

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Fakulta tělesné kultury

POHYBOVÉ AKTIVITY V LÉČEBNĚ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Diplomová práce

(bakalářská)

Autor: Michal Kropáč, Aplikované pohybové aktivity

Vedoucí práce: PaedDr. Zbyněk Janečka Ph.D.

OLOMOUC 2013

Jméno a příjmení autora:	Michal Kropáč
Název diplomové práce:	Pohybové aktivity v psychiatrické léčebně Nechanice
Pracoviště:	Aplikované pohybové aktivity
Vedoucí diplomové práce:	PaedDr. Zbyněk Janečka Ph.D.
Rok obhajoby diplomové práce:	2013

Abstrakt

Záměrem bakalářské práce bylo zjistit na jaké úrovni jsou pohybové aktivity nebo tělesná cvičení v psychiatrické léčebně a to konkrétně v léčebně Nechanice.

Zjistil jsem, že v roce 2012 byla pohybová aktivita prováděná v léčebně ne úplně správně zacílená na dané pacienty, kteří se v tuto dobu v léčebně nacházeli. Zvolené pohybové aktivity nebyly v rámci terapie úplně správně načasovány a využívány.

Poznatky z této bakalářské práce budou předány do léčebny.

Klíčová slova: závislost, psychické poruchy, pohybová terapie, tělesná aktivita, psychiatrická léčebna

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně pod vedením PaedDr. Zbyňka Janečky Ph.D., uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky.

V Hradci Králové dne 31. 3. 2013

Michal Kropáč

Děkuji vedoucímu bakalářské práce PaedDr. Zbyňku Janečkovi, Ph.D., za jeho pomoc, trpělivost a cenné rady při vedení bakalářské práce.

V Hradci Králové dne 31. 3. 2013

Michal Kropáč

OBSAH

1. ÚVOD	7
2. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	8
2.1 Patologické závislosti	8
2.2 Závislosti a zneužívání alkoholu	16
2.3 Závislosti a zneužívání psychotropních látek	17
2.4 Problematika gamblerství	24
3. KLASIFIKACE PSYCHICKÝCH PORUCH	26
3.1 Nejasnosti o povaze psychických poruch	28
3.2 Diagnostika psychických poruch	28
3.3 Klasifikace duševních poruch	29
4. POHYBOVÁ TERAPIE	32
4.1 Vymezení a definice tělesné aktivity	35
4.1.1 Biologické mechanismy	36
4.1.2 Psychologické mechanismy	38
4.1.3 Sociální mechanismy	40
4.2 Vztah tělesné aktivity a návykového onemocnění	40
4.3 Vymezení a definice pohybové terapie	42
4.4 Pohybová terapie jako součást psychoterapie	43
5. METODIKA VÝZKUMU	
5.1 Cíl práce	46
5.2 Metodika zkoumání	46
5.3 Technika sběru dat	47
5.3.1 Zúčastněné pozorování	47
5.3.2 Rozhovor s pacienty	48
5.4. Analýza a vyhodnocení dat	48

6. VÝSLEDKY A DISKUSE	
6.1 Historie a umístění léčebny Nechanice	50
6.2 Práva a povinnosti pacientů léčebny	52
6.3 Denní režim pacientů	55
6.4 Kazuistika vybraných pacientů	56
6.3.1 Kazuistika pacienta Karla	57
6.3.2 Kazuistika pacientky Jany	59
6.3.3 Kazuistika pacienta Petra	62
6.5 Pohybové aktivity v léčebně	
6.5.1 Diskuse	67
6.5.2 Doporučení pro praxi	70
 ZÁVĚR	 72
SOUHRN	73
SUMMARY	74
REFERENČNÍ SEZNAM	75

1. ÚVOD

Pohybové aktivity v psychiatrické léčebně nejsou ničím novým. Jak dnes již je možné spatřovat, nejsou psychiatrické léčebny, co se týká vědeckých postupů v ničem pozadu. Ba naopak snaží se implikovat nové postupy a metody do svých léčebných procesů a tak i zvyšovat úroveň vynaložené péče o své klienty. V takovémto duchu pracují i léčebny v ČR. V psychiatrických léčebnách jsou mezi jinými léčebnými a terapeutickými metodami využívány i metody pohybových aktivit a cvičení. A to je, jak se domnívám, velice pozitivní činnost, pokud je klientům rozvržena správně tak, aby vykonávané činnosti byly zacílené jednak skupinově, ale braly ohled i na individuální stav každého klienta. Není nic horšího, než když je sice dobrá myšlenka a postup aplikován nesprávně. V této práci se budu snažit uvést, o jaké pacienty se v psychiatrické léčebně jedná, z jakých se léčí závislostí a jaké pohybové aktivity mají možnost provádět. Myslím si, že za poslední dobu několika let můžeme sledovat velký nárůst sportovních činností zaměřených nejen pro vrcholové sportovce, ale hlavně pro sportovce rekreační nebo jen příležitostně. A tak vzniká mnoho kolektivních cvičení spolupracujících s hudbou, optickými efekty, zvířaty aj. nebo individuální cvičení. Tyto cvičení mohou být ideálním prostředkem pro začlenění sportovní (tělesné) činnosti v rámci zvyšování psychomotorické úrovně klientů v léčebně.

Téma své práce jsem si vybral, abych se pokusil o zefektivnění nebo nastavení optimalizace v pohybových aktivitách v léčebně. V rámci nových trendů a pohybových cvičení bych rád především zvýšil fyzickou zdatnost klientů, aby byli odolnější vůči závislostem, se kterými bojují. Také vytváření pozitivní motivace je prostředek k tomu, aby v rámci tělesných cvičení si klienti vytvářeli jakési návyky k tomu, aby nepřestávali s touto cvičební (tělesnou) činností ani po opuštění léčebny a aby měli stanovený cíl, kterého by se drželi v rámci překonávání těžkého období. Je mi jasné, že sebelepší tělesné cvičení nenahradí ostatní léčebné procedury a metody, nicméně je to velice užitečný prostředek k tomu, aby klienti se naučili vnímat své tělo, ovládat své pocity, vyjadřovat své emoce a v neposlední řadě vytvořit si harmonogram, který bude klient dodržovat.

Pevně věřím, že se mi povede optimálně nastavit tělesná cvičení tak, aby opravdu byli šetrné ke klientům a zároveň efektivně byly zacíleny na potřeby důležité k překonání jejich potíží a problémů. Bohužel jen dlouhodobé působení, vysoká míra motivace a odhodlání ukáže, zda takto nastavená cvičení jsou účinná a pro klienty nezávadná.

2. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

„Nemůžeme si vybrat, kolik let se dožijeme, ale můžeme si sami zvolit, kolik života našim létům dokážeme dát. Nemůžeme ovlivnit krásu naší tváře, ale můžeme ovlivnit její výraz. Nemáme kontrolu nad těžkými okamžiky života, ale můžeme si je ulehčit. Nemůžeme ovlivnit negativní atmosféru celého světa, ale můžeme ovlivnit atmosféru, která panuje v naší mysli. Často se snažíme ovlivňovat věci, se kterými nemůžeme nic dělat. Příliš málo se snažíme ovlivnit to, co je v našich silách ... naše postoje.“

John C. Maxwell

2.1 Patologické závislosti

Kurt Cobain jednou řekl: „Rozhodl jsem se, že si vypěstuju závislost. To jediný mě může zachránit před tím, abych si ustřelil palici.“ V širokém odborném záběru se lze zcela běžně setkat s nejrůznějšími obecnými definicemi závislosti. Vratislav Pokorný (Pokorný, in: Pokorný, et al, 2000, s. 9) vnímá závislost jako: „negativní sociální fenomén vypovídající o ovládnutí člověka prostřednictvím různých chemikálií přírodních i syntetických, případně předmětů či situací a předmětů v nich.“ Závislost lze rovněž pojímat coby stav, při němž je něco nebo popřípadě někdo přímo podmíněn nějakou okolností nebo situací, již potřebuje (nebo si alespoň myslí, že ji potřebuje) ke své existenci (Nešpor, 2000). Jak již bylo výše zmíněno, závislost může být považována stejně tak za negativní fyziologický, behaviorální a kognitivní fenomén, jakýsi stav, jako i za chronickou chorobu, která:

„[...] se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání [...]“ (Kudrle, in: Kalina, et al, 2003, s. 107). Stanislav Kudrle (in: Kalina, et al, 2003, s. 107), odborník dlouhodobě sklízějící úspěchy na poli léčby závislostí, také definuje závislost jako způsob, jak: *„[...] zintenzívnit prožitek radosti, euforie a slasti, jak uniknout před bolestí a pocity samoty a izolace [...]“*

Závislost může mít skutečně nejružnější podoby a roztodivné příčiny. K obecným vlastnostem všech živých organismů bez rozdílu patří mimo jiné jejich závislost na prostředí, přičemž svou neopomenutelnou roli sehrává vždy celá řada dílčích faktorů, tj. zejména dostatek potravinových zdrojů, vody, optimální klimatické podmínky etc. V souvislosti se závislostmi se také často hovoří i o tzv. psychické závislosti na osobě. Tato závislost může být pro člověka stejně tak devastující jako jakékoli další závislosti. Psychoterapeutka Monika Plocová (online) v této souvislosti často zmiňuje ženy alkoholičky, které bývají závislé na nějaké další osobě ve svém životě. *„[...] Vnitřně žijí život této osoby a samy jsou bezradné. Jsou naprosto oddány myšlenkám, rozhodnutím, citění, způsobu života této osoby. Podřizují se jí a plní tím její představy, jaké by měly být. [...]“* (Plocová, online). Předmět závislosti člověku obecně nahrazuje nebo má nahradit to, co člověku schází, ať už je to partner, či třeba fungující rodinné vztahy apod. A přináší mu vytoužené pocity radosti a potěšení. Vždy je tak nutné hledat možné příčiny závislostí nejprve v lidském nitru. Například chorobné přejídání tak již dávno není považováno výhradně za nemoc těla, nýbrž hlavně za nemoc duše.

Závislost představuje vcelku snadný způsob úniku od problémů, stejně jako uvolnění velmi špatných nálad, nervozity, rozmrzelosti atd. Například po požití alkoholu jsou u člověka navozeny pocity uvolnění a klidu. Alkohol má totiž jedinečnou schopnost působit jako amfetamin, což znamená, že člověka sice na straně jedné povzbuzuje, ale na straně druhé jej uvádí do klidu a dává mu zapomenout na pocity úzkosti a sklíčenosti.

V neposlední řadě znamená závislost nebo také návyk v jednom z psychiatrických významů nekontrolovatelné nutkání opakovat určité chování a to bez ohledu na jeho dlouhodobé následky.

„[...] Závislostní chování se intenzivně šíří do oblastí hracích automatů, sexuálního chování, sledování televize, pracovní činnosti, odborníci zaznamenávají závislosti na jídle, hubnutí, závislost na sektách, kultech a narůstající počty 'klasicky' závislých, tj. na alkoholu, drogách, cigaretách, kávě, čaji apod. Zdá se, že nabídka 'identifikace' je víc než dostatečná. Hrozí nebezpečí, že v dnešním světě padne každý za oběť nějaké závislosti [...]“ (Mülpachr, in: Pipeková, et al, 1998, s. 209).

Uznávaná antropoložka Angeles Arrien (2000) vymezuje hned 4 univerzální závislosti, tj.:

1. závislost na intenzitě,
2. závislost na dokonalosti,
3. závislost na potřebě vědět,
4. závislost na zaměření spíše na to, co nefunguje, než na to, co funguje.

Skutečně velmi podrobnou a komplexní definici závislosti nabízí v neposlední řadě rovněž 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) (in: Nešpor, 2000, s. 26). Ta vymezuje následující znaky závislosti:

„Je to 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. Centrální popisnou charakteristikou 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 znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.

Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;*
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;*
- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;*
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);*
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;*
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení.“*

Příčiny závislosti

„Když berete heroin, žádný důvod nepotřebujete.“

Renton, jeden z hlavních představitelů skotského kultovního filmu Trainspotting

Realita je však taková, že závislosti coby tzv. mnohaúrovňový problém mohou vykazovat celou řadu aspektů, rozhodně tak nelze vznik patologických

závislostí „dávat za vinu“ jen jedné jediné příčině. Stejně tak není možné spolehlivě vytýčit jedince, který se může stát na návykové látce závislý. Během uplynulého dvacetiletí byl stěžejní význam přisuzován studiu biologických (farmakologických) aspektů závislosti. Toto počínání bylo motivováno zejména snahou pozitivně působit na prevenci a léčbu (nejen) drogových závislostí. Příčiny vzniku závislosti rozhodně nelze odbýt tvrzením, že na počátku většinou stojí neschopnost jedince vhodně naložit s volným časem, nedostatek přátel, špatná výchova atp. Vznik závislosti, byť je skutečně pravděpodobný u většiny látek nebo chování, jež přímo navozují intenzivní pocit úlevy a potěšení nebo ulehčují od bolesti, je téměř dokonalou souhrou nespočtu nežádoucích okolností a příčin. Velmi zjednodušeně lze konstatovat, že vznik závislosti je determinován jak psychickými, tak také fyzickými dispozicemi, dále sociálním a rodinným prostředím, do něhož se dítě narodí a v němž žije. Neméně důležitou roli při formování závislosti sehrává i věk jedince, jeho získané zkušenosti, psychika a aktuální zdravotní stav (Vácha, online).

Představitelé odborné veřejnosti zpravidla vymezují 3 stěžejní faktory, jejichž vzájemná kombinace povětšinou plní úlohu spouštěcího mechanismu vzniku závislosti. Příkladem je mimo jiné i tzv. Kielholzův model 3 intervenujících proměnných z roku 1965. Jedná se o:

1. OSOBNOST: dědičné předpoklady,
2. PROSTŘEDÍ: to vytvoří vhodné podmínky,
3. LÁTKU: drogu, se kterou se dotyčný setká a jejíž vlastnosti umožňují vytvářet závislost.

Tento často v odborné literatuře citovaný model doplnil v roce 1973 Eduard Urban o 4. proměnnou, tj. o podnět, čímž stvořil tzv. tetraedr vzniku a rozvoje závislosti (Řehan, 1994).

Tetraedr vzniku a rozvoje závislosti stojí na následujících pilířích:

1. Faktory farmakologické (droga)

- a. Droga má již od 14. století př. n. l., kdy se objevují vůbec první zmínky o její existenci, zcela zásadní postavení v procesu vzniku závislosti. V současnosti se stále častěji skloňuje myšlenka, že moderní společnost charakterizuje potřeba nějaké integrativní funkce, jež by byla s to utlumovat nežádoucí napětí a nejistotu panující v soudobých mezilidských vztazích. O své slovo a místo na slunci se tak rázem hlásí démon alkohol (i když z počátku jen jako tzv. rekreativní činnost). Stejně tak jako má i každá mince své dvě strany, dovede i alkohol ukázat svou odvrácenou tvář a plnit tak i tzv. dezintegrující funkci a to jak na pracovní, tak také na organizační činnost. Volbu alkoholického nápoje lze přičítat zejména komplexním psychoaktivním účinkům a to jak biologickým (osobní dispozice, kondice, zdravotní stav), psychologickým (anticipace účinku, očekávaný efekt), tak rovněž sociálním (působení prostředí, v němž jedinec s oblibou holduje alkoholu). Psychoaktivní účinky alkoholu jsou v první řadě podmíněny množstvím požitého alkoholického nápoje.
- b. Uvádí se, že schopnost vyvolat u citlivého jedince silnou touhu nebo bažení po droze (= anglicky „craving“), která zapříčiňuje opakované užívání drogy, je založena primárně na schopnostech drogy navozovat člověku tak trochu zakázanou pozemskou rozkoš. Dalšími důvody jsou schopnosti drogy: a) vyvolat silný psychický účinek / zážitek, b) být rozpoznána mezi ostatními látkami, c) vyvolat následné nepříjemné pocity poté, co dojde k přerušení opakované aplikace (Fišerová, 2000).

2. Faktory enviromentální (prostředí)

- c. Nelze nesouhlasit s obecně platným tvrzením, že určité prostředí formuje určitý typ jednotlivce. Sociální faktory jsou do jisté míry odrazem toho, kterak daný jedinec tyto faktory vnímá a následně zpracovává a jaký jim přikládá smysl. Každého jedince bezprostředně ovlivňuje prostředí, v němž se pohybuje a v němž žije (Presl, 1995). Rodinný faktor nebo typická konstelace rodiny jsou základním rámcem začlenění dítěte ve světě (ve světě obecně, v okruhu rodiny, školy apod.) (Hajný, 2001). Prostředí, v němž se má dítě vyvíjet po stránce duševní a charakterové v silnou osobnost - zdravou a společensky užitečnou, by mělo být stálé, citově příznivé, vřelé, přijímající apod. (Matějček, 1994). Z prací švýcarského psychiatra profesora Paula Kielholze z basilejské univerzity přímo vyplývá, že celých 40 % drogově závislých jedinců bylo v průběhu dětství vystaveno nepříznivým vlivům. Nepříznivými vlivy Kielholz zamýšlel hlavně vyrůstání dítěte mimo rodinné prostředí nebo v rodině neúplné (Kielholz, in: Urban, 1973).

3. Faktory somatické a psychické (osobnost)

- d. *„Analýzou těchto faktorů lze zjistit, že se stále více prosazuje komplexní, tzv. biopsychosociální přístup. Strukturu osobnosti tvoří vrozené a získané vlastnosti, v osobnosti se projevuje nejen společenská, ale i biologická podstata. V oblasti biopsychické je to snaha odstranit fyzické potíže, udržet kondici, stimulovat smysly, posílit sebevědomí, v oblasti*

sociální je to snaha identifikovat se s určitou subkulturou, uniknout z prostředí“ (Mühlpachr, 2002, s. 37).

