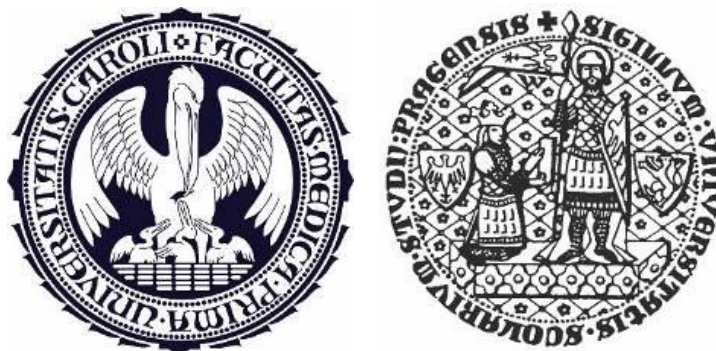


Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Fyzioterapie



Lucie Kolínková

Fyzioterapie u pacientů závislých na alkoholu

Physiotherapy in Alcohol-Dependent Patients

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:

Mgr. Michaela Zahrádka Köhlerová

Praha, rok 2019

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Michaele Zahradce Köhlerové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a podněty. Dále bych chtěla poděkovat fyzioterapeutům, lékařům a pracovníkům Psychiatrické nemocnice Bohnice, kteří mi umožnili absolvovat odbornou praxi na pracovišti, ověřit si praktické znalosti. V neposlední řadě mi také umožnili účastnit se léčby a fyzioterapie, které jsou náplní mé bakalářské práce.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

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

V Praze, 15. 07. 2019

Lucie Kolínková

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM:

KOLÍNKOVÁ, Lucie. *Fyzioterapie u pacientů závislých na alkoholu. [Physiotherapy in Alcohol-Dependent Patients]*. Praha, 2019. 74 stran, 2 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Zahrádka Köhlerová, Michaela.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno, příjmení: Lucie Kolínková

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Zahradka Köhlerová

Oponent práce:

Název bakalářské práce:

Fyzioterapie u pacientů závislých na alkoholu

Abstrakt bakalářské práce:

Náplní této bakalářské práce je problematika fyzioterapie u pacientů se závislostí na alkoholu. Cílem práce je přinést ucelený přehled o problematice alkoholismu, jeho dopadech na zdraví pacienta, překážkách pro terapeuta a využívaných fyzioterapeutických přístupech.

Úvodní, teoretická část popisuje vznik závislosti na alkoholu a jeho složení, incidenci a abúzus. Věnuje se účinkům alkoholu na lidské tělo a komorbiditním onemocněním. Dále shrnuje léčbu alkoholismu bez využití fyzioterapie.

Speciální část této práce je formou rešerše. Popisuje a shrnuje současné poznatky u využití fyzioterapie u pacientů se závislostí. Obsahuje stručný popis jednotlivých metod a přístupů, které lze ve fyzioterapii s pacienty se závislostí použít. Dále obsahuje rešerši současných studií zkoumající vliv fyzioterapeutických a pohybových metod na fyzické a duševní zdraví pacientů se závislostí na alkoholu. Diskuse shrnuje problematiku alkoholismu, hodnotí a porovnává jednotlivé studie.

Klíčová slova:

fyzioterapie, pohybová aktivita, alkoholismus, závislost

Bachelor thesis abstract

Name, surname: Lucie Kolínková

Supervisor: Mgr. Michaela Zahrádka Köhlerová

Opponent:

Title of bachelor thesis:

Physiotherapy in Alcohol-Dependent Patients

Abstract:

The content of this thesis is the issue of physiotherapy in patients with alcohol dependence. The aim of this work is to bring a comprehensive overview of the problems of alcoholism, its impact on the patient's health, obstacles for the therapist and used physiotherapeutic approaches.

The introductory, theoretical part describes the origin of alcohol dependence and its composition, incidence and abuse. It deals with the effects of alcohol on the human body and comorbid disease. It also summarizes the treatment of alcoholism of without the use of physiotherapy.

A special part of this work is a form of research. It describes and summarizes current knowledge in the use of physiotherapy in patients with dependence. It contains a brief description of the methods and approaches that can be used in physiotherapy with dependence-patients. It also includes a review of current studies investigating the influence of physiotherapy and exercise methods on the physical and mental health of alcohol addicts. The discussion summarizes the issue of alcoholism, evaluates and compare individual studies.

Key words:

physiotherapy, physical activity, alcoholism, dependency

Obsah

Úvod.....	11
Metodologie.....	12
1 TEORETICKÁ ČÁST	13
1.1 Etiologie vzniku závislosti.....	13
1.1.1 Incidence.....	13
1.1.2 Alkohol - složení a účinky.....	14
1.2 Abúzus alkoholu	14
1.2.1 Krátkodobé nežádoucí účinky	15
1.2.2 Dlouhodobé nežádoucí účinky	16
1.2.3 Komorbidity	18
1.3 Odvykací stav	19
1.3.1 Delirium tremens	19
1.4 Craving	20
1.5 Léčba farmakologická	21
1.6 Léčba nefarmakologická.....	21
1.6.1 Skupinová terapie	21
1.6.2 Rodinná terapie.....	22
1.6.3 Individuální psychoterapie	22
1.6.4 Edukace	23
1.6.5 Psychodrama.....	23
1.6.6 Hagioterapie	23
1.7 Léčba v ČR	23
1.8 Léčba v zahraničí.....	24
1.9 Vyléčení.....	24
1.10 Instituce.....	24

1.10.1	Protialkoholní záchytné stanice - PZS.....	24
1.10.2	Ústavní (protialkoholní) léčba.....	25
1.10.3	Ambulantní léčba.....	25
1.10.4	Anonymní alkoholici (AA).....	25
1.10.5	Terapeutická komunita.....	26
1.10.6	SUR.....	26
1.10.7	Denní stacionář.....	26
2	Fyzioterapeutická intervence.....	27
2.1	Úvod.....	27
2.2	Specifika práce s pacientem se závislostí.....	27
2.2.1	Motivace pacienta.....	28
2.2.2	Vnímání těla.....	29
2.3	Fyzioterapie zaměřena na problematiku spojenou s užíváním alkoholu.....	29
2.3.1	Indikace a kontraindikace.....	29
2.3.2	Pohybový aparát.....	30
2.3.3	Kardiovaskulární a respirační systém.....	30
2.3.4	Nervový systém.....	31
2.3.5	Stavy po operacích a úrazech.....	31
2.4	Význam pohybové aktivity u alkoholové závislosti.....	33
2.4.1	Pohybová terapie v zahraničí.....	33
2.4.2	Pohybová terapie v ČR.....	35
2.5	Vybrané pohybové metody používané při léčbě závislosti.....	36
2.5.1	Psychomotorická terapie.....	36
2.5.2	Alexandrova technika.....	37
2.5.3	Feldenkraisova metoda.....	38
2.5.4	Jóga.....	38

2.5.5	Relaxační techniky	40
2.5.6	Mindfulness techniky	41
2.5.7	Bioenergetika.....	42
2.5.8	Tanečně-pohybová terapie (Dance and movement therapy).....	42
2.5.9	Skálův běh	43
3	Diskuze	44
4	Závěr	49
5	Seznam použité literatury.....	50
6	Seznam tabulek	68
7	Seznam zkratk	69
8	Seznam příloh	70
8.1	Příloha 1 - Dotazník SF-36.....	71
8.2	Příloha 2 - Dotazník Pohybová aktivita.....	74

Úvod

Alkohol, chemicky etylalkohol, který vzniká kvašením cukrů, je znám od starověku. Od jeho počátku jsou známy i problémy s jeho nadužíváním. Alkohol je látka, která má značnou toxicitu, jak orgánovou, tak i pro nervovou soustavu. Závislost na alkoholu, alkoholismus, je již od 50. let minulého století považována za medicínský problém. Nadměrné pití alkoholu může způsobovat jak somatické a psychické, tak i sociální problémy (Dušek, 2015).

Vznik závislosti je způsoben vícero faktory. Řadí se sem faktory genetické, psychologické, sociální i okolního prostředí (Schulte, 2009; Hallgren, 2018).

Dle konzumace alkoholu rozlišujeme osoby na abstinenty, kteří se alkoholu zdrží a vzdají z jakéhokoliv důvodu. Dále na občasné konzumenty vyhledávající alkohol pro jeho chuť, nikoli účinky. Další skupinou jsou pijáci, kterým jde převážně o účinky alkoholu např. euforii, krátkodobé antidepresivní účinky atd. Poslední skupinou jsou alkoholici, pro které je již alkohol silnou drogou. Alkoholik nerozlišuje druh alkoholu. Postup závislosti se vyznačuje specifickými příznaky, podle kterých lze určit, o kterou ze čtyř fází se jedná. Označují se jako vývojová stádia podle E. M. Jellineka (Kalina, 2015).

Účinky alkoholu závisí na spotřebovaném množství, individuální dispozici a stavu dané osoby. Dle hladiny alkoholu v krvi jsou určena čtyři intoxikační stádia.

Fyzioterapie má v léčbě závislosti a jejích dopadů velký potenciál. V individuální fyzioterapii lidí se závislostí na alkoholu se zaměřuje pozornost na somatické komorbidity spojené se závislostí. Alkohol má dopad na všechny orgánové soustavy a pohybový aparát. U komorbidit lze využít širokou škálu fyzioterapeutických metod a postupů. Přesto je nutné terapii přizpůsobit pacientovu stavu, jak psychickému, tak fyzickému.

K doplnění psychoterapeutické a farmakologické léčby je vhodná jakákoliv pohybová aktivita pacientů. Často se tato cvičení provádějí ve skupinách, kdy je kromě pohybu přínosem i socializace. Pacienti se závislostí trpí dekonducí a sníženou svalovou silou. Pohybová aktivita přináší několik výhod v léčbě. Zlepšuje fyzickou kondici, bojuje proti cravingu a je případnou prevencí k relapsu.

Toto téma bakalářské práce mě zaujalo z několika hlavních důvodů. Prvním důvodem je rozsah dopadu alkoholu na tělesný stav závislých osob, z čehož vyplývá významná potřeba fyzioterapeutické intervence. Druhý důvod spatřuji v možnosti ovlivnit psychický stav pacientů pomocí pohybové aktivity. Mým cílem je prostřednictvím bakalářské práce popsat problematiku, současnou léčbu a využití fyzioterapie jako součást komplexního léčebného plánu u těchto pacientů.

Metodologie

Cílem této práce je shrnutí a sjednocení informací o závislosti na alkoholu a jejích dopadech na zdravotní stav pacienta, které mají vliv na fyzioterapeutickou intervenci. Dále se práce zabývá současnými fyzioterapeutickými metodami, které lze v terapii se závislými pacienty využít.

Zdroje k teoretické části práce byly vyhledány prostřednictvím databází BMČ, Embase, MEDLINE, Medvik, Scopus, Web of Science a Google Scholar dostupných přes Ústav vědeckých informací 1. lékařské fakulty. Při prvotním vyhledávání byla použita základní klíčová slova „alcohol“ AND „physical therapy“. Další vyhledávání bylo doplněno o cílené vyhledávání zdrojů pomocí rozšiřujících pojmů: „alcohol“ AND „comorbidities“, „craving“ a další. Klíčové fyzické výtisky české literatury byly dohledány v knihovně ÚVI 1. LF UK. Dále byly využity metodiky vydané Psychiatrickou nemocnicí Bohnice. Vyhledávání bylo původně časově omezeno na pět let, v případě základní literatury neomezené. Pro nedostatek vhodných studií bylo časové kritérium rozšířeno na období od roku 2000 do současnosti. Jazyk vyhledávání byl omezen na český a anglický jazyk. V databázích bylo nalezeno celkem 1143 studií, z nichž přibližně 20 splňovalo zadaná kritéria.

Mezi vyřazující kritéria byly zařazeny: bakalářské, diplomové a jiné absolventské práce, studie změřené na problematiku alkoholismu u dětí. Dále byly vyřazeny studie zabývající dalšími druhy závislostí. Z důvodu nízkého počtu nebyl věk, pohlaví, zdravotní stav důvodem k vyřazení.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Etiologie vzniku závislosti

Příčiny vzniku závislosti na návykových látkách jsou multifaktoriální. Na rozvoji a trvání závislosti se podílejí faktory genetické, psychologické, vývojové a sociální, dále také vliv prostředí (American Psychiatric Association, 2013). Závislost je chronické onemocnění centrálního nervového systému (CNS), kdy vrozené a modulované nastavení CNS spolu s neurobiologickými mechanismy mají hlavní úlohu v patogenezi závislosti (Kalina, 2015).

Vliv genetické predispozice u závislosti na alkoholu je do značné míry potvrzen, a to převážně díky nálezům genů, které kódují enzymy metabolizující alkohol (Rietschel, 2013). Dále se ukázalo, že určité varianty genů, které souvisí se stresem, mohou u osob vystavených traumatu spustit proces závislosti (Enoch, 2013; Levey et al., 2014). U alkoholismu je genetická predispozice u dospělé populace kolem 50-60% (Schuckit, 2009).

Dalším významným faktorem, který se podílí na vzniku závislosti, je rodina a vztahy v ní. Nefunkčnost vztahů v rodině, mezigenerační nepochopení a nerovnoměrné rozdělení povinností způsobuje, že závislost se stává dočasně potřebným prvkem, který umožní dotyčné osobě možnost fungovat (Alcañiz et al., 2015; Levola, 2013).

1.1.1 Incidence

Rozšíření a dostupnost alkoholu je po celé planetě. Z posledního průzkumu Ministerstva zdravotnictví vyplývá, že v České republice alkohol pravidelně konzumuje až 13,8% dospělé populace. Průměrná roční spotřeba se v ČR pohybuje kolem 8,2 l čistého alkoholu na osobu. Je tu také přímá spojitost se socioekonomickým postavením, kdy u nižšího postavení je vyšší výskyt problémového a škodlivého pití. Za celoživotní abstinenty se označilo pouze 3,8% dospělých (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2017).

Podle Světové zdravotnické organizace se Česká republika drží na předních místech ve spotřebě alkoholu (Martínková, 2018). V rámci Evropy i celosvětově se drží na 4. místě za Běloruskem, Andorrou a Litvou. Tato zjištění, přestože jsou alarmující, nejsou dostatečně řešena (WHO, 2018). Alkoholismus má mimo zdraví také negativní dopad na sféru socioekonomickou. Nadměrné užívání řadí alkohol ve Spojených státech Amerických na 3.

místo za tabákem a obezitou, kde je jednou z hlavních příčin předčasné smrti a zdravotního postižení (Vetreno, 2014).

V příjmu alkoholu jsou i rasové rozdíly. Nejlépe metabolizují alkohol Evropané a Afričané. Lidé asijského původu mají často ve svém genomu mutaci, která omezuje a zpomaluje odbourávání etylalkoholu. Výrazné projevy dopadu alkoholu Asiaty odrazují od pití a do jisté míry je chrání před vznikem závislosti. Přesto se spotřeba alkoholu zvyšuje i v Asijských zemích. Horší enzymatickou výbavu mají také některé kmeny amerických indiánů a s ještě horší se lze setkat u eskymáků (Kim et al, 2013; Hirt, 2016).

1.1.2 Alkohol – složení a účinky

Alkoholy, chemicky etanol nebo etylalkohol, se vyrábějí alkoholovým kvašením cukrů, např. glukózy. Jedná se o bezbarvou kapalinu s příjemnou vůní a možností neomezené mísitelnosti s vodou. Alkohol je znám již od starověku a má značnou orgánovou toxicitu, včetně neurotoxicity. Kromě využití v potravinářském a nápojovém průmyslu, má uplatnění také při výrobě kosmetiky a pro technické účely, kdy se znehodnocuje benzínem (Benešová, 2014).

Aplikace alkoholu je per os a velmi rychle se vstřebává z trávicího traktu. Poté prochází hematoencefalickou bariérou do mozku. Jsou i jiné možnosti aplikace, ale nebývají obvyklé (Kalina, 2015). Alkohol v těle téměř plně metabolizuje, přibližně 5-10% je vydechnuto nezměněno plicemi nebo je vyloučeno močí a potem (Pelclová, 2014). Maximální hodnota alkoholemie bývá po 30-90 minutách. Její stanovení ukazuje množství alkoholu v krvi nebo v jiném biologickém materiálu. Nejčastěji se využívá plynová chromatografie (Raboch, 2012). Dále je možná metoda zpětného výpočtu hladiny alkoholu v krvi a to pomocí farmakokinetiky. Odbourávání alkoholu má konstantní rychlost (0,12-0,2 %/hod.) a rychleji odbourávají alkohol muži (Lüllmann, 2004).

1.2 Abúzus alkoholu

Nadměrné a škodlivé účinky alkoholu závisí na požitém množství, na vlivu prostředí i na osobní dispozici, zdravotním stavu a kondici dané osoby. Nejčastějším projevem po požití alkoholu je stav označován jako prostá opilost (ebrietas simplex). Podle množství může alkohol působit stimulačně u malých dávek, naopak u vyšších působí tlumivě. Nejprve se dostaví zlepšení nálady, zvýšení sebevědomí, ztrátě zábran a kritičnosti. Následně se dostavuje útlum, únava a spánek (Kuhn et al., 2008).

Postup závislosti se vyznačuje specifickými příznaky, a lze podle nich určit, o které fáze se jedná. Označují se jako vývojová stádia podle E. M. Jellineka.

První, počáteční stadium přináší pijákovi pocit tzv. dobré nálady. Postupem času si piják na alkohol zvyká natolik, že zkracuje přestávky mezi pitím a navyšuje dávky alkoholu. V tomto stádiu nedochází k opijení, ale alkohol se stává drogou i přes to, že pijákovi zatím výrazněji neškodí.

