. Chronická zdravotní poškození. Vznikají dlouhodobějším užíváním psychoaktivních látek. Jedná se např. o jaterní cirhózu rozvinutou vlivem konzumace alkoholu, karcinom plic či rozedmu plic vlivem inhalování cigaretového kouře, AIDS i hepatitidu typu C přenesené prostřednictvím injekčních jehel při intravenózní aplikaci opioidů. Obvykle vznikají v důsledku dlouhodobého užívání látky, s následným poškozením v oblasti somatické nebo psychické, jímž může být např. depresivní epizoda po předchozí opilosti. Vágnerová konstatuje, že takový vzorec chování můžeme označit jako chování sebepoškozující.
2. Akutní sociální důsledky. Jsou bezprostřední reakcí společnosti na zneužívání psychoaktivních látek jedincem. Patří mezi ně například ukončení či přerušování vztahu s jinou osobou či osobami, zatčení, uvěznění.
3. Chronické sociální důsledky. Jsou spojeny s chronickými sociálními problémy, které se váží na rodinný a profesní život jedince. Mohou vyústit v rozpad rodiny, nezaměstnanost, kriminalizaci, atd. (Fischer a Škoda, 2014)

1.2 Dělení psychoaktivních látek

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (2021) jsou za psychoaktivní látky považovány takové látky, které vyvolávají závislost a jejich zneužívání může vést k rozvoji duševních a behaviorálních poruch. Tyto psychoaktivní látky jsou dále členěny v deseti skupinách:

1. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním alkoholu
2. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním opioidů
3. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním kanabionidů
4. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním sedativ nebo hypnotik
5. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním kokainu
6. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním jiných stimulací (včetně kofeinu)
7. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním halucinogenů
8. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním tabáku

9. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním těkavých organických rozpouštědel
10. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním několika látek a používáním jiných psychoaktivních látek. (Fischer a Škoda, 2014)

Jednotlivé druhy závislosti se kódují podle MKN (2018) následovně:

F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2 Závislost na opioidech (např. heroin)

F12.2 Závislost na kanabinoidech

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnoticích (tlumivých lécích)

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulantích včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 Závislost na halucinogenech (např. MDMA čili slangově extáze)

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Z uvedeného členění je patrné, že závislosti na práci, hráčství či internetu nejsou závislostí v pravém slova smyslu. (Nešpor, 2018)

V roce 2019 bylo Ústavem zdravotnických informací a statistiky (dále ÚZIS) v Praze identifikováno 42 případů smrtelného předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami. Psychoaktivní léky byly příčinou předávkování v dalších 42 případech. Z těchto 42 případů přímých drogových úmrtí bylo 19 případů způsobeno opioidy, 12 pervitinem a 8 těkavými látkami. V roce 2019 bylo ze soudně-lékařských oddělení hlášeno jedno úmrtí v důsledku předávkování tanečními drogami typu MDMA, jedno úmrtí v důsledku předávkování kokainem a jedno úmrtí v důsledku předávkování THC. V roce 2019 bylo identifikováno 133 úmrtí pod vlivem drog z jiných příčin než předávkování, z toho nejvíce v důsledku nemoci, nehod a sebevražd. Z nelegálních drog byl nejvyšší počet případů pod vlivem jiných psychoaktivních látek (27), opiátů (24) a benzodiazepinů (23). (ÚZIS, 2020)

2 ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST

Alkohol je spolu s cigaretami nejčastěji užívanou a akceptovanou psychoaktivní látkou, které jsou obě navíc propagovány přes masivní reklamní kampaně, které se zaměřují především na mladé lidi. Hlavní psychoaktivní složkou alkoholu je etanol, který se vyrábí alkoholovým kvašením rostlinných produktů a následnou destilací. Užití probíhá perorálně a po požití se rychle vstřebává sliznicí tenkého střeva do krevního oběhu. Toto vstřebávání dokáže do jisté míry zpomalit přítomnost potravy v žaludku. (Fischer a Škoda, 2014)

Americký profesor psychologie E. M. Jellinek na základě svých výzkumu vytvořil schéma znázorňující průběh nemoci, a i díky jeho práci uznala Světová zdravotnická organizace alkoholismus za nemoc. Alkoholismus je tedy tělesné onemocnění, které je zřejmé z různých příznaků (Röhr, 2018).

2.1 Příčiny vzniku a rizikové faktory alkoholové závislosti

Příčinám vzniku závislosti se v minulosti věnovalo mnoho výzkumů, avšak přesné příčiny a mechanismy vzniku nejsou doposud známé. Z mnoha průzkumů však vyplývá, že jednou z příčin, která vede k závislostem, je zvědavost. Právě zvědavost je nejčastějším důvodem zkoušení návykové látky, jež ve většině případů propadá až k závislosti na dané návykové látce. (Mátel et al., 2011)

Mezi známé faktory, které alkoholovou závislost ovlivňují, jsou:

- Genetické predispozice – studie dvojčat poskytly odhady dědičné predispozice k alkoholové závislosti na 51 – 65,0 % v ženské populaci a 48 – 73,0 % v mužské populaci. Je prokázáno, že u jedinců z rodin, kde je otec alkoholik, je pravděpodobnost vzniku alkoholismu 10x vyšší.
- Biologické predispozice – u některých jedinců se může projevit po požití látky mnohem příjemnější pocity a nemusí mít příliš velké následné obtíže (necítí kocovinu) a tudíž je pravděpodobnost častějšího užívání látky mnohem vyšší.
- Psychické faktory – související s jedinci, kteří nejsou schopni posoudit sebe ani okolí odpovídajícím způsobem, mají sklony k podceňování, ale i k přeceňování, může se týkat i jedinců, kteří mají nižší míru sebekontroly.
- Sociální faktory – mezi významné sociální faktory zvyšující sklony k závislosti patří vliv rodiny, vliv sociální skupiny, vliv životního prostředí a sociální konformita. (Fischer a Škoda, 2014)

Tyto faktory doplňuje Mátel s kolektivem (2011) o následující:

- Farmakologické faktory – zejména dostupnost drog
- Somatické faktory – snaha odstranit fyzické obtíže, stimulovat smysly
- Sociální faktory – především výchovně-vzdělávací proces a trávení volného času
- Socioekonomické faktory – vzrůstající životní úroveň a s ní související dostatečné finanční prostředky
- Podnět – touha po euforických pocitech či snaha o únik nepříjemným pocitům (Mátel et al., 2011)

2.2 Příznaky závislosti na alkoholu

Znaky závislosti lze soustředit do následujících okruhů: tolerance, stereotyp pití, zaměření na alkohol, abstinční syndrom, deprivace a defektnost stavu. Alkoholismus lze chápat jako chorobu i přes to, že za hlavní znak nepovažujeme ztrátu či oslabení kontroly. (Kunda, 2014)

Pokud bychom hovořili všeobecně o závislosti na psychoaktivní látce, tak dle WHO udává, že musí být splněny minimálně tři z následujících charakteristik:

1. Silná touha nebo silné puzení opatřit si psychoaktivní látku

Už v roce 1955 komise odborníků Světové zdravotnické organizace definovala bažení jako touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost. Zhruba ve stejné době padl návrh odlišovat tělesné a psychické bažení. Až mnohem později se ukázalo, že bažení tělesné (vznikající při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm) a psychické (objevuje se i po delší abstinenci) se v mozku jinak projevuje, což se dá zjistit.

Nešpor uvádí příklad z praxe alkoholově závislého člověka takto: „*U mě to bylo často silné, neboť jsem nebyl líný v noci vstát a jet si pít koupit.*“

Pro srovnání s klientem, jenž je objektem této práce, následuje jeho doslovná citace: „*Kurňa sem se nějak rozpil (pomalu skoro basa denně), ale furt se snažím před 17:00 neslopat, nejhorší na tom je – jak sem dlouho doma, vstanu v 6, vylezu z postele a co teď? Nic, tak si zas lehnu a vstanu v 7, co teď? Kurňa furt není co dělat, tak zas lehnu a vstanu v 8. To se párkrát opakuje a pak už se jen těším, až bude 17:00.*“

2. Problémy se sebekontrolou a sebeovládáním v souvislosti s užíváním psychoaktivní látky
Na první pohled je zřejmé, že uvedený znak souvisí s předchozím, ale není totožný. Sebeovládání se bažením jednoznačně zhoršuje. Naopak i lidé, kteří trpí silným bažením, mohou mít zachované sebeovládání. Uvedené bohužel platí i naopak: I lidé, kteří si bažení plně neuvědomují, se mohou přestat ve vztahu k návykové látce ovládat, přestože nepocítují silné bažení.
3. Výskyt fyziologických symptomů při omezení nebo zastavení přísunu psychoaktivní látky
Jeden z příkladů z praxe, který Nešpor uvádí je: „*Když vysadím pití, jsem podrážděný, nervózní, namlouvám si, že se musím napít.*“ Pro opětovné porovnání následuje přímá citace klienta ze soukromé emailové korespondence: „*Jo, zkusil jsem se na chlast úplně vykašlat, ale po pár dnech katastrofa. Nemohl jsem vůbec usnout, a když už se to povedlo, tak max na hodinku. Každá blbost mě dokázala vytočit a pivo jsem prostě nedokázal dostat z hlavy*“.
4. Průkazná tolerance spočívající v tom, že k navození stejných účinků je třeba používat stále se zvyšující množství psychoaktivní látky
Není zcela jasné, jak tolerance vzniká. Víme, že se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek látek nebo že stejné dávky mají nižší účinek. K tomuto bodu Nešpor uvádí několik příkladů z praxe, mimo jiné:
„*Dříve 5 piv, nyní až 15 až 20 piv a litr rumu přes den*“.
K čemuž opět autor práce přikládá citaci svého klienta ze své soukromé emailové korespondence: „*Pomale bych mohl soutěžit, tak jak jsem před časem slopl basu a byl jsem tuhej, tak teď začínám zvesela druhou.*“
5. Progresivní zanedbávání jiných zájmů a činností nesouvisejících se zneužíváním psychoaktivních látek
Shánění dané látky, její aplikace a následné zotavování po aplikaci zabere závislému tolik času, že na jiné aktivity nemá ani pomyšlení. Po absolvované léčbě vyvstává závažný problém, jak vyplnit tento čas, aby se dotyčný nevrátil k látce, která mu způsobila závislost.
6. Přetrvávající užívání psychoaktivní látky navzdory jasným důkazům o zjevné škodlivosti tohoto užívání a jeho důsledkům v oblasti zdravotní, psychické a sociální
Aby tento příznak byl diagnosticky validní, musel by být pacient o negativních účincích informován. Ve chvíli, kdy ví, že si pitím alkoholu poškozuje játra a přesto dál alkohol pije, stává se toto znakem závislosti. (Fischer a Škoda, 2014; Nešpor, 2018)

2.3 Stádia a typy alkoholismu

Proces rozvoje závislosti na alkoholu se dělí do čtyř stádií:

1. Stádium (počáteční), ve kterém si jedinec uvědomuje, že pije odlišně než druzí a že mu alkohol přináší úlevu od jeho problémů. Zvyšuje množství i četnost pití.
2. Stádium (varovné), je charakteristické zvyšující se tolerancí k alkoholu, stoupá spotřeba, začíná se stydět za své pití, objevují se okénka, dochází k výčitkám.
3. Stádium (rozhodné), kdy tolerance stále stoupá, narůstají konflikty i se zákonnými normami, nad pitím chybí jakákoliv kontrola a jedinec bývá často přesvědčen, že „kdyby chtěl, mohl by přestat“.
4. Stádium (konečné) odpovídá syndromu závislosti, tolerance se začíná snižovat, alkoholik se rychle opije, ale bez alkoholu nevydrží, konzumace je nepřetržitá, objevují se somatické a psychické poruchy. (Fischer a Škoda, 2014)

Rozvoj tolerance a posléze i závislosti na alkoholu je podmíněn celou řadou faktorů. V některých pracích se uvažuje o vlivu behaviorální tolerance spočívající v postupném adaptivním učení se překonávat některé negativní efekty intoxikace organismu etanolem. Vedle tohoto mechanismu tolerance, existuje tolerance metabolická, která se pravděpodobně vyvíjí na základě enzymatické indukce. Ta spočívá v tom, že enzymy, které se účastní metabolismu etanolu, zvyšují svoji aktivitu v závislosti na rostoucích koncentracích substrát. Je tedy nutné stále zvyšovat dávky etanolu za účelem vyvolání stejných účinků. (Škoda a Fischer, 2014)

Jednotlivé typy alkoholismu dělíme Pokorného (2003) následovně:

- Alfa alkoholismus – je označením pro abúzus, čili nadměrné pití alkoholu. Nedochozí při něm ke ztrátě kontroly nad množstvím vypitého alkoholu. Nehrozí další progrese alkoholismu.
- Beta alkoholismus – je dlouhodobým abúzem alkoholu, v jehož průběhu se sice nevytváří závislost na alkoholu, ale projevují se různé somatické komplikace, ač už jaterní cirhóza nebo například polyneuritida gastritida.
- Gama alkoholismus – vyznačuje se zvýšenou tolerancí alkoholu, ztrátou kontroly v pití a přítomností abstinenčních chronických symptomů po té, co je dotyčnému alkohol odňat (zvýšená potivost, nespavost, anorexie, zvracení, průjemy, aj.) Jedná se tedy o alkoholovou toxikomanii.

- Delta alkoholismus – typ alkoholové toxikomanie, při níž alkoholik neztrácí kontrolu nad množstvím vypitého alkoholu, ale není ochotný abstinovat. Nedochozí u něj k opilosti, ale rovněž nezůstává střízlivý.
- Epsilon alkoholismus – symptomatický abúzus alkoholu během depresivní nebo manické fáze manicko-melancholické psychózy, během schizofrenie, epilepsie, apod. Dochází záchvatovitě ke vzniku neodolatelné touhy po alkoholu, následném pití se ztrátou kontroly. V mezidobí, které trvají i řadu měsíců, bývá dotyčný pouze konzumentem alkoholu nebo dokonce abstinuje.
- Chronický alkoholismus – je charakterizován vznikem somatických a psychických poruch, které vznikají na podkladě chronické intoxikace alkoholem u lidí s alkoholovou závislostí. (Jellinek in Pokorný a kol., 2003)

2.4 Psychická onemocnění alkoholiků

Závislost jako taková spadá do klasifikace duševních onemocnění. Bohužel není jedinou, kterou návykové látky způsobují. Mezi další můžeme řadit následující:

- Akutní intoxikace

Aplikace látky jsou prokazatelné v blízké minulosti. Příznaky intoxikace musí být v souladu se známým účinkem látek a nelze je vysvětlit tělesným onemocněním nezávislým na užití látky.

- Škodlivé užívání návykových látek

Při něm dochází k tělesnému nebo duševnímu poškození v důsledku návykové látky. Trvání příznaků je nejméně jeden měsíc nebo se vyskytovalo opakovaně během dvanácti měsíců.

- Odvykací syndrom

Dochází k tělesnému nebo duševnímu poškození v důsledku návykové látky. Trvání příznaků je nejméně jeden měsíc nebo se vyskytovalo opakovaně během dvanácti měsíců.

- Odvykací syndrom s deliriem

Odvykací stav je zde komplikován deliriem, patří sem zejména delirium tremens.

- Amnestický syndrom

Tento syndrom je spojen se zhoršením krátkodobé paměti, kdy např. na otázku, co měl dotyčný k snídani, odpoví, že vajíčka, ale na tu samou otázku po krátké době odpoví odlišně. (Nešpor, 2018)

V současné době se objevují nově diskutované přístupy k pojetí závislosti na psychoaktivních návykových látkách. Pro názornost uvádíme pohled na řešenou

problematiku kanadského lékaře G. Maté, který se specializuje na studium možné terapie a léčby u závislých. Autor ve své knize „V říši hladových duchů: blízká setkání se závislostí“ (Maté, 2020) představuje své názory na otázky spojené se závislostmi. „*Neptám se, na čem jsou závislí, ani jak dlouho, co se vám na tom líbilo, co vám to krátkodobě dávalo? Obvykle se všechny odpovědi nesou v podobném duchu: Pomáhalo mi to uniknout emoční bolesti, zvládat stres, uklidnit se, najít spojení s druhými, získat pocit, že mám věc pod kontrolou*“ (Maté, 2020, s. 21) Autor komentuje, že tyto odpovědi naznačují, že závislost není volba, a ani primárně nemoc, ale vychází ze zoufalé snahy lidských bytostí vyřešit problém emoční bolesti, nezvladatelného stresu, ztráty kontroly a spojení s druhými či hluboce zakořeněnou nespokojeností se sebou samým – tedy marné řešení problému lidské bolesti. Je nutné mít na zřeteli, že všechny drogy a druhy chování s rysy závislosti (ať látkové či nelátkové) mají bolest buď přímo tlumit, nebo od ní odvádět pozornost. Uvědomit si důležitost identifikace zdroje, často v podobě traumat ve spojitosti s mentálními a fyzickými nemocemi či sociální dislokací a závislostí.

2.5 Rodina v rámci alkoholové závislosti

Lidé, kteří jsou závislí a to nejen na alkoholu, postihují svou závislostí i celou svou rodinu. Potřeby rodinných příslušníků bývají odsunuty pro potřeby závislého člena rodiny. V rámci rodiny, ve které se vyskytuje člen se závislostí, dochází k různým komplikacím. Mezi tyto komplikace může patřit rozvod, násilí páchané pod vlivem alkoholu, zanedbání péče, aj. (Mátel et al., 2011)

Rodina může vzniku závislosti u svých členů předcházet, ale i naopak může závislost sama způsobit. V rámci rodiny se vyskytují rizikové faktory, které vznik závislosti ovlivňují. Mezi tyto rizikové faktory patří:

- Výskyt jakékoliv neléčené a nezvládané návykové choroby u rodičů zvyšuje riziko jakékoliv návykové choroby u dětí.
- Neexistují jasná pravidla týkající se chování dítěte.
- Nedostatek času na dítě zvláště v časném dětství, málo péče, nedostatečný dohled, nedostatečné citové vazby dítěte.
- Nesoustavná a přehnaná přísnost, nepřiměřené fyzické násilí vůči dítěti, týrání dítěte, sexuální zneužívání dítěte.
- Schvalování pití alkoholu a užívání drog.
- Nízká očekávání od dítěte a podceňování.

- Špatné duševní a společenské fungování rodičů, rodiče jsou osamělí, vůči širšímu okolí lhostejní, nebo dokonce nepřátelští.
- Vážná duševní choroba rodičů.
- Velmi těžké hmotné podmínky rodiny. Rodina špatně funguje, výchova pouze jedním rodičem, který ji časově nebo jinak nezvládá a nemá možnost využít pomoci dalších příbuzných.
- Časté stěhování rodiny.
- Dítě žije bez rodiny a bez domova.
- Závislost na návykové látce, škodlivé či rizikové užívání návykové látky nebo jiný návykový problém u manžela (manželky) nebo partnera (partnerky).
- Vážná duševní nemoc u manžela nebo manželky.
- Manžel (manželka) nebo jiný blízký člověk funguje jako „umožňovač“, tedy někdo, kdo usnadňuje návykové jednání a chrání závislého před následky, čímž se oslabuje motivace k pozitivní změně. (Nešpor, 2018)

Je však i mnoho protektivních činitelů, díky kterým lze vzniku závislostí předcházet.

