

**Univerzita Karlova v Praze**  
**Pedagogická fakulta**  
**Katedra speciální pedagogiky**

**VYUŽITÍ ERGOTERAPIE PŘI LÉČBĚ  
OSOB SE ZÁVISLOSTÍ**

**Occupational therapy application in addiction  
treatment**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Autor práce:

Ing. Jana Urbancová

Praha 2014

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením vedoucí práce, všechny použité prameny a literaturu jsem řádně citovala a práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Tachově, dne 11. října 2014

.....

Ing. Jana Urbancová

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování Doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D. za důvěru, povzbuzení a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

Mé poděkování patří také Bc. Magdaléně Randákové, vrchní sestře primariátů AT muži, AT ženy PN Bohnice a celému terapeutickému týmu Centrální terapie PN Bohnice, kteří mě nechali nahlédnout do své každodenní práce.

.....  
Ing. Jana Urbancová

## **Abstrakt:**

Bakalářská práce: „*Využití ergoterapie při léčbě osob se závislostí*“ se zabývá střednědobou ústavní léčbou osob se závislostí. Práce obsahuje opodstatnění ergoterapie jako jedné z možností při této léčbě.

Teoretická část je rozdělena na dva okruhy. Část věnující se závislosti definuje hlavní znaky závislosti, příčiny vzniku závislostí a druhy závislostí. Vymezuje v rámci organizace péče o osoby se závislostí program léčby této cílové skupiny s důrazem na střednědobou ústavní léčbu, zmiňuje fáze této léčby, pojmy jako detoxifikace, duální a kombinované diagnózy, terapie. Vytýčuje ergoterapii jako součást léčby osob se závislostí. V teoretické části práce je ergoterapie definována, jsou vymezeny její cíle, cílové skupiny, formy, techniky a je popsána tvorba ergoterapeutického programu.

Cílem praktické části je specifikovat léčbu osob se závislostí v konkrétním zařízení s důrazem na způsob využití ergoterapie v rámci této léčby. Součástí praktické části je návrh ergoterapeutického programu pro danou cílovou skupinu, který je zaměřen na rozvoj dovedností v oblasti plánování volného času, rozvoj sociálních vztahů, komunikace, schopnosti zvládnání stresu, schopnosti trpělivosti, vytrvalosti a sebepoznání.

**Klíčová slova:** léčba závislostí, druhy závislostí, střednědobá ústavní léčba, terapeutický vztah, ergoterapie, ergoterapeutické techniky, ergoterapeutický program, sociální vztahy, sociální dovednosti

## **Abstract:**

The Bachelor thesis: „Occupational therapy application in addiction treatment“ deals with medium-term institutional treatment of dependants. The work contains justification of occupational therapy application in addiction treatment.

The theoretical part is divided to the two points. The part which deals with the addiction defines the main attributes of addiction, cause of addiction and addiction kinds. It defines in the organization of care for persons with addiction the treatment program for this target group with an emphasis on medium-term inpatient treatment, mentions phase of this treatment, concepts such as detoxification, dual diagnosis and combined therapy. It sets occupational therapy as part of treatment for people with addiction. The theoretical part is defined occupational therapy, defined its objectives, target groups, forms, techniques and describes the formation of the occupational therapy programme.

The practical part is to specify the treatment of people with addiction at a particular facility with emphasis to the use of occupational therapy in this treatment. The practical part is the occupational therapy program for the target group, which focuses on developing skills in planning leisure time, developing social relationships, communication, coping skills, abilities patience, perseverance and self-discovery.

**Keywords:** addiction treatment, addiction kinds, medium-term institutional treatment, therapeutic relation, occupational therapy, occupational therapy techniques, occupational therapy programme, social relationships, social skills

# OBSAH

OBSAH.....	6
ÚVOD.....	8
1 PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTÍ.....	10
1.1 Definice pojmu závislost.....	10
1.2 Diagnóza závislosti.....	11
1.3 Příčiny vzniku závislosti.....	12
1.4 Klasifikace závislostí dle MKN-10.....	14
1.5 Léčba závislostí.....	17
1.5.1 Organizace péče uživatelů návykových látek.....	18
1.5.2 Střednědobá ústavní léčba.....	19
1.5.3 Expresivní terapie využívané při léčbě závislostí.....	24
2 ERGOTERAPIE.....	26
2.1 Vymezení pojmu ergoterapie.....	26
2.2 Cíle ergoterapie.....	27
2.3 Systém ergoterapeutické praxe.....	28
2.4 Ergoterapeutický program.....	31
2.4.1 Fáze ergoterapeutického programu.....	32
2.4.2 Struktura setkání.....	34
2.4.3 Terapeutický vztah.....	36
2.5 Využití ergoterapie v psychiatrii.....	37
3 PN BOHNICE.....	39
3.1 Základní fakta o PN Bohnice.....	39

3.2 Pavilony sloužící léčbě klientů se závislostí v PN Bohnice.....	40
3.3 Terapeutické pavilony PN Bohnice.....	41
3.4 Léčba klientů se závislostí v PN Bohnice.....	41
3.4.1 Terapie a léčba klientů se závislostí.....	47
3.4.2 Ergoterapie a léčba klientů se závislostí.....	48
3.5 Dílny Centrální terapie.....	49
4 NÁVRH ERGOTERAPEUTICKÉHO PROGRAMU.....	53
4.1 Návrh způsobu začlenění ergoterapie při léčbě závislostí.....	53
4.2 Návrh ergoterapeutického setkání.....	56
4.2.1 Setkání A.....	56
4.2.2 Setkání B.....	58
4.2.3 Setkání C.....	59
ZÁVĚR.....	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ.....	63
PŘÍLOHY.....	66

## Úvod

Žijeme v hektické době, v době rychlých změn a neustávajícího vývoje technologií. Mění se přístup lidí k životu, k práci, k rodině, k dětem, k ostatním lidem i k sobě samému. Mluvíme o změně životního stylu a bereme tyto změny jako fakt, jako něco neměnného. Všechny změny, které se dějí a to po celou dobu vývoje lidstva, vždy nesou velmi pozitivní, ale na druhou stranu také negativní důsledky. Nikdo si zřejmě nemyslí, že je lepší prát na valše, než v automatické práci, na druhé straně rozvoj komunikačních technologií mění naši schopnost komunikovat s ostatními tváří v tvář.

Každý člověk je jedinečný, neopakovatelná osobnost, a proto individuálně reaguje na dobu a situaci kolem sebe. Každý velmi specificky zvládá a vyrovnává se s rytmem doby, někomu naprosto vyhovuje, přímo si v ní libuje, jiný se v ní ztrácí, nechává se pohltit a „sežvýkat“. Bylo by logické si myslet, že mladí lidé, kteří se narodí do určité doby, musí přece situaci kolem sebe bezpečně zvládat, vždyť v ní vyrůstají, ale člověk je živočich a má své biologické rytmy a potřeby, a proto ta obrovská variabilita v přizpůsobování. Vytvoření si závislosti na čemkoliv – na návykových látkách, alkoholu, jídle, sexu, hrách, práci, může být zajisté reakcí na snahu přizpůsobit se požadavkům doby – počínaje školou, kamarády, rodinou, šéfem v práci.

Určitá míra závislosti, užívání návykových látek, patologického chování může být slučitelná s běžným životem, který není ve své podstatě narušen. Co ale v situaci, kdy překročíme určitou hranici? Dostaneme se pod mez normálu, naše závislost nás posunuje hloub a hloub a nelze se vymanit ze začarovaného kruhu? Uvědomíme si, že se neobejdeme bez cizí pomoci? Jak tedy dál? Jaké jsou možnosti?

Existuje celá škála terapií zaměřená na tuto cílovou skupinu, počínaje psychoterapií, arteterapií, taneční terapií, biblioterapií a dalších. Také ergoterapie je často využívána v psychiatrických léčebnách, nemocnicích, klinikách v rámci střednědobé ústavní léčby, setkáváme se zde s pojmy činnosti terapie, pracovní terapie a je spíše považována za doplňkovou terapii.

Na základě výše uvedených skutečností, jsem se rozhodla napsat bakalářskou práci, která propojuje pojmy léčba závislostí a ergoterapie. Bakalářská práce je zaměřena na možnosti oboru ergoterapie v oblasti léčby osob se závislostí v rámci střednědobé ústavní léčby. Není tedy snahou zmapovat všechny možnosti léčby a nabídnout recept na úspěšnou



léčbu. Cílem práce je představit program léčby klientů závislých na psychoaktivních látkách a klientů s návykovými a impulzivními poruchami v konkrétním zařízení. Součástí práce jsou příklady technik ergoterapie a předpokládaný dopad na psychickou a fyzickou stránku uživatelů návykových látek, jejich vliv na motivaci ke změně chování. Samostatnou kapitolu tvoří návrh ergoterapeutického programu při léčbě klientů se závislostí a návrh několika konkrétních ergoterapeutických setkání.

V celé práci vycházím z idey, že jakýkoliv způsob léčby či terapie, který umožní být jednomu člověku návrat zpět do běžného života, má smysl vyzkoušet. Správný léčebný program by měl být založen na hledání možností terapie, je třeba vycházet z potenciálu klienta a jeho rozvoji a to všemi dosažitelnými způsoby. Můžeme pak sáhnout také do terapií původně určených pro jiné cílové skupiny.

