

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta tělesné výchovy a sportu

Kinezioterapie v komunitní léčbě drogově závislých

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

doc.PhDr. Běla Hátlová, Ph.D

Zpracovala:

Petra Večeřová

srpen 2007

## ***Abstrakt***

**Název práce:** Kinezioterapie v komunitní léčbě drogově závislých

Kinesiotherapy for addicts in the treatment therapeutic community

**Cíle práce:** Na podkladě poznatků předchozích studií z využití kinezioterapie v komunitní léčbě závislých, vytvořit a aplikovat specificky zaměřený pohybový program. Zaznamenat změny v aktuálním emočním stavu klienta z rozdílných hodnot měřených dotazníkem „Profile of Mood States“ před zahájením a po ukončení kinezioterapeutické lekce.

**Metoda:** Pro zjišťování změn aktuálního psychického stavu (emočních stavů a nálad) byl použit dotazník E-POMS „Profile of Mood States“ (POMS), ve volném překladu „profil nálady“. Metoda je používána k profilování emočních stavů a nálad, zejména v souvislosti s potřebou monitorovat efekty krátkodobých terapií. E-POMS je sejmuto vždy na začátku a na konci dané intervence.

Výzkumu se zúčastnilo 10 klientů terapeutické komunity pro drogově závislé ve věku 18 až 32 let, 4 ženy a 6 mužů.

Výsledky testu jsou doloženy třemi charakteristickými kazuistikami klientů.

**Výsledky:** Z výsledků dotazníků E-POMS byly sestaveny tabulky a grafy, které byly následně porovnány a popsány rozdíly. Na základě získaných hodnot jsme vyhodnotili platnost hypotéz.

**Klíčová slova:** kinezioterapie, závislost, léčba, drogy

Touto cestou bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Běle Hátlové, Ph.D. za odborné vedení práce, za praktické rady a za možnost využít její zkušenosti v této problematice a Mgr. Tomáši Kohoutkovi z Psychologického ústavu Akademie věd v Brně za pomoc při statistickém vyhodnocování dotazníků E-POMS.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jsem pouze literaturu uvedenou v seznamu bibliografické citace.



Petra Večeřová

Svoluji k zapůjčení své diplomové práce ke studijním účelům.

Prosím, aby byla vedena přesná evidence vypůjčovatelů, kteří musejí pramen převzaté literatury řádně citovat.

---

Jméno a příjmení: Číslo obč. průkazu: Datum vypůjčení: Poznámka:

---

**Motto:** „...duše je závislá na těle a tělo je závislé na duši.“

C.G. Jung

## **OBSAH:**

<b>1. Úvod</b> .....	10
<b>2. Přehled dosavadních poznatků a teoretická východiska</b> .....	12
<b>2.1 Přehled literatury</b> .....	12
<b>2.2 Problematika drogově závislých</b> .....	12
<b>2.2.1 Definice závislosti</b> .....	12
<b>2.2.2 Diagnostika poruch vyvolaných návykovými látkami</b> .....	13
<b>2.2.3 Historie užívání a zneužívání psychotropních látek</b> .....	15
<b>2.2.4 Příčiny závislosti</b> .....	16
2.2.4.1 Biologická úroveň.....	17
2.2.4.2 Psychologická úroveň.....	17
2.2.4.3 Sociální úroveň.....	18
2.2.4.4 Spirituální úroveň.....	18
2.2.4.5 Fakta o důvodech, proč mladí lidé začínají s drogami.....	19
<b>2.2.5 Léčba drogové závislosti</b> .....	19
2.2.5.1 Stručná historie léčby.....	19
2.2.5.2 Přístupy v léčbě.....	20
2.2.5.2.1 Biomedicínský model.....	20
2.2.5.2.2 Bio-psycho-sociální model.....	21
2.2.5.3 Farmakoterapie.....	22
2.2.5.4 Psychoterapie.....	22
2.2.5.5 Systém péče – jednotlivé složky.....	24
2.2.5.5.1 Terénní programy.....	24
2.2.5.5.2 Nízkoprahová kontaktní centra.....	24
2.2.5.5.3 Ambulantní péče.....	24
2.2.5.5.4 Denní stacionáře.....	25
2.2.5.5.5 Detoxifikační jednotky.....	25
2.2.5.5.6 Střednědobá ústavní léčba.....	25
2.2.5.5.7 Léčba v terapeutické komunitě.....	25
2.2.5.5.8 Následná péče, doléčovací programy.....	29
2.2.5.5.9 Chráněná bydlení a chráněná práce.....	29
2.2.5.5.10 Programy metadonové a jiné substituce.....	29

<b>2.2.6 Psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti</b> .....	30
2.2.6.1 Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti.....	30
2.2.6.1.1 <i>Individuální psychoterapie</i> .....	30
2.2.6.1.2 <i>Skupinová psychoterapie</i> .....	30
2.2.6.1.3 <i>Behaviorální terapie</i> .....	30
2.2.6.2 Ostatní psychoterapeutické směry v léčbě závislosti.....	31
<b>2.2.7 Závislost a pohybová aktivita</b> .....	32
2.2.7.1 Pohyb v holistickém pojetí.....	32
2.2.7.2 Psychosociální funkce pohybových aktivit.....	32
2.2.7.3 Pojem kinezioterapie.....	32
2.2.7.3.1 <i>Podstata kinezioterapie</i> .....	33
2.2.7.3.2 <i>Působení kinezioterapie</i> .....	33
2.2.7.3.3 <i>Prováděné formy kinezioterapií</i> .....	35
2.2.7.3.4 <i>Teoretická východiska pro stanovení kinezioterapeutických programů v léčbě závislostí</i> .....	37
2.2.7.3.5 <i>Vedení kinezioterapie závislosti</i> .....	37
2.2.7.3.6 <i>Zásady prováděné kinezioterapie závislosti</i> .....	38
2.2.7.3.7 <i>Doporučené formy kinezioterapeutických programů</i> .....	38
2.2.7.4 Pohybové aktivity v přírodě, jako jedna z forem terapie .....	41
<b>2.2.8 Prožitková pedagogika</b> .....	42
2.2.8.1 Prožitek.....	42
2.2.8.1.1 <i>Definice prožitku</i> .....	42
2.2.8.1.2 <i>Prožitek v moderní společnosti a jeho náhrady</i> .....	42
2.2.8.1.3 <i>Prožitek a výchova</i> .....	44
2.2.8.2 Hra.....	45
2.2.8.2.1 <i>Vymezení hry</i> .....	45
2.2.8.2.2 <i>Hra při nácviku sociálních dovedností</i> .....	46
2.2.8.2.3 <i>Využití skupinové dynamiky při hře</i> .....	48
2.2.8.3 Formy prožitkové pedagogiky v přírodě.....	48
2.2.8.3.1 <i>Hry v přírodě</i> .....	48
2.2.8.3.2 <i>Cvičení v přírodě</i> .....	49
2.2.8.3.3 <i>Lanové a překážkové dráhy</i> .....	49

2.2.9 Srovnání psychoterapie a prožitkové pedagogiky.....	50
<b>3. Cíle práce a hypotézy.....</b>	<b>51</b>
3.1 Formulace problému.....	51
3.2 Cíle práce .....	51
3.3 Východiska pro hypotézu.....	51
3.4 Hypotéza.....	52
3.5 Úkoly.....	52
<b>4. Experimentální část.....</b>	<b>53</b>
4.1 Výzkumné soubory a výzkumné metody.....	53
4.1.1 Základní použitý metodologický princip.....	53
4.1.2 Zkoumaná skupina.....	54
4.1.3 Měřicí techniky a metody sběru dat.....	55
4.1.4 Sběr dat a analýza dat.....	55
4.1.5 Řešení zvláštních situací.....	56
4.2 Sestavení pohybového programu.....	56
4.2.1 Výběr aktivit.....	57
4.2.2 Aktivity v jednotlivých blocích.....	57
4.2.3 Postavení terapeuta v programech .....	58
<b>5. Prezentace výsledků.....</b>	<b>59</b>
5.1 Popis skupiny.....	59
5.2 Interpretace.....	59
5.2.1 Klient 1.....	59
5.2.2 Klient 2.....	63
5.2.3 Klient 3.....	67
5.2.4 Výsledky měření u všech klientů.....	71
5.3 Materiální a finanční zabezpečení pohybového programu.....	74
<b>6. Diskuse.....</b>	<b>76</b>
<b>7. Závěr.....</b>	<b>79</b>
<b>Seznam literatury.....</b>	<b>80</b>
<b>Seznam příloh</b>	
<i>Příloha A</i> .....	88

<b><i>Příloha B</i></b> .....	90
<b><i>Příloha C</i></b> .....	97
<b><i>Příloha D</i></b> .....	98
<b><i>Příloha E</i></b> .....	100

## 1. Úvod

Problémy související s návykovými látkami, ať už se týkají jednotlivce, rodiny nebo společnosti lze zařadit do několika okruhů jako je např. prevence, léčba, legislativa, výzkum, aj. Ve své diplomové práci se budu věnovat především komunitní léčbě drogově závislých.

Užívání drog poškozuje zdraví a kvalitu života nejenom uživatelů drog a jejich blízkých, ale v důsledku negativních zdravotních, sociálních, ekonomických a bezpečnostních dopadů, které s užíváním drog souvisejí, ohrožuje i zdravý vývoj celé společnosti. Užívání drog představuje závažné riziko: změny základních životních hodnot, oslabování vůle, narušování mezilidských vztahů a rozklad rodin, ohrožení pořádku ve městech, veřejného zdraví a bezpečnosti, nárůst společenských nákladů obecně.

Příčiny drogové závislosti jsou velmi komplexní. Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. U někoho se rozvíjí závislost pro psychologické problémy, jinde převažují genetické vrozené dispozice nebo sociokulturní vazby na drogu a rituály spojené s užíváním návykové látky.

J. Skála ve svých pamětech Lékařův maratón uvádí: "Tam, kde jsou zaminovaná pole, tam vstupujeme obezřetně, protože jsme si více méně vědomi nebezpečí. Procházíme tudy opatrně, ale nikdo nám nezaručí, že projdeme bez úhony. Pokud uvedené vztáhneme na války a bitvy, je všechno jasné. Vše, co je uvedeno platí však i o drogách, návykových látkách. Vydat se do kterékoliv oblasti, která je zaminována drogou, znamená pochopitelné riziko. To riziko podstupujeme ze zvědavosti, z nátlaku party, společenských návyků, touhy po nezvyklém zážitku, pro potlačení nepříjemného či docílení příjemného stavu."

Léčba osob trpících závislostí představuje velmi široké spektrum různých metod a přístupů. Některé z nich lze vzájemně kombinovat, jiné nikoli. Často lze jen s velkými obtížemi rozeznávat a odlišovat, které z nich jsou pro určitou indikovanou skupinu vhodnější a efektivnější, a které méně.

Podmínkou efektivnosti léčby je schopnost vyjít vstříc skutečným a nikoli domnělým potřebám klienta. To v praxi znamená stálé přizpůsobení programů nejen směrem ke specifické povaze samotného problému závislosti, ale především směrem měnícím se potřebám a často výrazným interindividuálním rozdílům mezi klienty (Miovský 2003) .

Složení pacientů v léčbě závislostí se mění. Jsou stále více hospitalizováni mladší závislí převážně na heroinu a pervitinu.

V současných léčebných programech je možno vysledovat návrat k tradičnímu „Skálovskému“ přístupu obohaceného o nové formy zejména behaviorálních a kognitivních terapií. Systém léčby chce dostat pacienta do lepší fyzické kondice, která se stává základem jeho odolnosti vůči fyzické i psychické zátěži. Klade výrazný důraz na pracovní terapii a tělesná cvičení.

Profesor Skála zařazoval od roku 1948 do léčby gymnastické rozcvičky a od roku 1965 běh a další sportovní cvičení. V současné době se začínají objevovat programy pohybových her a prožitkově zaměřených cvičení, nejnověji jsou užívány náročné lanové dráhy.

Jak bylo již řečeno, mnohdy lze těžko rozeznávat, která metoda je pro danou skupinu vhodná a která nikoliv. Pohybový program, který budu do prostředí Terapeutické komunity aplikovat by měl zkoumat vliv pohybu na aktuální emoční stavy klienta na začátku lekce a na jejím konci. Chtěla bych se rovněž zaměřit u vybraných klientů, ale také celé skupiny na změny, ke kterým došlo během pohybového programu. Jaký vliv má na vývoj úzkosti, spolupráce, agrese, ale také třeba změnit negativní náhled či zkušenost klienta s pohybovými či neverbálními technikami.

## **2. Přehled dosavadních poznatků a teoretická východiska**

### **2.1 Přehled literatury**

Mnoho knih z oblasti závislosti jsou již zastaralé a názorově překonané. Je několik pohledů na příčiny vzniku a na léčbu závislostí, jež jsou více či méně teoreticky a výzkumně podloženy. Velmi přínosný pohled na problematiku nabízí knihy s multidisciplinárním zaměřením. Literárních zdrojů zabývajících se aplikacemi kinezioterapie je podstatně méně. Při sběru informací z této problematiky jsem se zaměřila na fakultní zdroje a internetové odkazy.

Pohybový program, jenž aplikuji, je inspirován Diplomovou prací J. Kirchnera (2001), který se v ní pohybovou terapií drogově závislých zabýval.

### **2.2 Problematika drogově závislých**

#### **2.2.1 Definice závislosti**

Závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Člověk od nepaměti hledá způsoby, jak zintenzivnit prožitek radosti, euforie a slasti, jak uniknout před bolestí a pocitem samoty a izolace. Za určitých okolností tato přirozená touha může přejít v nutkavost a zavdat tak příčinu k rozvoji chorobných znaků. Ty se projevují, vedle nutkavého dychtění po změně prožívání, také narušením až ztrátou kontroly nad nutkavým chováním, pokračováním v dosavadním vzorci chování i přes narůstající důsledky a prohloubením stavu nelibosti při přerušení tohoto vzorce.

To, co mění kvalitu prožívaného, může být alkohol, droga, jídlo, sex, hazardní hry, televize, práce, moc apod. Problémem není tedy tak onen vnější aspekt – alkohol, droga či cukr – ale daleko spíše stav mysli s ním spojený. Tedy ulpění, vazba na nějaký způsob uspokojení prostřednictvím vnějšího zdroje. Takto chápáno jde o univerzální lidský problém a není proto divu, že kromě psychologie, medicíny, filozofie a také všechna náboženství, odvěké mystické a spirituální tradice zabývající se, problémem touhy, dychtění, lpění a závislosti. Tento zájem trvá po tisíciletí, neboť dynamika touhy, nutkání je hybnou silou, která se váže ke zrození, utrpení, smrti a vůbec k celému životu.

Od 60. let, kdy WHO přijala patologické návyky a závislost za chorobných stav, zásluhou hlavně psychiatra Jellineka říkáme, že alkoholismu je nemoc. (Kudrle 2003a)

### ***2.2.2 Diagnostika poruch vyvolaných návykovými látkami***

V MKN-10 se diagnostické jednotky skupiny „ Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek“ označují kódem F10 až F19, podle toho o jakou skupinu látek se jedná. Za desetinou tečku se pak uvede typ poruchy. Např. závislost na pervitinu se kóduje F15.2. (číslo 5 před desetinou tečkou odpovídá pervitinu a číslo 2 za desetinou tečkou odpovídá závislosti.. ( Mezinárodní klasifikace nemocí 1996 )

#### *Akutní intoxikace (F1x.0)*

Jedná se o přechodný stav po aplikaci psychoaktivní látky, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí.

#### *Škodlivé užívání (F1x.1)*

Je to vzorec užívání, který poškozuje zdraví. Poškození může být tělesné (např. u žloutenky po nitrožilní aplikaci látek) nebo duševní. Tato diagnóza vyžaduje, aby užívání mělo za následek aktuální poškození duševního stavu nebo duševního nebo tělesného zdraví uživatele.

Definice škodlivého užívání podle DSM-IV je poněkud širší. Pro tuto diagnózu postačuje jedno z následujících kritérií: Selhávání v důsledku užívání návykové látky v některé životní roli, opakované rizikové užívání (např. při řízení), opakované právní problémy související s návykovou látkou a pokračující užívání navzdory trvajícím sociálním nebo mezilidským problémům. (Hašto 1997)

#### *F1x.2 Syndrom závislosti*

Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, jejichž 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. Zde může být důkaz, že návrat

k užívání látky po období abstinence 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 posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky;
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných 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);
- 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;
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depressivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození.

#### *Odvykací stav (F1x.3) a odvykací stav s deliriem (F1x.4)*

Je to skupina různě závažných a různě kombinovaných příznaků, ke kterým dochází při úplném nebo částečném vysazení látky po tom, co byla látka opakovaně nebo dlouhodobě užívána, po opakovaném užívání látky nebo po užívání vysokých dávek této látky.

#### *Psychotická porucha (tzv. toxické psychózy, kód F1x.5)*

Je porucha, která vznikla během nebo bezprostředně po požití látky a která se projevuje smyslově živými halucinacemi typicky sluchovými, záměnou osob, bludy anebo vztahovačností, psychomotorickými poruchami a abnormálními emocemi.

DSM-IV obsahuje kromě této diagnostické kategorie a další poruchy, které se v MKN-10 vůbec nevyskytují: Jedná se o emoční poruchu vyvolanou návykovými látkami, úzkostnou poruchu vyvolanou návykovými látkami, sexuální poruchu vyvolanou návykovými látkami a poruchu spánku vyvolanou návykovými látkami. (4.revize diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace)

*Amnestický syndrom včetně Korsakova syndromu vyvolaného psychoaktivní látkou (F1x.6)*

Je spojena s chronickým výrazným zhoršením krátkodobé paměti, zatímco bezprostřední paměť je zachována. Obvykle jsou zřejmé poruchy časového smyslu a řazení událostí, rovněž se zhoršuje schopnost učit se novou látku.

*Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem (F1x.7)*

Sem patří demence vyvolaná alkoholem nebo jinými návykovými látkami. Řadí se sem také porucha osobnosti nebo chování, reziduální afektivní porucha a jiné přetrvávající narušení kognitivních funkcí.

Do stejné skupiny se řadí i psychotické reminiscence (tzv. flashbacky). Pro tuto poruchu je typické krátké trvání.

### **2.2.3 Historie užívání a zneužívání psychotropních látek**

Historicky nejstarší zkušeností má člověk s tzv. psychedelickými drogami, jejichž užívání bylo obvykle ritualizováno. Historicky mladší zkušenost má člověk s návykovými drogami, které bývají zneužívány příležitostným, konzumním způsobem a přinášejí člověku utrpení v závislosti na těchto látkách. (Kudrle 2003b)

#### *Historie psychedelických látek*

Historie užívání psychedelických látek je stará jako lidstvo samo. Antropologové, kteří studovali různé domorodé kultury v různých částech světa popisují, že psychedelické substance byly a jsou používány k léčení, věštění, ke komunikaci s nebeskými i podsvětními oblastmi, v šamanských rituálech apod. Psychedelické látky obyčejně navozují intenzivní prožitky, které mohou mít za optimálního vedení hluboký transformativní charakter, často obsahují zážitky smrti a znovuzrození, jednoty s vesmírem

a další transpersonální jevy. Podrobně jsou tyto jevy zkoumány zejména výzkumníky z oblasti transpersonální psychologie.

Nejstarším dochovaným svědectvím užívání psychedelicky účinných látek jsou šamanské rituály. Šamanismus je nejstarším náboženstvím i nejstarší medicínou v historickém vývoji člověka, sahá až k paleolitu. Šamani měli vypracované techniky na vyvolávání změněných stavů vědomí na nedrogové i drogové bázi. Vnímání a porozumění světu se dělo na bázi bezprostředního prožitku, intuice a symbolu spíše než na úrovni racionální, logické abstrakce. Člověk tehdy patrně jinak využíval a jinak zatěžoval své mozkové hemisféry než v historické době.

V historii čínské medicíny je popisováno užívání psychedelických látek již před 3 500 lety, ve staré indické literatuře se popisuje legendární posvátná rostlina a z ní připravovaný nápoj sóma.

Konopí provází člověka stejně dlouho jako alkohol. V literatuře jsou první zmínky před 5000 lety, kdy se konopí objevuje v lékopise čínského císaře Shen-Nunga (revma, malárie, zácpa). 800 let př. Kr. se tato droga objevuje v indické literatuře. V ajurvédě, indické medicíně, se konopí uvádí jako medicína na celou řadu nemocí zejména psychosomatické povahy, jako nespavost, migrény. Jeho užívání bylo i religiozně zakotveno, hašiš kouřili bráhmani, alkohol byl zapovězen. (Ratssch 1994)

#### **2.2.4 Příčiny závislosti**

Příčiny alkoholismu a drogové závislosti jsou velmi komplexní. Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. Neznáme predisponovanou alkoholickou osobnost. U někoho se tedy rozvíjí závislost na základě excesivního pití pro psychologické problémy, jinde převažují genetické, vrozené dispozice anebo sociokulturní vazby na alkohol a rituály spojené s používáním alkoholu nebo i jiných návykových látek. Nejčastěji jde o kombinaci řady faktorů-například určité fyziologické faktory, buď hereditární nebo získané, se kombinují s psychologickými nebo sociokulturními při vytvoření závislosti. Vznik závislosti má i svůj odraz ve specifických reakcích a změnách na úrovni neurobiologie člověka. Jednotlivé faktory a problémové okruhy podrobněji popisují další kapitoly této části. (Kudrle 2003c)

#### 2.2.4.1 Biologická úroveň

Od 60. let, kdy se diagnóza alkoholismu objevuje v mezinárodních klasifikacích, se úporně hledají biologické příčiny a souvislosti, které by co nejpřesvědčivěji postihly etiopatogenezi závislosti.

Za biologické faktory můžeme považovat některé problematické okolnosti za těhotenství matky dítěte - například zda matka byla sama alkoholická nebo toxiko-manka a zda se plod takto setkával s účinky návykových látek ještě před narozením (fetální alkoholový syndrom). Jsou to také okolnosti porodu (například zda byly používány psychotropní, tlumivé látky v době porodního stresu), co ovlivňuje neurobiologii jedince, a také celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, přítomnost traumat, nemocí a dalších omezujících a traumatizujících faktorů. Biologické a psycho-socio-kulturní se vyvíjí v neustále hře vzájemných ovlivnění a interakcí.

Zdá se, že zatím jediné ověřené genetické souvislosti se týkají vrozené vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků rodičů – alkoholiků. Tato dispozice se projevuje tolerancí většího množství alkoholu od prvních zkušeností s alkoholem. Rozvoj epidemických vln drogové závislosti všude ve světě však těžko můžeme vztáhnout na biologické faktory, protože genofond ani další biologické dispozice se u člověka tak rychle nemění. Spíše za tyto jevy zodpovídá vyšší dostupnost a sociokulturní faktory, jako je popularizace, reklama, módní trendy, absence duchovních hodnot apod.

Výzkumy CNS identifikují důležité neuromodulátory, neurotransmitery a neurohormony ve vztahu k závislosti. Věda odhaluje souvislosti mezi změnami elektrických potenciálů v CNS a změnami neurotransmise a rovněž souvislosti mezi změnami hladin neurotransmiterů a změnami efektivních a kognitivních funkcí.