Mezi takovéto činitele můžeme řadit:

- Přiměřená péče, dostatek času na dítě, zejména v časném dětství, a pevné citové vazby dítěte.
- Jasná pravidla týkající se chování dítěte a přiměřený dohled.
- Pozitivní hodnoty (např. vzdělání).
- Rodiče na výchově spolupracují. Sdílená zodpovědnost v rodině.
- Styl výchovy je vřelý a středně omezující (výchova tedy není necitlivě autoritativní, ale také ne zcela volná a bez pravidel a omezení).
- Rodiče alkohol, tabák a jiné drogy zejména u dětí a dospívajících odmítají.
- Existují přiměřená a jasná očekávání od dítěte, rodiče vůči němu projevují respekt.
- Členové rodiny si osvojili dobré způsoby, jak zvládat stres. Je zajištěna ochrana, bezpečí a přiměřené uspokojování potřeb dítěte.
- Rodiče jsou duševně zdraví.
- Rodiče jsou dobře přizpůsobeni ve společnosti a mají snahu pomáhat druhým. Výchova pomáhá vytvářet kvalitní vztahy s dospělými mimo rodinu.
- Rodiče pomáhají dítěti nacházet dobré zájmy.

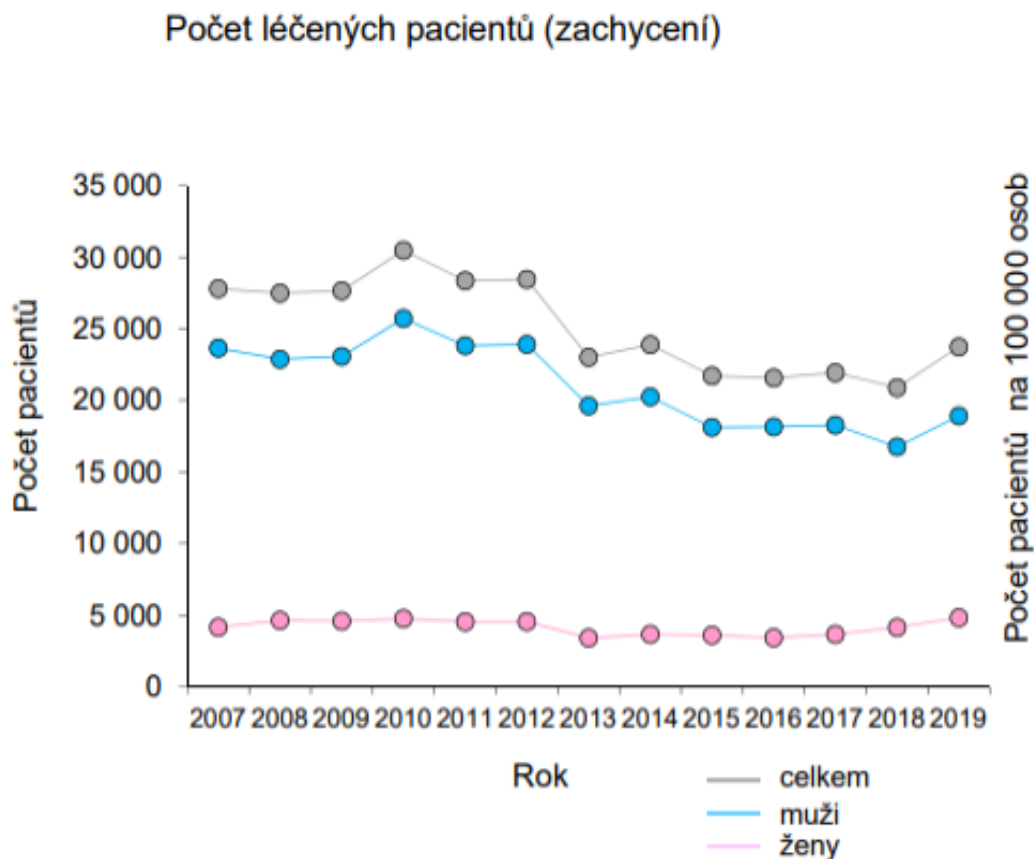
- Dobré mezigenerační vztahy a kvalitní spolupráce mezi generacemi (nejčastěji s prarodiči dítěte).
- Manžel (manželka) nebo partnerka (partner) odmítají návykové látky a jsou i jinak duševně zdraví.
- „Tvrdá láska“ ze strany příbuzných a dalších blízkých lidí. Na jedné straně poskytují pocit citové opory a jsou vřelí, na druhé straně ale trvají na pozitivní změně a zvyšují tak motivaci. (Nešpor, 2018)

Jedním prostředkem, který zlepšuje schopnost pacienta dokončit léčbu, je rodinná terapie. Často se stává, že rodina nebo některý její člen nemusí být myšlenkou rodinné terapie zrovna nadšen. Terapeuti proto hovoří o „svádění k rodinné terapii“. V rámci rodinné terapie se užívá např. nácvik rodičovských dovedností, což ve své podstatě spadá do kategorie poradenství, které se týká například toho, že by rodiče měli trávit více času s problémovým dítětem nebo mu pomoci hledat vhodné zájmy a společnost. Dále zde můžeme zahrnout odměňování prosociálního chování dítěte, posilování vazeb dítěte na rodinu, omezení fyzického trestání, zlepšení empatie ze strany rodičů, atd. (Nešpor, 2018)

2.6 Situace v České republice

Každý rok podstoupí léčbu problémů spojených s alkoholem v ústavních zdravotnických zařízeních asi deset tisíc lidí (Graf 1). Z nich je okolo sedmi tisíc mužů a tři tisíce žen. Počet lidí, kteří se léčili, je však větší, neboť existují i další formy a typy léčby. (Pešek, 2018)

Graf 1 Počet léčených pacientů



Zdroj: www.uzis.cz, 2019

Na výše uvedeném Grafu 1 můžeme vidět počet léčených pacientů na záchytných stanicích od roku 2007 až do roku 2019. Ač se situace za posledních dvanáct let rapidně nezhoršila, tak čísla jsou stále alarmující. Zajímavostí je také výrazný rozdíl mezi hodnotami mužů a žen (Graf 1). Existují tvrzení, že ženy dokáží závislost na alkoholu mnohem lépe skrývat, současně jsou však proti účinku alkoholu mnohem méně odolné z důvodu vyššího podílu tukové tkáně a menší výkonnosti jater. Tyto informace však nejsou důležité pro tuto práci a není třeba se věnovat výzkumům k této problematice. Výsledky ve výše uvedené tabulce potvrzují i způsob nahlížení na opilost mužů a opilost žen. Autor se z vlastních zkušeností domnívá, že když se ve společnosti objeví opilý muž, většinou dojde k pousmání a poznámkám o přebrání či někdy dokonce k pochvalám a uznání. Jakmile se ve stejné situaci objeví žena, jsou reakce většinou zcela odlišné a směřují spíše ke kritice. Zde se však již dostáváme k problematice rovnoprávnosti mužů a žen.

Tabulka 1 Spotřeba alkoholu v zemích EU

Státy	Česko	Slovensko	Německo	Rakousko	Polsko	Velká Británie
Spotřeba v litrech na 100,0 % alkoholu na obyvatele 15+	12,9	10,4	11,3	11,4	10,4	9,8
Nadměrné pití v posledním měsíci v %	42	36,2	34	33,2	35	30
Míra abstinence v posledním měsíci v %	24,6	30,8	20,6	21,9	32	26,6
Úmrtnost na jaterní cirhózu na 100 000 obyvatel (muži)	21,7	40,9	18,9	21,1	24,1	14,7
Úmrtnost v důsledku dopravní nehody a úrazu (muži)	9	11,7	6	8,2	16,4	4,8

Zdroj: <https://www.data.oecd.org/healthrisk/beer-consumption.htm>, 2019

Zajímavostí k výše uvedené tabulce je, že podle dat, které má OECD k dispozici, je spotřeba alkoholu v ČR mezi lety 1960 – 2018 téměř beze změny. Zatímco spotřeba alkoholu v zemích jako je Rakousko, Francie, Německo nebo i Slovensko, trvale klesá.

2.6.1 Anonymní alkoholici

Röhr (2018) ve své knize uvádí, že závislý člověk trpí životu nebezpečnou chorobou, kterou je možné dostat do klidové fáze jedině absolutní abstinencí od návykové látky. Pro alkoholika je model „kontrolovaného pití“ v praxi nepoužitelný a stejně je to i v případě ostatních závislostí. Téměř všechny lidi se závislostí tyto pokusy dříve či později zavedou

nejen zpátky do destruktivních stavů, ale dokonce do ještě většího teroru závislosti. (Röhr, 2018)

Dlouho před tím, než se objevily první terapeutické komunity, vznikli anonymní alkoholici. Ke vzniku této organizace se váže příběh vzájemné pomoci mezi alkoholiky, kde právě komunikací mezi nimi a vzájemným porozuměním dosáhli zbavení se své závislosti na alkoholu. Tato organizace se řídí tzv. Dvanácti kroky:

1. Přiznali jsme svoji bezmocnost vůči alkoholu – naše životy začaly být neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše nás může vrátit duševnímu zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho chápeme.
4. Provedli jsme důkladné a nebojácné sebezpytování, inventuru sebe samých.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela svolní s tím, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.
9. Rozhodli jsme se provádět tyto nápravy ve všech případech, kdy to situace dovolí, s výjimkou těch situací, kdy by takové počínání druhým ublížilo.
10. Pokračovali jsme v provádění morální inventury, a když jsme pochybili, pohotově jsme to přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostávalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili, snažili jsme se předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech. (www.anonymnialkoholici.cz, 2021)

Jednou z možností je i tzv. samoléčba. V případě, že je klient dostatečně motivován ke změně, může se pokusit ze závislosti na alkoholu vyléčit sám. Velkou nevýhodou je však riziko nebezpečného odvykacího stavu a také to, že během uzdravování může často šlápnout vedle, protože mu bude chybět pohled druhého člověka, který často vidí to, co klient nevidí. (Pešek, 2018)

2.6.2 Socioterapeutické kluby

Zásluhou docenta Skály vznikl v roce 1948 nejstarší socioterapeutický klub u nás, ale patrně i ve střední Evropě. Nejpodstatnějším rozdílem mezi Anonymními alkoholiky byl

ten, že socioterapeutické kluby měly těsnou integraci s mateřským léčebným zařízením a i to, že již od počátku byly vedeny profesionálními terapeuty. (Nešpor, 2018)

Výhody socioterapeutických klubů

- Primárním cílem socioterapeutického klubu je pomoci účastníkům udržet si střízlivost. Socioterapeutický klub tak může do jisté míry kompenzovat negativní vliv okolí včetně reklamy škodlivých látek.
- Dobře fungující socioterapeutický klub může dočasně nebo i dlouhodobě nahradit chybějící nebo nedostatečnou síť sociálních vztahů u lidí, kteří se v souvislosti s překonáváním své závislosti museli rozejít s bývalými známými nebo kteří zůstali osamělí.
- Socioterapeutický klub při ambulantním nebo lůžkovém zařízení poskytuje léčeným pozitivní modely lidí, kteří závislost překonávají. To zvyšuje motivaci pacientů k aktivní spolupráci v léčbě.
- Socioterapeutický klub zvyšuje i morálku a sebedůvěru pracovníků zařízení, kteří by jinak byli konfrontováni spíše s neúspěšnými pacienty, kteří v nesnázích vyhledávají jejich pomoc.
- Pro příznivý výsledek léčby bývá důležitá její délka a dlouhodobé udržování kontaktu. Právě tomu socioterapeutické kluby napomáhají.

3 LÉČENÍ LIDÍ S ALKOHOLOVOU ZÁVISLOSTÍ

K rozhodnutí léčit se odhodlá jen malá část jedinců, jejichž užívání lze označit jako škodlivé, hraniční, i těch, u kterých již můžeme hovořit o závislosti. Důvodem bude pravděpodobně obava z reakce a postojů společnosti, blízkého okolí, spolupracovníků, apod. Často je k léčbě donutí zdravotní důvody, nebo až ve fázi, kdy již ztratili opory nezbytné k normálnímu společenskému fungování: rodinu, blízké a práci. Jako první je důležité a nezbytné zvládnout odvykací syndrom, což je problém pro medicínu. To trvá poměrně krátkou dobu a obtíže lze zmírnit použitím farmak. Jejich užití je nezbytné při rozvoji psychóz. Vhodná je zde, v případě rozvoje psychóz a delirií, hospitalizace. Léčba alkoholismu má v České republice svoji tradici. Je spojena se jménem J. Skály, který propracoval zásady léčby spočívající v režimové a skupinové terapii. (Mátel, 2019)

Mezi hlavní škodlivé účinky užívání nejen alkoholových nápojů, ale psychoaktivních látek jako takových, můžeme zařadit:

1. Akutní či krátkodobé stavy – hovoříme o intoxikaci po užití psychoaktivní látky, ke které může dojít již při prvním kontaktu s látkou a projevují se poruchami fyzické koordinace, soustředění a racionálního uvažování.
2. Chronická zdravotní poškození – vznikají dlouhodobějším užíváním psychoaktivních látek a v případě užívání alkoholu hovoříme především o jaterní cirhóze.
3. Akutní sociální důsledky – jsou to bezprostřední reakce společnosti na zneužívání psychoaktivních látek a mezi tyto reakce můžeme zahrnout zatčení, uvěznění či přerušování vztahu s jinou osobou.
4. Chronické sociální důsledky – ty jsou spojeny s chronickými sociálními problémy, vztahující se na rodinný a profesní život, mohou vyústit v rozpad rodiny, ke kriminalitě, atd. (Fischer a Škoda, 2014)

3.1 Formy léčby

V případě léčby závislosti na alkoholu je možné vyhledat dva typy služeb. Jsou to služby ambulantní, do kterých můžeme zahrnout ordinace psychiatrů, adiktologické ambulance a denní stacionáře. Druhým typem služby jsou služby lůžkové, do kterých spadá detoxifikace, krátkodobá a střednědobá léčba v psychiatrických nemocnicích a terapeutické komunity. Obě tyto služby můžeme dále dělit na státní zdravotnická zařízení, kde jsou služby hrazeny ze zdravotního pojištění a soukromé praxe psychiatrů, psychologů a

psychoterapeutů, kde jsou konzultace hrazeny přímo klientem. Výhodou těchto soukromých praxí je, že zde není žádná evidence v rámci zdravotnického systému, lze tedy zachovat anonymitu klienta. (www.alkoholpodkontrolou.cz, 2019)

3.1.1 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba znamená docházení do psychiatrické ambulance a může se jednat o psychiatra pro dospělé, nebo o psychiatra specializujícího se vyloženě na léčbu závislostí v tzv. alkohol a jiné toxikomanie (dále jen AT) ambulanci. (Polách, 2015) V rámci ambulantní léčby může klient užívat léky a zároveň v určitých časových intervalech docházet na individuální nebo skupinovou psychoterapii. Tento typ léčby může být vhodný, pokud závislost není moc závažná, sociální situace klienta je stabilní a netrpí závažnějšími psychickými a tělesnými problémy. Nevýhodou ovšem je nižší intenzita psychoterapie a problémem může být i to, že v okolí klienta není dostupný terapeut, který má volnou kapacitu a zároveň se specializuje na problematiku závislostí. Variantou ambulantní léčby jsou vedle adiktologických služeb, často v rámci systému sociálních služeb, také ordinace psychiatrů a tzv. AT ordinace (zaměření na problematiku alkoholismu a toxikomanie), ambulance nebo poradny pro prevenci a léčbu závislostí, což jsou obvykle zdravotnická zařízení, často přidružená k psychiatrickým oddělením různých nemocnic. V AT ordinacích je k dispozici lékař psychiatr, který zhodnotí stav a situaci klienta a doporučí mu další postup, včetně možnosti užívání léků a absolvování individuální nebo skupinové psychoterapie, kterou může sám provádět. (Pešek, 2018)

Pokud budeme řešit ambulantní a lůžkovou péči v rámci adiktologie, její jedinou cílovou skupinou jsou klienti užívající alkohol a jiné návykové látky. Obecně je vyžadováno, aby si daný zájemce sám zavolal, přišel a domluvil si po první konzultaci další postup. Je to důležité především proto, aby byl projeven potřebný zájem a motivace pro léčbu. Po absolvování úspěšné léčby je vhodné najít si podpůrnou skupinu či individuální terapii a pokračovat v následné péči. (www.alkoholpodkontrolou.cz, 2019)

3.1.2 Ústavní léčba

Tento typ léčby se rozděluje na léčbu krátkodobou (do tří měsíců), střednědobou (do šesti měsíců) a dlouhodobou (více než šest měsíců). Výhodou této léčby, oproti léčbě ambulantní, je intenzivnější terapeutický program, komplexnost péče spočívající v přítomnosti lékaře (psychiatra) a dočasné odloučení od rizikového prostředí. Nevýhodou mohou být komplikace související s dočasným přerušением klientova zaměstnání, nutnost trávit čas mimo domácí prostředí a povinnost dodržovat léčebný režim a všechna nastavená pravidla. Tato léčba může probíhat ve zdravotnickém zařízení, kde bude klient považován za pacienta a jeho léčba bude hrazena zdravotními pojišťovkami. Ústavní léčbu může poskytnout i soukromé nezdravotnické programy typu *Restart Life* Litvínov, kde nebude klient vnímán jako pacient, ale jako klient. U těchto programů je vyšší kvalita ubytování, stravování, vyšší nabídka doplňkových služeb, více prostoru pro soukromé aktivity, avšak dosti velkou nevýhodou je vyšší finanční vklad, nepřítomnost lékařů a dosti často bývá sporná i kvalita terapie, která neprobíhá pod odborným dozorem. (Pešek, 2018)

Ústavní léčba je doporučena, pokud alkoholik nezvládá léčbu ambulantní, a je dobrovolná. Většinou léčba probíhá v psychiatrických nemocnicích na specializovaném oddělení. Ač je hospitalizace dobrovolná, zpočátku jsou omezeny vycházky po areálu a léčba je poměrně přísná. Je vyžadováno plnění předepsaného programu a podřízení se režimu. Chování bývá bodováno barevnými značkami, v případě získání určitého počtu černých značek se léčba ukončuje, protože dotyčný není schopen dodržet režim. Pokud je během léčby zjištěno, že klient je pod vlivem alkoholu, léčba se ukončuje prakticky okamžitě. Mimo dodržování režimu a abstinence je součástí léčby i skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie a případně psychiatrická léčba za pomoci léků, ke které je přikročeno kvůli současné depresi nebo úzkostem. Do kategorie ústavní léčby můžeme zařadit také detoxikační pobyt a i pobyt na protialkoholní záchytné stanici, byť se tam přímo o léčbu nejedná. Cílem záchytné stanice je postarat se o osoby pod vlivem návykové látky (alkohol, drogy), které v důsledku tohoto vlivu ohrožují sebe nebo své okolí. Jedná se o zvládnutí akutní intoxikace. V případě, že je hladina alkoholu nižší než 1 promile, je dotyčný většinou odmítán. V případě, že je hladina alkoholu vyšší než 3 – 4 promile, je dotyčný také odmítán a transportován do nemocnice. Záchytné stanice fungují nepřetržitě a stejně tak je nepřetržitá i přítomnost lékaře. (Polách, 2015)

3.1.3 Denní stacionář

Denní stacionáře představují přechod mezi ambulantní a ústavní léčbou. Jedná se o formu léčby, kdy dotyčný tráví noci doma, ale v průběhu dne dochází do zdravotnického zařízení, kde se účastní daného programu v délce většinou 8 hodin denně. Délka léčby je až dva měsíce. (Polách, 2015) Nabízí intenzivní ambulantní léčbu ve formě celodenního programu v rozsahu 2 – 3 měsíců, během nichž se klienti denně vracejí do svého přirozeného prostředí. Léčba se skládá z individuální, skupinové a rodinné terapie. (Matoušek, 2015)

Péče v denních stacionářích obsahuje péči zdravotní, psychoterapeutickou, ošetrovatelskou, sociální, výchovnou a rehabilitační. Obvykle se poskytuje jen v pracovní dny. Hlavním významem je, že člověk, který má různé zdravotní či sociální potřeby a má kde bydlet, by neměl nebo nemůže být sám doma. Jedná se i o případy, kdy je pro tohoto člověka nedostatečná běžná ambulantní péče, a přitom nepotřebuje nezbytně pobyt v nemocnici či jiném lůžkovém zařízení. (www.alkoholpodkontrolou, 2019)

3.2 Sociální práce s lidmi s alkoholovou závislostí

Kutnohorská se ve své knize zmiňuje, že zdravotně sociální práce je určena zejména lidem nemocným, kteří v souvislosti s nemocí potřebují specializovanou sociální pomoc či péči. (Kutnohorská, 2012)

S ohledem na to, že alkoholově závislého člověka považujeme za člověka nemocného, považuje autor této práce praktickou část v kompetenci zdravotně sociálního pracovníka.