# 1 PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTI

## 1.1 Definice pojmu závislost

Jsem závislý? Týká se to i mne? To je často kladená otázka. V životě běžného člověka je tolik nástrah a lákadel a život je někdy tak fyzicky a psychicky náročný, že není divu, hledáme-li si možnost úniku, odpočinku, relaxace. Otázka je, jakou formu a strategii odpoutání se od běžných starostí a radostí využijeme. Každý si najde to své, najdou se tací, kteří chodí obden, ne-li každý den cvičit, někdo tráví dlouhé hodiny nad svou sbírkou brouků a hledá hodiny sebemenší náznak změny barvy na krovkách, jiný zase nevynechá jediný seriál v televizi. Je to v pořádku? Nehraničí to se závislostí? Je skutečně v normě trávit tolik času sledováním televize, nebo funěním v posilovně?

Při výše uvedených činnostech si vytváříme vztah k něčemu, k někomu, k nějaké aktivitě. Cítíme se dobře, jsme spokojeni, nezpůsobujeme tím újmu sobě ani druhým. Kde je tedy ta hranice, kdy vzniká závislost? Co je nebo není závislost?

Závislost je tedy nějaký vztah – k osobě, látce, činnosti. Tento vztah může, ale také nemusí být problematický, může působit dané osobě, nebo okolí nějaké vážné komplikace, zdravotní, psychické, sociální. Kdy vzniká závislost, těžce určíme také z toho důvodu, že nastupuje pozvolna, pomalými krůčky a tím zákeřnější může být, tím horší následky může mít a tím strastiplnější cesta vede k odstranění této závislosti.

Závislost je stav, kdy někdo je podmíněn nějakou okolností nebo situací, kterou potřebuje (nebo si myslí, že ji potřebuje) ke své existenci. Můžeme vymezit závislost přirozenou (fyziologickou), jako typický příklad se uvádí závislost živých organismů na dostatku kvalitní potravy, vody, vzduchu, nebo závislost na osobě, její přítomnosti - za normálních okolností je malé dítě závislé na svých rodičích. Patologická závislost je nekontrolovatelné nutkání opakovat své jednání, chování bez ohledu na jeho dlouhodobé účinky. Velice často je závislost způsobena tím, že člověku předmět závislosti něco nahrazuje (např. přejídáním je velice často potlačována samota, smutek, sebelítost). Závislost jako taková pak přináší únik (např. při požití alkoholu nemyslí dotyčný člověk na věci, které ho sužují).

Závislost lze vymezit na základě definice závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), její 10. revize, kde hovoříme o syndromu závislosti (kód F10.2 až F19.2) a jde o „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance, a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritní užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.*“ [MKN, 2000 str. 306]

Jako ústřední charakteristiku syndromu označujeme přemáhající, velmi silnou touhu užívat psychoaktivní látky, alkohol, tabák. Odpovídajícím pro označení síly touhy by mohl být pojem žádostivost. Touhu užívat tyto látky si člověk uvědomuje (i když ji nemusí přiznávat) a snaží se užívání kontrolovat, nebo i zastavit, ale často neúspěšně. Problém závislosti není problémem látky, ale jedince, který tuto látku užívá. Působnost látky závisí také na jeho momentální situaci, náladě, sociálním prostředí i konstituci těla. Příčinu musíme hledat ve vývoji osobnosti a jejích sociálních podmínkách. (MKN, 2000)

Rahn, Mahnkopf (2000) zdůrazňuje, že nejen konzumace nelegálních látek se může vymknout kontrole. Také určité způsoby chování, záliby a postoje mohou přejít v abnormalitu, v souvislosti s těmito fenomény používá pojem náruživost (pracovní, nezdrženlivost v jídle, sexu apod.).

## 1.2 Diagnóza závislosti

Jakým způsobem tedy vymezíme **hlavní znaky závislosti**? Nešpor (2011) uvádí, že definitivní diagnózu závislosti stanovujeme v případě, kdy během jednoho roku dojde alespoň ke třem jevům z následujících:

1. znak – silná touha nebo pocit puzení užívat látku, známé pod názvem craving, bažení, které ovlivňuje kognitivní funkce člověka, jeho schopnost se rozhodovat a ovládat se,
2. znak: zhoršené sebeovládání při užívání látky v začátku či ukončení nebo o množství látky,

3. znak – somatický (tělesný) odvykací stav, kdy je látka užívána jako způsob zmírnění příznaků dřívějšího užívání látky, anebo dochází k odvykacímu stavu typickému pro určitou látku,
4. znak – růst tolerance k množství látky, ta způsobuje, že k dosažení stejného účinku je potřeba užívat stále vyšších dávek látky,
5. znak – zanedbávání jiných potěšení a zájmů, které souvisí se zvyšováním množství času stráveného získáváním a užíváním látky a zotavením se z jeho účinku,
6. znak – pokračování v užívání látky přes jasný důkaz škodlivých následků, tzn. i po důkladném informování druhou osobou.

MKN 10 vymezuje **diagnózu zneužívání**, pro její stanovení je nezbytné prokázat skutečné poškození psychického, fyzického zdraví uživatele psychoaktivní látky včetně negativních sociálních následků a splnění několika kritérií:

1. lze neochvějně prokázat zodpovědnost užívání látky za tělesné nebo psychické obtíže, včetně narušení chování a schopnosti rozhodování,
2. tyto obtíže, poškození lze přesně vymezit,
3. vzorec užívání trvá nejméně po dobu 1 měsíce, nebo opakovaně po dobu 12 měsíců,
4. ve stejné době se nehodí na poruchu kritéria jiné psychické poruchy, či poruchy chování (kromě F1x.0) (RAHN, E., MAHNKOPF, A., 2000).

### 1.3 Příčiny vzniku závislosti

Pokud chceme pochopit problematiku závislostí, je třeba zamyslet se nad podmíněností příčin vzniku závislostí. Tato problematika je třecím místem sporů vědců a adiktologů. Místem shody je uznání komplexnosti těchto příčin. Jde tedy o multifaktoriální onemocnění se somatickými, psychickými a sociálními vyvolávacími příčinami (RAHN, E., MAHNKOPF, A. 2000.). Také Rotgers a kol. (1999) se zamýšlí nad otázkou, do jaké míry lze považovat závislost za onemocnění a uvádí **model zdravotních následků**. Opodstatnění tohoto modelu má velmi jednoduché vysvětlení a to následky na zdraví, které jsou přímým důsledkem užívání látky, dále nebezpečné abstinční příznaky, následky předávkování apod..

Daleko komplikovanější a širěji přijímaný je **model bio-psycho-socio-spirituální**. Vágnerová (2004) označuje závislost jako multifaktoriálně podmíněnou poruchu a Rotgers a kol. (1999) uvádí, že jde o multidimenzionální model, který dává do vzájemné interakce biologické, psychologické, sociální a spirituální faktory a zaměřuje se na identifikace faktorů, které se velmi podstatným způsobem podílejí na změně závislého chování. Dále je zmíněn bludný kruh, který udržuje nemírné požívání látek.

**Dimenze biologická:** vychází z několika biologických faktorů. Jedním z nich jsou problematické okolnosti během těhotenství, pokud těhotná žena požívá během těhotenství návykové látky nebo alkohol, pak se plod již v raném stádiu svého vývoje setkává s touto látkou a proto se dítě často rodí se závislostí, kterou takto získalo od matky. Jedná se o tzv. fetální alkoholový syndrom. Další faktorem možným ovlivnit vznik závislosti jsou i okolnosti porodu - zejména z hlediska užívání různých psychotropních nebo bolest tlumivých látek v době porodní, což může narušit neurobiologii nebo dokonce i celý psychomotorický vývoj dítěte. Také přítomnost traumat či nemocí způsobuje vznik závislosti. Jedinou dokázanou genetickou souvislostí je vrozená vyšší tolerance vůči alkoholu u dětí alkoholiků. V době puberty je často brána falešně jako pozitivní faktor, neboť takovému jedinci nebývá po alkoholu špatně, vydrží vyšší dávky alkoholu. To pak ale nutně vede k větší konzumaci alkoholu a k hledání podobných jedinců, kteří také vydrží tolik. Biologický faktor se tak mění ve faktor sociální. Hledání spolu-pijáků pak končí tím, že se jedinec sám stává pijákem (Kudrle in Kalina, 2003).

Rotgers a kol.(1999) vychází z výzkumů centrální nervové soustavy a mozku, ten je charakterizován jako elektrochemický systém zpracovávající informace. Mozek člověka je plný chemikálií a v momentě, kdy do tohoto prostředí vstoupí cizí látky ve formě alkoholu, drog, způsobí v něm rozsáhlé změny, které ovlivní pozitivně i negativně kognitivní funkce, afekty a chování. Závislý je tak chycen v bludném kruhu, kdy počáteční pozitivní účinek látky je vystřídán negativními faktory (nespavost, změna nálad, třes...) a motivuje tak k dalšímu vyhledávání látky.

**Dimenze psychologická:** se zaměřuje na vliv psychogenních faktorů na vznik a rozvoj návyku na užívání látky. Psychogenní vlivy a faktory se rozvíjejí již v prenatálním a perinatálním období vývoje plodu, jde o určité psychické zážitky z období těhotenství. Příkladem může být také užití tlumivých látek matkou v průběhu těhotenství, kdy v postnatálním období jedinec aplikuje tlumivý lék, objeví se nový (ale již dávno poznaný)

efekt, který jako pozitivní zpětná vazba může výrazně urychlovat a posilovat vznik návyku (Kudrle in Kalina, 2003). Rotgers a kol. (1999) vidí další negativní důsledky v oblasti psychiky jako výsledek životního stylu závislých osob. Patří sem nedostatek sebeúcty, problémy s identitou a sebeporozuměním, obranné mechanismy ve formě popření, racionalizace, projekce, zlehčování problému, výrazná sebelítost, přecitlivělost a nízká frustrační tolerance.