Každý z nás má individuální „ustrojení“ mozkového neurochemismu, kde do interakce s tímto systémem vstupují jednotlivé psychotropní látky a navozují změny, které jsou pak charakteristické pro změnu nálad, emocí a kognitivních funkcí. ( Kudrle 2003c)

#### 2.2.4.2 Psychologická úroveň

Psychogenní faktory můžeme najít již v období nitroděložního vývoje a období porodu. Nejde tedy o biologické faktory (perinatální poškození), ale v souvislosti psychických zážitků. K těmto poznatkům nám dnes mnoho říkají moderní výzkumy vědomí, zejména s výzkumným nebo terapeutickým využitím změněných stavů vědomí, kde respondent

často znovuprožívá sekvence zážitků související s těmito perinatálními traumaty a dokončuje psychologickou práci na jejich přijetí a integraci. (Grof 2000)

Významnými faktory jsou dále: úroveň postnatální péče, tedy péče o harmonický vývoj dítěte, vývoj a diferenciaci jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím. (Hajný 1999)

Z psychologických faktorů je to celá řada těch, které vznikají jako důsledek abusu a posilují obvykle další abusus, čímž směřuje jedince k závislosti. Například alkohol má anxiolitický a antidepresivní účinek na počátku užívání. Později se však sám stává příčinou depresivních a úzkostných stavů, které stimulují další pití. Vidáme to často v ústavní léčbě, kdy v prvních týdnech je pacient úzkostný a depresivní, obvykle od 4. týdne léčby tyto symptomy mizí. Jiným příkladem může být aktivizace paranoidních stavů u chronického abusu stimulantů, poruchy identity při abusu halucinogenů apod. (Kudrle 2003c)

#### 2.2.4.3 Sociální úroveň

Zaměřuje se na kontext, ve kterém se vše děje. Všimá si vlivů vztahů s okolím, které formují zrání jedince, případně toto zrání brzdí či deformují. Tyto vlivy zahrnují širokou škálu od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí ve kterém jedinec žije, až po specifitější a konkrétnější ovlivňování. Jinak formují zrání člověka život na poklidné vesnici a jinak na sídlišti velkoměsta. K těm, konkrétněji působícím patří kvalita konkrétních rodinných vztahů, případně absence rodiny vůbec. Dospívání se děje v procesu sociálního učení, na kterém se podílí zejména rodina se svými pravidly, mýty a morálkou. (Kudrle 2003c)

#### 2.2.4.4 Spirituální úroveň

Spiritualita je vztahem k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec.

Často slyšíme v léčebných programech dilema, která lze shrnout větou: „jsem střízlivý, kdy budu šťastný?“. Existenční prázdno, deprese, ztráta smyslu bytí, jsou tématem, která zůstávají, i když člověk již stabilizoval svoji abstinenci. Proto je důležité v terapeutických programech, ale i v programech primární prevence, pamatovat na přístupy, které se

dotýkají této roviny potřeb. Objevují se tvrzení, že krize, kterou znamená závislost, je především duchovní krizí, „žízň po celistvosti“. ( Grofová 1998)

#### 2.2.4.5 Fakta o důvodech, proč mladí lidé začínají s drogami

- Tendence vyhnout se bolesti tělesné i duševní, obtížnosti nebo všednosti života.
- Přání překonat zábrany, získat energii, výkonnost, čilost
- Touha prožít mimořádný zážitek

(Devět rad, jak ušetřit 2002)

### 2.2.5 *Léčba drogové závislosti*

#### 2.2.5.1 Stručná historie léčby

Specializovaná péče o uživatele návykových látek má v ČR relativně dlouhou tradici. 10. září 1948 založil Jaoslav Skála první specializované zdravotnické zařízení pro léčení alkoholových závislostí v Praze u Apolináře. Toto zařízení se postupně vyvinulo v závislosti na potřebách pacientů i s ohledem na zahraniční zkušenosti v modelové zdravotnické zařízení střednědobé ústavní péče typu terapeutické komunity. Do značné míry se stalo matricí pro více než desítku dalších obdobných zařízení, která byla zakládána na mnoha místech tehdejšího Československa, při psychiatrických léčebnách. V návaznosti na ústavní péči pacientů závislých na alkoholu se začala postupně vytvářet síť ambulantních ordinací AT (alkohol a toxikomanie), kterých ještě v roce 1992 bylo v ČR více než 160. S rostoucí prevalencí nealkoholových závislostí se tato ústavní i ambulantní zařízení začala více či méně přirozeně zabývat léčením klientů závislých na nealkoholových drogách. V roce 1978 založil v pražském Apolináři MUDr. Rubeš první specializované ambulantní zařízení pro pouze nealkoholové závislosti (Středisko drogových závislostí), které se později emancipovalo v první nestátní zdravotnické zařízení DROP-IN, zaměřené na léčbu nealkoholových závislostí. Lze tedy konstatovat, že takto byly položeny základy systému péče o uživatele návykových látek.

Po roce 1989 se v tehdejší Československu začal postupně rozvíjet nestátní a neziskový sektor, který se stal v mnoha ohledech nejdříve konkurentem, posléze partnerem a doplňujícím článkem systému léčebné péče, zvláště v oblastech, kde působnost státních

institucí byla omezená. Prvními specializovanými organizacemi byla již zmíněná nadace DROP-IN a občanské sdružení SANANIM. (Bém 2003)

#### 2.2.5.2 Přístupy v léčbě

##### 2.2.5.2.1 Biomedicínský model

Biomedicínský model dominoval v oblasti závislostí po dlouhá desetiletí, zejména v době, kdy nezákonné drogy byly odborným problémem jímž se na straně poptávky zabývali výhradně lékaři-psychiatři (nebo, ještě přesněji, lékaři chorob nervových a duševních, protože k oddělení psychiatrie od neurologie dochází až kolem poloviny tohoto století).

V biomedicínském modelu je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu (v zásadě chorobnou poruchou mozkových funkcí, do jisté míry s dědičnými dispozicemi). Pokládá se za nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami, a nejspíše vůbec nevléčitelnou, v tom se srovnává např. s ischemickou chorobou srdeční a zejména s cukrovkou. I když však není drogová závislost úplně vyléčitelná, je léčitelná a může dojít k úpravě stavu za podmínky specifické diety, tj. trvalé abstinence. Další užití drogy je vždy recidivou nemoci („závislý nikdy nepřestane být závislým, ale může abstinovat“). Tomuto pojetí odpovídaly i převládající léčebné metody: ústavní izolace, detoxikace, léčba prací. Ambulantní léčení individuální psychoterapií bylo velmi výlučné.

Biomedicínský model odmítnul tradiční pojetí duševní choroby jako škodlivou sociální deviaci, která v sobě slučuje rysy nelojálnosti, posedlosti, morálního selhání a zločinu, a nazval tyto projevy nemocí. Závislosti byly do biomedicínského modelu zahrnuty později než např. psychózy, a i v posledních desetiletích jsme svědky trendu zařazovat různé problémy psychosociální patologie do lékařských diagnostických kategorií (např. gambling a částečně, byť nesměle, i kriminalita). Lze polemizovat o tom, zda a do jaké míry je tento trend medicinalizace psychosociálních problémů a sociálních jevů „zdravý“ a prospěšný společnosti i jednotlivcům.

V současné době je biomedicínský přístup částečně překryt přístupem bio-psycho-sociálním. (Kalina 2003)

#### 2.2.5.2.2 *Bio-psycho-sociální model*

V bio-psycho-sociálním modelu se rozšiřuje model biomedicínský o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podminování. Nemoc (a tedy i drogová závislost) vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. Podstatnými pojmy jsou dispozice (např. genetické, biologické, případně dispozice psychologické získané v raném dětství), zranitelnost a spouštěče, které vedou k manifestaci poruchy. Léčení závislosti musí zahrnout všechny faktory biopsychosociálního modelu. Tomu odpovídají vedle detoxikace a farmakoterapie právě nově zdůrazňované léčebné postupy, souhrnně nazývané psychosociální terapiemi. Patří k nim různé metody individuální, skupinové a rodinné psychoterapie, včetně terapie v léčebném společenství tzv. terapeutická komunita. Díky vývojovému hledisku dokáže bio-psycho-sociální model prolomit hluboce zakořeněnou tezi o trvalé a nevléčitelné závislosti. Činí přijatelnou představu, že za příznivých vnitřních a vnějších podmínek může člověk svoji závislost „přerůst“ - vlastně se tedy uzdravit a být nadále zdravým člověkem, nikoliv pouze abstinujícím alkoholikem či toxikomanem. Mnozí odborníci však možnost „přerůst závislost“ popírají, a jistě tato perspektiva neplatí vždy a pro každého. Vývojově přerůst svou závislost je v podstatě snazší pro dvacetiletého závislého na heroinu, který se díky intenzivní léčbě může vyrovnat s nesplněnými a zanedbanými vývojovými úkoly a přesunout se do prostředí a životního stylu sdíleného většinou populací, tj. do takového, v němž heroin nemá místo a nevyskytuje se ani jako nabídka či pokušení. Závislý na alkoholu ve středním věku však tuto vývojovou perspektivu vlastně nemá a rovněž většinová společnost, v níž je alkohol součástí každodenního života, mu bezalkoholové prostředí pro jeho abstinenci nenabízí. (Kalina 2003)

Oblast léčby a sociální rehabilitace osob trpících závislostí představuje široké spektrum různých metod a přístupů. Některé z nich lze vzájemně kombinovat, jiné nikoli. Základním východiskem by měla být ta skutečnost, že pojetí léčby a sociální rehabilitace musí korespondovat s komplexností problému závislosti na návykových látkách. Tedy korespondovat s opakovaně zdůrazňovanou skutečností, že tato skutečnost vyžaduje komplexnost a důslednou aplikaci mezioborového systému. (Milovsky 2003)

Bio-psycho-sociální přístup rozvíjený v medicíně již několik desetiletí se samozřejmě promítl do psychiatrie. Hovoříme pak již prakticky více než dvě desetiletí o bio-psych-

sociálním modelu v léčbě závislostí. Znamená to koordinovaně a se zajištěnou návazností rozvíjet spektrum poskytovaných služeb a péče. (Dorner, Plog 1999)

### 2.2.5.3 Farmakoterapie

Farmakologická (medikamentózní) léčba návykových nemocí by měla být nedílnou součástí celkové léčebné intervence. Farmakoterapii lze rozdělit následujícím způsobem:

1. Medikace cílená k závislosti( disulfiram a další),
2. medikace podávaná k mírnění škod vzniklých při užívání návykové látky (např. hepatoprotektiva – léky zvyšující regeneraci jater a alkoholické nebo virové jaterní léze),
3. medikace nezanedbatelné části klientely s duální diagnózou( souběh závislosti na návykové látce a jinou duševní poruchou – úzkostně depresivní stavy ať neurotické či afektivní etiologie, poruchy osobnosti či psychotické poruchy), která je specifická pro danou duševní poruchu. ( Švestka 1995)

Při vlastní medikamentózní terapii závislostí jsou ovšem určité názorové rozdíly mezi jednotlivými autory např. (Rotgers 1999) uvádějí, že „farmakoterapie má pro léčbu závislosti daleko užší rozsah použití než psychoterapie“.

Farmakologická léčba mimo závislosti na alkoholu a sedativech v celkové terapeutické intervenci povětšinou nehraje hlavní úlohu. (Bayer 2003)

### 2.2.5.4 Psychoterapie

Psychoterapie tvoří jeden ze základních článků systému péče o osoby trpící závislostí. Její uplatnění najdeme v různých modifikacích na všech úrovních základních typů péče od streetworku, nízkoprahových zařízení a substitučních programů až po terapeutické komunity a následnou péči. V každé z těchto modalit má psychoterapeutické působení odlišné cíle. Ty musí být ve vzájemném souladu s definovanými cíli jednotlivých programů, odpovídat fázi léčby a respektovat klientův proces. Například nevhodně načasovaná odkrývající terapie může po prvních několika málo úspěších léčebného programu, být pro klienta ohrožující a vést k vypadnutí z léčby a ztrátě kontaktu s ním.

V nejobecnější rovině hovoříme o tzv. psychoterapeutickém přístupu (Kratochvíl 1997), který by měl být součástí každého kontaktu s klientem, ať již se jedná o street-workera nebo lékaře odebírajícího krev. Na opačném konci kontinua pak hovoříme o systematické

skupinové či individuální psychoterapii prováděné kvalifikovaným psychoterapeutem. Mezi těmito dvěma konci škály pak leží např. krizová intervence jako součást základní výbavy každého pracovníka přicházejícího do kontaktu s tak rizikovými klienty a pacienty jakými lidé trpící závislostí jsou. Dále motivační trénink, nácvikové programy jako trénink komunikačních dovedností atd.

Psychoterapie závislostí má některé specifické rysy a klíčové prvky, obvykle zdůrazňující strukturu a její zvnitřnění, sociální učení prostřednictvím nápodoby a konfrontace, sebepoznávání a osobnostní růst. Určité klíčové prvky se charakterizují jako:

- Změny nebo modifikace takového chování, které není slučitelné s abstinencí.
- Učení se pozitivním sociálním hodnotám a dovednostem, které jsou podporou v práci, studiu a rodinném životě.
- Podněcování a podporování činností, které napomáhají průběžnému poznávání sebe sama, osobnímu růstu a rozvoji mezilidských vztahů.
- Podporování aktivního, zvědavého postoje prostřednictvím modelování roli a příležitostí k učení.

Od těchto klíčových prvků se také odvíjí pozice psychoterapie v léčebném programu i role psychoterapeuta v multidisciplinárním terapeutickém týmu. Psychoterapeut jako jeden ze členů týmu může mít v některých ohledech dosti nesnadné místo. Blízkost a důvěrnost vztahu s klientem je na jedné straně výlučná, zavazující a překračující komunikační rámec týmové práce. Na druhé straně si bez ostatních členů týmu a zapojení klienta do dalších částí programu lze jen velmi těžko představit skutečně efektivní léčbu. Známkou zralosti a zkušeností terapeuta je vyvážená spolupráce s týmem a současné udržení důvěrnosti a jedinečnosti vztahu s klientem. Názor, postoj a „vidění“ psychoterapeuta je však pro tým naprosto nepostradatelnou součástí mozaiky komplexního přístupu ke klientovi. Specifičnost psychoterapeuta vnímání a uvažování je významná jak z hlediska diagnostického, tak z hlediska plánování a volby strategie léčby. (Miovský, Bartošíková 2003)

#### *Indikace k psychoterapii*

Obecně nejsou pro psychoterapii vhodné pacienti v akutní fázi onemocnění jako např. intoxikovaní nebo v akutní psychóze. Také osoby s mentálními defekty mají omezené možnosti pro ovlivnění psychoterapeutickými prostředky. Pro skupinovou psychotera-

pii nejsou vhodné výrazné disociální poruchy osobnosti, agresivní a těžce depresivní klienti se sebevražednými úmysly. ( Thoma, Kachle 1992)

Při léčbě drogové závislosti jsou dále velmi podstatné:

- Rodinná terapie a práce s rodinou.
- Sociální rehabilitace.
- Sociální práce.
- Skupiny s blízkými závislého.
- Svépomocné programy.

#### 2.2.5.5 Systém péče – jednotlivé složky

##### 2.2.5.5.1 Terénní programy

Terénní práce (streetwork) je specifická forma sociální služby, poskytovaná přímo na ulici. Jde o sociální práci, která nečeká, až se na ni kdokoli obrátí s problémem, ale která se sama nabízí v místech vznikajících sociálních konfliktů.

##### 2.2.5.5.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě. Mají být zaměřena na uživatele, kteří akceptují pouze nízkoprahové a pomocné aktivity. ( Libra 2003)

##### 2.2.5.5.3 Ambulantní péče

Specializovaná ambulantní lékařská péče by měla být dostupná pro všechny potřebné pacienty a zajistit tuto službu v plném rozsahu. V ČR tuto péči zajišťovala do roku 1992 celostátní síť zdravotnických zařízení s jednotnou náplní a názvem ordinace AT pro prevenci a léčbu závislostí. Jejich počet v České republice byl okolo 160 a zajišťoval plně dostupnost této specializované zdravotnické služby. Reorganizační změny, zejména privatizace ambulantních služeb, vedly k tomu, že většina lékařů (privátních psychiatrů) se přestala touto problematikou zabývat z nejrůznějších důvodů, zejména pro obtížnost práce a nedostatečné finanční ocenění. To způsobilo kromě jiného i nedostatečnou dostupnost specializované ambulantní lékařské péče o pacienty s abusem návykových látek. ( Hampel 2003)

#### 2.2.5.5.4 *Denní stacionáře*

Denní stacionář je typickým zařízením „na poloviční cestě“ mezi běžnou ambulantní péčí a péčí ústavní, mezi domovem a institucí. Poskytuje denní péči (zdravotní, psychoterapeutickou, ošetrovatelskou, sociální, výchovnou, rehabilitační apod.), tedy péči přes den, nelůžkovou, obvykle jen v pracovní dny. (Kalina a kol. 2001a)

#### 2.2.5.5.5 *Detoxifikační jednotky*

Typová charakteristika: Detoxifikační jednotky jsou určeny k zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení (např. na jednotce intenzivní péče nebo ARO, tj. anesteziologicko-resuscitačním oddělení). Detoxifikační jednotky jsou určeny především těm klientům, u nichž by nebyla bezpečná ani detoxifikace v domácím prostředí. Detoxifikace v domácím prostředí se u nás ovšem neprovádí zdaleka tak často jako v jiných zemích, což více či méně úspěšně kompenzují právě detoxifikační jednotky.

#### 2.2.5.5.6 *Střednědobá ústavní léčba*

Jde o ústavní léčbu vymezenou časově v délce 3-6 měsíců.

#### 2.2.5.5.7 *Léčba v terapeutické komunitě*

Podle Kratochvíla (1979) je terapeutická komunita zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie. Je to malý model společnosti, kam klienti promítají problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem.

Terapeutickou komunitu (TK) zde definujeme jako specializované rezidenční (pobytové) zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. V TK se poskytuje střednědobá a dlouhodobá odborná péče v trvání 6-18 měsíců. Cílovou populaci tvoří osoby závislé na návykových látkách (obvykle nealkoholových) ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením (nejčastěji hepatitidou typu B a C). Věk klientů se ve většině TK pohybuje v rozmezí 18-35 let.

TK u nás jsou součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně existují jako samostatná organizace s funkční provázaností na další odborná zařízení. Zřizující organizace je většinou nestátní. Ve státním sektoru fungují TK jako zařízení so-

ciálních služeb nebo jako samostatná oddělení lůžkového zdravotnického zařízení. Kromě posledního případu není statut zdravotnického zařízení pro TK obvyklý.

TK nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál TK se spatřuje ve stálém napětí, mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učení a nácvikem na straně druhé. (Kalina 2001b)

TK pro závislé je postavena na těchto základních principech:

- Motivovanost klienta k vlastní změně je základním bodem úspěšné léčby a resocializace.
- Podmínky života v komunitě se maximálně přibližují realitě běžného života.
- Schopnost přijímat odpovědnost je znakem zralé osobnosti, trénink odpovědnosti je tedy základním kamenem léčby resocializace.
- Závislý člověk má právo rozhodovat o svém životě. Proto jeho vstup do komunity je dobrovolný, stejně tak i odchod z ní.
- Terapie probíhá především ve skupině (společenství, komunitě), a to vzhledem k tomu, že pro člověka je přirozený život ve společnosti, kde jsou formovány základní vztahy
- Přejít z terapie do běžného života musí být postupný vzhledem k náročnosti situace.
- Strukturovaný život v komunitě upevňuje, zakotvuje a umožňuje vytvářet vnitřní strukturu.
- Terapeutický tým je pouhým průvodcem a poradcem klienta, nikoli expertem na jeho život.

#### *Cíle a prostředky terapeutické komunity*

Léčba v TK se označuje jako „léčba vedoucí k abstinenci“ či „léčba orientovaná k abstinenci“ (abstinence-oriented treatment). Abstinence však není cílem léčby v TK, je pouze cestou, podmínkou a součástí léčby i a pro budoucnost nezbytným prostředkem k tomu, aby se klient mohl zapojit do normálního života. Úkolem léčby je, aby klient přijal abstinenci jako nezbytnou součást svého dalšího života, objevil její možnosti, ale i

omezení, a využil ji k dalšímu rozvoji sebe sama, uplatnění sebe sama ve světě a ke své spokojenosti. Terapeutický proces v komunitě je založen na zlepšování komunikace.

Cílem léčby v TK je změna životního stylu. Vycházíme z předpokladu, že trvalejší změny životního stylu lze dosáhnout prostřednictvím osobnostního růstu. Klient v programu TK postupně dosahuje změn v sebepojetí, prožívání, chování a vztazích, což mu umožní, aby mohl svůj život prožívat jako uspokojivý a zodpovědně se rozhodovat, jakým způsobem svůj život povede. Osobnostní růst umožní klientovi, aby si žádoucí změny chování udržel i po odchodu z chráněného prostředí TK.

Dílčí cíle léčby v TK jsou následující:

- Dodání síly klientům a jejich odolnost vůči dalším selháním a připravenost na každodenní „boj s chutí“.
- Změna vzorců sebedestruktivního myšlení a chování učení se osobní odpovědnosti za sebe, za svá rozhodnutí, za druhé.
- Vytvoření smyslu, citlivosti pro lidské společenství.
- Získání základní sociální dovednosti, komunikační dovednosti, dovednosti řešit konflikty.
- Osvojení si pracovních a hygienických návyků.
- Změna negativního sebepojetí, přijetí sebe sama, získání reálného pohledu na sebe sama.
- Poskytování takového prostředí, ve kterém člověk jako lidská bytost může růst, přebírat odpovědnost a rozvíjet sebe sama.
- Uvědomění si důležitosti svého zdraví, zlepšení a stabilizování své fyzické kondice. (Kooyman 2004)

Jednotlivé aktivity programu v TK: ( Adameček, Richterová-Těmínová a Kalina 2003)

- *Setkání komunity* - máji v životě TK klíčové postavení. V TK se uskutečňují denně, někdy i ráno a večer. Jsou platformou pro udržování řádu a konfrontaci s ním, pro řešení důležitých problémů života komunity, přijímání rozhodnutí a sdílení informací.

- *Skupinová terapie* - v užším smyslu se v některých TK rozděluje na skupiny biografické, tematické a interakční. Dále jsou běžné skupiny pro určitou část klientů, např. pro klienty v první, nebo naopak v poslední fázi programu, či skupiny zvláště pro ženy a pro muže. Používají se psychodynamické a kognitivně behaviorální přístupy.
- *Individuální terapie* - individuální psychoterapie v užším slova smyslu se v TK většinou neprovádí, zatím individuální podpora a vedení je žádoucí. Každý klient má určeného terapeuta (garanta), odpovědného za vedení případu, který pravidelně hodnotí stav klient a plnění léčebného plánu. Garant klienta individua provází celou dobou jeho pobytu. Podporuje ho v tom, aby materiál z individuálních rozhovorů přinášel do skupiny, a tak mu pomáhá v zapojení do společnosti a do léčebného programu.
- *Rodinná terapie* - TK nemá vždy k dispozici rodinného terapeuta, ale se členy rodiny a partnery se setkává v každém případě, kdy je to možné. Děje se tak při jich návštěvách v TK. TK rovněž může provozovat vlastní rodičovskou skupinu nebo doporučuje rodičům vyhledat skupinu v místě bydliště. Některé TK organizuje během víkendů pravidelná hromadná setkání rodičů všech přítomných klientů.
- *Pracovní terapie* - musí být především smysluplná a s viditelným výsledkem. Pro účely práce jsou klienti jasně hierarchicky uspořádáni tak, že nejméně zodpovědné práce vykonávají klienti nižších fází programu, a více zodpovědné ti, kteří jsou v komunitě delší dobu. Zatímco během skupin se uplatňuje autorita horizontální (všichni jsou si rovni, každý je otevřen konfrontaci), při práci platí autorita vertikální s jednoznačnou podřízeností a nadřízeností. Klienti mají rozděleny jasně definované funkce s odpovídajícími pravomocemi a zodpovědností.
- *Vzdělávání* - může probíhat formou přednášek, seminářů, nácviků i jinak. Vzdělávací program v TK zahrnuje témata prevence relapsu, filozofie a principů TK, témata podporující praktické dovednosti a zvyšující právní vědomí apod. Některá témata mohou vést samotní klienti.