Jedním z principů dobré praxe sociální práce je princip individuálního přístupu ke klientovi, který hovoří o tom, že každý klient je jedinečný a jeho problémy jsou zvláštní a jiný člověk se stejným problémem jej bude vnímat jinak. (Mátel, 2019)

Tento přístup bude v rámci této práce využíván v praktické části při práci s klientem. Nedílnou součástí sociální práce s lidmi se závislostí je angažovanost sociálního pracovníka. Nízká míra angažovanosti může znamenat udílení expertních rad ve chvíli, kdy na ně není klient připraven. Vysoká míra angažovanosti může mít za následek konflikt s klientovým názorem, což může vyústit v klientův odpor k léčbě samotné. (Matoušek, 2015)

Mátel (2019) ve své knize mezi další cílové skupiny řadí:

- Sociálně ekonomické problémy – do této skupiny Mátel řadí klienty nezaměstnané, bez domova a chudé (jednotlivce, rodiny, zadlužení, apod.)
- Problémy věku – především jde o období dětství, dospívání a stáří

- Sociální skupiny - klienty sociální práce se stávají lidé, kteří se ztotožňují s normami a ideologií různých kulturních, sociálních a extremistických skupin. Patří sem fotbaloví chuligáni, pravicoví extremisté, subkultury mládeže (např. graffitisti), ale také etnické minority, na Slovensku zejména marginalizované romské skupiny.
- Zdravotní problémy - společným rysem této skupiny klientů jsou somatická nebo psychická onemocnění, příznaky poruch, dlouhodobá hospitalizace, chronické zdravotní problémy, ztráty samostatnosti. Patří sem zejména dlouhodobě hospitalizovaní a nevléčitelně nemocní.
- Zdravotní postižení - klienty sociální práce jsou jedinci, kteří jsou mentálně, smyslově, tělesně nebo vícenásobně postižení. (Mátel, 2019)

Důležitým prvkem v léčbě závislostí je motivace. Ta je chápána jako proces, který ovlivňuje sílu, zaměření a trvání chování, přičemž je často spojována se stavem nedostatku označovaným jako potřeba. Obecný princip motivace lze vyložit jako maximalizaci příjemného a minimalizaci nepříjemného a udržování psychické rovnováhy. (Blažej, 2020)

Mezinárodní federace sociálních pracovníků IFSW stanovuje zásady sociální práce nejen pro klienty s alkoholovou závislostí následovně:

1. Uznání vrozené důstojnosti lidstva
2. Podpora lidských práv
3. Podpora sociální spravedlnosti
4. Podpora práva na sebeurčení
5. Podpora práva na účast
6. Respektování důvěry a soukromí
7. Holistický přístup
8. Etické využívání technologií a médií
9. Profesionální integrita (IFSW, 2021)

3.3 Legislativní podmínky pro poskytování sociálních služeb

Nejdůležitějším zákonem v České republice, který upravuje působení sociální práce, je zákon č. 108/2008 Sb., o sociálních službách. Pokud bychom se zaměřili pouze na problematiku užívání návykových látek, zůstanou nám pouze následující tři paragrafy:

§ 64 zákona č. 108/2006 Sb.

Služby následné péče

(1) Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) sociálně terapeutické činnosti,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(3) Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou pobytových služeb v zařízeních následné péče obsahuje vedle základních činností uvedených v odstavci 2 tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy.

§ 68 zákona č. 108/2006 Sb.

Terapeutické komunity

(1) Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí stravy,
- b) poskytnutí ubytování,
- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- d) sociálně terapeutické činnosti,
- e) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

§ 69 zákona č. 108/2006 Sb.

Terénní programy

(1) Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny

osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

3.4 Terciární prevence alkoholové závislosti

Za terciární prevenci můžeme označit resocializaci či sociální rehabilitaci klientů, kteří abstinují od nelegálních drog po absolvování léčby, ale i intervenci u klientů, kteří aktuálně užívají drogy a nejsou rozhodnutí o zanechání užívání. (Kalina a kol., 2003)

K recidivě může dojít z mnoha důvodů, někdy stačí i nepatrný podnět. Rozhodující význam má však to, že chorobná závislost proměňuje osobnost, která je labilnější, tím pádem i náchylnější k recidivám. Proces zotavení duše trvá mnoho týdnů, měsíců. Jen pozvolna chorobně závislý člověk získává určitou stabilitu a schopnost něco snášet. Moderní výzkum mozku to potvrzuje. Studie ukázaly, že se mozek během detoxifikace a po ní nějakou dobu zotavuje a informace s jistotou zpracovává až po několika týdnech, někdy i měsících. Další potíží, související s labilnější psychikou je sebepřeceňování. Je pochopitelné, že závislý člověk by chtěl vše co nejrychleji napravit a změnit. Sklon k recidivám je po ústavní odvykací léčbě vysoký zejména v prvních třech měsících a ten, kdo vydržel tyto první tři měsíce, u něj můžeme předpokládat delší abstinenci. (Röhr, 2018)

V každé společnosti je oblast preventivního působení aktuální. Odborníci se shodují, že pokud by společnost vynaložila větší úsilí a prostředky pro prevenci, dokázala by předcházet některým negativním jevům. Asi nejjednodušší vysvětlení pojmu prevence je, že jde o předcházení vzniku zdravotních, sociálních anebo jiných problémů.

Terciární prevence má za úkol předcházet zhoršování stavu již vzniklých problémů a má zabránit jejich recidivám. Tato prevence nastupuje po selhání primární a sekundární prevence a cílovou skupinou jsou klienti s již pojmenovaným problémem. Hlavním cílem této prevence je resocializace a integrace jedinců do společnosti. (Mátel et al. 2011)

V rámci terciární prevence užíváme různých prostředků, jejichž působením jsme schopni zabránit recidivě. Motivace je jedním z těchto prostředků a je třeba dodržovat následujících pět principů:

1. Vyjadřování empatie
2. Vytvoření rozporu (mezi pacientovými cíli a jeho chováním)
3. Vyhýbání se sporu
4. Práce s odporem (např. jeho reflexe nebo změna vztahového rámce)
5. Posilování sebedůvěry

Technika posilování motivace je popisována i v jiných pramenech a můžeme ji specifikovat i následujícím způsobem:

- Projevovat respekt.
- Naslouchat a komunikovat porozumění.
- Terapeut klade otázky, které se týkají problémů s návykovou látkou. Zajímá se také o dobré perspektivy, plány a životní cíle.
- Terapeut poskytuje pozitivní zpětnou vazbu a oceňuje pokroky v léčbě. Oceňuje i pacientovy schopnosti a nadání.
- Terapeut pomáhá pacientovi uvědomit si rozpor mezi tím, jak jedná a jak by chtěl jednat.
- Terapeut se s pacientem nedostává do konfliktu a respektuje okolnost, že určité obrany v určité fázi léčby není účelné konfrontovat.
- Tzv. „odpor“ terapeut využívá. Tužby, které jsou ve vzájemném rozporu, vnímá terapeut jako pochopitelné a otevřeně o nich hovoří. Terapeut může pacientův odpor reflektovat, nadsadit, může poukázat na ambivalenci pacientových úmyslů, může rezistenci prostě přijmout, nebo změnit vztahový rámec. Odpor je také možné obejít za pomoci nepřímého vyjádření nebo metafor.
- Terapeut podporuje soběstačnost a důvěru ve vlastní možnosti pacienta podílet se na změně k lepšímu. Do léčby včleňuje konkrétní kroky jak dosahovat pozitivních životních cílů a zvyšovat soběstačnost. (Nešpor, 2018)

Dalším prostředkem je tzv. *mindfulness* čili dobré vnímání sebe i vnějšího světa. Důležitostí je srovnatelný s motivací, neboť umožňuje závislému rozpoznat blížící se nebezpečí, ať už přichází z vnitřního světa (např. bažení), nebo zvenčí (např. jako reklama na alkoholický nápoj). Díky dobrému vnímání sebe samého jsme schopni včas rozpoznat rizikový tělesný stav nebo rizikový duševní stav (deprese), což umožňuje na určitý stav reagovat a předejít zbytečným komplikacím.

Pro lepší vnímání psychiky a emocí se doporučuje používat:

- Relaxační a meditační techniky.
- Jóga a do jisté míry i jiná tělesná cvičení.
- Psychoterapie.
- Psaní deníku.
- Práce s pomůckami (zrcadlo, fotografie, videozáznam vlastní osoby nebo nahrávka vlastního hlasu).
- Schopnost využívat zpětné vazby z okolí.

Mezi tipy pro lepší vnímání okolí se řadí např.:

- Návčik vnímání neverbální komunikace.
- Popis vnější situace formou deníkového záznamu.
- Psychoterapie, zejména skupinová, a práce v terapeutické komunitě.
- Receptivní muzikoterapie.
- Lépe využívat informace z okolí a přistupovat k nim nepředpojatě.
- Ochota změnit názor, jestliže jsou k tomu přiměřené důvody.
- Rozvíjet dovednosti naslouchání druhým.
- Schopnost využívat různé zdroje informací.
- Vzdělávání v nejširším slova smyslu.
- Využívat diskusi jako příležitost porovnat svůj pohled a pohled jiných.
- Abstinence od alkoholu, jiných návykových látek a jiných forem návykového chování.

Díky těmto tipům můžeme získat schopnost vyhnout se spouštěčům a dalším rizikovým faktorům. Dosáhneme lepší komunikace a tím i lepších vztahů. Můžeme lépe porozumět druhým lidem a díky tomu i nepřímo sobě. Reálněji si také budeme stanovovat cíle a snadněji jich budeme dosahovat. (Nešpor, 2018)

Dovednosti potřebné pro život

Tento pojem se v posledních letech zdůrazňuje hlavně v souvislosti s prevencí problémů působených alkoholem a jinými návykovými látkami u dětí a dospívajících. Dovednosti potřebné pro život jsou ale prospěšné i při léčení závislostí. Patří sem sociální dovednosti a poměrně rozsáhlá skupina dovedností týkající se zvládnutí rizikových duševních stavů, autoregulace a různých forem sebe ovlivnění. (Nešpor, 2018)

4 POHYBOVÁ TERAPIE

Pohyb je všude kolem nás. Vesmír, galaxie, planety, buňky, rostliny, vše je v pohybu. Pohyb je nejdůležitější podmínkou existence hmoty a je základním projevem života organismu. Je také prostředkem rozvoje člověka po všech stránkách a také prostředníkem pro navazování, upevňování a tvorbu vztahů. (Szabová, 2017)

Pohybovou terapii / psychomotorickou terapii / psychoterapii zaměřenou na tělo / kinezioterapie (v odborné literatuře jsou všechny uvedené výrazy uváděny jako synonyma; v textu práce je použit výraz vždy v souvislosti s citovaným autorem) je možné představit jako práci s vlastním tělem v pohybu. Umožňuje jedinci jak nahlížet a vnímat vlastní tělo v prostoru. Využívá poznatky z jiných vědeckých disciplín (somatologie, psychologie, psychiatrie, neurologie, fyzioterapie, aj.), aby bylo možné na základě těchto entit využít pohybovou terapii k práci s emocemi klientů. Je nutné si uvědomit, že tělesné schéma je definováno jako mentální reprezentace vlastního těla, ale i souborem paměťových vzorců, uložených ve strukturách mozku. (Vašina a Vychodilová, 2002) Jeho základem je genetické naprogramování struktur a jejich funkcí i soubor informací, dodávaných činnostmi smyslů, kdy schéma i tělesné sebepojetí existuje jako podvědomá i vědomá představa o našem vlastním těle a jeho součástech, jejich funkci, poloze, tvaru i pohybu, ale i jako významná sociologická složka, která má vliv na pocit kvality života či nepohody. (Tichý, 2003)

Jak uvádí autoři Hátlová, Adámková a Bašný (2013), termín „psychomotorické“ má svůj původ v Německu, kdy Wilhelm Griesinger, jeden ze zakladatelů neuropsychiatrie, použil tento termín poprvé roku 1844. V průběhu let se v jednotlivých zemích vyvinuly odlišné koncepce psychomotoriky ve výchově a psychomotoriky jako terapeutického prostředku. Podle výše uvedených autorů, základ obou zaměření je stejný. Pohybem se snažíme vyvolat předem definovanou změnu prožívání a tomu odpovídajícího chování. Předem definovanou změnu je možno navodit pomocí znalostí funkcí mozku, kdy je však nutno počítat s různou úrovní motivace k této změně a různou úrovní předchozí zkušenosti.

Cílem pohybové terapie/ psychomotorické terapie je, podle Kynštové (2016, s. 18): *„Navození pozitivního emočního prožitku a tím pozitivní ovlivnění afektivních (emočních) stavů. K dalším cílům patří uvědomění si vlastního tělesného schématu, celistvosti těla, postavení jednotlivých částí těla, ale i umístění v prostoru. Důležité je uvědomění si aktivního pohybu a stavu klidu. Vedle ovlivnění emočního stavu, motorických dovedností dochází i k ovlivnění kognitivních procesů. Pro posílení sociability nemocných přispívá začlenění do skupinového programu, pravidelná docházka a aktivní účast, postupně vzrůstající potřeba*

verbálního vyjádření a posílení dalších sociálních dovedností. Dlouhodobým cílem terapie je schopnost osvojit si základní pohybové prvky“.

Psychomotorická terapie je jedna z cest, jak pomocí pohybu můžeme získat přístup k pacientovi. Osobní zážitky provázející pohybovou aktivitu ovlivňují psychiku ve smyslu uvědomění si vlastního psychosomatického „Já“. Smysl poskytované intervence představuje nalezení cesty jedince k změně na něm samém a pomoci mu uvědomit si škálu možností, jak přistupovat ke svým problémům. Na základě této objektivní reality uvádí Hátlová a Kirchner (2010) několik benefitů, které pacient může prostřednictvím působení psychomotorické terapie získat. Jedná se o:

- Vědomí pohyblivosti – zvědomení vlastních pohybů a prohloubení vnímání vlastního těla, prohloubení pozitivního prožitku vnímání částí těla v polohách a pohybu
- Psychosomatická jednota - pohyb představuje spojovací článek vnitřního a vnějšího světa, záměrný a aktivně prováděný pohyb je aktivitou fyzickou i psychickou
- Obnova pozitivního sebe přijetí – objektivní obraz našeho těla a jeho projev se často liší od subjektivního obrazu těla, pro představbu sebe obrazu musíme volit cvičení s adekvátní obtížností umožňující prožití tělesných změn
- Sebe přijetí a integrita – v průběhu tělesného cvičení vedeme jedince k uvědomování si vlastního těla a průběhu pohybu, uvědomování si vlastních pohybů a pohybů druhých podmiňuje záměrnou seberegulaci
- Tělesná symbolika – pohyb a polohy těla mají symbolický význam
- Emoční spontaneita – nemocný je mnohdy nucen potlačit projevy svých emocí, v průběhu pohybu není ničím omezován
- Tvořivost – pohybové aktivity podněcují spontaneitu a tvořivost
- Sociální akceptovatelnost – předpokládáme snadnější navázání kontaktu pomocí neverbální komunikace. (Hátlová a Kirchner, 2010)

4.1 Psychomotorická terapie v současné době

Psychomotorická terapie, nazývaná též psychoterapie zaměřená na tělo, by v rámci užívaných, pohybových programů pro duševně nemocné, závislé měla mít určitá specifika a zásady. Podle Kynštové (2016), jsou základními nástroji této práce jednak navázání terapeutického vztahu a stanovení rehabilitačního plánu. Během procesu bychom měli monitorovat měnící se stav pacienta a opětovné zhodnocení postupů terapie. Mezi nejčastěji zmiňované obecné zásady patří podmínka adekvátní fyzické a psychické náročnosti. V

současné době existuje pouze jedna nám známá metodika motorické terapie. Ta určuje několik možností pohybových programů seřazených podle jejich náročnosti. Kynštová (2016, s. 20) doporučuje ideální postup během terapie, kdy zvládnutí jednoho programu posune práci na úroveň dalšího se zřetelem neporušení procesu motivace daného jedince k pohybové aktivitě. Popisované formy pohybové terapie nám však mohou nastínit alespoň částečně možnosti, které představuje práce s pacienty. Podle výše uvedené autorky mezi ně patří:

1. *„Integrativní programy – základní program pro jedince s nižší hladinou integrace osobnosti, neúplnou schopností orientace ve vlastním těle, nižší úrovni pohybových schopností. Program je tvořen základními cvičeními, mezi která patří např. dechová cvičení a jednoduchá gymnastická cvičení. Podstatou programu je zvědomení si vlastního tělesného schématu, celistvosti těla a jednotlivých částí.*

2. *Aktivizační programy – program je zaměřen především na rozvoj kosterního svalstva. Sekundárním benefitem jsou fyziologické a psychické změny během zátěže. Po ukončení cvičení přicházejí pocity únavy prožívané příjemně díky vyplavení endorfinů. Dochází k rozvoji pohybového ústrojí, zlepšení kloubní pohyblivosti, dynamiky svalové práce, atd. programy jsou určeny pro jedince ve stabilizovaném psychosomatickém stavu. Zaměřujeme se na rozvoj motorických dovedností a iniciaci kognitivních procesů.*

3. *Aktivně relaxační programy – neklademe důraz na přesné provádění pohybu. Jde nám spíše o expresi, stimulaci emocí a podporu kognitivních funkcí. Do cvičební jednotky zařazujeme taneční, sportovní a výrazové prostředky pohybu. Klademe nízké nároky na výkon. Pohyb musí být především snadno zvládnutelný.*

4. *Programy zvyšující sebedůvěru a důvěru v druhé – pracujeme s pacienty spíše v menších skupinách. Obvykle používáme cvičení s prvky sportů a her. Klademe důraz na posílení sociálních dovedností. Důraz klademe na zvládnutí úkolu.*

5. *Komunikativní programy – určen především pro pacienty ve stabilizovaném stavu. Cílem je zlepšení úrovně komunikativních a sociálních dovedností za pomoci využití skupinové pohybové aktivity. Jedná se konkrétně o skupinové hry a aktivity obsahující řešení úkolů ve skupině.*

6. *Terapeutické využití sportovních cvičení – využití sportovně zaměřených činností s ohledem na pohlaví pacientů. U mužů se jedná o sportovně výkonové činnosti, u žen pak spíše cvičení s hudbou či taneční formy cvičení. Klademe důraz na dodržování pravidel a*

snažíme se o ukotvení jedince ve vlastním těle. Při cvičení dochází k zvýšené tělesné námaze. Po cvičení dochází k navození příjemného pocitu únavy vlivem vyplavení endorfinů.