**Dimenze sociální:** sleduje kontext, ve kterém se vše děje. Jde tedy o vnější faktory, okolí jedince, vztahy. Ty mají v první fázi vliv na utváření a zrání jedince, může se jednat o rasovou příslušnost, společenský status rodiny, sociální zajištěnost, úroveň prostředí, rodinné klima, výchova v rodině, rodinné rituály. V oblasti vztahů trpí nejprve blízké osobní vztahy, tedy rodina, partneři, děti a tyto problémy se šíří do vztahů s přáteli, kolegy v zaměstnání. Mluvíme o pojmu sociální učení a celému procesu s tím souvisejícím, kde hlavní úlohu hraje rodina jedince a vrstevnická skupina (Kudrle in Kalina, 2003).

**Dimenze spirituální:** označována také jako dimenze morální. Kudrle in Kalina (2003) vystihuje tuto dimenzi jako vztah k něčemu vyššímu, kde hledáme smysl našeho úsilí v cestě za abstinencí. Zároveň zdůrazňuje nezbytnost postihnoutí této roviny v průběhu léčby závislých a vyplnění tak jejich prázdnoty v duši. Rotgers a kol. (1999) vychází z praktických zkušeností samotných uživatelů, kdy u nich nadměrné pití a užívání drog vyúsťuje v pocity odcizení, izolace, ztráty smyslu života, je narušeno vnímání vlastní osoby, osobní cíle a způsoby jejich dosažení, drogy tak dočasně „napravují“ nepříjemné pocity ze ztráty smyslu života a vnitřní prázdnoty.

## **1.4 Klasifikace závislostí dle MKN-10**

Aktuální verze mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (WHO) nese plný název Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10).

Podle MKN-10 řadíme problematiku závislostí mezi duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10-F19) a nutkavé a impulzivní poruchy (F63).

**Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek** lze charakterizovat jako „každou duševní nebo behaviorální poruchu, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek, bez ohledu na to, zda jsou, či nejsou předepsány lékařem“. [RABOCH, 2012 str. 208] Tyto poruchy jsou způsobeny užíváním následujících látek:

- F 10 – užíváním alkoholu
- F 11 – užíváním opioidů (např. morfin, kodein, heroin, braun, subutex a metadon)
- F 12 – užíváním kanabinoidů (např. marihuana, hašiš)
- F 13 – užíváním sedativ nebo hypnotik (např. barbituráty, analgetika, psychofarmaka)
- F 14 – užíváním kokainu (např. pervitin, extáze, crack)
- F 15 – užíváním jiným stimulantů včetně kofeinu
- F 16 - užíváním halucinogenů (např. LSD, lysohlávky)
- F 17 – užíváním tabáku
- F 18 – užíváním prchavých rozpouštědel (např. toluen)
- F 19 – užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

(MKN -10. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>)

Diagnózu poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivní látky lze upřesnit do kódu zápisem na čtvrtém místě, tedy F10.X – F19.X, vyjadřujeme tak aktuální účinek psychoaktivní látky na osobu jedince (Raboch, 2012):

- **.0 Akutní intoxikace** – stav krátce po užití psychoaktivní látky, dle MKN-10 tato porucha po určité době mizí, mohou však nastat komplikace jako trauma, křeče, delirium, Raboch (2012) spojuje závažnost tohoto stavu s druhem požití látky, jejím množstvím a tolerancí osoby vůči látce

- **.1 Škodlivé užívání** – tento stav je důsledkem užívání psychoaktivní látky v oblasti somatické (infekce, hepatitidy) a psychické (sekundární deprese), Raboch (2012) dodává také rovinu sociální
- **.2 Syndrom závislosti** – rozvíjí se na základě opakovaného užívání psychoaktivní látky, jeho definici a hlavní znaky jsme již předdefinovali v předešlých kapitolách
- **.3 Odvykací stav** – jak uvádí Raboch (2012) také abstinční syndrom, či syndrom z odnětí či vysazení návykové látky nastává po tomto vysazení a projevuje se souborem příznaků různého stupně závažnosti somatického a psychického charakteru, MKN-10 uvádí jako komplikaci křeče
- **.4 Odvykací stav s deliriem** – znamená odvykací stav a jeho propojení na určitou látku, nejčastěji u závislosti na alkoholu – delirium tremens, přičemž delirium jako takové spadá do diagnózy F05.
- **.5 Psychotická porucha** – MKN-10 charakterizuje tuto poruchu jako skupinu psychotických fenoménů, ty se vyskytují při užívání nebo jako následek užívání psychoaktivní látky, nesouvisí však s akutní intoxikací či odvykacím stavem, jako typické udává Raboch (2012) sluchové halucinace a paranoidní bludy
- **.6 Amnestický syndrom** – tato porucha je spojena s výrazným zhoršením krátkodobé paměti, což koreluje s ostatními kognitivními funkcemi, které jsou zachovány
- **.7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem** – do této skupiny jsou zařazovány stavy, které již nemají přímý vztah s užíváním psychoaktivních látek, jde o stavy, které ale s užíváním látky souvisí, Raboch (2012) jako příklad uvádí flashback jako skupinu tělesných pocitů, halucinací a poruch obdobných, jaké uživatel zažil v rámci užívání psychoaktivní látky, MKN-10 dále uvádí alkoholickou demenci, posthalucinogenní percepční poruchu
- **.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování**
- **.9 Neurčené duševní poruchy a poruchy chování**



MKN-10 zahrnuje do diagnózy **nutkavé a impulzivní poruchy** všechny poruchy chování bez jasně specifikovatelné motivace, které nositel nemůže ovládat a působí mu značné komplikace v oblasti jeho zájmů a zájmů jeho okolí. Hovoříme o impulzech k určité činnosti. Jednotlivé poruchy jsou způsobeny následujícím výčtem:

- .0 Patologické hráčství
- .1 Patologické zakládání programů
- .2 Patologické kradení
- .3 Trichotillomanie (vytrhávání a pojídání vlasů, vousů, obočí)
- .8 Jiné nutkavé a impulzivní poruchy

## 1.5 Léčba závislostí

Jak již bylo zmíněno, škála závislostí je velmi široká a také léčba jednotlivých druhů závislostí má svá specifika a vyžaduje rozdílné postupy. Je to logické, jestliže jsou rozdílné účinky jednotlivých látek na tělesnou i psychickou stránku člověka, nehledě na celou škálu příčin vzniku závislosti, potřebujeme tudíž rozdílné přístupy v léčbě určitých typů závislostí.

V medicíně nebo speciální pedagogice existuje mnoho terapií a určité formy rehabilitace, které lze provádět bez spolupráce klienta. Při léčbě závislosti však uplatňujeme postupy za přímé spolupráce klientů. Známe samozřejmě pojem nařízené ochranné ústavní léčby, v ostatních případech vstupují klienti do léčby dobrovolně s vnitřním rozhodnutím a přesvědčením, že jsou připraveni podstoupit léčbu a plně spolupracovat. Vlastní motivace je prvním nezbytným krokem úspěšného absolvování léčby. Vůbec posilování motivace je průřezovým tématem celé léčby. Nešpor (2006) zdůrazňuje vysokou váhu vlivu vlastní motivace na úspěšnost léčby v porovnání s vůlí, neboť motivaci lze pomocí vhodných technik velmi účinně posilovat.

Popov, Nešpor in Raboch (1999) označují motivaci k překonání závislosti za cyklický proces, ve kterém se střídají fáze, kdy klient léčbu odmítá, váhá, přistupuje na změnu a uskutečňuje ji, setrvává v příznivém stavu, dochází k recidivě a opět léčbu odmítá a stejně cyklicky se mění přístup ke klientovi. Ve fázích, kdy klient na změnu přistupuje, poskytujeme relevantní informace o tom, jak změny dosáhnout, naopak ve fázích, kdy změnu odmítá, působíme vhodnými otázkami, které upozorní klienta na rizika dalšího užívání.

Typů léčby je celá řada a klienti si je volí s ohledem na několik okolností: Nešpor, Müllerová (2006) uvádí následující:

- nač je člověk, který má problém se závislostí, ochoten přistoupit a nač může přistoupit (například s ohledem na rodinnou situaci),
- jaký je zdravotní stav, jak závažné jsou následky závislého chování na tělesném i duševním zdraví,
- v jaké jsme životní situaci, u těžší je doporučována delší a intenzivnější léčba,
- jak dlouho trvá závislost – delší léčba je vhodná při jejím delším trvání,
- jaká je nabídka služeb jednotlivých pracovišť, za jakých podmínek pracují, jak kvalifikovaní jsou jejich pracovníci.

### **1.5.1 Organizace péče uživatelů návykových látek**

V České Republice se setkáváme se systémovou péčí uživatelů návykových látek. Její efektivita závisí na splnění kritérií kvalitativních, tedy provázanosti a komplexnosti péče s ohledem na specifické potřeby cílových skupin uživatelů a kritérií kvantitativních, tedy rozsahu a dostupnosti péče (Bém in Kalina, 2003). Systém péče v ČR zahrnuje nízkoprahová centra, terénní programy, kontaktní centra (K-centra, KC), AT ambulance, centra pro substituční léčbu, denní stacionáře, detoxifikační jednotky, ústavní zařízení, terapeutické komunity, doléčovací programy, chráněná bydlení, chráněná pracoviště, domy na půl cesty, svépomocné skupiny a programy následné péče (Orel, 2012).