- *Volnočasové, sportovní, zátěžové aktivity a jiné rehabilitační aktivity* - jsou zdrojem pozitivních zážitků, zábavy, uvolnění a přirozené euforie, posilují odolnost a stmelují komunitu. Většinou se jedná o dostupné činnosti, kterými mohou klienti vyplnit svůj volný čas i po dokončení programu v TK.
- *Sociální práce* - v TK usnadňuje klientům přístup různých institucí. Pomáhá klientům s problémy z oblasti sociálně právní, z oblasti trestního, občanského či rodinného práva. Úkolem sociální práce v TK není řešit problémy za klienty, ale s klienty.

#### 2.2.5.5.8 *Následná péče, doléčovací programy*

Vymezení následné péče není jednoznačné. Jedná se o poslední fázi procesu změny a tudíž sem patří intervence zaměřená na udržení navozených změn chování závislého.

Akreditační standardy definují cílovou populaci pro program následné péče takto: abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální abstinencí 3 měsíce. (Kuda 2001)

#### 2.2.5.5.9 *Chráněná bydlení a chráněná práce*

Podle Akreditačních standardů (2001) je chráněné bydlení prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování. (Kalina a kol. 2001) definuje chráněné bydlení jako sociální službu, která je součástí komplexu sociálních a zdravotních služeb.

#### 2.2.5.5.10 *Programy metadonové a jiné substituce*

Jedná se o substituční léčbu – substituci návykových látek. Nejpoužívanější látkou v těchto programech je Metadon.

## **2.2.6 Psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti**

Pokus o klasifikaci současných teoretických přístupů s sebou nutně nese zjednodušující schematizaci, kdy k sobě nezřídka přiřazujeme autory, kteří by sami s takovým přiřazením nesouhlasili. (Kratochvíl 1997) Z důvodu orientace v problému je schematizace však nutná.

### **2.2.6.1 Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti**

#### **2.2.6.1.1 Individuální psychoterapie**

Individuální psychoterapie je zaměřena na práci s jednotlivcem, probíhá ve dvou a jejím hlavním prostředkem je rozhovor.

Obecně rozlišujeme několik základních rovin individuální psychoterapeutické práce ve vztahu k potřebám klientů a aktuální situaci:

- Krizová intervence.
- Podpůrná psychoterapie – je zaměřena především na bezprostřední zvládnání zátěže.
- Motivační psychoterapie.
- Systematická dlouhodobá individuální psychoterapie.

#### **2.2.6.1.2 Skupinová psychoterapie**

Systematická skupinová psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky ve skupině osob, které využívá v různé míře skupinovou dynamiku. Skupinová dynamika je souhrnem skupinového dění a skupinových interakcí, který je vytvářen interpersonálními vztahy i interakcemi členů skupiny spolu s existencí a činností skupin a silami z vnějšího prostředí.

Skupinovou a individuální psychoterapii lze vhodně kombinovat. (Yalom 1999)

Způsob, jakým skupiny pracují se může značně lišit, dle zaměření terapeuta nebo dle cíle, který si skupina stanovila. Využívají se kognitivně-behaviorální techniky, dynamický způsob práce, gestalt terapie, systematické přístupy a další. (Nešpor, Csémy 1999)

#### **2.2.6.1.3 Behaviorální terapie**

Behaviorální a kognitivně-behaviorální přístupy představují v oblasti léčby závislosti dominantní přístup. Behaviorální terapie vychází z konceptu teorie učení. Pod pojem

behaviorální terapie lze zařadit široké spektrum psychoterapeutických postupů zaměřených na změnu chování klienta.

Základní metody behaviorální terapie:

- Expoziční terapie – pacient je postupně vystavován situacím, které jsou pro něj obtížné.
- Techniky zaměřené na vegetativní projevy. Patří sem relaxační postupy, zvláště pak Jacobsonova progresivní relaxace, biofeedback. Krátké relaxace nebo postupy zaměřené na zvládnání akutních stavů úzkosti či paniky, metody odpoutání pozornosti, modelování nového chování apod.
- Další skupinu tvoří různé techniky, při nichž se pacient trénuje v určitém chování – nácviky: např. nácvik asertivity nebo zvládnání zátěže a nácvik sociálních dovedností.

(Rotgers 1999)

#### 2.2.6.2 Ostatní psychoterapeutické směry v léčbě závislosti

V léčbě závislostí se objevují také jiné psychoterapeutické směry. Mnohé z nich také dosahují skvělých výsledků a jsou rozšířené ve všech typech služeb závislým lidem. Jejich nedostatky jsou však menší rozšíření, znalost a využívání a zákonitě také méně časté oficiální zařazování do spektra základních programů. Jedná se o nedostatečné publikační zázemí. Přestože mnohé školy mají u nás početné zastánce, jejich publikační aktivita na poli aplikace daného přístupu v oblasti léčby závislosti je velmi malá a rozhodně nedostatečná. V současné době u nás patří k nejvíce rozšířeným a uznávaným přístupům mimo (KBT):

- hlubinná a dynamická psychoterapie,
- humanistická psychoterapie,
- kognitivně - behaviorální psychoterapie,
- rodinná a systemická psychoterapie,
- hypnotické a relaxační postupy,
- integrativní přístupy.

(Miovský, Bartošíková 2003b)

## **2.2.7 Závislost a pohybová aktivita**

### **2.2.7.1 Pohyb v holistickém pojetí**

Komplexní, holistický přístup k pohybové aktivitě pojímá pohybovou aktivitu jak z hlediska tělesných účinků, tak z hlediska psychoregulačního a socializačního efektu.

Pohyb je nezbytnou součástí vývoje lidské osobnosti. Je jedním z faktorů podílejících se na vytváření sebekoncepce prostřednictvím vytváření vědomí tělesného „Já“.

Pohybový projev je ovlivňován biologickými, psychickými a sociálními potřebami jedince. Kvalita pohybu je ukazatelem aktuálního psychosomatického stavu, zdraví i nemoci člověka. Analýzou pohybového projevu člověka je možno předpokládat úroveň aktuálního tělesného a duševního. (Hátlová 2003)

S pohybem jsou spojeny kladné, příjemné prožitky - uvolnění, radost, i negativní prožitky, usilujeme-li o nadměrný výkon - únava, bolest, frustrace. Nejen příjemné, ale i nepříjemné prožitky spojené s pohybem, mají pro člověka svůj význam. Překonáváním zátěže, která není nad horní hranici možností jedince, stoupá jeho odolnost. To dává racionální smysl pohybové aktivitě. Koncepce umělých pohybových zátěží je tedy zdůvodnitelná. (Šarapátka 2004)

### **2.2.7.2 Psychosociální funkce pohybových aktivit**

Tělesná aktivita zahrnuje všechny pohybové činnosti člověka. Je to mnohem širší pojem než sport. Patří do ní rovněž pohybové aktivity pracovní, lokomoční, běžných životních úkonů, plejáda hobby-aktivit, kam rovněž patří sport, cvičení, turistika a tanec. Pohyb slouží životu, je mediátorem života a pohybová aktivita je významným faktorem kvality života. Nepohyblivost poškozuje živé systémy. Nedostatečná tělesná aktivita, slabá kondice, životní nespokojenost jsou pojmy známé každému člověku a přesto je lidstvo ve všech směrech oslabováno v důsledku hypokinézy (nedostatku pohybových aktivit).

### **2.2.7.3 Pojem kinezioterapie**

Kinezioterapie je podpůrnou léčebnou metodou, která působí paralelně vedle farmakoterapie, biologické, fyzikální, psychologické a chirurgické terapie. K dosažení léčebných výsledků využívá prostředků aktivně prováděného pohybu mimopracovní povahy. Je oborem interdisciplinárním. Pomáhá člověku dosáhnout pocitu

somatopsychické normality. Během terapeutického procesu terapeut napomáhá pacientovi k úplnějšímu sebepoznání a poznání vlastních možností tak, aby je mohl využít k rozvíjení své osobnosti, nárůstu seberegulace a tím ke kvalitnějšímu způsobu života. (Hátlová 2003)

#### *2.2.7.3.1 Podstata kinezioterapie*

Kinezioterapie je somatoterapeutická aktivita která používá modelované cíleně zaměřené pohybové programy. Při jejich provádění vyžaduje aktivní přístup pacienta, pracuje nejen s biologickou složkou osobnosti, ale i s její psychikou a sociálními vztahy. Pohybem v nejširším slova smyslu se snaží získat přístup k pacientovi a prostřednictvím osobních prožitků dosáhnout ovlivnění jeho psychiky ve smyslu uvědomění si vlastního psychosomatického „Já“ a jeho možností. Podněcuje aktivitu jedince, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu komunikace.

Zabývá se podpůrnou formou léčby a prevence psychosomatických a psychických poruch a chorob. Inspirována psychoterapií chce vytvořit jako základ část obecnou (teorie, metody, výzkumná data) a speciální (speciální aplikace na jednotlivé druhy poruch).

V kinezioterapii je základem práce s tělem, tělesná cvičení. Během tohoto cvičení má klient možnost si osahat mnoho oblastí psychiky skrze kontakt s druhými i vlastním cvičením. Vyplave mnoho pocitů (strach, radost aj.), ale objeví se také schéma fungování ve skupině, v konkurenci aj.. (<http://www.prvnikrok.cz/clanek.php?id=46&cat=0>)

#### *2.2.7.3.2 Působení kinezioterapie*

Kinezioterapie - somatoterapeutická aktivita, která pomáhá pacientům znovu nalézat:

1) Vědomí pohyblivosti.

Jde o uvědomění si vlastního těla, jeho možností a následně možnosti ovládnutí vlastního těla. Pozitivní prožitek pomáhá rozvíjet a upevňovat tělesné schéma.

2) Psychosomatickou jednotu (jednotu tělesna a duševna).

Pohyb je jedním ze spojovacích článků vnitřního a vnějšího těla. Záměrný, aktivně prováděný pohyb je současně aktivitou fyzickou a psychickou. Je prostředkem kterým se současně vyjadřuje tělo a psychika.

3) Obnovu pozitivního sebepřijetí.

Objektivní tělesné schéma se velmi často liší od subjektivního obrazu svého těla. Ten je vytvářen na podkladě vlastní zkušenosti s vnitřním a vnějším prostředím, včetně

mezosobních vazeb, které nemusí být u psychických poruch reálné. Aby došlo k restrukturalizaci sebeobrazu ve smyslu pozitivnějšího přijetí je nutno volit cvičení s adekvátní obtížností nutnou k provedení, tak, aby nemocný byl schopen vnímat a kontrolovat svůj pohyb. Nadměrně obtížná cvičení by mohla aktivovat obranné mechanismy.

#### 4) Sebepřijetí a integritu

Nemocný je v průběhu provádění tělesných cvičení naváděn k uvědomování si vlastního těla, jeho poloh, průběhu pohybu, působení vlastního pohybového projevu a jeho významové stránky. Zároveň si uvědomuje pohyby druhých a to jak je sám vnímá. Vnímání vlastních pohybů a pohybů druhých, umožňuje nejen konfrontaci, ale podněcuje k záměrné seberegulaci vlastních pohybů, (proces vytváření autonomie je obzvláště důležitý u psychotických pacientů.)

#### 5) Tělesnou symboliku.

Pohyb a tělesné polohy mají symbolický význam. Proto je možné vyjadřovat se prostřednictvím pohybu (využíváno především v taneční terapii).

#### 6) Emoční spontaneitu.

Nemocný je podmínkami svého života často nucen potlačovat projevy svých emocí spojených z potřebou vyjádření svých potřeb a přání. V průběhu pohybu není omezován a u řady programů je iniciován emoční projev, chápaný jako adekvátní součást sebevyjádření.

#### 7) Tvořivost.

Pohybové činnosti ve svém průběhu programově iniciují spontaneitu a tvořivost. Cílem některých programů je přímo rozvoj tvořivosti.

Kinezioterapeutické programy vždy zachovávají podmínky navázání důvěry-plného vztahu k terapeutovi, neohrožujícího prostředí a adekvátní fyzické a psychické zátěže, která postupně stoupá k horní hranici zvládnutelnosti. Tímto přístupem je stimulován aktivní přístup pacienta, ověřování si vlastních sil a posouvání hranice vnímání vlastních možností a kompetentností.

Námi prováděné formy kinezioterapií jsou vytvářeny a modelovány s ohledem na postižení a aktuální psychosomatický stav nemocného a možnosti kinezioterapie tak, aby bylo působeno na předem vybrané složky osobnosti. (Hátlová 2003)

### 2.2.7.3.3 *Prováděné formy kinezioterapií*

Podrobněji popisuje (Hátlová.2003) užívané programy a rozděluje je takto:

#### - Integrativně zaměřená kinezioterapie

Integrativně zaměřená kinezioterapie pracuje se zdravými částmi osobnosti tak, aby se podařilo vlivem procítění vlastního tělesného schéma jako nedělitelné jednoty, dosáhnout zakotvení vlastního „Já“ ve vnějším světě.

Používá jednoduchých gymnastických pohybů a poloh. Nemocný je veden k neustálému uvědomování si vlastního těla, jeho celistvosti i částí, postavení částí těla navzájem a v prostoru. Vyžaduje aktivní spolupráci pacienta. Důraz je kladen na kvalitu provedení, a vlastní sebekontrolu. Za nejvýznamnější považujeme prožitek celistvosti. Později klademe důraz na procítění částí těla v klidu a v pohybu, schopnost volit a ovládat části těla a později celé tělo. Uvědoměním si svého tělesného schéma je možné zmírnit míru dezintegrovanosti.

#### - Koncentrativně zaměřená kinezioterapie

Koncentrativně zaměřená kinezioterapie vede k vědomému sledování prováděného pohybu a jeho účinku, reguluje dýchání, napětí svalů. Vychází z poznatků o existenci vzájemných vztahů mezi psychickou a motorickou aktivitou a možností vzájemného ovlivňování. Používá gymnastických cvičení, relaxačních a dechových cvičení a prvků hathajógy. Vyžaduje aktivní spolupráci pacienta. Důraz je kladen na kvalitu provedení, prožívání vlastního pohybu a vlastní sebekontrolu.

#### - Kinezioterapeutické aktivně relaxující programy

Kinezioterapeutické aktivně relaxující programy se zaměřují na iniciaci kognitivních a emociálních procesů. Programy používají gymnastická cvičení, taneční a výrazové sekvence a prvky sportů. Cvičení je snadno zvládnutelné, neklade nároky na výkon. Cílem je navození pozitivního prožívání sebe sama, dochází k uvolňování napětí (v psychoanalytickém přístupu, který lze užít v určitém období léčby u neurotických pacientů, závislých a nemocných s poruchami chování může dojít i ke zvýšení tenze). Podporovány jsou zdravé části osobností tak, aby se povzbudilo a posílilo sebevědomí a důvěra v prostředí a v možnost prožití příjemného, radostného. Důraz je kladen na pozitivní emoční prožitek. Přesnost provádění pohybové struktury je nepodstatná.

- Kinezioterapeutické aktivizující programy

Kinezioterapeutické aktivizující programy se zaměřují na iniciaci kognitivních procesů a motorických dovedností. Programy používají manipulační cvičení, prvky sportů a taneční prvky, které obnovují a rozvíjejí pohybové možnosti pacientů. Důraz je kladen na přesnost provádění pohybové struktury a pozitivní prožitek ze zvládnutí pohybové dovednosti.

- Terapeutické využití sportovních cvičení (sportovních her, gymnastických a tanečních cvičení, bojových sportů, posilovacích sestav).

Sportovně zaměřená cvičení využívají pravidel pohybových cvičení, která je nutno při jejich provádění dodržovat. Důraz je kladen na přesné dodržování příkazů a zákazů k uvědomění si řádu jako jistoty. Dále je nemocný veden k možnostem vlastního tvůrčího přístupu při řešení herních situací a pohybových úkolů.

Tyto programy je vhodné užívat zejména u dlouhodobých hospitalizací. U mužů doporučujeme sportovní výkonově motivované činnosti, u žen cvičení s hudbou, taneční formy a sportovní výkonově motivované činnosti.

- Kinezioterapeutické programy zvyšující sebedůvěru a důvěru v druhé

Zaměřují se na iniciaci kognitivních a volných procesů. Pomocí provádění modelovaných cvičení s využitím prvků sportů a her dochází k ověřování vlastních schopností a možností. Cvičení probíhají v malých skupinách a jsou modelována s ohledem na fyzické a psychické možnosti nemocného. Jejich náročnost se postupně zvyšuje. Obsah je modelován podle potřeb ověřování, nebo nácviku dovedností. Důraz je kladen na zvládnutí úkolu.

- Kinezioterapeutické komunikativní programy

Komunikativní programy vycházejí z předpokladu snadnějšího navázání kontaktu pomocí neverbální komunikace. Zaměřují se na sociální dimenzi, vnímání spoluúčasti a spolupráce, na iniciaci kognitivních a komunikativních procesů. Používají prvky her a pobytu v přírodě. Důraz je kladen na prožívání spoluúčasti a akceptace okolím.

#### *2.2.7.3.4 Teoretická východiska pro stanovení kinezioterapeutických programů v léčbě závislosti*

Důležitou složkou je vytvoření strukturovaného prostředí v němž se klient nesetkává s podněty vedoucími k užívání závislosti a postupně řeší jednotlivé problémy, které závislost vyvolala. Podpůrné kinezioterapeutické programy se spolupodílejí na léčbě v bodech:

- Odstraňování nedostatků, které jsou používáním závislého chování kompenzovány.
- Návik relaxačních somatických a somatopsychických pohybových programů, osvojování dovedností osobních pohybových dovedností i sociálních neverbálních dovedností zvyšujících pocit způsobilosti, návik způsobů řešení problémů individuálně a ve skupině.
- Vytvoření nových vzorců chování pomocí modelovaných pohybových aktivit bez vztahu ke zneužívání závislého chování. Nalézání nových zájmů prostřednictvím zkušenosti s pohybovou aktivitou. (Hátlová 2003)

#### *2.2.7.3.5 Vedení kinezioterapie závislosti*

Způsoby a metody terapie musí být voleny vzhledem k osobnosti pacienta, jeho aktuálnímu psychosomatickému stavu, průběhu dosavadní léčby a individuální schopnosti akceptace jednotlivých terapií. (Hátlová 2003)

Záměrem je vést pacienta k sebekonfrontaci a kognitivnímu přehodnocení prostřednictvím uvědomování a sebereflexe. Úkolem terapeuta je vytvořit takové prostředí, které usnadní pacientovu vnitřní motivaci ke změně. Změna není chápána jako jednotlivá událost, ale jako proces. Proto se úloha terapeuta v jednotlivých stádiích léčby liší. Za hlavní nástroj změny je považována technika posilování motivace:

- Projevování respektu.
- Reflexivní naslouchání (porozumění, naslouchání, komunikování).
- Poskytování pozitivní zpětné vazby. Ocenění pokroků v léčbě a ocenění pacientových schopností.
- Terapeut se nedostává s pacientem do konfliktu.
- Respektování nemoci a z ní pramenícího chování pacienta. V určité fázi, nejčastěji tj. v počátku léčby není vhodná konfrontace, později upozorňujeme na rozdíl mezi chtěným a reálným chováním pacienta.

- Podpora důvěry ve vlastní síly a soběstačnosti.

Zásadní úrovní provádění kinezioterapie je trénink dovedností. Pro většinu programů je vhodné vedení vrstevníky s facilitačním přístupem v němž za hybnou sílu pacientova chování je považován vliv společenství. Facilitátor provází nemocného terapií, všechna rozhodnutí však musí pacient udělat sám, s vědomím možných rizik. Jednotlivé pohybové terapie jsou prováděny specificky školenými terapeuty. Ti zodpovídají za adekvátnost zátěže, vytvoření cíleně modelované situace a kvalitu připravenosti programu. Účinnost kinezioterapie je vyšší, probíhá - li v malých skupinách do 12 osob.

#### *2.2.7.3.6 Zásady prováděné kinezioterapie závislosti*

- Vyjádření pozitivního vztahu.
- Podpora sebedůvěry závislého.
- Získání zájmu závislého o terapii.
- V průběhu terapie je možno zdůraznit rozpor mezi aktuálním chováním závislého a jeho představami o sobě.
- Nepřipustit spor se závislým.

#### *2.2.7.3.7 Doporučené formy kinezioterapeutických programů*

V rámci podpůrné léčby syndromu závislosti (F10 - 19) kinezioterapií navrhuje tyto formy pohybových programů. Jednotlivé terapie nacházejí své uplatnění v rámci komplexního programu.

### **1. FÁZE**

Začátek v druhém až čtvrtém týdnu podle psychosomatického stavu pacienta. Cvičení je zařazeno i v průběhu navrhovaného cvičení ve II fázi. V počátku doporučujeme:

- Relaxační cvičení s aktivní kontrolovanou účastí pacienta pod dohledem terapeuta Sestavy hathajógy z vybraných ásán a pránájámy (pouze somatická cvičení i dechová cvičení, taktilní relaxace, pokud ji pacient neodmítá). Relaxační techniky jsou vhodné a potřebné pro ty osoby které jsou vystaveny působení nadměrného stresu. V průběhu relaxace dochází ve většině případů ke snížení napětí. Zároveň se ale otevírá prostor pro znovuuvědomění vytěsňovaných neřešených konfliktů. U závislých na nealkoholových drogách (nejčastěji u závislých na pervitinu) během

relaxace se častěji objevuje tento stav označovaný jako "flashback". V tomto případě pacienta do relaxace nenutíme, ale motivujeme ho k tomu, aby se po stabilizaci svého duševního stavu navrátil k nácviku provádění relaxačních technik. Transformace negativní emoční tenze v tenzi pozitivní se nedá provést přímo, lze ji provádět oklikou přes relaxaci. Svalová relaxace stačí ke zvětšení psychické distance subjektu vůči nepříznivým vnějším faktorům, nestačí ke zrušení psychických vazeb. To je úkolem relaxace psychické. Na podkladě výše uvedených poznatků: doporučujeme takové druhy relaxačních cvičení ve kterých je pacient pod neustálou kontrolou terapeuta, nebo druhého pacienta a je průběžně naváděn k plné koncentraci na uvědomování si jmenovaných somatických a somatopsychických prožitků. Tím je snižována možnost úniku do vlastních představ a fantazií. Doporučujeme: Taktilně relaxační cvičení ve dvojicích, zdravotně gymnastických cvičení, hathajógová cvičení, dechová cvičení. Cvičení probíhá pod přímým vedením terapeuta. Pacient si je vědom neustálé kontroly a nutnosti podřídit se vedení. Terapeut volí takovou metodu, kterou dobře zná. Pozornost věnuje reakcí nemocných v průběhu terapie, které nemusí být vždy pozitivní. K negaci dochází z počátku aplikace terapie. Nemocný bývá silně dráždivý, aktivovaný, snižování aktivovanosti pomocí zdánlivé neaktivity nese nelibě. Nemocný ještě není schopen přijmout sám sebe, odmítá se a proto obtížně přijímá senzibilizaci na vlastní tělesné prožívání, tedy i sebe sama. Na druhé straně možnost aktivně ovlivňovat vlastní psychosomatické napětí může zvýšit jeho sebedůvěru.

Důvod zařazení: Svalová relaxace znamená snížení aktivační úrovně. Subjektivně se projevuje uvolněním pocitu napětí. Vede ke zvětšení psychické distance vůči nepříznivým vnějším faktorům.

- Aktivní cvičení s relaxujícími účinky. Nekontaktní cvičení krátkých pohybových celků. U žen formou taneční terapie. Zpočátku nekontaktní individuální pohybové motivy. Postupně přecházíme na vyjadřování emočního prožívání pohybem individuálně, ve dvojicích, v malých skupinách. U mužů nekontaktní cvičení se sportovními prvky. Po krátkém rozcvičení gymnastického charakteru následují drobné sportovní hry s nutností krátkodobé koncentrace. Z počátku je cvičení zaměřeno individuálně, později přecházíme v některých cvičeních na spolupráci ve

dvojicích a malých skupinách. V provádění pohybu není podstatná kvalita a forma provedení, důraz je kladen na emocionalitu, spontaneitu, prožitek samatopsychického uvolnění.