4. Faktory precipitující (podnět → provokující, vyvolávající spouštěcí činitele)

- e. Ekvivalentem podnětu je spouštěcí mechanismus. Precipitující faktory mohou být někdy označovány také jako stresující faktory. Souhrnně tvoří precipitující faktory skupinu faktorů, jež dovede urychlit nebo vést ke zneužívání drogy. Vedle stresu, může úlohu spouštěcího mechanismu sehrávat stejně tak dobře i případný konflikt, identifikace s „módní vlnou“, tlak ze strany vrstevníků etc. *„Volba drogy, stejně jako eventuální přechod od jedné drogy k druhé, je podmíněna především vnějšími podmínkami. Osobnost tu hraje pouze podružnou úlohu. Jedna osoba může být, resp. bývá současně nebo postupně závislá na více drogách, někdy různého druhu anebo i s protikladným účinkem. Při volbě a střídání drogy hraje značnou úlohu móda a dostupnost látky“* (Marcinková-Hunáková, 1975).

Závěrem se opět nabízí myšlenky profesora Paula Kielholze, jenž již v roce 1967 stanovil postuláty, které lze považovat za dodnes aktuální. Avizované postuláty vycházejí z přesvědčení, že:

- ❖ se přesouvá zájem o drogy k populaci mladších ročníků,
- ❖ narůstá počet závislých v dosud běžných věkových skupinách,
- ❖ se objevují nové formy chování při aplikaci drogy (skupinový fenomén, inhalace, nitroděložní aplikace),
- ❖ narůstá polytoxikomanie,

- ❖ současně narůstá alkoholismus ve všech věkových skupinách,
- ❖ procentuálně přibývá žen na drogách alkoholu závislých (Kielholz, in: Grumlík, in: Bulletin národní protidrogové centrály, 1998, s. 12).

2.2 Závislosti a zneužívání alkoholu

Alkohol představuje napříč všemi kontinenty naprosto legální drogu. Přesněji řečeno většinová společnost alkohol za drogu vlastně ani vůbec nepovažuje. Česká republika dle dikce zákona umožňuje podávat a prodávat alkohol pouze zletilým osobám neboli osobám od 18. roku jejich života. Alkohol patří mezi tzv. sedativa a je tak pro něj naprosto příznačný značně komplexní účinek na centrální nervovou soustavu, tu může dokonce svým působením nevratně poškozovat. Alkohol je tolik oblíbený právě díky svým psychoaktivním účinkům a stává se potažmo drogou.

I v případě požívání alkoholu roste postupem času jeho konzumace. Řeč je rázem o tzv. 1. stádiu / stupni návyku na alkoholu. Během 2. stádia již dochází dokonce k otravě. U postižené osoby je snadno pozorovatelné nadměrné pití v porovnání s ostatními členy dané společnosti. Člověk stále častěji a horlivěji odmítá méně koncentrované alkoholické nápoje ve prospěch nápojů silnějších. V některých krajních případech se již ve 2. stádiu mohou objevovat nežádoucí absence či úplná ztráta vzpomínek. 3. stádium se vyznačuje zásadní proměnou přístupu člověka k alkoholu jako takovému, ten obvykle démonu alkoholu již zcela podléhá a absolutně nad ním ztrácí kontrolu. O snížení či úplné ztrátě autoregulace lze v tomto stádiu hovořit už po požití i sebemenšího množství alkoholu. 3. stádium zároveň představuje jakýsi zásadní zlom v celé věci. „Pacient“ již zpravidla není s to se bez zásahu z vnějšku a bez léčení ze své závislosti „vyprostit“. Dostane-li se však jedinec až do pomyslného 4. stádia, pak to znamená, že se dokáže otrávit alkoholem naprosto v jakoukoliv denní i noční dobu. Za sebou dosti často následuje celá série dní bez byt' jen částečné naděje na úplné vystřízlivění. „Rána opilcova“ bývají velmi těžká a osobě závislé na alkoholu se zdá, že celou situaci dovede vyřešit jenom a

pouze alkohol. Tomuto stádiu se tudíž nevyhýbají ani deprese a sklony k sebevraždám.

I již vskutku velmi nízká hladina alkoholu v krvi má negativní účinky na většinu metabolických drah. Na samém začátku se vše jeví jako bezproblémové. Alkohol „jen“ zvyšuje chuť k jídlu. Později ale naopak výrazně snižuje rychlost reakcí, pozornost a koordinaci pohybů. Předpokládá se, že rovněž činnost mozku vykazuje značné oslabení a zpomalení. Také reakce zornic jsou dosti zpomalené.

2.3 Závislosti a zneužívání psychotropních látek

Rozhodně nelze začít odhalovat zákoutí problematiky závislosti a zneužívání psychotropních látek bez bližšího představení a osvětlení samotného pojmu a sice pojmu psychotropní látky. Psychotropní látka (někdy se v odborné literatuře objevuje též označení psychotropní droga, omamná látka, často dokonce nesprávně droga či návyková látka) není ani zdaleka výmyslem moderní doby, nýbrž zcela bez nadsázky je stará tak jako i lidstvo samo. Léčivé či psychotropní účinky psychotropních látek na své vlastní kůži poznávali lidé již ve starověkém Egyptě, v Mezopotámii stejně tak jako i na ostrově Kréta. Tehdy však popisované látky bývaly výhradně využívány k rituálním a lékařským účelům. O velikém rozmachu užívání drog (stále se ale ještě jednalo spíše jen o rekreační užívání velmi slabých drog) může být řeč až někdy v období 19. století. V té době již farmaceutický průmysl spolehlivě dovedl izolovat čistou drogu z nejrůznějších látek přírodního původu. Razantní změny na poli užívání psychotropních látek se pojí až s ohromujícím vynálezem, který měl - stejně tak jako i všechny ostatní - lidstvu původně sloužit. Řeč je samozřejmě o převratném vynálezu injekční jehly v roce 1853. Poté, co se objevila možnost aplikovat si látku nitroděložně a znásobit tak mnohonásobně její účinek, na sebe vznik závislosti nenechal příliš dlouho čekat (Fišerová, 2000). Historie závislostí by však vydala na samostatnou práci, proto je třeba posunout se zase o kousek dál.

Psychotropní látka je chemickou látkou, jež primárně působí na centrální nervovou soustavu (dále již jen CNS). Zjednodušeně řečeno: ovlivňuje psychickou (duševní) činnost člověka tím, že pozměňuje jeho mozkové funkce, čímž způsobuje dočasné změny ve vnímání, náladě, vědomí a také chování. Psychotropní látky ale mohou za určitých okolností člověku i sloužit. Nemocným například pomáhají zbavovat se nežádoucích příznaků závažného zdravotního stavu známého jako psychóza, jimiž mohou být poruchy chování, nálady, myšlení, vnímání, vůle, pozornosti apod. (Možný, 1997).

Psychotropní látky vešly ve známost jako látky záměrně užívané zejména k příležitostným neboli rekreačním účelům spíše než k účelům lékařským, duchovním apod. S rituálními a duchovními praktikami se zpravidla pojí přírodní látka označována jako entheogen, což dokumentuje i překlad samotného označení – *to, co ukazuje boha uvnitř*, popř. *probuzení vnitřního boha*. Entheogeny samozřejmě spadají pod halucinogeny umožňující jak studium, tak také rozšíření mysli. Pojmem droga (z nizozemského slova *droog* = suchý), o němž již byla výše zmínka, se rozumí spíše sušené části rostlin nebo živočichů, jež slouží jako jedinečná surovina pro přípravu mnoha léčiv. Teprve mnohem později se označení „droga“ začalo ztotožňovat s psychoaktivními látkami. Mimo toto pojetí může droga poukazovat na pro člověka oblíbené situace či přímo závislosti, příkladem necht' je pohlavní styk či hazardní hry.

Psychoaktivní drogy jsou návykové, neboť vedou ke zřetelným ale přesto subjektivním změnám emočního stavu a vědomí. Dochází ke zkreslování myšlení, chování aj. Popisované změny jsou naštěstí přechodné a poté, co se látka z těla zcela vyloučí, pozvolna odeznívají. Člověku mohou být nově navozené stavy navýsost příjemné, v tom případě je řeč o euforii, stejně tak pro něj mohou být takzvané výhodné, neboť povedou k žádoucímu zvýšení ostražitosti. Označovat však všechny předmětné substance coby návykové látky by bylo nepřesné, poněvadž kupříkladu drtivá většina halucinogenů závislost vůbec nezpůsobuje.

Ve spojitosti s užíváním psychoaktivních látek se často objevují celospolečenské diskuse, za jakých podmínek by mohlo být jejich užívání považováno za etické, eventuálně kdy a za jakých podmínek je možné užití psychotropní látky oficiálně schvalovat. Produkce a obchodování s těmito látkami je pod neustálým drobnohledem a pod velmi přísnou státní kontrolou. Ani u legálních drog (u alkoholu, nikotinu, léků proti úzkosti a kofeinu) nelze totiž s jistotou vznik závislosti vyloučit.

Anestetika

Anestetika se řadí k psychoaktivním látkám. „*Užívají se u léčebných i vyšetřovacích lékařských výkonů. Celková anestetika se používají k celkové anestezii (narkóze) pro větší zákroky a operace. Celková anestetika jsou inhalační nebo nitrožilní. [...] Místní (lokální) anestetika jsou určena k místnímu znecitlivění pro menší výkony, např. sešití rány nebo stomatologické výkony. Ovlivňují elektrické děje na membránách, některá jsou rovněž používána jako antiarytmika. [...]*“ (Velký lékařský slovník, online). Nejčastěji se využívá perorálně podávaná látka jménem ketamin.

Analgetika

Je všeobecně známo, že léky utišující bolest mají v lékařství své nezastupitelné místo a že při správném užívání nejsou pro lidské zdraví nikterak nebezpečné. Stále častěji však bývají analgetika zneužívána a vedou k nevyhnutelné lékové závislosti. Nejznámějšími reprezentanty analgetik jsou opioidy, analgetika užívaná k léčení intenzivní a jinak téměř neřešitelné bolesti. Akutní intoxikace opioidy vede například k apatii, psychomotorickému útlumu, zhoršení pozornosti aj. Obecně platí, že opioidy vzhledem ke svému centrálnímu účinku citelně zpomalují frekvenci dechu a snižují také dechový objem, dále například potlačují percepční a lokalizační složku bolesti a mnohé další. Rozšiřují cévy, zpomalují srdeční frekvenci, způsobují těžkou zácpu, svědění a pálení kůže etc.

Léky užívané v psychiatrii

Ani u léků užívaných v psychiatrii není situace nikterak odlišná, pro některé jedince v krátkodobém intervalu působení mohou být opravdu dobrým sluhou, zatímco u jiných mohou při dlouhodobém užívání vést až k těžkým a chronickým poruchám, jež často vyústí až v invalidizující duševní chorobu. Takzvaná psychofarmaka mohou být dělena dle mnoha různých aspektů. Většinou jsou psychofarmaka rozdělována na pozitivní a negativní a dále se dělí podle svých účinků na bdělost neboli vigilitu, afektivitu a psychické integrace (myšlení). Obecně se k nim řadí šest následujících reprezentantů:

- ❖ Antidepresiva jsou látkami užívanými za účelem zmírnění symptomů poruch, jimiž mohou být jak klinická deprese, tak také dystymie čili chronická depresivní nálada. Při léčení deprese se využívá třeba například „lék“ zvaný fluoxetin (obchodním názvem Prozac, Deprex aj.).
- ❖ Psychostimulancia (= psychotronika) pomáhají navyšovat psychomotorické tempo, neboť působí na psychiku člověka a tak stimulují CNS. Člověk zůstává dlouhodobě psychicky a fyzicky aktivní a v bdělém stavu a to i přes prohlubující se únavu. Ruku v ruce se vzrůstající aktivitou jde i zlepšení emočního stavu jedince. Přírodní stimulancia reprezentuje kofein, theofylin a theobromin, syntetická stimulancia pak β -fenylaminoalkany.
- ❖ Antidepresiva také potlačují nežádoucí příznaky deprese, i když jejich pozitivní účinek bývá v odborné literatuře považován za dosti diskutabilní. V některých případech užívání antidepresiv bylo zpozorováno, že v důsledku jejich dlouhodobého užívání docházelo k vyvolání některého z psychických onemocnění a antidepresiva se rázem stala takzvanými induktory mánie (manické epizody) nebo třeba psychózy.
- ❖ Stabilizátory nálady bývají nejčastěji spojovány s léčbou bipolární a schizofrenní poruchy. I v tomto případě však může vést jejich dlouhodobé podávání k chronickým poruchám nálad jako takovým, přesněji řečeno dochází k narušení funkce přenosu neurotransmiterů a jejich postsynaptických cest. Mezi nejčastěji užívané stabilizátory patrně přísluší lithium.

- ❖ Anxiolytika rozvolňují či eliminují stavy úzkosti, proto jsou hojně využívána v případě úzkostných poruch.
- ❖ A úplně nakonec depresanty CNS, kterých bývá užíváno jako hypnotik, sedativ a anestetik (Hampl, Paleček, 2002; Hroudová, Fišar, Raboch, Hansíková, 2009).

Jsou-li psychofarmaka podávána pouze v malých dávkách, lze s nimi spojit výrazně příjemné a prospěšné účinky. S postupně se zvyšujícím množstvím se stávají více a více nebezpečné a toxické (Fišar, online).

Zvláště v souvislosti s nočními kluby, bary a diskotékami se dnes intenzivně hovoří o vzrůstající oblibě takzvaného příležitostného neboli rekreačního užívání drog (v první řadě stále „kraluje“ nočním podnikům konopí, ale nechybí ani další nelegální látky). Popisovaná problematika se dotýká zpravidla mladých lidí okolo dvacátého roku věku, kteří se opakovaným užíváním drogy vystavují nejen riziku vzniku konfliktu se zákonem. Rekreační užívání drog (y) nenaplnuje kritéria závislosti. Povětšinou totiž popisované užívání drogy neprobíhá častěji než „jen“ jednou týdně (Kalina, et al, 2001). Výzkumy několika uplynulých let bohužel přicházejí s alarmujícími výsledky a upozorňují na prudký nárůst počtu těchto víkendových uživatelů drog. Uživatelé už zdaleka nebývají jen příslušníci sociálních skupin žijících na okraji společnosti, častěji a stále rychleji je nahrazují lidé mladí, na začátku úspěšně nastartované kariéry, s dobrým rodinným i finančním zázemím apod., což potvrzuje mimo jiné i Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (Příležitostní uživatelé drog v konfliktu se zákonem., 2006).

Drogy užívané k rekreaci se zpravidla v odborné literatuře dělí na:

- ❖ Simulanty (také stimulancia, stimulanty) působí na CNS a to tak, že navyšují její funkci. Přesněji řečeno zapříčiňují navození pocitů pohody, síly, energie a sebevědomí. Spánek výrazně posunují a odkládají na neurčito, přesto ale zabraňují únavě, aby se přihlásila o své slovo, a chuť k jídlu snižují na

minimum (Shapiro, 2005). Simulanty v neposlední řadě provází euforické efekty a pocit nevyčerpatelné vitality. Za nejznámější simulanty je považován pervitin, kokain, efedrin, crack a mnohé další (Beran, 1995). Ale i naprosto legálně dostupné povzbudivé drogy jako jsou kofein a nikotin se řadí rovněž k simulantům. Kofein, jenž se vyznačuje svými stimulačními vlastnostmi na CNS a srdeční činnost, je navíc celosvětově vůbec nejrozšířenějším simulantem.

- ❖ Halucinogeny neboli fantastika nezískaly svůj název pro nic za nic. Jsou-li totiž užity zdravým člověkem, způsobují u něj poruchu vnímání, která se projevuje značnou zmateností, bludy a halucinacemi (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002). Stav, v němž se uživatel halucinogenů ocitá, se náramně podobá transu, meditaci či snění. I proto patří halucinogeny k snad nejčastěji zkoumaným psychoaktivním drogám. Nikdy není dopředu úplně zřejmé, jak halucinogeny budou na konkrétního člověka působit, je zatím vždy kus tajemna a mystična. Halucinogeny spadají do dvou skupin, do skupiny přírodních halucinogenů (mekkalín, šanta kočičí, blín černý, durman obecný aj.) a do skupiny syntetických halucinogenů (LSD).
- ❖ I hypnotika neboli narkotika tlumí činnost CNS. Snižují vigilitu (bdělost) a tím způsobují zklidnění a navozují pocit opilosti a euforie, za jistých okolností zmírňují stavy úzkosti. Vůbec prvním popsáním hypnotikem bylo opium, pro něž je charakteristický analgetický účinek (Hampl, Paleček, 2002).
- ❖ Inhalační drogy (tj. vybrané druhy rozpouštědel, ředidel, lepidel, plynných látek a dalších) vskutku lehce prozradí svého uživatele. Chemický zápach z úst takřka není možné ničím překrýt (Beran, 1995). Inhalační drogy rozehrávají své účinky v podobě velmi široké škály efektů, uživatel se zdá být jakoby opilý, ve snách, má začervenalé až zarudlé oči, na obličeji se mu objevuje nehezka vyrážka a ta část pokožky, jež byla dlouhodobě ve styku s těkavou látkou, je bolestivě poleptaná atd.

- ❖ Kanabinoidy se v přírodě vyskytují výhradně v rostlinách konopí a jsou jim prisuzovány léčivé účinky. Mají účinky ne nepodobné halucinogenům, intenzita jejich působení však je o poznání nižší.
- ❖ Taneční drogou už ani zdaleka není jen extáze vyvolávající příjemné emoční stavy spojené s pocitem uvolnění, štěstí, blaha a relaxace. Nebývá rovněž neobvyklé, že se uživatelé extáze snaží účinky drogy zesílit ještě i užitím nějaké další drogy. Toto počínání však znatelně zvyšuje riziko vzniku závažných zdravotních komplikací a nežádoucích účinků (Šustková-Fišerová, 2004).