Druhé, tj. varovné stádium přichází u každého pijáka individuálně - u někoho jde o roky, u jiných se jedná jen o měsíce. V tomto stadiu již dochází ke stavům občasně opilosti, které ale dostatečně neupozorňují na vznikající závislost, jak jednotlivce, tak jeho okolí. Piják začíná vyhledávat společníky, se kterými může alkohol konzumovat, a které pak lze označit za tzv. špatnou společnost.

Z druhého stádia přechází piják do třetího - rozhodného stadia. V tomto stádiu se občasně vyskytují tzv. okénka. Jedná se o stav, kdy závislý pije a stále ví, co dělá. Opilost není příliš nápadná. Problém nastává druhý den po probuzení, kdy se objevují mezery ve vzpomínkách. Příčinou tohoto stavu je již chronické poškození nervového systému. Piják začíná ztrácet kontrolu nad pitím alkoholu, alkohol již ovládá jeho.

Čtvrté, konečné stádium se projevuje tzv. ranními doušky. Piják, aby mohl přes den fungovat, potřebuje začít den malými doušky alkoholu, který přes den doplňuje. Dalším a nejdůležitějším rysem čtvrtého stádia je snížená rezistence vůči alkoholu. Z důvodu poškození jater a nervového systému se piják opije mnohem dříve, než na začátku (Dušek, 2015, Blocker, 2003).

Intoxikace se dělí na čtyři stádia, která závisí na hladině alkoholu v krvi. Řadí se sem lehká opilost (excitační stadium, alkoholémie do 1,5 ‰), opilost středního stupně (hypnotické stadium, alkoholémie 1,6 ‰), těžká opilost (narkotické stadium, alkoholémie více než 2 ‰) a nakonec těžká intoxikace se ztrátou vědomí, kdy hrozí zástava dechu o oběhu (asfyktické stadium, alkoholémie nad 3 ‰). Nežádoucí účinky alkoholu dělíme dále na akutní a chronické (Seidl, 2008).

1.2.1 Krátkodobé nežádoucí účinky

Mezi krátkodobé nežádoucí účinky patří jednak somatické příznaky, projevující se změnami v udržení rovnováhy a svalového tonu. Dále se zpomaluje reakční činnost, dochází k nevolnosti a zvracení. Míra somatických obtíží závisí na výši dávky. Chování je agresivní,

vede k nebezpečnému chování, kdy se zvyšuje riziko úrazů. Alkohol přispívá k traumatickému poranění či smrti neúmyslné (tj. požáry, pády, automobilové nehody, utonutí), i úmyslné (tj. sebevraždy, vraždy, útoky). V některých případech může dojít k poruše kvantitativního vědomí až ke smrti. K tomu dochází při těžší intoxikaci (Schermer, 2006; Müllerová, 2014). Jedna z mála komplikací, které mohou nastat, je patická opilost. Jedná se o stav, kdy již při vypití malého množství alkoholu, nastává porucha vědomí s halucinacemi a bludy. Poruchy chování mají často nemotivovaný agresivní charakter. Stav během několika minut až hodin odezní a končí terminálním spánkem. Na celou příhodu bývá amnézie (Hirt, 2016).

1.2.2 Dlouhodobé nežádoucí účinky

Dlouhodobá konzumace alkoholu vede k poškození jednotlivých orgánových soustav a ke vzniku přidružených onemocnění – komorbidit. Druhy jednotlivých komorbidit se budeme zabývat dále v textu.

Alkohol prochází celým trávicím traktem. Začátek absorpce alkoholu do krve je již v ústní dutině. Přibližně 20% alkoholu je vstřebáno v žaludku, zbytek v duodenu a tenkém střevě. Po resorpci je rozdělen rovnoměrně v tělesné vodě. Alkohol (ethanol) se krví dostává do jater, kde pomocí enzymů oxiduje na acetaldehyd. Acetaldehyd se mimo jiné spotřebovává na syntézu mastných kyselin a je příčinou alkoholického ztučnění jater (Lüllmann, 2004).

Játra tedy slouží jako hlavní orgán přeměny alkoholu. Dochází k poškození buněčných membrán a organel. Vznik poškození je však mnohem složitější – je následkem genetických, buněčných, humorálních aj. poruch, které mají spojitost s metabolismem nadměrného množství alkoholu (Tsukamoto, 2007). Tyto změny mohou vést k poměrně vzácné akutní alkoholové hepatitidě, která má až 50% úmrtnost, nebo k chronickému poškození jater. V případě chronického užívání alkoholu je prvotní změnou steatóza jaterních buněk, dále pak steatohepatitida a fibróza. Po mnoha letech dochází k rozvoji jaterní cirhózy (Barrio et al., 2004).

Prostá jaterní steatóza je reverzibilní během několika týdnů abstinence. Při pokračujícím abúzu se až u 20% pacientů objeví do 10 let fibróza či cirhóza. Ve stádiu steatózy se u pacientů většinou neprojevují žádné příznaky. Při často náhodném vyšetření mohou být lehce zvýšeny jaterní testy a zvětšená játra.

Steatohepatitida se vyskytuje méně často a je také reverzibilní, i když fibróza může částečně přetrvávat. Steatohepatitida je fibrogenní proces, ze kterého lze usuzovat změny vedoucí k cirhóze (Brůha, 2009).

Jaterní cirhóza je již chronický stav typický ireverzibilní změnou jater. Je zvýšena tvorba vaziva a uzlovité přetvoření parenchymu, což mění stavbu jater, redukuje cévní řečiště a tím snižuje krevní průtok játry. Důsledkem a komplikacemi jaterní cirhózy mohou být narušení krevního průtoku – portální hypertenze, jícnové varixy, a v konečném případě až selhání jater (Vokurka, 2018).

Při selhání játra přestávají plnit svou funkci. Nastává rozvrat homeostázy a metabolismu. V játrech je omezena syntéza bílkovin, která vede k hypoalbuminemii¹. To má za následek hromadění extracelulární tekutiny a může vznikat ascites² a jiné edémy. Snižuje se objem plasmy, dochází k poklesu proteosyntézy a tím ke snížení koncentrace koagulačních faktorů.

Vzniká cholestáza, městnání žluči a zhoršuje poškození jater a zvyšuje krvácivost. Nedostatek žlučových kyselin snižuje resorpci vitamínu K ze střeva a tím je redukována tvorba koagulačních faktorů.

Kvůli ztrátám plasmatického albuminu se zvyšuje proliferace bakterií v tlustém střevě, které z bílkovin uvolňují pro mozek toxické amonium. Tím vzniká hyperamonemie³, která je částečně zodpovědná za vznik jaterní encefalopatie. Encefalopatii může dále zhoršit gastrointestiální krvácení, hypokalemie. Na jejím vzniku se dále podílejí ostatní pro mozek škodlivé látky, které jsou játry běžně odstraněny, ale v případě portální hypertenze je obcházejí (Silbernagl, 2012).

V souvislosti se selháním jater může být poškozena funkce ledvin a zapříčinit tak hepatorenální syndrom.

Alkohol má vliv na celý gastrointestiální trakt. Škodlivé účinky má na sliznici ústní dutiny, jícnu, žaludku a v tenkém střevě způsobuje malabsorpční syndrom. Při něm nedochází ke vstřebávání živin, vitaminů a stopových prvků. V první řadě se jedná o vitamín B12, který udržuje správnou funkci nervového systému a krvetvorby. To může zapříčinit život ohrožující stav (Špičák, 2017).

Dále alkohol má přímý vliv na změny nervového systému, krví se dostává přímo do CNS. Dříve zde byla hypotéza, že alkohol zapříčiňuje narušení buněčných membrán (Samson, 1992). Nyní se ukazuje, že alkohol přímo mění činnost četných iontových kanálů, receptorů a

¹ Hypoalbuminemie - snížená koncentrace proteinu albuminu v krvi, podílí se na udržování onkotického tlaku

² Ascites - zvýšené množství volné tekutiny v dutině břišní

³ Hyperamonemie - zvýšená koncentrace amoniaku v krvi

enzymů a tyto účinky přispívají ke změnám v synaptické funkci a plasticity nervového systému (Vengeliene et al., 2008). Chronické užívání alkoholu má za následek ztrátu šedé hmoty a poškození bílé hmoty mozku, poškození kognitivních funkcí (Károly et al., 2013).

Je narušena funkce endokrinního systému, což vede k porušení sekrece glukokortikoidů a testosteronu, a tím je ovlivněna potence u mužů (Dušek, 2015).

Spolu se závislostí mají pacienti často celou řadu psychických obtíží, které často odezní během několika týdnů, poté co pacient začne abstinovat.

Chronické užívání alkoholu má také negativní vliv na plod u těhotných žen. Je u nich pozorován fetální alkoholový syndrom. Novorozenecká úmrtnost je u těchto dětí udávána výrazně vyšší až 15%. Dále se novorozenci rodí s nižší porodní váhou a velikostí, v pozdějším věku s vyskytuje hyperaktivní syndrom (Seidl, 2008)

Dlouhodobé užívání alkoholu má kromě vlivu na zdraví jedince také sociální důsledky.

1.2.3 Komorbidity

Spolu se závislostí na alkoholu se pojí i další komplikace v podobě přidružených onemocnění. Komorbidity jsou jednou z nejzávažnějších komplikací při dlouhodobém požívání alkoholu a mohou mít i fatální důsledky. Současně velmi zatěžují zdravotní systém vysokými náklady na jejich léčbu (Bouchery et al., 2011). Proto se jimi při fyzioterapii zabýváme. Můžeme je rozdělit podle jednotlivých orgánových soustav.

U poškození trávicího traktu se jedná převážně o poruchy trávení, gastritidy a jaterní cirhózu (Mehta, 2016). Jaterní cirhóza vede ke vzniku portální hypertenze, což má za následek jícnové varixy. Nebezpečí jícnových varixů spočívá v jejich možné ruptuře. U pacientů s cirhózou se krvácení vyskytuje ve 30-60% (Lata, 2002).

Dalším rizikem spojeným s užíváním alkoholu je rozvoj nádorového bujení, kdy se převážně jedná o karcinom dutiny ústní, hltanu, hrtanu, jater, žaludku, jícnu, tenkého střeva a rekta (Vorlíček, 2012).

Alkohol má též vliv na funkci slinivky břišní, kdy může být příčinou vzniku diabetu (Svačina, 2008).

Užívání alkoholu podle dostupných studií (De Roux et al., 2006; Chalmers et al., 2009; Bochicchio, 2004) má též vliv na imunitu. Tělo je mnohem více náchylné k infekcím dolních cest dýchacích. Pneumonie se vyskytují častěji a bývají mnohem závažnější.

Alkohol má vliv na zvýšení krevního tlaku a tepové frekvence. Dále může způsobit poruchy kontraktility srdečního svalu, kardiomyopatie. Také se vyskytují poruchy lipidového metabolismu – dyslipidemie. Což také může spolu s hypertenzí vést k ischemické chorobě srdeční (Müllerová, 2014).

Nervovou soustavu postihují časté komorbidity jako polyneuropatie, orgánové poškození mozku. Poškození mozku může způsobit stav zvaný psychotická porucha. Jeho následkem jsou halucinace, paranoia, bludy, změny chování. Dále se může rozvinout Korsakovův syndrom. U pacienta užíváním alkoholu vznikají poruchy paměti, především pro novější události, které jsou zastřeny konfabulacemi – smyšlenkami (Seidl, 2008). Může také dojít k rozvoji alkoholové demence (Rehm et al., 2019).

Nadměrná konzumace alkoholu je spojena s kognitivním deficitem, od mírného až po závažný. Současně dochází k poškození v emočních procesech a se sociálním poznáním. Tyto nedostatky mohou ohrozit úsilí o zahájení a udržení abstinence tím, že narušují účinnost klinické léčby. Mohou bránit snahám správně se rozhodovat, úspěšnému navazování mezilidských, sociálních vztahů (Le Berre, 2017).

1.3 Odvykací stav

Odvykací stav nastává při dlouhodobém užívání alkoholu v případě, že je příjem alkoholu redukován nebo úplně vyřazen (Mirijello et al., 2015). Nástup bývá během několika hodin až dní. Odvykací stav se vyznačuje mnoha příznaky. Projevuje se třesem, pocením, úzkostí, nevolností se zvracením, tachykardií, hypertenzí, poruchami spánku, psychomotorickým neklidem (Cui et al., 2015). Za vážnější jsou považovány iluze, halucinace, křeče a epileptické záchvaty (Sachdeva, 2015). Hlavní příznaky dosahují maxima během druhého dne, odeznívají během týdne. Dlouhodobě přetrvávají poruchy spánku, úzkost, deprese a vegetativní projevy. Stav se srovná během několika měsíců (Mirijello et al., 2015).

1.3.1 Delirium tremens

Jedná se o nejtěžší úroveň odvykacího stavu, který může závažně ohrozit život jedince. Delirium má relativně vysokou mortalitou (Sarkar, 2017). Vzácně se vyskytuje i u pijáckých výstřelků, kdy se tento stav označuje jako intoxikační delirium. Při deliriu dochází k mnoha projevům. Patří sem poškození vědomí, změny poznávacích funkcí, zrakové, sluchové, čichové i hmatové halucinace. Dalším projevem jsou také bludy, často paranoidní, psychomotorický

neklid, ztráta orientace, vegetativní poruchy (zvýšené pocení, zvýšení tepové frekvence), křeče, hrubý třes. Nejvyšší vrchol obtíží je v noci, s poruchami spánku (Blom, 2010).

Mezi časté komplikace patří hypoglykémie a metabolický rozvrat, způsobený poruchou rovnováhy elektrolytů. Proto je nezbytné monitorovat stav a vitální funkce pacienta, a včas začít s intenzivní léčbu (Jesse et al., 2017).

1.4 Craving

Jako první se více v České republice zabývali cravingem MUDr. Karel Nešpor a PhDr. Ladislav Scémy. Anglický název „craving“ byl pro pacienty nejasný, a proto zvolili srozumitelný a současně archaický výraz „bažení“. Bažení je často v klinické praxi mylně diagnostikováno jako zhoršené sebeovládání a jeho projevy. Pacienti většinou bažení zaměňují za chuť nebo své svobodné rozhodnutí. Jedním z problémů u závislých jedinců je nedostatečné uvědomění si svého duševního stavu a emocí. Mezi těmito jedinci je častější alexitymie, tj. nedostatečné rozeznávání emocí, než v ostatní populaci. Uvědomit a přiznat si bažení je u pacientů mnohdy považováno za pokrok v léčbě (Nešpor, 2017a; Karukivi, 2014).

Bažení se projevuje u návykových látek podobně, nicméně existují rozdíly. Například u bažení po alkoholu se pacient potýká se zvýšeným sliněním (Preiss, 2006). Bažení je tedy provázeno objektivně měřitelným stresem. Intenzita bažení většinou klesá s délkou abstinence, přes to se mohou pacienti setkat se silným spouštěčem, který spustí intenzivní bažení i po delší abstinenci (Browne, 2016). Lze je také možné sledovat změny při funkčním vyšetření magnetickou rezonancí (Nešpor, 2017a).

V léčbě je důležité včasné rozpoznání bažení a edukace pacienta, který se musí naučit vnímat bažení jako příznak nemoci, a ne jako chuť či přání. Bažení mohou vyvolat jak zevní spouštěče (dostupný alkohol), tak vnitřní spouštěče, například stres, únava, nuda, emoce atd. (Haass-Koffler, 2014). Dále se projevuje neklidem, třesem, tlakem v břiše a na prsou, pocení, bolest hlavy, netrpělivost, úzkost atd. (Mason, 2017). Může se také projevovat kognitivními poruchami, zhoršenou pamětí, prodloužením reakční doby, nesoustředěností, špatnou komunikací.

Zvládání bažení závisí na jeho typu. Bažení při intoxikaci, při odvykacím stavu, bažení typu „zaujetí a očekávání“ a bažení vlivem negativních emocí (Nešpor, 2017a).

1.5 Léčba farmakologická

Léčba je převážně symptomatická, spočívá v cílení na metabolický stav pacienta. Jako hlavní se podávají vitaminové preparáty, při výskytu křečí je vhodný síran hořčíku. K pomoci při abstinenci se užívá disulfiram, například Antabus (Swift, 2015). Před jeho předepsáním lékařem je nutné interní vyšetření, včetně odběru krve, moči, EKG atd., aby se ozřejmil zdravotní stav pacienta. Užití léku spolu s alkoholem vyvolává v pacientovi řadu nepříjemných fyzických reakcí, které mají za úkol odradit pacienta od další konzumace alkoholu. Důvodem je blokace enzymů odbourávající acetaldehyd, který vzniká v těle po požití alkoholu (Skinner et al., 2014).

Farmakologická léčba se používá také ke zvládnání cravingu (bažení). Jmenovitě, například naltrexon a acamprosat. Tyto léky blokují opioidní receptory, proto pacient necítí z alkoholu potěšení a tím je i snižována chuť ke konzumaci. Podmínkou je užívání přinejmenším jeden rok. Pro úspěch léčby a dlouhodobou abstinenci je zvládnání cravingu nezbytné (Swift, 2015; Kranzler, 2018).

Dalšími hojně užívanými farmaky jsou benzodiazepiny, klomethiazol a tiaprid, která mají tlumivý účinek abstinčních příznaků (Vandevrede et al., 2014). K redukci úzkostně-depresivních stavů se využívají antidepresiva ze skupiny SSRI, která mají také pozitivní vliv na craving (Johnson et al., 2008).