(Hátlová 2003)

## II. FÁZE

Po odeznění akutní detoxikace a částečné stabilizaci psychosomatického stavu. V této fázi se zaměřujeme:

- Na zvýšení schopnosti sebecitění a autoregulace formou koncentrativních cvičení a relaxace. Zpočátku užíváme relaxujících cvičení popisovaných ve fázi I. Postupně zařazujeme nácvik progresivní relaxace a autogenního tréninku.  
Důvod zařazení: Stres hraje významnou roli jako prékurzor drogových závislostí, relapsů. Pacienti si často přejí dosáhnout dočasné úlevy od stresujících faktorů (pozn. také užívání drog nebo závislého chování bylo pro některé pacienty únikem od stresujících životních situací).
- Na sebedůvěru a důvěru v druhé, schopnost spolupráce.  
Modelujeme pohybové programy u nichž lze očekávat vysokou emocionální odezvu. Užíváme prvky her v přírodě, problémových pohybových her a lanových drah. Tento kombinovaný program obsahuje iniciační a problémové hry, zařazeny jsou pohybové motivy na sebedůvěru a důvěru v druhé obsahující riziko, nutnost vzájemné spolupráce a důvěry. Bez překonání rizika pomocí vzájemné spolupráce a důvěry není možné úkoly vyřešit a postupovat v programu. K modelování zátěže jsou použity společné problémové hry a lanové dráhy. Náročnost programů je postupně zvyšována.  
Pacient musí projít celým cyklem od počátku, v programu se neustále navazuje na rozvoj předchozích zkušeností. Program je vhodné zařadit co nejdříve, jakmile je psychosomatický stav částečně stabilizován. Cvičení je zařazeno jako povinná součást léčebného programu po dobu tří týdnů, frekvence aplikování 3x týdně. Vhodné pro muže i ženy, zejména závislé na nealkoholových drogách jejichž požívání je motivováno silným prožitkem.

Důvod zařazení: Uvědomění si možnosti prožít něco pozitivního, intenzivního, bez pomoci drog, potvrzování vlastních schopností a schopnosti seberegulace, navazování nových vztahů, vědomí akceptovanosti a důležitosti pro druhé. (Hátlová 2003)

### III. FÁZE

Po absolvování I. a II. fáze až do konce léčebného pobytu.

V následné léčbě jsou nabízeny pohybové programy umožňující cílevědomé ovlivňování sebe sama, nácvik senzitivity, vědomé somatopsychické regulace, sebekontroly, sociálních dovedností. Trénink seberegulace, nácvik adekvátního neverbálního komunikačního chování, způsoby prosazování vlastních potřeb, zájmů, názorů. U všech pacientů doporučujeme nácvik individuálně prováděných relaxačních cvičení. U mužů doporučujeme aerobní sportovní disciplíny (běh) sportovní hry a posilování, problémové hry. Pro ženy cvičení aerobního charakteru. Basic aerobic, cvičení s hudbou, aerobní sporty (běh), drobné sportovní hry, problémové hry. Cvičení je zařazeno v denní režimové léčbě. Zátěž je dávkována a kontrolována odborným terapeutem. Předpokládáme zařazení aerobní zátěže 5x týdně v délce 30 - 50 minut. Důvod zařazení: Ověřování vlastních schopností a kompetencí, nácvik adekvátních interpersonálních vztahů a chování. (Hátlová 2003)

#### 2.2 7.4 Pohybové aktivity v přírodě, jako jedna z forem terapie

Již několik let se využívá programů pro delikventní a rizikovou mládež založených na aktivitách v přírodě pro jejich terapeutický účinek. Hátlová (2004) ji označuje jako „Dobrodružná terapie“.

Tato terapeutická metoda, užívající jako předmět svého působení fyzicky a psychicky náročné outdoorové činnosti, odehrávající se většinou v odlehlém přírodním prostředí nebo v prostředí, které tyto situace navozuje. Využívá poznatků, že faktor dobrodružství byl pedagogy i psychology identifikován jako velmi výrazný a efektivní element, který je schopen vytvořit vzorce pro řešení krizových situací a platí za vhodný nástroj pro odpoutání se od problémů.

Většina programů pro delikventní mládež využívá prvků dobrodružné výchovy v přírodě k vytvoření pocitu odpovědnosti za vlastní rozhodnutí a sounáležitosti se skupinou,

k rozvoji sebekázně a pocitu vlastní hodnoty. Tyto programy se opírají o kognitivně-behaviorální terapii, tedy o změnu chování na základě učení a přeučení zvyků. Získání těchto vlastností může přispět k eliminaci asociálního chování. (Chytilová L. in Gymnasion 3/2005)

V následujících kapitolách se podrobněji zaměříme na podrobnější popis prožitkové pedagogiky, ze které pohybový program vychází.

## **2.2.8 Prožitková pedagogika**

### 2.2.8.1 Prožitek

#### 2.2.8.1.1 Definice prožitku

Jako základní definici prožitku můžeme považovat definici prožívání, protože pojem prožívání patří k základním psychologickým pojmům.

*„Prožívání považujeme za vnitřní dimenzi psychiky. Zahrnuje všechny psychické jevy, to, co se odehrává v našem vědomí i podvědomí. Předmětem prožívání je vnější svět, stav organismu i myslí. Existuje i prožívání nevědomé. Je to přísně individuální proces, který uskutečňuje uvědomělá bytost. Každé prožívání je proto ovlivněno vlohami daného individua i podmínkami prostředí, ve kterém prožívání probíhá.“* (Nakonečný 1995)

#### 2.2.8.1.2 Prožitek v moderní společnosti a jeho náhrady

Sociálně patologické jevy u dětí a mládeže jsou multifaktorově podmíněny. Vedle vlivu rodiny, osobnostních vlivů, vlivů subkultury a společenských vlivů se část mládeže na „šikmou plochu“ dostává díky akčnímu vakuu ve volném čase. Tento vliv je ještě markantnější v té části populace, která má výrazněji vyjádřenou potřebu mimořádných zážitků bez schopnosti získat uspokojující prožitky vlastní aktivní činností a vlastním přičiněním. Do této skupiny dětí a mládeže se zvýšeným rizikem výskytu společensky nežádoucích jevů patří:

- Chroničtí „sledovači“ televize, filmů a počítačových her,
- mládež bloudící po ulicích a restauračních zařízeních a ubíjející nudu,

- mládež vyhledávající dramatické a dobrodružné aktivity zástupným způsobem; pomocí násilí, kriminality, drog, alkoholu apod.

Negativním fenoménem doby je medializace současné generace dětí a mládeže, která vyrůstá pod tlakem masové kultury a především komerční televize. Normální se pro značnou část mládeže stává, aby byla bavena bez vynaložení námahy. Sport a ostatní aktivní formy využívání volného času se pro velkou část mladých stávají příliš namáhavé.

Několik desítek let se diskutuje o vlivu filmů, televize a nejnověji počítačových her na psychiku dítěte. Vedle toho, že chroničtí „sledovači“ těchto médií jsou poškozováni na zdraví, poškozován je pohybový aparát, zrak, oběhový systém, nervová soustava a jiné orgány, jsou tito mladí jedinci konfrontováni s násilím. Toto se stalo každodenní součástí zpravodajství i ostatních televizních programů, akčních filmů a videoher. Hrdinové akčních filmů, ale i kreslených pohádek se chovají agresivně a většinou jsou odměněni a nebo přinejmenším nepotrestáni. Obraz života, který je takto zprostředkován je značně deformovaný. Nezobrazí se bolest, poškození oběti, dlouhodobé emoční a materiální důsledky násilného chování.

Zejména menší dítě může nabýt dojmu, že násilí je přirozenou součástí života a jeho páchání je jednou z účinných možností, jak dosáhnout svého. Fascinace mediálním násilím se již projevila v šikanování na všech stupních škol. Otázce mediálního násilí se věnují i statisticky rozsáhlé studie. Souvislost mezi chováním dětí a množstvím násilí sledovaného v televizi existuje a násilné programy zvyšují možnost agresivního chování. Děti se mohou vlivem násilí v médiích stát necitlivými k utrpení jiných, mohou se začít chovat výrazně agresivněji a mohou si navodit pocit trvalého strachu z okolního světa.

Určitá míra zalíbení v akčních filmech a videohrách nemusí být nutně příznakem nějakých problémů, pokud je tato záliba kompenzována pozitivním vlivem rodiny, školy a jinými aktivitami ve volném čase, pokud se dítě umí dívat na média kritickými očima. Kdyby mediální násilí bylo izolovaným jevem, asi by žádný problém nepředstavovalo. V souhrě s dalšími rodinnými a společenskými faktory však může stát u zrodu násilí reálného. Vzrůstá agresivita i v běžném životě, vzrůstá i verbální agrese ve společnosti a rodinách.

Pokud se sejde víc rizikových faktorů, potom i mediální násilí může mít větší vliv. Dítě vyrůstající v nepřátelském a agresivním prostředí, přebírá tyto vzorce chování. Nekultivované prostředí nezpůsobí vždy, že se dítě vydá na šikmou plochu, ale posune ho

tím směrem. Žije-li dítě v rodině, kde jsou vztahy přijatelné, má vybudované ochranné sociální dovednosti, má přiměřenou školní úspěšnost, nemusí ho žádné násilí ani mediální deformovat. Pokud dítě vyrůstá v podmínkách horších nebo dokonce špatných, může pro něj akční hrdina sehrát roli důležitého vzoru.

Mládež ve věku 13 - 15 let tráví volný čas venku, v partě a to víc jak 4 hodiny denně. Je zde velký prostor ke vzniku závadových part ubíjejících čas, páchajících trestnou činností nezletilých. Pro děti a mladistvé je charakteristická skupinová trestná činnost, např. projevy určité násilné činnosti (vlajkonoši páchající divácké násilí na fotbalových stadionech, sprejeři, vandalové, výtržníci).

Party mladistvých jsou i častým místem prvního kontaktu s drogou. Čičači ředidel, lepidel, čisticích prostředků, uživatelé marihuany, ale i heroinu apod. často začínají svoji narkomanskou kariéru právě v partách.

Z výzkumů zabývajících se sociální deviací mládeže vyplývá, že životní styl založený na trávení volného času v partách, v návštěvách hospod, restaurací, heren, diskoték a v nic nedělání podporuje vznik sociálně patologických jevů a asociální chování. Kvalita takového trávení volného času je velmi nízká, uvedené aktivity lze charakterizovat spíše jako ubíjení času než jeho naplňování.

Tato fakta jsou významná zejména v souvislosti s volbou a realizací výchovně vzdělávacích přístupů k těmto jedincům a ve strategii uplatňované v rámci prevence antisociálního chování a kriminality mládeže. Je třeba v rámci pedagogiky volného času odstranit absenci společenských programů zaměřených na rizikovou mladou populaci. Programů, které by tuto mládež naučily kvalitně trávit volný čas a také jim tuto možnost poskytl.

#### *2.2.8.1.3 Prožitek a výchova*

Podle Neumana (1998) je nezapomenutelný a neopakovatelný prožitek důležitou součástí výchovy člověka.

Zážitek, který nastává s určitým časovým odstupem po prožité situaci, se za jistých podmínek přetváří ve zkušenost, kterou můžeme využít v dalším životě. Z těchto důvodů je zážitkové učení založeno spíše na činnostech s aktivním zapojením jedince než na činnostech pasivních, ve kterých se jedinec stává pouze divákem. Účastníci jsou stavěni do

situací, kdy je třeba řešit různě obtížné problémy a kdy není ve hře jen rozumová úvaha, ale i city a emoce zúčastněných. (Chytilová 2005)

V zážitkových programech jde o učení na základě zkoušení si mnohých dovedností a získané návyky si následně upevňujeme zpětně ve svém domácím prostředí, jako může být rodina, škola apod. Právě osobní zážitek, resp. zkušenost z dané činnosti, je člověk schopný si zapamatovat nejvíce a nejdéle si ho uchovat v paměti. ([www.tarrak.com/EXP/exp.htm](http://www.tarrak.com/EXP/exp.htm))

#### 2.2.8.2 Hra

Hra je činnost jednoho či více lidí, která nemusí mít konkrétní smysl, ale přitom má za cíl radost či relaxaci. Hry se hrají především pro zábavu, ale mohou také sloužit např. ke vzdělávání.

Nizozemský kulturní antropolog Johan Huizinga ve svém stěžejním díle *Homo ludens Vom Ursprung der Kultur im Spiel* (1938,1994) hru definuje takto:

*„Hra je svobodné jednání či zaměstnání, které v rámci určitého jasně vymezeného času a prostoru, které se koná podle svobodně přijatelných, ale přitom bezpodmínečně závazných pravidel, má svůj cíl samo v sobě a nese sebou pocit napětí a radosti a zároveň vědomí odlišnosti od všedního života.“*

Vývojová psychologie považuje hru za hlavní hnací sílu hledání sebe sama v raném dětství a při pozdější socializaci člověka, zvláště při seznamování. Člověk začíná poznávat, prozkouávat a reflektovat svět nejprve v dětské hře. Hodnotu hry spatřovali již starověcí filozofové (např. Platón, Plötinos).

Význam hry v novověku pomohli odhalit Jean Jacque Rousseau a pedagogové Komenský, Pestalozzi a Fröbel.

##### 2.2.8.2.1 Vymezení hry

Huizig podle své definice pokládal za hru ty činnosti, které vykazují následující znaky:

- hra je především svobodným jednáním (nikdo mě nemůže nutit, abych si hrál) a tím sférou nefalšované svobody,

- vystoupení z „obyčejného“ nebo „vlastního“ života do dočasné sféry aktivity s vlastní tendencí (tedy mimo proces uspokojování nezbytných potřeb),
- uzavřenost a ohraničenost (prostorová i časová)
- možnost opakování (a to hry jako celku, tak i jednotlivých složek její výstavby:refrén),
- specifický a bezpodmínečný řád, pravidla,
- rytmus a harmonie (střídání, kontrast, variace),
- napětí (nejistota, naděje).

Činnost člověka není hrou, pokud je vynucená nebo účelově vázaná, nemůže být spojená s plněním povinnosti, nějaké potřeby, návykovým uspokojením, odstraňováním škod nebo ochrany před bolestí. Avšak neexistuje přitom přesné vymezení, neboť existují vzdělávací hry, které jejich smyslem je učení, avšak přitom zůstávají hravé. Hra je hrou, pokud v ní převažují kreativní prvky, tedy rozvíjení zúčastněných osobností a jejich společenských vztahů.

Ve hře je přetavováno mnoho vnějších a vnitřních zkušeností, je jim dáván nový smysl, jsou přinášena nová řešení. Všechny tyto procesy jsou důležité nejen v okamžiku hry samotné, ale i v celém dalším životě jedince. (Pilařová, Pöthe 2003)

Langmajer (2000) upozorňuje na to, že hra k terapeutickým účelům se podstatně liší od běžné hry. Dítě zde vyjadřuje své osobní psychické obsahy, zejména emoce, hra je však i prostředkem jejich zpracování na reálné, přítomné rovině, čímž je dán předpoklad změny.

#### *2.2.8.2.2 Hra při nácviku sociálních dovedností*

Nastává otázka, co to vlastně jsou sociální dovednosti?

Zjednodušeně řečeno, sociální dovednosti jsou výsledkem procesu sociálního učení, které probíhá především v přirozených podmínkách. Sociální dovednosti různí autoři dělí a třídí víceméně obdobně do několika skupin:

- **Výcvik sociální percepce.** Vnímání sama sebe a druhých. Uvědomění si, jaký dojem svým chováním či svým výrazem vyvolávám u svých přátel (partnerů, kolegů atd.)

- **Výcvik sociální interakce.** Již dětské hry vyžadují dovednost být v interakci s druhým např. házení a chytání míče.
- **Verbální a neverbální komunikace.** Verbální a neverbální komunikace má v životě dalekosáhlý význam, nicméně její nácvik u mnoha jedinců omezen.
- **Kooperace a soutěžení.** Jako zvláštní dovednost bývá uváděna i schopnost kooperace, ve skutečnosti by se měla uvádět v souvislosti se soutěžením a řešením konfliktů, které v našem životě nepochybně také mají své místo. Je třeba se s nimi seznámit a i v nich dodržovat určitá pravidla.

Sociální dovednostmi můžeme brát také jako schopnost rozumět rozličným hlediskům a rolím ostatních lidí, rozhodovat se a chovat se v týmu, hodnotit problémy a řešit úkoly. Během přímých setkání při hře a jiných interakcích se děti učí vztahu k ostatním. Přátelství se také musejí naučit při všech těchto příležitostech, které se znovu a znovu opakují. Vytváření vztahu k ostatním je pravděpodobně nejzákladnější dovedností osvojovanou v dětství.

(<http://www.rvp.cz/clanek/137/252>)

Hry, které nám plní funkci formativní, nazýváme **interakční**. Takové hry nám mohou poskytnout údaje o člověku (jejich funkce je i diagnostická) a zároveň ho žádoucím způsobem ovlivňovat.

Interakční hry využívají techniky založené na sebeprojevení, jako předpokladu následné sebekorekce, přičemž podstatnou roli sehrává prostředí skupiny. Skupina vytváří facilitující klima a poskytuje zpětnou vazbu. Skupinové interakce, resp. Interakční učení fixují žádoucí změny na úrovni osobnosti.

Interakční hry využívají blízké techniky, jako jsou psychodrama, sociodrama, psychohry, ale též některé techniky dramatické výchovy a všechny typy psychosociálního výcviku-tréninku. (Řezáč 1998)

Hermochová (2004) poukazuje na to, že získávání sociálních dovedností se liší v současné době a než tomu bylo v minulosti. Dříve zde měla větší zastoupení rodina. V jejím rámci jedinec zjišťoval, jak se chovat k mladším, jak ke starším, co se očekává od dívek a co od „chlapa“. Tyto předepsané normy byly tvrdě vyžadovány. I v širším sociálním kontextu bylo daleko více „předepsáno“ a vyžadováno – profese se „dědily“, postavení jednotlivých sociálních skupin bylo jasné, mobilita omezená.

### 2.2.8.2.3 *Využití skupinové dynamiky při hře*

Skupinová dynamika je významným činitelem, se kterým se můžeme setkat u každé skupinové činnosti. Jedná se o změny, které se dějí v rámci skupiny pod vlivem prostředí a vztahů mezi jednotlivými členy. Jako důležitý faktor vývoje skupinové dynamiky a její katalyzátor mohou působit právě hry a cvičení, které skupina provádí. Vítězství, prohry, chování jednotlivců a jejich výkony v průběhu hry, překonávání překážek, které přináší hra, vzájemná pomoc a další skutečnosti výrazně ovlivňují skupinovou dynamiku. Jsme-li dobří pozorovatelé, můžeme právě v herních a vyhocenějších situacích poznat pravé chování jednotlivců ve skupině. Ve vyhocených situacích totiž lidé nestihnou nastartovat své naučené chování a chovají se přirozeně. V návaznosti na dění ve skupině může také dojít ke změně naplánovaného. Někdy je pro náš výchovný záměr lepší, abychom důkladněji rozebrali to, co se v průběhu poslední hry stalo, než abychom ihned navázali hrou či cvičením, kterou máme v plánu. Bude to sice na úkor rozvoje kondice, ale výchovný potenciál bude větším přínosem. (Kirchner, Hnízdil 2005)

Hraní si patří k základním projevům lidského chování. Pohybová činnost a hlavně pak různé hry a cvičení mohou poskytovat mnoho unikátních možností k rozvoji sociálně – pohybových dovedností. V této souvislosti nabývají na popularitě různé dobrodružné aktivity, jejichž součástí jsou také dobrodružné hry a cvičení v přírodě.

Podle Priesta je dobrodružná výchova přímé a cílevědomé vystavení jedince výzvě a vysoce dobrodružné prožitky podporují změny v intrapersonálních a interpersonálních vztazích. (Chytilová 2005)

### 2.2.8.3 *Formy prožitkové pedagogiky v přírodě*

#### 2.2.8.3.1 *Hry v přírodě*

Jsou činnosti, kde je kladen důraz především na seznámení členů skupiny, kolektivní řešení problémů, kontakt členů skupiny. Dělení těchto her není jednotné. Jeden z největších světových odborníků na hry Miloš Zapletal, je dělí podle místa, kde se hrají. Na hry ve městě, na vsi, v klubovně a na hřišti. My se přikláníme k dělení podle účelu (Neuman 1999) a to následovně:

- Zahřívací a kontaktní hry – slouží k zahřátí organismu popř. jeho rozcvičení,

- seznamovací hry – slouží k seznámení nově vzniklého kolektivu,
- hry na důvěru – posílení sebedůvěry a důvěry k ostatním členům kolektivu,
- problémové hry – rozvíjí spolupráci uvnitř kolektivu.

#### 2.2.8.3.2 Cvičení v přírodě

Jedná se o více fyzicky náročné aktivity než jsou hry v přírodě. Mezi tyto aktivity můžeme zahrnout lezení na stromy, přelézání kamenů či malých skalek, přecházení klád a různé hupy. Tyto aktivity se mohou pojmout soutěživě a tím získají na atraktivnosti. Právě lezení a přelézání skalek je něco, s čímž se běžně člověk nesebkává. Zkušenost získaná prováděním neobvyklé činnosti mu přináší nové nepoznané dimenze, nové prožitky. Je-li činnost zvládána jsou prožitky vesměs pozitivní.

#### 2.2.8.3.3 Lanové a překážkové dráhy

Zde vyvstane určitě otázka. Co to jsou lanové dráhy? Jednoduše lze říci, že je to lano, nebo soustava lan, která je vypnuta mezi pevnými body (stromy, kůly) a tyto lana se musí podle daných pravidel překonat.

Mezi lanové a překážkové dráhy patří různé druhy překážek, které se dělí do dvou základních skupin:

- **nízké lanové a překážkové dráhy** - ty, které jsou konstruované těsně nad zemí (přibližně do 1,5 metru).
- **vysoké lanové a překážkové dráhy** - ty, které jsou ve větší výšce nad zemí (přibližně nad 5 metry).

Výhoda těchto aktivit spočívá v tom, že pomocí nich můžeme v krátké době vyvolat poměrně vysokou intenzitu prožitku. Čím je to způsobeno? Určitě to není způsobeno fyzickou náročností, protože řada těchto aktivit není pro většinu lidí příliš fyzicky náročná. Příčina je v jejich zdánlivé nebezpečnosti a v nejistotě účastníků, co ta věc s nimi udělá. Je zde nutné vysoké soustředění na právě probíhající výkon. Dále cit pro rovnováhu a odvaha, kterou při překonávání určitých překážek (zejména vysokých) musí člověk podstoupit. Zde je vidět zřetelná hranice mezi odhodláváním a uskutečněním. Ono odhodlávání je tou důležitou složkou, protože zde má člověk pochybnosti k překážce, jestli vydrží, je-li dobře

jištěn a především pochybnosti o sobě, jestli to dokáže. Jakoby se v tomto okamžiku odhodlávání setkal se smrtí, které se vždy obával. Nakonec se odhodlá a skočí, uskuteční to, o čem si myslel, že je pro něj neuskutečnitelné a prožije to celé od začátku do konce. Získá neopakovatelný prožitek ve svém životě a zjistí, že tohle chce zažít ještě jednou, dvakrát, třikrát... Vytvoří si jednoduše návyk. Ale tento návyk, tato závislost je jedna z těch „zdravých“, které přinášejí pravé prožitky. Jde o závislost na drogách, ovšem na drogách, které si tělo dokáže vyrobit vlastní cestou a vlastními prostředky jako např. adrenalin. (Kirchner 2001)

### ***2.2.9 Srovnání psychoterapie a prožitkové pedagogiky***

Rozlišování výchovných a terapeutických změn v osobnosti je mnohdy obtížné (ne-li nemožné) a je dáno spíše zvykově. Šindler (2004) navrhuje využívat koncept osobnostního růstu, jenž je dle jeho názoru společným jmenovatelem toho, o co usilují jak psychoterapie, tak i zážitková pedagogika. Přijetí tohoto názoru je tím, čím na teoretické rovině odůvodňuje srovnávání obou na první pohled možná obtížně slučitelných oborů.