Mluvíme o komplexní léčbě, do které klient (potenciální klient) vstupuje již prvním kontaktem s pracovníky některé z výše uvedených složek, např. na ulici v rámci terénního programu a jeho rozhodování o možném vstupu do určitého typu léčby a přehodnocování svého postoje v průběhu léčby vysvětluje Raboch, Anders, Praško, Hellerová (2006) ve formě **algoritmu komplexní léčby závislosti na psychoaktivních látkách.**

Tento algoritmus začíná prvotním kontaktem pracovníka a klienta, je provedena vstupní diagnostika, klient je edukován v několika oblastech: stavu, ve kterém se nachází, stupni závislosti, možných rizik, možností zmírnění důsledků dalšího užívání a prevence těchto rizik a především je motivován k léčbě. Klientovi, který není rozhodnut absolvovat léčbu, je navržena možnost jiné zdravotnické péče ve formě krátké intervence, detoxifikace, harm reduction, základní substituční léčbě, léčbě komorbidit, poradenství a sociální pomoci a po

absolvování některé z možností je opět nabídnuta možnost komplexní léčby. Druhou možností v rámci algoritmu je přistoupení na možnost psychiatrické péče ve formě ambulantní, nebo hospitalizace. Zde je možné využít všech složek komplexní léčby (psychoterapie, farmakoterapie, rodinná terapie, léčba komorbidit, relaxační a rehabilitační cvičení, svépomocné skupiny). Tuto léčbu je možné dokončit v rámci programů následné péče, doléčovacích programů či prevence relapsu.

Popov, Nešpor in Raboch (1999) vystihují obecné cíle léčby uživatelů psychoaktivních látek. Prvotním cílem je ukončení nebo redukce užívání psychoaktivních látek. Kvalitu života klientů ovlivňují relapsy, jejichž počet je nezbytné účinnými prostředky snížit, působíme na jejich délku a intenzitu. V rámci léčby působíme na zlepšení psychických a sociálních funkcí prostřednictvím obnovování nebo vytváření kvalitních vztahů, získávání sociálních dovedností, zmírnění impulzivity, získávání legálního zaměstnávání. Každý stupeň léčby je prostředkem posilování motivace k další léčbě.

Ergoterapie je v současné době u osob se závislostí nejvíce využívána v rámci ústavních zařízení. Vzhledem k rozsahu tématu „léčba závislosti“ je dále v bakalářské práci podrobněji popsán systém péče právě v těchto zařízeních.

### 1.5.2 Střednědobá ústavní léčba

Střednědobou ústavní léčbou rozumíme rezidenční léčbu ve zdravotnickém zařízení, především psychiatrických léčebnách, psychiatrických klinikách ve FN a psychiatrických odděleních nemocnic, která většinou trvá 3-6 měsíců a jejíž průběh je členěn do 4 fází (Kalina, 2008). Popov in Raboch (2012) označuje tuto léčbu jako základní, která zajistí u klientů základní somatickou a psychickou stabilizaci, je však nezbytné na ni navázat následnou péči.

Střednědobá ústavní léčba je charakteristická způsobem práce s klienty, léčebnými metodami a formami práce. Jak popisuje Kalina (2008), tato zařízení často využívají prvky terapeutické komunity, jako dodržování režimu, pravidel, účast na skupinové terapii, komunitních setkávání, trénink odpovědnosti. Vychází přitom ze **Skálova (Apolinářského) modelu** a vymezuje jeho léčebné metody následovně:

- strukturovaný program – týdenní program, který zahrnuje všechny složky komplexního programu a tím podporuje maximálně účinnost léčby,

- režim a pravidla – jejich dodržování během léčby slouží k jejich zvnitřňování, za hlavní nástroj hodnocení průběhu léčby slouží bodovací systém, speciální odměny a sankce,
- léčebné prostředí je vytvářeno tak, aby bylo bezpečné a podnětné,
- komunitní setkávání – která vytvářejí prostor pro řešení důležitých problémů léčby, hodnocení programu a celého procesu, možnost úpravy legislativy a možnost konfrontace s pravidly,
- psychoterapie – jak individuální, častěji však skupinová vychází především z kognitivně behaviorální terapie,
- rodinná a partnerská terapie a poradenství – slouží k úpravě vztahů, vytváření nových vztahů, vytváření podpůrného rodinného prostředí,
- pracovní terapie – klient se učí smysluplně a užitečně podílet na chodu zařízení,
- volnočasové aktivity, sport – jsou nezbytnou součástí léčby, relaxace a naplňování některých terapeutických cílů,
- další prvky: schopnost odpovědnosti – jak individuální za svůj život, tak kolektivní za práci v celé skupině, psaní deníků, elaborátů a jejich prezentace, přednášky a studium informací o faktech souvisejících se závislostí jako účinky látek, následky užívání, škodlivost na zdraví, sociální škodlivost.

Za **cílovou populaci** tohoto typu léčby považuje Kalina (2008) klienty starší 15ti let užívající návykové látky a alkohol, kteří vstupují do léčby dobrovolně, nebo klienty s nařízenou ochrannou ústavní léčbou.

Obecné **cíle léčby** klientů se závislostí jsme zmínili již dříve, Dvořáček in Kalina (2003) poukazuje na adekvátnost cílů léčby k délce léčby a potřebám klienta. S tím souhlasí Kalina (2008), který doporučuje volit realistické cíle vzhledem k délce a charakteru programu. Dvořáček in Kalina (2003) považuje za základní cíl trvalou abstinenci od všech návykových látek, čímž se odvolává na apolinářský model. Za typické postupné cíle považuje především stabilizaci následných problémů spojených se závislostí, uznání potřeby léčit se ze strany klienta, řešení důsledků vzniklých během užívání, změnu motivace z vnější na vnitřní, změnu sebehodnocení a prožívání, Rahn, Mahnkopf (2000) dodávají schopnost budování adekvátních životních plánů.

**Tým pracovníků** je multidisciplinární a odpovídá charakteru léčby, zahrnuje psychiatry, střední zdravotnický personál, klinické psychology, psychoterapeuty, ergoterapeuty, pracovní terapeuty a sociální pracovníky (Dvořáček in Kalina, 2003).

Ústavní léčba, tedy hospitalizace ve zdravotnickém zařízení typu psychiatrická léčebna, nebo specializované oddělení psychiatrické nemocnice, navazuje na **detox**, jakožto souhrnný pojem pro léčebné postupy detoxifikace a detoxikace (Popov in Kalina, 2012). Rahn, Mahnkopf (2000) uvádí ústavní léčbu jako dvoustupňový proces, sestávající z detoxifikace a odvykací léčby. Tento fakt navazuje na tři možnosti začlenění detoxifikační jednotky do systému léčby osob se závislostí dle Nešpora (in Kalina 2003): tedy detoxifikační jednotka jako součást zařízení k střednědobé léčbě, samostatná detoxifikační jednotka a v našem prostředí málo obvyklé detoxifikační jednotky v ambulantních zařízeních.

Rahn, Mahnkopf (2000) dělí detoxifikační léčbu na alkoholovou, lékovou a drogovou a to s ohledem na rozdílné somatické a psychické stavy po vysazení látky, rozdílné odvykací syndromy. Jiný pohled na členění detoxifikační léčby tvoří prvek motivace. V rámci tělesné detoxifikace řešíme prostřednictvím farmakoterapie pouze somatické a psychické projevy po vysazení látky, v rámci kvalifikované detoxifikace je zařazována psychoterapie, důraz je kladen především na motivaci k další terapii a k pokračování v léčbě. Odvykací léčba navazuje na kvalifikovanou detoxifikaci, zahrnuje **komplexní program** péče o klienty se závislostí, jehož součástí jsou následující léčebné postupy a terapie:

- **Posilování motivace** – naznačili jsme již zařazení motivační terapie na detoxifikační jednotce. Posilování motivace je proces, který se však prolíná všemi fázemi léčby, i prvotně motivovaný klient může pod tíhou léčebného programu motivaci ztrácet a je nezbytné s motivací neustále pracovat. Uvedli jsme cyklický charakter změn v motivaci klientů dle Popova (in Raboch 1999) a změnu přístupu v jednotlivých etapách. Nešpor (2011) popisuje strukturu motivačního tréninku dle autorů Bell a Rollnick v pěti principech: vyjadřování empatie, poukazování na rozdíly mezi cíli klienta a jeho chováním, vyhýbání se sporu, práce s odporem a posilování sebedůvěry. Podle dalších autorů rozšiřuje tyto principy o další techniky: terapeut poskytuje pozitivní zpětnou vazbu, využívá motivační dotazníky s cílem poukázat na problémy, které klientovi užívání návykových látek způsobilo a poukázat na přínosy překonání závislosti, pracuje s rodinou a okolím a využívá tak jejich motivačního tlaku.