1.6 Léčba nefarmakologická

Hlavní a nedílnou součástí nefarmakologické léčby je psychoterapie. Jednotlivé terapeutické postupy budou popsány níže. Na zahájení léčby, jejím průběhu a výsledku se podílí především motivace pacienta. Úspěšně se hojně využívá technika posilování motivace, jejíž základem je navázání důvěry mezi pacientem a terapeutem. Vzniká tak prostředí, kde pacient může svobodně vyjadřovat své myšlenky, pocity a obavy. Terapeut se tak blíže seznámí s pacientovými problémy (zdravotní, finanční, sociální, rodinné atd.), které vznikly v důsledku závislosti (Hůlek, 2018).

1.6.1 Skupinová terapie

Během skupinové terapie je posilována motivace k abstinenci. Pacient poznává spojení mezi životními událostmi a závislostí na alkoholu. Díky vzájemnému sdílení získaných

zkušeností s abúzem představuje skupinová terapie pro pacienta jedinečnou možnost zpětné vazby. Pacienti mají možnost se otevřeně svěřit se svými obtížemi a vzájemně se podpořit a motivovat. Terapeut diskusi řídí, předkládá náměty a témata a udržuje atmosféru skupiny (Kalvach, 2011).

1.6.2 Rodinná terapie

Rodinnou terapii je možné podle věku pacienta rozdělit na práci s rodiči u adolescentů, a u starších na partnerskou terapii. Cílem je co největší zapojení rodiny či partnera do průběhu léčby. Terapie se zaměřuje na zlepšení komunikace a změnu životního stylu celé rodiny. Je sestaven tzv. krizový plán rodiny, který má zabránit případným recidivám (Gjuričová, 2009).

1.6.3 Individuální psychoterapie

Psychoterapie je hlavní náplní léčby závislosti. Při individuální psychoterapii se uplatňuje několik psychoanalytických směrů. Nejprve se využívají podpůrné techniky a direktivní přístup. Po několika měsících se přechází k psychoterapii zaměřené na vhléd a konfrontaci. Pacient se učí náhradní strategie, které uplatňuje v situacích běžného života. Přebírá zodpovědnost za své činy a vytváří si realistické nároky na sebe sama. Součástí terapie je systém odměňování (Kalvach, 2011).

1.6.3.1 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie je jednou z nejčastěji využívaných terapií. Je založena na pochopení jakým mechanismem, chováním a myšlením závislost vzniká a přetrvává. Vede ke změně vzorců chování a uvažování tak, že nemocnému nezpůsobují obtíže. V případě alkoholu je to jeho odmítání. Pacient se učí způsoby jak alkohol odmítnout a jak rozpoznat a čelit nebezpečným myšlenkám, které by mohly vést k požití alkoholu (Preiss, 2006; Kalina, 2013).

1.6.3.2 Logoterapie

Dalším typem terapie je logoterapie, jejíž zakladatelem je Viktor E. Frankl. Je založena na hledání smyslu života. Pokud není touha po smyslu naplněna, přechází od frustrace až k existenciálnímu vakuu. Rozvinutí frustrace může vést k depresím, neurózám, ale i ke vzniku závislosti na alkoholu (Vymětal, 1997).

1.6.4 Edukace

Pacienti získávají od kvalifikovaného zdravotnického personálu informace týkající se závislosti. Edukace může být prováděna během komunit, interaktivních přednášek či podána jako jednoduše zpracovaný návod. Spolu s edukací bývá prováděn jednoduchý nácvik chování (viz. Kognitivně-behaviorální terapie). Současně mají pacienti k dispozici dostupnou literaturu a internetové zdroje (Hůlek, 2018).

1.6.5 Psychodrama

Psychodrama slouží k nácviku situací, které by mohly pacienta potkat v reálném životě. Dotyčný se učí reagovat lépe a bez nutnosti konzumovat alkohol. Psychodrama se provádí buď ve skupině, kde na situace reagují i ostatní pacienti a jedná se o učení nápodobou, nebo při individuální terapii (Kellermann, 1992).

1.6.6 Hagioterapie

Hagioterapie, skupinová existenciální psychoterapeutická metoda, při které se pacient zbavuje špatných vzorců chování. Jedním z nástrojů je projektivní práce, v tomto případě jsou využity biblické texty. V Psychiatrické nemocnici Bohnice probíhají skupiny hagioterapie více než dvacet pět let, především při léčbě závislostí, jak věřících i ateistů (Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2019).

1.7 Léčba v ČR

V roce 1948 v Praze u Apolináře vzniklo první pracoviště určené k léčení osob se závislostí na alkoholu. Po zahraničních vzorech se léčba prováděla formou komunit. V jeho čele byl až do roku 1982 Dr. Jaroslav Skála. Během svého působení vypracoval komplexní program léčby závislosti, který se využívá dodnes (Kalina, 2008). Současná léčba v ČR obsahuje výše zmíněnou léčbu farmakologickou i nefarmakologickou. Dále obsahuje pohybovou aktivitu, která bude detailněji probrána v další části práce.

1.8 Léčba v zahraničí

Léčebné postupy v zahraničí jsou velmi podobné. Přesto lze najít státy, které k alkoholu přistupují velmi tvrdě. Systém boje proti alkoholu ve Švédsku patří mezi jeden z nejpřísnějších v Evropské unii. Alkohol, zde není úplně zakázán, ale prodává se ve specializovaných prodejnách s omezenou otevírací dobou, které kontroluje stát. Alkohol je vysoce zdaněn a jeho dovoz ze zahraničí omezen. Podobné zákony lze najít i v okolních severských státech (Norström, 2006).

1.9 Vyléčení

Základem léčby a vyléčení závislosti na alkoholu je trvalá a důsledná abstinence (Raboch, 2012). Abstinující pacient se musí důsledně vyhýbat jakémukoli alkoholu, jinak hrozí, že znovu propadne závislosti. Relapsy a recidiva je v těchto případech velmi častá. I po dokončení léčby zůstává pacient závislý na alkoholu, ale zakrývá to abstinencí. Jedná se o rozhodující objev, který někteří pochopí ihned, jiní až tehdy, kdy abstinenci několikrát poruší. Současně je i mnoho pacientů, kteří tento stav nechtějí nebo neumějí pochopit (Fischer, 2014; Monti, 2002).

Alternativou k abstinenci terapii, která vede k vyléčení závislosti, je terapie kontrolované konzumace. Při této terapii pacient posiluje schopnost sebekontroly a vnitřní motivaci ke změně. Vede k odhalení vnitřních spouštěčů, které vedou k alkoholovým excesům. Snížení spotřeby alkoholu je přirozený důsledek vnitřní změny pacienta (Vondráčková, 2012).

1.10 Instituce

Na léčbě a abstinenci se podílí instituce zaměřené na problematiku alkoholismu. Jednotlivé instituce budou popsány níže.

1.10.1 Protialkoholní záchytné stanice – PZS

PZS je instituce sloužící k bezpečnému pobytu pod dozorem lékaře v případě, že se pacient dopouští chování vzbuzující veřejné pohoršení. Službu nehradí systém veřejného pojištění a pacienti si pobyt hradí sami.

Zakladatelem záchytných stanic byl MUDr. Jaroslav Skála. V současnosti jsou záchytné stanice rozšířeny po celé republice (Raboch, 2012).

1.10.2 Ústavní (protialkoholní) léčba

Při ústavní léčbě jsou pacienti hospitalizováni na několik měsíců, během kterých nemají přístup k alkoholu a abstinují. Jedná se o dobrovolné rozhodnutí každého jedince, přesto v některých případech lze léčbu soudně nařídit. Součástí léčby jsou psychoterapeutické, výchovné postupy, terapeutické komunity atd. (Polách, 2015).

1.10.2.1 Pracoviště v ČR

Mezi hlavní protialkoholní léčebny v České republice patří:

- Psychiatrická nemocnice Bohnice,
- Protialkoholní oddělení Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze,
- Psychiatrické léčebny Kosmonosy, Opava, Kroměříž, Brno atd.

1.10.3 Ambulantní léčba

Ambulance poskytují pro alkoholově závislé osoby diagnostickou, léčebnou a preventivní péči. Ambulantní léčba zahrnuje také podpůrnou farmakoterapii (Antabus, anticravingová medikace, psychiatrická medikace) a poradenství pro rodinné příslušníky (Šťastná, 2013).

1.10.4 Anonymní alkoholici (AA)

Hnutí anonymních alkoholiků je celosvětově rozšířené společenství původem z USA. Vychází z do značné míry z Oxfordské skupiny. Základní praktiky této skupiny jsou:

- skupinová zpověď (otevřené vyznání z hříchů na setkání skupiny),
- duchovní vedení (přijmutí božské inspirace jako motivu chování člověka),
- změna či konverze,
- odčinění provinění vůči ostatním.

Hnutí AA si z Oxfordské skupiny osvojilo několik zásadních principů jako je idea svépomoci, pokory, otevřenosti, spirituality, přiznání si vlastních chyb a pomoc druhým v jejich

lčbě závislosti. Tyto principy dále přešly do terapeutických komunit (Kalina, 2008; Anonymní alkoholici, 2019).

1.10.5 Terapeutická komunita

Pobyt a léčba v komunitě je zaměřena na problémy související s užíváním alkoholu, a jsou řešitelné pouze v případě, že pacient s užíváním přestane. Pacienti jsou při vysazení příjmu alkoholu vystaveni stresu, který je navíc stupňován podněty a situacemi, které provázejí každého nově přijatého pacienta v komunitě. Pacient vstupující do komunity se musí řídit několika základními pravidly. Striktní zákaz alkoholu či jiných návykových látek, vyhrožování či násilí. Pacient se sám rozhodne, zda v komunitě zůstane a otevře se změně, nebo si zvolí odchod z komunity zpět k dávkce alkoholu (Kalina, 2008).

Průkopníkem terapeutických komunit pro alkoholiky v České republice byl MUDr. Jaroslav Skála. Pacienti byli při léčbě vystavováni zvýšené psychické a fyzické zátěži, aby se naučili zvládat stavy napětí, stresu a špatné nálady bez pomoci alkoholu (Skála, 1987).

1.10.6 SUR

SUR je hnutí založené Doc. MUDr. Jaroslavem Skálou, PhDr. Eduardem Urbanem a MUDr. Jaromírem Rubešem, rozvíjející se od r. 1967. Jedná se o jedinečné spojení výcviku ve skupinové terapii s rozsáhlejším a hlubším měřítkem velké skupiny, komunity. Princip výcvikového modelu SUR je založen terapeutických komunitách s několika skupinami. Skupiny jsou vedeny dvěma terapeuty/lektory a jsou pod supervizí vedoucího komunity. Komunita se 1-2x do roka setkává, přičemž jednotlivé skupiny pořádají pravidelná víkendová setkání. Trvání výcvikové komunity je okolo 4-5 let (O SURu, 2019).

1.10.7 Denní stacionář

Denní stacionáře slouží k usnadnění přechodu pacientů do běžného života či jako doléčování po ústavní léčbě. Případně pro pacienty, pro které je ústavní léčba předčasná. Pacienti jsou v denních stacionářích v pracovní dny většinou na osm hodin. Podmínkou účasti je kontrolovaná abstinence (Denní stacionář, 2019).

2 Fyzioterapeutická intervence

2.1 Úvod

Alkohol patří v České republice a v ostatních evropských zemích mezi nejčastěji užívanou a zneužívanou drogu. Jeho nadměrné užívání má negativní dopad na produktivitu jedince, dále se zvyšuje riziko předčasného úmrtí způsobené rizikovým chováním. Spolu s užíváním jsou spojeny komorbiditní somatická onemocnění, špatná výživa a úrazy (Mehta, 2016).

U pacientů se závislostí je nutné, stejně jako u psychiatrických pacientů, postupovat pomocí uceleného rehabilitačního přístupu. Rehabilitace je zaměřená jak na somatické problémy, tak i na psychologické a sociální (Kolář, 2009).

Fyzioterapii u pacientů se závislostí na alkoholu, lze rozdělit na dvě skupiny s rozdílnými cíli. První má za cíl využít práci s tělem a pohyb jako podporu léčby závislosti. Pomáhá pacientovi s překonáním cravingu a k celkovému zlepšení kondice, která bývá často velmi špatná z důvodu dlouhodobého zanedbávání pohybového aparátu. Jednotlivé používané metody budou vypsány níže.

Druhou možností je využití fyzioterapie nikoli k léčbě závislosti, ale naopak k léčbě komplikací, které se při užívání alkoholu vyskytují.

2.2 Specifika práce s pacientem se závislostí

K pacientům se závislostí je nutné přistupovat opatrně a volit způsob terapie individuálně, dle stavu pacienta. Sledujeme jeho aktuální psychický i fyzický stav, schopnost provedení jednotlivých terapií a dosavadní léčbu. Je třeba brát zřetel na určité faktory, jenž mohou terapii s pacienty ztěžovat (Hošek, 2007).

Fyzioterapie a pohybová aktivita obecně může být komplikována řadou možných překážek:

- psychický stav (pacient je pasivní, odmítá léčbu a s ní spojené pohybové aktivity),
- fyzický stav (zanedbaný pohybový aparát, nedostatečná léčba nemocí a zranění, celková dekonvice),
- neplnění režimových opatření (abstinence, farmakoterapie, stravovací návyky),
- neplnění aktivit (pacient nedochází na terapie).

Dále je velikost skupin při pohybových aktivitách omezena kvůli rozdílným nárokům pacientů. Nevhodné či nedostatečné vybavení pacienta pro pohybovou aktivitu, sociálně slabší pacienti či bez rodinného zázemí (Zahrádka Köhlerová, 2016).

2.2.1 Motivace pacienta

Nedílnou součástí práce fyzioterapeuta je motivace pacienta k pohybové aktivitě. V případě pacientů se závislostí je tato problematika mnohem důležitější, jelikož závislost velmi ovlivňuje životní styl a vůli pacienta. U pacientů se závislostí či jiným duševním onemocněním je celkově velmi nízká motivace k pohybové aktivitě. K motivaci pro pohyb nepřispívá také fakt, že pacienti jsou terapii tzv. „nedobrovolně posláni“. Pacient si často svou nemoc (závislost) a obtíže spojené s neaktivitou nechce nebo není schopen zcela uvědomit. U takových pacientů se využívá motivační pohovor.

Terapie začíná navázáním kontaktu s pacientem. Terapeut vede rozhovor profesionálně a působí na pacienta důvěryhodně. Projevuje zájem o pacienta, věnuje mu pozornost, naslouchá a snaží se porozumět.

Terapeut vytváří s pacientem vztah v prostředí, kde se pacient cítí bezpečně a otevřeně hovoří o svých problémech. K vytvoření takového vztahu terapeut nekritizuje a nehodnotí pacienta. V případě, že je navozena důvěra a vztah upevněn, se terapeut dostává k edukaci, hodnocení, opravování aj.

Pro posílení motivace k terapii lze uplatnit:

- podpora pacienta v činnosti,
- aktivní naslouchání,
- využití otevřených otázek,
- empatii,
- projevení zájmu a snahy porozumět (Zahrádka Köhlerová, 2016).

V zahraničí byl vyvinut relativně nový přístup ke zvýšení motivace pacientů léčených s duševní poruchou či závislostí. Jedná se o incentivní terapii (contingency management, CM). Tento přístup vychází z behaviorální terapie a funguje na principu udílení různých typů odměn. Udělení či neudělení odměny závisí na chování pacienta – zda dodržuje nebo nedodržuje léčebný program. U závislosti na alkoholu jde o abstinenci, docházení na domluvené aktivity atd. Nejčastější odměnou jsou služby, aktivity nebo peněžní obnos. V porovnání s ostatními léčebnými postupy má incentivní terapie lepší výsledky. Dle Petry et al. (2000) na konci léčby

69% pacientů abstinovalo, naproti tomu 61% pacientů s jinou léčbou požílo alkohol (Šťastná, 2010, Petry et al., 2000).

2.2.2 Vnímání těla

„Způsob, jakým člověk smýšlí o svém těle“ je definice tzv. Body image (Grogan, 2000). Pacienti se závislostí své tělo většinou vnímají jako disfunkční či cizí. Vyvolává v pacientech nepříjemné pocity či nejistotu, a ty se mohou projevit v tělesném projevu. Pohyby jsou stažené a ohraničené. Pacienti si zachovávají svůj osobní prostor a odstup, brání se projevu emocí (Hátlová, 2003).

Při práci s tělem pacienta je hlavním zájmem vztah člověka k sobě, vztah mysli a těla. Tělo pacienta slouží jako ukazatel stavu mysli. Pacientovo chování a prožívání je zásadně ovlivněno tím, jak se sám vnímá a hodnotí. Vnímání těla či tělesné sebepojetí je součástí celkového sebepojetí – self conceptu (Hátlová, 2013).

Další problém, který se může u pacientů vyskytnout je alexithymie. V tomto případě má pacient obtíže s rozeznáváním a vyjadřováním emocí. Alexithymie bývá často spojena s různými psychickými poruchami včetně závislostí. Oproti emoční chudosti mají pacienti vysokou citlivost na tělesné prožitky. Proto terapie s těmito pacienty bývá těžší (Lumley, 2007).

2.3 Fyzioterapie zaměřena na problematiku spojenou s užíváním alkoholu

Užívání alkoholu má velký dopad na zdravý pacienta. Proto kromě diagnózy závislosti se často u těchto jedinců setkáváme s dalšími obtížemi a onemocněními. Většinu těchto obtíží lze zmírnit či dokonce odstranit pomocí vhodně zvolené fyzioterapie.