Otázka legality a míry společenské akceptace

Zdaleka ne všichni uživatelé drog bývají celospolečensky kritizováni a odsuzováni. Například alkohol je onou drogou, kterou je společnost ochotna akceptovat a lze tak říci, že je její užívání považováno za společensky přijatelné. Snad je to dáno i faktem, že zkušenost s užíváním této drogy má člověk již od samých počátků své existence. Někteří reprezentanti odborné veřejnosti se shodně domnívají, že v současnosti se i marihuana stává onou společensky přijatelnou drogou, což mimo jiné dokládá i zájem o marihuanu jako o takzvaně společenskou drogu, která si doslova žádá společné kouření (Pelka, 1997).

I přes registrované změny v přístupu společnosti k otázkám užívání a držení drog stále platí, že držení a užívání drtivé většiny psychoaktivních látek je vnímáno jako trestné a je společností odsuzováno. Napříč zeměmi se přesto dosti různí míra, s níž je držení, výroba či užívání drog perzekuováno. Některé nejen odborné hlasy upozorňují, že příliš veliká míra tolerance ve prospěch uživatelů psychoaktivních látek, zvláště konopí, časem povede až k nezadržitelnému prohlubování drogového problému.

2.4 Problematika gamblerství

V této kapitoly bude představena jedna z poruch spadajících pod poruchy návykové a impulzivní, jež se vyznačují poruchou schopnosti člověka vzdorovat vlastním impulzivním činům nebo chování, které poškozuje člověka samotného.

Gamblerství, gambling, hráčská závislost, patologické hráčství - i tak může být označována patologická psychická závislost na hraní hazardních her, která se vyznačuje častými a opakovanými epizodami hráčství, jemuž nebývají na překážku ani materiální, sociální, pracovní, rodinné či jakékoliv jiné závazky, a tak bývá zpravidla jen otázkou času, než tyto epizody hráčství dovedou svého hráče až k zadlužení, propuštění ze zaměstnaneckého poměru apod. Ani otázka gamblerství ale nepředstavuje pro lidstvo nic nového a objevného. Vždyť z hazardních her se těšili už ve Staré Číně a to někdy v období okolo 10. století. Tehdy se Číňané doslova zamilovali do karetních her. Na úplných počátcích využívali jednotlivé kartičky papírového domina jako karty, míchali je, rozdávali atd. První karetní hra byla na světě.

Člověk – hráč je ke hře minutu za minutou doslova neovladatelně puzen, nedokáže své myšlenky orientovat nikam jinam než ke hře samotné a k vidině rychlého a relativně snadného zisku. Popisovaná situace, již zažívá zas a znovu asi jedno až tři procenta populace, výrazně připomíná závislost na návykových látkách tak, jak byla popsána výše. Nutno ještě podotknout, že počet patologických hráčů rok od roku značně roste. Platí totiž nepsané pravidlo, že se zvyšující se intenzitou hry roste i riziko vzniku a rozpuku závislosti. I když se závislost u hráče ještě zcela nevytvořila, často hraje hlavně proto, že mu jeho tíživá situace vlastně ani nedovolí jinak. Snaha o opuštění onoho pomyslného bludného kruhu dluhů, lhaní a podvodů většinou mívá fatální následky. Finanční obnos, s nímž hráč hraje, často pochází z trestné činnosti atd. Od roku 1980 je dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10. revize z roku 1992) gamblerství vedeno jako diagnóza pod číslem F 63.0 – patologické hráčství – gambling, gamblerství. V českém prostředí se gamblerství

stalo oficiální diagnostickou jednotkou až o celých čtrnáct let později, tedy v roce 1994.

Závislým osobám se slangově říká gambleři, gambler přitom může být buď hráč, nebo také sázkař. Mezi patologické hráčství na straně jedné a sázkařství a hráčství na straně druhé - by však nemělo být dáváno rovnítko. Gambleři často dovedou proměnit prvotní zcela nevinnou vášeň pro hru, jež je pro člověka charakteristická a potřebná stejně jako je potřebná láska či práce, ve skutečnou závislost. Situaci nechají dokonce zajít tak daleko, že rázem riskují ztrátu svého zaměstnání, nadělají si veliké dluhy a s tím pochopitelně i řadu nepřátel, lžou, porušují zákon atd. Udělají zkrátka a dobře všechno a to jen proto, aby získali další a další peníze na svou nikdy nekončící hru. Velmi často si gambleři negativní dopady svého počínání jasně uvědomují, bez odborné pomoci však ze svého soukromého „pekla“ vyjít nedokáží.

S gamblerstvím se samozřejmě citelně pojí změny psychiky a to sice změny dlouhodobého charakteru. I proto se gamblerství označuje coby psychická závislost, zatímco fyzickou závislost vystihují spíše tělesné potíže způsobené tím, že tělu nebyla dodána potřebná dávka drogy (Nešpor, Provazníková, 1996). Častěji bylo patologické hráčství zaznamenáváno u mužské části populace, pochopitelně se ale nevyhýbá ani ženám, dokonce ani dětem a mladistvým. Důvod je ten, že muži se častěji vyskytují v takzvaně rizikovém prostředí, zatímco ženy se těmto místům zpravidla raději vyhýbají. Zhoršování poruchy zrcadlí i navyšující se počet vypjatých a stresových situací v životě daného člověka. Vznik předmětné poruchy vykazuje přímou souvislost s popsányými rizikovými faktory a rizikovými skupinami, jimiž jsou v první řadě příslušnost k minoritní skupině, nižší socioekonomický status, nezaměstnanost a v neposlední řadě i gamblerství rodičů. Právě rodině se přisuzuje ta vůbec nejzásadnější role. Psychické deprivace z dětství skutečně mohou časem vyústit až v propuknutí hráčské závislosti.

Teprve až si postižený svou závislost přizná, přijme své chování jako vysoce problémové a připustí si, že v sociálních vztazích naprosto selhal, má úspěšně nakročeno k tomu, aby se v budoucnu své závislosti úplně zbavil. Důležitým elementem na cestě k vyléčení je samozřejmě rodina, jak již bylo výše zmíněno. Rodina by měla snažení hráče všemi možnými prostředky podporovat a stále ho ujišťovat, že pobyt v léčebně si zvolil dobrovolně právě proto, aby se vyléčil, není tedy záměrem jej jakkoliv trestat či mu způsobovat nežádoucí příkoří. Koneckonců je tomu přesně tak, jak popisuje Karel Nešpor (1994, s. 96-97) ve své knize *Hazardní hra jako nemoc*. „*Ústavní léčba je velký dar pro léčeného. Může se zastavit, má čas přemýšlet o tom, co udělal špatně a zda to jde napravit. Denní režim je pevný a skládá se z individuálních pohovorů s psychology a lékaři, ze skupinových terapií, z nácviků zvládání, autogenního tréninku a z arteterapie (malování, práce se dřevem, pletení košíků, suché květy a dekorace aj.).*“

3. KLASIFIKACE PSYCHICKÝCH PORUCH

Téma psychických neboli duševních poruch se dostalo do centra zájmu hned několika různých disciplín, například psychologie, sociologie, pedagogiky a některých dalších. Jako naprosto kompetentní pro studium psychických poruch se jeví pouze psychopatologie, dílčí disciplína psychologie. Psychopatologie vedle psychických poruch věnuje zvýšenou pozornost i psychické tísní spolu s maladaptivním, popřípadě abnormálním chováním. Její zájem se neustále vztahuje k pomyslné otázce normality a abnormality lidské psychiky. I když pravdou je, že definice normality a abnormality může být a je značně diskutabilní. Odpověď se snaží poskytovat vždy v kontextu té či oné kultury (Kohoutek, Salaquardová, 2006). Svě nezastupitelné místo má psychopatologie mimo jiné i v kontextu diagnostiky psychických poruch a odchylek a v odhalování příčin vzniku popisovaných poruch (Průcha, Walterová, Mareš, 2001). Zájem o psychická onemocnění se nevyhýbá ani laické části veřejnosti, ta povětšinou psychická onemocnění spojuje s nevyhnutelnou ztrátou lidské důstojnosti - a to i proto, že s těmito jedinci lze jen stěží fungovat

v běžném každodenním životě, špatně zvládají umění lidské komunikace, svým chováním zcela ignorují společensky přijatelné normy, jejich chování se může z minuty na minutu a naprosto neočekávaně proměnit etc.

Psychická porucha (někdy též duševní porucha) v širším pojetí zaštiťuje vybrané psychické procesy, které se mohou plně projevovat v oblasti myšlení, prožívání a chování člověka a které mohou výrazně znesnadňovat fungování jedince ve společnosti. Označení psychická porucha vystřídal původní označení - a sice dosti nelichotivě znějící „šílenství“. Šílenství či dokonce posedlost ďáblem - i tak byly dříve souhrnně nazývány průvodní jevy všech duševních nemocí. Zdá se, že se společenským vývojem šlo ruku v ruce i poznání a prozkoumání psychických nemocí, opak je ale někdy pravdou. Rozvoj civilizace neodmyslitelně spjatý s životem v často neudržitelném tempu, v prostředí plném stresu a nezvladatelných požadavků si vybírá svou zákonitou daň a zdá se, jakoby byl živnou půdou pro neustálý vznik dalších a dalších psychických poruch. Psychické poruchy tak mohou být způsobeny jak vrozenou, organickou (neurologickou) nebo genetickou výbavou člověka, tak také stavy, jenž odrážejí dlouhodobé působení životního prostředí a životních událostí. Organické duševní choroby vykazují pozorovatelné poškození mozkové tkáně, přičemž k tomuto poškození mohlo dojít nespočtem možných způsobů, nastartovat je mohlo například nadužívání psychoaktivních látek apod. (Kalina, 2001; Horáček, 2003).

Předmětná odborná literatura nabízí poměrně širokou škálu definic psychické poruchy, bylo by rozhodně obtížné vybrat tu jedinou a správnou i proto, že jednotlivé definice jsou kulturně i názorově determinovány, což z nich činí značně proměnlivou a nestálou kategorii. K psychickým poruchám v první řadě náleží poruchy, které se vztahují buď k myšlení, prožívání nebo ke vztahům k ostatním lidem.

I v oblasti praktického zvládání psychických poruch byly během uplynulých let zaznamenány značné změny, ty umožnily zejména výrazné pokroky v neurovědách a dokonce i v informačních technologiích. Farmakoterapii dnes

úspěšně nahrazují biologické metody. Důvody jsou prosté. V souvislosti s farmakoterapií se totiž stále častěji hovoří o jejím selhávání. Pro biologické metody také hovoří fakt, že si jejich aplikace nežadá žádné náročné technické vybavení (vizte spánková deprivace, fototerapie, tělesné cvičení atd.) (Anders, 2011). Léčba duševních poruch může usilovat buď o odstraňování příčin poruchy, nebo o následnou úpravu jejích následků. Moderní psychofarmakologickou léčbu velmi úspěšně doplňuje psychoterapie spolu s nutnou úpravou životního stylu aj. Ne vždy se ale daří hned napoprvé zvolit vhodný lék a nástup účinků tak může vykazovat latenci až několik týdnů, proto je vhodné psychofarmakologickou léčbu doplňovat i o jiné typy léčby.

3.1. Nejasnosti o povaze psychických poruch

Je to vnímání dobové a místní kultury, jež pomáhá spoluvytvářet aktuálně platné pojetí psychických poruch a obdobných pojmů z let předchozích (např. duševní nemoci). Svou roli ve vnímání psychických poruch sehrávají dále osobní názory a pojetí sociální role zdravotnického systému. I homosexualita byla totiž stejně jako leváctví docela nedávno považována za poruchu zdraví. To koneckonců dokumentují i odborné publikace vydávané ještě na konci 19. století. Razantní změny v pojetí homosexuality na sebe nechávaly čekat až do roku 1973, kdy homosexualita byla definitivně zbavena nelichotivé nálepky „nemoc“.

3.2. Diagnostika psychických poruch

Počet psychických poruch rozhodně není konzistentní, ba naopak celosvětově roste stejně tak, jako i rapidně roste počet lidí nemocných například depresemi či demencí. Odborníci přitom mají jasné a srozumitelné vysvětlení. Jednou z možných příčin je narušená komunikace mezi lidmi, lidé si naprosto zapomněli povídat, nedovedou a nechtějí si vzájemně naslouchat, mluví-li, pak zpravidla jen vedou nekončené monology etc.

Na začátku 20. století bylo klasifikováno jen několik desítek duševních poruch. V roce 1952, kdy vznikl Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-I), jich bylo 192. S vydáním čtvrté edice (DSM-IV) se počet psychických poruch rozrostl až na neuvěřitelných 374. Výše byly přiblíženy některé z možných příčin tohoto děsivého nárůstu. Pavel Hartl a Helena Hartlová (2000, s. 424-425) vymezují následující příčiny vzniku psychických poruch:

- ❖ efektivnější diagnostika a přesnější charakteristika duševních poruch a to díky více než století výzkumu;
- ❖ skutečně rostoucí počet duševních nemocí, zapříčiněný hnacími faktory jako je dieta nebo stále vzrůstající stres každodenního života;
- ❖ zvýšená tendence některých psychiatrů označovat individuální zvláštnosti chování a slabůstky jednotlivce jako nemoc.

Diagnóza psychických poruch se určuje na základě rozpoznání příznaků duševních poruch a je považována za vrchol činnosti psychiatra. Účelem diagnózy je rychlé a správné nalezení té nejvhodnější terapie. Psychiatr tak musí v rámci diagnostiky prokázat nejen vysokou úroveň svých odborných znalostí, ale i osobní inteligence. Na diagnostiku musí okamžitě navázat výběr nejvhodnějšího způsobu léčby. První snahy o sepsání užitečné příručky pro správnou diagnostiku se pojí s osobností Antonína Heverech. Byl to právě Antonín Heverech, jenž naučil tehdejší generaci psychiatrů, kterak mohou získávat potřebné informace od svých pacientů, jak mají vytvářet diagnostické závěry atd. Dodnes jsou jeho postupy odbornou veřejností přijímány a následovány (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

3.3. Klasifikace duševních poruch

Zdá se být až neuvěřitelné, že klasifikace psychických nemocí byla výrazně rozvinuta již v antice. Nejčastěji uváděnými psychickými nemocemi tehdy byla melancholie, mánie, ztráta vědomí a některé další.

V rámci Spojených států se duševní poruchy dočkaly rozdělení do skupin dle společných diagnostických kritérií a to v takzvaném Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, tudíž zkráceně DSM), jenž vytvořila Americká psychiatrická asociace (dále již jen APA). APA začala pracovat na tvorbě své vlastní klasifikační struktury počínaje 50. lety minulého století. V roce 1952 poprvé představila jednotlivé psychické poruchy detailně popsané a s vysvětlujícími slovníky. Manuál zahrnuje 13 kategorií duševních poruch.

DSM skupina (Diagnostický a Statistický manuál)	Příklady
Poruchy obvykle poprvé diagnostikované u batolete, v dětství nebo adolescenci	Mentální retardace, autismus, ADHD
Delirium, demence, amnestické a jiné kognitivní poruchy	Alzheimerova choroba
Mentální poruchy způsobené zdravotním stavem pacienta	Psychóza související s AIDS
Zneužívání omamných látek	Alkoholismus
Psychózy	Schizofrenie
Poruchy nálady	Deprese, Maniodepresivní psychóza
Úzkostné poruchy	Generalizovaná úzkostná porucha
Somatoformní poruchy	Somatizační porucha
Faktivní (předstírané) poruchy	Münchhausenův

	syndrom
Disociativní poruchy	Disociativní poruchy identity
Sexuální poruchy a poruchy pohlavní identity	Dyspareunie, Porucha pohlavní identity
Poruchy příjmu potravy	Mentální anorexie, Bulimie
Poruchy spánku	Nespavost (insomnie)
Poruchy osobnosti	Narcistická porucha osobnosti
Impulzivní poruchy neklasifikované jinde	Kleptomanie, Trichotillomanie
Adaptační poruchy	Adaptační porucha
Jiné nemoci, které se mohou stát středem pozornosti lékařů	Tardivní dyskineze, Zneužívání dětí

Zdroj: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. [online].
Dostupné na WWW: <<http://www.dsmivtr.org/index.cfm>>. [cit. 2013-03-15].

4. POHYBOVÁ TERAPIE

Pohyb člověka v jeho přirozeném životním prostředí představovaný jako základní prvek pohybových aktivit sehraává v každodenním životě člověka skutečně nebývale důležitou a ničím nezastupitelnou úlohu. Není se rozhodně co divit, vždyť pohybová aktivita v životě člověka skutečně zvládne obsáhnout celou řadu vskutku důležitých funkcí. Za pohyb se člověku neodvděčí jen jeho tělesná schránka, ale též jeho křehká a zranitelná duše. Pohyb nabízí jedinečnou možnost, kterak lze vyjádřit své vlastní pocity, emoce, nálady aj. Pohyb byl opravdu odnepaměti prostředkem lidské komunikace, přičemž tato charakteristika přetrvala až do dnešních dní (Mužík, Krejčí, 1997). Je jí vlastní nejen funkce regenerační a kompenzační, ale poskytuje rovněž významnou možnost seberealizace, posilování a udržování fyzické kondice, nabízí estetický prožitek z daného výkonu, navozuje pocit uspokojení, spokojenosti a pohody, vede k upevňování přátelských a společenských vazeb. Stranou by však neměla zůstat ani funkce rozvoje etických hodnot a rozumového poznávání.

Termín pohybové aktivity zastřešuje kterýkoli skutečně vykonaný tělesný pohyb vyprodukovaný svaly a potřebující k realizaci energii (Dobry, 2006). S pojmem pohybová terapie se obvykle spájí i pojem lidská motorika neboli celkový pohybový potenciál člověka, rovněž suma veškerých pohybů, jenž je během svého života člověk schopen vykonat. V tomto ohledu se pak pohybová aktivita stává jakousi podmnožinou, neboť zastupuje jen část lidské motoriky, již realizuje konkrétní člověk.

Pohybové nadání člověka se během evoluce citelně proměňovalo a formovalo, tento proces, jenž trval několik miliónů let, se hluboce zapsal do genů všech lidí (Novotný, 2009). Pohybem se přitom myslí v první řadě činnost těla, sportovní činnost, která není pojímána jen coby pomocný doplněk života, ale již sama o sobě mu dodává pocit náležitého uspokojení (Hogenová, 2000). Kvalita

pohybu vždy dokonale zrcadlí aktuální psychosomatický stav zdraví a nemoci člověka (Hátlová, et al, 2007).