7. Koncentrativně na tělo zaměřený pohybový program s relaxačními prvky – cvičení je vhodné pro pacienty ve stabilizovaném stavu. Napomáhá k sledování prováděného pohybu a jeho účinku na jedince. Za pomoci tělesného cvičení rozvíjíme lepší zakotvení vlastního „Já“ ve vnějším světě. Mezi tyto programy patří především jóga. Vlivem cvičení dochází k relaxaci, změny intenzity a distribuce podráždění a útlumu v mozku, posunutí vegetativní rovnováhy směrem k parasymptikotonii, atd.“ (Kynštová (2016, s. 20)

Řešené problematice alkoholové závislosti je důležité zmínit i změny v psychice v důsledku pohybové aktivity. Mnoho lidí využívá pohybové aktivity jako strategii zvládnání stresových situací a úzkostí. Jak vysvětluje Raglin (in Stackeová, 2012), rozdílný vliv má aerobní a silové cvičení na psychický stav člověka. Aerobní zátěž má výrazný vliv na snížení úzkosti a depresivních stavů. Silový trénink má pozitivní efekt na redukci úzkosti v případě, že má člověk rysovou úzkost jako osobnostní rys.

Brown a kolektiv (2009) uvádí možné mechanismy vlivu pohybové aktivity u závislých na alkoholu. Z pohledu jejich mechanismů je rozdělujeme na:

- a) Cvičení je spojeno s příjemnými stavy bez požití alkoholu, kdy cvičení může představovat pro konzumenty či závislé i možnou zdravou alternativu trávení volného času.
- b) Cvičení nabízí pozitivní alternativu k pití, vliv cvičení působí na změny v životním stylu závislých, což podporuje předpoklad k udržení abstinence.
- c) Redukce depresivních symptomů a negativní nálady. Zde má pohybová aktivita významný vliv jako podpůrná terapie v léčbě depresivních stavů.
- d) Snížení reaktivity na stres a zlepšení zvládnání stresu.
- e) Nárůst důvěry ve vlastní schopnosti, získané pomocí účinnosti aerobního cvičení. Zvyšováním kondice se posiluje důvěra jedince ve spojitost vnímání schopností vlastního těla, které se dokáže postupně přizpůsobit i vyšší zátěži.
- f) Snížení intenzity bažení. Jedná se o cvičení, jako pomocnou techniku při prevenci bažení. (Nešpor (2018)

Pohybové programy v rámci psychoterapie zaměřené na tělo v léčbě závislostí. Při tvorbě pohybových programů je možné vycházet z dvou přístupů. Jedná se o přístup doktora Skály (1987), který představuje především pohybovou terapii (forma aerobní zátěže, běhání). Nešpor (2018) klade důraz na cvičení s prvky jógy. Kombinace zmíněných přístupů

a jejich rozšíření o některé další prvky uvádí Hátlová (2003a). Striktní využití jen jógy či běhu by mohlo představovat problém (lidé různého věku, různých individuálních somatických rozdílů, konkrétní diagnóza, např. závislost na drogách, alkoholu či výherních automatech, aj.).

Hátlová (2003a) představuje ve své publikaci několik zásad pro provádění kinezioterapie v léčbě závislostí, např. vyjádření pozitivního vztahu během terapie vyjadřujeme pozitivní vztah k pohybové aktivitě svým přístupem k ní. Program tvoříme a upravujeme s ohledem na konkrétní skupinu. Schopnost reagovat na aktuální podmínky ve skupině představuje velký nárok na práci terapeuta. Může se stát, že některý z pacientů jeví tendence k dekompenzaci svého psychického stavu. V tom případě by měl terapeut zasáhnout vhodnou intervencí a úpravou pohybového programu. Existuje určitá zásada vycházející z didaktiky tělesné výchovy, a to snažit se být připraven na každou cvičební jednotku. Během cvičení komentujeme také pozitivní vztah pacienta k terapii.

Za důležité považuje výše citovaná autorka i podporu sebedůvěry závislého, kdy se během terapie snažíme podpořit jakýkoliv kladný projev vztahu pacienta k pohybové aktivitě, a to během cvičení, kdy se pacientům něco podaří (podpořit sebedůvěru jedince). Často se také ve skupině objeví bývalý sportovec, který má určité výhody oproti ostatním členům skupiny. Takové situace se také snažíme využít. Vhodné je získání zájmu závislého o terapii s pravidelnou změnou v programu s využitím nových přístupů (při tvorbě je možné využít klienta). V průběhu terapie, jak Hátlová (2003) uvádí, je možno zdůraznit rozpor mezi aktuálním chováním závislého a jeho představami o sobě, kdy pomocí psychoterapie zaměřené na tělo můžeme zdůraznit některé rozpory v přístupu pacienta ke svému tělu a tím, čeho by chtěl do budoucna dosáhnout. Informovat klienty o některých zásadách vedoucích ke zdravému získání kondice. Důležité je ovšem též, nepřipustit spor se závislými a vzhledem ke skupině dodržet liberální přístup, nikoliv autoritativní.

Nutnost tělesného pohybu, především v kontextu rizika vzniku alkoholové závislosti, zmiňuje i Pešek ve své knize z roku 2018 „Jak se zbavit závislosti na alkoholu“, kde uvádí, že nedostatek pohybu má za příčinu chátřání těla, s tím související podráždění, vznětlivost, nadměrnou únavu a všechny tyto stavy mohou být spouštěči pití alkoholu, aby došlo k uvolnění. Díky tělesnému pohybu se zvyšuje intenzita biochemických přeměn v metabolismu, což pomáhá k odbourávání stresových hormonů. Zvolna se aktivuje parasympatikus, což je autonomní nervový systém, který vyvolává pocity klidu, uvolnění, vyrovnanosti a bezpečí, tedy podobné pocity, které zažíváme při pití alkoholu. Velkým

pozitivem tělesného pohybu je, že tělo si postupně vytvoří návyk a bude od vás tělesný pohyb pravidelně vyžadovat“. (Pešek, 2018)

Anderson ve své knize zmiňuje také zajímavou myšlenku o tom, že kdyby se dalo zabalit cvičení do pilulky, stal by se tento lék jediným nejčastěji předepisovaným a nejprínosnějším lékem v zemi. (Anderson, 2015)

Autor práce se domnívá, že pohybovou psychoterapií zaměřenou na tělo bychom měli dosáhnout nejen snížení spotřeby alkoholu, ale především potlačení depresivních stavů. Linke a Ussher tvrdí, že fyzická aktivita působí na stejné receptory v mozku jako návykové látky, což způsobuje zvýšení koncentrací dopaminu, který ovlivňuje náladu. Kromě dopaminu zvyšuje cvičení koncentrace beta-endorfinů, epinefrinu, norepinefrinu a serotoninu. (Linke a Ussher, 2014)

Důležité je připomenout, že nedílnou součástí práce s klientem je i správně vedený motivační rozhovor orientovaný na změnu rizikového chování u pacienta/klienta. Vhodná komunikace o změně jejich návyků a životního stylu je vždy nutné použít při změně rizikového chování. Jak uvádí Papežová (2000), je nutné na základě rozboru charakteristik motivace umět rozlišit jednotlivé fáze připravenosti ke změně chování. V rané fázi rizikového chování si člověk souvislosti svého chování s potížemi neuvědomuje či si je nepřipouští. V další fázi jsou jim nevhodné entity celkem jasné a uvažuje o možné změně chování. Nejsou ale ještě rozhodnuty, požívají silnou ambivalenci. Ve fázi třetí je již člověk rozhodnutý a uskuteční některé koky ke změně a připravuje plán na jejich uskutečnění. V navazujících dalších fázích začne naplánovanou změnu uskutečňovat a bojovat s nástrahami, aby ji udržel. Podle fáze, v jaké se pacient/klient nachází, se mění jeho potřeby a schopnost využít terapeutem/lékařem nabízené způsoby pomoci. (Papežová, 2000)

4.2 Historie psychoterapie zaměřené na tělo

Pohyb a aktivita patří k významným atributům všech živých bytostí a proto jsou i součástí životního stylu člověka, který zahrnuje celistvost norem, tělesného, sociálního i mentálního chování subjektu. Pohybové aktivity a sport byly, jsou i nadále budou významnými atributy v životním stylu člověka. (Rychtecký a Tilinger, 2017)

Psychomotorická terapie patří mezi neverbální pohybové terapie, které se opírají o experimentálně prověřované přístupy a je prezentována pod pojmy pohybová terapie, kinezioterapie či sportovní terapie. Termín psychomotorika má původ v Německu, kdy tento termín použil Wilhelm Griesinger v roce 1844. Ve Francii, době osvícenství, doporučoval

Jaques René Tenon vytvořit pro duševně nemocné lůžková zařízení, kde součástí režimové léčby by byl i pobyt na zahradě, hry a ruční práce. Pravděpodobně nejstarší zařízení používající metodu pracovní terapie byl ústav v Retreat, kde působil William Tuke, který doplnil léčbu cvičením, teplými koupelemi a náboženstvím. Nejpodstatnější vliv na rozvoj psychomotorické terapie měl Johann Christian Reil, který přehodnotil fyzický výklad duševních poruch. Významná byla i jeho představa umístění psychiatrického ústavu. Tvrdil, že ústav má ležet v krásné krajině a má mít hospodářství, farmu a zahradnictví. Okna mají být bez mříží a před ústavem má být volná plocha pro cvičení a pořádání koncertů. (upraveno podle Hátlová et al., 2013)

Již za vlády císaře Chuangti vnikaly v Číně soustavy tělesné výchovy, které se datují do roku 2689 před naším letopočtem. Domnívali se, že cílevědomý pohyb může mít léčivý vliv a může utužovat životní sílu. Existují také písemné doklady o této terapii z Egypta jako součást léčby psychotiků, kdy tato léčba obsahovala například vycházky po okolí, tanec a různá tělesná cvičení. (Hátlová, 2003a)

Pro Athénany bylo zdravé a krásné tělo sídlem zdravého ducha. Chlapcům bylo od dětství vštěpováno, že by měli rozvíjet rozum a tělo. Ve svých čtrnácti letech začali navštěvovat zápasnické školy, kde se učili plavat, hráli hry a cvičili. Tyto školy byly bezplatné, ale současně existovala speciální gymnázia, která byla pouze pro děti z bohatších rodin, kde se učily gymnastice, filozofii, politice, ale i literatuře a řečnictví. V průběhu středověku se společnost odvracela od péče o tělo. Tělesná kondice se prokazovala válkami, turnaji a s nimi spojenou rytířskou výchovou. K péči o tělo a ducha se společnost začala navracet až v období renesance, ve kterém byl významným lékařem Hieronym Mercurialis, který se zabýval různými gymnastickými cvičeními a vlivem těchto cvičení na organismus v konkrétních věkových obdobích. Ve svém období kladl důraz na potřeby fyzického zdraví i Jan Ámos Komenský, který byl přesvědčen o potřebě pohybu k uchování a rozvoji zdraví dítěte. (upraveno podle Kössl et al., 2018)

Hlinčik ve své práci zmiňuje Aristotela, dle kterého byla tělesná cvičení nezbytná ke zdravému rozvoji člověka. Hippokrates zdůrazňoval, že by se společnost měla snažit o rovnoměrné rozvíjení těla i ducha přiměřeným tělocvikem. V dalších obdobích našich dějin se léčebná tělesná výchova směřovala k upevnění zdraví, získání kondice a síly. Tělesná výchova byla rozdělena do čtyř typů, z nichž jeden byl právě léčebný tělocvik.

Na rozvoj psychoterapie zaměřené na tělo v Čechách jsou důležité poznatky českých neurologů se zaměřením na kineziologii. Jmenujme alespoň Václava Vojtu, který se

specializoval na dětskou neurologii, přišel s poznatkem, že některé hybné komplexy jedince souvisí s vrozenými komplexy, na základě čehož se vyvinula metoda reflexní lokomoce nazývaná Vojtova metoda, kterou používal u dětí postižených mozkovou obrnou. Mezi významné odborníky patřil i František Velé, který zastával přesvědčení, že mechanismus spojený s evoluční neuroplasticitou, vstupuje i do motorického učení a procesů reparace. Schopnost reparace hybných funkcí má velké možnosti, avšak podmínkou je alespoň částečné zachování spinálních funkcí realizující motoriku. Tyto mechanismy lze využít pro nastartování volní motorické nadstavby, čímž dojde k obnovení ztracených funkcí. (upraveno podle Hátlová et al., 2013, Hlinčík, 2018)

V roce 2006 byla založena Česká asociace pro psychoterapii zaměřenou na tělo (je také členem Evropské asociace pro psychoterapii zaměřenou na tělo - *European Association for Body-Psychotherapy*) se sídlem v Praze, která převzala organizaci výcviků v uvedené entitě od organizace Asociace pro somatickou psychoterapii se sídlem v Brně, kterou založil Oldřich Tegze. Jedná se o profesní organizaci sdružující psychoterapeuty, kteří ve své psychoterapeutické praxi využívají principy práce s tělem. Záměrem je podpora a propagace různých přístupů psychoterapie zaměřené na tělo a příprava výcviků psychoterapeutů v dané oblasti. (<http://www.capzt.cz/>)

4.3 Využívání psychoterapie zaměřené na tělo v procesu léčby alkoholové závislosti klientů

Existuje několik druhů psychoterapie zaměřené na tělo. Vytrvalostní – cyklické opakování pohybu po dlouhou dobu. Metabolicky se odehrává na střední úrovni, pod anaerobním prahem, tedy za dostatečného množství kyslíku, např. chůze. Rychlostní – krátkodobá vysoce intenzivní aktivita. Probíhá v pásmu nad anaerobním prahem, bez přísunu kyslíku, např. běh na 100 metrů. Silová – krátkodobá intenzivní aktivita s převažující silovou složkou, např. zvedání činek. (ÚZIS, 2017)

Autor práce se v rámci své praxe v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži dotazoval, jakým způsobem a zda vůbec se na toxirehabilitačním oddělení provádí psychoterapie zaměřená na tělo. Klienti tohoto oddělení mají možnost navštěvovat společenskou místnost, kde mohou hrát stolní tenis, šipky, popřípadě jen sedět, povídat si a pozorovat televizi. Venkovní prostory jsou k dispozici k individuálnímu tréninku, avšak samotná řešená terapie, se zaměřením na individuální přístup ke klientovi, se zde neprovádí. S ohledem na tuto zkušenost oslovil autor práce formou emailové korespondence pět vybraných

psychiatrických nemocnic v České republice s dotazem, zda a jakým způsobem se na jejich toxirehabilitačním oddělení provádí psychoterapie zaměřená na tělo.

V psychiatrické nemocnici Brno je situace následující:

„Pohybová aktivita v léčbě závislosti slouží k rozvoji duševního i fyzického zdraví, celkově ke změně životního stylu. V rámci režimové terapie jsou do léčebného řádu zařazeny každodenní ranní nepovinné rozcvičky, účast na rozcvičce je ohodnocena 1 červeným bodem (bodovací systém slouží k tvarování špatně naučeného chování směrem ke správnému chování pomocí vnějších podnětů). V rámci povinných aktivit se pacienti účastní 2x týdně prověrek fyzické zdatnosti, kdy v průběhu celé léčby pozorují zlepšování své fyzické kondice při abstinenci. 1x týdně pod vedením lektora probíhá povinná tanečně pohybová výchova. Povinné aktivity v rámci režimové terapie nejsou bodovány.“

Z psychiatrické nemocnice Písek jsme dostali pouze informaci, že pohybová terapie je používána pouze u pacientů s traumatem.

Z psychiatrické kliniky Plzeň jsme dostali následující odpověď:

„Na oddělení léčby závislosti pacienti využívají péči fyzioterapeuta; na oddělení je vybavená posilovna a ráno chodí pacienti na aerobní aktivitu.“

Stejný dotaz jsme směřovali i do Psychiatrické nemocnice Horní Beřkovice, odkud jsme dostali následující odpověď:

„V současné době se u nás nevyužívá, protože nemáme pracovníka, který se na to specializuje. V nedávné době tuto terapii využívala psycholožka, která zde již nepracuje. Aktivita se nazývala Taneční terapie, účastnily se jí pacientky z oddělení závislosti.“

Dá se tedy říci, že psychoterapie zaměřená na tělo není využívána. Většina aktivit je ve formě dobrovolnosti a vyjma práce fyzioterapeuta, se jedná o skupinové aktivity bez možnosti zaměření se na individuálního klienta.

Na druhé straně popisuje Hlinčík (2018, s. 28) situaci v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích kde je psychoterapie zaměřená na tělo zajištěna díky povaze a programu oddělení závislých. *„Jedná se o režimovou léčbu a pacienti každý den ráno absolvují rozcvičku. Během dne pak mají relaxační skupiny a jednou týdně chodí se svým terapeutem běhat. Nutno dodat, že mají během vybraných dnů možnost posilovat či využívat aerobních bicyklových trenažerů. Poté mají dvakrát týdně program léčebné tělesné výchovy, kde můžeme již využívat větší možnosti pro tvorbu programu. Vzhledem ke zmíněným faktorům spojeným s věkem a zdravotním stavem přizpůsobujeme program konkrétní skupině. V praxi využíváme především cvičení s prvky jógy, kompenzační cvičení na zádové svaly vybrané z*

různých fyzioterapeutických přístupů, bioenergetických cvičení, posilování středu těla, posilování s expandéry, cvičení ve dvojicích, atd. Většinou je skupina vedena terapeutem, který instruuje, opravuje či předcvičuje. Někdy je cvičební jednotka pojata jako intervalový či kruhový trénink a jindy zase jako prosté zdravotní cvičení. Většinou předcvičuje sám terapeut. V praxi se nám osvědčilo realizovat jednou za čas cvičební jednotku zvláštní formou, kdy předcvičuje jeden z pacientů a terapeut provádí technickou korekci cviků. Pacienti si tak mohou vyzkoušet aplikaci konkrétních cviků a případně získat zpětnou vazbu na dané instrukce ke cvičení. Terapeut má tak možnost získat zpětnou vazbu na kvalitu své instrukce a správné pochopení významu některých cviků“ (Hlinčík, 2018)

Závěrem je možné na základě zmíněných informací konstatovat, že psychoterapie zaměřená na tělo může vést ke snížení úrovně bažení a napomoci k úspěšnému odvykacímu procesu na alkoholové závislosti u klientů. I když na druhé straně bohužel není možné některé entity spojené s řešenou problematikou v praxi realizovat.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA VÝZKUMU

Teoretická část bakalářské práce nám poskytla vhled do problematiky týkající se psychoaktivních látek, jako je charakteristika drog, historie, příčiny vzniku a možné dopady drogové závislosti na lidský život, jeho prevence, včetně psychoterapie zaměřené na tělo jako jedné z možností využívaných při léčbě závislostí. Vymezeny jsou i sociální služby dle příslušné právní normy se zaměřením na řešenou cílovou sociální skupinu.