2.3.1 Indikace a kontraindikace

K fyzioterapeutické intervenci jsou zasílání pacienti s následujícími obtížemi:

- bolestivý stav pohybového aparátu,
- poúrazové stavy (časté pády, zlomeniny),
- pooperační stavy (např. transplantace jater, ortopedické výkony),
- neurologická onemocnění (polyneuropatie, poruchy rovnováhy),
- metabolická onemocnění (diabetes mellitus, hypertenze, kardiovaskulární obtíže, respirační obtíže).

Mezi absolutní či relativní kontraindikace všeobecné a vztahující se k problematice alkoholismu patří:

- krvácivé stavy (u alkoholiků je častá porucha srážlivosti krve),
- nádorová onemocnění,
- infekční, horečnaté a zánětlivé stavy,
- jaterní selhání, jícnové varixy,
- dekompenzovaná kardiální, respirační insuficience, srdeční selhání,
- dekompenzovaný diabetes mellitus,
- stav pod vlivem alkoholu, delirium tremens,
- psychický stav pacienta, kognitivní deficit, zda přijímá léčbu.

Dále je nutné zvážit aktuální stav pacienta a pokyny ošetřujícího lékaře.

2.3.2 Pohybový aparát

Užívání alkoholu negativně ovlivňuje pohybový aparát. Většina jedinců během období trvající závislosti zanedbává péči o své tělo a nevěnuje se žádné pohybové aktivitě. Proto je hlavním dopadem při užívání alkoholu celková de kondice. U pacientů se setkáváme se sníženou svalovou silou, hmotou a funkcí. Dále se při chronickém užívání vyskytuje myopatie kosterního svalstva (Herbsleb et al., 2013).

Fyzioterapie může být nápomocná ke zlepšení svalové síly, znovunabytí svalové hmoty a ke zlepšení celkové kondice. Dále může pomoci při poruchách chůze a rovnováhy (Kaur, 2013).

Ke zlepšení svalové síly lze využít aktivní cvičení. V případě, že pacient není schopen pohyb plně provést, může fyzioterapeut v pohybu asistovat a pomoci pohyb provádět v nejlepší kvalitě tj. v centrovaném postavení kloubů. Pokud je pacient schopen pohyby vykonávat sám, je možné svalovou sílu cvičit pomocí zvýšených odporů. K tomu je možné využít široké množství cviků, metod a pomůcek (např. činky, theraband), včetně cvičebních strojů. Lze využít různé typy svalové aktivity – koncentrická, excentrická, izometrická (Kolář, 2009).

2.3.3 Kardiovaskulární a respirační systém

Uživatelé alkoholu mají časté problémy s krevním tlakem, v některých případech kardiomyopatie. Na kardiovaskulární obtíže nasedají i obtíže respirační. Tyto problémy jsou

způsobeny, kromě dlouhodobého užívání alkoholu, i často nedostatečnou pohybovou aktivitou spojenou se závislostí (Müllerová, 2014).

Při hypertenzi se doporučuje spíše aerobní cvičení namísto posilování. Aerobní cvičení snižuje krevní tlak, zlepšuje výkon srdce a plic, dále snižuje riziko onemocnění srdce. Lze využít skupinová i individuální cvičení. Patří sem chůze, běh, cyklistika, aerobik a další.

V případě respiračních onemocnění u alkoholiků se jedná o záněty dolních cest dýchacích. Dále je snižena plicní kapacita (Chalmers et al., 2009). V takových případech je na místě využití respirační fyzioterapie. K dosažení optimální dechové ekonomiky slouží dechová gymnastika (Kolář, 2009).

Kontraindikacemi rehabilitace jsou srdeční selhání, zánět srdečního svalu, dekompenzovaná hypertenze, aneurysma aorty a krvácející jícnové varixy.

2.3.4 Nervový systém

Dopadem alkoholu na nervový systém může být organické poškození mozku, periferní neuropatie a poměrně častá alkoholová polyneuropatie. To má za následek poruchy paměti, rovnováhy a koordinace (Seidl, 2008).

U polyneuropatie je vhodné přizpůsobit fyzioterapii dle potřeb pacienta. Postupy, které lze využít jsou příprava plosky, mobilizace drobných kloubů nohy, propioceptivní stimulace. Vhodná je senzomotorická stimulace doplněná balančním cvičením. Dále lze využít metody na neurofyziologické podkladě jako např. PNF, Bobath koncept aj. (Kolář, 2009).

2.3.5 Stavy po operacích a úrazech

Častým problémem spojeným se závislostí na alkoholu je velká úrazovost. Ta je podmíněná stavy opilosti, kdy se pacient chová nebezpečně, zbytečně riskuje či je agresivní. V pozdější fázi závislosti mohou být úrazy spojené s poruchou chůze a rovnováhy. Nejčastěji se setkáváme s různými typy fraktur (Schermer, 2006).

Rehabilitace zlomenin v době hojení spočívá v udržení rozsahu pohybu v ostatních segmentech končetiny a případné redukci otoku. Po zhojení zlomeniny a v případě, že je možná zátěž se aplikují techniky měkkých tkání, mobilizační techniky, PNF, poté cvičení v uzavřených kinematických řetězcích a se zátěží (Kolář, 2009).

U dlouhodobých konzumentů se často setkáváme s jaterní cirhózou, která vede až k jaternímu selhání, kdy je nejúčinnější léčbou transplantace. Dále se setkáváme se také velmi

často s krvácejícími jícnovými varixy. Tyto stavy mají pouze jedno řešení a tím je operace. Navíc u alkoholiků je vyšší riziko pooperačních komplikací – infekce, kardiopulmonální insuficience, krvácení atd. (Lata, 2002; Tonnesen, 1999).

Pooperační rehabilitace zahrnuje péči o jizvu, techniky měkkých tkání, respirační fyzioterapii, cviky na udržení svalové síly a udržení rozsahu pohybu. Dále zařazuje cviky proti TEN a lehčí kondiční cvičení. Jakmile je možné vertikalizujeme pacienta nejprve do sedu a poté do stoje. Podle stavu pacienta pokračuje tréninkem chůze (Kolář, 2009).

Tabulka č. 2.3.1 Přehledová tabulka fyzioterapie

Zdravotní obtíže spojené s alkoholem	Fyzioterapie	Kontraindikace
Dekondice	aktivní pohybová cvičení, sport, silový trénink, aerobní trénink	jícnové varixy, portální hypertenze, abstinenční syndrom, delirantní stav, akutní selhání jater, akutní selhání ledvin, zvýšená krvácivost, kognitivní deficit, dekompenzované chronické onemocnění srdce, dekompenzovaná respirační insuficience
Respirační obtíže	respirační fyzioterapie, dechová gymnastika	
Kardiovaskulární obtíže	aerobní cvičení (chůze, běh), bez odporu	
Neurologické	senzomotorická stimulace, balanční cvičení, techniky založené na neurofyziologickém podkladu (PNF, Bobath koncept atd.)	
Úrazy	techniky měkkých tkání, mobilizační techniky, PNF, analytické cvičení na podporu svalové síly s využitím prvků ze svalového testu	
Operace	péče o jizvu, TMT, respirační fyzioterapie, cviky na udržení svalové síly a udržení ROM	

2.4 Význam pohybové aktivity u alkoholové závislosti

Pohybová aktivita je podle dostupných studií (Brown et al., 2014; Karoly et al., 2013; Zschucke, 2012) prospěšná jak pro tělesné, tak i duševní zdraví u pacientů se závislostí na alkoholu. Je ovšem nutné odlišit cílení rehabilitační cvičení, rekreační a vrcholové, kdy u rekreačního sportu očekáváme příznivý efekt, naopak u vrcholového převažují spíše rizikové faktory (Nešpor, 2005).

Pohybová aktivita pomáhá pacientům zjistit svoje fyzické limity a hranice. Pacienti se často uchylují do extrémů. Buď neprovozují žádnou pohybovou aktivitu, anebo se naopak přetěžují. Navíc je pohybová aktivita vhodná jako časová náplň namísto užívání alkoholu.

Podle Brown et al. (2010) je pohybová aktivita velmi účinným nástrojem k prevenci relapsu. Díky kladnému vlivu na psychiku způsobuje lepší náladu, odstraňuje depresivní symptomy a poruchy spánku. To vše může vést ke snížení rizika recidivy.

Na vzniku relapsu se také často podílí stres. Dostupné studie ukazují, že jakákoliv pohybová aktivita, cvičení či práce s tělem, snižuje dopad každodenních stresorů a tím snížit vliv stresu na opakovaný vznik závislosti (Zschucke, 2012; Stoutenberg et al., 2016).

2.4.1 Pohybová terapie v zahraničí

V zahraničí bylo provedeno několik studií, které zkoumaly vliv pohybové aktivity a terapie na jedince se závislostí na alkoholu či obecně na závislost.

Brown et al. (2014) provedli 12týdenní studii, kde si dali za úkol zjistit, zda může být fyzická aktivita prospěšná jako doplněk léčby závislosti na alkoholu. Celkem 49 vybraných pacientů se závislostí pouze na alkoholu provozovalo sedavý způsob života a teprve začínalo s léčbou. Denně se účastnili léčby a kognitivně-behaviorální skupiny zaměřené na výuku zvládání střizlivosti a prevence relapsu. Účastníci studie byly rozděleni na skupinu, která prováděla skupinové aerobní cvičení střední intenzity trvající 20 až 40 minut, a na skupinu, která dostala stručné rady ke cvičení a informace o výhodách. Studie prokázala vliv skupinového aerobního cvičení na snížení konzumace alkoholu. Týkalo se to pacientů, kteří se cvičení zúčastnili častěji tj. 8 až 12 sezení. Pozitivní výsledky se také přičítají většímu množství sociální interakce oproti druhé skupině.

Další studie Brown (2016) v období 12týdnů sledovala účinky mírného cvičení (20-40 minut) na náladu, úzkost a touhu po alkoholu. Ve vzorku bylo 26 jedinců a studie ukázala zlepšení nálady a snížení úzkosti po každém cvičení. Což může snížit riziko relapsu.

Ussher et al. (2004) se ve své tři měsíční studii zaměřili na touhu a nutkání pít alkohol před, během a po cvičení. Ve vzorku bylo 20 alkoholiků (20 žen, 20 mužů) průměrného věku 40 let, kteří nedávno započali léčbu. Pacienti se zúčastnili 10 minutového cvičení střední intenzity. Následně cvičení hodnotili formou dotazníku. Studie ukazuje, že cvičení snižuje nutkání ke konzumaci alkoholu.

Studie Karoly et al. (2013) testovala hypotézu, zda aerobní cvičení chrání před poškozením alkoholem bílou hmotu mozkovou. Studie se zúčastnilo 60 jedinců, kteří podstoupily zobrazení tenzorů difuze (diffusion tensor imaging, DTI), což je technika zobrazující strukturální detaily bílé hmoty mozku pomocí magnetické rezonance. Dále zkoumala interakci mezi konzumací alkoholu se ztrátou kontroly nad pitím a aerobním cvičením. Frekvence, intenzita nebo typ aerobního cvičení nebyly pevně stanoveny. Studie potvrdila, že pravidelná pohybová aktivita brání poškození bílé hmoty při konzumaci alkoholu. Dále se ukazuje možnost využití cvičení jako prevence ztráty kontroly nad pitím alkoholu.

Ve studii dle Georgakouli et al. (2017) bylo cílem 8týdenní kontrolované intervence prozkoumat fyziologické a biochemické reakce HPA ose na pohybovou aktivitu u těžkých konzumentů alkoholu. HPA osa (hypotalamicko-hypofyzárně-adrenální osa) tvoří hlavní neuroendokrinní systém, který řídí reakce na stres. Zúčastnilo se 11 jedinců, kteří byli pouze muži s anamnézou zneužívání pouze alkoholu a věkem do šedesáti let, bez vážných zdravotních komplikací a postižení. Dále je spojovala nízká fyzická aktivita. Byly odebrány krevní vzorky. Testovaní jedinci zaznamenávali četnost a dobu aerobního cvičení, denní příjem alkoholu. Výsledky ukazují zlepšení fyziologických parametrů a návyků s užíváním alkoholu. Dále došlo ke zlepšení fyzické zdatnosti, snížení krevního tlaku, tělesné hmotnosti a BMI. Také se snížila spotřeba konzumovaného alkoholu. Studie nepotvrdila hormonální změny v HPA ose.

Read et al. (2001) ve své studii zkoumali postoje a chování při cvičení u dospělých léčících se se závislostí na alkoholu. Zda a do jaké míry jsou jedinci schopni vnímat přínos pravidelné fyzické aktivity. Studie se účastnilo 105 jedinců se závislostí na alkoholu. Z toho 63% bylo pravidelných kuřáků. Cvičení mělo probíhat minimálně 20 minut 3krát týdně. Výsledkem bylo zjištění, že se pacienti setkávají s překážkami, které jim zabraňují plně se věnovat cvičení. Většinou se jednalo o nedostatek motivace, času a finančních prostředků. Proto se přibližně 40% účastníků věnovalo cvičení méně než 1krát týdně. Studie ukázala, že zásahy

a intervence pomáhají pacientům překonávat překážky a vykonávat cvičení. Dále se ukázaly přínosy cvičení – redukce stresu a napětí, pozitivnější vhléd a zvýšení sebevědomí.

Studie Stoutenberg (2015) si dala za cíl zjistit, jaký mají jedinci nastupující do léčby postoj, názor a preferenci na zařazení a provádění pohybového cvičení v rámci léčby. Zúčastnění vyplňovali dotazník do dvou dnů od příjmu do léčby. Celkem se studie zúčastnilo 120 pacientů, z toho 52% byli muži. Dotazovaní uvádějí, že jim cvičení přináší zlepšení zdraví, pocit jistoty a dobrý pocit ze sebe sama. Jako překážky uvádějí nedostatek motivace, neznalost, nevybavenost, finanční náročnost a dojíždění. Studie ukazuje přínos pohybového cvičení pro tělesné a duševní zdraví, a doporučuje jeho zařazení do léčby závislosti na alkoholu.

2.4.2 Pohybová terapie v ČR

Pracovní a pohybová terapie se začala objevovat a rozvíjet ústavech pro choromyslné díky Karolu Matulay (1906-1998). Propagoval a snažil se prosadit namísto farmakoterapie léčbu aktivizačními terapiemi.

O širší zavedení sportovních činností a tělesných cvičení s aktivizačními či relaxačními účinky se zasadil Zdeněk Bašný. Také doplňoval cvičení jednoduchými sestavami z jógy. Všechna cvičení byla volena dle aktuálního stavu pacienta a jeho diagnózy.

V 70. letech 20. století byla do léčby somatických i psychiatrických pacientů začleněna jóga, která je využívána dodnes.

V případě sportu jako podpůrné léčby alkoholiků byl největším propagátorem Jaroslav Skála, který vypracoval komplexní léčebný program, jehož součástí byly gymnastická cvičení a atletický běh. Tento program se rozšířil a prosadil po celé ČR a je znám i v zahraničí. Dále ho doplňují o nekontaktní míčové hry a cvičení jógy (Hátlová, 2013).

V současnosti probíhají v PNB pravidelné studie zaměřené na přínos pohybové aktivity a kvalitu života u pacientů se závislostí. Jsou prováděny pomocí anonymních dotazníků, které jsou součástí Přílohy č. 1 a Přílohy č. 2. Respondenti jsou dospělý jedinci hospitalizovaní z důvodu léčby závislosti. Pacienti hodnotí subjektivně svůj zdravotní stav, zda a jakou pohybovou aktivitu v rámci léčby provádějí a jaké přínosy jim přináší.

2.5 Vybrané pohybové metody používané při léčbě závislosti

Při léčbě závislosti se používají přístupy zaměřené na práci s tělem a myslí. Tyto přístupy se využívají z více důvodů. Mírní depresivní symptomatologii, úzkost, zlepšují zdravotní stav – prevence kardiovaskulárních obtíží, zvyšuje sebevědomí a sebevímání. Při skupinových cvičeních či aktivitách se pacienti socializují. Vnímání a práce s tělem je u závislostí velmi špatné.

Velmi důležitý význam mají tyto metody při zvládnání cravingu (bažení). Bažení je často spojeno se stresem či únavou jako spouštěčem. Tělesná aktivita nebo relaxace se používají jako strategie k ovládnutí bažení (Nešpor, 2005; Nešpor, 2017b).

2.5.1 Psychomotorická terapie

Psychomotorická terapie dříve známá pod českým názvem kinezioterapie využívá tělesného vnímání a pohybového chování. Psychomotorika se zabývá poruchami sebepojetí a jeho nápravou. Sebepojetí (self-concept), to jak se každý jedinec vnímá a hodnotí, ovlivňuje jeho chování a prožívání.

Psychomotorika či kinezioterapie využívá pohyb k získání přístupu k pacientovi. Pomocí prožitků se snaží ovlivnit psychiku a uvědomit si vlastní „já“ a jeho možnosti.

Psychomotorika má za cíl přivést pacienta k aktivní spoluúčasti na terapii, pomoci mu najít možnosti a prostor, jak řešit problémy. Provedení a kvalita pohybu je indikátor aktuálního psychosomatického stavu pacienta. U psychomotoriky se uplatňují specifické pohybové programy jako prevence a léčba psychických onemocnění.

Působení psychomotorické terapie pomáhá pacientům si uvědomit:

- vědomí pohyblivosti – možnosti, ovládnutí, uvědomění vlastního těla,
- psychosomatickou jednotu – pohyb je současně aktivitou fyzickou a psychickou,
- pozitivní sebepřijetí a integritu – vnímání vlastních pohybů a současné vnímání druhých,
- tělesnou symboliku – symbolický význam poloh a pohybu,
- emoční spontaneitu – během pohybu není emoční projev omezován,
- tvořivost a sociální akceptovanost – iniciace tvořivosti a možnost snadnějšího navázání kontaktu během pohybové aktivity (Hátlová, 2015).