Za zásadní podobnosti ve výkonu psychoterapie a zážitkové pedagogiky se považuje dále explicitní práci s časovým, prostorovým a organizačním uspořádáním obou podniků, práci s kontraktem a s bezpečím, využívání vytvořeného prostoru k jakémusi "životu nanečisto", modelovost situací, vytváření obdobných pravidel a norem žádoucího chování, důraz na vzájemné interagování, otevřenou zpětnou vazbu a sdílení, vzájemné vypůjčování si konkrétních technik. Též je patrné prolínání obou oborů. Z účinných vlivů se u obou oborů zdá být přítomno vykročení z komfortní zóny. Oba obory jsou schopny nabídnout pomoc zejména nespontánním, pasivním jedincům s naučenou bezmocností, a to hlavně ve směru objevení vlastních možností a započetí jejich využívání.

Jsou však patrné i značné rozdíly ve výkonu obou profesí, jež jsou dány především specifickými potřebami lidí v duševní nouzi, které se nepochybně odráží i ve způsobech práce s nimi. Otázka vstupu do psychoterapie nebo do některého z programů zážitkové pedagogiky je tak zejména otázkou rozlišení zdraví a nemoci. Psychoterapie také může pomoci širšímu spektru potřebných, zážitková pedagogika spíše specializovaněji napomáhá v dospělém přijetí zodpovědnosti a podílu na řešení širších společenských problémů.

### **3. Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy**

#### **3.1 Formulace problému**

V současné době se vyskytuje mnoho druhů terapeutických metod, které pracují s tělem a pohybem jako nástrojem k léčbě psychických onemocnění. Tyto metody mají větší či menší teoretické i praktické zázemí. Začlenění pohybového programu do prostředí Terapeutické komunity by mělo přinést zvýšení počtu klientů, u kterých bude zkoumán vliv pohybu na aktuální emoční stavy a jejich změny. Výsledky zkoumání, které se takto již delší dobu získávají u klientů nejen s drogovou závislostí by se tak měly stát více validní. Prostředí terapeutické komunity je velmi specifické a je otázkou zda se podaří pohybový program začlenit do pravidelného a předem daného programu a zda by se mohl stát pevnou součástí této léčby.

#### **3.2 Cíle práce**

První polovina teoretické části by měla být přehledem informací zaměřujících se na vymezení problematiky závislosti, příčiny, způsoby léčby. V druhé polovině se zabýváme možnostmi využití kinezioterapie formou zážitkové pedagogiky při skupinové interakci.

Experimentální část je zaměřena na práci se skupinou klientů Terapeutické komunity pro léčbu drogově závislých. Formou dotazníku E-POMS zachycující 6 faktorů u klienta před a po jednotlivých lekcích, zjistíme zda takto sestavený pohybový program bude mít vliv na aktuální emoční stavy ve smyslu snížení nejistoty, napjetí, úzkosti a zda povede ke snížení hostility a zvýšení spolupráce ve skupině.

Na podkladě poznatků předchozích studií z využití kinezioterapie v komunitní léčbě závislých, vytvořit a aplikovat specificky zaměřený pohybový program. Zaznamenat změny v aktuálním emočním stavu klienta z rozdílných hodnot měřených dotazníkem „Profile of Mood States“ před zahájením a po ukončení kinezioterapeutické lekce.

#### **3.3 Východiska pro hypotézu**

Předpokládáme, že nezbytná spolupráce při řešení společných úkolů v náročných podmínkách ovlivní míru důvěry v druhé, pocit sounáležitosti se skupinou a vlastní sebevnímání. Patrné a měřitelné budou změny v sebehodnocení zúčastněných klientů a v jejich zvýšené schopnosti vzájemné spolupráce.

Změny budou ve vyhledávání (náhradě) prožitku a překonávání překážek bez pomoci drog a alkoholu, jiným pozitivnějším prožitkem.

### 3.4 Hypotéza

- Předpokládáme, že specificky zaměřený pohybový program bude mít vliv na aktuální emoční stav ve smyslu snížení nejistoty, napjetí, úzkosti.
- Předpokládáme, že specificky zaměřený program povede ke snížení hostility a zvýšení spolupráce ve skupině.
- Předpokládáme, že se prožitá zkušenost přenese na další život v terapeutické komunitě a na vzájemné vztahy jejích účastníků.

### 3.5 Úkoly

- Sestavit ucelený teoretický přehled z dostupných literárních zdrojů.
- Dohodnout se s vedením Terapeutické komunity o začlenění čtyřtýdenního programu do režimu v komunitě a nalézt vhodné časové podmínky pro tento program.
- Získání souhlasu klientů o účasti v pohybovém programu.
- Informování klientů o možném přínosu programu v jejich léčbě v Terapeutické komunitě i mimo ni, popis programu.
- Teoretická příprava o náplni lekcí jednotlivými hrami a možnost vlastní sebezkušenosti z tohoto programu.
- Zadání dotazníků.
- Vyhodnocení a interpretace výsledků měření
- Vyhodnocení hypotéz a cílů.

## 4. Experimentální část

### 4.1 Výzkumné soubory a výzkumné metody

#### 4.1.1 Základní použitý metodologický princip

POMS – Profile of Mood States, ve volném překladu „profil nálady“ je metodou, která je používána k profilování emočních stavů a nálad, zejména v souvislosti s potřebou monitorovat efekty krátkodobých terapií, psychotropní medikace, spánkové deprivace, indukce emocí a podobných experimentálních zásahů do prožívání zkoumaných osob. Zvláště populární se POMS stal v oblasti sportovní psychologie. (cf. e.g. Terry, Lane, Fogarty, 2003)

Původní verze obsahuje 65 adjektiv a je dle této specifiky nazývána 65-ti položková. Byla vydána roku 1981 institucí Educational and Testing Service, U.S.A. Autoři tohoto testu jsou Douglas McNair, Maurice Lorr a Leo F. Droppleman (1971). Při sestavení a standardizaci testu autoři pracovali s psychiatrickými pacienty a se studenty.

Snaha o rychlé sejmутí aktuálních emočních stavů vedla k vytvoření řady krátkých verzí (např. McNair, Lorr, Droppleman, 1981; Shacham, 1983; Terry, Lane, Lane, Keohane, 1999). Tak byla původní 65 položková verze redukována na 37 adjektiv a v českém překladu následně při verifikaci (Stuchlíková, Man, Hagtvet 2005) redukována na 32 adjektiv. Tato 32 položková česká verze byla verifikována (Stuchlíková, Man, Hagtvet 2005) a následně upravena do elektronické podoby s názvem E-POMS. (Adámková, Bartoška 2005)

Ve všech verzích POMS je v profilu obsaženo 6 faktorů:

**T=Tension-Anxiety** (= tenze, úzkost) faktor je definován adjektivy popisujícími somatickou tenzi, která nemusí a může být pozorovatelná (z užitých adjektiv např.: napjatý, neklidný).

**D=Depression-Dejection** (= deprese, sklíčenost) faktor je definován adjektivy popisujícími stavy s depresivním zabarvením, provázené pocitem osobní nedostačivosti (z užitých adjektiv např.: smutný, zbytečný).

**A=Anger–Hostility** (= hněv, nepřátelskost) faktor je definován adjektivy popisujícími stavy hněvu a antipatie k ostatním (z užitých adjektiv např.: otrávený, vzteklý/rozhněvaný).

**V=Vigor–Activity** (= vitalita, aktivita) faktor je definován adjektivy popisujícími ráznost, energičnost, do určité míry i nespecifické pozitivní emoce (z užitých adjektiv např.: plný života, čínorodý).

**F=Fatigue–Intertia** (= únava, netečnost) faktor je definován adjektivy reprezentujícími ochablost, netečnost, malou energii (z užitých adjektiv např.: opotřebovaný, unavený).

**C=Confusion-Bewilderment** (= zmatek, popletenost) faktor je definován adjektivy charakterizujícími zmatenost, kognitivní neefektivitu spojenou s neschopností kontrolovat pozornost (z užitých adjektiv např.: popletený, neschopen soustředit se).

E-POMS je užíván k zjišťování přechodných, krátkodobých (v rozsahu od několika minut po cca týden trvajících) afektivních stavů. Nejčastější užití testu POMS je v jeho variantě „right-now“, kdy je testován aktuální psychický stav, eventuálně jeho změny po krátkodobé intervenci pro zjištění její účinnosti.

#### **4.1.2 Zkoumaná skupina**

Pohybového programu se účastnilo 10 klientů z Terapeutické komunity Podcestný Mlýn, u kterých se dalo předpokládat, že následují 3-4 týdny budou přítomni v Terapeutické komunitě. Tito klienti dopředu souhlasily, že se programu budou účastnit. Skupinu tvořily 4 ženy a 6 mužů. Program se uskutečnil během měsíce dubna a května 2007. Všichni zúčastnění klienti abstinují nejméně 3 týdny a nejdéle 13 měsíců. Věk klientů se pohyboval od 18 let do 32 let. Ve skupině panovalo napětí a velká část klientů mluvila o snížené motivaci k léčbě, větších chutích „brát“ drogy a odejít z léčby.

#### 4.1.3 Měřicí techniky a metody sběru dat

Zkoumaná osoba má za úkol nabízená adjektiva, charakterizující určité afektivní stavy, hodnotit na 5- bodové numerické škále intenzity s verbálním zakotvením (od „vůbec ne“ po „velmi značně“) viz tabulka 1. Většina testovaných je s testem hotova během 3 až 5 minut.

Tabulka 1

0	1	2	3	4
vůbec ne	trochu	středně	značně	velmi značně

Test POMS je sejmuto vždy na začátku a na konci dané intervence, kterou chceme hodnotit (pracovní označení test „A“ a test „B“). Při hodnocení bloku intervencí je vždy testována jednotka na začátku a konci bloku. Jedná se povětšinou o v pořadí druhou a předposlední jednotku testovaného bloku intervence. Je možné, zvláště při delším bloku intervencí, zařadit test i vícekrát během bloku. Je však nutné dodržet předpoklad testování na začátku (A-test) a konci (B-test) jednotky s jejichž rozdílem hrubých skóru je pak při vyhodnocení pracováno.

Při vyhodnocování testu E-POMS pracujeme vždy s hrubými skóru dvojice testů, („A“ a „B“) zadaných na začátku a na konci dané intervence, daného klienta. Tato dvojice testů je autentická právě pro jednoho klienta a v určitém čase realizovanou intervencí.

Formulář k testu E-POMS je uveden v příloze C na str.97.

#### 4.1.4 Sběr dat a analýza dat

Test POMS bude aplikován 3x v průběhu celého kinezioterapeutického programu, obsahujícího 9 terapeutických jednotek (lekci), a to při první, čtvrté a deváté terapeutické jednotce (lekci). Test bude sejmuto vždy na počátku (varianta A) a konci (varianta B) jedné totožné terapeutické jednotky. U každého klienta tak budou sejmuty dvě vzájemně porovnatelné hodnoty hovořící o možné změně aktuálního psychického stavu daného klienta na základě právě proběhlé kinezioterapeutické jednotky. Tyto změny aktuálního psychického stavu daného pacienta budou zaznamenány a popsány v grafech a tabulkách.

#### 4.1.5 Řešení zvláštních situací

Během programu se dá očekávat, že některý z klientů odmítne se určité aktivity účastnit. V takové situaci bude mít možnost se účastnit aktivity pasivně tzn. může měřit čas, dělat záchranu, apod. Při komunitním setkání nebo reflexí po programu dostane možnost reflektovat důvod, z jakého mu dělalo potíže se programem aktivně účastnit, jak se cítil.

#### 4.2 Sestavení pohybového programu

K sestavení tohoto programu vycházím z Diplomové práce Kirchnera (2001). Na základě předeslaných teoretických podkladů a východisek jsem při realizaci kurzu vycházela z několika podobných předpokladů, které jsem chtěla, aby byly dodrženy:

- Program pro klienty musí být zařazen minimálně ve druhé fázi léčení (po detoxikační kúře tj. ve 3-10 týdnu hospitalizace viz. dělení v kinezioterapii. V Terapeutické komunitě to v praxi znamená po 14 dnech detoxikace).
- Skupina, která absolvuje program musí být uzavřená tj. nikdo nesmí do programu vstoupit v jeho průběhu.
- Skupina je oboupohlavní.
- Délka trvání kurzu je 3 týdny, přičemž každý týden proběhnou 3 lekce tj. celkem 8-10 lekcí (v závislosti na časových podmínkách a počasí).
- Program jednotlivých lekcí bude vždy trvat 60-90 minut.
- Účast klientů, kteří budou vybráni k absolvování programu bude povinná.
- Počet klientů v jedné lekci neklesne pod 8 a nepřesáhne počtu 16.
- Klienti budou ve stabilizovaném psychickém i somatickém stavu.

Z předchozích bodů vyplývá, že požadavků které je třeba dodržovat není málo. Proto je zřejmé, že realizace tohoto programu byla velice obtížná vzhledem k tomu, abychom dodrželi předem daná kritéria výběru. Kritéria, která jsem stanovila, nám určila skupinu se kterou budu pracovat, ale současně vycházela z možností terapeutické komunity. Mimo výše jmenované byly i další omezující faktory, které jsem musela akceptovat, a které omezovaly ve volbě a výběru jednotlivých aktivit. Mezi ty to faktory patří:

- Prostorové možnosti pro realizaci jednotlivých lekcí,
- materiální vybavení,
- momentální počasí .

#### **4.2.1 Výběr aktivit**

Při výběru aktivit do programu kurzu jsem vycházela z příkladu třítydenního programu Diplomové práce Kirchnera (2001). Jednotlivé aktivity musí splňovat tyto požadavky:

- Jednotlivé aktivity v programu na sebe musí logicky navazovat,
- rozdělení aktivit do tří bloků: blok úvodní - „zahřívací aktivity“, blok důvěry a iniciativních problémových her a blok lanových drah,
- obtížnost aktivit (zejména lanových drah a her na důvěru) musí být na horní hranici možnosti pacientů.

Pro výběr aktivit jsou především použity dvě stěžejní publikace Jana Neumana: Překážkové dráhy, lezecké stěny a výchova prožitkem (Portál 1999) a Dobrodružné hry a cvičení v přírodě (Portál 1998).

V těchto publikacích je podán ucelený přehled aktivit, které se mohou použít v programech obdobných kurzů. V podstatě lze říci, že program jednotlivých kurzů se dá vybrat pouze z těchto dvou publikací. Tyto knížky také obsahují teoretický úvod do problému a metodické rady pro uvádění her a cvičení a pro stavbu lanových a překážkových drah.

#### **4.2.2 Aktivity v jednotlivých blocích**

Bloky byly zvoleny tak, aby byla respektována fyziologická hlediska.

Tzn., že na úvod byly zvoleny aktivity, které připraví organismus na pozdější vysokou zátěž. První blok měl převážně za cíl rozehrátí a rozcvičení organismu. Je to nutné i k navození dobré atmosféry v kolektivu.

Druhý blok (blok důvěry a iniciativních problémových her) byl již náročnější jak po fyzické, tak po psychické stránce. Pacienti byli postaveni před problém, který museli vyřešit nejenom pomocí svých intelektuálních možností, ale i pomocí svých fyzických dispozic.

Třetí blok (blok lanových drah) byl nejnáročnější, protože zde byly prvky rovnováhy a v pozdějších lekcích i prvek expozice. Lanové dráhy dělíme na nízké a vysoké. Některé nízké lanové dráhy můžeme efektivně využít i po přenesení do výšky jako vysoké lanové dráhy. Samozřejmě, že výška dodává značnou obtížnost těmto drahám. Musíme ovšem myslet na to, že ne všechny nízké lanové dráhy se dají účelně využít i ve výšce. Nejdříve zařazujeme nízké lanové dráhy a až poté vysoké lanové dráhy. Velká výhoda těchto aktivit

je, že se dají velice jednoduše ztížit např. úpravou vstupních podmínek (vypnutí lana, vzdálenost lan...).

V jednotlivých lekcích jsou pouze aktivity, které jsou publikovány v knížkách Jana Neumana a proto je dodrženo i pojmenování, která jsou uváděna v těchto publikacích.

Náplň kinezioterapeutického programu je v příloze D na str.98.

#### **4.2.3 Postavení terapeuta v programech**

Jedním ze složitých problémů, se kterým jsem se při realizaci tohoto programu setkala, byl přístup, jaký má zaujmou terapeut (vedoucí programu, který uvádí jednotlivé aktivity) ke klientům v průběhu programu.

Kirchner (2001) ve své Diplomové práci uvádí shodně s Nešporem (1999), jako vhodný přístup facilitace. Facilitace znamená méně zásahů terapeuta a více zásahů společenství. Vztah pacienta a facilitátora je vztahem spolupráce. Facilitátor vede nemocného naznačováním možností, motivací k zajímavé činnosti (stojí to za pokus). Důraz je kladen na motivaci, přitažlivost a identifikaci, na pozitivní posilování, není kladen nátlak na klienta.

Tento přístup se mi osvědčil do chvíle, kdy klient odmítal spolupracovat a terapeut byl nucen program ovlivnit s větším direktivním nastavením z důvodů ovlivňování ostatních klientů i stoupáním napětí v samotném klientovi. Jedním z velmi důležitých momentů je, aby alespoň z počátku jednotlivé lekce byly účastni 2 terapeuti. Vedoucí terapeut uvede aktivitu a poté nechá na kolektivu, jak se s ní vypořádá. Následné dohlížení na bezpečnost, dodržování daných pravidel a na povzbuzování a motivování zúčastněných je zapotřebí i druhého terapeuta.

Je třeba také stále upozorňovat na bezpečnost a na to, aby si účastníci navzájem dávali záchranu. Nemá cenu, jestliže jeden momentálně aktivně provádí daný úkol a všichni na něj koukají. Všichni ostatní, kteří jsou „v nečinnosti“ dávají záchranu a povzbuzují ostatní.

## 5. Prezentace výsledků

### 5.1 Popis skupiny

Programu, který probíhal od dubna do května 2007 se účastnilo 10 klientů 4 ženy a 6 mužů. Minimální doba abstinence u těchto klientů byla 3 týdny a maximální 13 měsíců. Znamená to, že programu se účastnili klienti 0.-2. fáze léčby dle řádu Terapeutické komunity. Věk klientů je 18 – 33 let. Skupina byla uzavřená. Klienti komunity dali souhlas s účastí na tomto programu.

Skupina touto dobou procházela fází, kdy se klienti uzavírají do sebe, odmítají verbální i ineverbální kontakty. Klienti, kteří byli delší dobu v léčbě, neplnili své povinnosti, ke svým úkolům nepřístupovali zodpovědně, sami vědomě porušovali pravidla. Začátkem programu, byli klienti 2. fáze sesazeni do nižší fáze za neplnění náplně své fáze. Tito klienti byli následně v odporu a nesouhlasili s rozhodnutím terapeutů. Došlo také k porušení abstinence v léčbě u jednoho z klientů a ten byl vyloučen. Na začátku programu bylo ve skupině zvýšené napětí a panovala vzájemná nedůvěra. Většina klientů mluvila o chutích na drogy a chutích vzdát léčbu a jít znovu brát.

Očekávání klientů od programu:

- Pobavení se,
- vzájemně se poznat a naučit se novým věcem,
- nuda,
- strach..

### 5.2 Interpretace

V této části se zaměřím na 3 klienty, účastníky kinezioterapeutického programu. Jména těchto klientů nejsou uvedena z důvodu ochrany jejich osobních dat.

#### 5.2.1 Klient 1

**Pohlaví:** muž

**Věk:** 33 let

**Stav:** rozvedený

**Dítě:** chlapec 6 let

**Rodina:** Klient 1. žil před léčbou v podnájmech, v tzv. toxi bytech. Matka má potíže s alkoholem. Nemá žádné zázemí. Má problémy s autoritami.

**Zájmy:** kondiční cvičení

**Doba abstinence:** 3 měsíce

**Doba braní drog:** 13 let

**Diagnóza:** Syndrom polymorfní závislosti s preferencí alkoholu a metamfetaminu.

### **Průběh a zapojení se klienta 1 do programu:**

Klient 1 před 1. lekcí odmítá vyplňovat dotazník. Je podezřívavý, sděluje, že nebude nikomu dělat „pokusného králíka“. Má agresivní slovní projev, dává najevo svoji nedůvěru a s neustálým agresivním podtextem. Ptá se k čemu tohle všechno je, jaký to má pro něho osobně smysl, ačkoliv byla celá skupina včetně něho obeznámena s obsahem programu, k čemu by jim mohl a komunitě být a všichni souhlasili s účastí na tomto programu. Dopředu si sám odpovídá a program před skupinou shazuje. Při první lekci se odmítá jak aktivně tak pasivně účastnit programu, stojí bokem skupiny, na výzvu terapeuta reaguje opět již i neverbálními posunky rukou agresivně. Psychický tlak v sobě nevydrží a odchází z programu úplně. Chce svoje napětí tak jak to řešil vždy během léčby v komunitě, řešit s jiným terapeutem, který mu však sděluje, že se má teď účastnit programu, který je pro něho závazný. Klient 1 se vracel do programu ve chvíli, kdy se však již vyplňovaly závěrečné dotazníky. Po lekci svolávám mimořádné komunitní setkání z důvodu chování klienta 1. Sděluje, že se do programu pak již zapojit chtěl. Opět je slovně agresivní sděluje, že mu vadí moje přítomnost, nesnáší mě, cokoli řeknu nebo s čímkoli přijdu je nesmysl, vadí mu jak vypadám, důvod neví. Při programu myslel, že mě i fyzicky napadne. Křičí na mě. Skupina je jeho projevem zaskočena, všichni mlčí, jen jedna z klientek sděluje, že by s tímto postojem měl něco udělat jinak zde nevydrží. Klient 1 chce z léčby odejít, ale zatím zůstává. Po poradě s ostatními terapeuty je klient 1 za nerespektování terapeuta a za agresivní chování podmínečně vyloučen z terapeutické komunity. S klientem 1 jsou později vedeny rozhovory o tom, co mu brání účastnit se tohoto programu a co ho vede k tomu, že mě nerespektuje a chová se vůči mně agresivně. Při jednom z rozhovorů mi klient na svoji obhajobu sděluje, že nikdy se ho v životě nikdo moc fyzicky nedotýkal. Otec se s ním loučil pro něj dodnes nepříjemným způsobem, jeho dotyk má spojený s nepříjemným pachem. Nezná a neměl ženskou autoritu, matka má problémy

s alkoholem. V současné době ho jeho bývalá žena ponižuje a nechce mu dávat do péče jejich dítě.

Klient při reflexích také sděloval, že se cítil stranou. Bylo mu to na jednu stranu líto, ale nedokázal to překonat. Měl velký vztek.