Výzkumná část práce sleduje pomocí kvalitativního výzkumu prostřednictvím případové studie klienta vliv psychoterapie zaměřené na tělo na proces jeho léčby alkoholové závislosti.

Práce kvalitativního výzkumníka je přirovnávána k činnosti detektiva. Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí deduktivní i induktivní závěry. Výzkumník vybírá na základě svých úvah místa pozorování nebo jedince, které dále sleduje v různých časových okamžicích. (Hendl, 2016, s. 46) V bakalářské práci byla zvolena již výše zmíněná metoda kvalitativního výzkumu. „*Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problému v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé rady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“ (Švaříček a Šedřová, 2007, s. 17)

Pro výzkumný účel jsme použili případovou studii. Jak uvádí Mareš (2015, s. 113): „*Případová studii charakterizuje jak výzkumný přístup, v jehož rámci lze použít řadu konkrétních výzkumných metod. Jedná se o přístup celostní, holistický, jenž se snaží poznat konstitutivní složky případu a zachytit zkoumaný případ v kontextu reálného života a nejčastěji hledá odpovědi na otázky Jak a Proč.*“

Jde o detailní studium jednoho nebo několika málo případů, jimiž se snažíme zachytit složitost případu a popsat vztahy v jejich celistvosti. Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným. (Hendl, 2016) Případová studie (*case study*) se tedy snaží co nejkompaktněji prozkoumat jeden případ z hlediska vztahů a vnějších souvislostí, které ovlivňují vývoj případu. Umožňuje hlubší pochopení situace a jejího významu pro zainteresované subjekty. Jak výše uvedený autor uvádí, pozornost se věnuje minulosti, mapování souvisejících faktorů, které předcházely určité události nebo aktuálnímu stavu jedince. Zkoumají se možné příčiny, determinanty, faktory, procesy, které mají nebo mohou mít na současný stav vliv.

V naší řešené případové studii jsme se snažili zachytit případovou studii klienta muže s alkoholovou závislostí. Dále byla využita i metoda přímé práce s klientem v rámci poskytované řízené psychoterapie zaměřené na tělo (viz teoretická část práce Kapitola 4). Na získání informací od klienta jsme zvolili techniku dotazníku s otevřenými otázkami v počtu 13 (viz Příloha P III). Technika dotazníku je jedním z nejčastěji využívaných způsobů získávání údajů postavených na principu získávání dat prostřednictvím otázek mající popisný charakter. (Polonský, 2000)

5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Výzkumným cílem se rozumí zamýšlená aktivita vědeckých aktérů. Tato aktivita má podobu plánu výzkumných činností, projektu výzkumné činnosti s definováním očekávaných výstupů a výsledků výzkumné činnosti. (Ochrana, 2019, s. 38)

Hlavní předpoklad při určování cílů práce byl ten, že samotná psychoterapie zaměřená na tělo je schopna pozitivně ovlivňovat léčbu klientů závislých na alkoholu. Domníváme se, že má-li daný klient vůli a motivaci k abstinování, je pohybová aktivita vhodným doplňkem jeho odvykání. Jsme přesvědčeni o tom, že díky pohybové aktivitě lze zmírnit depresivní stavy, popřípadě stavy úzkostné, které mohou pramenit z nedostatku alkoholu.

Stanovené cíle práce:

1. Hlavním cílem práce je zjistit, zda a jakým způsobem dokáže psychoterapie zaměřená na tělo ovlivnit užívání alkoholických nápojů u osob závislých na alkoholu.
2. Zjistit, zda je možné touto řízenou pohybovou psychoterapeutickou terapií/aktivitou ovlivnit depresivní stavy, které plynou z alkoholové závislosti, popřípadě plynoucí z nedostatku alkoholových nápojů.
3. Zjistit, zda psychoterapie zaměřená na tělo má vliv na abstinční příznaky klienta.
4. Porovnat, jak velký vliv na léčbu alkoholové závislosti mají motivace a vůle klienta. Tento cíl se pokusíme splnit rozdělením výzkumu na dvě části, kdy v první části klient nebude vědět, že hlavním cílem celého cvičení je ovlivnění jeho alkoholové závislosti, a v druhé části bude s touto podrobností seznámen.

5.2 Charakteristika objektu výzkumu

Výběr výzkumného vzorku byl cíleně zaměřený na klienta, jehož situace je dále rozepsána v následující kapitole. Výše uvedené cíle byly specifikovány takovým způsobem, aby vycházely z klientovy aktuální situace a zkušeností autora. S klientem byl podepsán informovaný souhlas s účastí na výzkumu, který je dispozici u autora práce.

5.2.1 Případová studie

M.

Z případové studie jsou vypsány pouze stěžejní informace z rodinné, osobní a školní anamnézy, vynechány byly identifikační údaje a informace, které nejsou pro účely této práce podstatné.

I. OSOBNÍ ÚDAJE

JMÉNO: M.

DATUM NAROZENÍ: 1988

II. RODINNÁ ANAMNÉZA

MATKA ROK NAROZENÍ: 1960

ZAMĚSTNÁNÍ: Státní zaměstnanec

OTEC ROK NAROZENÍ: 1955

ZAMĚSTNÁNÍ: Dělník

SOUROZENCI:

Bratr 1981 Prodavač

Bratr 1983 Státní zaměstnanec

Vztahy uvnitř rodiny byly v dětství citově chladné, členové rodiny mezi sebou komunikovali pouze v nutných záležitostech. Matka ve výchově dětí velmi přísná, otec se do výchovy prakticky nezapojoval. Matka měla vysoké požadavky, ale poskytovala minimální podporu. Velmi často bývala sama mimo domov na různých oslavách, výletech, které trvaly i několik dní. Dvakrát ročně odjížděla na týdenní až dvoutýdenní dovolenou do lázní, děti nikam nebrala, s otcem se prakticky ani nezdravili. Otec v dětství často používal násilí, které bylo ve většině případů ve formě pohlavku. Stávalo se však i to, že sáhl po gumové hadici, kterou uhodil dítě přes záda. Ve většině případů bylo fyzické trestání zaměřeno na prostředního z bratrů. Nejstarší bratr si velmi brzy vytvořil pouto ke svým

vrstevníkům a s mladšími bratry přestal komunikovat. Občas z jeho strany docházelo k fyzickému napadání po vzoru otce, který tyto útoky přehlížel. Nejmladší a prostřední bratři si vytvořili přátelské pouto a většinu času trávili spolu. Nejmladší bratr viděl ve svém starším bratru vzor. Po přijetí prostředního bratra na vojenskou střední školu internátního typu byl kontakt mezi bratry přerušen. S rodinou žila ještě babička, která obývala polovinu domu, ale veškerý svůj čas trávila v prostorách rodiny. Nedávala matce s otcem od počátku žádný prostor k soukromí a s největší pravděpodobností byla jednou z příčin rozpadu vztahu mezi rodiči. Nicméně byla jediná osoba v rodině, která projevovala k dětem vřelou city. U dětí byl narušen průběh socializace, což se projevilo různými způsoby, u M. až v době nástupu na střední školu.

III. ŠKOLNÍ ANAMNÉZA

Na základní škole byl vzorným žákem, s dobrými výsledky. Po celou dobu školní docházky neměl žádné problémy s chováním, jeho vysvědčení bylo vždy s vyznamenáním. Po přijetí na obchodní akademii v Bučovicích jeho dobré výsledky pokračovaly. V prvním ročníku byl opět s vyznamenáním. V druhém ročníku došlo ke zlomu, kdy se připojil ke skupině vrstevníků, kteří užívali halucinogenní drogy a většinu volného času využívali k popíjení alkoholických nápojů. M., který ztratil vzor ve svém starším bratrovi, našel nové vzory ve svých vrstevnících a začal mít problémy ve školní docházce i ve výsledcích. Velmi často chodil za školu, což mu matka vždy omluvila, aby neměl ve škole problémy. K záškoláctví však přibýly špatné výsledky a začalo mu hrozit propadnutí. Jakmile bylo záškoláctví již neúnosné a matka nemohla další absenci již omlouvat, zajistila mu opakování ročníku. V té době byl již M. plně pohlcen skupinou svých vrstevníků a jeho zájmy byly zaměřeny pouze na alkohol a užívání marihuany. Otec situaci nijak neřešil a tvářil se, že se nic neděje. Na domluvené opakování ročníku již M. nenastoupil. Několik roků setrval v této situaci, jediné světlejší chvílky byly v době, kdy se starší bratr vrátil na pár dní z vojenské školy, později z vojenského útvaru, kde sloužil. V této době M. trávil čas s ním, naučil se od něj řídit a udělal si řidičský průkaz. Starší bratr však odešel sloužit do Českého Krumlova a kontakt mezi nimi téměř zanikl.

IV. PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Chvíli na to se M. přestal stýkat se skupinou vrstevníků, kvůli kterým nedostudoval a začal pracovat jako OSVČ. S partou dalších lidí jezdil na dvoutýdenní turnusy, kde stavěli Sila po celé republice. Neplatil si však zálohy na sociální a zdravotní pojištění. Pouze mu jeho starší bratr každý rok zpracoval daňové přiznání. Po pěti letech M. přestal pracovat jako OSVČ a nastoupil do fabriky na výrobu dřevěných briket. Zde pracoval následující tři roky. Objevily se však dluhové problémy. OSSZ i zdravotní pojišťovna napočítaly dluh na pojištěních v celkové výši 150 000,- Kč (u obou, tedy 300 000,- Kč). Starší bratr obě instituce obvolal, domluvil splátkový kalendář, dokonce zařídil odpuštění úroků a zařídil bratrovi velmi nízké splátky. Tyto splátky však po čase přestal platit a začaly mu hrozit exekuce. Zde musela zasáhnout matka a veškeré dluhy za něj zaplatit. V následujících letech M. již nikde nepracoval, zůstal doma, veden na úřadu práce.

V. OSOBNÍ ANAMNÉZA

M. neměl žádné výrazné problémy. Zdravotně byl od narození v pořádku, chování v rodině i ve škole bylo vždy v naprostém pořádku. Problémy nastaly až připojením se k výše uvedené skupině. Poslední dva roky je bez práce. Často se u něj projevovaly depresivní nálady a stávalo se, že svému bratrovi v opilosti psal o úmyslu spáchat sebevraždu. Bylo však zcela zřejmé, že šlo pouze o jeho způsob upoutání pozornosti. Začala se stupňovat jeho agrese po požívání alkoholu. Očekával, že pomoc ostatních je samozřejmá a pokud se něco nezdařilo, tak byl vzhledem k lidem, kteří se mu snažili pomoci zlostný a používal i výhrůžky napadením. Začal usedat za volant automobilu po požití alkoholických nápojů. Nastávaly situace, kdy opilý s vozidlem havaroval a skončil v poli, odkud nebyl schopen vyjet, nechal jej tedy tam a šel pěšky domů. Druhý den si nic nepamatoval a divil se, kde má vozidlo. Je stále bez práce a začal stagnovat. Rodina, ač se mu snažila pomoci, tak mu vždy pomáhala tím, že vše dělala za něj, místo toho, aby ho vedla k samostatnosti a naučila jej jak řešit své problémy. Má problém s alkoholem, průměrně vypije 8 – 9 dvanácti stupňových piv denně. Jeho denní režim spočívá v tom, že prospí více jak polovinu dne, pak sedí u počítače, hraje hry, sleduje filmy, kouří a pije alkoholické nápoje. Z alkoholu užívá pouze pivo, nikdy nezačal pít tvrdý alkohol. Při snaze přestat pít vydržel pouze něco přes jeden týden, poté se objevily abstinenci příznaky, nebyl schopen spát, trásl se mu ruce, potil se, byl podrážděný a objevovala se agrese. Začal tedy opět pít a svou situaci neřešil. Dokud má dostatek pivních nápojů, je jeho stav vyrovnaný, v případě nedostatku se okamžitě ponoří do depresí a úzkostí. Rodiče mu sami alkohol kupují, aby měli klid a

nemuseli řešit jeho situaci. Matka si nepřipouští, že její syn je alkoholik a omlouvá ho. Otec je přesvědčen, že Michal alkoholik je, ale řešit to nechce. M. zdravotní stav se vlivem jeho nevhodným životním stylem velmi zhoršil. Mimo to, že je zcela zřejmě závislý na alkoholu a nikotinu, je u něj výrazná obezita. Jeho váha se pohybuje na hranici 140 kg. Zádové svaly již nejsou schopny udržet váhu jeho těla a M. často trpí bolestmi zad. K tomu nepřispívá ani to, že nemá jakýkoliv pohyb a prakticky celý den buď leží, nebo sedí u počítače. Při měření krevního tlaku a tepu srdce bylo zjištěno, že má problém s vysokým krevním tlakem, kdy jeho hodnoty tlaku byly opakovaně a v průběhu celého dne 165/110. Tep srdce bez jakékoliv zátěže byl na hodnotě 118 úderů za minutu. Jakákoliv krátkodobá zátěž u něj způsobí zadýchání. M. si žádný z těchto problémů nepřipouští. Zvýšený tep srdce vysvětluje tím, že má tachykardii, což dle něj je zcela běžná věc a není třeba ji řešit. Vysoký krevní tlak si také nepřipouští. Tvrdí, že je to způsobeno právě jeho tachykardií a k lékaři nemá cenu chodit, protože krevní tlak se mu prostě různě mění. Uvědomuje si, že je závislý na alkoholu, ale nemá žádnou snahu pracovat na odvykání. Závislost na nikotinu řešit nechce vůbec.

VI. DROGOVÁ ANAMNÉZA

Klientův den je víceméně stále stejný, jak je již uvedeno v předchozí kapitole v případové studii. S drobnými výkyvy se pohybuje průměrná spotřeba alkoholických nápojů okolo devíti půllitrových dvanáctistupňových piv denně. Klientův den je stereotypní, bez jakýchkoliv povinností a práce. Nezapojuje se do žádných činností okolo domácnosti a ani po něm není nic požadováno. Rodiče by byli rádi, kdyby M. omezil pití alkoholických nápojů, našel si práci nebo alespoň dostudoval střední vzdělání. Do jeho stagnujícího stavu však nechtějí zasahovat a jediná jejich činnost spočívá v občasném zasílání e-mailových zpráv s nabídkou práce a otcova nadávání za jeho zády. M. se nechce podrobit odborné léčbě a své depresivní stavy, v době když nemá alkohol, nepovažuje za závažné, spíše se domnívá, že se jedná o něco vtipného.

VII. INTERVENCE

První intervencí do tohoto stavu byla práce autora práce v rámci jeho kvalitativního výzkumu prostřednictvím případové studie bakalářské práci. Ten se pokusil o změnu této situaci především individuálním přístupem a snahou o zlepšení jeho stavu alkoholové závislosti za pomoci využití psychoterapie zaměřené na tělo. Zvolená metoda kvalitativního výzkumu předložené bakalářské práce je věnována právě užití této terapie v léčbě klientů závislých na alkoholu. Autor práce začal s M. více komunikovat a brát jej pravidelně (dvakrát týdně) do posilovny, kde pro něj připravil posilovací cvičení s ohledem na jeho

zdravotní stav. Jeho otce poprosil, aby sledoval u M. spotřebu alkoholu. Takto zjistil, že jen za užití cvičení a individuálního přístupu je možné spotřebu alkoholu snížit, nicméně výsledek nebyl tak uspokojivý, jak autor práce (výzkumník) očekával. V celém procesu intervence chyběly nejdůležitější prvky, a to vůle a motivace M.

Po tomto zjištění autor práce před dalším pokračováním poskytování psychoterapie zaměřené na tělo si s M. promluvil, vysvětlil mu, o co se vlastně jedná a zda je ochoten pokusit se během následujících dvou až třech týdnů, po dobu cvičení, nepít. M. měl vůli a po prvních dvou týdnech, když viděl, že cvičení má účinek nejen na jeho zdravotní stav (snížila se jeho tepová frekvence i mírně krevní tlak), ale po cvičení nepřicházeli žádné deprese z nedostatku alkoholu, tak měl i motivaci k tomu, pokusit se vydržet nepít. První týden se alkoholu nedotkl a zvládal to dobře. Začal být aktivnější, začal pomáhat v domácnosti i při práci kolem domu. I v druhém týdnu M. nepil. Nicméně jeden den se dle vlastních slov nudil a vzal do ruky opět pivo. Následující dny opět nepil. Abstinenční příznaky se objevily v omezené míře. Po dnech, kdy s výzkumníkem cvičil, byl vždy naprosto v pořádku a v dobré náladě. Většinou třetí den od cvičení, bez alkoholu, začal být úzkostný a jen těžko odolával touze sáhnout po alkoholu. V noci spí dobře. Aktuálně s výzkumníkem (autorem práce) hledá, jaké jsou pro něj možnosti studia, aby měl ukončené alespoň střední vzdělání. M. silná stránka jsou počítače. Ač už se jedná o *software* nebo *hardware*, je schopen práce v obou oblastech. Je schopen sestavovat počítače, opravovat je, detekovat závady na hardwarech a tyto závady odstranit, stejně tak hravě zvládá práci v běžně užívaných programech, ale i v programech, které nejsou běžně dostupné. Umí zakládat a spravovat webové stránky. Jeho výrazně slabá stránka je komunikace, které byl vždy schopen až po požití alkoholických nápojů. Tato věc bude velkou překážkou při možném dokončení studia středního vzdělání. V současné době se M. snaží najít studium, kde by mohl uplatnit své schopnosti v oblasti IT. Jelikož má ukončené pouze základní vzdělání, tak si uvědomuje, že nebude schopen najít práci v oblasti IT, dokud nebude mít potřebné vzdělání, byť po praktické části je schopen začít ihned pracovat. Spolu s výzkumníkem přišel na to, že by se zatím mohl pokusit o přivýdělek tvorbou webových stránek a začal pracovat na svých vlastních webových stránkách, kde by nabízel své služby nejen při tvorbě webů, ale i při sestavování počítačů, oprav a instalaci softwarů.