Při léčbě závislosti se doporučuje začít koncentrativně relaxačním cvičením, dále zdravotní, taktilní nebo jógová cvičení. Poté se přidává aktivně relaxační cvičení. Tato cvičení

se používají ke snížení tenze a posílení psychiky. U žen se preferují taneční, rytmická cvičení, u mužů spíše zdravotně gymnastická. Následují programy zvyšující sebedůvěru a schopnost spolupráce např. pohybové hry a hry v přírodě. Později se nabízejí pohybové programy s aerobní zátěží, které umožňují ovlivňování sebe sama a prosadit se vlastními silami. Jedná se především o běh, sportovní hry (volejbal, basketbal aj.) a problémové hry. U mužů se přidává posilování, naopak u žen gymnastické cvičení aerobního charakteru.

Tato cvičení jsou zařazena v léčebném programu (Kolář, 2009).

2.5.2 Alexandrova technika

V zahraničí velmi známá užívaná metoda, využívající se k preventivním a terapeutickým účinkům. Alexandrova technika reedukuje naučené motorické stereotypy, které mohou způsobovat tělesné i psychické problémy. Hlavní princip techniky je založen na rozvinutí uvědomění si vlastního těla (Brennan, 2005).

Za primární, klíčovou oblast je považováno nastavení hlavy vůči krku – postavení hlavových kloubů. Využívá posturálních mechanismů, jak je správně aplikovat na koordinaci trupu, hlavy a končetin a řídit tonus posturálních svalů. Nejedná se o systém specifických cviků, ale o soustředění na zlepšení vlastního „sebepoužívání“. Výraz „sebepoužívání“ je ústřední pojem Alexandrovy techniky. Tento pojem je definován jako kompletní psychofyzický vzor jedince. Každý jedinec opakovaně používá stereotypní reakce a to buď dobře, kdy podporuje zdravé fungování organismu, či tak, že organismus poškozuje. Alexandrova technika vychází z toho, že pokud špatně koná či funguje na úrovni psychické, tak se to projeví i na činnostech fyzických.

Cílem techniky je zlepšení „používání“ sebe sama, zbavit pacienta nadbytečného napětí v tělesné i mentální oblasti a tím zlepšit jeho zdravotní stav (Stackeová, 2018).

2.5.2.1 Mindful Alexander Technique (MAT)

Tato metoda je fúzí Alexandrovy a Mindfulness techniky. Z Alexandrovy techniky přejímá uvolňování nadměrného svalového napětí a zlepšování držení těla, z Mindfulness praktiky všímavosti. MAT je tak vhodná k léčbě závislosti, bolesti, ke zvládnutí stresu a úzkosti (Mindful Alexander Technique, 2019).

2.5.3 Feldenkraisova metoda

Feldenkraisova metoda je metoda zaměřená na práci s tělem a zvýšení povědomí o prováděných pohybech (Jain, 2004).

Hlavní myšlenkou metody je předpoklad, že pohyby a jednání těla je ovlivněno podle obrazu, který si každý jedinec o sobě utvoří. Ten bývá často zkreslený a jedinec pak chybně či ne plně využívá své tělo dle zkreslené představy. Čím je uvědomění těla bližší realitě, tím je jeho užívání účelnější a přesnější. Během dne každý provede většinu pohybů, aniž by si hlouběji uvědomoval. Proto mohou být některé svalové skupiny nepřiměřeně používány a přetěžovány, a jiné naopak opomíjeny a nevyužívány.

Feldenkraisova metoda má pomocí cviků za cíl zlepšit koordinaci v prostoru, zjemnit kinestetické citění a využívat pohyb s minimálním úsilím a maximální účinností (Kolář, 2009).

V praxi se využívají dvě formy provedení:

- **Pohybem k sebeuvědomění** (Awareness Through Movement): Většinou se jedná o skupinové cvičení, které lze provádět i jako autoterapii. Cvičení je vedeno pomocí verbálních pokynů a začíná v nižších polohách (vleže) a postupně jsou pohyby prováděny ve vyšších polohách (sed, klek, stoj). Pohyby mají rotační charakter a jsou prováděny pomalu a mnohokrát opakovány. Během cvičení je kladen důraz na soustředění se na prováděné pohyby, pozornost, emoce a myšlenky (Buchanan, 2012).
- **Funkční integrace** (Functional Integration): Je individuální, neverbální technika, při které se terapeut snaží jedince seznámit s tělem, vnímat různé pohybové situace a docílit uvolnění. Používají se jemné dotyky a pohyby (Vyskočil, 2008).

Podle dostupných studií (Malmgren-Olsson, 2009; Ginot, 2012; Horsman, 2011) má Feldenkraisova metoda velmi příznivý vliv na sebepojetí, vnímání a smýšlení o vlastním těle, které bývá u závislých patologické. Metoda využívá hluboké smyslové uvědomění si sebe sama a vede ke změně chování pacienta se závislostí.

2.5.4 Jóga

Jóga má původ v Indii a první zmínky o ní lze nalézt již v prvním tisíciletí našeho letopočtu, i když její počátky sahají mnohem dál do minulosti. První dílo o józe sepsal Mistr Pataňdžali – Jógasútry. Z něj vycházejí všechny školy jógy. Jóga má v překladu několik významů. Prvním je jho, znamenající dobrovolné omezení a odříkání, dále má význam sjednocení, spojení a zastavení či zkrocení. Pataňdžali vysvětluje cesty, které vedou ke

sjednocení. Jsou to jama (správné jednání), nijama (duchovní hodnoty), ásana (držení těla), pránájáma (dech), pratjáhára (nelpění na smyslových objektech), dháraná (zaměření smyslů), dhjána a samádhi (meditace).

Existuje několik druhů jógy, které se liší zaměřením a prováděním cviků. Jednotlivé pozice (asány) jsou nejvíce používány při hatha józe, která je nejrozšířenější pro kombinaci tělesných pozic, dýchacích technik, relaxace a myšlení. Ostatní formy jógy jsou spíše meditační (Mazánek, 2014; Khanna, 2013).

Jóga je dle Nešpora (2005) vhodnější při práci spíše s akutnějšími pacienty, kteří mají horší tělesný a duševní stav. Jednotlivé cviky lze volit podle specifických možností jednotlivých pacientů. Další výhodou je nesoutěživost, která je i prevencí úrazů. Závislí mají větší sklony k úrazům. Jóga je zaměřená na soustředění a uvědomování si vlastního těla a tělesných pocitů. Její nesoutěživý charakter chrání většinou otřesené sebevědomí závislých pacientů.

Nezbytnou součástí při cvičení jógy je relaxace. Relaxace se vkládá mezi obtížnější cviky, či na závěr sestavy. Zapojení relaxace zlepšuje duševní stav pacienta léčeného se závislostí. Dále má kromě příznivému efektu na úzkost či depresi, také vliv na bolest a poruchy spánku, kdy může nahradit návykovou lékovou terapii (Woolery, 2004; Nešpor, 2005).

Dostupné studie (Hallgren, 2014; Kissen, 2009; Sarkar, 2017) ukazují, že je jóga velmi často využívána jako součást terapie u léčby závislostí. Snižuje míru stresu, pomáhá zvládat bažení a při dlouhodobém cvičení je prevencí relapsu a udržení abstinence.

Studie dle Hallgren (2014) prováděná ve Švédsku, zkoumala možnost zařazení jógy do programu léčby závislosti na alkoholu. Ke studii bylo randomizováno osmnáct pacientů. Hodnocení byla provedena na začátku studie a poté po šesti měsících. Polovina pacientů podstoupila klasickou léčbu (konzultace, sezení, farmakoterapie), druhá se navíc účastnila jógy jedenkrát týdně na 1,5 hodiny. Studii dokončilo 14 pacientů, a sběr informací byl prováděn rozhovorem. Účastníci hodnotili jógovou intervenci kladně, a spolu se standardní léčbou se výrazně snížila chuť na alkohol. Také uvedly zlepšení nálady a pocit uvolněnosti.

Další studie (Marefat, 2011) zkoumala účinky jógy na depresi a úzkost u závislých jedinců. Účastníci studie (celkem 24 mužů) byli hodnoceni osobním dotazníkem, a byli rozděleni na experimentální a kontrolní skupinu. Intervence trvala 5 týdnů, během kterých se experimentální skupina zúčastnila cvičení jógy 3krát týdně po 60 minutách. Výsledky ukázaly významný pozitivní rozdíl v úrovni deprese a úzkosti před a po dokončení studie.

2.5.5 Relaxační techniky

Výrazem relaxace lze popsat uvolnění vnitřního napětí v oblasti fyzické i psychické. Při relaxaci dochází k intenzivní regeneraci organismu, posílení imunitního systému a k hluboké regeneraci buněk, hlavně nervového systému.

Relaxace pomáhá odstranit svalové napětí, únavu, úzkost a neklid. Doporučuje se praktikovat spolu s tělesným cvičením. Dále odbourávat stres a napomáhá proti bolesti (Kelnarová, 2014).

Po dokončení relaxace dochází ke změně pocitového stavu – pocit spokojenosti, osvěžení nebo pozitivnějšího vztahu k okolí. Při pravidelném cvičení pacient začíná nahlížet jinak na svůj vnitřní vnější svět. Více ovládá své vnitřní procesy. Dochází ke změně mozkové aktivity, mysl je aktivní ale uvolněná. Což také umožňuje jasnější a konstruktivnější myšlení.

Při relaxaci mozek vytváří endorfíny, které posilují imunitní systém, tlumí bolest a přispívají k dobré náladě, jako prevence klinické deprese. Dále dochází k utlumení sympatiku, a tím se zpomaluje srdeční tep a dýchání, snižuje se krevní tlak, omezuje činnost metabolismu (Grofová, 2015)

U pacientů je stres velmi podstatným faktorem, který zapříčinil vznik závislost nebo jejího případného relapsu. Proto jsou relaxační techniky velmi účinné a potřebné (Sinha, 2009). Alkoholici často využívají k navození relaxace právě alkohol, a proto jsou relaxační techniky vhodnou alternativou alkoholu (Sharp et al., 1997).

2.5.5.1 Jacobsonova progresivní svalová relaxace

Dnes se řadí mezi nejčastěji používané a nejrozšířenější metody. Tato technika by poprvé publikována v roce 1924 a za jejím vznikem stojí Edmund Jacobson. Vychází z předpokladu, že existuje vztah mezi svalovým a psychickým napětím. Ke každému emočnímu vzrušení odpovídá přesně dané místo zvýšeného svalového napětí.

Principem techniky je aktivní navozování izometrické kontrakce určité svalové skupiny, po které následuje relaxace, kterou si pacient musí uvědomit. Čím je svalová kontrakce větší, tím je větší následná relaxace. Postupuje se zvolna po jednotlivých svalových skupinách, až pacient zvládá i relaxaci velkých svalových skupin.

Provádění progresivní svalové relaxace se řídí několika zásadami:

- Nacvičení vnímání rozdílu mezi napětím a uvolněním.
- Uvědomit si, že se napětí a uvolnění navzájem vylučují.

- Návčik kontrakce jednotlivých svalových skupin a jejich uvolnění.
- Pocit vlivu tělesné relaxace na psychické uvolnění (Stackeová, 2011).

2.5.5.2 Schultzův autogenní trénink

Další velmi známou a uplatňovanou relaxační technikou je autogenní trénink. Využívá se jako celek nebo pouze některé jeho části. Tato technika vychází ze vzájemné souvislosti svalového a psychického napětí a o funkci vegetativního nervového systému.

Nižší forma autogenního tréninku se využívá nejčastěji. Zahajuje se koncentrací na zážitek klidu, poté se přidává návčik pocitu tíže v končetinách a v celém těle, pocit tepla, regulace dechu, srdeční činnosti, regulace vnitřních orgánů a nakonec pocit chladu na čele. Po ukončení relaxace se vyslovují formulky k orgánům, se kterými má pacient potíže, a zaměřující se na chtěné změny chování a prožívání.

Vyšší forma tréninku navazuje na nižší formu, která musí být zvládnutá. Jedinec je schopen dosáhnout relaxovaného stavu, kdy vlastní tělo vnímá jako těžké, teplé, vláčné, s klidným a pravidelným dechem a srdečním tepem, a hlava je lehká chladná. Koncentruje se na představu barev, předmětů, osob, zážitků a abstraktních hodnot. Dále si jedinec klade otázky týkající se hodnot a soustřeďuje se na pocity. Vytváří si předsevzetí, které vedou k sebezdokonalování (Paulík, 2017).

2.5.6 Mindfulness techniky

Mindfulness (vnímání) jsou techniky zaměřené na pozornost a uvědomování si, co se odehrává v přítomném okamžiku, odpoutal se od minulosti či plánování budoucnosti. Každý člověk má určitou míru schopnosti být všímavý. K tomuto vyhodnocení slouží psychologický test Pět aspektů všímavosti (MAAS). Čím je výsledek vyšší, tím je jedinec schopen lépe zvládat stres a napětí každodenního života. Program MBSR vznikl už v 70. letech minulého století ve Spojených státech (Stehlíková, 2018).

Mindfulness prokazuje pozitivní účinky při snižování stresu, úzkosti a napětí. Dále slouží jako prevence relapsu úzkostných stavů a závislostí. V léčbě závislosti je Mindfulness technika považována za inovativní a perspektivní. Zaměření pozornosti na každodenní aktivity, snižuje pozornost vůči alkoholu. Dále lze zaměřit pozornost na tělesné pocity. Proto Mindfulness bývá často zařazována do jiných programů pracujících se závislostí (Rayan, 2017; Bowen et al., 2007).

2.5.7 Bioenergetika

Tato psychoterapeutická metoda je cílená na práci s tělem, a tím ovlivňuje psychiku. Základním principem jsou neoddělitelné jednoty tělo-mysl-duše, které se navzájem ovlivňují a terapeutické zásahy do jedné mohou mít vliv i na ostatní modalitty. Prvky, které bioenergetika používá, jsou body scan (vnímání těla), body sensation (prožitky těla), dechová cvičení. Grounding (uzemňování) je postup při které se pacient učí pociťovat kontakt se zemí, naproti tomu centering (jednota těla a mysli) zajišťuje spojení sebe sama. Dalšími prvky jsou presencing (být v přítomnosti), expresiv movement (vyjádření pocitů pohybem), vocalising (vokalizování), reaching (požádání a získání), kicking (kopání, výkopy), touch (dotek) a hitting (bouchání, údery).

Využití prvků a poznatků bioenergetiky ve fyzioterapii je velmi aktuální u pacientů s psychosomatickými obtížemi (Stackeová, 2012).

2.5.8 Tanečně-pohybová terapie (Dance and movement therapy)

Taneční terapie je psychoterapeutický směr pocházející ze Spojených států, který vznikl ve čtyřicátých letech minulého století. Terapie je založena na moderním výrazovém tanci, skrz který podporuje symbolické vyjádření osobních emocí a zážitků.

Taneční terapie pacientům přináší:

- Radost z funkční činnosti – přichází do kontaktu s tělem a okolím, uvědomuje si své tělo, zlepšuje koordinaci, rozvíjí a upevňuje tělesné sebepojetí i zdraví.
- Jednotu tělesna a duševna – tanec probouzí a vyjadřuje emoce, představuje řeč těla a psychiky.
- Obnova pozitivního sebepřijetí.
- Autonomii – vnímá a přijímá odlišnou taneční řeč ostatních.
- Tělesnou symboliku – tanec symbolicky přenáší na scénu obavy, myšlenky a pocity pacienta.
- Sublimaci – taneční terapie je současně arteterapií, spojuje částečně práci uměleckou (krása pohybů) a částečně terapeutickou.

Cílem tanečně-pohybové terapie je emoční a fyzická integrace jedince, vědomí těla a jeho hranic v prostoru, pomoc kontrolovat své chování a emoce. Napomáhá zvládat napětí, úzkost, stres a potlačovanou energii (Dosedlová, 2012).

Taneční terapie se již v léčbě závislosti aplikuje velmi dlouho a často, přesto dostupných studií (Reiland, 1990; Brooke, 2009); k tomuto tématu není mnoho.

2.5.9 Skálův běh

V rámci léčebného protialkoholního systému zavedeném Jaroslavem Skálou, kromě přísného režimu s omezenou demokracií a bodovým systémem, byly součástí též rozcvičky a především běh. Běh je nyní běžnou součástí aktivit konaných během léčby. V současnosti se každoročně koná Skálův běh pořádaný studenty Pražské vysoké školy psychosociálních studií (Skálův běh, 2019).

3 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo systematickou rešerší shrnout a popsat účinnost a využití aerobního cvičení, relaxačních technik, jógy, psychomotorické terapie či pohybové aktivity jako náplň doplňkové léčby u pacientů se závislostí na alkoholu. Pacienti se často, kromě léčby samotné závislosti spolu s častými psychiatrickými symptomy, potýkají s dalšími sekundárními komplikacemi. Ty bývají dopadem dlouhodobého užívání alkoholu. Jedná se převážně o celková decondice, zanedbání a zchátrání pohybového aparátu. Pacienti ve většině případů vykazují sníženou svalovou sílu a úbytek svalové hmoty. To je zapříčiněno nedostatkem fyzické aktivity a negativními metabolickými účinky alkoholu. Z těchto důvodů vznikla potřeba zjistit a popsat nefarmakologické přístupy, které mohou mít pozitivní efekt na fyzické i duševní zdraví pacientů se závislostí na alkoholu.