Tato situace byla bezprostředně řešena na supervizi s kolegy se závěrem: To, jak se při programu klient choval, byl důsledek dlouhodobého přehlížení podobného chování i vůči ostatním terapeutům a klientům. Programu se dále budou účastnit vždy 2 terapeuti. Klientovi je třeba jasně dát hranice kam ještě může jít a kam už ne. Při další lekci věnuji čas tomu, že vysvětluji, co to znamená pasivní účast při programu. Klient 1 se dalších lekcí účastní, je ve zjevném napětí. Účastní se aktivně všech her. Při problémových hrách stojí však spíše stranou a vyčkává až co ostatní vymyslí a pak s nimi úkol splní. Z jeho projevu lze vyčíst, že ho baví zvláště pohybové a silové hry a že se i příjemně baví. Přesto až téměř dokonce programu si drží svoje postavení a dává si záležet na tom, aby na něm nebyly poznat pozitivní emoce. Při jednom z individuálních rozhovorů sděluje, že má strach, že by byl pak zranitelnější, a chce aby ostatní poznali, že byl naštvaný. Klient během posledních lekcí oznamuje, že je rád, jak se dokázal do programu zapojit, zvládl být „ovcí ve stádu“, jak popisuje a cítit se v něm dobře. Cítil větší sounáležitost se skupinou. V mezidobí programu se však choval agresivně vůči jedné z klientek a byl opět podmínečně vyloučen. Tato situace byla pro něho velmi těžká a opět opustil program a chtěl odejít z léčby. Nakonec se tyto emoce jako vztek, pocit nespravedlnosti a zmatku podařilo zvládnout a v Terapeutické komunitě nadále zůstat. Klient získal částečně náhled na své chování, kdykoliv se cítí někým ohrožen, je na něho agresivní, naštvaný, chce odejít brát drogy, poté má výčitky svědomí. Pokrok je v tom, že nyní uvažoval že by nešel brát drogy, ale přešel by na jiný typ léčby. Změna je také to, že Petr po lekci nevyžadoval individuální rozhovor, ale byl schopen si napětí ustát sám.

**Tabulka č. 2: Výsledky dotazníku E-POMS 1. Lekce - klient 1**

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	0	0	0
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	0	0	0
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	0	0	0
F - Fatigue -(únava, netečnost)	0	0	0
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	0	0	0
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	0	0	0

Tabulka č.2 ukazuje na klientovo odmítnutí vyplňování dotazníků.

**Tabulka č. 3: Výsledky dotazníku E-POMS 4. Lekce - klient 1**

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	16	4	12
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	11	2	9
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	23	0	23
F - Fatigue -(únava, netečnost)	7	2	5
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	1	8	-7
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	6	4	2

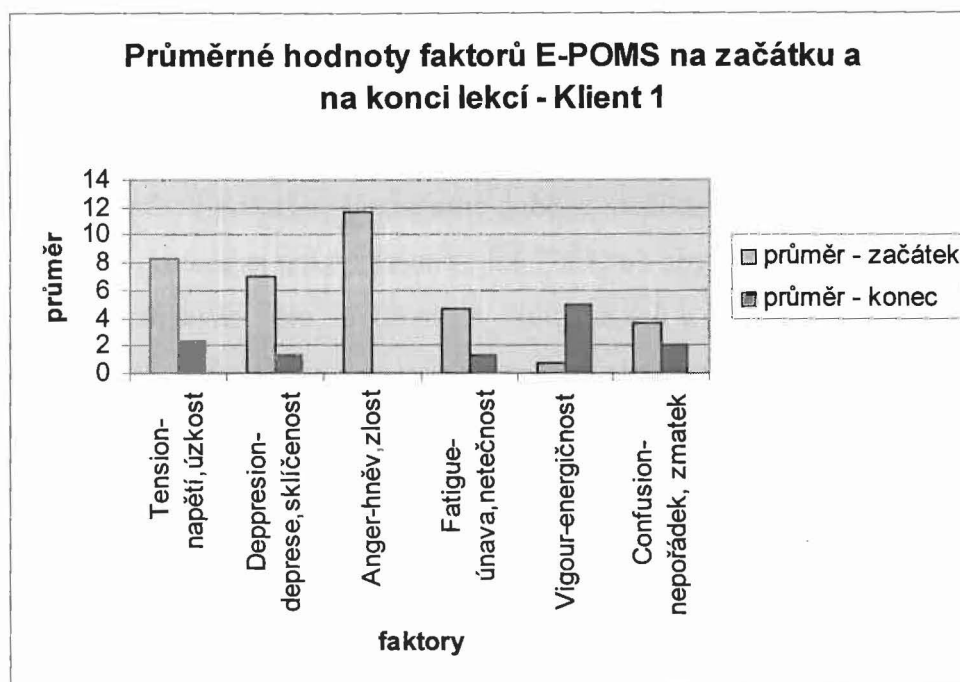
Tabulka 4. lekce ukazuje na velké rozdíly u faktorů Tension, Depression a Anger na začátku a na konci lekce, kdy na začátku jsou skóre velmi vysoké a na konci o poznání nižší. Toto může vycházet z naštvání se klienta na opětovné vyplňování dotazníku na začátku lekce, jeho velký pocit nejistoty, strach a nechut' se zapojovat do neverbálních technik jako byla v komunitě již dříve např. Dramaterapie. Faktor Vigour nebo-li energičnost se výrazně na konci lekce zvýšil, což mohlo být tím, že se mu zvýšilo sebevědomí z toho, že se dokázal celého programu aktivně účastnit bez agresivních projevů. To, že vyplnil dotazník na začátku i konci lekce značí také o větší schopnost spolupráce.

**Tabulka č. 4: Výsledky dotazníku E-POMS 8. Lekce - klient 1**

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	9	3	6
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	10	2	8
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	12	0	12
F - Fatigue -(únava, netečnost)	7	2	5
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	1	7	-6
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	5	2	3

U této lekce faktor Anger je ve všech hodnotách téměř o polovinu nižší než u měření lekce 4., klient se již lépe dokáže vyrovnat s tímto pohybovým programem, dokázal se již jeho podmínkám více přizpůsobit a projevil větší snahu spolupracovat, což ukazuje i faktory Tension a Depression. Je zřejmá úzkost z nového dění, která se po programu snižuje. Klientovi program přináší zvýšenou energičnost.

**Graf č. 1**



Na tomto grafu jsou zaznamenané průměrné hodnoty jednotlivých faktorů na začátku a na konci lekcí. Všechny faktory jsou na konci lekcí nižší než na jejich začátku. Nejpatrnější je rozdíl u faktoru Anger dále Tension a Depression.

V příloze A na grafu č.8 pro lepší názornost změn a rozdílů je vidět lineárně zaznamenaný vývoj jednotlivých faktorů z dlouhodobého pohledu vývoje během pohybového programu u tohoto klienta.

### 5.2.2 Klient 2

**Pohlaví:** muž

**Věk:** 28 let

**Stav:** svobodný

**Děti:** bezdětný

**Vzdělání:** nedokončená střední průmyslová škola

**Doba abstinence:** 6 měsíců

**Doba braní drog:** 10 let

**Rodina:** klient žil s matkou jejím přítelem a babičkou, jeho biologický otec ho opustil ve věku 2 let, od té doby se s ním nestýká. Těsně před nástupem na léčbu žil na ulici nebo v azilovém domě. Matka sděluje, že klient již od svých 7 let se chová neadekvátně tzn. bije

**Zájmy:** klient se od dětství věnoval sportovním aktivitám: aktivně hrál tenis, hokej, kanoistiku a rekreačně volejbal.

hlavou do zdi. Před léčbou vydržel pracovat nejdéle 3 roky jako dělník v menší skupině lidí. Byl několikrát podmínečně trestán za krádeže.

**Zdravotní stav:** ve 13 letech byl poprvé v kontaktu s psychiatrií a hospitalizován pro Schizoafektivní poruchu. V současné době je medikamentózně léčen antipsychotiky. Před nástupem do terapeutické komunity již 7 měsíců abstinoval v psychiatrické léčebně, kde byl hospitalizován pro závislost na stimulantech a kde mu byla také přidělena diagnóza schizofrenie. Doba abstinence v době programu je 13 měsíců.

**Diagnóza:** Nediferencovaná schizofrenie

Syndrom závislosti na stimulantech (metamfetaminu)

### **Průběh a zapojení se klienta 2 do programu:**

Při vyplňování dotazníku potřeboval klient více času než ostatní klienti, zodpovědně dotazník vyplňoval, dostával se do úzkostí, když věděl, že je poslední, kdo nemá dotazník vyplněn. Před první lekcí byl psychicky dekompenzován, sděloval že mu není dobře a zda by si nemohl jít lehnout. Tento stav se mu opakuje asi 3x týdně, kdy má sám pocit, že by potřeboval být mimo program, ne vždy mu tato izolace však prospěje, mnohdy spíše naopak se mu jeho „hlasy“ a halucinace ještě zhorší. Klienta jsem tedy vedla k tomu, aby se pokusil programu přesto účastnit. Aktivně se účastnil celé lekce i přes napětí ve skupině, ačkoliv se nijak výrazně neprojevoval. Při reflexích po lekci sděloval, že mu vadí to napětí, co tady je a má strach z klienta 1 (klient, viz výše). Program se mu líbil. Klient sám neodpovídá reaguje až na výzvu terapeuta k reflexi. Během dalších reflexí po lekcích sděluje: baví mě to, jsem rád, že to tady je. Dělá mu potíže sdělit jakoukoliv negativní reflexi. Během her se nijak neprosazuje, čeká až co skupina vymyslí. Při hrách nejsou patrné žádné psychotické příznaky. Jedná adekvátně a reaguje přiměřeně. Po lekcích se nestalo, že by se jeho stav viditelně zhoršil a vyžadoval hospitalizaci či úlevu z programu. Klient se účastnil celých lekcí, nevyžadoval jít si lehnout do postele na rozdíl od jiných programů v komunitě. Klient zůstává v léčbě i vzhledem k jeho odlišnosti od ostatních klientů komunity kvůli jeho duální diagnóze a jejím důsledkům v projevech chování. Po polovině programu začal být během lekcí aktivní, sám si hledal partnera ke hře ve dvojici, navrhoval řešení problémových her, ačkoliv si názor neprosadil. Líbilo se mu překonávat

lanové dráhy. Při jedné z reflexí sděluje, že mu to zvedlo sebevědomí, jak překonal tu lanovou dráhu. Začíná sdělovat své pocity a názory sám, bez výzvy od terapeuta ačkoliv často vyznívají tak, že tím co říká se chce terapeutovi zalíbit. Někdy jsou jeho reflexe mimo celkové ladění ve skupině a skupina na to reaguje rozpačitě, u některých se rozpaky projevují smíchem. Při dalším vyplňování dotazníků nemá klient problém, pomáhá s přípravou hřiště. Sděluje, že vyplňování dotazníku ho nebaví (po 3. lekci).

**Tabulka č.5: Výsledky dotazníku E-POMS 1. lekce – Klient 2**

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	6	0	6
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	3	1	2
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	6	0	6
F - Fatigue -(únava, netečnost)	9	0	9
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	6	8	2
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	4	3	1

Na začátku programu u 1. lekce je faktor Confussion nejvyšší, což je zřejmě tím, že klient se začíná účastnit nového programu, jedná se o změnu, neví, co ho čeká. Na to samé může poukazovat i faktor Tension. Faktor Fatigue-únavy může poukazovat na klientovu potřebu a žádost před programem se ho neúčastnit, pro zhoršení jeho psychického stavu. Je však možné, že tím, že se programu přesto účastnil se jeho stav stabilizoval, byl v kontaktu s realitou a proto tento faktor na konci lekce dosahuje nulových hodnot. Anger na začátku s 6 body a na konci s nulou, značí to, že klient mohl být na začátku lekce naštvaný, že si nemůže jít odpočinout do svého pokoje a že mu tedy nebylo vyhověno, na konci programu však již tyto pocity neměl a byl rád za to, že tyto pocity překonal.

**Tabulka č.6: Výsledky dotazníku E-POMS 4. lekce – Klient 2**

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	0	5	-5
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	0	1	-1
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	0	1	-1
F - Fatigue -(únava, netečnost)	0	1	-1
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	7	2	5
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	3	3	0

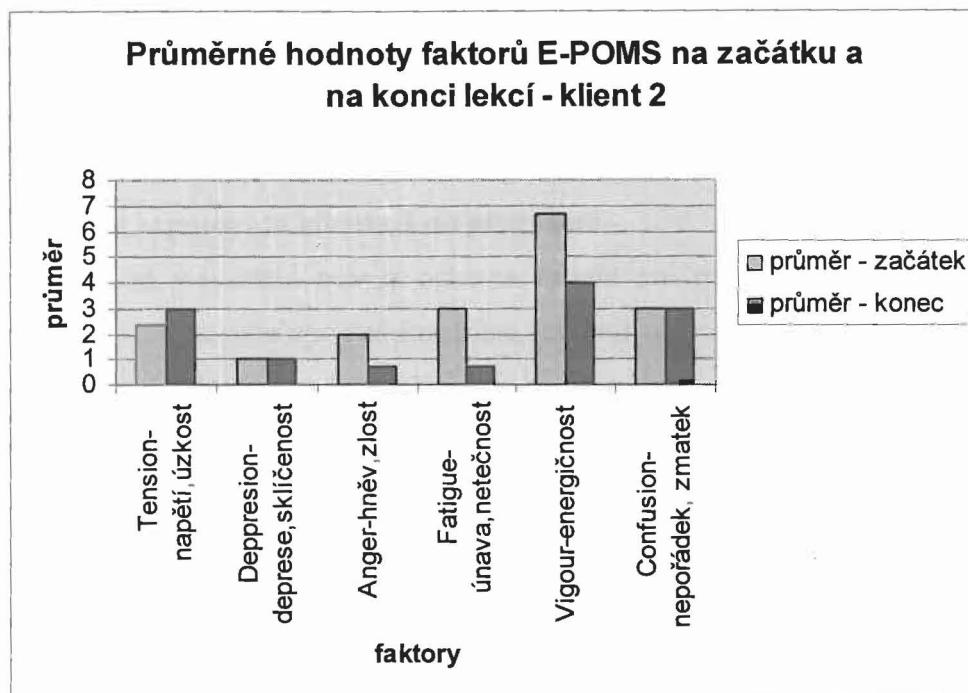
Tension- úzkost se na konci lekce zvýšila, což může být důsledek neschopnosti si prosadit vlastní názor-řešení úkolu při hře nebo sám sebe prosadit více ve skupině. Klienta mohly také zúzkostňovat nové situace, do kterých se během lekce dostal a tak přímo zhoršit jeho psychický stav (hlasy a halucinace), což po kinezioterapeutickém programu nebylo však nijak patrné.

**Tabulka č.7: Výsledky dotazníku E-POMS 8. lekce – Klient 2**

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	1	4	-3
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	0	1	-1
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	0	0	0
F - Fatigue -(únava, netečnost)	0	1	-1
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	7	2	5
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	2	3	-1

Klient má potíže s vyjadřováním toho jak se cítí, tedy zhoršené sebevnímání, což je možné číst také z nulových hodnot na začátku lekce. Ve výsledcích tabulky se také může projevit nechuť vyplňovat tento dotazník. Na začátku chuť spolupracovat projevující se energičností – Fatigue a na konci zvýšená únava a tím také větší Tension – úzkost.

## Graf č. 2



Na tomto grafu jsou zaznamenány průměrné hodnoty jednotlivých faktorů na začátku a na konci lekcí. Faktor Tension je v průměru na konci lekcí vyšší. Depression ukazuje nezměněnou hodnotu stejně jako faktor Confusion, ostatní faktory ukazují na průměrné hodnoty nižší na jejich konci než na začátku lekcí.

V příloze A na grafu č. 9 pro lepší názornost změn a rozdílů je vidět lineárně zaznamenaný vývoj jednotlivých faktorů z dlouhodobého pohledu vývoje během celého pohybového programu u tohoto klienta.

### 5.2.3 Klient 3

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 31 let

**Stav:** svobodná

**Vzdělání:** středoškolské a obchodní nástavby nedokončené

**Rodina:** klientka vyrůstala v úplné rodině s o rok mladší sestrou, mluví o agresivním chování otce, bil ji, rodiče se rozvedli, když jí bylo 20 let.

**Doba braní drog:** 12 let s menšími přestávkami

**Doba abstinence:** 4 měsíce

**Zdravotní stav:** léčena Antipsychotiky a Antidepresívy. Před nástupem na léčbu bydlela sama. Od dětství se potýká s nadváhou.

**Diagnóza:** Syndrom polymorfní závislosti (metamfetamin, alkohol, canabinoidy).

Emočně nestabilní osobnost, hraniční typ, nikotinismus.

### **Průběh a zapojení se klienta 3 do programu**

Klientka se v 1. lekci nebyla ochotna zapojit ani pasivně do programu. Rebelovala a snažila se tak na sebe upoutat pozornost, na její výzvu alespoň pasivní účasti nereagovala. Při reflexích sděluje, že ji to připadalo trapné najednou si hrát, že má k někomu důvěru, když to tak není. Trapné znamenalo to, že ostatním kolem sebe nevěří tak neví proč by měla najednou si hrát nato, že je tomu jinak. Měla strach z jednotlivých her, vadilo ji, že si měla vybrat někoho do dvojice a od této hry odstoupila. Styděla se za svoje tělo a za svůj projev. Při několika dalších lekcích se účastnila pasivně a pozorovala skupinu, tato role ji jak sděluje vyhovovala, cítila se při ní bezpečně. Během těchto lekcí však měla vůči ostatním průpovídky nejdříve se snažila program shazovat a pak i klienty. Smála se jim, že vypadají jak „dementi“, nemá to cenu, je to nesmysl, ztěžovala skupině podmínky při řešení problému, když měla za úkol kontroly skupiny. Při reflexích sděluje, že je pro ni stále těžké, aby se ji někdo dotýkal a ona někoho, má strach. Později však říká, že měla strach, že si ji nikdo nevybere při rozdělování hráčů do skupin nebo do dvojic, měla strach z odmítnutí. Přesto si dala sama za úkol se dalších lekcí účastnit aktivně (od 4. lekce).

Další společné úkoly vzdávala a měla nadále mít tendenci být mimo skupinu a spíše komentovat její dění, hry vzdávat. Při individuálních pohybových hrách potíže neměla a účastnila se jich ráda. Na závěr přesto klientka sděluje, že je ráda, že svoje osobní hranice překonala a účastnila se společných her. Cítila se tak být skupinou braná a více ji věří. Když má dojít k bližšímu fyzickému kontaktu ve skupině je to pro ni stále nepříjemný zážitek, který chce ale překonávat. Klientka se značně zlepšila v oblasti sebevnímání a spolupráce. Snížil se jí před lekci faktor Tension.

**Tabulka č.8: Výsledky dotazníku E-POMS 1. lekce – klient 3**

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	7	19	-11
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	10	20	-11
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	7	24	-17
F - Fatigue -(únava, netečnost)	9	11	-2
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	4	4	0
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	5	16	-11

Tato tabulka ukazuje na měření na začátku 1. lekce (A), na jejím konci (B) a jaký je mezi nimi rozdíl. Je zřejmé, že faktory Tension, Depression, Anger, Fatigue a Confussion se na konci lekce zvýšily. Největší rozdíl je patrný u faktoru Anger, ukazující na hněv, zlost. Toto vychází z odmítnutí klientky zapojit se do her a devalvování programu. Dále Tension, Depression a Confussion, které mají stejný rozdíl mohou poukazovat na uvědomění si klientky, že porušila určitá pravidla, vyčlenila se z kolektivu a upoutala na sebe tak pozornost. Zřejmě si také neuvědomovala, co ji k takovému chování vedlo.

**Tabulka č.9 Výsledky dotazníku E-POMS 4. lekce – klient 3**

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	18	16	2
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	19	18	1
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	22	19	3
F - Fatigue -(únava, netečnost)	15	15	0
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	1	0	1
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	13	13	0

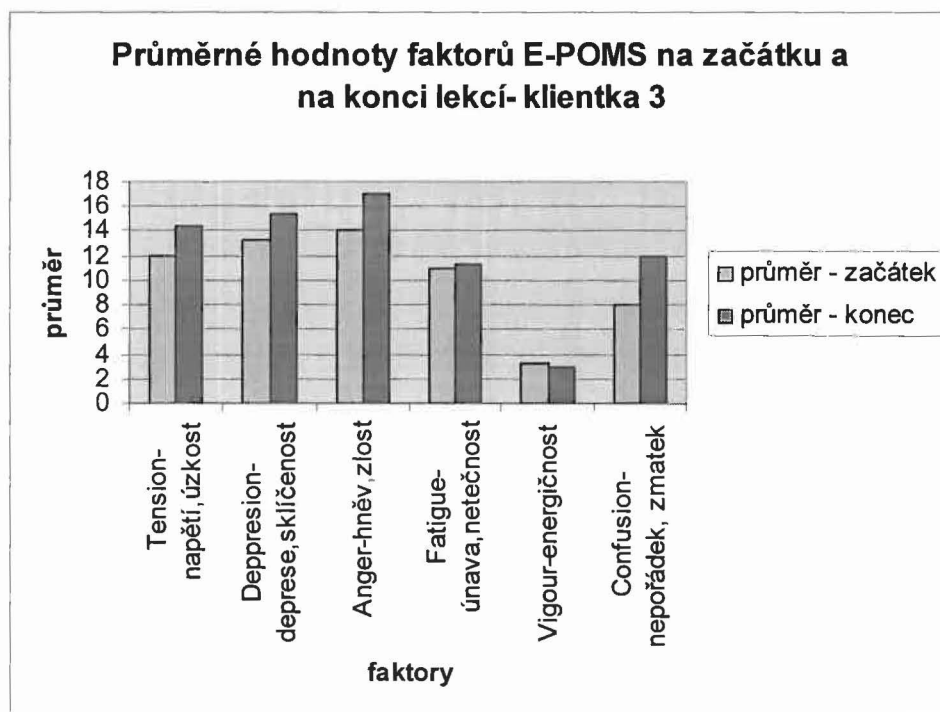
Měření u 4. lekci ukazuje na stále velké hodnoty u faktorů Tension, Depression, Anger, které mohou souviset s tím, že klientka v sobě stále řešila vnitřní odpor k těmto hrám a celému programu. Na konci lekce se tyto faktory však snížily, což ukazuje na možnost uspokojení sama sebe a překonání vlastních hranic, zábran. Rozdíl obou měření je nižší, což může značit nižší míru působení programu.

**Tabulka č.10: Výsledky dotazníku E-POMS 8. lekce – klient 3**

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	11	8	3
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	11	8	3
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	13	8	5
F - Fatigue -(únava, netečnost)	9	8	1
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	5	5	0
C - Confusion - (nepořádek, zmatek)	6	7	-1

Konec programu, na který ukazuje měření u 8. lekce je patrné, že rozdíly v měření nejsou tak výrazné. Začátek lekce již nebyl pro ni tolik stresující a během lekce došlo ke zkliďnění, což mohou poukazovat nižší hodnoty u faktorů Tension, Depression, Anger na konci lekce. Klientka je jistější v oblasti sebevnímání a více spolupracuje se skupinou.