- **Farmakoterapie** – slouží k ovlivňování stavu klienta prostřednictvím chemických látek ve formě léků (farmak). Rotgers (1999) poukazuje na to, že farmakoterapie se užívá jen u určitých druhů závislosti na návykových látkách, po omezenou dobu a působí pouze na některé specifické symptomy. Samostatně není dostačující k dosažení trvalé abstinence. Fišerová (in Kalina 2003) vymezuje čtyři obecné postupy farmakoterapie: detoxikaci, detoxifikaci, substituční léčbu a prevenci relapsů. V rámci detoxikace představuje život zachraňující postupy řešené na ARO odděleních nemocnic. Při detoxifikaci je podávání léků prostředkem snížení a kontroly nebezpečných odvykacích symptomů. Snahou je kontrolovaně pod lékařským dozorem odstraňovat látku z těla pozvolným snižováním dávek. Substituci označuje Rotgers (1999) za fázi stabilizace a udržování, kdy u některých druhů návykových látek (především opiátů), využíváme náhradu nezákoně látky za bezpečnější s cílem udržet klienta v léčbě a řešit problémy spojené s užíváním. Dalším postupem je podávání antagonistů, které Rotgers (1999) definuje jako léky blokující účinky konkrétních návykových látek. Tento postup zahrnuje Fišerová (in Kalina 2003) pod pojem anticravingová medikace, tedy podávání léků snižující touhu po návykové látce. Popov (in Kalina 1999) zdůrazňuje význam podpůrné medikace (vitamíny, léky na obnovu jaterní tkáně), která pomáhá upevnit terapeutický vztah a pomáhá udržet kontakt s pacientem.
- **Léčba komorbidit** – komorbidita jinak nazývána duální diagnóza je definována jako souběh dvou duševních poruch (Raboch 2012). V našem případě jde o kombinaci závislosti na psychoaktivních látkách, popř. patologického hráčství a deprese, úzkostné poruchy, osobnostní poruchy, poruchy příjmu potravy. Nejedná se tedy o somatické a psychické projevy spojené s vysazením návykové látky, ale o samostatnou diagnózu, která mohla předcházet samotné závislosti. Raboch (2012) udává 10 % výskyt komorbidit u klientů se závislostí na alkoholu. Je tedy nezbytné, jak uvádí Nešpor (2011), řešit obě poruchy, některé lze léčit současně, některé se řeší postupně podle závažnosti. V rámci ústavní léčby mohou být klienti přemístěni na specializovaná oddělení zabývající se konkrétní poruchou. Rotgers (1999) zdůrazňuje úlohu farmak v léčbě duálních diagnóz, vychází z hypotézy, že někteří klienti léčí svojí závislostí primárně vzniklou duševní poruchu. Raboch (2012) však upozorňuje na kontraproduktivní současné užívání některých léků medikovaných na různé poruchy.

- **Psychoterapie** – Miovský, Bartošíková definují psychoterapii jako „*odborné užívání psychologických postupů a prostředků při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví*“ [MIOVSKÝ, BARTOŠÍKOVÁ in Kalina, 2003, str. 25]. Muller (2005) rozšiřuje tuto definici o cílevědomou aplikaci psychologických prostředků za účelem působit u klientů na změnu chování, myšlení, emocí a osobnostní struktury. Miovský, Bartošíková in Kalina (2003) rozlišují několik stěžejních psychoterapeutických přístupů v léčbě závislostí: individuální terapii, skupinovou terapii a behaviorální terapii. V rámci střednědobé ústavní léčby se využívá spíše **skupinová forma terapie**, individuální, zaměřená na terapii s jedním klientem formou rozhovoru (Miovský, Bartošíková, 2003) je užívaná při řešení problémů a témat, které není vhodné řešit ve skupině. Hlavním přínosem práce ve skupině je využití prvků skupinové dynamiky. Ta představuje skupinové dění, strukturaci a skupinovou interakci, kterou vytvářejí účastníci skupiny (klienti i psychoterapeut) svými vztahy, rolmi a interakcemi (Popov in Raboch 1999).

Behaviorální a **kognitivně-behaviorální přístupy** (KBT) považují Miovský, Bartošíková in Kalina (2003) za dominantní při léčbě závislostí. Mezi další směry užívané při léčbě závislostí tito autoři řadí: hlubinnou a dynamicky orientovanou psychoterapii, humanistickou psychoterapii, rodinnou a systematickou psychoterapii, hypnotické a relaxační přístupy, integrativní přístup. Jako hlavní postupy KBT představuje Popov in Raboch (1999) nácvik sociálních dovedností, především dovednost odmítání, nácvik řešení problémů, nácvik zvládnání emocí, kognitivní restrukturační, tedy snahu přerušit a nahradit řetězce myšlenek vedoucí k recidivě, práce s identifikací spouštěčů, podmiňování ve fantazii, relaxační dovednosti.

- **Rodinná terapie** – a také manželská terapie bývá často součástí komplexního programu péče o závislé. Slouží k upevnění, nebo znovunavázání rodinných vztahů, využíváme pak pozitivního vlivu rodiny na klienta, jeho léčbu a abstinenci, jak uvádí Nešpor (2011), rodinná terapie zvyšuje schopnost klienta léčbu dokončit. Kalina (2003) se zabývá přínosem terapie pro rodinu samotnou, ta se může díky terapii přenést přes pocity selhání, sebeobviňování, studu, viny a hněvu. Dále vytyčuje přístupy rodinné terapie, které se nejvíce uplatňují u klientů se závislostí, dělí je na psychodynamické, behaviorální, systémové a přístup nemoci rodiny. V modelu rodinné nemoci vycházíme z předpokladu, že vznik závislosti je podmíněn procesy v rodině a členům rodiny je proto doporučeno podstoupit program 12 kroků (Rotgers 1999).

- **Poradenství** – tato oblast je zaměřena na podávání informací a sociální pomoc. Značně posiluje terapeutický vztah, protože klient získává pomoc v oblastech, které on sám považuje za důležité (Popov in Raboch, 1999).
- **Relaxační techniky** – ve formě jógy, či jiných nenáročných cvičení, umožňují mírnit bažení a zvyšovat sebevědomí, působí na zvládnání stresu komplikující léčbu, budují zdravější životní styl (Nešpor, 2011).
- **Edukace** – zahrnuje přednášky, samostudium s cílem seznámit klienta s principy prevence relapsu a zlepšování kognitivních funkcí (Dvořáček in Kalina, 2003).

### 1.5.3 Expresivní terapie využívané při léčbě závislosti

Je jich celá řada, vzhledem k tomu, že bakalářská práce se zabývá problematikou ergoterapie v souvislosti s léčbou závislosti, nebudeme se ostatními terapiemi zabývat podrobně.

Slowík (2007) vymezuje terapii z hlediska speciální pedagogiky jako každý odborný postup, který pomáhá dosáhnout výchovných a vzdělávacích cílů a zároveň má jisté léčebné účinky. Vzhledem k propojenosti a nutné návaznosti oborů v rámci ucelené rehabilitační péče potom terapie navazuje na medicínské zákroky. Muller (2005) však zdůrazňuje širší pojetí speciálně-pedagogické terapie, která může působit jako navazující prvek na medicínskou léčbu, v širším pojetí také slouží jako samostatný druh pomoci osobám s problémy projevujícími se ve snížených schopnostech normální životní seberealizace – ve vzdělání, v práci, v bydlení, v zájmových aktivitách atd.

Podle použitých terapeutických prostředků třídíme terapie do následujících skupin Muller (2005):

- Terapie hrou
- Činnostní a pracovní terapie
- Psychomotorické terapie
- Expresivní terapie
- Terapie s účastí zvířete (zooterapie, animiterapie)



Mezi **druhy expresivní terapie** užívané v péči o osoby se závislostí řadíme:

**Arteterapii** – je definována jako druh psychoterapie, kdy pomocí výtvarné tvorby umožňujeme klientovi sebevyjádřit se, přičemž těžiště terapie je v samotném procesu tvorby díla, nikoliv v umělecké hodnotě vzniklé práce (Dostálová in Pipeková, Vítková 2001). Česká arteterapeutická asociace považuje arteterapii za obor „*využívající výtvarný projev jako hlavní prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky ve směru redukce psychických či psychosomatických obtíží a redukce konfliktů v mezilidských vztazích*“ [Česká arteterapeutická asociace, 2012]. Valešová Malecová (2012) objasňuje rozdíl ergoterapie a arteterapie, které mohou využívat shodné techniky k jiným terapeutickým cílům – v arteterapii sebevyjádření a diagnostika, v ergoterapii obnovení narušené funkce.

**Dramatoterapii** – Valenta (in Muller 2005) vychází z definice Britské asociace pro dramatoterapii. Dramatoterapie je pro klienta prostředkem určitého symbolického vyjadřování, které pomáhá sebezpoznání prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální a neverbální komunikaci. Převažují skupinové aktivity, které prostřednictvím skupinové dynamiky divadelních a dramatických prostředků napomáhají dosáhnout zmírnění důsledků psychických poruch a dosažení personálně sociálního růstu. Majzlanová (2004) charakterizuje dramatoterapii jako úmyslné využití drama a divadla, za účelem dosažení terapeutických cílů, mezi které řadí možnost zažít emoce, schopnost lépe zvládat problémové situace, zvládat vztahy, sebezpoznání, sebpřijetí, možnosti zažít úspěch.

**Muzikoterapii** – jde o formu symbolického, nonverbálního vyjadřování svých emocí, pocitů, postojů, kdy využíváme hudbu kvalifikovanou osobou s cílem dosáhnout pozitivní změny v psychologickém, kognitivním a sociálním fungování jedince (Kantor in Muller, 2005). Wehle (in Pipeková, Vítková 2001) dělí muzikoterapii na receptivní, tedy pasivní poslech hudby (techniky: řízená imaginace, vibroakustická terapie) a aktivní, tedy provozování hudby (techniky: dechové techniky, hra na tělo, hudební improvizace, rytmizace, zpěv, hraní na hudební nástroj podle předlohy, psaní písní).