V dnešní uspěchané době však bohužel nebývá výjimkou, že řada lidí přisuzuje pohybu důležitost jen v tom okamžiku, když jim zahrozí jejich zdravotní stav. Není se co divit, vždyť tělesná zátěž a nutnost pohybu jako by se definitivně vytratila spolu s dávno minulými generacemi předků. V takovém případě se pak lidé den co den zavírají v přeplněných posilovnách, volí pravidelné procházky v přírodě, plavou každé ráno v šest, aby stihli včas přijít do práce, pořizují si speciálně navržené hole, aby jejich chůze nebyla již jen tou běžnou a obyčejnou chůzí vedoucí lidské kroky ze supermarketu směrem k automobilu apod. Ani ten nejintenzivnější pohyb však nikdy nepřinese kýžené ovoce, nestane-li se naprosto běžnou a samozřejmou aktivitou všedních dní. Je vždy jen a jen na člověku samotném, aby si připustil, že pravidelný pohyb a pevné zdraví tvoří neodmyslitelnou dvojici, jen tak nebudou pohybové aktivity představovat pomyslného strašáka, ale stanou se svobodným a dobře promyšleným rozhodnutím (Klepel, et al, 2005).

Pohyb a péče o tělo je zkrátka a dobře podstatnou součástí zdravého životního stylu a to spolu s dostatkem přiměřené relaxace, správně zvolenou a vyváženou stravou, klidnou a harmonickou myslí atd. Pohyb pomáhá vhodně trénovat svalstvo, posilovat kardiovaskulární aparát atd. Pohyb však nepředstavuje jen pohyb svalů, pohybu tak nelze přisuzovat pouze lokomoční smysl. Pohyb je totiž zároveň i pohybem myšlenek, citů a duševního rozpoložení (Rýdl, in: Hogenová, 2000).

Zdravý pohyb má své pevně stanovené zásady a pravidla, jsou-li tato pravidla opravdu poctivě dodržována, může se člověk sám sobě stát jedinečným terapeutem. Pohybová terapie nemusí být jen řešením celé řady akutních, chronických a degenerativních onemocnění, ale může být v první řadě prevencí onemocnění. Vstřícný krok směrem ke zlepšení fyzické kondice a potažmo i psychického zdraví lze učinit na začátek třeba průběžným zapojováním tělesných cvičení do denní

náplně. Význam tělesných cvičení spočívá jak ve fyzickém, tak také psychickém a sociálním zdokonalování a rozkvětu osobnosti. Pohybovým návykem jakožto nedílným prvkem sportovně pohybové aktivity se běžná pohybová cvičení stávají ve chvíli, kdy dojde k jejich zautomatizování. Přesněji řečeno se zautomatizují motorické činnosti, jež člověk zastává, kontroluje-li organizovaně své vědomí (Gracz, Snakowski, 2001).

Pohybové aktivity nabízí možné dělení na aktivity strukturované a nestrukturované – označované někdy v odborné literatuře rovněž jako aktivity habituální. Strukturované pohybové aktivity neboli aktivity vedoucí ke zlepšení a upevnění tělesné zdatnosti mají podobu činnosti, která je organizovaná, plánovaná a vykonávaná v určitém prostoru a za užití patřičného vybavení. Naproti tomu pod nestrukturovanými pohybovými aktivitami si lze představit takové aktivity, jež se stávají součástí běžného denního režimu, tj. oblékání, pravidelná denní hygiena, úklid domácnosti etc. (Novotný, 2009). Ať už je řeč o jakékoliv konkrétní podobě pohybové aktivity, tj. strukturované či nestrukturované, všechny lze souhrnně zařadit termínem pohybová aktivnost. V případě že jedinec rezignuje na jakýkoli druh pohybové aktivity a svůj život uvede v pasivitu, hovoří odborná literatura o takzvané pohybové nedostatečnosti / neaktivnosti. Lékařské výzkumy potvrzují, že právě pohybová nedostatečnost je případným spouštěčem celé řady nebezpečných a obávaných onemocnění. Pohybovým aktivitám bývají přisuzovány i další přívlastky, často se hovoří o intencionální (cílené) pohybové aktivitě, již avizované habituální (obvyklé, běžné, typické), spontánní (samovolné, bezděčné), sportovní, volnočasové, organizované (v prostředí školy, zájmového kroužku, klubu, přičemž tyto pohybové aktivity probíhají pod odborným vedením tělovýchovného pedagoga) apod. (Měkota, in: Měkota, Cuberek, 2007).

Július Kasa (2006) představuje další možný pohled na pohybovou aktivitu jako mnohostrannou pohybovou činnost člověka, kterou chápe coby propracovaný souhrn všech pohybových aktivit významných pro komplexní tělesný a psychický rozkvět člověka. Pohybové aktivitě dále Július Kasa (2006) přisuzuje určitá typicky

lidská specifika, jimiž jsou v první řadě cílevědomost, sociální determinovanost a harmonické splynutí s procesem komunikace mezi lidmi.

Charakteristika pohybové aktivity

Bližší pohled na pohybové aktivity umožňuje poznání jejích jednotlivých charakteristik, neboť právě tyto charakteristiky ovlivňují samotnou pohybovou aktivitu. Úroveň pohybových aktivit určuje jak osobnostní zaměření, tak také nespočet dalších faktorů podmíněných hlavně společenskými podmínkami a životním prostředím (Valach, et al, 2011).

Mezi stěžejní charakteristiky (někdy se ztotožňují se zásadami) pohybové aktivity náleží objem, struktura, druh, intenzita a frekvence cvičení. Objemem pohybové aktivity se myslí konkrétní počet hodin, který člověk skutečně věnoval pohybovým aktivitám, odpovídá rovněž množství vydané energie či může být určen jako násobek bazálního metabolismu. Druh pohybové aktivity vychází z komplexního souhrnu prvků vytrvalosti, svalové síly, obratnosti, pohyblivosti a koordinace. Další charakteristikou pohybové aktivity se stala intenzita. Pod tímto pojmem ve spojení s pohybovou aktivitou si lze představit zatížení kardiovaskulárního systému. Aby skutečně mohlo být hovořeno o intenzivní pohybové aktivitě, musí tepová frekvence a maximální objem spotřebovaného kyslíku dosahovat náležité úrovně. Frekvence pohybových aktivit vychází pochopitelně z její (ne)pravidelnosti (Fialová, in: Fialová, Fiala, Šmejkalová, 2003).

V současné odborné i zájmové literatuře z pera českých i zahraničních autorů bývá pohybová terapie úzce spojována s terapií taneční. Některé odborné zdroje dokonce oba druhy terapie spojují v jeden navzájem pevný a neoddělitelný celek. Jasně vysvětlení podává ve své knize Helen Payne (1990, s. 14). „*Už po tisíciletí je tanec součástí lidského života, například při oslavách a rituálech zrození, sňatku,*

sklizeně a války. Tanec je pro lidi stejně přirozený jako hra, námluvy, jídlo nebo boj a často bývá pro tyto činnosti vyjádřením. Na celém světě je tanec součástí rituálů a našeho dědictví. [...]. “ Tanec tedy symbolizuje součást historie lidského pohybu, což zcela jistě legitimuje smýšlení těch autorů, kteří pohybovou terapii a taneční terapii považují za jedno a totéž. Záměrem terapeutů, kteří zasvětili svůj profesní život taneční terapii bylo, aby taneční terapii jako specifický druh pohybu odloučili od tance v podobě uměleckého oboru. Tento počín však vyvolal bouřlivé dohady, neboť jiná skupina terapeutů taneční terapie brání tu skutečnost, že tanec nelze nevnímat coby umělecký obor. Panující rovnováhu mezi uměním a vědou v rámci pohybové terapie tak vnímají jako naprosto klíčovou a určující pro účinnost terapeutického působení. V některých zemích tento dlouhotrvající spor vyřešili vskutku šalamounsky a zavedli jakýsi jednotný termín, tj. taneční a pohybová terapie. Přesto všechno určitého požitka jsou si vědomy obě strany a za neměnný základ taneční terapie považují jedinečné spojení pohybu a emocí. Emoce dopomáhají člověku k tomu, aby pohybem nějakým způsobem reagoval na ranější události, aby si je znovu a nově prožil a uvědomil si své vtištěné pocity, které se s danými událostmi pojí. *„Díky tomu, že proces probíhá v neverbální rovině a pohyb se stává prostředkem vyjádření, mohou se lidé do procesu hluboce ponořit. Základem jsou tvořivé taneční improvizace a nevědomé volné pohybové asociace, ať se jedná o individuální nebo skupinovou terapii. [...]*” (Payne, 1990, s. 19).

Pohybová diagnostika – diagnostika lidského pohybu?

Pohybová diagnostika jako součást multidisciplinárního hodnocení není v rámci této kapitoly zmiňována jen tak náhodou. Bez včasné a správné diagnostiky, která je jednou z nejpodstatnějších metod, nelze totiž nikdy zcela poznat daného klienta, jemuž by měl vybraný druh terapie pomáhat. Pohybová diagnostika by měla vždy předcházet jakékoliv pohybové aktivitě. Dnešní pokroková doba plná technických vymožeností pochopitelně nabízí terapeutům jedinečnou možnost využít služeb moderní diagnostické techniky, ale jak se často ukazuje, ti se stejně i nadále mnohem raději spoléhají na své vlastní zkušenosti a úsudek a přiklání se tak

k subjektivní diagnostice. Často jsou k tomu nuceni i ze strany samotných klientů, kteří odmítají věnovat svůj drahocenný čas zdoluhavým vyšetřením. Pohybová diagnostika se tak často redukuje na zdánlivě „neodborné“ vyšetření pohmatem, pohledem aj. Pohybová diagnostika má v práci terapeuta hned dvojí smysl. O tom, že pomáhá měřit a zkoumat stav pohybového aparátu, nemůže být snad ani řeč. Terapeut by se však měl umět vcítit do druhého na základě jeho vyjádření tělem, což mu následně dopomáhá k tomu, aby se svým klientem / pacientem navázal vztah, vytvořil přátelskou atmosféru založenou na vzájemné důvěře a v duchu víry ve znalosti a schopnosti trenéra atd. (Tichý, 2000).

Zní to trochu nadneseně, ale tělo vážně dokáže hovořit, často odhalí i ty nejskrytější emoce, pomáhá v učení, v komunikaci. Číst v této často uzavřené knize pohybových vzorců dovede jen opravdu zkušený a pozorný terapeut. Pohybový styl pomyslně promlouvá také o tom, jak se klientovi / pacientovi podařilo adaptovat se na příběhy, jenž píše každodenní život, a jak si s nimi dokáže poradit.

Pohybový projev umožní vnímavému a citlivému terapeutovi dozvědět se značnou spoustu naprosto zásadních informací. V současnosti mají terapeuti na výběr z široké nabídky. Jednou z nejčastěji zmiňovaných a v odborné literatuře citovaných způsobů pohybové diagnostiky je diagnostika pocházející z autorské dílny Rudolfa Labana.

Labanova pohybová diagnostika

Labanova objektivní analýza pohybu, která se stala užitečným systémem pro sledování pohybu a jeho následnou kategorizaci, může být představena i z mnoha úhlů pohledu. Stala se oblíbenou a vyhledávanou metodou hlavně v rámci psychodiagnostiky a antropologie. Její jedinečnost spočívá mimo jiné i v tom, že si nežadává zdoluhavý a příliš odborný popis, ale je srozumitelná i pro zástupce laické veřejnosti. Pro Rudolfa Labana byl pohyb procesem celostním, tj. holistickým. Nelze se omezit jen na posuzování jednotlivých částí pohybu, i dokonce samotný pohyb je

jen částí chování. Další nespornou kvalitou této diagnostiky je skutečnost, že ji nemusí provádět pouze jedinec, jenž získal speciální psychologické vzdělání, mnohé totiž napoví i laikovi. Depresivní držení těla, které je jedním z mnoha alarmujících neverbálních sdělení, dovede poznat i ten, kdo má oči otevřené a pozorně vnímá okolní svět. Jednotlivé části těla, je-li jim věnována patřičná pozornost, mohou rovněž mnohé prozradit a napovědět. Důležité je všimnout si v první řadě četnosti, s níž jsou jednotlivé části těla používány a zapojovány do pohybu, v druhé řadě je také vhodné zajímat se o jejich vzájemné propojení a prostorové využití.

Rudolf Laban tedy stanovil v rámci své diagnostiky pohybu následující kritéria:

- ❖ **1. body (tělo)** - čím pohybujeme
- ❖ **2. effort (kvalita, úsilí)** – jak se pohybujeme
 - ❖ váha: lehký / silný pohyb
 - ❖ čas: náhlý / plynulý pohyb
 - ❖ prostor: přímý / nepřímý pohyb
 - ❖ plynutí: svázaný / volný pohyb
- 3. shape (vztah, tvar)** – formy pohybu, kým nebo čím pohybujeme vzhledem k prostoru
- 4. space (prostor)** – kde se pohybujeme
 - ❖ **roviny pohybu** vertikální horizontální sagitální (Payne, 1990, s. 60).

Klára Čížková (2005) se také věnuje Labanově analýze pohybu a představuje ji jako diagnostiku zacházení jedince se svým tělem, silou, váhou a energií ve vztahu k prostoru a času. Helen Payne (1990) vysvětluje, že Labanova analýza pohybu umožní citlivěji určovat rozsah pohybového chování klientů, poznat jejich silné a slabé stránky, které odhalují prostřednictvím svého návyku ve smyslu jednotlivých kvalit úsilí v pohybu (běžným projevem) a upřednostněním ve tvarování pohybu v prostoru (upřednostňovanou tělesnou pozicí).

Každý lidský počín se setkává s kladnými i se zápornými ohlasy. Ani v případě Labanovy analýzy pohybu – potažmo zapojení tance do terapie – tomu nebylo jinak. Ti, kteří Labanovu terapii striktně odmítali, zpravidla uváděli, že jeho náhled na pohyb z hlediska formálně geometrického a umělého prisuzování kosmologických významů je ze zásady mylný a nesprávný.

4.1 Vymezení a definice tělesné aktivity

Pohyb je pro lidské tělo něco naprosto přirozeného a důležitého. I proto je mu pozornost věnována na mnoha frontách. Již výše bylo zmíněno, že pohyb by se měl stát automatickou součástí zdravého životního stylu, toho si je vědoma rovněž Evropská rada pro informace o potravinách (European Food Information Council, zkráceně EUFIC), ta sama definovala tělesnou aktivitu jako: *„každý pohyb těla spojený s kontrakcí svalů, který zvyšuje výdej energie ve srovnání se svým stavem“* (EUFIC, online). Evropská rada pro informace o potravinách pojímá tělesnou aktivitu jako jeden ze stěžejních faktorů přímo spojovaných se zdravím a kvalitou života. Tělesný pohyb – to jsou jak sportovní, tak také mnohé další aktivity vykonávané ve volném čase, stejně tak jako každodenní činnosti (svižná chůze, úklidové práce apod.). Přínosy tělesné aktivity jsou nesporné, vedou k redukci nebezpečí výskytu srdečních chorob, úpravě hmotnosti, výrazně snižují možnost vzniku depresí etc.

4.1.1 Biologické, psychologické a sociální mechanismy

Možná právě v této kapitole je na místě zmínit, proč se tematika pohybových aktivit objevuje právě v bakalářské práci, jež se věnuje klientům / pacientům psychiatrické léčebny. Autorský kolektiv ve složení Karel Nešpor a Ladislav Csémy (2012) uvedl, že přiměřená tělesná aktivita mírní bažení (z angl. craving) například po psychoaktivních látkách a hazardu. Bažení jde totiž ruku v ruce s citelným

zhoršením schopnosti se sebeovládat a právě toto je jedním z pomyslných poznávacích znamení návykových onemocnění. Řešením mohou být jak farmakologické způsoby, tak způsoby nefarmakologické třeba například v podobě již avizované pohybové aktivity. Toto své tvrzení opírají o mnohokrát potvrzená zjištění svých zahraničních kolegů, jmenovitě například se této problematice věnovala Haasova a kolektiv, Angelo a kolektiv, Buchowski a kol. A mnozí další. Stejně tak nachází tělesná aktivita své uplatnění v případě léčby návykových nemocí. Tělesná aktivita se v tomto případě může setkat dokonce ještě s větším úspěchem než v rámci prevence.

Úspěšně prováděná tělesná aktivita musí vykazovat provázanost specifických mechanismů, tj. mechanismů biologických, psychologických a sociálních. Biologické mechanismy pomáhají odhalit, kterak se tělesná aktivita projevuje na tělesném stavu klienta / pacienta. Zástupci odborné veřejnosti zmiňují zlepšení prokrvení mozkové tkáně v důsledku pohybové aktivity, dále upozorňují na změny regionální aktivace mozku apod. Tyto procesy mohou být jedinci bez odpovídajícího medicínského vzdělání někdy stěží srozumitelné. Jako další biologické mechanismy ve spojení s tělesnou aktivitou bývá vzpomínáno zlepšení paměti, spontánní navození stavu relaxace apod. Tento efekt je blahodárný například v případě pacientů, kteří jsou dlouhodobě závislí na alkoholu či některých dalších látkách, neboť v důsledku jejich závislosti dochází k negativnímu ovlivňování duševní výkonnosti. Pohyb může být z tohoto hlediska také vhodnou prevencí před nežádoucím nadužíváním léků proti bolesti (Nešpor, 1998).

O negativních vnitřních / emočních stavech byly již popsány celé stohy papíru. Zvláště v dnešní uspěchané době se zdá, jako by se ani o ničem jiném nemluvalo. I těmto stavům je nutné věnovat pozornost, i ony totiž vyvolávají bažení a proto si získaly označení spouštěče. Odborníci se shodují, že tělesná aktivita může tyto nepříjemné vnitřní stavy buď zcela anulovat a tím navodit pro člověka tolik potřebnou emoční stabilitou, nebo je alespoň velmi výrazně zmírnit. To, jak se klient / pacient dovede s těmito stavy lidově řečeno poprat, záleží na něm samotném.