**Graf č.3**



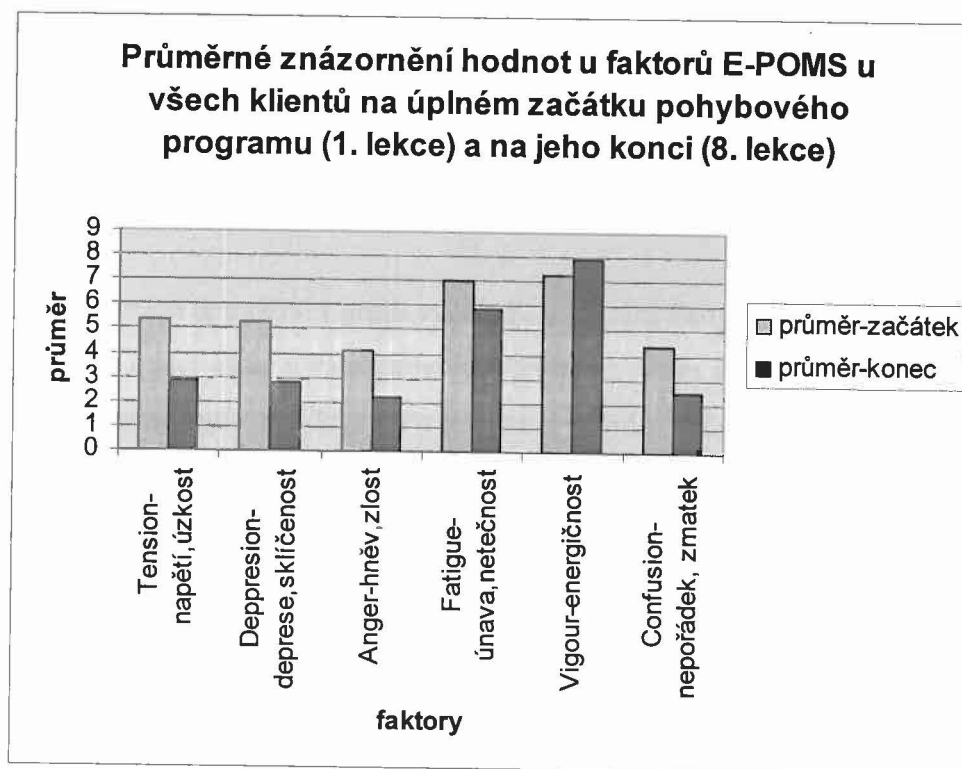
Na tomto grafu jsou zaznamenány průměrné hodnoty jednotlivých faktorů na začátku a na konci lekcí. Všechny faktory jsou na konci lekcí v průměru vyšší na konci lekcí než na jejich začátku, kromě faktoru Vigour. Jednotlivé lekce toto však neukazují a toto

zprůměrnění výsledky zkrusluje. U tabulek viz výše je možné vidět, že u jednotlivých faktorů na konci lekcí je kromě 1. lekce vždy nižší nebo stejná hodnota než na jejím začátku.

V příloze A na grafu č. 10 pro lepší názornost změn a rozdílů je vidět lineárně zaznamenaný vývoj jednotlivých faktorů z dlouhodobého pohledu vývoje během pohybového programu u této klientky.

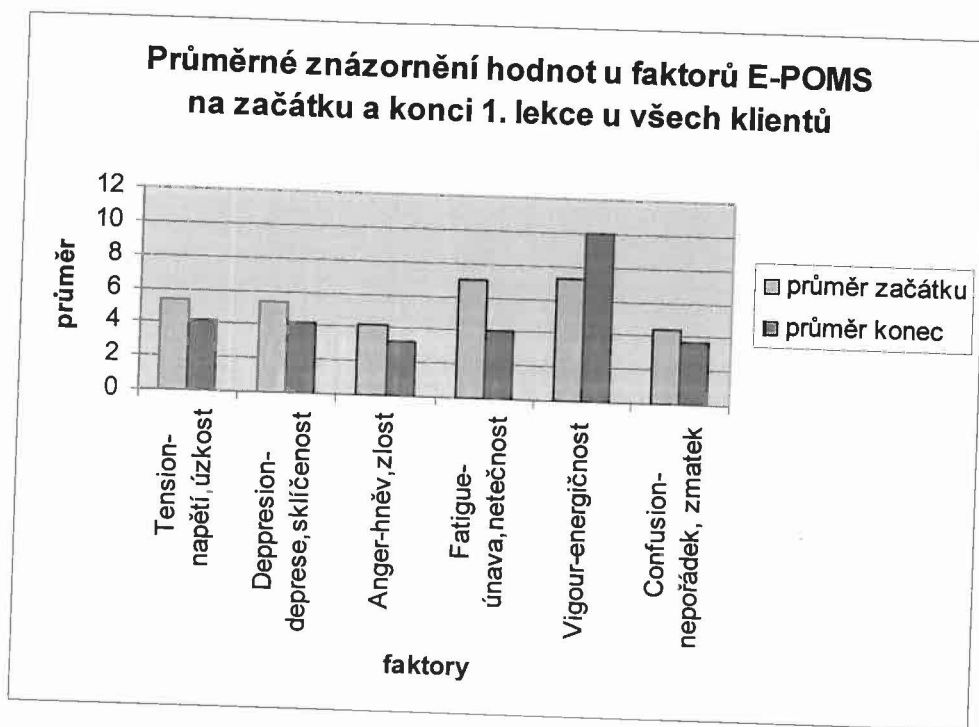
#### 5.2.4 Výsledky měření u všech klientů

Graf č. 4



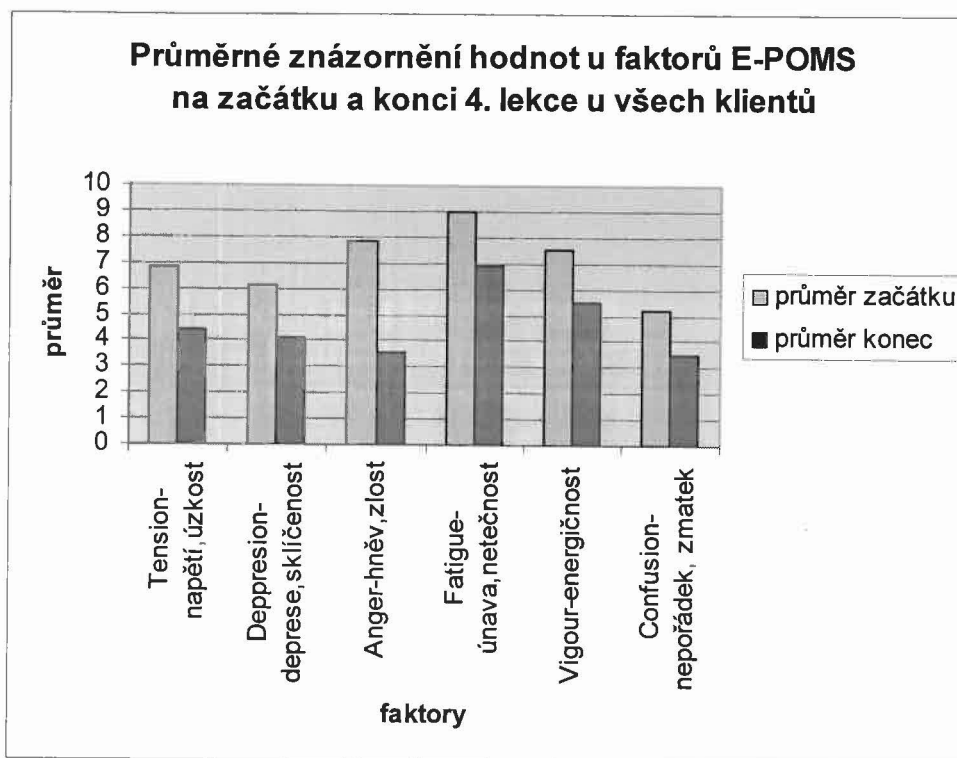
Tento graf ukazuje průměrné výsledky měření faktorů E-POMS u všech klientů na začátku programu a na jeho konci. Je možné vyčíst, že faktory Tension, Depression, Anger, Fatigue a Confusion jsou na konci pohybového programu na nižších hodnotách oproti začátku programu. Nejpatrnější rozdíl je možné vidět u faktorů Tension, Depression a Anger.

Graf č. 5



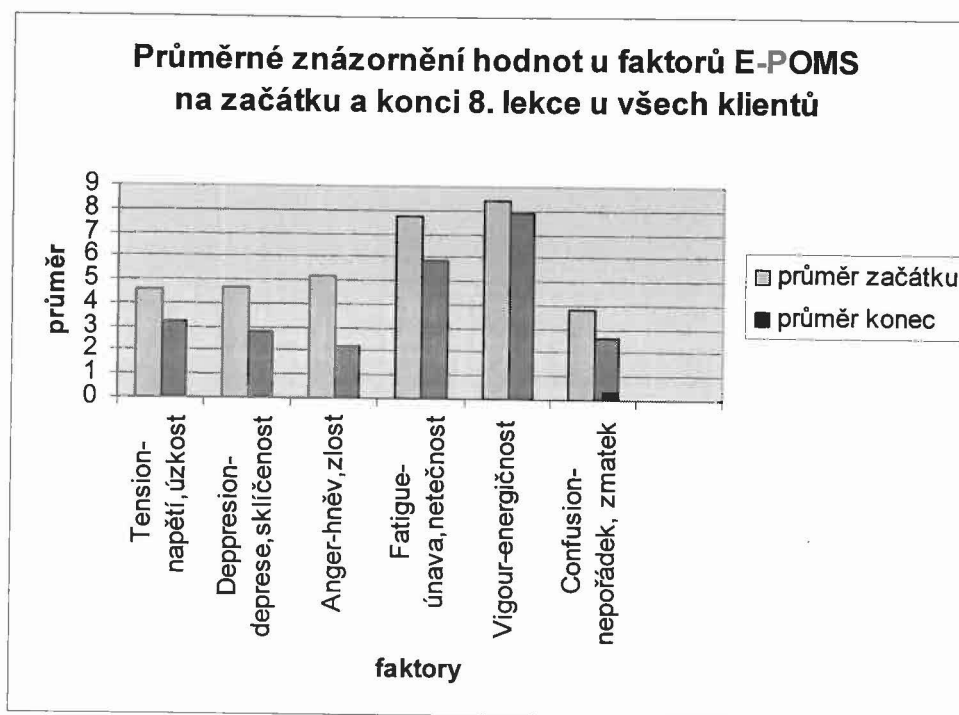
Po první lekci je možné z grafu vyčíst, že u faktoru Fatigue došlo k výraznějšímu snížení únavy na konci lekce u všech klientů v průměru. S tím souvisí zvýšení hodnot u faktoru Vigour rovněž na konci lekce. Po této lekci je vidět malý rozdíl u faktorů Tension, Depression, Anger a Confusion, což může být důsledkem konfliktu během a na začátku této lekce.

Graf č. 6



Na tomto grafu jsou zaznamenány průměrné hodnoty u všech klientů měřených faktorů z poloviny programu. Nejpatrnější rozdíl je u faktoru Anger. Nejvyšších hodnot dosahuje na začátku měření faktor Fatigue, který je na konci lekce nižší. Tento graf ukazuje na to, že v půlce pohybového programu je na začátku lekce přítomna vysoká hodnota tenze ukazující faktor Tension, který se na konci lekce snížil. Toto může být důsledkem nepohody, která vychází z předcházejících událostí a konfliktů v komunitě.

Graf č. 7



Na konci pohybového programu, což ukazuje tento graf, dosahuje faktor Tension na začátku lekce nejnižších hodnot z celého programu. Je tedy možné, že klienti si již zvykli na program a vědí, co od něho očekávat. Nejvyšších hodnot dosahuje faktor Vigour na začátku 8. lekce stejně tak jako na jejím konci s velmi nepatrným rozdílem. Největších rozdílů dosahuje faktor Anger a dále Depression.

V příloze B od str.90 je možné v tabulkách vidět výsledky jednotlivých klientů u 1.4. a 8. lekce a jejich rozdíl.

### **5.3 Materiální a finanční zabezpečení pohybového programu**

Jednotlivé lekce proběhly v prostředí Terapeutické komunity a jejím okolí. Program jsem realizovala ve své pracovní době, za běžnou hodinovou mzdu v rámci tabulkového platu. Programu se za stejných podmínek účastnil ještě jeden terapeut. Z materiálního vybavení bylo zapotřebí statické lano, sedáky, karabina, které jsem si bezplatně vypůjčila. Ostatní pomůcky jako např. šátky, si vždy přinesli klienti na lekci z vlastních zdrojů. Rozmnožení

dotazníků pro klienty k zaznamenávání emočních stavů na začátku a konci 1.4. a 8. lekce, mi bylo umožněno na mém pracovišti bezplatně.

## 6. Diskuse

Měla-li bych hodnotit výsledky pohybového programu musím nejdříve uvést také chyby a nedostatky ve vztahu k validitě. Program se měl uskutečnit během 4 týdnů v části měsíce dubna a května 2007. Lekce jsem se pokoušela naplánovat s vedoucí terapeutického programu Terapeutické komunity vždy jednou za tři dny, ale vzhledem ke struktuře programu samotné komunity bylo toto velmi obtížné. Problémy přinášelo to, že bylo třeba, aby program příliš nezasahoval do jasně dané struktury programu v komunitě, aby byli na službě v komunitě přítomni vždy alespoň 2 terapeuti a byli ochotni se se mnou lekce účastnit jako dopomoc a to hlavně po zkušenosti z 1. lekce. Nakonec bylo nutné, aby mi technicky dopomáhal jeden z kolegů při lanových drahách, který má patřičné zkušenosti a s ním se také sladovat s termíny, kdy příslušná lekce proběhne. Přestože klienti dali dopředu souhlas, že se budou programu účastnit v plném rozsahu, nastaly problémy s vyjasněním co znamená aktivní a pasivní účast při tomto programu. Při první lekci, kdy jsem dala klientům k vyplnění dotazníky jsem se setkala s vlnou odporu, kdy se objevila nedůvěra vůči tomuto programu a mně samotné. To bylo podmíněné převážně klientem, u kterého jsem však tento odpor očekávala, přesto se skupina dostala do určitého nastavení, které se také možná odráží ve výsledcích dotazníků, stejně jako odmítnutí klienta dotazník vyplňovat. Ačkoliv byla snaha, aby se jednotlivých lekcí vždy účastnili stejní klienty ve stejném počtu, vždy se nám to nepodařilo z mnoha důvodů např. sociální výjezd klienta k soudu, zdravotní potíže, dobrovolnická práce klienta mimo komunitu. Narazila jsem také na vlastní nezkušenost s vedením takového programu, kdy jsem se cítila nejistá, nervózní zvláště po 1. lekci, kdy jsem byla vystavena velké vlně odporu a agrese ze strany klienta. Pro mě tato situace byla velmi těžká, ale přínosná. Uvědomila jsem si několik chyb, které k tomuto vedly: přítomnost jen mě samotné na programu, nejasné vysvětlení při získávání souhlasu klienta na programu, co to znamená pasivní účast na něm, podání dotazníků (příště bych zvolila jejich podání až na druhé lekci místo hned na první z důvodu zvýšené podezíravosti a nejistotě klientů), držet jasně hranice a nenechat se znejistit při jejich nerespektování a ihned je řešit, tzn. přerušit program a svolat mimořádné komunitní setkání, kde by se problém řešil. Také jsem si nebyla jista na kolik bylo správné, že se z chování klienta na programu vyvedly důsledky, což znamená, že za své agresivní chování na něm i po jeho ukončení vůči mně, byl podmíněčně vyloučen. Současně je

pravdou to, že takové chování se již v minulosti v komunitě u něho opakovalo, byl na ně upozorňován, jako na nežádoucí a na tomto programu se již jen znovu zopakovalo.

Zpracování dat do tabulek a grafů jsem zvolila kvůli lepší přehlednosti výsledků. Lineární grafy se mohou zdát méně přehledné na první pohled, ale mají výhodu zaznamenání toho, jak se v čase vyvíjely jednotlivé faktory u daných klientů.

K hodnocení podrobnějších výsledků jsem si vybrala 3 klienty, kteří nevyplňovali dotazníky anonymně nebo pod jinou značkou, což ostatní většinou udělali a u kterých byly nejvíce patrné změny během tohoto programu.

Klient 1 na začátku programu odmítl vyplňovat dotazník a i pasivně nebyl schopen se programu účastnit. Po té se však zapojil a programu se účastnil v plné míře. Z grafu č. 8 v příloze, kde je zaznamenán lineárně vývoj všech faktorů během celého programu je u klienta 1 patrné, že na začátku programu, kdy nebyl schopen se do programu vůbec zapojit a projevoval velkou agresi se faktor Anger-hněv, zlost vždy po lekcích snižoval ačkoliv na jejich začátku byl značně vysoký. Faktor Tension a Depression měl podobný vývoj. U klienta 1 se hypotéza číslo jedna tedy to, že předpokládáme, že program bude mít vliv na aktuální emoční stavy ve smyslu snížení nejistoty, napětí a úzkostí snížila se potvrdila. To je možné vidět také na grafu č. 1., který ukazuje na Průměrné hodnoty na úplném začátku a konci celého programu u jednotlivých faktorů E-POMS, ukazující faktory Tension, Depression, Anger a Confusion. Potvrdila se také hypotéza o předpokladu snížení hostility a zvýšení spolupráce, protože klient 1 se programu poté zúčastnil celého, snadněji se s ním komunikovalo. Hypotéza, že se prožitá zkušenost přenesla na další život v komunitě a na vztahy v ní se ukázala tak, že v mezidobí programu se klient 1 choval agresivně vůči jedné z klientek a byl opět podmíněčně vyloučen. Tato situace byla pro něho velmi těžká, ale zvládl ji a v Terapeutické komunitě nadále zůstal. Klient získal částečně náhled na své chování: kdykoliv se cítí být někým ohrožen, je na něho agresivní, naštvaný, chce odejít brát drogy, poté má výčitky svědomí. Pokrok je v tom, že nyní uvažoval že by nešel brát drogy, ale přešel by na jiný typ léčby.

U klienta 2 můžeme nejlépe zhodnotit výsledky z grafu č.2. Na tomto grafu jsou zaznamenané průměrné hodnoty jednotlivých faktorů na začátku a na konci lekcí. Faktor Tension je v průměru na konci lekcí vyšší. Hypotéza č.1, že program bude mít vliv na aktuální emoční stavy ve smyslu snížení nejistoty, napětí a úzkostí se tedy nepotvrdila. Depression ukazuje nezměněnou hodnotu stejně jako faktor Confusion, ostatní faktory

ukazují na průměrné hodnoty nižší na jejich konci než na začátku lekcí. Po první lekci se však hypotéza č. 1 potvrdila, došlo ke snížení ve všech čtyřech faktorech kromě faktoru Vigour-energičnost, kde došlo k navýšení hodnot. U ostatních měření je tomu naopak. Výsledky měření u tohoto klienta mohou být ovlivněny je psychotickým onemocněním a nechutí vyplňovat dotazník. Po polovině programu začal být během lekcí aktivní, sám si hledal partnera ke hře ve dvojici, navrhoval řešení problémových her, ačkoliv si názor neprosadil. Hypotéza o předpokladu snížení hostility a zvýšení spolupráce se tedy potvrdila. Klientovi 2 překonání lanových drah pomohlo zvýšit sebevědomí, což se projevilo v samostatném sdělování reflexí, jak sám později sděloval.

U klientky 3 graf č.3 ukazuje na průměrné hodnoty u pozorovaných faktorů a to že faktory Tension, Depression, Anger a Confusion jsou na konci lekce v průměru vyšší než na jejím začátku. Hypotéza č.1, že program bude mít vliv na aktuální emoční stavy ve smyslu snížení nejistoty, napětí a úzkostí by se tedy nepotvrdila. Tato tabulka je však zkreslena výsledky a jejími velkými rozdíly u 1. lekce, ostatní měření po 4.a 8. lekci ukazují opak. Po polovině programu se tedy hypotéza č. 1 potvrdila. Z grafu č.10, který ukazuje na lineární vývoj z celého programu je patrné, že faktory Tension, Depression, Anger a Confusion mají sestupnou tendenci a hypotéza č. 1 se tedy potvrdila. Na závěr klientka sděluje, že je ráda, že svoje osobní hranice překonala a účastnila se společných her. Cítila se tak být skupinou přijímána a více ji věří. Na začátku programu nespolupracovala, vyhýbala se mu, což se v jeho průběhu změnilo. Potvrdila se tedy hypotéza druhá i třetí o předpokladu snížení hostility a zvýšení spolupráce a že se prožitá zkušenost přenesla na další život v komunitě a na vztahy v ní.

Výsledky celé skupiny ukazuje graf č. 4, který potvrzuje 1. hypotézu o předpokladu, že program bude mít vliv na aktuální emoční stavy ve smyslu snížení nejistoty, napětí a úzkostí. Po ukončení pohybového programu, jsem se účastnila zážitkového programu kanoistiky pro stejné klienty. Tento program doprovázela po celou dobu atmosféra velkého stmelení, projevu důvěry v druhé, vzájemný pocit sounáležitosti se skupinou a hlavně přesvědčení se o tom, že je možné se bavit a užívat si bez drog. Myslím, že tomuto závěru prospěl i celý předcházející kinezioterapeutický program a potvrdila se tak hypotéza o snížení hostility a zvýšení spolupráce stejně tak jako hypotéza o předpokladu, že prožitá zkušenost se přenesla na další život v Terapeutické komunitě a na vztahy v ní.

## 7. Závěr

Pohybový program, který se uskutečnil vnímám za jakýsi „urychlovač“ mohu-li to takto nazvat, různých vztahů mezi jednotlivci a k sobě samotnému. Tam, kde si nevystačí v terapii slova doplní je jiné techniky a mezi ně patří i pohybová terapie.

Během programu vyplavaly napovrch zanedbávané a neřešené konflikty u klientů. Měli možnost si uvědomit vzorec chování, který opakují v určitých situacích a mohli pracovat na změně chování. Na počátku programu byli členové komunity ve velkém rozladu. Docházelo k porušování pravidel a nedodržování režimu. Po měsíci se začalo rozpoložení skupiny měnit. Klienti sdělují, že cítí dobrou atmosféru, pocit stmelení, důvěru v druhé, vzájemný pocit sounáležitosti se skupinou.

Výsledky dotazníku E-POPMS potvrdily hypotézu o předpokladu že program bude mít vliv na aktuální emoční stavy ve smyslu snížení nejistoty, napětí a úzkosti.

Tato diplomová práce mi přinesla bohaté praktické i teoretické znalosti z oblasti pohybového programu, o projevech chování klientů v něm a o svých vlastních limitech a možnostech. Během programu jsem se naučila mnohým hrám, které ráda využiji v programech terapeutické komunity jako je Klub, Sportovky, Zátěžové programy. Myslím, že i samotní klienti našli inspiraci jaké hrát hry a jak trávit volný čas, který jim není komunitou přímo organizován.