Celkem bylo přezkoumáno přibližně 20 studií, které lze rozdělit na dvě skupiny. První, obsáhlejší skupina studií se vztahuje k efektu pohybové aktivity u léčby závislosti na alkoholu. Naproti tomu druhá skupina se věnuje dostupným studiím konkrétních metod jako je například jóga, Feldenkrais atd.

Výsledky studií zabývajících se pohybovou aktivitou u abúzu alkoholu lze dále rozdělit na čtyři podskupiny: 1) rešeršní zpracování problematiky, 2) vliv pohybové aktivity na konzumaci alkoholu, 3) vliv na bažení či touhu po alkoholu a 4) jaký mají pacienti postoj k pohybové aktivitě zařazené do léčby závislosti.

ad 1) Obsahy rešeršních prací (Vancampfort et al., 2015; Stoutenberg et al., 2016; Hallgren et al., 2017; Giesen, 2015; Zschucke, 2012; Colledge et al., 2018) zkoumajících vliv pohybové aktivity či fyzického cvičení na pacienty léčící se se závislostí na alkoholu lze shrnout jako velmi podobné. Shodují se v nedostatečném množství objektivních studií a nespecificky určené a hodnocené pohybové aktivitě. Zschucke (2012) zmiňuje za nedostatek vyloučení pacientů se špatným fyzickým stavem ze studií. Ve výsledku se všichni shodují, že pohybová aktivita je přínosná při léčbě závislosti. Jednotliví autoři dále uvádějí další přínosy. Stoutenberg et al.(2016) dodává, že u pacientů se komorbiditami je cvičení nejúčinnějším řešením jak dopad alkoholu zmírnit. Hallgren et al. (2017) fyzická cvičení doporučuje zařadit do léčby i přes malý počet studií, už jako prevenci komorbidit. Zschucke (2012) a Hallgren et al. (2017) ještě doplňují, že se prokazují účinky pohybové aktivity na snížení napětí a stresu, a tím by mohla být prevencí pozdějších relapsů.

ad 2) Vliv pohybové aktivity na konzumaci alkoholu byl výsledkem u dvou studií. Brown et al. (2014) i Georgakouli et al. (2017) se shodují ve výsledku studií, a to že fyzického cvičení má pozitivní vliv na snížení množství konzumovaného alkoholu. Obě studie se prováděly formou dotazníků, kdy pacienti zaznamenávali četnost a délku cvičení, množství konzumovaného alkoholu. Ovšem počáteční cíle se u obou studií lišily. U Brown et al. (2014) bylo primárním cílem zjistit, zda je pohybová aktivita u léčby závislosti prospěšná. Studie trvala 12 týdnů a zúčastnilo se 49 probandů. Naproti tomu Georgakouli et al. (2017) provedl kratší, 8týdenní studii, kde chtěli zkoumat, zda pohybová aktivita ovlivňuje biochemické a fyziologické reakce v HPA ose, a tím ovlivňuje stresovou reakci. V této studii bylo pouze 11 probandů a pouze muži s těžkou závislostí na alkoholu. Jedním ze společných z kritérií výběru byl sedavý způsob života. Sedavý způsob života je relevantní pojem a měl by být lépe specifikován, např. kolik času pacient tráví v sedě či kolik kroků denně ujde atd. Ve studii Georgakouli et al. (2017), kromě dotazníků, získávali údaje o tělesné hmotnosti, BMI, krevním tlaku a odebírá vzorky krve. Přesto, že se primární cíl se v této studii nepotvrdil, studie ukazuje snížení množství konzumovaného alkoholu a zlepšení fyzické zdatnosti. U obou studií je významným nedostatkem nízký počet zkoumaných osob a možnost zkreslení dotazníkového šetření.

ad 3) Další dvě studie si vzaly za cíl zjistit, zda má pohybová aktivita vliv na snížení touhy po alkoholu a tím i na případné riziko relapsu. Informace byly u obou studií opět získávány formou dotazníků. Studie Brown et al. (2016) vychází z předchozích studií, které ukazují, že craving, negativní pocity, deprese a úzkost, mohou být spouštěčem relapsu. Výzkum probíhal po 12 týdnů, kdy byly probandi vystaveni mírnému cvičení trvajícímu 20 až 40 minut. Celkem se studie zúčastnilo 26 jedinců. Druhé studie (Ussher et al., 2004) trvající tři měsíce, se účastnilo 20 alkoholiků, z toho 10 žen a 10 mužů, kteří započali léčbu. Cvičení probíhalo 10 minut a bylo střední intenzity. Na rozdíl od předchozí studie tato pracuje s pacienty v akutní fázi odvykání, kdy bývá bažení po alkoholu nejsilnější, dále se mohou vyskytovat abstinenční příznaky. Také to může ovlivnit spolupráci a ochotu důkladně a pravdivě vyplnit předložené dotazníky. Což může mít za následek zkreslení výsledku studie. Obě studie také pracovaly s poměrně malým množstvím probandů. U obou studií byla přesněji definována požadovaná pohybová aktivita než v předchozích studiích (Brown et al., 2014; Georgakouli et al., 2017). Výsledky obou studií ukazují, že pohybová aktivita snižuje touhu po alkoholu. Brown et al. (2016) navíc poukazuje na snížení úzkosti a zlepšení nálady.

Tyto dvě studie lze ještě doplnit studií Karoly et al. (2013), která si dala jako vedlejší cíl zjistit, zda aerobní cvičení má vliv na toužení a ztrátu kontroly nad konzumací alkoholu. Primárně studie testovala hypotézu, zda aerobní cvičení může ochránit bílou mozkovou hmotou před poškozením alkoholem. Tato hypotéza se potvrdila pomocí zobrazovacích technik. Studie dále doporučuje a potvrzuje, že lze cvičení použít jako prevenci ztráty kontroly nad konzumací alkoholu. I přes to, že se do studie zapojilo 60 jedinců, což přispívá k přesnějším výsledkům studie, nebyla přesně specifikovaná samotná cvičení. Tudíž nelze přesně určit jaký typ, frekvence či intenzity cvičení je nejvhodnější.

ad 4) Studie zkoumající postoj pacientů k pohybové aktivitě během léčby závislosti jsou vcelku konzistentní. Read et al. (2001) i Stoutenberg (2015) měli ve svých studiích velký počet respondentů. Do studie Read et al. (2001) se zapojilo celkem 105 jedinců od cca třetího dne léčby, z toho 63% bylo pravidelných kuřáků. Spíš než samotná závislost na alkoholu, mělo kouření a závislost na nikotinu negativní vliv na fyzickou úroveň probandů. Proto je nutné v této studii brát kouření v potaz, jako možný faktor zkreslení výsledků. Jedinci se měli minimálně 3krát týdně na 20 minut věnovat cvičení. Oproti tomu studie Stoutenberg (2015) po respondentech nevyžadovala žádnou fyzickou aktivitu. Pouze požadovala vyplnění dotazníku týkajícího se, jaký mají postoj, názor na provádění pohybového cvičení v rámci léčby. Dotazník vyplnilo celkem 120 pacientů, z toho 52% byli muži, během prvních dvou dnů po nastoupení do léčby. Výsledky obou studií se příliš neliší. Respondenti shodně uvádějí, že jim pohybové cvičení přináší zlepšení fyzické kondice, snížení napětí, redukci stresu, pozitivnější vhléd a zvýšení sebevědomí. Také se respondenti shodují v překážkách, se kterými se často setkávají. Zde uvádějí nevybavenost, nedostatek motivace, času a finančních prostředků. Což bylo příčinou, že přibližně 40% účastníků studie Read et al. (2001) se věnovalo cvičení méně než 1krát týdně.

V případě těchto dvou studií, lze lépe hodnotit studii Read et al. (2001) už jen z důvodu zařazení pohybové aktivity do své studie. U studie Stoutenberg (2015) je nutné mít na zřeteli, že by se výsledky mohly lišit, pokud by měli respondenti možnost zapojit se do fyzického cvičení a až následně vyplnili dotazník.

Druhou skupinou zkoumaných studií tvoří studie věnující se konkrétním metodám, které lze v léčbě závislosti použít.

Studií zabývajících se možnostmi využití jógy v léčbě závislosti na alkoholu je několik. Kissen (2009) a Sarkar (2017) ve svých studiích poukazují na další výhody jógy – snížení míry stresu, pomoc při cravingu, prevence relapsu. Hallgren (2014) provedl šesti měsíční studii, u poloviny probandů zařadil jógu do standardní léčby. Obdobně postupovali u studie Marefat (2011). Oba průzkumy ukazují, že jóga má u pacientů vliv na zlepšení nálady a pocit uvolnění. U Hallgren (2014) pacienti uvádějí snížení chuti na alkohol. V případě Marefat (2011) studie ukázala na významný vliv jógy na úzkost a depresi pacientů. Hlavním nedostatkem Marefat (2011) studie je nepřesné určení závislosti probandů.

Ve většině provedených studií se objevují důležité nedostatky, které by se v budoucích výzkumech měli zohlednit. Dostupné zkoumané studie jsou velmi různorodé, jejich cíle a hypotézy se velmi liší. Například v případě studií k pohybové aktivitě, se jednotlivé studie liší v délce intervence, intenzitě, frekvenci, délce pohybové činnosti. Případně ji ani blíže nespecifikují. Budoucí studie by měli být v tomto směru více konzistentní.

Dalším nedostatkem většiny studií je nízký počet zkoumaných osob. Většina pacientů se závislostí se dlouhodobě fyzické aktivitě nevěnuje. V počátcích léčby se často u pacientů setkáváme s nízkou motivací k pohybové aktivitě a negativním smýšlením o vlastním těle. Tyto faktory jsou dlouhodobými problémy, které je velmi obtížné ovlivnit. Studie, které získávají informace pomocí dotazníků, se s nedostatkem motivace setkávají také. U dotazníků je nutná motivace k podrobnému vyplnění. Další dopad nedostatku motivace je, že značný počet pacientů intervenci nedokončí, případně se jí ani nezúčastní.

I přes tyto nedostatky a celkovému malému množství studií, se výsledky studií shodují, že fyzioterapeutická intervence může mít pozitivní vliv na fyzické a duševní zdraví pacientů se závislostí na alkoholu. Fyzioterapie by měla být brána jako užitečný prostředek, který, mimo ovlivnění komorbidit spojených s užíváním alkoholu, je vhodný ke zlepšení celkové kondice, zdraví a kvality života pacientů.

Pohybová aktivita má minimum vedlejších účinků a lze ji individuálně přizpůsobit každému pacientovi. Pacienti se závislostí jsou velmi heterogenní skupina. Škála přidružených onemocnění je velmi široká. Další výhodou pohybové aktivity je finanční nenáročnost, tudíž je možné ji provádět kdekoliv. Vzhledem k popsáním pozitivním účinkům by pohybová aktivita měla být zařazena do péče populace jako prevence kardiovaskulárních onemocnění, depresivní symptomatologie i jako prevence možného vzniku závislosti.

V případě přesnějšího stanovení pohybové aktivity je ovšem nutné provést další studie, převážně u jednodílných metod, které se doporučují k léčbě závislosti, ale doposud k nim nejsou ověřené studie.

V rámci několikátýdenní praxe v PNB jsem měla možnost prakticky se seznámit s léčbou a fyzioterapií. Účastnila jsem se pravidelných ranních komunit na odděleních zaměřených na léčbu závislosti. Pacienti indikovaní k fyzioterapii měli velmi různorodé obtíže a bylo nutné jejich terapii individuálně přizpůsobit. Dále se velmi lišil jejich psychický stav, a to hlavně v souvislosti s délkou hospitalizace a úrovní jejich motivace. Pohybové aktivity se uskutečňovaly převážně skupinově. Měla jsem možnost několikrát tuto skupinu vést. U skupinového cvičení byl patrný rozdíl ve fyzické kondici pacientů, a proto bylo nutné cviky případně upravit každému na míru. Zde se potvrzuje, že skupina by měla mít menší počet pacientů. Skupinová cvičení obsahovala: relaxační techniky, posilovací a kondiční cvičení, chůzi, běh, Nordic Walking, jógu a sportovní hry (stolní tenis, badminton, florbal).

Pacienti se závislostí se setkávají, kromě nedostatku motivace, s dalšími problémy, které jim brání v zapojení do fyzické aktivity – nepochopení, sociální dopady, zdravotní komplikace související s abúzem alkoholu, psychické problémy, deprese a úzkost. Proto je nutné tyto překážky v budoucích studiích brát v potaz, případně se jim více věnovat.

4 Závěr

Úkolem této bakalářské práce bylo shrnutí problematiky fyzioterapie u pacientů se závislostí na alkoholu a popsat současné fyzioterapeutické přístupy a metody, jejich vliv na fyzické i psychické zdraví těchto pacientů.

Závislost na alkoholu negativně ovlivňuje zdraví a kvalitu života, má také sociální, ekonomické a pracovní dopady. V krajních případech končí i smrtí.

Hlavní náplní nefarmakologické léčby závislosti je psychoterapie. Jedná se o účinnou léčbu závislosti jako takové, která ovšem neřeší dopady alkoholu na fyzické zdraví pacienta. Alkohol negativně ovlivňuje celou řadu orgánových systémů a způsobuje významné somatické komorbidity. V počátcích alkohol ovlivňuje pohybový aparát ve formě dekondice a svalového oslabení. V krajních případech se jedná o život ohrožující stavy - selhání jater, orgánové poškození mozku aj.

Dostupné studie ve směs dokazují, že pohybová aktivita je vhodnou doplňkovou léčbou závislosti na alkoholu. Pohybová aktivita a ostatní fyzioterapeutické či jiné techniky pracující s tělem se ukazují jako užitečný a vhodný prostředek k ovlivnění jak fyzického, tak duševního zdraví. Konečné závěry o efektivitě pohybové aktivity nelze v dnešní době vyvodit z důvodu malého počtu kvalitních studií, případně kvůli jejich provedení, zaměření či nedostatečné objektivitě. Budoucí studie by měli stanovit jasné měřitelné parametry pohybové aktivity (např. intenzita, doba trvání, frekvence), dostatečný počet probandů a jejich kritéria (věk, pohlaví, závislost).

Jelikož se ukázalo, že pohybová aktivita a metody založené na práci s tělem mají pozitivní vliv na psychiku pacientů (potlačují depresivní symptomatologii, úzkost, napětí a stres) a napomáhají jim lépe vnímat a nahlížet na vlastní tělo, měli by být pacienti se závislostí vedeni a motivováni k pohybové aktivitě. Pacienty je nutné edukovat a poučit o kladných účincích pravidelně konané pohybové aktivity. Současně je nutné mít na zřeteli aktuální fyzický a psychický stav pacienta, který může bránit pacientovi zúčastnit se pohybové aktivity.

5 Seznam použité literatury

ALCAÑIZ, Manuela et al. Risk of dependence associated with health, social support, and lifestyle. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2015, **49** [cit. 2018-12-09]. DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049005585. ISSN 0034-8910. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100222&lng=en&tlng=en

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5tm*. 5. vydání. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013. ISBN 9780890425558.

Anonymní alkoholici [online]. 2019 [cit. 2019-06-07]. Dostupné z: <https://www.anonymnialkoholici.cz/>

BARRIO, Emilio et al. Liver Disease in Heavy Drinkers With and Without Alcohol Withdrawal Syndrome. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* [online]. 2004, **28**(1), 131-136 [cit. 2019-06-16]. DOI: 10.1097/01.ALC.0000106301.39746.EB. ISSN 0145-6008.

BENEŠOVÁ, Marika, Erna PFEIFEROVÁ a Hana SATRAPOVÁ. *Odmaturuj! z chemie. 2., přeprac. vyd.* Brno: Didaktis, 2014. *Odmaturuj!*. ISBN 9788073582326.

BLOCKER, Jack S., David M. FAHEY a Ian R. TYRRELL. *Alcohol and temperance in modern history: an international encyclopedia*. Santa Barbara, 2003. ISBN 978-1576078334.

BLOM, Jan Dirk. *A Dictionary of Hallucinations* [online]. New York, NY: Springer New York, 2010 [cit. 2019-06-10]. DOI: 10.1007/978-1-4419-1223-7. ISBN 978-1-4419-1222-0.

BOCHICCHIO, V. Grant, Manjari JOSHI a Kelly BOCHICCHIO. A Time-Dependent Analysis of Intensive Care Unit Pneumonia in Trauma Patients. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care* [online]. 2004, **56**(2), 296-303 [cit. 2019-06-18]. DOI: 10.1097/01.TA.0000109857.22312.DF. ISSN 0022-5282. Dostupné z: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005373-200402000-00010>

BOUCHERY, Ellen E., Henrick J. HARWOOD a Jeffrey J. SACKS et al. Economic Costs of Excessive Alcohol Consumption in the U.S., 2006. *American Journal of Preventive Medicine* [online]. 2011, **41**(5), 516-524 [cit. 2019-06-11]. DOI: 10.1016/j.amepre.2011.06.045. ISSN 07493797. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379711005381>

BOWEN, Sarah, Katie WITKIEWITZ a Tiara DILLWORTH et al. The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. *Addictive Behaviors* [online]. 2007, **32**(10), 2324-2328 [cit. 2019-06-24]. DOI: 10.1016/j.addbeh.2007.01.025. ISSN 03064603. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306460307000408>

BROOKE, Stephanie L. *The use of the creative therapies with chemical dependency issues*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 2009. ISBN 978-0398078621.

BRENNAN, Richard. *The Alexander Technique Manual: Take Control of Your Posture and Your Life*. Connections Book Publishing, 2005. ISBN 9781859064085.