Výběrem vhodné pohybové aktivity se může klient / pacient zcela svépomocí od těchto nelibých emočních stavů oprostit. Svépomoc přitom v tomto případě hraje naprosto zásadní roli. Klient / pacient získává dlouho postrádaný pocit, že on sám může ovlivnit a kontrolovat svůj vlastní život, čímž si postupně zvyšuje své dávno pozbyté sebevědomí. Karel Nešpor a Ladislav Csémy (2012) osvětlují psychologické mechanismy tělesné aktivity na případě patologických hráčů. Ti díky tělesné aktivitě opět získávají silné podněty, které jim jinak poskytovala hra atd.

Poslední skupinou mechanismů tělesné aktivity jsou mechanismy sociální. Pohyb, pohybová terapie umožní klientovi / pacientovi, aby alespoň na krátký čas opustil své přirozené prostředí a stal se součástí nového kolektivu, nového prostředí. Často ale naopak velká skupina lidí, která společně holduje nějakému druhu sportu, může pro jedince představovat jisté nebezpečí. Nebývá nikterak neobvyklé, že všichni členové týmu – trenéra nevyjímaje – oslavují vítězství nebo naopak zapíjejí prohru v některém z nedalekých barů. Odtud je často již jen kousek ke vzniku závislosti, ať už se jedná o pití alkoholu, kouření, hazardu (Nešpor, Csémy, 2012).

4.2 Vztah tělesné aktivity a návykového onemocnění

Vztahu tělesné aktivity a návykového onemocnění věnují odborníci skutečně značnou míru pozornosti. Vycházejí přitom z myšlenky, že zdaleka ne všechny tělesné aktivity člověku prospívají. Což může v některých čtenářích částečně navozovat pocit, že tímto je popřena idea tělesné aktivity, která by se měla stát naprosto samozřejmou součástí tělesného pohybu. Ano, měla. Je však důležité volit dobře a zodpovědně. Jestliže cílené rehabilitační cvičení může být pro člověka prospěšné, sport provozovaný na vrcholové úrovni z něj může vcelku rychle učinit lidskou trosku. Prostor vrcholového sportu je opravdu lákavé a společensky atraktivní, zjednodušeně řečeno vábí jak otce, tak také jejich syny. Finanční ohodnocení vrcholových sportovců je natolik vysoké, že ti často bývají ochotní

vystavit své zdraví vřanc, když se rozhodnout dopomoci si k vyššímu výkonu prostřednictvím nepovolené dopingové látky (Hnízdil, 2000).

Pohybovou aktivitu například u osob závislých je nutné velmi dobře a uváženě zvolit. Vysvětlení je přitom prosté. Fyzická kondice závislých osob je na počátku terapie mizivá či dokonce nulová. Abstinují-li navíc jen krátce, jejich kognitivní funkce vykazují skutečné oslabení. Byť jsou pohybové aktivity obecně považovány za součást prevence osteoporózy (Broulík, 2007), u závislých pacientů může nevhodně volený druh pohybu naopak zvyšovat riziko osteoporózy, čímž dochází k častějšímu výskytu nejrozumnějších zranění. Z výše popsaných příčin se například některé psychiatrické léčebny rozhodly absolutně vynechat rizikové sporty jako je fotbal, což potvrdil ve své studii také Karel Nešpor spolu s Ladislavem Csémy (2012).

Spojitost mezi tělesnou aktivitou a návykovým onemocněním by se mohla stát námětem na samostatnou bakalářku práci, jedná se skutečně o téma velmi barvitě. Na závěr lze ještě jednou zmínit postřehy Karla Nešpora a Ladislava Csémy (2012), kteří upozorňují na jednu velmi přínosnou studii z roku 2011, již publikoval kolektiv okolo Andrey Elibero. Tato cenná studie zkoumala efekt tělesné aktivity na bažení po kouření. Tým odborníků zkoumal bažení během a po svižné chůzi na trenažéru a rovněž ve vztahu k tělesnému cvičení jógy. Ukázalo se, že prvně jmenovaná aktivita skutečně tlumila akutní bažení po tabáku, zatímco aktivita uvedená jako druhá, redukovala obecnou úroveň bažení.

4.3 Vymezení a definice pohybové terapie

Velmi zjednodušeně je možno pohybovou terapii charakterizovat jako terapeutické využití pohybu se záměrem obohatit jak emoční, tak také kognitivní, fyzické, spirituální a sociální sjednocení jednotlivce. Pohyb je v tomto případě jedinečným nástrojem změny. Tělo se člověku stává léčebným prostředkem, pomáhá

tak mimo jiné léčit též psychické poruchy. V evropském prostředí jsou tyto vztahy stále ještě spíše neprobádanou studnicí, avšak pro kultury Východu jsou bohatým zdrojem poznání. Pohybová terapie má své kořeny patrně ve snaze o navození meditace a posílení osobního růstu. Tělo a mysl musí tvořit jednu dokonale provázanou a harmonickou součást. Pokud člověka přestane o tuto svou rovnováhu pečovat, jeho tělo a mysl jej na to velmi rychle upozorní. Pozvolna se začnou objevovat některé z projevů psychického nebo fyzického stresu.

Tělo znázorňuje v pohybové terapii doslova nevyčerpatelný zdroj informací. Může poskytnout odpovědi na celou řadu otázek, může svého majitele vést, vzdělávat atd. Pokud se člověka naučí dobře porozumět signálům svého vlastního těla, zjistí toho potažmo hodně i o sobě samotném. Je potřeba, aby se člověk stal citlivý ke svému tělu, aby věděl, jak reaguje v časech konfliktů, stresů, etc. Pohybová terapie pomáhá všem těm, kteří ještě stále cestu ke svému tělu marně hledají. Činí tak mnoha postupy. Pomáhá mimo jiné odblokovat pocity, které byly až do té doby jakoby zastřené. Pohybové změny nikdy neprobíhají odděleny, avšak se vždy odráží i v psychologických přeměnách. Přitom těmi nejpodstatnějšími nástroji pro poznání sebe sama již každý člověk od narození disponuje, je to jeho vlastní tělo a pohyb. Zdaleka ne každý jedinec, ať už například v případě pacientů psychiatrické léčebny, je schopen se sebevyjádřit užitím slov. Řeč pohybu však nemá o nic menší vypovídající hodnotu a navíc může být pro člověka mnohem příjemnější a milejší.

4.4 Pohybová terapie jako součást psychoterapie

Psychoterapie, jak uvádí Mojmir Svoboda (Svoboda, in: Dosedlová, 2012), vešla již před dávnou dobou do věku dospělosti. Zcela samostatným vědním oborem se psychoterapie stala ale až v 19. století, i když její kořeny sahají hluboko do časů starověkých egyptských kněží. Dnešní doba psychoterapii možná trochu znevažuje, neboť již není pojímána jen jako naděje a víra, ale také jako velmi dobrý zdroj obživy psychoterapeutů, neboť těch, kteří psychoterapii potřebují, i nadále přibývá.

Ke značnému rozvoji psychoterapie došlo po druhé světové válce, v té době zažívaly jednotlivé terapeutické aktivity doslova boom. Objevovaly se tudíž snahy tyto postupy sjednotit. Rozvážní muži diskutovali nad svými stanovisky, vznikala řada škol, snad každý chtěl tehdy stát u zrodu nového směru ...

Již několikrát padla zmínka o tom, že současná pohybová terapie bývá ztotožňována s terapií tancem. Ta patří k poměrně „mladým“ terapeutickým postupům. Tanci je totiž přikládán psychoterapeutický náboj, neboť odjakživa napomáhá ulehčovat život a překlenout těžká životní období. Tancem člověk dovede vyjádřit svou radost a v dávné minulosti lze dokonce zmapovat i případy, kdy tanec pomohl člověku přežít. Primitivnímu člověku tanec sloužil jako pomyslná ochrana před neznámem a zlem, dopomáhal k zaručení úspěšnosti lovu, úrodnosti polí etc. (Svoboda, in: Dosedlová, 2012). Taneční terapie má tak svůj prapočátek v psychoanalýze v 50. letech ve Spojených státech. Cílem tehdejších terapeutů bylo - ukázat svým klientům – jak se mohou volně a svobodně sebevyjadřovat. Vůbec první terapeuti, kteří se o taneční terapii či tanečně-pohybovou terapii začali zajímat, byli kdysi profesionálními tanečníky. Moderní tanec tehdy podle Kláry Čížkové (2005) poskytoval příležitost pozměnit obraz vlastního těla díky zcela novým možnostem pohybu. Již první terapeuti se věnovali také psychicky nemocným dětem, učili ji, že tanec je něco naprosto běžného a přirozeného a že díky němu mohou komunikovat, aniž by musely promluvit prostřednictvím slov.

Taneční terapie či tanečně-pohybová terapie by neměla být nijak zásadně limitována, to znamená, že rozhodně nesmí být direktivní. Přesto všechno se ale musí opírat o určitou předem danou strukturu. Často si laická veřejnost myslí, že primárním účelem taneční terapie je zlepšení a zdokonalení formy pohybu, opak je však pravdou, cílem taneční terapie či tanečně-pohybová terapie je „[...] objevování nových způsobu bytí, cítění a odhalování emocí, jež nemohou být vyjádřeny verbálně. Pracuje na odstranění patologických stereotypů, bloků v chování či pohybu a na rozšíření pohybového rejstříku jedince. Podporuje psychomotorický vývoj na základě znalosti jeho vývojových stádií. K diagnostice i terapii používá analýzu

pohybu. Jedním z hlavních aspektů procesu v tanečně-pohybové terapii je převádění nevědomých obsahů do vědomí“ (Dosedlová, 2012, s. 83).

5. METODIKA VÝZKUMU

5.1 Cíl a úkoly práce

Hlavním cílem práce je analyzovat pohybovou terapii v systému léčby v psychiatrických léčebnách.

Vedlejším cílem práce je popsat organizaci v psychiatrické léčebně Nechanice.

Úkoly práce:

- a) Rešerše odborné literatury (učebnice, skripta, odborné časopisy, internetové odkazy),
- b) Popis systému terapií vhodných k podpoře léčby v psychiatrických léčebnách
- c) Analyzovat situaci ve vybrané léčebně Nechanice
- d) Sledování pohybové aktivity v léčebně a návrh její případné optimalizace
- e) Vytvořit vzorové kazuistiky vybraných klientů v psychiatrické léčebně

5.2 Metodika zkoumání

Pro získání potřebných informací týkajících se pohybové aktivity v léčebně jsem zvolil metodu pozorování, kdy jsem měl možnost jako nezávislý divák sledovat denní režim v léčebně.

Použité metody:

- 1) Participantní pozorování
- 2) Řízený rozhovor
- 3) Anamnéza

5.3 Technika sběru dat

Při sběru informací dat jsem použil dvě metody a to zúčastněné pozorování přímo v léčebně a dále potom dotazování technikou rozhovoru s jednotlivými

klienty. Pro jejich bezpečí a anonymitu si nepřáli tito klienti být jmenováni a tak budou v práci uváděni pod jinými jmény.

5.3.1 Zúčastněné pozorování

V metodě zúčastněného pozorování jsem se zaměřil především na to kolik času pacienti věnují pohybové aktivitě. Musím přiznat, že to bylo značně individuální a záleželo to na povaze klienta, jeho délce pobytu v léčebně na jeho předchozím vztahu k pohybu a sportu vůbec a na dávkách léků, které bral v rámci účinné terapie. Jedno měli všichni klienti stejné. A to snahu zbavit se své závislosti a vrátit se zpět do společnosti. Další věc, kterou jsem vypožadoval, byla přítomnost něčeho cizího. V tomto případě jsem to byl já a tak ze začátku ke mně byli pacienti nedůvěřiví. Nicméně krátkodobými návštěvami si i na mě zvykli. A tak jsem se jich kromě pozorování mohl i ptát. Nicméně jsem ještě vysledoval, že pacienti jsou zvyklí na jakýsi řád a harmonogram. Na jednu stranu je to správné, nicméně jim to i v léčebně občas činí potíže se vyrovnat s nenadálou situací. Například když už byli naladěni, že půjdou hrát ven přehazovanou a těsně než šli na hřiště, začalo vydatně pršet a tak se jim musel program upravovat a z pohybové aktivity nebylo nic. Bohužel jsem také vysledoval, že indoorových aktivit v léčebně moc není. Přes jaro, léto a podzim to je jednodušší, to pacienti mohou jít ven, kde můžou provozovat různé druhy pohybu, ale v zimě kromě stolního tenisu a lehkých spíše protahovacích cvičení moc není. Bohužel jako většina věcí a zde vidíme nedostatek finančních prostředků a tak i zde chybí peníze na nákup tělocvičného náčiní, pomůcek a vybavení, aby pacienti měli širší škálu pohybu i uvnitř zařízení. Dále také chybí v takovéto léčebně osoba, která by dohlížela na správné dodržování pohybové aktivity, její míru zatížení, vhodnost aj. A tak pacienti v rámci pohybu chodí sbírat listí na podzim, procházejí se po areálu léčebny, hrají jednoduché hry na venkovním hřišti a ti nejschopnější jedenkrát za týden vezmou vozík a jedou na náměstí do obchodu na nákup zboží pro sebe a ostatní. A dle ošetřujícího personálu bych koukal jaká je to makačka ten kopec nazpět vytlačit. Osobně jsem koukal, to je pravda, ale spíše nad tím co si pod soustavným pohybem a aktivitou lidé představují.

5.3.2 Rozhovor s pacienty

Při rozhovoru s pacienty jsem si vždy vybral jednoho pacienta z každé léčené závislosti, kdy se jednalo o dva muže léčené ze závislosti na alkoholu a hracích automatech a jednu ženu, která byla léčená ze závislosti na pervitinu. Bylo velice zajímavé a podnětné hovořit s nimi o věcech týkajících se něčeho jiného než věcí týkajících se odvykací terapie. Při těchto rozhovorech vyšlo najevo, že pohybová aktivita v léčebně není nastavena úplně ideálně a potřebovala by reálnou optimalizaci. V tomto duchu poté byl vypracován plán optimalizace, který by mohl pohybovou terapii v léčebně zefektivnit a pomoci do budoucna její rozvoj.

5.4 Analýza a vyhodnocení dat

Dle výše uvedených metod sběru dat musím říci, že nejsem úplně spokojený s chodem terapie pohybem v léčebně. Jak bylo popsáno výše ne všichni klienti si uvědomují co vlastně pohybová aktivita je. Dále si myslím, že v těchto zařízeních chybí profesně vzdělaná osoba, která by zaštiťovala danou problematiku a pacientům by bylo umožněno pod odborným dozorem se aktivně pohybovat, zlepšovat si tím jak fyzickou, tak i duševní formu a navíc by si i odnesli i návyky, které by jim byly nápomocny po opuštění léčebny. Důležité je kromě vymezení teorie co vlastně pohybová aktivita a pohyb jsou i pozitivní dopady sportu na člověka nebo ukázka sportů „nových“. Nakonec většina po odchodu z léčebny začíná „nový“ život, tak proč ne s „novou“ pohybovou aktivitou nebo sportem. Dále si myslím, že by se mělo systémově využívat finančních prostředků k nákupu sportovního nářadí nebo vybavení. Vždyť v zimě mohou pacienti v tělocvičně cvičit třeba na velkých míčích (fit ball), nebo mohou zkusit třeba již zmiňovanou Zumbu nebo Bosu. A pro venkovní pohyb by bylo ideální mít hřiště (multifunkční), kde by se mohl hrát fotbal, volejbal, přehazovaná, badminton nebo by se kolem něj dalo na dráze běhat. To je jen zlomek sportovních činností, které by se mohli v rámci pohybové terapie

v léčbě dělat. Přitom by si pacienti zvykali na určité zásady, návyky a zlepšovalo by to jejich odolnost vůči negativním vlivům závislosti. V neposlední řadě dostatečnou část nashromážděné energie vypotřebovali a potom by nebylo třeba toliko tisíců léků. Takže osobně tam kde by to bylo možné po dohodě odborného personálu se snažil naordinovat pacientům více pohybu a s ním spojených aktivit na místo posedávání a koukání na televizi nebo bezmyšlenkovité házení balonu pře síť.

6. VÝSLEDKY A DISKUSE

6. 1. HISTORIE A UMÍSTĚNÍ LÉČEBNY

Léčebna návykových nemocí v Nechanicích je detašovaným pracovištěm Psychiatrické kliniky Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Svůj provoz zahájila 2. prosince 1996 v zrekonstruovaném objektu nemocnice, vybudované za přispění rodu Harrachů v roce 1872.

V léčebně je možné dobrovolné odvykací centrum sloužící jak mužům, tak i ženám. V léčebně jsou zařazeni pacienti, kteří se léčí ze závislostí na alkoholu, psychotropních látkách a dále potom patologickém hráčství tzv. gamblerství. V léčebně je taktéž možnost využití středně dobré délky trvání odvykací léčby a to v délce trvání 14-16 týdnů.

Při příchodu do léčebny je pacient umístěn na příjmové oddělení. Detoxifikace by měla být zajištěna ve spádovém psychiatrickém zařízení. Příjmové oddělení LNN Nechanice je určeno k stabilizaci pacienta po příchodu z nechráněného prostředí do léčebny a jeho přípravu na přechod do terapeutické komunity. Slouží taky ke zvládnutí případných lehkých a středně těžkých odvykacích stavů. Vzhledem k nedostupnosti komplementu v místě léčebny realizujeme léčbu těžkých odvykacích stavů nebo komplikací odvykání na lůžkách Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové a po stabilizaci stavu dále léčba pokračuje v LNN Nechanice.