**Taneční a pohybovou terapii** – dle Asociace tanečně pohybové terapie je tanečně pohybová terapie definována jako „*psychoterapeutické užití pohybu v procesu, který podporuje emoční, sociální, kognitivní a fyzickou integraci jedince*“. [Asociace tanečně pohybové terapie, 2012]

**Hagioterapii** – bude definována později v kapitole terapie a léčba klientů se závislostí v PN Bohnice

## 2 ERGOTERAPIE

### 2.1 Vymezení pojmu ergoterapie

Z čistě biologického hlediska je člověk již od dob přeměny na Homo Sapiens určen k aktivnímu životu. Současná doba umožňuje lidem ušetřit se od spousty činností, ulevit si a zaměřit se z čistě fyzické práce na aktivity duševní a relaxační. Mnoho civilizačních chorob a neduhů, které se v poslední době jako epidemie rozmáhají, jsou však důkazem toho, že člověk je stále tvor biologický a aktivita je základní sociální potřebou. Nemusíme mít však již na mysli těžkou fyzickou práci spojenou s udržením života (lov, udržení bezpečí apod.), ale aktivity jednodušší, zábavné, které využíváme také v rámci terapeutického procesu. Tomu odpovídá samotný název ergoterapie, která vznikla z prostého složení slov ergon (práce) a therapeia (léčení).

Jelínková, Krivošíková, Šajtarová (2009) poukazuje na problémy s definováním této profese, s vymezením toho, čím se zabývá, jakým je přínosem pro klienta. Problémy vyplývají z komplexnosti procesu v rámci této terapie, dále z faktu, že ergoterapie pomáhá klientům při zvládnutí celé škály zcela běžných činností a tudíž není jednoduché jednoznačně v několika větách vysvětlit její význam široké veřejnosti a vymežit ji.

Využijeme definice uznávaných ergoterapeutických organizací:

*„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné.“ [Česká asociace ergoterapeutů, 2008]*

Světová federace ergoterapeutů (2014) charakterizuje ergoterapii takto: „*Ergoterapie je profese, která se zaměřuje na podporu zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání. Primárním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se každodenních aktivit. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle tak, že se snaží pomoci lidem provádět činnosti, které zvyšují možnosti jejich začlenění (participace), nebo přizpůsobují prostředí podporující participaci osoby.*“ [Světová federace ergoterapeutů, 2014]

Valešová Malecová (2012) poukazuje na to, že jednotliví odborníci a oblasti, které se zabývají ergoterapií, mohou vnímat myšlenku ergoterapie jinak. Horňáková (1995) vysvětluje pojetí ergoterapie, respektive činnostní terapie ze speciálně-pedagogického hlediska. V samotné terapii pak vycházíme ze zkušenosti, že prostřednictvím atraktivní činnosti lze dosáhnout u klienta požadované změny. Valešová Malecová (2012) považuje aktivity v rámci ergoterapie za cíl i prostředek terapie.

Přesné vymezení ergoterapie je tedy z výše uvedených důvodů velmi obtížné. Lze však shrnout několik bodů, které vyplývají ze všech definic:

- prostředkem působení je činnost,
- činnost by měla být pro klienty zajímavá,
- ergoterapie je určena klientům všech věkových kategorií bez ohledu na pohlaví, zdravotní znevýhodnění, sociální znevýhodnění,
- hlavním cílem je umožnit maximální míru zapojení klienta do běžného života,
- jde o terapii zaměřenou na klienta, na jeho prostředí a jejich vzájemnou interakci.

## **2.2 Cíle ergoterapie**

Ergoterapeutický program je dlouhodobý proces, který má své fáze a je členěn na jednotlivá setkání. Naší snahou je vytvořit program tak, aby vycházel z potřeb klienta, z jeho požadavků a aktuálního stavu. Pokud chceme vytvořit smysluplný program, který umožní maximální míru zapojení klienta do běžného života, je třeba stanovit cíle ergoterapeutického programu.

Tento fakt potvrzuje Valešová Malecová (2012), která považuje ergoterapii za dlouhodobý proces, který směřuje k předem stanovenému cíli (cílům). Švestková, Svěčená (2013) zdůrazňují participaci klienta při stanovování cílů. Vždy je nezbytné vzít v úvahu také priority klienta, pokud bychom tak neučinili, mohl by klient ztratit motivaci a důvěru

v terapeuta. Terapeut na základě své zkušenosti může navrhnout cíle částečně odlišné od představy klienta, vždy je však nutné tato fakta s klientem důkladně probrat.

Ergoterapeutické cíle dělíme na dlouhodobé a krátkodobé (Švestková, Svěčená 2013), Valešová Malecová (2012) dodává cíle pro jednotlivá setkání. Dlouhodobé (hlavní) cíle určují, čeho chceme během terapie dosáhnout na konci ergoterapeutické intervence. Valešová Malecová (2012) požaduje stanovit maximálně tři hlavní cíle, abychom zamezili přílišné roztržitosti programu. Z hlavních cílů vychází cíle krátkodobé, které stanovujeme na jednotlivé úseky terapie, které trvají maximálně 4 týdny a slouží k dosažení cílů dlouhodobých (Švestková, Svěčená, 2013). Cíle pro jednotlivá setkání vznikají rozčleněním krátkodobých cílů na jednotlivé kroky, jsou velmi konkrétní a odpovídají aktuálnímu stavu klienta, pružně reagují na momentální situaci.

Vytváření ergoterapeutických cílů předpokládá dodržení určitých kritérií. Švestková, Svěčená (2013) vychází z pravidla SMART, cíle by tedy měly být specifické, smysluplné, dosažitelné, realistické (měřitelné) a časově měřitelné. Valešová Malecová (2012) dále uvádí kritérium pozitivní formulace cílů v podobě toho, co klient na konci programu zvládne.

Dosažení hlavních cílů je ovlivněno kvalitním nastavením cílů krátkodobých, zvolením vhodných metod, činností, pracovních postupů. V úvahu je třeba vzít osobnost klienta, jeho věk, pohlaví, úroveň schopností, jeho původní prostředí, jeho osobnostní rysy, zájmy, povolání, osobní cíle (Vodáková, 2007).

## **2.3 Systém ergoterapeutické praxe**

Jelínková, Krivošíková, Šajtarová (2009) udávají v rámci systému ergoterapeutické praxe dvě propojené roviny: oblasti ergoterapeutických činností a ergoterapeutický proces, který představuje samotnou ergoterapeutickou praxi, máme na mysli jednotlivé prostředky intervence. Valešová Malecová (2012) vyčleňuje tři základní okruhy činností v ergoterapeutické praxi:

- aktivity každodenního života,
- práce,
- hra a zábava.

Krivošíková (2009) jako další oblasti ergoterapeutické intervence zařazují vzdělávání a sociální participaci.

**Aktivity každodenního života (AKŽ)** jsou všední denní činnosti, které provázejí jedince pravidelně, nebo každý den, jejich samostatné vykonávání je určitým měřítkem nezávislosti člověka na jiných osobách. Aktivity každodenního života rozdělujeme na základní a pomocné. Mezi *základní* (personální) AKŽ řadí Valešová Malecová (2012) péči o svou osobu (sebesycení, oblékání, hygiena), funkční mobilitu (chůze, hybnost, přesuny na lůžku), funkční komunikaci (psaní, PC, telefon) a schopnosti v prostoru bytu (otevírání dveří, oken, odemykání). Nácvik základních AKŽ je prioritou ergoterapeutické praxe, jejich zvládnutí umožní jedinci fungovat ve vlastním prostředí a předchází nácviku *instrumentálních* všedních denních činností. Mezi ně patří péče o domácnost (úklid, praní, vaření, nákupy), péče o druhé a domácí zvířata, společenský život (sociální vztahy, nakládání s penězi, zájmy), využívání dopravních prostředků (řízení automobilu, veřejná doprava), bezpečnost prostředí, udržování zdraví (schopnost užívat léky, navštívit lékaře) a zacházení s přístroji (především domácí spotřebiče).

**Práce** je cílevědomá činnost člověka, která vytváří nové hodnoty, je velmi důležitou součástí činností využívaných v rámci ergoterapie, souvisí s pracovní rehabilitací, která je součástí ucelené rehabilitace, v rámci ergoterapie jde o zařazování aktivit s cílem pomoci klientům obnovit nebo získat pracovní návyky, aktivity které klient využije v běžném životě a při získávání možného pracovního uplatnění za mzdu.

**Hra a zábava** je spontánní činnost, kterou jedinec provádí v průběhu celého života, přináší mu radost, vnitřně ho motivuje. Hru lze provádět nezávisle na věku, vychází z přitažlivého námětu, přináší individuální nebo týmový úkol, výzvu a staví na jasných principech a pravidlech (Hrkal, Hanuš, 1998). Vodáková (2007) uvádí následující druhy her, které lze uplatnit v ergoterapii: funkční, manipulační, napodobovací, úlohové (tématické), konstruktivní, pohybové a rytmicko-hudební, receptivní a senzorické, didaktické a společenské.

V rámci ergoterapie lze s úspěchem využít nepřeberné množství kreativních aktivit, jak uvádí Valešová Malecová (2012), lze je považovat za zábavu i formu předpracovní přípravy:

- ruční práce
- výtvarné techniky,
- techniky zpracovávání a opracovávání materiálů,
- herní aktivity,
- tkaní na tkacím stroji,

- práce s pracovním náradím,
- sezónní práce,
- práce na PC, řemeslné činnosti.