Tabulka 2 Činnosti psychoterapie zaměřené na tělo po dnech

Datum	Aktivita	Poznámka
4. 1.	Strečink na protažení celého těla, krátké zahřátí na veslovacím trenažeru, benchpress 10x10 50kg, deadlift 10x10 80kg, protažení.	Velký problém s rychlým zadýcháním, nutné dlouhé přestávky mezi sériemi, náročné zvládnutí techniky cvičení na veslovacím trenažeru. Obliba v silových disciplínách. Počet nastavených sérií nesplněn, ukončeno po sedmé sérii.
7. 1.	Strečink na protažení celého těla, krátké zahřátí na běžeckém pásu (rychlá chůze), bicepsový zdvih s velkou činkou 10x10 30kg, tlaky na ramena 10x10 40kg, low plank 10x do maximální výdrže, protažení.	Chůze na běžeckém pásu si klient oblíbil více než veslovací trenažer. Silové disciplíny zvládl v nastavených sériích, low plank také, ale v maximální výdrži okolo 25s.
<p><i>Klient si nejvíce oblíbil silová cvičení, měl velký problém s protažením a zahřátím. Cvičení se mu líbilo, avšak hned po prvním dnu psal o bolestech svalů, které však třetí den od cvičení ustoupily a další cvičební den již bolest nepocítoval. Průměrná spotřeba alkoholických nápojů klesla z 9 dvanáctistupňových piv na 6. V domácím prostředí byl dále neaktivní. Dosti časté psaní sms autorovi práce o záležitostech cvičení samotného.</i></p>		
11. 1.	Strečink na protažení celého těla, krátké zahřátí na veslovacím trenažeru, kruhový trénink: 5x burpees 30s, zkracovačky 30s, upažování s jednoručkami 30s, vis na hrazdě 30s, protažení.	I nadále problémy s protažením těla a v disciplínách typu cardio. Burpees prakticky nezvládal, udělal jich vždy jen pár, vis na hrazdě vydržel maximálně 20s. Nicméně i tak byl se cvičením spokojen, byl pozitivně naladě.
14. 1.	Strečink na protažení celého těla, krátké zahřátí na veslovacím trenažeru, benchpress 10x10 60kg, deadlift 10x10 90kg, protažení.	Strečink byl stále problém, ale již bylo vidět, že si tělo zvyká na protažení. Dnes jen silové disciplíny, které zvládal v plném rozsahu, pouze u deadliftu problém se správným technickým provedením.
18. 1.	Strečink na protažení celého těla, krátké zahřátí na běžeckém pásu (rychlá chůze), Arnoldovy tlaky 10x10 2x10kg, benchpress s jednoručkami 10x10 2x20kg, low plank 10x do maximální výdrže, protažení.	Klient si již zvykl na strečink, který prováděl prakticky sám. Cvičení typu cardio i nadále problém, ale nebylo již tak brzké zadýchání a přestávky (u rychlé chůze na běžeckém pásu). Cvičení opět silové, doplněno o low plank, který klient nezvládal, ale naplnil celý počet sérií.
<p><i>Klient již zvládl protažení těla sám, věděl jak jej provádět a již jej zvládl i technicky správně. Nejvíce mu vyhovovaly silové disciplíny, i nadále mu dělaly problémy jakékoliv cviky typu cardio. Průměrná spotřeba alkoholických nápojů klesla z 6 dvanáctistupňových piv na 3,3. V domácím prostředí začal být aktivnější, nabízel pomoc při vaření a sám jej uskutečňoval. Projevil zájem o doplnění si středního vzdělání. Na bolesti svalů si stěžoval po cvičení 14. 1., tyto bolesti trvaly pouze den po cvičení.</i></p>		

Tabulka 2 Činnosti psychoterapie zaměřené na tělo po dnech - pokračování

21. 1.	Strečink na protažení celého těla, krátké zahřátí na běžeckém pásu (rychlá chůze), výpady s jednoručkami 10x10 2x20kg, deadlift 10x10 90kg, bicepsový zdvih s velkou činkou 10x10 30kg, protažení.	Klient již protažení a zahřátí prováděl sám. Výpady s jednoručkami nezvládl v celém rozsahu, ostatní cvičení ano. Stále měl ještě problém s technickým provedením deadliftu převážně ve chvílích fyzické únavy.
25. 1.	Strečink na protažení celého těla, krátké zahřátí na veslovacím trenažeru, kruhový trénink: 5x burpees 40s, zkracovačky 40s, upažování s jednoručkami 40s, vis na hrazdě 40s, protažení.	Veslovací trenažer klient nadále nemá v oblibě, ale chápe, že je nutné cvičení střídat. Kruhový trénink je pro něj dost náročný, dělali jsme dlouhé přestávky a především burpees zvládal jen stěží. Vis na hrazdě opět v maximální době 20s.
28. 1.	Strečink na protažení celého těla, krátké zahřátí na běžeckém pásu (rychlá chůze), supersérie: benchpress 10x10 50kg+bicepsový zdvih s jednoručkami 2x10kg, protažení.	Dnes byl klient s cvičením velmi spokojen, jednalo se pouze o silová cvičení, která má rád. Celou dobu byl pozitivně naladě.
<i>V této etapě cvičení již klient věděl o hlavním cíli výzkumu, prakticky po celou dobu nepožil žádný alkoholický nápoj. Dost často psal i v nočních hodinách autorovi práce ohledně záležitostí v rodině a cvičení. Po domluvě byla nastavena „doba klidu“ od 20:00 do 8:00 následujícího dne. Na bolest svalů si vůbec nestěžoval. V domácnosti se začal více zajímat o vaření a zapojoval se i do domácích prací.</i>		
1. 2.	Strečink na protažení celého těla, krátké zahřátí na veslovacím trenažeru, deadlift 50 – 110kg v sériích od nejnižší váhy po maximální a následně zpět k nejnižší, protažení.	Klient byl velmi spokojen, celé cvičení bylo jen o silovém cviku. Strečink i zahřátí zvládá bez dohlížení, ale i nadále mu veslovací trenažer nevyhovuje. Technicky jej však zvládá.
4. 2.	Strečink na protažení celého těla, krátké zahřátí na běžeckém pásu (rychlá chůze), benchpress 50 – 100kg v sériích od nejnižší váhy po maximální a následně zpět k nejnižší, protažení.	Dnes opět klientova velká spokojenost. Cvičení opět pouze o jednom silovém cviku, který si klient oblíbil. V tento i předchozí den měl velmi dobrou náladu a bylo na něm vidět, že jeho sebedůvěra dost narostla.
8. 2.	Strečink na protažení celého těla, krátké zahřátí na veslovacím trenažeru, kruhový trénink: 5x burpees 45s, zkracovačky 45s, upažování s jednoručkami 45s, vis na hrazdě 45s, protažení.	Klientův neoblíbený kruhový trénink, který však zvládal lépe. Burpees nadále velký problém, ve visu na hrazdě vydržel již déle, zpočátku téměř 30s, tato doba klesala s počtem sérií.
<i>Dne 5. 2. klient dostal chuť na alkohol, vypil čtyři dvanáctistupňová piva, ale dále neměl potřebu pokračovat s pitím. Tvrdil, že nepocítil abstinenční příznaky. Po cvičení byl vždy den až dva fyzicky unaven a domnívá se, že to bylo příčinou útlumu abstinenčních příznaků. V noci spal dobře a i bez alkoholu se neprobouzel.</i>		

Zdroj: Vlastní zpracování, 2021

IX. CÍLE

Hlavním cílem poskytované sociální intervence cílené psychoterapie zaměřené na tělo je alespoň omezit pití alkoholických nápojů. Doposud M. pil každý den. Rád by, aby si určil maximálně dva dny v týdnu, kdy si dopřeje své oblíbené pivo, ovšem v omezené míře. S výzkumníkem se domluvil, že takto bude fungovat do konce roku a poté uvidí, jak to zvládá.

Dalším, neméně důležitým cílem, je doplnit si středoškolské vzdělání, které by bylo ideálně v oboru IT, nicméně M. bude rád za ukončené střední vzdělání i v jiném oboru, což je především na rozhodnutí a vůli klienta. Elichová ve svém díle uvádí, že naše osobnost je tvárná a pokud se rozhodneme, můžeme sami sebe cíleně rozvíjet; je to pouze svobodná volba a naše vnitřní rozhodnutí. (Elichová, 2017)

Pokud by se mu nepodařilo alespoň částečně uspět při práci s tvorbou webových stránek, pokusí se v okolí bydliště najít práci. S ohledem na svou mohutnou postavu a na to, že dlouho nic nedělal, mu doporučil výzkumní (autor práce) práci strážného, kde by svým vzezřením působil respekt a současně se nejedná o namáhavou činnost, pouze o pochůzky v přidělených prostorech.

5.2.2 Organizace výzkumu

Během celého výzkumu využíváme přístup, který se zaměřuje na řešení. Tento přístup je definován následujícími body:

1. Neexistuje žádný jediný přístup při poskytování sociální intervence, který by se osvědčil u všech klientů s řešeným problémem.
2. Existuje mnoho různých řešení.
3. Řešení nemusí nutně souviset s problémem.
4. Nejjednodušší a nejméně agresivní přístup je často nejlepší pomoc.
5. Lidé se mohou zlepšit rychle a také se rychle zlepšují.
6. Změna probíhá stále během poskytované sociální intervence.
7. Zaměřte se na přednosti a zdroje spíše než na slabiny a nedostatky.
8. Zaměřte se na budoucnost spíše než na minulost. (Miller a Berg, 2014)

V duchu tohoto přístupu jsme připraveni zareagovat na vhodnost zvoleného typu psychoterapie zaměřené na tělo a flexibilně se přizpůsobit potřebám klienta, což odpovídá myšlence Matouška (Matoušek, 2013), že klient vyjadřuje volně své potřeby, hledá cesty k jejich uspokojení a pomáhající musí vyjádření svých potřeb potlačit. Domníváme se, že

budeme schopni s klientem dvakrát týdně navštěvovat posilovnu, která je mimo jiné vybavena i prostředky ke cvičení vytrvalostních disciplín. Na základě této skutečnosti jsme schopni s klientem měnit cvičení dle aktuální situace. S ohledem na to, že autor práce má téměř patnáctiletou praxi ve vedení tělesné přípravy a je instruktorem víceúčelového systému boje *Musado* MCS, domníváme se, že je kompetentní k práci s klientem formou pohybové terapie. Během každého cvičení bude přítomen kolega autora práce, který disponuje kurzy vojenského záchranáře a bude připraven pro případ zranění poskytnout klientovi první pomoc. M. souhlasil s vyplněním dotazníku s otevřenými otázkami. Tento dotazník je uveden v příloze práce (viz Příloha PI a PII). Samotné intervenci předcházelo předání dotazníku výše uvedenému respondentovi. Dotazník byl vyplněn v prosinci 2020, před začátkem poskytování intervence s klientem M. do ledna 2021, kdy začala práce s klientem, která byla evidována do 9. 2. 2021. Poté následovalo zpracování a analýza zjištěných dat.

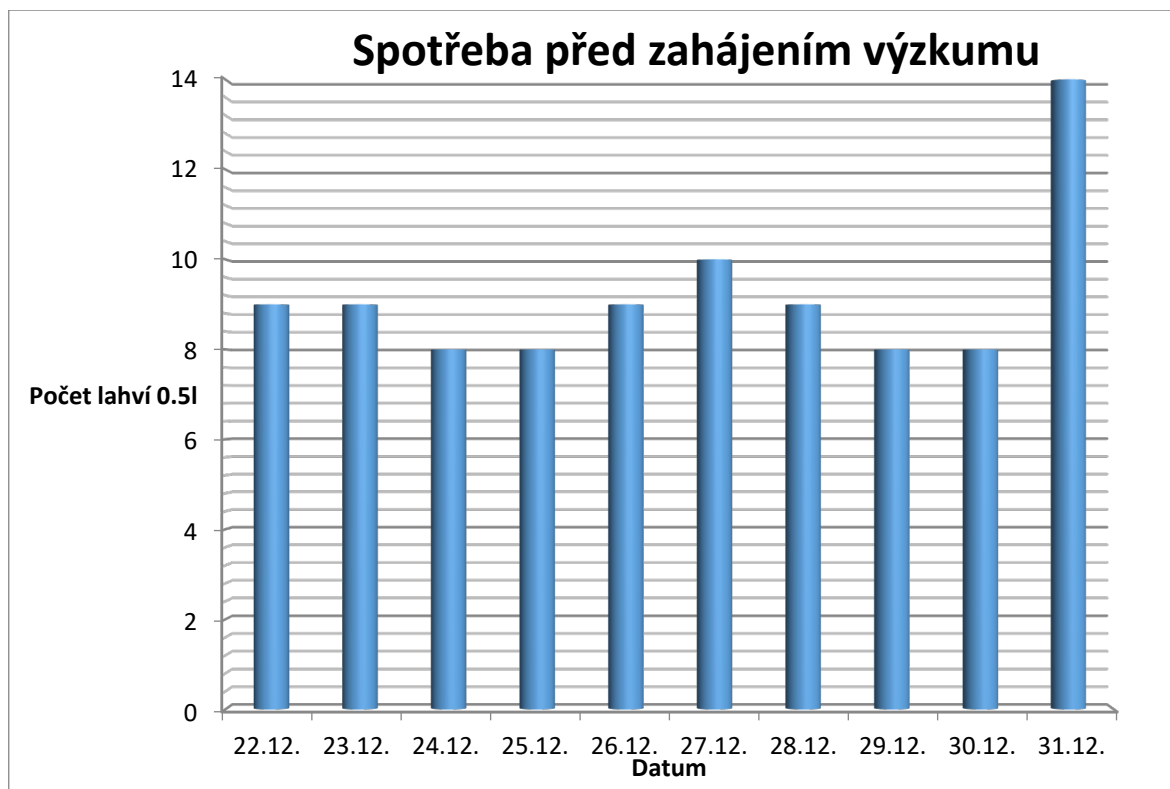
5.2.3 Zpracování a analýza získaných dat

V průběhu poskytování psychoterapie zaměřené na tělo klientovi, jsme měli možnost sledovat jeho každodenní spotřebu alkoholických nápojů. Tyto informace, které jsme získaly od klienta, jsme zpracovali do následujících grafů tak, aby bylo patrné, jakým způsobem poskytovaná terapie ovlivnila užívání alkoholu klientem po sledovanou dobu výzkumu.

Z odpovědí dotazníku jsme zjistili, že klient samotný, ač svou závislost připouští, bere jí spíše na lehkou váhu, je přesvědčený, že je schopen kdykoliv s pitím přestat a své depresivní stavy nepovažuje za vážný stav. Situaci nepovažuje za závažnou, bagatelizuje ji. Uvědomuje si svou nezaměstnanost a sociální vyloučení, které z toho vyplývá. Popírá skutečnosti, podceňuje stavu závislosti.

Na Grafu 2 je znázorněna klientova spotřeba alkoholu před samotnou poskytnutou sociální intervencí. Klientův den je víceméně stále stejný, jak je již uvedeno v předchozí kapitole v Případové studii. S drobnými výkyvy se pohybuje průměrná spotřeba alkoholických nápojů okolo devíti půllitrových dvanáctistupňových piv denně. Klientův den je stereotypní, bez jakýchkoliv povinností a práce. Nezapojuje se do žádných činností okolo domácnosti a ani po něm není nic požadováno.

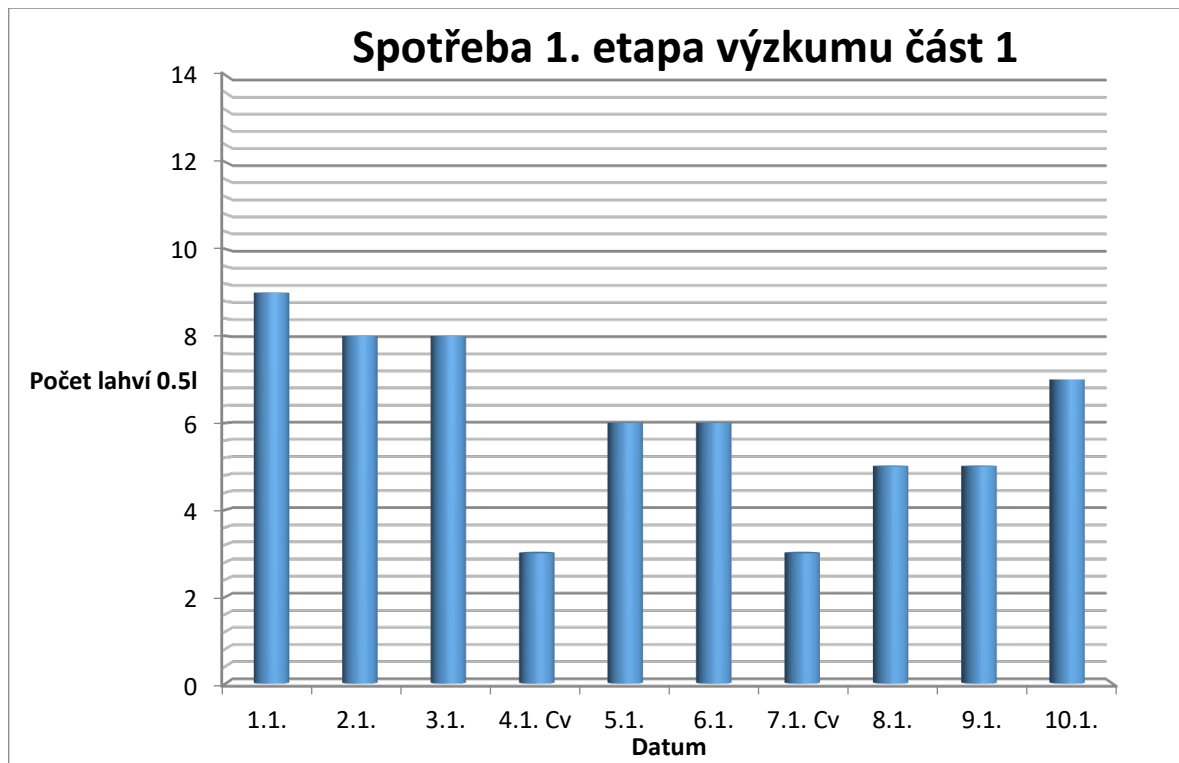
Graf 2 Spotřeba alkoholických nápojů před zahájením výzkumu



Zdroj: Vlastní zpracování, 2021

Z Grafu 3 je patrné, jak vyplývá z průběhu poskytování psychoterapie zaměřené na tělo, že již došlo k prvním změnám, kdy se průměrná spotřeba alkoholu snížila na rovných 6 dvanáctistupňových piv denně. Dny, kdy probíhala terapie s klientem, jsou v grafu označeny zkratkou Cv, jak je zde uvedeno, se jedná o dny 4. 1. a 7. 1. Spotřeba požívání alkoholických nápojů se výrazně snížila i ve dnech, které byly určeny pro rekonvalescenci. Průměrná spotřeba alkoholických nápojů se snížila z devíti půllitrových dvanáctistupňových piv pouze na šest denně. Po klientovi i nadále nejsou požadovány žádné povinnosti, i nadále se nijak nezapojuje do běžných činností v domácnosti.