Hlavní léčebnou metodou je odborně vedená a cíleně zaměřená skupinová psychoterapie v podmínkách režimové léčby v terapeutické komunitě. Součástí léčby je pracovní terapie, arteterapie, relaxační aktivity, sportovní aktivity. Terapeutická komunita je systém léčby pacientů s podobným problémem (závislost na návykových látkách) s předem stanovenými a obecně známými a prosazovanými pravidly a stanovenými sankcemi za jejich porušení (bodový systém). Pravidla a režimová omezení (kupř. v možnosti telefonického kontaktu, propustek, samostatných aktivit

a. p.) mají za účel udržet v léčebně chráněné prostředí bez dostupnosti návykových látek. Na tomto základě pak probíhají standardní psychoterapeutické aktivity s prostorem pro řešení individuálních potřeb pacientů včetně úzkostné nebo depresivní komorbidit (limitováno závažností její intenzity). Kontraindikací k léčbě je přítomnost suicidálních tendencí, přítomnost psychotické symptomatiky, těžká deprese, těžká úzkostná symptomatika (sociálně fobická, obsedantně kompulzivní.)

Pro abstinující pacienty léčebna nabízí 1 týdenní opakovací pobyty za účelem stabilizace abstinence. Léčba je pacientům hrazena pojišťovnou, avšak pacient je povinen zaplatit hradí regulační poplatek 60,- Kč za každý den léčby. Osvobozen od regulačního poplatku je pacient, který doloží potvrzení o hmotné nouzi.

Příjem pacientů na léčbu v léčebně Nechanice je cestou AT ambulance. Odesílající zařízení pošle zprávu o stavu pacienta s uvedením kontaktu, na který bude oznámen termín nástupu léčby (adresa, telefon). Pokud je u pacienta riziko komplikovaného průběhu odvykacího stavu (v minulosti delirium tremens, toxická psychóza, epileptické záchvaty při odvykání, pacient je nastaven na substituční medikaci...) a není možnost detoxifikace ve spádu, je nutno toto uvést do parere, možnost schopnosti reagovat dle individuálních potřeb pacienta. U pacientů, kteří se léčí s tělesným onemocněním se vyžaduje i aktuální zprávu o tělesném onemocnění s uvedením doporučené medikace od příslušného ošetřujícího specialisty nebo praktického lékaře. Pacient spolu se zprávou od lékaře odešle vlastnoručně psaný motivační dopis a životopis. Příjezd do léčebny je možný i za pomoci městské hromadné dopravy. Konkrétně pokud by pacient nasednul na autobus číslo 7 a z vlakového nádraží cestoval čtyři zastávky a poté vystoupil na zastávce s označením Fakultní nemocnice. Po vystoupení z autobusu se projde branou a po ujití necelých sto metrů se před pacienty nachází dvoupatrová žlutá budova.

V přízemí budovy se nachází ambulantní část kliniky, včetně ambulance pro léčbu alkoholismu a jiných toxikomanií, dětské a dorostové ambulance a

specializované ambulance - pro poruchy spánku, pro léčbu afektivních poruch a pro léčbu schizofrenie. Zde také naleznete uzavřené koedukované lůžkové oddělení s akutní péčí a prostory pro výuku.

V 1. poschodí jsou umístěna dvě lůžková oddělení – otevřené koedukované s léčby úzkostných a afektivních poruch a uzavřené koedukované oddělení s programem léčby schizofrenie a organických poruch. Zde se také nachází psychiatrická rehabilitace a denní stacionář.

Ve 2. poschodí je prostor pro vedení kliniky – pracovní přednosty, primáře, vrchní sestry a sekretariát kliniky.

6.2 Práva a povinnosti pacientů Léčebny Nechanice

Zájemce o zařazení do léčby v Léčebně návykových nemocí v Nechanicích napíše nejdříve žádost o zařazení do léčby, poté stručný životopis dále osobní zdravotní anamnézu a v neposlední řadě doporučení od lékaře.

V žádosti o zařazení do léčby pacient uvede stručně, co ho motivuje k tomu, aby byl zařazen do léčebny, dále popíše svůj problém a popíše svou závislost. Je vhodné uvést, kdy se pacient poprvé setkal s alkoholem, drogami či patologickým hráčstvím, následně uvést jak dlouho závislý je a kolik činí jeho denní spotřeba (dávka), jaký mají u závislého abstinenční příznaky, pokud vysadí návykovou látku a dále jak dlouho vydrží abstinovat. Nepodstatnou věcí je také informace o tom jaký je současný stav závislého a také jaké problémy mu jeho závislost přinesla (zdravotní, rodinné, pracovní aj.)

Ve stručném životopisu zájemce uvede kromě osobních dat dále informace týkající se možné další léčby. Konkrétně jakou odvykací kúru zájemce podstoupil a kde, jaký je současný obvodní lékař zájemce, psychiatr a také informace o zdravotním stavu.

V současné době není možné v Léčebně návykových nemocí v Nechanicích, aby byli přijati pacienti, kteří jsou ještě pod vlivem svých závislostí. Bohužel v současné době není možné zajistit odvykací kúru tzv. detox přímo v léčebně.

Vedení léčebny dále doporučuje, aby si zájemci o léčbu v Nechanicích pokud jsou studenti, nezaměstnaní nebo důchodci, zajistili zdravotní pojištění, aby tímto nemuseli celý pobyt v léčebně hradit. Pokud by tak neučinili, nemuselo by být jejich žádosti kladně vyhověno. Před nástupem do léčebny by měl mít žadatel ošetřený chrup (platí pro ty, kteří nenavštěvují pravidelně zubaře). Dále by Vám mělo být známo datum posledního očkování proti tetanu. (lékař v léčebně neslouží 24 hodin), proto je třeba, hrozí-li u žadatele rozvoj abstinenčních příznaků, zajistit si detox na některém pracovišti v regionu žádajícího – s žádostí o zajištění detoxu.

Nástup objednaných pacientů je v pondělí dopoledne mezi 9 a 11 hodinou na základě písemné objednávky. Strava je zajištěna až od večere. Při nástupu se ujímá nových pacientů patientská spoluspráva, která je ubytuje a pomůže jim začlenit se do kolektivu. Během prvního týdne se uskuteční pohovor s lékařem, případně s psychologem. Další léčení se pak již děje převážně ve skupině.

Léčba klientů trvá 6 týdnů, nelze vyžadovat její přerušování v souvislosti s předem známými rodinnými událostmi, studijními konzultacemi nebo pracovními problémy. O případných výjimkách rozhoduje terapeutický tým. Při léčení prochází pacient určitými fázemi. V prvních dvou týdnech se objevuje u některých pacientů zvýšené napětí, případně i zhoršení potíží s tendencemi léčbu přerušit. Jakmile se však s léčbou začalo, je takové přerušování naprosto nevhodné. Proto podepisuje každý pacient při příjmu závazek, že bude dodržovat denní režim a zůstane v léčení plných 6 týdnů.

Pro některé pacienty je prováděná forma léčení neobvyklá, zvláště nemohou-li být na ni předem připraveni v ambulantních skupinách. Jsou zvyklí na podávání léků a autoritativní přístup lékaře. Dožadují se nových tělesných vyšetření, je jim zatěžko mluvit o sobě před více lidmi. Chtěli by dostat radu od „autority“ nebo na své problémy „zapomenout“. Místo toho jsou na oddělení vedeni k tomu, aby se jimi zabývali ve skupině a zkoumali svůj vlastní podíl na nich. Většinou si však i tito pacienti po překonání počátečního krizového období na život na oddělení a požadovaný způsob „práce na sobě“ zvyknou. V typických případech pak dochází k překonání odporu, zamýšlení se nad sebou a k

zpracování nových poznatků o sobě i nacvičování nových forem reagování a nakonec dosažení vlastní vyrovnanosti na vyšší úrovni. Ukončením 6-ti týdenního pobytu je léčba uzavřena. Výjimky mohou nastat pouze dle zvážení ošetřujícího lékaře, a to pro současné somatické onemocnění vyžadující další léčbu.

V rámci léčby si do léčebny pacienti berou oblečení dle ročního období. Pacientům je doporučeno, co si mají vzít. Pro pobyt na oddělení potřebují obuv a běžný oděv (na zimu je lepší mít teplejší oděv, protože bývá na oddělení chladněji). Na sport je třeba si vzít sportovní obuv a oblečení. Dále pacienti by měli mít sebou věci osobní potřeby. Je možné, si postupně dokoupili některé hygienické potřeby, ale je doporučeno personálem mít co nejvíce věcí sebou již při nástupu. Samozřejmě, že je zakázáno si brát s sebou do léčebny alkohol, vlastní vozidlo a cennosti.

Návštěvy jsou pacientům doporučovány teprve druhý týden pobytu v léčení, a to v neděli od 13.30 do 17 hodin. Návštěva doma na sobotu a neděli je povolena jednou za tři týdny (odjezd v pátek ráno, návrat v neděli do 19 hodin). Omezení návštěv směřuje k tomu, aby zapojení do skupiny a působení terapeutického systému nebylo rušeno vlivy zvenčí. Telefonování je možné v době osobního volna, v průběhu terapeutických aktivit musí mít pacienti mobilní telefony vypnuty. Telefonovat je také možné z automatu umístěného v areálu léčebny.

6.3 Denní režim pacientů

Denní režim pacientů není od jiných léčeben ničím zajímavým nebo neobvyklým. Spíše naopak, jedná se o běžný až standartní rozvrh dne, který se až na výjimky nemění a dochází tak k jakémusi stále se opakujícímu rituálu.

Nicméně to napomáhá pacientům léčebny v rámci jejich terapií a nalezení jakéhosi směru a harmonogramu samostatného života.

Časový režim pacientů:

06:30 budíček

06:45 – 07:00 osobní hygiena

07:00 – 07:30 snídane (příjem léků)

08:00 začátek dopoledního zaměstnání (lékařská prohlídka, terapie, psychologická poradna)

10:00 svačina

10:30 pokračování dopoledního zaměstnání

12:00 – 12:30 oběd

12:30 – 13:00 odpolední klid

13:00 – 16:00 zahájení odpoledního zaměstnání (terapie, sport)

16:00 – 18:00 osobní volno

18:00 – 19:00 večeře (příjem léků)

19:00 – 21:00 večerní klid

21:00 – 21:30 osobní hygiena

22:00 noční klid -večerka

ČTRNÁCTERO PŘI DODRŽOVÁNÍ POBYTU V LÉČEBNĚ

1. Dodržuj přesně denní režim.
2. Nemlč jako ryba. Mluv o všem otevřeně a upřímně před kolektivem.
3. Vylez z ulity. Neizoluj se sám ve skupince, neutíkej se svými problémy od kolektivu.
4. Pomoz spolu pacientům zapadnout do kolektivu a poznat a změnit jednání, které je příčinou jejich neurózy.
5. Neztrácej čas hovorem o problémech obecných, ale soustřed' se hned na konkrétní problémy své i jiných.
6. Nehovoř všeobecně, ale řekni, co cítíš ty, tady a teď.
7. Nevynášeš sdělení o osobních problémech spolupacientů mimo kolektiv.

8. Piš do deníku denně své myšlenky, a nakonec si vytvoř svou vlastní formulku.
9. Cvič relaxaci 3x denně, každý týden jeden pocit.
10. Hýbej tělem při rozcvičce, práci a sportu.
11. Nepij alkohol během léčby ani kapku.
12. Napiš svůj životopis a sděl jej do 14 dni od nástupu.
13. Používej psychodramatu a pantomimy, abys vyjádřil, jak cítíš a jednáš ty i druzí a vyzkoušel i jiné způsoby jednání.
14. Vyslechni názory a podněty druhých, přemýšlej o nich, ale rozhoduj se sám!

V těchto časových intervalech pacienti léčebny provádějí své každodenní úkony, které se je pokouší navést k tomu, aby mohli po opuštění léčebny vést zcela běžný život s návyky, které se je pokusí ochránit od svých závislostí. Pro tyto pacienty je důležité vytvořit si své rituály a k těm vedou různé terapie, které byly popsány v práci výše.

6.4 Kazuistika vybraných pacientů

V rámci návštěv léčebny jsem měl možnost hovořit s některými pacienty, kteří mi dovolili nahlédnout blíže do jejich života a také se detailněji seznámit s jejich životní dráhou, rodinným zázemím a příčinami, které vedli k tomu, že se stali závislými a dále zlom v jejich životě, který je přivedl až do léčebny, kde se chtějí svých závislostí zbavit. V rámci léčebny bylo v době mé účasti léčeno 62 pacientů. Já jsem vybral z každé léčené závislosti po jednom pacientu a přiblížil kazuistikou jejich bližší informace. Mezi těmito pacienty byli dva muži a jedna žena a oblast léčených závislostí byla alkohol, návykové látky a patologické hráčství (gamblerství). Dále jsem s těmito pacienty hovořil, aby zjistil jejich názory na pohybovou terapii a dále získal informace, co si pacienti o pohybové terapii myslí. Tyto informace a výsledky jsem popsal v práci níže. Kazuistika se

bude týkat pacientů Karla, Jany a Petra. V rámci jejich kazuistik je rozebrán především jejich životní úsek, kterým prošli k získání své závislosti. Nepodstatnou stránkou je rodinné zázemí, ve kterém měli pacienti možnost žít. Dále potom zájmy týkající se pohybu a jejich zálib. Z těchto kazuistik a informací je možné zjistit, který z pacientů rád sportuje, jak byl motivován k tomu, aby nastoupil do léčebny a ukončil, tak svoji závislost. Důležitou roli hraje také diagnóza, která by mohla mít pro pohybovou terapii kontraindikační účinky. To jsou informace, které jsou nezbytné k nastavení správného pohybové terapie.

6.5.1 Kazuistika pacienta Karla

Pacient Karel je 31 letý muž, který před odchodem do léčebny bydlel v Holicích u své babičky.

Rodinná anamnéza: matka Karla narozena v roce 1961, trvale bydlí v Holicích, absolvovala ZŠ a poté SŠ obor cukrářství, kde se potkala v rámci studia s otcem Karla. Po vyučení a ukončení studia žije s otcem Karla, ale ani po narození Karla nejsou sezdáni. Bydlí v pronajatém bytě v Holicích. Matka pokračuje v pracovním poměru až do těhotenství a nástupu na mateřskou dovolenou. Matka téměř abstinguje, návykové látky neužívá ani jiné patologické závislosti neznámé. Otec Karla je narozen v roce 1960 a trvale bydlí v Hradci Králové, absolvoval ZŠ a poté i SŠ obor kuchař-číšník, kde se potkal s matkou Karla. Po narození Karla bydlí ještě dva roky s matkou Karla a poté od rodiny odchází. Pracovně zařazen v restauračních zařízeních. V minulosti měl problémy s alkoholem, jedenkrát léčen ze závislosti na alkoholu. V současné době bez diagnostikované závislosti na alkoholu.

Sourozenci Karla: bez sourozenců

Osobní anamnéza Karla: těhotenství bez komplikací, zjištěno v 1 trimestru, pravidelné kontroly

Porod: bez komplikací v 40 týdnu těhotenství, váha v normě, bez funkčních nálezů, novorozenecká žloutenka, propuštění po týdnu

Šestinedělí: bez komplikací, stále kojen matkou

Zdravotní stav dítěte: běžné dětské choroby, očkována

MŠ: neabsolvoval, v péči babičky

ZŠ: bez vážnějších komplikací, studium zvládá, v osmé třídě po dohodě s matkou nastupuje na učební obor kuchař-číšník

SŠ: zhoršení prospěchu, problematické chování, nezřídká přichází do výuky pod vlivem alkoholu. V rámci brigád vypomáhá v restauračních zařízeních, kde přichází do kontaktu s alkoholem. Studium ukončuje vyučením a nastupuje do restaurace v Hradci Králové. Kontakt a užívání alkoholu se zvyšuje.

Mimoškolní činnosti: hraje rekreačně fotbal, dobrovolní hasiči (kroužek)

Kamarádi: v rámci pracovního kolektivu,

Zájmy a záliby: sport-fotbal a volejbal, běh

Charakter, vlastnosti: extrovert, hovorný, společenský, nekonfliktní

Současný stav: Po třicátém roku věku nezvládá již boj se svou závislostí na alkoholu, několikrát se snaží sám přestat, ale bez pozitivního výsledku. Po opakovaných návštěvách protialkoholní záchytné stanice doporučeno ambulantní léčení, po konzultaci s lékařem navrženo léčení v léčebně v Nechanicích, kterou podstupuje.

Diagnóza:

F10.2 MKN (poruchy duševní a chování způsobené alkoholem se závislostí)

Prognóza:

Vzhledem k stupni závislosti je reálná šance, že za dodržení přísného léčebného postupu by se mohl jedinec stabilizovat a ukončit svou závislost.

6.4.2 Kazuistika pacientky Jany

Pacientka Jana je 20 letá žena, která bydlela před nástupem do léčebny v jednom squatu v Hradci Králové.

Rodinná anamnéza: matka Jany: narozena 1965, bydlela ve Stěžerách, v 18 letech odešla z domu a žila s partou na okraji města Hradce Králové v opuštěném domě (squatu), seznámila se zde s budoucím otcem svých dětí. V době dospívání experimentovala s marihuanou a pervitinem. V rámci studia absolvovala ZŠ a dále SŠ obor krejčovská. Po skončení SŠ (vyučení) je zaměstnána v oděvním průmyslu ve Stěžerách. Pracovní poměr rozvázný po 6 měsících pro neplnění pracovních povinností. Po propuštění ze zaměstnání matka Jany nepracuje a zdržuje se v okruhu již zmíněné parta, kde neplánovaně (nechtěně) otěhotní. Její partner ji nutí k potratu, avšak její matka si nepřeje, aby podstoupila zákrok a tak nabízí oběma partnerům materiální podporu po narození dítěte, matka Jany si dítě tedy nechává. Po narození Jany je však její maty neustále nezdrženlivá a po roce a půl od narození dcery Jany, matka podstoupila interrupci. V této době vedla matka Jany pohlavně nezřízený život s více partnery. Po interrupci matka navštívila K-centrum, pravidelně chodí na motivační program a snižuje dávky alkoholu a marihuany. Po přestěhování se matka Jany o dítě celkem stará.