V odborné literatuře se dále setkáváme s dělením ergoterapie dle zaměření, Vodáková (2007) vymezuje 4 oblasti ergoterapie:

- **kondiční ergoterapie** – jejímž cílem je navození duševní pohody klienta odpoutáním od sebe sama prostřednictvím atraktivní činnosti, která motivuje klienta k opakování této činnosti, smysluplná náplň volného času, která klienta zabaví a aktivizuje,
- **ergoterapie cílená na postiženou oblast** – užívá se u klientů po úrazech, s progresivní formou určitého tělesného postižení, naší snahou je zlepšení, popřípadě zachování tělesných funkcí jako je svalová síla, rozsah hybnosti, svalová koordinace, nácvik úchopu, trénink kognitivních a exekutivních funkcí (Vodáková, 2007), volíme většinou činnosti, při kterých využíváme nástroje, náradí, přístroje, v případě zhotovování výrobku však není dokončení výroby hlavním cílem (Muller, 2005),
- **ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění** – u klientů po úrazech, dlouhodobé nemoci přispívá terapie k opětovnému zapojení do pracovního procesu, součástí je spolupráce při úpravě pracoviště a pracovních nástrojů, podle Valešové Malecové (2012) jde o proces obnovy pracovního potenciálu, kdy ergoterapeut pomáhá s hledáním nových možností pracovního uplatnění, pomáhá s procesem rekvalifikace, s řešením problémů psychického a sociálního rázu, Muller (2005) člení samotný proces předpracovní rehabilitace do 4 částí: ergodiagnostika (sběr dat o klientovi), interpretace hodnocení (doporučujeme vhodné pracovní uplatnění, stanovíme plán ergoterapie, doporučujeme kompenzační pomůcky), nácvik pracovních dovedností (na modelových činnostech, řešíme schopnost přijímat instrukce), a pracovní pokus (volíme původní zaměstnání, zaměstnání s asistentem, chráněná a podporovaná pracoviště),
- **ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti** – cílem je vedení ke zvládnutí běžných denních činností (základních a instrumentálních AKŽ) v oblasti hygieny, oblékání a sebesycení, Muller (2005) připomíná, že je nezbytné věnovat se i složkám výkonu klienta, které provádění AKŽ přímo a

nepřímo ovlivňují: složka fyzická (svalová síla, výdrž, koordinace apod.), složka kognitivní (paměť, orientace, komunikace, schopnost řešit problém, schopnost sledovat instrukci apod.), sensorika a vnímání (prostorová orientace, tělesné schéma), psychosociální složka (chování, motivace, nálada, prostředí). Jelínková (2009) vymezuje tři strategie intervence v oblasti AKŽ: adaptaci (úkolů, nástrojů včetně využití kompenzačních pomůcek, prostředí), navrácení (obnovu) původních schopností, nácvik.

## 2.4 Ergoterapeutický program

Jak jsme již uvedli, ergoterapeutický program je dlouhodobý proces. Předpokládá intenzivní přípravu, která zahrnuje důkladné seznámení se s problémem a vymezení možností řešení tohoto problému prostřednictvím ergoterapie, vypracování rámcového plánu postupu a stanovení předběžných cílů (Hornáková, 1995).

V této **přípravné části** tvorby programu se terapeut seznamuje s budoucím klientem, zjišťuje o něm maximální množství informací, vychází z anamnézy, lékařských zpráv, zpráv od odborníků, kteří přišli s klientem do kontaktu (Valešová Malecová, 2012). Snahou je vytvořit ergoterapeutický program, který umožní naplnění ergoterapeutických cílů, ty stanovíme s ohledem na individualitu klienta, mluvíme tedy o vytváření programu „šitého na míru“. Vytváření ergoterapeutického programu tedy plynule navazuje na stanovení cílů terapie, zatímco cíle definují „čeho chceme v rámci programu dosáhnout“, program určuje „jak a jakým způsobem toho bude dosaženo“ (Švestková, Svěcená, 2013).

Důležité je rozhodnout, zda je vhodné s klientem pracovat ve skupině, či zda je lepší využít individuální formu terapie.

- **Individuální forma** – je zaměřena na přímý vztah klienta a terapeuta, využívá se u klientů, kteří nejsou schopni pracovat ve skupině, podle Hornákové (1995) patří mezi hlavní důvody nápadnost chování klienta, předpoklad ohrožování ostatních, potřeba zvýšené pozornosti ze strany klienta, nemožnost sestavení vhodné skupiny.
- **Skupinová forma** – při ní se pracuje s více jak 2 klienty a využívá se skupinové dynamiky. Valešová Malecová (2012) uvádí další přínosy práce ve skupině: překonání izolace, vytváření prostoru pro zpětnou vazbu a komunikaci, působí jako motivační a aktivační prvek, vyskytuje se vzájemná podpora a pochopení. Podle Hornákové (1995)

se při sestavování skupiny bere v úvahu věk klientů, jejich zájmy, potřeby, stupeň postižení, diagnóza. Při skupinové terapii využíváme dvou typů skupin:

- **Uzavřená skupina** – do této skupiny nejsou po dobu trvání programu přijímáni noví klienti, lépe se tak dosahuje pocit bezpečí a důvěry mezi zúčastněnými a dosahuje trvalejších výsledků (Horňáková, 1995), Valešová Malecová (2012) však poukazuje na nebezpečí uváznutí komunikace mezi klienty, kteří se dostávají na mrtvý bod, jejich vztahy se nevyvíjejí.
- **Otevřená skupina** – trvá neomezeně a noví klienti jsou průběžně přijímáni, jiní z ní vystupují. Skupina je obohacována o nové vztahy, dochází k oživení vazeb, komunikace, jsou vnášeny nové problémy (Horňáková, 1995). Fluktuace členů skupiny však může bránit atmosféře důvěry, bránit otevření se členů skupiny (Valešová Malecová, 2012).

V rámci přípravy ergoterapeutického programu stanovíme **počet setkání**, ten stanovujeme s ohledem na potřeby skupiny, na cíle, kterých chceme dosáhnout a na technické podmínky zařízení a **frekvenci setkávání**, která se určuje s ohledem na věk členů, jejich diagnózu, délku trvání programu a je možné ji zvláště u dlouhodobých programů postupně snižovat (Valešová Malecová, 2012).

### 2.4.1 Fáze ergoterapeutického programu

- **Seznamovací fáze**

V této fázi je čas věnován seznámení se klientů a terapeuta a klientů mezi sebou. Je důležité navázat vztahy všech zúčastněných, prolomit mezi nimi bariéry, odbourat tak napětí a vytvořit pocit bezpečí, důvěry a pohody, tím motivovat klienty k činnosti. Kvalita seznamovací části ovlivňuje celý budoucí proces a hloubku vztahů ve skupině, proto jí věnujeme více jak jedno setkání, Valešová Malecová (2012) doporučuje 2-5 setkání. Součástí této fáze je také poznání prostor, které budou využívány v rámci programu. Činnosti v této fázi volíme různorodé s využitím rozmanitých technik, naším cílem je získat další informace o klientech, které potvrdí naše předpoklady v již připraveném ergoterapeutickém programu,



nebo pomohou program doladit. Proto podle Valešové Malecové (2012) můžeme první 3-4 setkání chápat také jako diagnostickou fázi.

- **Realizační fáze**

Realizační fáze, jinak označována jako hlavní fáze, je rozdělena do setkání, které jsou věnovány provádění aktivit a činností vedoucích k dosažení stanovených ergoterapeutických cílů. Jak uvádí Hornáková (1995), k této fázi přistupujeme tehdy, když máme jasně stanoveny cíle programu a máme naplánovány postupy, které budou sloužit k naplnění těchto cílů. V této fázi zařazujeme složitější techniky, které umožní rozvoj stanovených schopností a dovedností, je možné odhalit skryté možnosti u klientů (Valešová Malecová, 2012).

- **Fáze upevňování**

V několika setkáních, doporučuje se 2-5 setkání, je třeba ujistit klienty v získaných dovednostech, schopnostech, zájmech. Cílem je upevnit a rozvíjet tyto nové dovednosti, nové vzorce chování, postoje, návyky, pomoci přenést je do běžného života a podpořit tak klienta v samostatnosti v každodenních činnostech (Valešová Malecová, 2012).

- **Závěrečná fáze**

Také závěrečnou fázi je vhodné rozdělit do několika setkání. Během terapie došlo k vytvoření terapeutického vztahu mezi terapeutem a klientem, mezi klienty samotnými, někteří klienti tak mohou ukončení těchto vazeb vnímat negativně. Ergoterapeutický program je ucelený proces, který se vyvíjí, s ohledem na vývoj klientů ve skupině může zaznamenávat určité změny, je však vždy pečlivě naplánován a klienti jsou již v úvodu a postupně i během terapie s tímto plánem seznámeni, znají časový harmonogram programu. Stejně tak i ukončení terapie je prováděno jako proces, je nezbytné poskytnout klientům prostor pro rozloučení, odpoutání se a to nenásilně a pozvolně, vždy informujeme klienty o blížícím se konci terapie.

Valešová Malecová (2012) doporučuje v závěrečné fázi prodlužovat dobu mezi jednotlivými setkáními a zvyšovat autonomii klientů tak, aby byly schopni fungovat v běžném životě bez terapeutické podpory. Vhodné je nabídnout možnost kdykoliv požádat o pomoc, klienti tak získají pocit bezpečí a podpory a zmírní se jejich obavy z nevládnutí rizikových situací v každodenním životě.