BROWN, Richard A., Ana M. ABRANTES a Jennifer P. READ et al. A pilot study of aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence. *Mental Health and Physical Activity* [online]. 2010, **3**(1), 27-34 [cit. 2019-06-27]. DOI: 10.1016/j.mhpa.2010.03.001. ISSN 17552966. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755296610000074>

BROWN, Richard A., Ana M. ABRANTES a Haruka MINAMI, et al. A preliminary, randomized trial of aerobic exercise for alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment* [online]. 2014, **47**(1), 1-9 [cit. 2019-06-17]. DOI: 10.1016/j.jsat.2014.02.004. ISSN 07405472. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547214000361>

BROWN, Richard A., Mark A. PRINCE a Haruka MINAMI et al. An exploratory analysis of changes in mood, anxiety and craving from pre- to post-single sessions of exercise, over 12 weeks, among patients with alcohol dependence. *Mental Health and Physical Activity* [online]. 2016, **11**, 1-6 [cit. 2019-06-27]. DOI: 10.1016/j.mhpa.2016.04.002. ISSN 17552966. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755296615300296>

BROWNE, Kendall C. a Tracy L. SIMPSON. Alcohol Consumption, Craving, and Craving Control Efforts Assessed Daily in the Context of Readiness to Change Among Individuals with Alcohol Dependence and PTSD. *Journal of Substance Abuse Treatment* [online]. 2016, **61**, 34-41 [cit. 2019-01-27]. DOI: 10.1016/j.jsat.2015.09.005. ISSN 07405472. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547215002470>

BRŮHA, Radan, Karel DVOŘÁK a Tomislav ŠVESTKA. Alkoholové poškození jater. *Medicina pro praxi*[online]. 2009, **6(3)**, 144-146 [cit. 2019-06-16]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/03/06.pdf>

BUCHANAN, Patricia. A. The Feldenkrais Method of Somatic Education. In: BHATTACHARYA, A. A Compendium of Essays on Alternative Therapy [online]. InTech, 2012 [cit. 2019-06-21]. ISBN 978-953-307-863-2.

COLLEDGE, Flora, Markus GERBER a Uwe PÜHSE et al. Anaerobic Exercise Training in the Therapy of Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry* [online]. 2018, **9** [cit. 2019-07-11]. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00644. ISSN 1664-0640. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2018.00644/full>

CUI, Changhai, Antonio NORONHA a Kenneth R. WARREN et al. Brain pathways to recovery from alcohol dependence. *Alcohol* [online]. 2015, **49(5)**, 435-452 [cit. 2019-02-27]. DOI: 10.1016/j.alcohol.2015.04.006. ISSN 07418329. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0741832914202485>

DE ROUX, Andrés, Manuela CAVALCANTI a Maria Angeles MARCOS et al. Impact of Alcohol Abuse in the Etiology and Severity of Community-Acquired Pneumonia. *Chest* [online]. 2006, **129(5)**, 1219-1225 [cit. 2019-06-18]. DOI: 10.1378/chest.129.5.1219. ISSN 00123692. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0012369215507009>

Denní stacionář. In: *Denní psychoterapeutické centrum Ondřejov s.r.o.* [online]. 2019 [cit. 2019-07-10]. Dostupné z: <http://ondrejov.cz/denni-stacionar/>

DOSEDLOVÁ, Jaroslava. *Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3711-9.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

ENOCH, Mary-Anne. Genetic Influences on the Development of Alcoholism. *Current Psychiatry Reports*[online]. 2013, **15**(11) [cit. 2018-12-08]. DOI: 10.1007/s11920-013-0412-1. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159132/pdf/nihms620927.pdf>

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 9788024750460.

GEORGAKOULI, Kalliopi, Eirini MANTHOU a Panagiotis GEORGOULIAS et al. Exercise training reduces alcohol consumption but does not affect HPA-axis activity in heavy drinkers. *Physiology & Behavior*[online]. 2017, **179**, 276-283 [cit. 2019-06-27]. DOI: 10.1016/j.physbeh.2017.07.003. ISSN 00319384. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S003193841631085X>

GIESEN, Esther S., Hubertus DEIMEL a Wilhelm BLOCH. Clinical Exercise Interventions in Alcohol Use Disorders: A Systematic Review. *Journal of Substance Abuse Treatment* [online]. 2015, **52**, 1-9 [cit. 2019-07-11]. DOI: 10.1016/j.jsat.2014.12.001. ISSN 07405472. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547214002517>

GINOT, Isabelle. Body schema and body image: At the crossroad of somatics and social work. *Journal of Dance & Somatic Practices*[online]. 2012, **3**(1), 151-165 [cit. 2019-06-21]. DOI: 10.1386/jdsp.3.1-2.151_1. ISSN 1757-1871.

GJURIČOVÁ, Šárka a Jiří KUBIČKA. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2390-7.

GROGAN, Sarah. *Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 8071699071.

GROFOVÁ, Kateřina a Vojtěch ČERNÝ. *Relaxační techniky pro tělo, dech a mysl: návrat k přirozenému uvolnění*. Brno: Edika, 2015. ISBN 9788026608356.

HAASS-KOFFLER, Carolina L., Lorenzo LEGGIO a George A. KENNA. Pharmacological Approaches to Reducing Craving in Patients with Alcohol Use Disorders. *CNS Drugs* [online]. 2014, **28**(4), 343-360 [cit. 2019-02-27]. DOI: 10.1007/s40263-014-0149-3. ISSN 1172-7047. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s40263-014-0149-3>

HALLGREN, Mats, Karin ROMBERG a Sven ANDRÉASSON. Yoga as an adjunct treatment for alcohol dependence: A pilot study. *Complementary Therapies in Medicine* [online]. 2014, **22**(3), 441-445 [cit. 2019-06-23]. DOI: 10.1016/j.ctim.2014.03.003. ISSN 09652299. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S096522991400034X>

HALLGREN, Mats, Davy VANCAMPFORT a Felipe SCHUCH et al. More Reasons to Move: Exercise in the Treatment of Alcohol Use Disorders. *Frontiers in Psychiatry* [online]. 2017, **8** [cit. 2019-07-11]. DOI: 10.3389/fpsyt.2017.00160. ISSN 1664-0640. Dostupné z: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyt.2017.00160/full>

HALLGREN, Mats. Exercise for Alcohol Use Disorders. *Exercise-Based Interventions for Mental Illness* [online]. 2018, 2018, s. 83-106 [cit. 2019-07-11]. DOI: 10.1016/B978-0-12-812605-9.00005-8. ISBN 9780128126059. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128126059000058>

HÁTLOVÁ, Běla. *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 978-80-246-0719-1.

HÁTLOVÁ, Běla. Psychomotorická terapie - využití aktivního pohybu v léčbě psychiatrických pacientů. *Psychosom* [online]. 2013, **11**(2), 93-104 [cit. 2019-06-17]. ISSN 1214-6102. Dostupné z: <https://www.psychosom.cz/images/archiv/Psychosom-2013-2.pdf>

HÁTLOVÁ, Běla, Tereza LOUKOVÁ a Milena ADÁMKOVÁ SÉGARD. *Psychomotor therapy and physical self-concept*. Ústí nad Labem: University of J.E. Purkyně, 2015. ISBN 9788074149078.

HERBSLEB, Marco, Steffen SCHULZ a Stephanie OSTERMANN et al. The relation of autonomic function to physical fitness in patients suffering from alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence* [online]. 2013, **132**(3), 505-512 [cit. 2019-06-25]. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.03.016. ISSN 03768716. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871613001117>

HIRT, Miroslav a František VOREL. *Soudní lékařství*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0268-6.

HORSMAN, Marylyn. Feldenkrais Method and Recovery from Addiction. In: *Greenspirit* [online]. 2011, Victoria, Canada [cit. 2019-06-20]. Dostupné z: <http://www.greenspiritresources.com/newsletter/january2011.pdf>

HOŠEK, Václav a Pavel TILINGER. *Psychosociální funkce pohybových aktivit jako součást kvality života dospělých: sborník materiálů z výzkumného záměru*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu, 2007. ISBN 978-80-86317-53-3.

HŮLEK, Petr a Petr URBÁNEK. *Hepatologie*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0394-2.

CHALMERS, D. James et al. Risk factors for complicated parapneumonic effusion and empyema on presentation to hospital with community-acquired pneumonia. *Thorax* [online]. 2009, **64**(7), 592-597 [cit. 2019-06-18]. DOI: 10.1136/thx.2008.105080. ISSN 0040-6376. Dostupné z: <http://thorax.bmj.com/cgi/doi/10.1136/thx.2008.105080>

JAIN, Sanjiv, Kristy JANSSEN a Sharon DECELLE. Alexander technique and Feldenkrais method: a critical overview. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* [online]. 2004, **15**(4), 811-825 [cit. 2019-06-21]. DOI: 10.1016/j.pmr.2004.04.005. ISSN 10479651. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1047965104000233>

JESSE, Samantha, Geir BRÅTHEN a Marco FERRARA et al. Alcohol withdrawal syndrome: mechanisms, manifestations, and management. *Acta Neurologica Scandinavica* [online]. 2017, **135**(1), 4-16 [cit. 2019-03-05]. DOI: 10.1111/ane.12671. ISSN 00016314. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/ane.12671>

JOHNSON, Bankole A., Martin A. JAVORS a John D. ROACHE et al. Can serotonin transporter genotype predict serotonergic function, chronicity, and severity of drinking?. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* [online]. 2008, **32**(1), 209-216 [cit. 2019-02-27]. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2007.07.030. ISSN 02785846. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S027858460700262X>

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 9788024743318.

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.

KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 9788024743615.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024740263.

KAROLY, Hollis C., Courtney J. STEVENS a Rachel E. THAYER et al. Aerobic Exercise Moderates the Effect of Heavy Alcohol Consumption on White Matter Damage. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* [online]. 2013, **37**(9), 1508-1515 [cit. 2019-06-17]. DOI: 10.1111/acer.12135. ISSN 01456008. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/acer.12135>

KARUKIVI, Max. Development of alexithymic personality features. *World Journal of Psychiatry* [online]. 2014, **4**(4) [cit. 2019-02-28]. DOI: 10.5498/wjp.v4.i4.91. ISSN 2220-3206. Dostupné z: <http://www.wjgnet.com/2220-3206/full/v4/i4/91.htm>

KAUR, Jaswinder, Deepti GARNAWAT a M. S. BHATIA. Rehabilitation for Substance Abuse Disorders. *Delhi Psychiatry Journal* [online]. **16**(2), 400-403, 2013 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://medind.nic.in/daa/t13/i2/daat13i2p400.pdf>

KELLERMANN, Peter Felix. *Focus on psychodrama: the therapeutic aspects of psychodrama*. Philadelphia: J. Kingsley, 1992. ISBN 9781853021275.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5203-7

KHANNA, Surbhi a Jeffrey M. GREESON. A narrative review of yoga and mindfulness as complementary therapies for addiction. *Complementary Therapies in Medicine* [online]. 2013, **21**(3), 244-252 [cit. 2019-06-23]. DOI: 10.1016/j.ctim.2013.01.008. ISSN 09652299. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0965229913000265>

KIM, Jee Wook, Boung Chul LEE a Tae-Cheon KANG et al. The Current Situation of Treatment Systems for Alcoholism in Korea. *Journal of Korean Medical Science* [online]. 2013, **28**(2) [cit. 2019-07-09]. DOI: 10.3346/jkms.2013.28.2.181. ISSN 1011-8934. Dostupné z: <https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.3346/jkms.2013.28.2.181>

KISSEN, Morton a Debra A. KISSEN-KOHN. Reducing addictions via the self-soothing effects of yoga. *Bulletin of the Menninger Clinic* [online]. 2009, **73**(1), 34-43 [cit. 2019-06-23]. DOI: 10.1521/bumc.2009.73.1.34. ISSN 0025-9284. Dostupné z: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/bumc.2009.73.1.34>

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 9788072626571.

KRANZLER, Henry R. a Michael SOYKA. Diagnosis and Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorder. *JAMA* [online]. 2018, **320**(8) [cit. 2019-02-27]. DOI: 10.1001/jama.2018.11406. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2018.11406>

KUHN, Cynthia, Scott SWARTZWELDER a Wilkie WILSON et al. *Buzzed: the straight facts about the most used and abused drugs from alcohol to ecstasy*. 3rd ed. New York, NY: W.W. Norton, 2008. ISBN 9780393329858.

LATA, Jan. Problematika jícnových varixů u nemocných s jaterní cirhózou. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2002, **4**(12), 582-586 [cit. 2019-06-18]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2002/12/03.pdf>

LE BERRE, Anne-Pascale, Rosemary FAMA a Edith V. SULLIVAN. Executive Functions, Memory, and Social Cognitive Deficits and Recovery in Chronic Alcoholism: A Critical Review to Inform Future Research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* [online]. 2017, **41**(8), 1432-1443 [cit. 2019-02-25]. DOI: 10.1111/acer.13431. ISSN 01456008. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/acer.13431>

LEVEY, Daniel F. et al. Genetic risk prediction and neurobiological understanding of alcoholism. *Translational Psychiatry* [online]. 2014, **4**(5), 391-391 [cit. 2018-12-09]. DOI: 10.1038/tp.2014.29. ISSN 2158-3188. Dostupné z: <http://www.nature.com/articles/tp201429>

LEVOLA, Jonna a Tuuli PITKÄNEN. Health-related quality of life in alcohol dependence: A systematic literature review with a specific focus on the role of depression and other psychopathology. *Nordic Journal of Psychiatry*[online]. 2013, **68**(6), 369-384 [cit. 2019-01-27]. DOI: 10.3109/08039488.2013.852242. ISSN 0803-9488. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08039488.2013.852242>

LÜLLMANN, Heinz, Klaus MOHR a Martin WEHLING. *Farmakologie a toxikologie: překlad 15., zcela přepracovaného vydání. 2. vydání.* Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 9788024708362.

LUMLEY, Mark A., Lynn C. NEELY a Amanda J. BURGER. The Assessment of Alexithymia in Medical Settings: Implications for Understanding and Treating Health Problems. *Journal of Personality Assessment* [online]. 2007, **89**(3), 230-246 [cit. 2019-06-21]. DOI: 10.1080/00223890701629698. ISSN 0022-3891. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00223890701629698>

MALMGREN-OLSSON, Eva-Britt, Bengt-Ake ARMELIUS a Kerstin ARMELIUS. A comparative outcome study of body awareness therapy, feldenkrais, and conventional physiotherapy for patients with nonspecific musculoskeletal disorders: changes in psychological symptoms, pain, and self-image. *Physiotherapy Theory and Practice*[online]. 2009, **17**(2), 77-95 [cit. 2019-06-21]. DOI: 10.1080/095939801750334167. ISSN 0959-3985. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/095939801750334167>

MAREFAT, Mina, Hossein PEYMANZAD a Yaser ALIKHAJEH. The Study of the Effects of Yoga Exercises on Addicts' Depression and Anxiety in Rehabilitation Period. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*[online]. 2011, **30**, 1494-1498 [cit. 2019-06-28]. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.10.289. ISSN 18770428. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877042811021148>

MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-4157-4.

MASON, Barbara J. Emerging pharmacotherapies for alcohol use disorder. *Neuropharmacology* [online]. 2017, **122**, 244-253 [cit. 2019-02-27]. DOI: 10.1016/j.neuropharm.2017.04.032. ISSN 00283908. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002839081730182X>

MAZÁNEK, Jiří. *Rozpravy o józe: překlad a komentář Pataňdžaliho Jógasúter*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5182-5.

MEHTA, Ashish Jitendra. Alcoholism and critical illness: A review. *World Journal of Critical Care Medicine* [online]. 2016, **5**(1) [cit. 2019-05-20]. DOI: 10.5492/wjccm.v5.i1.27. ISSN 2220-3141. Dostupné z: <http://www.wjgnet.com/2220-3141/full/v5/i1/27.htm>

Mindful Alexander Technique [online]. 2019 [cit. 2019-06-23]. Dostupné z: <http://www.mindfulat.com>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. MZČR: ©2017 [cit. 2018-08-05]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/spotreba-alkoholu-a-tabaku-v%C2%A0ceske-republice-je-stale-vysoka_14228_1.html

MIRIJELLO, Antonio, Cristina D'ANGELO a Anna FERRULLI et al. Identification and Management of Alcohol Withdrawal Syndrome. *Drugs* [online]. 2015, **75**(4), 353-365 [cit. 2019-03-05]. DOI: 10.1007/s40265-015-0358-1. ISSN 0012-6667. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s40265-015-0358-1>

MONTI, Peter M. *Treating alcohol dependence: a coping skills training guide*. New York: Guilford Press, 2002. ISBN 9781572307933.

MÜLLEROVÁ, Dana a Anna AUJEZDSKÁ. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 9788024625102.

NEŠPOR, Karel. Bažení (craving): klíčový znak návykových nemocí a způsoby, jak ho zvládat. *Practicus*[online]. 2017a, **16**(4), 25-26 [cit. 2019-03-07]. ISSN 1213-8711.

NEŠPOR, Karel. Fyzická aktivita, jóga a jejich působení na psychiku. *Cognitive Remediation Journal* [online]. 2017b, **6**(1) [cit. 2019-06-21]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/Y-Psy2.doc>

NEŠPOR, Karel. Pohybová cvičení a jóga v prevenci a léčbě závislosti. *Česká a slovenská psychiatrie*[online]. 2005, (5), 268-270 [cit. 2019-06-17]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_5_268_270.pdf

NORSTRÖM, Thor a Mats RAMSTEDT. Sweden-is alcohol becoming an ordinary commodity?. *Addiction*[online]. 2006, **101**(11), 1543-1545 [cit. 2019-07-11]. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2006.01540.x. ISSN 09652140. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1360-0443.2006.01540.x>

O SURu. In: *SUR Institut pro vzdělávání v psychoterapii, z.s.* [online]. 2019 [cit. 2019-03-14]. Dostupné z: <http://sur.cz/o-suru/>

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.