Otec Jany: narozen 1963, bydliště Turnov, alkoholik. Od 16 let, experimentoval s různými druhy alkoholických nápojů, absolvoval ZŠ a poté se vyučil v oboru automechanik, nikdy však nebyl nezaměstnán ani evidován na úřadu práce. Veškeré příjmy pocházejí z drobných krádeží. Matku Jany po zjištění prvního těhotenství nutil k potratu, dítě nechtěl, i po porodu se choval odmítavě. Matku Jany a svou dceru navštěvoval jen občas a matku strhává zpět na drogovou scénu, po zjištění druhého těhotenství opět nutí matku k interrupci, po přestěhování do Stěžer zaměstnán u soukromníka, zanedlouho se objevují problémy s policií kvůli krádežím, v současné době místo jeho pobytu neznámé.

Sourozenci: nevlastní sestra

rodiče: po narození dcery Jany je rodina nefunkční a materiální zázemí je minimální.

Matka s dítětem bydlí u svých rodičů, otec přichází občas a strhává matku zpět k partě, otec alkoholově nezdrženlivý, matka přenechává většinu péče babičce dítěte a tráví čas s partou a partnerem, po zjištění druhého těhotenství vrcholí spory mezi partnery a matkou. Po interrupci se partneři stěhují do Stěžer a

přestávají pravidelně navštěvovat K-centrum. Po dvou letech babička Jany upozorovala, že je Jana zanedbaná a rodiče o ni nemají již takový zájem. Když navštíví ve Stěžerách svou dceru, tak se dovídá od sousedů, že partneři pravidelně pořádají bujaré večírky a alkoholové dýchánky, Jana pobíhá špinavá venku a má hlad. Babička Jany upozorňuje SPOD a sociální pracovnice. Po prošetření situace v rodině je odebráno dítě, které je umístěno v DD. Partneři neprotestují, dítě zpět nechtějí.

Babička Jany po půl roce nečinnosti rodičů dává návrh k soudu o svěřeni dítěte do péče její a manželovy. Jana je po 13 měsících pobytu v DD umístěna do jejich péče, od té doby ji vychovávají (pacientce je v této době 8 let), dědeček Jany do výchovy moc nezasahuje, je spíše introvertní a přítomnost dítěte jej znervózňuje

Osobní anamnéza Jany: průběh těhotenství: nechtěné těhotenství, zjištěné po 1. trimestru, matka již dva roky toxikomanka (1g pervitinu denně), matka nechodila na pravidelné těhotenské prohlídky, matka v průběhu celého těhotenství nezdrženlivá, otec znám, žili spolu, nesezdání
porod: porod v 37. týdnu, bez větších obtíží, dítě s nízkou porodní váhou, bez funkčních nálezů, novorozenecká žloutenka, dítě kojeno pouze v porodnici, matka od počátku nejevila o dítě zájem, propuštění po týdnu
šestinedělí: dle slov babičky dítěte v pořádku

zdravotní stav dítěte: v dětském věku prodělány varicella, morbili, parotitis, časté záněty HDC, očkována, od mladšího školního věku bolesti břicha zřejmě psychosomatického původu, bez medikace, doporučena konzultace s psychologem, matka se na sjednanou schůzku nedostavila.

MŠ: neabsolvovala

ZŠ: ve 4. třídě, od počátku PŠD problémy ve třídě, pacientka lže, bije děti, vyrušuje, nespolupracuje při vyučování, je drzá, ve 2. třídě ukradla učitelce z peněženky 500Kč, je podezřelá z dalších drobných krádeží u dětí, prospěch po celou dobu průměrný pro nezájem a neplnění školních povinností. Podobné problematické činy po celou dobu docházky. V osmé třídě odchod na střední školu do oboru kadeřnice.

SŠ: problematické chování, užívání nejdříve marihuany a následně ve třetím ročníku i pervitinu. U babičky se zdržuje minimálně, spíše je v partě a bydlí ve squatu. Střední školu nedostuduje, špatné školní výsledky. Po vlastní závislosti obchodu je s pervitinem, šíří toxikomanii, pro kterou je následně i odsouzena.

mimoškolní činnost: v žádném kroužku dlouho nevydrží, chodila 2x týdně cvičit, plavání

kamarádi ve škole 1 velká, jinak si s dětmi nerozumí, v okolí bydliště děti nejsou, pacientka chodí ven pouze za doprovodu babičky

zájmy: plavání, příroda, kolečkové brusle, kolo, sport

charakter, vlastnosti: živá, povídavá, sportovní typ, mazlivá, v jádru dobrosrdečná, dle slov matky svéhlavá, hubatá až sprostá, nezodpovědná, lže, nepořádná, chaotik

Současný stav:

Babička nezvládá současný stav své vnučky Jany a po odsouzení Jany k podmíněčnému trestu je Janě doporučeno léčení. Toto podstupuje.

Diagnóza:

F 11 (poruchy duševní a chování způsobené užíváním opioidů)

F 91 (poruchy chování)

F 94.1 (poruchy sociální přizpůsobivosti)

Prognóza:

Vzhledem k prenatálnímu a postnatálnímu vývoji se předpokládá, že nedojde k úplnému vymizení všech symptomů. Možné stabilizování a zlepšení stavu pacienta

6.4.3 Kazuistika pacienta Petra

Pacient Petr je 43 letý muž, trvale žijící v Novém Bydžově. Před odchodem do léčebny bydlel s rodinnou v místě trvalého pobytu.

Rodinná anamnéza: matka Petra narozena v roce 1945. Nekonfliktní bez jakýchkoliv patologických závislostí, absolvovala SŠ v oboru ekonomie.

V pracovním poměru až do doby odchodu do důchodu. O syna Petra se pečlivě stará a vychovává jej.

Otec Petra: narozen v roce 1938, VŠ obor strojírenství. V pracovním poměru až do své smrti v roce 1979. Bez patologických závislostí.

Sourozenci: jeden sourozenec - sestra

Osobní anamnéza Petra: těhotenství: bez komplikací

Porod: přirozený, bez komplikací v 40 týdnu

Šestinedělí: průběh běžný bez komplikací

MŠ: absolvoval od třetího roku věku

ZŠ: průběh normální, bezproblémové dítě, prospěch lehce podprůměrný

SŠ: učební obor automechanik, obor dokončí, po základní vojenské službě nastupuje jako řidič nákladního vozidla. Jezdí i do zahraničí, po narození syna se snaží rodinu zabezpečit a tak stále častěji je na cestách v zahraničí. Nejdříve na parkovištích se snaží v automatech s věcmi vyhrávat plyšové hračky. Následně hraje i výherní automaty. Od třiceti let svého věku hraje pravidelně. Problémy s financemi a dluhy.

Zájmy a záliby: sledování televize

Mimoškolní činnosti: motorismus

Charakter, vlastnosti: introvert, nevyhledává společnost, málomluvný

Současný stav: Pacient již nezvládá svou závislost, po vyhlášení osobního bankrotu, snaha o ukončení závislosti. Ambulantní konzultace, na nátlak rodiny odchází do léčebny.

Diagnóza:

F 63 (chorobné hráčství)

Prognóza:

Vzhledem k pokročilému stavu závislosti na hracích automatech se nepředpokládá úplné vymizení všech symptomů. Pokud bude dodržena léčba možnost zmírnění a stabilizování pacienta.

6.5 Pohybová aktivita v léčbě

V rámci léčby pacientů v léčbě procházejí denním režimem a vněm jsou pro stabilizaci a rozvíjení jejich osobnosti a bojem se závislostí využívány různé terapie. Tyto terapie rozvíjejí jak psychickou, tak i fyzickou stránku pacient. Zde je jejich stručný výčet:

Psychoterapie

je jedním ze způsobů, jak zlepšit psychický stav nemocného trpícího duševní poruchou. Je založena na užívání různých verbálních a neverbálních technik a její základní metodou je rozhovor.

Psychoterapií lze ovlivnit řadu psychických stavů a problémů a tak zlepšuje duševní zdraví a kvalitu života pacienta. V rámci psychoterapie jde především o řešení vnitřních konfliktů a problémů v mezilidských vztazích. *Individuální psychoterapie* probíhá pouze mezi terapeutem a pacientem. *Skupinová psychoterapie* probíhá v malé skupině pacientů a je vedená terapeutem. Obvykle lze ve skupinové psychoterapii využívat různých specifických přístupů a technik.

Psychoterapii vede klinický psycholog nebo psychiatr s psychoterapeutickým vzděláním.

Arteterapie

je samostatná forma psychoterapie, která využívá k léčebným postupům výtvarných technik. Jedná se o alternativní možnost sebevýjádření a uchopení problému často obcházející složité slovní zdůvodňování. Obvykle se provádí ve skupině.

Pracuje se s malbou a kresbou, kolážemi, hlinou a dalšími výtvarnými prostředky.

Muzikoterapie

léčebná metoda používající jako terapeutického prostředku zvuky a hudbu. Léčebnou metodou je jak vytváření nebo podílení se na hudbě, tak i její poslouchání, vnímání či další tvořivé zpracování. Techniky muzikoterapie lze využít jak v léčebném, tak i v rehabilitačním procesu.

Canisterapie

je léčebný kontakt psa a člověka a uplatňuje se zejména jako pomocná psychoterapeutická metoda. Pes dokáže pouhou přítomností vyvolat pozitivní emoce, změnu v náladě, ústup symptomatologie. Canisterapie může mít formu individuální nebo kolektivní. Využívá se různých druhů plemen, s průkazem původu, ale i bez něj.

Metoda je vhodná zejména při problémech s navazováním kontaktu s pacienty, kteří obtížně komunikují a při práci s citově deprivovanými lidmi.

Ergoterapie a pracovní terapie

v rámci svého pobytu v léčebně se může pacient realizovat v různých dílnách ergoterapie a pracovní terapie. Vhodně zvolená pracovní činnost podporuje tělesné i psychické funkce a napomáhá současně návratu funkčních schopností a dovedností uplatňujících se v běžném životě.

Na jednotlivých primariátech se nacházejí dílny, které jsou umístěny v rámci oddělení nebo budovy a umožňují tak přístup i ne zcela kompenzovaným pacientům.

Zahrada je alternativou pro ty pacienty, kteří jsou schopni systematické činnosti a mají vztah k půdě a rostlinám.

Keramická dílna

práce s hlínou je velmi oblíbenou aktivitou. Vyniká maximálním tvořivým potenciálem a možností odreagování. Je vhodná jak v rámci psychiatrické rehabilitace, tak i pro psychoterapeutickou skupinu zaměřenou na vyjádření skrze tvorbu objektů.

Pohybová terapie

Zaměřuje se především na rozvoj pohybového aparátu pacienta spojený s prožitkem z pohybu a aktivity, která má pozitivní dopad na emocionální a duševní stránku pacienta. Při pohybové aktivitě pacienti zapomenou na jejich problémy a jsou plně vtáhnuti do sportovní činnosti nebo hry a tím si vytvářejí obranou složku pro boj s jejich závislostí. Pohybovou terapii můžeme rozdělit na individuální nebo skupinovou. Dále můžeme dělit na aktivitu vykonávanou

uvnitř (indoorovou) nebo venku (outdoorovou). Většina těchto aktivit by měla probíhat pod dohledem zkušeného a odborného dozoru.

Důvod proč kladu důraz na pohybové aktivity a tedy proč preferuji tuto terapii v rámci ostatních je prostý. Myslím si, že všechny terapie jsou důležité a komplexně tvoří ucelenou léčbu, která pomáhá pacientům. Ovšem pohybová aktivita je někdy v léčebnách opomíjena ne-li zanedbávána. Pro pohybovou aktivitu je potřeba více finančních prostředků a také odborný personál, což někdy obojí chybí. Dále hrozí, pokud je terapie dávkována neodborně, že dojde k opačnému účinku. To pokud by se pacient při hře třeba zranil, pokud by došlo k přecenění sil pacienta může dojít k jeho demotivaci a následně zanevření na pohybové aktivity.

Domnívám se však, že pokud by byla pohybová aktivita zacílena správným směrem a na vhodné objekty veškerá pozitiva překonají negativní stránky. A tak jsem se pokusil v práci vyzvednout jaká pohybová aktivita je dávkována pacientům v léčebně.

Výhody pohybové aktivity:

- trénink centrálního nervového systému
- zajišťuje externí stabilizaci
- normalizuje svalový tonus
- upravuje tělovou strukturu k normálu
- zajišťuje dynamickou korekci
- normalizuje (koriguje) stereotypy chůze
- aktivizuje dotekové stimulace
- ovlivňuje vestibulární systém
- zlepšuje rovnováhu
- zlepšuje koordinace
- snižuje nekontrolovatelné poruchy pohybu
- zlepšuje tělesné funkce a prostorové vnímání
- podporuje růst svalstva

- podporuje rozvoj motorických schopností
- pomáhá uvolňovat svalové kontraktury
- pomáhá korigovat postavení kyčlí a zlepšovat jejich funkci

Omezení a kontraindikace pohybové aktivity:

- infekční nemoci přenosné z člověka na člověka a bacilonosičství
- všechny nemoci v akutním stádiu
- klinické známky oběhového selhání
- maligní arytmie
- stavy po hluboké trombóze do 3 měsíců po odeznění
- nemoci stavy po povrchové tromboflebitidě do 6 týdnů po odeznění nemoci
- labilní diabetes mellitus a dekompenzovaný diabetes mellitus
- často se opakující profuzní krvácení všeho druhu
- kachexie všeho druhu
- zhoubné nádory
- epilepsie dekompenzovaná
- aktivní ataky nebo fáze psychóz a duševní poruchy s asociálními projevy
transitorní stavy zmatenosti
- nehojící se kožní defekty jakéhokoliv původu
- těžká osteoporóza
- stomie
- zvýšená teplota
- subluxace kyčelních kloubů více jak 50%

6.5.1 DISKUSE

V léčebně přichází pohybová aktivity na řadu až v době, kdy je k ní určena doba dle denního rozvrhu. Je logické, že není možné si určovat dobu dle vlastního uvážení nebo chutě. Z toho pramení, že se vlastně jedná o jakýsi denní sportovní rituál. Pomineme-li rozcvičku, tak k pohybovým aktivitám je určen

odpolední blok a to většinou v čase od 13:00 do 16:00. V této době mají pacienti možnost sportovat nebo se pohybovat. V rámci kombinované terapie a smíšených skupin, dochází ke kumulaci pacientů všech závislostí léčených v léčebně.

Pacienti mají k dispozici stůl na stolní tenis, badmintonovou sadu, fotbalový míč, volejbalový míč, obruče, podložky na cvičení. To je v kostce výčet sportovního náradí, které jsem měl v léčebně možnost vidět nebo o které mi řekli pacienti. Sami pacienti mají v rámci sportovního vyžití možnost cvičit individuálně nebo skupinově. Je však nezbytné se nejdříve domluvit a ohlásit personálu o jakou pohybovou aktivitu nebo sport půjde. Po zvážení je buďto požadavek odsouhlasen nebo přijat. Pro některé pacienty je velice náročné, aby se zapojili naplno do sportovní aktivity, protože u nich chybí jednak dostatečná motivace, dále ve většině případů i slabá fyzická kondice a v neposlední řadě nedostatečná výzbroj a výstroj pro sport či pohybové aktivity.

Pacienti co mají zájem někdy sportovat individuálně jsou přemlouváni k tomu, aby sportovali kolektivně nebo cvičili něco, co chce většina léčebné skupiny. A tak dochází k tomu, že někteří pacienti necvičí a nesportují tak jak by si představovali a efekt, který měla pohybová aktivita navodit nenastává. V průběhu sportovní činnosti není až na výjimky na pacienty dohlíženo co do správného vykonání pohybu nebo sportu. Jednotlivé sporty si pacienti modifikují sami, pravidla jsou obecná někdy bez dostatečné kontroly. Pacientů není ve skupině dostatek, aby se mohli ještě rozdělit na hrající a rozhodčí.

Problém obzvláště nastává v době nastane zimní počasí nebo jiné nepříznivé povětrnostní podmínky. V tomto případě se pacienti uchylují do budovy léčebny, která je určena jako tělocvična. Tato tělocvična je pouze volný prost, který je primárně určen pro rozcvičky a tanec v rámci terapie. A tak v takovémto období dochází k poklesu pohybových aktivit a až na některé tělocvičné aktivity převládá vesměs individuální pohyb.

V rámci léčebné skupiny je obsazení velice rozmanité. Především jsou obě pohlaví společně, různé věkové kategorie, odlišné sportovní záliby a to vše pohromadě. Je někdy až úsměvné pozorovat jak se pacienti pokouší pouze slovně

najít pomocí kompromisů sportovní činnost, kterou by společně vykonávali. Dozorující personál léčebny dá pacientům vybrat, co by mohli hrát a pokud nechtějí je jim sportovní činnost vybrána. Na jednu stranu v některých případech je to v rámci skupiny jediná možná varianta. A tak si jdou do zahrady zahrát pacienti fotbal. Pacienti co by chtěli cvičit samostatně (individuálně) mohou, ale pokud by bylo nářadí již zamluveno nebo by jej využily jiné skupiny, které mají přednost v rámci kolektivního sportu, nezbyvá pacientovi nic jiného než posilování nebo běh, či chůze. A tak nezdědka je vidět v areálu pobíhající, chodící nebo jinak cvičící pacienty. Je to také dáno tím, že v době sportovní terapie se musejí všichni až na výjimky (odsouhlasené ošetřujícím lékařem) hýbat. Bohužel nedostatečné sportovní vybavení má za následek, že pacienti mohou sportovat kolektivně a to spíše míčové sporty nebo hry. A individuálně může cvičit každý, ale pouze v rámci pohybu vlastním tělem.

Při rozhovoru s pacienty Karlem, Janou a Petrem jsem každému položil stejné otázky. Výčet těchto otázek je následující:

1. jestli si myslí, že v léčebně mají dostatek pohybové aktivity?
2. co si pod pojmem pohybová aktivity představují?
3. jaké sporty či činnosti by rádi dělali?
4. jestli se budou věnovat sportu či pohybu po odchodu z léčebny?