## Seznam literatury

1. ADAMEČEK, D., RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, M., a KALINA, K. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In KALINA, K., a kol. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 2003. 1. vydání. Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. str. 201-204. ISBN 80-86734-05-6
2. ADÁMKOVÁ, M. *Kinezioterapeutický program pro pacienty s diagnózou schizofrenie v režimové léčbě krátkodobé hospitalizace*. Diplomová práce. Vedoucí práce Doc.PhDr. Běla Hátlová, PhD . Praha: FTVS UK, 2006.
3. BAYER, D. Farmakoterapie závislosti In KALINA, K., a kol. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 2003. 1. vydání. Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.str. 22.
4. BÉM, P.Složky systému péče v ČR. In KALINA, K., a kol. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 2003. 1. vydání. Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Str. 155-156.
5. *Devět rad jak ušetřit: praktická příručka*. Kolektiv. Sananim a A.N.O. 2002
6. DORNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. ( z německého originálu přeložil Jan Lorenc). 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 353 s. ISBN 80-71-69-628
7. GROF,S. *Psychology of the Future*. State University of New York: N.YA., 2000. ISBN 0791446220
8. GROFOVÁ, CH. *Žízeň po celistvosti*. Praha: Chvojko nakladatelství, 1998. 259 s. ISBN: 80-86183-06-8

9. HAJNÝ, M., KLOUČEK, E., STUHLÍK. *Akta Y Drogový problém versus rodina*. Praha: Nakladatel Votobia, 1999. ISBN: 80-7220-022-4
10. HAMPL, K. Lékařská ambulantní péče o závislé. In KALINA, K., a kol. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 2003. 1. vydání. Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. str.172. ISBN 80-86734-05-6
11. HAŠTO, J. *Diagnostické a diferenciální diagnostické moduly podla WHO-ICD-10*. Rimavská Sobota: Integra a Bettlehem, 1997
12. HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2003. 167 s. ISBN 80-246-0719-0
13. HÁTLOVÁ, B.: *Dobrodružná terapie*. Gymnasion 2/2004. ISSN 1214-603X
14. HERMOCHOVÁ, S.: *Hry pro dospělé*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0817-5
15. HUIZIG, J. *Homo ludens. Vom Ursprung der Kultur im Spiel*. [1939]. Rowohlt Verlag, 1994. ISBN 3-499-55435-6
16. CHYTILOVÁ, L.: *Dobrodružné aktivity ve výchově a vzdělávání*. Gymnasion 3/2005. ISSN 1214-603X
17. JUNG, C., G. *Analytická psychologie : její teorie a praxe : Tavistocké přednášky*. Praha: Academia, 1993. ISBN 80-200-0480-7
18. KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o.s. FILIA NOVA, 2001. 118 s. ISBN 80-238-8014-4

19. KALINA, K. a kol. *Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách*. Praha, MZ ČR, 2001a.
20. KALINA, K. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In KALINA, K., a kol. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 2003. 1. vydání. Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. str.78. ISBN 80-86734-05-6
21. KIRCHNER, J. *Hry, cvičení v přírodě a lanové dráhy v terapii drogově závislých*. Diplomová práce. Vedoucí práce Doc.PhDr. Běla Hátlová, PhD . Praha: FTVS UK, 2001.
22. KIRCHNER, J., HNÍZDIL, J., LOUKA, O.: *Kondiční hry a cvičení v přírodě*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-0995-3
23. KOOYMAN, M., LEON, G., a NEVŠÍMAL, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé.: vznik a vývoj I*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2004. 239 s. ISBN 80-7106-876-4
24. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie: Směry, metody, výzkum*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-179-7
- KRATOCHVÍL, S. *Terapeutická komunita*. 1. vyd. Praha: Academia, 1979. ISBN 80-7262-096-7
25. KUDA, A. *Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí*. Adiktologie č.2/2001 Tišnov: Sdružení SCAN, 2001. str. 82-93. ISSN 1213-3841
26. KUDRLE, S. Psychopatologie závislostí a kodependence. In KALINA, K., a kol. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 2003a. 1. vydání. Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. str.107. ISBN 80-86734-05-6

27. KUDRLE, S. Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. In KALINA, K., a kol. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 2003b. 1. vydání. Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. str. 319. ISBN 80-86734-05-6
28. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K., a kol. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 2003c. 1. vydání. Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti str. 91. ISBN 80-86734-05-6
29. KUDA, A. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, K., a kol. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 2003. 1. vydání. Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. str. 208. ISBN 80-86734-05-6
30. LANGMAJER, J. a kol., *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-998-4
31. LIBRA, J. Nízkoprahová kontaktní centra. In KALINA, K., a kol. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 2003. 1. vydání. Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. str.165. ISBN 80-86734-05-6
32. McNAIR, D.M., LORR, M., DROPPLEMAN, L.F. Edits manual for the Profile of Mood States. San Diego: Educational and Industrial Testing Services. 1981 in STUHLÍKOVÁ, I.; MAN, F. *Dotazník k měření afektivních stavů: Konfirmační faktorová analýza krátké české verze*. *Československá psychologie*, 2005, 49, 5, 459-467. ISSN 0009-062X
33. MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí. In KALINA, K., a kol. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový*

- přístup. 2003a. 1. vydání. Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. str.26. ISBN 80-86734-05-6
34. MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In KALINA, K., a kol. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 2003b. 1. vydání. Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. str. 36. ISBN 80-86734-05-6
35. MIOVSKÝ, M. Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislostí. In KALINA, K., a kol. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 2003. 1. vydání. Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. s. 15-19.
36. *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - 10. decenální revize*. Duševní poruchy a poruchy chování. Popis klinických příznaků a diagnostická vodítka. Zpracoval a vydal Ústav zdravotní informatiky a statistiky České republiky. Praha, 1996.
37. NAKONEČNÝ, M.: *Lexikon psychologie - Psychika*. Praha: Vodnář,1995. ISBN 80-7066-716-8
38. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1999. 203 s. ISBN: 80-85121-52-2
39. NEUMAN, J., a kol.: *Překážkové dráhy, lezecké stěny a výchova prožitkem*. Praha:Portál, 1999. ISBN 80-7178-292-0
40. NEUMAN, J.: *Dobrodružné hry a cvičení v přírodě*. Praha: Portál,1998. ISBN 80-7178-405-2
41. PILAŘOVÁ, M., POTHE, P. *Kdo se bojí strašidel*. Sborník č.3, Futurum, Praha.2003.

42. PROCHÁZKA, J. O., NOCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. 1. vyd. Praha : Grada, 1999. ISBN 80-7169-766-4
43. RATSCH, Ch. *Konopí, léčebný prostředek v dějinách lidstva*. Brno: Datel, 994. ISBN 80-7198-383-7
44. ROTGERS, F. *Léčba drogových závislostí*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. 264 s. ISBN 80-7169-836-9
45. ROYCE, E. J.: *Alcohol Problems and Alcoholism*. New York: The. Free Press, 1989. 410 pages. ISBN: 0029275415
46. ŘEZÁČ, J.: *Sociální psychologie*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-48-6
47. Sborník PF UK. Problematika zneužívání návykových látek.Kapitola 6, Klíčové prvky účinné léčby. PF UK,Praha, 1995
48. SHACHAM, S. A shortened version of the Profile of Mood States. Journal of Personality assessment, 1983, 47, 305-306. In STUHLÍKOVÁ, I.; MAN, F. *Dotazník k měření afektivních stavů: Konfirmační faktorová analýza krátké české verze*. Československá psychologie, 2005, 49, 5, 459-467. ISSN 0009-062X
49. SKÁLA, S. *Lékařův maratón*. Český spisovatel, Argo. 1. vyd.1998. 191 s. ISBN 80-202-0663-9
50. ŠINDLER, J. Hledání paralel zážitkové pedagogiky a psychoterapie. Diplomová práce. Vedoucí práce Doc. PhDr. Vybíral Z. Brno: FSS MU, 2004.
51. ŠVESTKA, J., ČEŠKOVÁ, E., NAHÚNEK, K. *Psychofarmaka v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-199-0

52. STUHLÍKOVÁ, I.; MAN, F. *Dotazník k měření afektivních stavů*: Konfirmační faktorová analýza krátké české verze. *Československá psychologie*, 2005, 49, 5, 459-467. ISSN 0009-062X

53. TERRY, P.C., LANE, A.M., KEOHANE, L. Development and validation of a mood measure for adolescents. *Journal of Sports Sciences*, 1999, 17, 861-872. In STUHLÍKOVÁ, I.; MAN, F. *Dotazník k měření afektivních stavů*: Konfirmační faktorová analýza krátké české verze. *Československá psychologie*, 2005, 49, 5, 459-467. ISSN 0009-062X

54. TERRY, P.C., LANE, A.M., FOGARTY, G.J. Construct validity of the Profile of Mood States – Adolescents for use with adults. *Psychology of Sport and Exercise*, 2003, 4, 125- 140. In STUHLÍKOVÁ, I.; MAN, F. *Dotazník k měření afektivních stavů*: Konfirmační faktorová analýza krátké české verze. *Československá psychologie*, 2005, 49, 5, 459-467. ISSN 0009-062X

55. THÖMA, H., KÄCHELE, H. *Psychoanalytická praxe I*. Hradec Králové: Mach, 1992. ISBN 80-901050-0-9

56. VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie..* 1. vyd. Praha : Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997. 295 s. Psychoterapie; sv. 6. ISBN 80-86123-02-2

57. YALOM, I., D. D. *Skupinová psychoterapie: Teorie a praxe.* 1. vyd. Hradec Králové : Konfrontace, 1999. 704 s. ISBN 80-86088-05-7

**Další zdroje:**

ADÁMKOVÁ, M., BARTOŠKA, J. *Biometrické zpracování dat testu POMS*. Studentská konference UK FTVS, 2005.

ŠARAPATKA, P. *Kinezioterapeutická konference*. Praha. 2004.

**Internetové zdroje:**

URL: <<http://www.prvnikrok.cz/clanek.php?id=46&cat=0>>

URL: <<http://www.tarrak.com/EXP/exp.htm>>

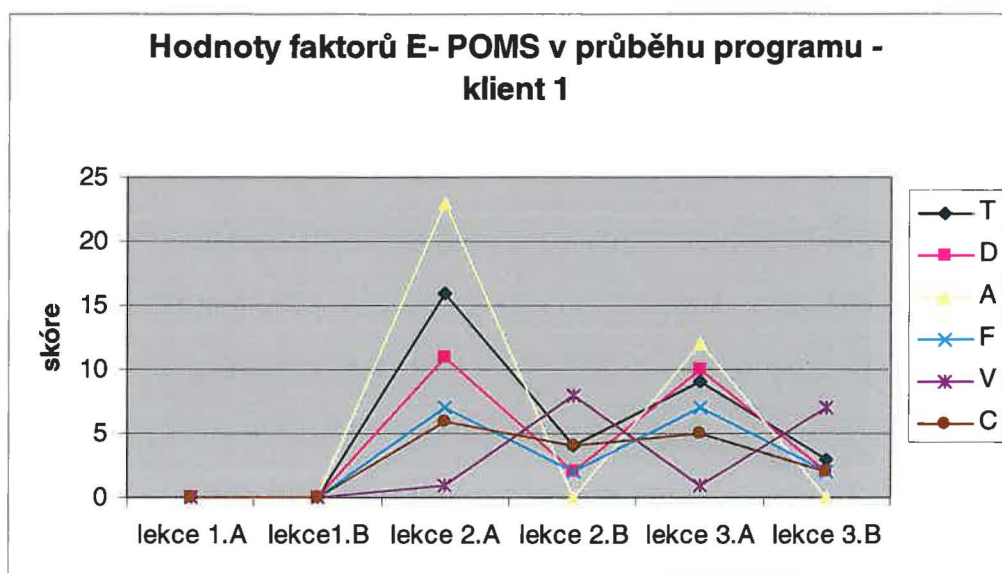
<http://www.rvp.cz/clanek/137/252>

<http://www.ftvs.cuni.cz/hendl/index1.htm>

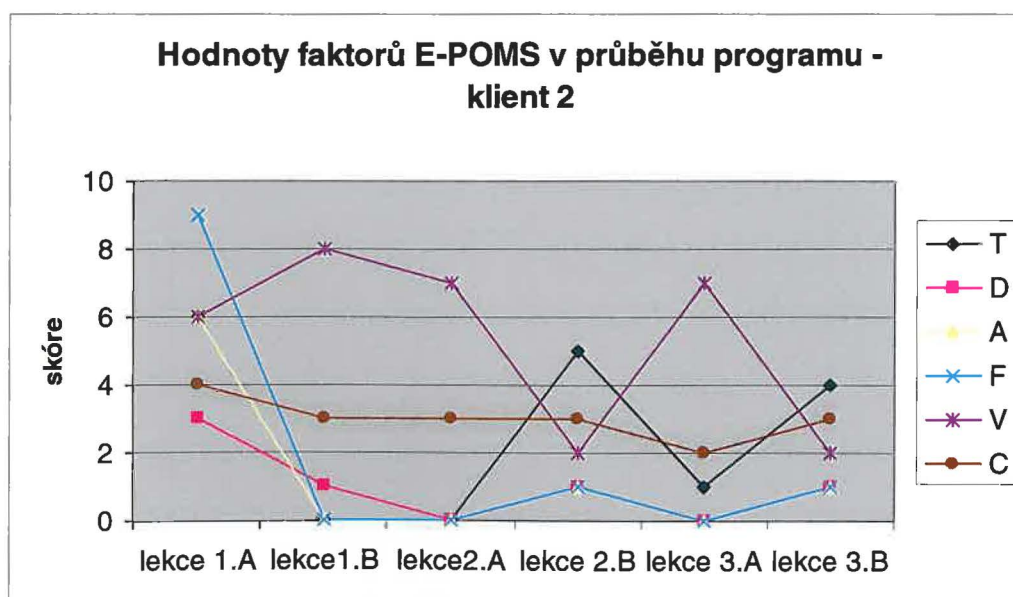
## Přílohy

### Příloha A

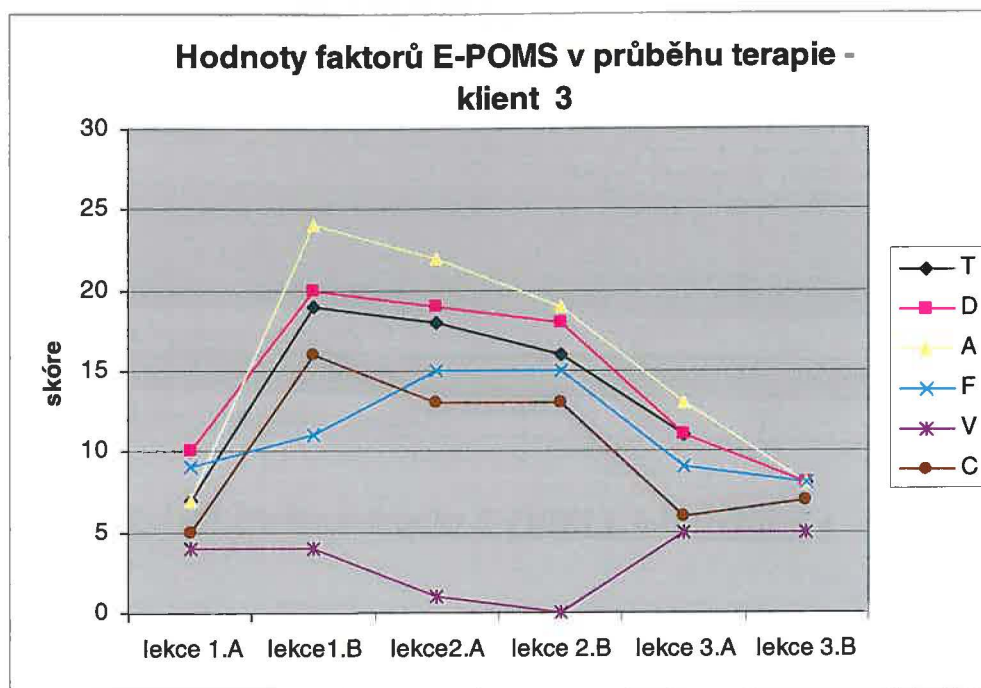
**Graf. č. 8: Lineárně znázorněn vývoj jednotlivých faktorů E-POMS během celého programu**



**Graf. č. 9: Lineárně znázorněn vývoj jednotlivých faktorů E-POMS během celého programu**



**Graf č. 10: Lineárně znázorněn vývoj jednotlivých faktorů E-POMS během celého programu**



## Příloha B

**Tabulka č. 10: Výsledky dotazníku E-POMS 1. lekce – klient 4**

1. lekce - klient 4

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	2	0	2
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	4	0	4
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	0	0	0
F - Fatigue - (únava, netečnost)	8	1	7
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	13	10	3
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	5	1	4

**Tabulka č. 11: Výsledky dotazníku E-POMS 4. lekce – klient 4**

4. lekce. klient 4

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	2	0	2
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	2	1	1
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	0	0	0
F - Fatigue - (únava, netečnost)	9	7	2
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	9	8	1
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	3	3	0

**Tabulka č. 12: Výsledky dotazníku E-POMS 8. lekce – klient 4**

8. lekce - klient 4

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	0	0	0
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	2	1	1
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	0	0	0
F - Fatigue - (únava, netečnost)	9	7	2
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	11	10	1
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	1	1	0

**Tabulka č. 13: Výsledky dotazníku E-POMS 1. lekce – klient 5**

1. lekce- klient 5

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	11	2	9
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	5	0	5
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	1	0	1
F - Fatigue - (únava, netečnost)	8	3	5
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	5	14	-11
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	5	2	3

**Tabulka č. 14: Výsledky dotazníku E-POMS 4. lekce – klient 5**

4.lekce- klient 5

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	0	4	-4
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	3	2	1
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	0	0	0
F - Fatigue - (únava, netečnost)	9	9	0
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	14	15	-1
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	2	0	2

**Tabulka č. 15: Výsledky dotazníku E-POMS 8. lekce – klient 5**

8.lekce- klient 5

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	2	3	-1
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	3	2	1
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	1	1	0
F - Fatigue - (únava, netečnost)	10	8	2
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	14	15	-1
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	2	0	2

**Tabulka č. 16: Výsledky dotazníku E-POMS 1. lekce – klient 6**

1. lekce klient 6

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	7	3	4
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	10	3	7
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	5	0	5
F - Fatigue - (únava, netečnost)	9	7	2
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	3	5	-2
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	2	4	-2

**Tabulka č. 17: Výsledky dotazníku E-POMS 4. lekce - klient 6**

4.lekce - klient 6

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	2	1	1
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	1	1	0
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	6	2	4
F - Fatigue - (únava, netečnost)	11	5	6
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	8	10	-2
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	1	1	0

**Tabulka č. 18: Výsledky dotazníku E-POMS 8. lekce - klient 6**

8.lekce - klient 6

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	2	2	0
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	3	2	1
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	7	3	4
F - Fatigue -(únava,netečnost)	9	6	2
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	9	10	-1
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	1	1	0

**Tabulka č. 19: Výsledky dotazníku E-POMS 1. lekce – klient 7**

1.lekce- klient 7

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	7	6	1
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	7	5	2
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	5	5	0
F - Fatigue -(únava, netečnost)	5	8	-3
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	7	7	0
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	6	3	3

**Tabulka č. 20: Výsledky dotazníku E-POMS 4. lekce – klient 7**

4.lekce- klient 7

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	3	7	-4
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	0	8	-8
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	2	6	-4
F - Fatigue - (únava, netečnost)	4	13	-11
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	7	1	6
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	6	7	-1

**Tabulka č. 21: Výsledky dotazníku E-POMS 8. lekce - klient 7**

8.lekce-klient 7

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	3	5	-2
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	2	6	-4
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	2	6	-4
F - Fatigue - (únava, netečnost)	5	12	-7
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	6	3	3
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	6	6	0

**Tabulka č. 22: Výsledky dotazníku E-POMS 1. lekce – klient 8**

1.lekce- klient 8

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	2	1	1
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	5	4	1
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	2	0	2
F - Fatigue - (únava, netečnost)	6	1	5
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	14	22	-8
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	7	3	4

**Tabulka č. 23: Výsledky dotazníku E-POMS 4. lekce - klient 8**

4.lekce- klient 8

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	10	5	5
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	12	6	6
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	12	6	6
F - Fatigue - (únava, netečnost)	10	5	5
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	12	6	6
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	8	4	4

**Tabulka č. 24: Výsledky dotazníku E-POMS 8. lekce - klient 8**

8.lekce- klient 8

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	3	1	2
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	3	4	-1
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	3	0	3
F - Fatigue - (únava, netečnost)	6	2	4
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	13	18	-5
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	3	5	-2

**Tabulka č. 25: Výsledky dotazníku E-POMS 1. lekce – klient 9**

1.lekce- klient 9

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	6	0	6
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	4	0	4
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	3	0	3
F - Fatigue - (únava, netečnost)	2	2	0
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	6	7	-1
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	1	0	1

**Tabulka č. 26: Výsledky dotazníku E-POMS 4. lekce - klient 9**

4.lekce- klient 9

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	1	1	0
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	0	2	-2
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	0	0	0
F - Fatigue - (únava, netečnost)	13	10	3
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	2	0	2
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	0	0	0

**Tabulka č. 27: Výsledky dotazníku E-POMS 8. lekce - klient 9**

8.lekce- klient 9

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	3	2	1
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	1	1	0
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	1	0	1
F - Fatigue - (únava, netečnost)	10	8	2
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	6	3	3
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	1	0	1

**Tabulka č. 28: Výsledky dotazníku E-POMS 1. lekce – klient 10**

1.lekce- klient 10

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	11	11	0
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	15	9	9
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	12	3	9
F - Fatigue - (únava, netečnost)	14	7	7
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	15	23	-12
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	9	5	4

**Tabulka č. 29: Výsledky dotazníku E-POMS 4. lekce - klient 10**

4.lekce- klient 10

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	16	1	15
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	13	0	13
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	13	2	11
F - Fatigue - (únava,netečnost)	12	2	10
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	14	5	9
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	10	0	10

**Tabulka č. 30: Výsledky dotazníku E-POMS 8. lekce - klient 10**

8.lekce- klient 10

	měření A	měření B	ROZDÍL
T - Tension - (napětí, úzkost)	12	1	11
D - Depression-(deprese, sklíčenost)	12	1	11
A - Anger - (hněv, zlost, nepřátelství)	13	3	10
F - Fatigue - (únava, netečnost)	12	5	7
V - Vigour - (energičnost, aktivita)	12	6	6
C - Confussion - (nepořádek, zmatek)	11	1	10

## E- POMS

A - B

Jméno: .....

datum:.....

Níže najdete seznam slov, která se používají k popisu pocitu lidí. Prosím zakroužkujte u každé odpovědi vpravo číslo, které nejlépe vyjadřuje, co jste pociťovali v průběhu minulého týdne včetně dneška, co pociťujete právě nyní.

**0 = vůbec ne****1 = trochu****2 = středně****3 = značně****4 = velmi značně**

napjatý	0 1 2 3 4
vzteklý / rozhněvaný	0 1 2 3 4
opotřebovaný	0 1 2 3 4
nešťastný	0 1 2 3 4
plný života	0 1 2 3 4
zmatený	0 1 2 3 4
energický	0 1 2 3 4
rozrušený	0 1 2 3 4
naštvaný/otrávený	0 1 2 3 4
sklíčený	0 1 2 3 4
rázný	0 1 2 3 4
bez naděje	0 1 2 3 4
nepříjemně	0 1 2 3 4
neklidný	0 1 2 3 4
neschopen s oustředit se	0 1 2 3 4
unavený	0 1 2 3 4

rozzlobený	0 1 2 3 4
malomyslný	0 1 2 3 4
podrážděný	0 1 2 3 4
nervózní	0 1 2 3 4
mizerně	0 1 2 3 4
veselý	0 1 2 3 4
rozhořčený	0 1 2 3 4
vyčerpaný	0 1 2 3 4
utahaný	0 1 2 3 4
rozhněvaný	0 1 2 3 4
plný elánu	0 1 2 3 4
zbytečný	0 1 2 3 4
roztržitý	0 1 2 3 4
činorodý	0 1 2 3 4
nejistý	0 1 2 3 4
přetažený	0 1 2 3 4

## **Příloha D**

### ***Pohybový program***

#### 1. Lekce

Psychologické dotazníky, Hra na jména, Tanec na kládě, Vychylovaná, Górdický uzel, Cesta tmou. (Neuman, 1998).

#### 2. Lekce

Bandiera, Zvedni zadek, Slepý čtverec, Levitace, Ulička důvěry (Neuman, 1998). Nízké manévry, Uvolněný přechod. (Neuman, 1999)

#### 3. Lekce

Vychylovaná, Dračí souboj, Dopravní zácpa, Paprsek ve tmě, Pád důvěry (Neuman, 1998), Nebezpečné „X“. (Neuman, 1999)

#### 4. Lekce

Klik ve skupině, Ostrovy, Pohyblivá kláda, Monstrum (Neuman, 1998), Divoké věčko. (Neuman, 1999)

#### 5. Lekce

Blbárna, Pavoučí síť (Neuman, 1998), Travers s napětím. (Neuman, 1999)

#### 6. Lekce

Vyzývaná, Atomová bomba, Obrův prsten (Neuman, 1998), Mohavkův přechod. (Neuman, 1999)

#### 7. Lekce

Velké švihadlo, Transportér, Elektrický plot (Neuman, 1998), Vysoké manévry, Vysoké komando. (Neuman, 1999)

#### 8. Lekce

Molekuly, Levitace, Slepý sochař (Neuman, 1998), Výtah, Trapéz. (Neuman, 1999)

9. Lekce

Slepá řada, Kontakt, Zasedání, Ostrovy (Neuman, 1998), Vysoké liány. (Neuman, 1999)

10. Lekce

Psychologické dotazníky, závěrečná reflexe

*Příloha E*

*Fotografie louky u Terapeutické komunity Podcestný Mlýn s poutačem*