PELCLOVÁ, Daniela. *Nemoci z povolání a intoxikace*. 3., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 9788024625973.

PETRY, Nancy et al. Give them prizes and they will come: Contingency management for treatment of alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [online]. 2000, **68**(2), 250-257 [cit. 2019-06-03]. DOI: 10.1037/0022-006X.68.2.250. ISSN 1939-2117. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-006X.68.2.250>

POLÁCH, Ladislav. Léčba alkoholismu. In: *U psychiatra.cz* [online]. 2015 [cit. 2019-06-11]. Dostupné z: <http://www.upsychiatra.cz/lecba-alkoholismu/>

PREISS, Marek a Hana KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1460-8.

Psychiatrická nemocnice Bohnice [online]. Praha, 2019 [cit. 2019-07-12]. Dostupné z: <https://www.bohnice.cz/>

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 9788024619859.

RAYAN, Ahmad. Mindfulness-Based Interventions for Substance Abuse Disorders. *MOJ Addiction Medicine & Therapy* [online]. 2017, **3**(1) [cit. 2019-06-24]. DOI: 10.15406/mojamt.2017.03.00021. ISSN 25732935. Dostupné z: <http://medcraveonline.com/MOJAMT/MOJAMT-03-00021.php>

READ, Jennifer P., Richard A. BROWN, Bess H. MARCUS et al. Exercise attitudes and behaviors among persons in treatment for alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* [online]. 2001, **21**(4), 199-206 [cit. 2019-06-27]. DOI: 10.1016/S0740-5472(01)00203-3. ISSN 07405472. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547201002033>

REHM, Jürgen, Omer S. M. HASAN a Sandra E. BLACK et al. Alcohol use and dementia: a systematic scoping review. *Alzheimer's Research & Therapy* [online]. 2019, **11**(1) [cit. 2019-02-25]. DOI: 10.1186/s13195-018-0453-0. ISSN 1758-9193. Dostupné z: <https://alzres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13195-018-0453-0>

REILAND, Janet Doran. A preliminary study of dance/movement therapy with field-dependent alcoholic women. *The Arts in Psychotherapy* [online]. 1990, **17**(4), 349-354 [cit. 2019-06-24]. DOI: 10.1016/0197-4556(90)90055-U. ISSN 01974556. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/019745569090055U>

RIETSCHEL, Marcella a Jens TREUTLEIN. The genetics of alcohol dependence. *Annals of the New York Academy of Sciences* [online]. 2013, **1282**(1), 39-70 [cit. 2019-01-21]. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2012.06794.x. ISSN 00778923.

SACHDEVA, Ankur. Alcohol Withdrawal Syndrome: Benzodiazepines and Beyond. *JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH*[online]. 2015 [cit. 2019-03-05]. DOI: 10.7860/JCDR/2015/13407.6538. ISSN 2249782X. Dostupné z: http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2015&volume=9&issue=9&page=VE01&issn=0973-709x&id=6538

SAMSON, Herman H. a R. Adron HARRIS. Neurobiology of alcohol abuse. *Trends in Pharmacological Sciences* [online]. 1992, **13**, 206-211 [cit. 2019-02-25]. DOI: 10.1016/0165-6147(92)90065-E. ISSN 01656147. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/016561479290065E>

SARKAR, Siddharth a Mohit VARSHNEY. Yoga and substance use disorders: A narrative review. *Asian Journal of Psychiatry* [online]. 2017, **25**, 191-196 [cit. 2019-06-23]. DOI: 10.1016/j.ajp.2016.10.021. ISSN 18762018. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201816303860>

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.

SHARP, Conni, David P. HURFORD a Julie ALLISON et al. Facilitation of internal locus of control in adolescent alcoholics through a brief biofeedback-assisted autogenic relaxation training procedure. *Journal of Substance Abuse Treatment*[online]. 1997, **14**(1), 55-60 [cit. 2019-06-23]. DOI: 10.1016/S0740-5472(96)00127-4. ISSN 07405472. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547296001274>

SCHERMER, Carol R. Alcohol and Injury Prevention. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care* [online]. 2006, **60**(2), 447-451 [cit. 2019-06-11]. DOI: 10.1097/01.ta.0000196956.49282.91. Dostupné z: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005373-200602000-00038>

SCHUCKIT, Marc. Alcohol-use disorders. *The Lancet* [online]. 2009, **373**(9662), 492-501 [cit. 2019-01-21]. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60009-X. ISSN 01406736.

SCHULTE, Marya T., Danielle RAMO a Sandra A. BROWN. Gender differences in factors influencing alcohol use and drinking progression among adolescents. *Clinical Psychology Review* [online]. 2009, **29**(6), 535-547 [cit. 2019-07-11]. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.06.003. ISSN 02727358. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735809000701>

SILBERNAGL, Stefan a Florian LANG. *Atlas patofyziologie. 2. české vydání*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 9788024735559.

SINHA, Rajita. Modeling stress and drug craving in the laboratory: implications for addiction treatment development. *Addiction Biology*[online]. 2009, **14**(1), 84-98 [cit. 2019-06-23]. DOI: 10.1111/j.1369-1600.2008.00134.x. ISSN 13556215.

SKÁLA, Jaroslav. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Avicenum, 1987.

Skálův běh [online]. 2019 [cit. 2019-06-24]. Dostupné z: <http://skaluvbeh.mattanelli.cz/>

SKINNER, Marilyn D., Pierre LAHMEK a Héloïse PHAM et al. Disulfiram Efficacy in the Treatment of Alcohol Dependence: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* [online]. 2014, **9**(2) [cit. 2019-02-27]. DOI: 10.1371/journal.pone.0087366. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0087366>

STACKEOVÁ, Daniela. *Relaxační techniky ve sportu: [autogenní trénink, dechová cvičení, svalová relaxace]*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3646-4.

STACKEOVÁ, Daniela a Kristýna BLAŽKOVÁ. Možnosti využití bioenergetické analýzy ve fyzioterapii. *Psychosom* [online]. **10**(2), 93-110, 2012 [cit. 2019-06-23]. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=2108

STACKEOVÁ, Daniela. *Cvičení na bolavá záda*. Druhé, rozšířené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 9788027104116.

STEHLÍKOVÁ, Monika. *Nadané dítě: jak mu pomoci ke štěstí a úspěchu*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0512-0.

STOUTENBERG, Mark, James WARNE a Denise VIDOT. Attitudes and Preferences Towards Exercise Training in Individuals with Alcohol Use Disorders in a Residential Treatment Setting. *Journal of Substance Abuse Treatment* [online]. 2015, **49**, 43-49 [cit. 2019-06-27]. DOI: 10.1016/j.jsat.2014.08.008. ISSN 07405472. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547214001913>

STOUTENBERG, Mark, Chad D. RETHORST a Olivia LAWSON et al. Exercise training – A beneficial intervention in the treatment of alcohol use disorders?. *Drug and Alcohol Dependence* [online]. 2016, **160**, 2-11 [cit. 2019-06-27]. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2015.11.019. ISSN 03768716. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871615017639>

SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 9788024722566.

SWIFT, Robert M. a Elizabeth R. ASTON. Pharmacotherapy for Alcohol Use Disorder. *Harvard Review of Psychiatry* [online]. 2015, **23**(2), 122-133 [cit. 2019-02-27]. DOI: 10.1097/HRP.000000000000079. ISSN 1067-3229. Dostupné z: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00023727-201503000-00007>

ŠPIČÁK, Julius. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 9788027103188.

ŠŤASTNÁ, Lenka. Incentivní terapie - systematický rozvoj funkčních postupů v léčbě závislosti. In: *Adiktologie.cz* [online]. 2010 [cit. 2019-05-06]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/1946/Incentivni-terapie-systematicky-rozvoj-funkcnich-postupu-v-lecbe-zavislosti>

ŠŤASTNÁ, Lenka. Ambulance pro alkoholové závislosti. In: *Adiktologie.cz* [online]. 2013 [cit. 2019-06-11]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/629/4360/Ambulance-pro-alkoholove-zavislosti>

TONNESEN, Hanne. The alcohol patient and surgery. *Alcohol and Alcoholism* [online]. 1999, **34**(2), 148-152 [cit. 2019-07-12]. DOI: 10.1093/alcalc/34.2.148. ISSN 0735-0414. Dostupné z: <https://academic.oup.com/alcalc/article-lookup/doi/10.1093/alcalc/34.2.148>

TSUKAMOTO, Hidekazu. Conceptual importance of identifying alcoholic liver disease as a lifestyle disease. *Journal of Gastroenterology* [online]. 2007, **42**(8), 603-609 [cit. 2019-06-16]. DOI: 10.1007/s00535-007-2075-3. ISSN 0944-1174. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00535-007-2075-3>

USSHER, Michael, Amandeep K. SAMPURAN a Reena DOSHI et al. Acute effect of a brief bout of exercise on alcohol urges. *Addiction* [online]. 2004, **99**(12), 1542-1547 [cit. 2019-06-27]. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2004.00919.x. ISSN 09652140. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1360-0443.2004.00919.x>

VANDEVREDE, Lawren, Ehsan TAVASSOLI a Jia LUO et al. Novel analogues of chlormethiazole are neuroprotective in four cellular models of neurodegeneration by a mechanism with variable dependence on GABA A receptor potentiation. *British Journal of Pharmacology* [online]. 2014, **171**(2), 389-402 [cit. 2019-02-27]. DOI: 10.1111/bph.12454. ISSN 00071188. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/bph.12454>

VANCAMPFORT, Davy, Marc DE HERT a Brendon STUBBS et al. A Systematic Review of Physical Activity Correlates in Alcohol Use Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. 2015, **29**(4), 196-201 [cit. 2019-07-11]. DOI: 10.1016/j.apnu.2014.08.006. ISSN 08839417. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883941714001253>

VENGELIENE, V., A. BILBAO a A. MOLANDER et al. Neuropharmacology of alcohol addiction. *British Journal of Pharmacology* [online]. 2008, **154**(2), 299-315 [cit. 2019-02-25]. DOI: 10.1038/bjp.2008.30. ISSN 00071188. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1038/bjp.2008.30>

VETRENO, Ryan P. a Fulton T. CREWS. Current hypotheses on the mechanisms of alcoholism. *Alcohol and the Nervous System* [online]. Elsevier, 2014, 477-497 [cit. 2018-12-12]. Handbook of Clinical Neurology. DOI: 10.1016/B978-0-444-62619-6.00027-6. ISBN 9780444626196. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780444626196000276>

VOKURKA, Martin. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 4. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3563-7.

VONDRÁČKOVÁ, Petra. Harm reduction v léčbě užívání alkoholu. In: *Adiktologie.cz* [online]. 2012 [cit. 2019-06-10]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/3681/Harm-reduction-v-lecbe-uzivani-alkoholu>

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3.

VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1997. ISBN 80-86123-02-2.

VYSKOČIL, Ivan. *Psychosomatika & Pohyb*. Praha: Akademie múzických umění v Praze, 2008. ISBN 978-80-7331-135-3.

WHO [online]. WHO: ©2018 [cit. 2018-12-09]. Dostupné z: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/gisah/consumption_adult/atlas.htm

WOOLERY, Alison a Hector MYERS. A yoga intervention for young adults with elevated symptoms of depression. *Alternative Therapies in Health & Medicine* [online]. 2004, (10), 60-63 [cit. 2019-06-23]. Dostupné z: <http://www.aeyt.org/resources/A%20yoga%20intervention%20for%20young%20adults%20with%20elevated%20symptoms%20of%20depression.pdf>

ZAHRÁDKA KÖHLEROVÁ, Michaela et al. *Fyzioterapie v psychiatrii*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. Metodika (Psychiatrická nemocnice Bohnice). ISBN 978-80-906518-1-4.

ZSCHUCKE, Elisabeth, Andreas HEINZ a Andreas STRÖHLE. Exercise and Physical Activity in the Therapy of Substance Use Disorders. *The Scientific World Journal* [online]. 2012, 1-19 [cit. 2019-06-17]. DOI: 10.1100/2012/901741. ISSN 1537-744X. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/tswj/2012/901741/>

6 Seznam tabulek

Tabulka č. 2.3.1 Přehledová tabulka fyzioterapie

7 Seznam zkratek

AA – anonymní alkoholici

CM – Contingency Management

CNS – centrální nervová soustava

DTI – Diffusion Tensor Imaging

EKG – elektrokardiograf

HPA – hypotalamicko-hypofyzární-adrenální osa

MAAS – Mindful Attention Awareness Scale

MAT – Mindful Alexander Technique

MBSR – Mindfulness-Based Stress Reduction Program

PNB – Psychiatrická nemocnice Bohnice

PNF – proprioceptivní neuromuskulární facilitace

PZS – protialkoholní záchytné stanice

ROM – Range of Motion

SSRI – Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

TEN – tromboembolická nemoc

TMT – techniky měkkých tkání

UVI – Ústav vědeckých informací

WHO – World Health Organization

8 Seznam příloh

7.1 Příloha č. 1 - Dotazník SF-36

7.2 Příloha č. 2 - Dotazník Pohybová aktivita

8.1 Příloha č. 1 - Dotazník SF-36

Centrum psychosomatické rehabilitace a fyzioterapie
Psychiatrická nemocnice Bohnice, Ústavní 91, 181 02, Praha 8

Anonymní dotazník **O KVALITĚ ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM /SF-36/**
Prosím, zakroužkujte vhodnou odpověď.

Pohlaví:	Žena	Muž		
Dosažené vzdělání:	ZŠ	SŠ	VŠ	
Hmotnost:	Výška v cm:	
Věk:	Onemocnění:	
Počet hospitalizací v PN:	První kontakt na psychiatrii	Opakovaný:	

1. Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově:

výborné	velmi dobré	dobré	dostí dobré	špatné
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jak byste hodnotil/a své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

Mnohem lepší než před rokem	Poněkud lepší než před rokem	Přibližně stejné jako před rokem	Poněkud horší než před rokem	Mnohem horší než před rokem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne vůbec neomezuje
a) usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) středně namáhavé činnosti jako je posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) zvedání nebo nošení běžného nákupu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) vyjít po schodech několik pater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) vyjít po schodech jedno patro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) předklon, shýbání, poklek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) chůze asi jeden kilometr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) chůze po ulici několik set metrů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) chůze po ulici sto metrů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

- | | Ano | Ne |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Udělal/a jste méně, než jste chtěl/a? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Byl/a jste omezen/a v druhu práce nebo jiných činností? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Měl/a jste potíže při práci nebo jiných činnostech (např. jste musel/a vynaložit zvláštní úsilí)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese či úzkosti)?

- | | Ano | Ne |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Udělal/a jste méně, než jste chtěl/a? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Byl/a jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný/á než obvykle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Uveďte, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech?

vůbec ne	trochu	mírně	poměrně dost	velmi silně
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Jak velké bolesti jste měl/a v posledních 4 týdnech?

žádné	velmi mírné	mírné	střední	silné	velmi silné
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

vůbec ne	trochu	mírně	poměrně dost	velmi silně
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a. Jak často v posledních 4 týdnech...

	pořád	většinou	často	občas	málokdy	nikdy
a) jste se cítil/a pln/a elánu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) jste byl/a velmi nervózní?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) jste měl/a takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) jste pociťoval/a klid a pohodu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) jste byl/a pln/a energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) jste pociťoval/a pesimismus a smutek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) jste se cítil/a vyčerpán/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) jste byl/a šťastný/á?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) jste se cítil/a unaven/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Uveďte, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

pořád	většinu času	občas	málokdy	nikdy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Zvolte, prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

	Určitě ano	Většinou ano	Nejsem si jist	Většinou ne	Určitě ne
a) zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než ostatní lidé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) jsem stejně zdrav/a jako kdokoliv jiný	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) očekávám, že se mé zdraví zhorší	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) mé zdraví je perfektní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Děkujeme za vyplnění dotazníku. Váš tým terapeutů

8.2 Příloha č. 2 - Dotazník Pohybová aktivita

Anonymní dotazník **POHYBOVÁ AKTIVITA**

Prosím, zakroužkujte vhodnou odpověď.

1. Kolikrát jste se zúčastnil/a pohybové aktivity v Psychiatrické nemocnici Bohnice?

- a) Méně než 10x b) Více než 10x c) Více než 20x

2. Kolikrát týdně máte pohybovou aktivitu?

- a) 1x b) 2x c) 3x d) 4x a více

3. Jakou pohybovou aktivitu vykonáváte?

- a) Chůze s holemi (NW) b) Skupinové cvičení (SLTV) c) Cvičení na přístrojích d) skupinové sporty

4. Jaká trasa se Vám u NW (Nordic Walking) líbí nejvíce?

- a) 1 nejkratší b) 2 středně dlouhá c) 3 nejdelší

5. Kdy Vám připadá cvičení nejvhodnější?

- a) Ráno b) Dopoledne c) Odpoledne brzy po obědě d) Odpoledne e) Navečer

6. Které pohybové aktivity byste ještě uvítal/a?

- a) Tanec b) Plavání c) Běh d) Skupinové sporty e) jiné:

.....
7. Vykonáváte nějaké pohybové aktivity mimo terapie (např. běh v areálu, cvičení aj.)?

- a) Ano a) Ne a) Jakou:

.....
8. Vykonával/a jste pohybovou aktivitu před hospitalizací, alespoň 1x týdně, déle než 30 minut, pokud ANO – jakou? Vyjmenujte: (např. plavání, procházky déle než 30 min, běh, posilovna, skupinové cvičení, sálové sporty)

- b) Ano b) Ne b) Jakou:

.....
Děkujeme za vyplnění dotazníku. Váš tým terapeutů