Začneme s pacientem Karlem, který se v léčebně léčí ze závislosti na alkoholu. Na první otázku odpověděl, že si myslí, že v léčebně je na něj pohybu až moc. Hlavně když jej „honí“, aby sbíral listí na zahradě, nebo když „musí“ v rámci terapie tančit. Na druhou otázku týkající se toho, co si představuje pod pojmem pohybová aktivita, mi odpověděl, že to má něco společného s hýbáním a pak uvedl jako příklad fotbal s dodatkem, že ten se v léčebně nehraje. Když jsem se jej zeptal na třetí otázku jaké sporty nebo pohybovou činnost by rád dělal, mi odpověděl, že by si rád zahrál fotbal, ale to není kde a dříve, že jezdil na kole, ale to v léčebně také nemůže. Na poslední otázku, zda se bude věnovat sportu nebo nějakému pohybu po odchodu z léčebny uvedl, že neví, ale rád by něco dělal. Třeba procházky nebo alespoň návrat k jízdě na kole.

U pacientky Jany, jsem dostal na první otázku odpověď, že pohybu tady není až zas tolik. Sem tam, když je nálada, tak si jdou ven zaházet s míčem, hrají kriket nebo pétanque. A v budově léčebny hraje stolní tenis a v rámci terapie tančí. Nicméně přiznala, že než se stala závislou na „piku“ (slangový výraz pro pervitin), tak třikrát týdně chodila do fitness centra a předtím deset let chodila plavat a tak ji ten pohyb po tom co je „čistá“ (slangový výraz pro stav bez účinku drogy) chybí. Na otázku, co si představuje pod pohybovou aktivitou uvedla, že si pod tímto termínem představuje vše co má společné s pohybem člověka a co ho dokáže naplňovat. Na dotaz jaké sportovní činnosti by v léčebně ráda dělala, mi odpověděla, že ji chybí třeba zumba, nebo spinning a dále plavání nebo běhání. Když jsem se zeptal, jestli bude sportovat po odchodu z léčebny mi odpověděla, že ano a že se na to přímo těší.

Poslední koho jsem se dotazoval je pacient Petr. Ten se v léčebně léčí ze závislosti na hracích automatech. Na dotaz jestli si myslí, že je v léčebně dostatek pohybové aktivity mi odpověděl, že ne. Dle jeho slov by mělo být více kolektivních her a soutěží. Navíc prý někteří kvůli „farmě“ (slangový výraz pro léky – psychofarmaka) nemůžou nic. Na další dotaz, co si představuje pod pojmem pohybová aktivita mi odpověděl, že asi „celej sport ne?“ a dále, co by chtěl za pohybové aktivity v léčebně dělat odpověděl, že nejraději by provozoval tzv. „gaučing“ (ležení na pohovce) a u toho sledoval televizi a v ní fotbal. Poslední otázkou bylo, zda bude provozovat pohyb nebo sport po návratu z léčebny řekl, že když bude mít čas tak jo.

V rámci rozhovoru s pacienty a v úzkém kontextu s jejich kazuistikami jsou patrné rozdíly mezi pacienty, jejich závislostmi a také vnímáním pohybové terapie. Zatímco pacienti Karel a Jana by pohybovou aktivitu v rámci terapie uvítali, tak pacient Petr by nejraději nesportoval vůbec a tak může být v rámci léčebné terapie pohybem rušivým elementem pro ostatní. Také jak např. uvedl pacient Karel některé pohybové aktivity v rámci léčebny, buďto nejsou možné nebo chybí. A tak naordinovat ideální pohybovou aktivitu v rámci léčebny je problematické. A tak se domnívám, že by mělo dojít k optimalizaci, aby došlo k efektivnímu zacílení léčby

Například jiné léčebny jako jsou Kroměříž, Šternberk, Jihlava, Havlíčkův Brod nebo Kosmonosy mají v rámci pohybových aktivit a pohybové terapie vybavené tělocvičny, dokonce v Kroměříži a Jihlavě i stylově vybavenou posilovnu. K tomu V Havlíčkově Brodě a Kosmonosech je pěkné venkovní hřiště. V rámci pohybových aktivit tedy na těchto střediscích není až tak problematické mít materiální vybavení, které je poté možné využít k pohybové terapii. A tak pro tyto výše uvedené zařízení není problém připravit aktivní pohybovou terapii, navíc s pacienty pořádají sportovní dny a v rámci krajů dokonce i sportovní utkání v různých sportech. Bohužel v rámci léčebného procesu v léčebně Nechanice tento způsob pohybových aktivit chybí a tak se domnívám, že není naplněna úplně ideálně pohybová terapie.

6.5.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V rámci zlepšení atmosféry a zvýšení terapeutického účinku spojeného se sportem bych doporučoval optimalizovat pohybové aktivity v léčebně. Domnívám se, že ke zlepšení a optimalizaci by mohli přispět tyto věci:

- Odborný personál, instruktor (vyškolený pracovník v oblasti sportu, pohybových aktivit)
- Nákup optimální výstroje a výbroje pro cvičence
- Vytvoření sportovního plánu pro cvičence
- Spojení terapeutických skupin dle věku, pohlaví a pohybové činnosti
- Aktivní motivace a podpora cvičenců
- Vytvoření sportovního dne pro pacienty
- Spolupráce s podobnými zařízeními v rámci sportovních činností
- Vytvoření sportovního hřiště v rámci areálu léčebny
- Vytvoření tělocvičny a prostoru pro posilování
- Nákup odpovídající audio soustavy pro možnost ozvučení prostoru tělocvičny nebo venkovního hřiště (pro cvičení aerobiku, zumbi, tance)
- Dotazníkovou formou zjistit záliby a sportovní činnosti pro pacienty léčebny

- Vytvoření teoretické přednášky pro pacienty a seznámení je s novými sportovními činnostmi a dále samostatné vytvoření pohybového plánu, který by pacient dodržoval po opuštění léčebny

Domnívám se, že tyto věci by určitě optimalizovaly pohybovou aktivitu v léčebně a mohly by nastolit ideální prostředí vhodné pro pohyb a následně by přispěly k lepšímu terapeutickému výsledku. Pokud by pacienti v rámci své léčby vhodným způsobem dodržovaly pohybové aktivity, které by jim byly navrženy, nebo by si svůj plán vytvořili sami, mohlo by dojít k pozitivnímu výsledku a dodržení léčebného procesu i po odchodu z léčebny. Nezřídka se stává, že pacienti nemají v době po opuštění léčebny cíl, kterého by se držely. Myslím si, že v rámci pohybové aktivity v léčebně by si mohli svůj cíl zvolit a potom k jeho úspěšnému plnění směřovat.

V rámci dohledu nad pohybovými aktivitami by bylo vhodné, aby došlo v léčebně k přijetí odborného personálu, který by měl znalosti pro oblast pohybových aktivit, sportu. Domnívám se, že by bylo vhodné mít k dispozici instruktora v oblasti posilování a aerobních činností (aerobik, zumba, tanec, taeboo, etc.) Pokud by pacienti měli cíl, který by si sami zvolili, jejich motivace k pohybové aktivitě by byla tak vyšší a s aktivním motivačním programem, který by aplikovali instruktoři, by pohybová aktivita v léčebně měla efektivnější dopad na fyzickou a psychickou stránku pacientů. Teoretické znalosti z oblasti pohybových aktivit by pacientům prospěly v orientaci a plnění svého cíle po opuštění léčebny.

To je nástin a teoretické vyličení, které by mohlo vést k optimalizaci a zefektivnění pohybu a sportu při léčbě pacientů v rámci zbavování se jejich závislostí.

ZÁVĚR

Psychiatrická léčebna Nechanice (léčebna návykových nemocí) je jednou z mnoha zařízení svého charakteru, které se pokoušejí a mnohdy i úspěšně léčit své pacienty z různých závislostí. Pokusil jsem se uvést ty závislosti, kterými se přednostně zabývá léčebna v Nechanicích a přiblížit tak tuto problematiku. Dále jsem popsal různé druhy terapií, které léčebna využívá k léčebné kúře pro pacienty. V neposlední řadě jsem se zaměřil na pohybovou aktivitu v rámci pohybové terapie v léčbě. Při sbírání informací jsem měl možnost porovnání pohybové aktivity v léčbě i s jinými zařízeními podobného typu. V rámci psaní práce jsem provedl rešerši odborné literatury (učebnice, skripta, odborné časopisy, internetové odkazy). Mohu konstatovat, že k danému tématu je v současnosti dostatek odborné literatury, a to jak starší, tak i nové (moderní).

Při pozorování pohybové aktivity v léčbě jsem dospěl k názoru, že vlastní fyzické aktivity věnované pohybovým aktivitám by mohlo být více. Myslím si, že v léčbě je dostatečný čas věnován teoretickým činnostem, ale věcem spojeným s přímo s pohybem již méně. Domnívám se, že úprava pohybových aktivit a to zejména o sportovní činnosti nové by byla jistě přínosnou činností. A to především pro pacienty léčebny, protože by jim to mohlo pozitivně prospět k jejich léčbě. A tak jsem vytvořil optimalizaci pohybové terapie, která dle mého názoru by mohla vést k pozitivnímu rozvoji pacientů.

SOUHRN

V rámci získaných informací dochází v psychiatrické léčbě Nechanice k znepokojivému faktu, že pohybová terapie a aktivita není nastavena úplně ideálně. Jedná se zde o dobrou myšlenku, ale bohužel dávkovanou ne úplně ideálním způsobem. Pomocí navrhnuté optimalizace by mohlo dojít k lepšímu zacílení pohybové aktivity, zvolení lepších technik a her, které povedou k pozitivnější a dokonalejší pohybové terapii. Tato terapie poté bude sloužit jako léčebný prostředek pro pacienty léčebny při jejich boji se závislostí a povede je úspěšně v cestě při opuštění léčebny. Navržená optimalizace bude mít za následek zisk teoretických i praktických znalostí, kdy pacient po opuštění z léčebny zužitkuje v době, kdy by mohlo dojít k recidivě a jeho možného návratu k závislosti ze které se léčil.

SUMMARY

The information obtained is in the psychiatric hospital. Mechanically, the alarming fact that physical therapy and activity is not set exactly ideal. This is a good idea, but unfortunately proportions not quite perfect way. With the proposed optimization could lead to better targeting of physical activity, the election of better techniques and games that lead to positive and improved physical therapy. This therapy will then serve as a therapeutic agent for patients at their hospitals struggle with addiction and lead them successfully in the way when leaving the hospital. The proposed optimization will result in a gain theoretical and practical knowledge of the patient after leaving the hospital utilizes the time could lead to a recurrence of his possible return to addiction from which he was treated.

REFERENČNÉ SEZNAM

- ❖ ANDERS, M. (2011). *Biologické metody léčby duševních poruch*. In: *Postgraduální medicína*.
- ❖ ARRIEN, A. (2000). *Archetypy šamanské tradice: duchovní cesty vnitřního bojovníka, léčitele, vizionáře a učitele*. Praha: Portál.
- ❖ BERAN, J. (1995). *Droga a my*. Jihlava: Idea.
- ❖ BROULÍK, P. (2007). *Osteoporóza a její léčba*. Praha: Maxdorf,.
- ❖ ČÍŽKOVÁ, K. (2005). *Tanečně pohybová terapie*. Praha: Triton.
- ❖ DOBRÝ, L. (2006). *Dva důležité dokumenty ke srovnání a zamyšlení*. In: *Tělesná výchova a sport mládeže*.
- ❖ DOSEDLOVÁ, J. (2012). *Terapie tancem. Role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Praha: Grada Publishing.
- ❖ DUŠEK, K., & VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing.
- ❖ FIALOVÁ, D., FIALA, Z., & ŠMEJKALOVÁ, J. (2003). *Pohybová aktivita – nedílná součást životního stylu*. In: *Sportovně pohybové aktivity ve vztahu ke zdraví a kvalitě života*. Brno: MU.
- ❖ FIŠEROVÁ, M. (2000). *Drogové závislosti*. *Postgraduální medicína*.
- ❖ GRACZ, J., & SNAWKOWSKI, T. (2001). *Psychologia w rekreacji i turystyce*. Poznaň: AWF.
- ❖ GRUMLÍK, R. (1998). *Historizující úvaha a pohled na drogovou závislost v České republice IV*. *Bulletin Národní protidrogové centrály*.
- ❖ HAJNÝ, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada Publishing.
- ❖ HAMPL, F., PALEČEK, J. (2002). *Farmakochemie*. Praha: Vysoká škola chemicko-technologická v Praze.
- ❖ HARTL, P., & HARTLOVÁ, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- ❖ HÁTLOVÁ, B., et al. (2007). *Pohyb a mentální zdraví*. In: *Česká kinantropologie*.

- ❖ HNÍZDIL, J. (2000). *Doping aneb zákulisí vrcholového sportu*. Praha: Grada Publishing.
- ❖ HOGENOVÁ, A. (2000). *Etika a sport*. Praha: FTVŠ UK.
- ❖ HORÁČEK, J. (2003). *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensia – Amedpra.
- ❖ HROUDOVÁ, J., FIŠAR, Z., RABOCH, J., & HANSÍKOVÁ, H. (2009). *Antidepresiva, stabilizátory nálady a mitochondriální funkce*. In: Psychiatrie. Časopis pro moderní psychiatrii.
- ❖ KALINA, K. (2001). *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál.
- ❖ KALINA, K., et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova.
- ❖ KASA, J. (2006). *Pohybová aktivita v sposobe života lidí*. In Sport a kvalita života. Sborník abstrakt mezinárodní konference konané 9.-10. listopadu 2006. Brno: MU.
- ❖ KLEPEL, G., et al. (2005). *Člověk a příroda*. Plzeň: Fraus.
- ❖ KOHOUTEK, T., & SALAQUARDOVÁ, D. (2006). *Psychologie*. Brno: Barrister & Principal.
- ❖ MATĚJČEK, Z (1994). *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál.
- ❖ MĚKOTÁ, K., & CUBEREK, R. (2007). *Pohybové dovednosti-činnosti-výkony*. Olomouc: UPOL.
- ❖ MOŽNÝ, P. (1997). *Když se řekne psychóza*. Praha: Galén.
- ❖ MÚHLPACHR, P. (2002). *Sociální patologie*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity.
- ❖ MUŽÍK, V., & KREJČÍ, M. (1997). *Tělesná výchova a zdraví*. Olomouc.
- ❖ NEŠPOR, K. (1994). *Hazardní hra jako nemoc*. Praha: NCPZ.
- ❖ NEŠPOR, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- ❖ NEŠPOR, K. (1998). *Uvolnění a s přehledem. Relaxace a meditace pro moderního člověka*. Praha: Grada Publishing.
- ❖ NEŠPOR, K., & CSÉMY, L. (2012). *Tělesná aktivita a návykové nemoci: překvapivá zjištění*. In: Bulletin Sdružení praktických lékařů.

- ❖ NEŠPOR, K., & PROVAZNÍKOVÁ, H. (1997). *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami pro rodiče a pedagogy*. Praha: Fortuna.
- ❖ NOVOTNÝ, J. (2009). Hypokineze. In: *Civilizace a nemoci*. Praha: FUTURA.
- ❖ PAYNE, H. (1990). *Kreativní tanec a pohyb*. Praha: Portál.
- ❖ PIPEKOVÁ, J., et al. (1998). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
- ❖ POKORNÝ, V., et al. (2000). *Patologické závislosti*. Brno: Prevence SPJ.
- ❖ POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., & TOMKO, A. (2002). *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky.
- ❖ PRESL, J. (1995). *Drogová závislost*. Praha: Maxdorf.
- ❖ PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., & MAREŠ, J. (2001). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál.
- ❖ RÝDL, M. (2000). *Pohyb jako zprostředkující článek mezi biologickou společenskou determinovaností člověka*. In: HOGENOVÁ, A. *Pohyb a tělo*. Praha: FTVS UK.
- ❖ ŘEHAN, V. (1994). *K současným problémům psychologie: Integrativní přístup k otázce závislosti na alkoholu*. Acta Universitatis Palackianae Olomucensis: Facultas Paedagogica Psychologica.
- ❖ SHAPIRO, H. (2005). *Obrazový průvodce – Drogy*. Praha: Svojtko.
- ❖ ŠUSTKOVÁ-FIŠEROVÁ, M. (2004). *Taneční drogy*. In: Postgraduální medicína.
- ❖ TICHÝ, Miroslav. (2000). *Funkční diagnostika pohybového aparátu*. Praha: Triton.
- ❖ URBAN, E. *Toxikománie*. Praha: Avicenum, 1973.
- ❖ VALACH, Petr, et al. (2011). *Charakteristika pohybové aktivity obyvatel Plzeňského regionu zjišťovaná v letech 2005-2009*. In: Tělesná kultura.

REFERENČNÍ SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

- ❖ EUFIC. (2006). *Směrnice pro provádění tělesné aktivity*. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.eufic.org/article/cs/health-lifestyle/physical-activity/artid/Smernice-provadeni-telesne-aktivity/>>.
- ❖ FIŠAR, Z. *Nežádoucí účinky psychofarmak – cesta k poznání mechanismu účinku?* [online]. Dostupné na WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/nezadouci-ucinkypsychofarmak-cesta-k-poznani-mechanismu-ucinku-467032>>.
- ❖ PELKA, F. (2008). *Prevence zneužívání návykových látek ve světle výzkumu*. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1157115970.pdf>>.
- ❖ PLOCOVÁ, M. (2005). *Lidská duše a závislost*. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.at-konference.cz/data/document/20091218/lidska-duse-a-zavislost-m-plocova.pdf>>.
- ❖ VÁCHA, P. (2007). *Vybrané sociálně patologické jevy ve společnosti*. [online]. Dostupné na WWW: <http://www.prevence.net/science/vacha_02.pdf>.
- ❖ Velký lékařský slovník. (2012). *Anestetika*. [online]. Dostupné na WWW: <<http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/anestetika-3>>.