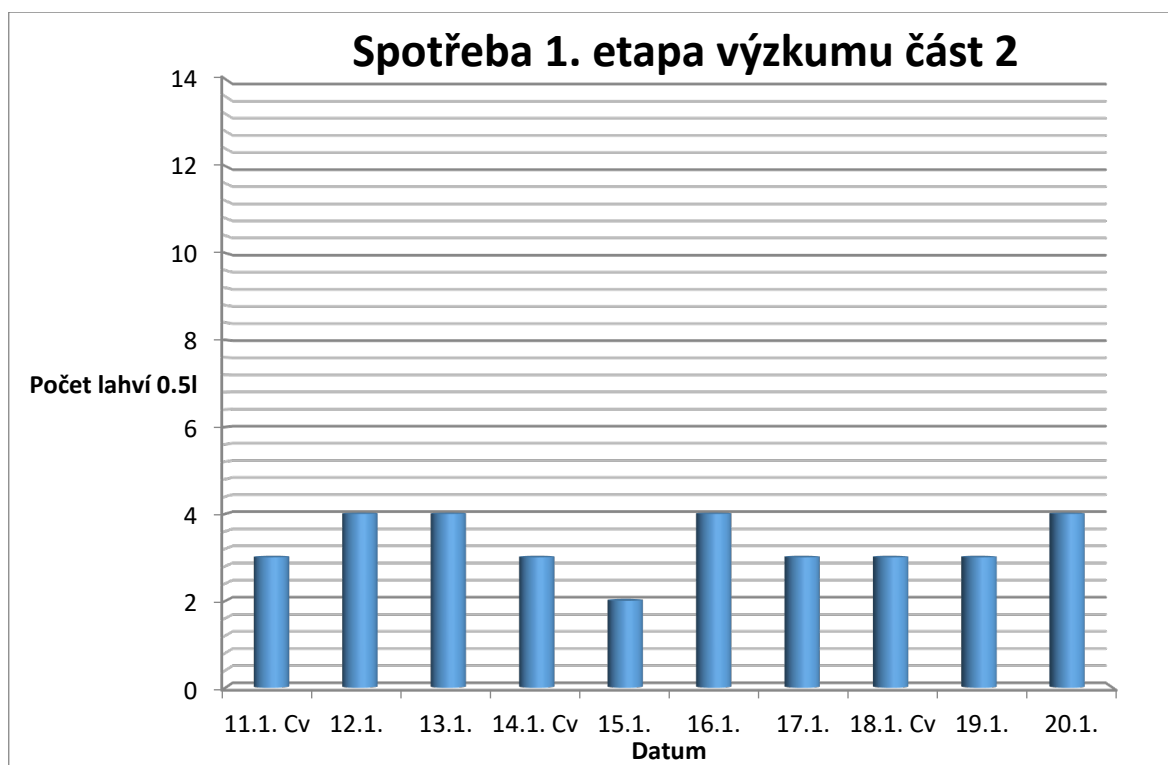
Graf 3 Spotřeba alkoholických nápojů 1. Etapa, část 1



Zdroj: Vlastní zpracování, 2021

Graf 4 zobrazuje, že průměrná spotřeba alkoholických nápojů opět klesla a klient se dostal na hodnotu 3,3 půllitrových dvanáctistupňových piv denně. Nelze však s jistotou říct, že toto snížení spotřeby alkoholických nápojů bylo způsobeno pouze samotnou psychoterapií zaměřenou na tělo. Klient začal být aktivnější i v domácnosti. Začal se matce nabízet na pomoc při vaření a začal se zajímat o nějaké studium, kterým by si mohl dokončit střední vzdělání. S ohledem na tuto skutečnost se domníváme, že klient smysluplně vyplnil svůj čas a doba, kterou strávil pitím alkoholu, se výrazně zkrátila. V této chvíli byla ukončena část, která byla nazvána 1. etapa, ve které klient nevěděl, že se jedná o výzkum, že je pozorována jeho spotřeba alkoholických nápojů s cílem je co nejvíce snížit jeho požívání alkoholických nápojů za pomoci uvedené terapie. Byť výsledky předchozích dvaceti dní byly relativně pozitivní, domníváme se, že hlavními prvky v odvykání od jakékoliv psychoaktivní látky je i otázkou vůle a motivace, které do celého procesu může implementovat pouze klient, který si uvědomuje svoji závislost na psychoaktivní látce a chce se této závislosti zbavit.

Graf 4 Spotřeba alkoholických nápojů 1. Etapa, část 2



Zdroj: Vlastní zpracování, 2021

V následné části výzkumu, kdy klient již znal hlavní důvod cvičení a sám byl povzbuzen myšlenkou výzkumu, je výsledek na nulových hodnotách (viz Graf 5). Jakmile byl klient dostatečně motivován, došlo ke změně a výsledky byly mnohem lepší, než když jsme spoléhali na poskytovanou psychoterapii zaměřenou na tělo. Nicméně i v této chvíli je nutné výsledky posuzovat s odstupem, neboť sám klient již dříve zkoušel sám abstinovat. Dokázal to o své vlastní vůli pouze deset dní, poté došlo k recidivě a dle jeho vlastních slov se spotřeba zkonsumovaného množství alkoholu ještě zvýšila a nebylo pro něj zcela lehké, dostat se alespoň do stavu, který výzkum předcházel. Navíc se u něj objevily abstinenci příznaky, které u klienta způsobily nespavost, podrážděnost, noční pocení a úzkostné stavy. Během těchto stavů se objevily myšlenky na suicidium, které ventiloval v emailové formě autorovi práce (výzkumníkovi).

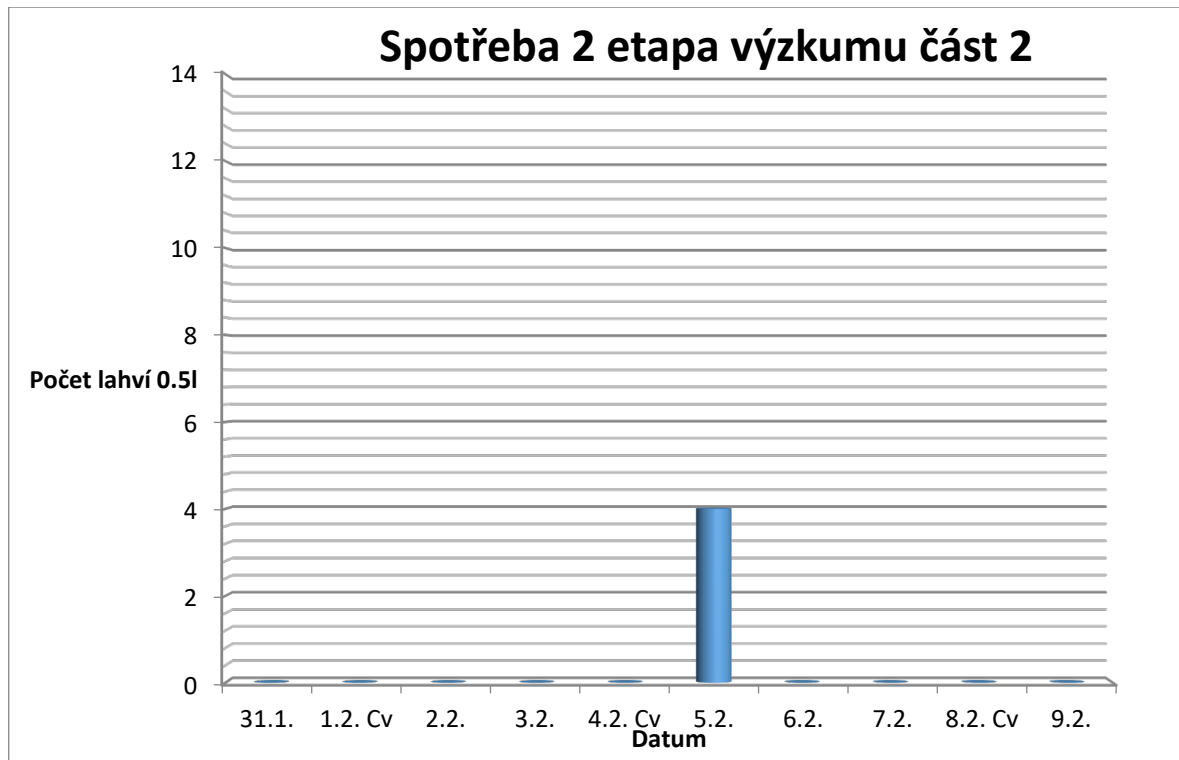
Graf 5 Spotřeba alkoholických nápojů 2. Etapa, část 1



Zdroj: Vlastní zpracování, 2021

V poslední, závěrečné části výzkumu, se klient dostal do situace, kdy hned následující den po cvičení vyžadoval alkohol. Vypil čtyři půllitrové dvanáctistupňové piva, nicméně neměl potřebu v pití pokračovat. Díky fyzické únavě, která následovala vždy po dnech intervence s psychoterapií zaměřené na tělo a s ohledem na jeho fyzickou kondici se tato únava projevovala minimálně ještě celý následující den po cvičení, nebyly abstinenční projevy tak výrazné, které zažíval již dříve. Úzkostné stavy se občas objevily, nicméně byly úspěšně překonány při osobním styku a komunikaci s výzkumníkem. Klient se začal zapojovat denně do chodu domácnosti, velmi si oblíbil vaření a vaří každý den pro celou rodinu, byť výsledky nejsou vždy optimální. Pokud se klientovi podaří najít si vhodnou práci, nebo alespoň si aktivně začne doplňovat středoškolské vzdělání, bude jeho volný čas dostatečně vyplněný smysluplnou činností tak, že věříme, že k recidivě by nemuselo dojít. Velkým problémem však je fakt, že klient si nepřipouští, že by měl problém s alkoholem a celou záležitost bere spíše tak, aby dokázal, že se závislostí problém nemá (viz Graf 6). Z výzkumu vyplývá, že aplikovaná psychoterapie sama o sobě byla doplňujícím prvkem při léčbě závislosti.

Graf 6 Spotřeba alkoholických nápojů 2. Etapa, část 2



Zdroj: Vlastní zpracování, 2021

5.2.4 Evaluace

V praktické části práce s využitím kvalitativního výzkumu jsme se pokusili zjistit, zda psychoterapie zaměřená na tělo a s ní spojený individuální přístup ke klientovi, je schopný pozitivně ovlivnit léčbu klientů ze závislosti na alkoholu a jeli možné díky této pohybové aktivitě zmírnit či zcela odstranit úzkostné a depresivní stavy. Autor práce vycházel z celoživotních zkušeností, chování klienta, povahy, vztahových projevů a reakcí. Tyto otázky podpořil zpracováním dotazníku s otevřenými otázkami vyplněným klientem. Z případové studie vyplynulo, že klient sám si nepřipouští svoji závislost na alkoholu. Zázemí nemá ani v rodině, která o něj nejeví zájem. Sám klient připouští, že svou situaci nedokáže sám vyřešit, ale bagatelizuje ji, nepovažuje ji za tak tristní. Projevy depresivních nálad a úzkostných stavů přehlíží. Podceňuje svoji závislost na alkoholu.

Výzkumná otázka 1 Jakým způsobem dokáže psychoterapie zaměřená na tělo ovlivnit užívání alkoholických nápojů u osob závislých na alkoholu?

Psychoterapií zaměřenou na tělo jsme schopni účinně napomoci snížit užívání alkoholických nápojů. Důležitou podmínkou je však individuální přístup ke klientovi. Co je však mnohem důležitější, je klientova vůle chtít něco změnit a především motivace klienta k těmto změnám.

Sledovaný klient, byť si nechce svou alkoholovou závislost připustit, pravděpodobně jen z důvodu, aby dokázal, že se bez alkoholických nápojů obejde, byl motivován tolik, že měl dostatek vlastní vůle, aby dokázal snížit po sledované období spotřebu alkoholu. Je nutné, aby v případě dalších klientů závislých na psychoaktivních látkách existoval, mimo motivace a vůle, i subjektivní pocit uvědomění si svého závažného problému v množství konzumace alkoholu.

Výzkumná otázka 2 Je možné řízenou psychoterapií zaměřenou na tělo ovlivnit depresivní stavy, které doprovází alkoholové závislosti, popřípadě plynoucí z nedostatku alkoholových nápojů?

Na základě evaluace případové studie je možné konstatovat, že pomocí psychoterapie zaměřené na tělo lze zmírnit depresivní stavy u klienta s alkoholovou závislostí. Tuto skutečnost nelze uplatnit na širokou škálu klientů s řešenou sociálně-patologickou závislostí. Jedná se o velice individuální využití v závislosti na síle depresivních stavů jednotlivých klientů. Rozsah a projevy depresivních stavů se mohou objevovat v takové míře, kdy je již třeba přistoupit k léčbě formou medikamentů. V rámci našeho klienta byla tato otázka podepřena kladným výsledkem, kdy s využitím pohybové terapie došlo k výraznému zmírnění depresivních stavů a jejich projevů.

Výzkumná otázka 3 Má psychoterapie zaměřená na tělo vliv na abstinenční příznaky klienta?

Po dobu poskytované řízené pravidelné psychoterapie zaměřené na tělo s klientem se u něj neprojevovaly abstinenční příznaky. V první etapě výzkumu, kdy klient nevěděl, že se jedná o výzkumnou aktivitu, měl pouze snížené množství alkoholických nápojů, nicméně jeho tělo i nadále bylo zásobováno určitým množstvím promile alkoholu, kdy přes toto množství, které se v těle stále nacházelo, se abstinenční příznaky nemohly projevit. V druhé etapě výzkumu, kdy klient byl seznámen se samotným výzkumem, docházelo ze strany klienta k absolutnímu odmítání alkoholu, což se již začalo projevovat abstinenčními příznaky, které však byly potlačeny na základě pravidelné psychoterapie zaměřené na tělo fyzickou únavou a osobním vedením a motivací autora práce, který s klientem udržoval osobní i distanční kontakt během aktivity i mimo ní.

Výzkumná otázka 4 Jak velký vliv na léčbu alkoholové závislosti mají motivace a vůle klienta?

Tato výzkumná otázka a stanovený cíl současně, vyplynuly z pozorování v průběhu výzkumu. Celý výzkum byl z počátku zamýšlen tak, aby klient neměl povědomí o záměru poskytované psychoterapie zaměřené na tělo s ním. Výsledky výzkumu ukázaly snížení spotřeby alkoholu, ovšem nebyly tak výrazné, jak autor práce očekával. S ohledem na omezenou dobu výzkumu přistoupil k variantě, kdy další část bude pokračovat s vědomím klienta o poskytované intervenci. Z výsledků výzkumu můžeme jednoznačně konstatovat, že motivace klienta má zcela nenahraditelný význam pro sociální práci s klientem v závislosti na psychotropních látkách a pro proces odvykání ze závislosti. Klient měl i vůli něco změnit, bohužel však nesprávnou motivaci. Jak bylo již uvedeno, celá jeho snaha stála na tom, aby přesvědčil ostatní a především sám sebe, že není na alkoholu závislý.

5.2.5 Diskuze

Téma bakalářské práce se zabývá přímým působením psychoterapie zaměřené na tělo na uživatele psychoaktivních látek zaměřené na člověka s alkoholovou závislostí. Cílem práce bylo ověřit vliv psychoterapie zaměřené na tělo na vlastní léčení alkoholové závislosti u klientů s touto závislostí. Sledovány byly i přímé vlivy této pohybové aktivity na zmírnění či částečné či úplné odstranění depresivních stavů doprovázející klienta při závislosti na alkoholu.

V teoretické části bakalářské práce byly vyhledány odborné teoretické podklady související s řešeným sociálně-patologickým jevem. Zmapované charakteristiky týkající se užívání psychoaktivních látek a jejich vlivu na člověka s alkoholovou závislostí popisované v odborných publikacích (např. Skála, 1987; Kalina, 2003; Fischer a Škoda, 2014; Elichová, 2017; Hlinčík, 2018; Nešpor, 2018; Maté, 2020) odpovídají chování a reakcím řešeného klienta (specifické chování klientů závislých na alkoholu, jejich znaky, charakteristiky, příčiny vzniku závislosti, apod.). Je možné tyto poznatky doporučit pro praktická využití v poskytování sociální intervence s klienty alkoholové závislosti. Teoretické podklady o možnosti doplňkové léčby v podobě psychoterapie zaměřené na tělo se též jeví jako jedna z možností práce s klienty závislými na psychoaktivních látkách jako jedné z možností podpůrné léčby tohoto závažného sociálně-patologického jevu. Souhlasíme s výzkumy a poskytovanými intervencemi doktora Skály (1987), který implementoval pohybovou aktivitu do léčby alkoholové závislosti a byl zakladatelem i první záchytné stanice v České

republice (U Apolináře v Praze 2). Zabýval se i otázkami spojenými s rodinou závislého klienta a představil metodické podklady pro spolupráci rodiny při poskytování intervence závislému členovi rodiny na alkoholu. Prověřil i procesy poslušnosti v léčení závislostí a jejich projevů (popírání problému, přes utrpení a izolování se od společnosti, návrat do společnosti bez svého příbuzného, který je závislý na alkoholu, až po samotnou léčbu, aj.). Podobně si důležitost spolupráce s rodinou při poskytování sociální práce se závislým klientem uvědomuje i Mátel (2019). Uvádí, že rodinní příslušníci jsou nezbytnou součástí v životě závislého člověka. Spolupráce s nimi je významná pro poskytovanou poradenskou a terapeutickou činnost závislých. Okruhlica, (1998 in Mátel, 2019) se zamýšlel i nad poradenstvím pro spoluzávislé rodinné příslušníky (individuální či skupinové poradenství, psychoterapie).

V praktické části bakalářské práce, v rámci případové studie, byla řešena intervence do života klienta závislého na alkoholu. Do denního režimu života závislého klienta na alkoholu implementoval autor práce systematicky od 1. 1. do 9. 2. 2021, pomocí psychoterapie zaměřené na tělo, pohybové aktivity. Klient prakticky v předešlém životě nedodržel žádný režim, neměl žádné povinnosti a jedinou jeho náplní dne bylo požívání alkoholu a vyrovnávání se s depresivními stavy jako následků jeho pravidelné konzumace alkoholu. Z případové studie vyplynulo, že pohybová aktivita (psychoterapie zaměřená na tělo) při jejím pravidelném provozování pomůže snížit spotřebu alkoholických nápojů, nicméně bez vůle a motivace klienta to není možné, aby bylo dosaženo takových výsledků, které by vedly k naprostému abstinování (podpora klienta v jeho vůli a motivaci s využitím pohybové terapie). I z výsledků zahraniční studie Linkeho a Usshera (2014) vyplývá, že pohybová terapie je prospěšná a je schopna zvýšit dobu abstinování, nicméně o možnostech recidivy se dále nezmiňuje.

Hátlová (2003a), ale i Kynštová (2013) popisují pozitivní vliv psychoterapie zaměřené na tělo, jako podpůrné léčby u lidí se závislostí na psychoaktivních látkách a potlačení či zmírnění doprovodného jevu deprese, je možné souhlasit. Autorova domněnka, že pohybovou aktivitou lze do určité míry potlačit depresivní stavy, se potvrdila i v jeho výzkumu. Na základě jeho zjištění ovšem nedoporučuje vhodnost zapojení do intervence rodinných příslušníků, tak jak je zpravidla doporučováno např. Mátelem (2019) v podobě zapojení rodiny závislého klienta do poskytování sociální práce (viz výše). V našem případě klient rodinu nerespektoval, byla spíše přítěží a narušovala motivaci k intervenci. Jednalo se o následky dosavadního způsobu života a komunikace v rodině, která nejevila, či se

nezajímala o jedince a jeho alkoholovou závislost přehlížela, podceňovala a nedávala jí vážnost. Nevíme, zda a jak moc se projeví recidiva a jak bude jeho abstinence pokračovat, nicméně se domníváme, že jeho úzkostné a depresivní stavy by mohly být minimalizovány právě samotnou aktivitou a komunikací s ostatními členy rodiny. Z pohledu sociální pomoci je ovšem nutné a doporučuje se důsledně poskytovat sociální práci s rodinou závislého klienta, popřípadě i spoluzávislého v rodině, např. sociální poradenství, informace o možnostech léčby, typech léčby, výhodách a nevýhodách ambulantní a ústavní léčby, aj. (Mátel, 2019)

Dalším negativním výsledkem řešeného výzkumu práce bylo zjištění, že klient si sám sobě odmítá přiznat, že trpí závislostí na alkoholu a připravený výzkum pojal spíše jako jednorázovou událost k tomu, aby svému okolí dokázal, že nemá potíže s alkoholovou závislostí. Dá se předpokládat, což se také po skončení pohybové aktivity potvrdilo, že ve chvíli, kdy byla intervence ukončena, se klient vrátil do zaběhnuté konzumace alkoholových nápojů. Podobné zkušenosti jsou popsány i v odborné literatuře. (Kalina, 2015; Maté, 2020)

Hlinčík (2019) ve své práci dospěl, mimo jiné, k výsledku, že čím více svalové hmoty, tím nižší je úroveň jeho psychické pohody. Domníváme se, že tato skutečnost je individuální a nelze ji automaticky aplikovat u všech klientů. V našem případě nebyl dostatečný časový prostor pro posouzení tohoto popsaného jevu.

Dalším důležitým faktorem v Hlinčíkově publikaci (2019) je vliv pohybu na depresivní stavy. Jeho hypotéza o pozitivním ovlivnění depresivních stavů, kterou vyhodnotil jako hypotézu zamítnutou s ohledem na neprokázání statistické významnosti, je však v rozporu se zahraničními studii, např. Fox (1999), Weinstein et al. (2010), které uvádí naopak pozitivní vliv na depresivní stavy a tuto skutečnost potvrzují. S ohledem na naše zjištění s Hlinčíkovými zjištěními nesouhlasíme.

Adamíková (2019) ve své práci uvádí, že psychoterapie zaměřená na tělo má jednoznačný pozitivní účinek na depresivní stavy, na úzkostné pocity a pomáhá lépe zvládat stresové situace. S tímto tvrzením souhlasíme a přikláníme se i k jejímu názoru, že i když výzkumů o pohybové terapii v léčbě alkoholových či drogových závislostí není mnoho.

I Pajor dospěl k názoru, že vzniklá alkoholová závislost vyžaduje komplexní léčbu poskytovanou multidisciplinárním týmem, kde nezastupitelné místo hraje sociální pracovník. S tímto tvrzením souhlasíme, psychoterapii zaměřenou na tělo považujeme pouze jako podpůrný prostředek při léčbě závislosti s využitím s multidisciplinárním týmem, kde potažmo i zdravotně sociální pracovník má své důležité místo v poskytování komplexní

zdravotně sociální péče. Nicméně, i přes tuto uvedenou skutečnost se domníváme, že podle stupně závislosti by bylo možné zvládnout závislost pouze za pomoci pohybové terapie s využitím především individuálního přístupu a vhodné motivace. Samozřejmě jsme si vědomi, že jednorázová intervence není dostatečným signifikantním důkazem pro naše konstatování a jsme naopak otevření další diskuzi. Je možným námětem pro další cílené výzkumy v oblasti problematiky řešení závislostí (látkových i nelátkových) s využitím pohybové terapie na základě připravené nové metodiky práce vyplývající z výsledků aplikovaných výzkumů v dané entitě.

5.2.6 Doporučení pro praxi

Je nutné si uvědomit, že v řešené problematice závislostí na psychoaktivních látkách se v rámci poskytovaných intervencí (zdravotní i sociální) setkáváme s nedostatkem vyškoleného personálu. Zde by našel své místo právě zdravotně sociální pracovník, který by na základě svých získaných kompetencí mohl poskytovat komplexní zdravotně sociální péči této cílové sociální skupině. I v rámci sociální politiky v prevenci tohoto sociálně-patologického jevu by bylo možné účelněji předcházet a snižovat rizika vedoucí k této závislosti na psychoaktivních látkách v současné populaci. Účelně pomáhat lidem s psychickými problémy a závislostmi, identifikovat zdroje v podobě lidských traumat (ve spojitosti s mentálními a fyzickými nemocemi a závislostmi) a sociální dislokace. Prostor se nabízí i po média v podobě upozorňování na zdravý životní styl s vyloučením negativních účinků psychoaktivních látek na lidský organismus.

Závěrem je možné konstatovat, že pohybová terapie při využití individuálního přístupu ke klientovi v závislosti na psychotropních látkách a její implementace do poskytované sociální práce po delší časový horizont je vhodnou součástí komplexní intervence s alkoholovou závislostí.

ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce je věnována problematice psychoaktivních látek se zaměřením na alkoholovou závislost. Užívání psychotropních látek a závislost na nich patří mezi časté sociálně-patologické jevy v současné době. I když veškeré závislosti mají zpravidla negativní dopad na jedince a jeho rodinu, komunitu i společnost, je zajímavé že např. popíjení alkoholu, což může vést, až k závažné závislosti, je společností tolerováno. Negativní dopady závislostí mají vliv na život jedince v mnoha ohledech, ať již psychických, fyzických, zdravotních, vztahových, sociálních, aj. Na základě těchto skutečností bylo zvoleno toto téma, protože autor si uvědomuje nutnost odstranění či zmírnění existujících závislostí, které do společnosti přinášejí nevhodné, často i deviantní chování, které svým dopadem může překračovat společností tolerované limity a vést až k páchání trestných činů.

Cílem předložené práce bylo ověřit, zda má psychoterapie zaměřená na tělo pozitivní vliv při poskytování sociální práce s klienty závislými na alkoholu a dokáže zmírnit či odstranit depresivní stavy doprovázející tuto závislost. Práce v teoretické části představuje charakteristiku psychoaktivních látek, příčiny vzniku drogové závislosti a jejich dopadu na lidský život, včetně možnosti prevence v jejich užívání. Praktická část přináší výsledky kvalitativního výzkumu zaměřeného na klienta s alkoholovou závislostí při poskytování sociální intervence s využitím psychoterapie zaměřené na tělo. Sledován byl i dopad využití této aktivity na zmírnění či utlumení úzkostných stavů a deprese jako doprovodných vedlejších projevů alkoholové závislosti. Vzhledem k tomu, že klient, který byl objektem výzkumu, byl závislý na psychoaktivní látce, bylo snahou autora práce klientovi poskytnout pomoc v jeho závislosti a podpořit možnou resocializaci a jeho funkční zapojení zpět do majoritní společnosti. Z výsledků je patrné, že samotná psychoterapie zaměřená na tělo je schopna s individuálním přístupem pozitivně ovlivnit nejen samotnou léčbu alkoholové závislosti, ale i zmírnit depresivní a úzkostné stavy. Je nutné si uvědomit, že problematika závislostí je obzvláště v dnešní době nežádoucím jevem ve společnosti. Vytyčené cíle v projektu na základě představených entit byly naplněny.

Závěrem je nutné konstatovat, že problém závislostí se netýká pouze jednotlivců, rodin či menších skupin, ale celé společnosti. Je nutné se na řešený problém dívat v globálním měřítku a vytvořit podmínky pro účelnou prevenci pro tento nežádoucí jev v celé společnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAMÍKOVÁ, Žaneta, 2017. *Pohybová terapie v ústavní léčbě závislosti*. [online]. Praha, [cit. 2021-04-23]. Dostupné z: BPTX_2016_2_11130_0_441941_0_189048.pdf (cuni.cz) Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta. Vedoucí práce Petr Bitnar.

ANDERSON, B. Mark and Stephanie J. HANRAHAN, 2015. *Doing exercise psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers. ISBN 978-1-4504-3184-2.

ANONYMNÍ ALKOHOLICI, 2021 [online]. Hradec Králové: Sdružení pro všeobecné služby Anonymních alkoholiků – Česká republika, [cit. 2021-04-23]. Dostupné z: <https://www.anonymnialkoholici.cz>.

ALKOHOL POD KONTROLOU, 2019 [online]. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN, [cit. 2021-04-23]. Dostupné z: <https://www.alkoholpodkontrolou.cz>.

BLAŽEJ, Adam a Katarína KOSTOLANSKÁ, 2020. *Flow ve sportu O budování pozitivní motivace ve sportu i v životě*. Praha. Grada. ISBN 978-80-271-1677-5.

BROWN, Richard A. et al. 2009. *Aerobic Exercise for Alcohol Recovery: Rationale, Program Description, And Preliminary Findings. Behavior Modification*, vol. 33, no. 2, pp. 220- 249. ISSN 0145-4455.

ČESKÁ ASOCIACE PRO PSYCHOTERAPII ZAMĚŘENOU NA TĚLO, 2021 [online]. Praha, [cit. 2021-05-11]. Dostupné z: <http://www.capzt.cz/>.

ELICHOVÁ, Markéta, 2017. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada. ISBN 978-8-0271-0080-4.

FISCHER, Slavomír a Jiří ŠKODA, 2014. *Sociální patologie. Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.

HÁTLOVÁ, Běla, 2003a. *Kinezioterapie: Pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0719-0.

HÁTLOVÁ Běla a Jiří KIRCHNER, 2010. *Kapitoly z teorie psychomotorické terapie*. Olomouc: European Science and Art Publishing & Asociace psychologů sportu. ISBN 978-80-87504-01-7.

HÁTLOVÁ Běla, Milena ADÁMKOVÁ a Zdeněk BAŠNÝ, 2013. Psychomotorická terapie – využití aktivního pohybu v léčbě psychiatrických pacientů. *PSYCHOSOM*, vol. 11, no. 2, pp. 93- 104. ISSN 2336-7741.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-8-0262-0982-9.

HLINČÍK, Zdeněk, 2018. *Význam pohybové aktivity v léčbě závislostí* [online]. Olomouc, [cit. 2021-04-23]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/8o70np/>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Miroslav Charvát.

INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKERS, 2021 [online]. Dostupné z: <https://www.ifsw.org/>
Organization for Economic Co-operation and Development, [online]. Dostupné z: <https://www.oecd.org>.

KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 1*. Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol. 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4331-8.

KÖSSL, Jiří, Marek WAIC a Jan ŠTUMBAUER, 2018. *Vybrané kapitoly z dějin tělesné kultury*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1566-0.

KUNDA, Stanislav, 2014. *Klinická diagnostika alhokolizmu: současnost' a perspektivy*. Martin: Osveta. ISBN 978-8-0806-3420-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN, 2012. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-8-0247-7874-7.

Kynštová, Hana, 2016. *Kinezioterapie, Psychomotrická terapie, Pohybové lekce: Metodika*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN sine.

LINKE, E. Sarah a Michael USSHER, 2014. *Exercise-based treatments for substance use disorders: evidence, theory, and practicality. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* [online], vol. 41, no. 1, pp. 7-15 [cit. 2021-04-18]. ISSN 0095-2990. Dostupné z: doi: 10.3109/00952990.2014.976708.

MAREŠ, Jiří, 2015. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. Metodologická studie. *Pedagogika*, roč. 65, č. 2, s. 113-142. ISSN 0031-3815. Dostupné z: <http://userweb.pedf.cuni.cz/wp/pedagogika>.

MATÉ, Gábor, 2020. *V říši hladových duchů: blízká setkání se závislostí*. Praha: PeopleComm. ISBN 978-80-87917-62-6.

MÁTEL, Andrej a Milan SCHAVEL a kol., 2011. *Aplikovaná sociálna patológia v sociálnej práci*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžběty. ISBN 978-80-8132-009-5.

MÁTEL, Andrej, 2019. *Teorie sociální práce I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2220-2.

MATOUŠEK, Oldřich, 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-8-0262-0213-4.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, 2015. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 978-8-0262-0234-9.

MILLER, D. Scott a Insoo Kim BERG, 2014. *Zázračná metoda*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0593-7.

NEŠPOR, Karel, 2018. *Návykové chování a závislost*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-8-0262-1357-4.

OCHRANA, František, 2019. *Metodologie, metody a metodika vědeckého výzkumu*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4204-8.

PAJOR, Jiří, 2007. *Vliv sportu na alkoholovou závislost*. Zlín, [cit. 2021-04-23]. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/4113>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Švec, Vlastimil.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2000. Motivační terapie u poruch příjmu potravy. *Česká a Slovenská psychiatrie*, vol. 96, no. 8, pp. 397-401. ISSN 1212-0383.

PEŠEK, Roman, 2018. *Jak se zbavit závislosti na alkoholu: příručka pro ty, kdo mají problém s alkoholem: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta. ISBN 978-8-0882-9002-5.

POLONSKÝ, Dušan, 2000. *Úvod do sociologického výskumu*. Topolčany: Prima print. ISBN 80-968110-2-9.

POKORNÝ, Vratislav, Jana TELCOVÁ a Anton TOMKO, 2003. *Prevence sociálně patologických jevů: manuál praxe*. 3. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky. ISBN 80-86568-04-0.

POLÁCH, Ladislav, 2015. *Léčba alkoholismu*. SYMEDIS PRO, s.r.o. [cit. 2021-04-23]. Dostupné z: www.upsychiatra.cz/lecba-alkoholismu/.

Raglin in Stackeová, Daniela, 2012. *Fitness programy – teorie a praxe: Metodika cvičení ve fitness centrech*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 78-80-7262-541-3.

RÖHR, Heinz Peter, 2018. *Sucht - Hintergründe und Heilung*. 8 edit. Eschbach: Patmos Verlag. ISBN 978-3-8436-0054-5.

RYCHTECKÝ, Antonín a Pavel TILINGER, 2017. *Životní styl české mládeže. Pohybová aktivita, standarty a normy motorické výkonnosti*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3746-4.

SKÁLA, Jaroslav, 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. ISBN cnb000034279.

SZABOVÁ, Magdaléna, 2017. *Pohyb v terapii – terapie v pohybe*. Praha: IRIS. ISBN 978-80-89726-94-3.

Švaríček, Roman, Klára Šed'ová a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

TICHÝ, Jiří, 2003. Somatognózie, tělesné schéma, fenomén tělového a viscerálního fantomu a fantomové bolesti. *Časopis lékařů českých*, vol. 141, no. 6, pp. 331–334. ISSN 0008-7335.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2021 [online]. Praha: Creative commons, [cit. 2021-04-23]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz>.

VAŠINA, Lubomír a Zuzana VYCHODILOVÁ, 2002. Tělesné sebepojetí a somatická psychoterapie. In *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity*. Brno: Masarykova univerzita, s. 65–88. ISBN 80-210-28-32-7.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

atd. - a tak dále

např. - například

WHO - World Health Organisation (Světová zdravotní organizace)

IFSW - International Federation of Social Workers

UZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky Praha

OECD – Organization for Economic Co-operation and Development

EU – Evropská unie

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Počet léčených pacientů</i>	<i>25</i>
<i>Graf 2 Spotřeba alkoholických nápojů před zahájením výzkumu.....</i>	<i>60</i>
<i>Graf 3 Spotřeba alkoholických nápojů 1. Etapa, část 1</i>	<i>61</i>
<i>Graf 4 Spotřeba alkoholických nápojů 1. Etapa, část 2</i>	<i>62</i>
<i>Graf 5 Spotřeba alkoholických nápojů 2. Etapa, část 1</i>	<i>63</i>
<i>Graf 6 Spotřeba alkoholických nápojů 2. Etapa, část 2</i>	<i>64</i>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Spotřeba alkoholu v zemích EU	26
Tabulka 2 Činnosti psychoterapie zaměřené na tělo po dnech.....	56

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Spotřeba alkoholu po dnech

Příloha P II Dotazník M.

Příloha P III Dotazník

PŘÍLOHA P I: SPOTŘEBA ALKOHOLU PO DNECH U KLIENTA

22.12.	23.12.	24.12.	25.12.	26.12.	27.12.	28.12.	29.12.	30.12.	31.12.
9	9	8	8	9	10	9	9	9	10
1.1.	2.1.	3.1.	4.1.	5.1.	6.1.	7.1.	8.1.	9.1.	10.1.
9	9	8	3	6	6	3	6	6	4
11.1.	12.1.	13.1.	14.1.	15.1.	16.1.	17.1.	18.1.	19.1.	20.1.
3	4	4	3	2	4	3	3	3	4
21.1.	22.1.	23.1.	24.1.	25.1.	26.1.	27.1.	28.1.	29.1.	30.1.
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31.1.	1.2.	2.2.	3.2.	4.2.	5.2.	6.2.	7.2.	8.2.	9.2.
0	0	0	0	0	4	0	0	0	0

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK M.

Vážený respondente,

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který slouží jako podklad pro Bakalářskou práci, na téma práce s lidmi s alkoholovou závislostí. Dovoluji si Vás požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Otázky jsou otevřené, ke každé prosím napište vlastními slovy své vyjádření.

- Dle vyhodnocení testu alkoholismu, jste závislý na alkoholu, souhlasíte s tímto tvrzením?

ANO

- Léčil jste se někdy ze závislosti na alkoholu?

NE

- Kdy jste se poprvé napil alkoholu?

NĚKDY V MLADÍ ?
TĚŽKO ŘÍCT

- Kdy jste byl poprvé opilý?

NO ZHRUBA V 17 LETECH

- Z jakých důvodů jste začal pít alkohol ve větší míře?

DYCKY PO PRÁCI SEM ZAČEL NA PIVKO
VĚTŠINOU O VÍKENDECH SGTU ZVÍTLO

- Co Vás přivedlo až k závislosti na alkoholu?

STALC DOUPAM, MYSLIM ŽE MŮŽU PŘEDT

- Jak reagujete, když máte omezený přístup k alkoholu, nebo jej nemáte vůbec?

MNO KLUSNE MI NALADA - BEJVAM NEVRAHEJ

- Projevují se u Vás depresivní stavy během pití alkoholu nebo v případě jeho nedostatku, a pokud ano, jaké jsou projevy těchto stavů?

VĚTŠINĚ PO KONZUMACI VĚTŠÍM O
POČTU - MÁM DEPRESE

- Jakým způsobem ovlivňuje alkohol Váš život?

TEŽKO ŘÍCT - TO VAM POUVJENOKOŘ.

- Pociťil jste nějaké negativní dopady závislosti na Váš život?

ASI NA ZDRAVÍ,

- Domníváte se, že závislost na alkoholu nějakým způsobem ovlivňuje Vaši rodinu?

URČITĚ

- Přemýšlel jste někdy o možnostech léčby, či tyto možnosti vyhledával?

RNO

- Domníváte se, že jste schopen zvládnout závislosti bez odborné pomoci?

KDO VÍ

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK

Vážení pane,

rád bych Vás tímto požádal o vyplnění dotazníku, který je součástí bakalářské práce na téma „Využití pohybové terapie v procesu léčby klientů závislých na psychoaktivních látkách“. Jsem studentem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, obor zdravotně sociální pracovník. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pouze ke zpracování bakalářské práce. Prosím, odpověďte pravdivě. Předem Vám děkuji za pomoc.

1. Dle vyhodnocení testu na alkohol, jste závislý na alkoholu, souhlasíte s tímto tvrzením?
2. Léčil jste se někdy ze závislosti na alkoholu?
3. Kdy jste se poprvé napil alkoholu?
4. Kdy jste byl poprvé opilý?
5. Z jakých důvodů jste začal pít alkohol ve větší míře?
6. Co Vás přivedlo až k závislosti na alkoholu?
7. Jak reagujete, když máte omezený přístup k alkoholu, nebo jej nemáte vůbec?

8. Projevují se u Vás depresivní stavy během pití alkoholu nebo v případě jeho nedostatku, a pokud ano, jaké jsou projevy těchto stavů?

9. Jakým způsobem ovlivňuje alkohol Váš život?

10. Pocítil jste nějaké negativní dopady závislosti na Váš život?

11. Domníváte se, že závislost na alkoholu nějakým způsobem ovlivňuje Vaši rodinu?

12. Přemýšlel jste někdy o možnostech léčby, či tyto možnosti vyhledával?

13. Domníváte se, že jste schopen zvládnout závislosti bez odborné pomoci?

Děkuji za vyplnění a Váš čas.

Petr Čermák