## 2.4.2 Struktura setkání

Každé setkání je vhodné vést strukturovaně, klient tak lépe akceptuje připravenou aktivitu, je připraven na to, co bude následovat, má jasnou představu o průběhu konkrétné intervence. Podle Valešové Malecové (2012) má každé setkání stanoveny cíle, strukturu setkání je vhodné připravit v alternativách, neboť je nezbytné přihlídnout k momentální situaci a náladě ve skupině.

- **Úvod**

Jelínková (2003) tuto fázi považuje za stěžejní, neboť průběh celého sezení může záviset na jeho začátku. Terapeut získává prvotní informaci o náladě ve skupině, předává informace o náplni práce a získává představu o postojích klientů k dané činnosti. Nezbytnou součástí je přivítání, úvodní rituál a rozhovor, v případě prvního sezení, nebo při příchodu nového člena do skupiny, je zařazena seznamovací aktivita.

- **Zahřátí**

Může se překrývat s úvodní částí. Zařazují se fyzická cvičení sloužící k dodání energie, slovní hry uvozující diskuzi, pantomimické hry (Jelínková, 2003). Za hlavní smysl této části považuje Valešová Malecová (2012) aktivizaci, uvolnění, relaxaci a zvýšení důvěry ze strany klienta, který je tak připraven na hlavní část setkání.

- **Hlavní část**

Valešová Malecová (2012) označuje tuto část jako jádro setkání, jsou zde prováděny stěžejní aktivity, které terapeut dopředu naplánoval, a které slouží k naplnění stanovených skupinových a individuálních cílů. Při volbě technik se berou v úvahu cíle, kterých chceme dosáhnout, zájmy a preference klientů, jejich diagnózy, potřeby, materiální podmínky a složení skupiny. Téma volíme monotematické nebo zahrnující více technik a aktivit.

- **Diskuze a zpětná vazba**

Cílem této části je poskytnout klientům prostor zhodnotit svou práci, práci ostatních i práci samotného terapeuta. Podle Jelínkové (2003) by terapeut neměl nikoho nutit mluvit o práci, o svých pocitech, je však jeho úkolem vytvářet vhodnou atmosféru, která dodává pocit

důvěry, klidu, uvolnění a postupně klienty učit otevřeně vyjadřovat své názory, postoje a respektovat názory ostatních.

V rámci diskuse se klienti vyjadřují k průběhu setkání, co je zaujalo, jaké pocity při práci prožívali, jaká mají přání a návrhy pro další setkání, které aktivity byly nové, které by rádi v budoucnu zopakovali, zda se jim v průběhu setkání změnila nálada, zda se splnila jejich očekávání (Valešová Malecová, 2012).

Výhodou skupinové práce je podle Jelínkové (2003) možnost zpětné vazby. Jde o způsob, jak klient získává informace o tom, jak působí na ostatní, zpětná vazba může vyznít pozitivně, ale také negativně, vždy je pro klienta výhodou, pokud získá i nějaká doporučení ke změně, klient tak získá náhled na své problémy a impulzy ke změně a zamyšlení.

Zpětná vazba probíhá v několika směrech, od klienta k terapeutovi ohledně výběru činnosti, způsobu jeho chování, od klienta k ostatním klientům a v neposlední řadě od terapeuta ke klientům. Terapeut může nejprve celkově zhodnotit práci všech klientů, atmosféru, chování klientů, vzájemnou pomoc a spolupráci. Jednotlivým klientům pak poskytuje zpětnou vazbu tak, aby je podpořil v další práci, účasti na dalším setkání a motivoval v pokračování v léčbě (Valešová Malecová, 2012).

- **Závěr**

Pro některé klienty může být bolestnou částí setkání, neboť během setkání dochází k navázání vztahů, sdílení pocitů a klienti mohou nabýt dojmu, že o tuto zkušenost přicházejí. Proto je vhodné i na závěr zařadit krátké cvičení, které navodí pocit klidu (Jelínková, 2003). Valešová Malecová (2012) doporučuje na závěr naplánovat uvolňující a relaxační techniky, pocit bezpečí, jistoty a pozitivního nasměrování do dalšího setkání dodají ritualizované hry.

Čas vymezený na jednotlivá setkání je předem stanoven, setkání je tedy vhodné včas a v klidu ukončit, proto se snažíme informovat klienty o blížícím se konci setkání. Valešová Malecová (2012) doporučuje podat tuto informaci 10-15 minut před koncem setkání, dodržování časového harmonogramu setkání učí klienty poznat pravidla, strukturu, hranice, pořádek a dodává pocit bezpečí a důvěry.

### 2.4.3 Terapeutický vztah

Jak jsme již zmínili, úspěch ergoterapeutického programu závisí na kvalitě vztahu terapeut-klient, mluvíme o správném nastavení terapeutického vztahu. Po dosažení stanovených cílů intervence tento vztah končí (Jelínková, 2009).

Jedná se o zvláštní vztah, který se liší od běžných mezilidských vztahů, neboť vzniká v pozici určité nouze. Samozřejmě nese prvky běžného přátelského vztahu, avšak na druhé straně přátele si vybíráme a přátelský vztah je časově neomezený (Kalina, 2003).

Terapeutický vztah je založen na empatii, shodě verbálního a neverbálního projevu, na autentičnosti a na emočním přijetí a ocenění klienta. Tyto podmínky považuje Jelínková (2009) dostačující k otevření léčebných procesů a lze tedy terapeutický vztah pokládat za cíl a prostředek terapie.

Budování terapeutického vztahu je založeno na schopnosti terapeuta porozumět neverbálním, verbálním a behaviorálním signálům ze strany klienta. V oblasti verbální je důraz kladen na komunikační schopnosti terapeuta, na schopnosti poskytnout zpětnou vazbu, poskytovat informace, naslouchat odpovědi a reagovat na ně. Úkolem terapeuta je naslouchat sdělením od klienta, reagovat na ně, ale zároveň postřehnout i informace, které slovně vyřčeny nebyly. Mluvíme o schopnosti aktivního naslouchání. Dovednost poskytnout konstruktivně zpětnou vazbu může ovlivnit výsledek celého ergoterapeutického programu, pokud klient z jakéhokoliv důvodu není schopen analyzovat svůj výkon a není mu poskytnuta adekvátní zpětná vazba, nebude umět adaptovat získané dovednosti v běžném životě. Provádění ergoterapie je založeno na aktivní spolupráci klienta tak, aby byl schopen dosáhnout stanovených cílů ergoterapie. Cílem terapeuta v počátcích terapie je tedy klienta motivovat tak, aby pochopil přínos terapie pro svůj budoucí život (Jelínková, 2009).

Veškeré aktivity terapeuta jsou vedeny ve prospěch klienta, úkolem terapeuta je tedy vztah navázat, udržet ho a ukončit. Vztah se průběžně vyvíjí a mění, v počátečních fázích je charakteristický větší závislostí klienta na terapeutovi, postupem času je klient veden k větší autonomii. Pokud by terapeut nedokázal se vztahem zodpovědně pracovat, vedla by situace ke stagnaci terapie (Kalina, 2003). S tím souhlasí Jelínková (2009), která uvádí terapeutický vztah jako prostředek úspěchu v terapii. Kalina (2003) dále udává funkci budování terapeutického vztahu jako model meziosobnostních vztahů do budoucna.

Kalina (2003) se podrobněji zabývá terapeutickým vztahem u klientů se závislostí. Ten se vyznačuje několika základními rysy: empatie, pozitivní náboj, prvky výchovy, prvky poradenství, prvky řízení a vedení klienta, prvky motivace klienta k léčbě. Nezbytné je klienta akceptovat, přijímat bez výhrad, mluvíme o pracovní alianci, tedy vztahu bez obviňování a nálepkování klienta. Kalina (2003) upozorňuje na přenosové jevy, které u klientů se závislostí bývají silné, jedná se o přenos pozitivních i negativních charakteristik a postojů osob z minulosti na osobu terapeuta. Pozitivní terapeutický vztah je vystavěn na spolupráci, jsou jasně definovány role klienta i terapeuta, očekávání klienta, jsou přesně stanovena pravidla spolupráce, sebedůvěra klienta se následně zvyšuje oceňováním byť malých kroků.

Správně nastavený terapeutický vztah tvoří základ terapie, stojí na počátku hledání změny a návratu zpět do běžného života a mezilidských vztahů.

## **2.5 Využití ergoterapie v psychiatrii**

Vzhledem k tomu, že střednědobá ústavní léčba je uskutečňována především v rámci psychiatrických léčeben, nemocnic a oddělení psychiatrických klinik, věnujeme tuto kapitolu způsobu začlenění ergoterapie v rámci oboru psychiatrie.

Počátky využívání ergoterapie jako cílené léčebné metody v České republice, lze datovat na konec 19. století. Uplatněna byla již v roce 1850 v Ústavu pro choromyslné, později v Psychiatrické léčebně v Brně, nebo v Psychiatrickém ústavu Praze-Bohnicích. Je patrné, že ergoterapie v psychiatrii má patrně nejhlubší kořeny (Švestková, Svěčená, 2013). Oblíbené byly práce na statku, práce se zvířaty, zahradnické práce, tradiční rukodělné techniky, všechny se v určité míře uplatňují dodnes (Jelínková, 2009).

Ergoterapie v psychiatrii je uplatňována jako týmová práce, je součástí uceleného programu léčby všech psychiatrických diagnóz, ergoterapeut je tedy součástí multidisciplinárního týmu. Ergoterapeutická intervence v psychiatrii je vázána na míru postižení a fázi nemoci, ve které se klient nalézá, střídají se fáze remise a relapsu a účinnou terapií lze ovlivňovat stav klienta v pozitivním směru (Muller, 2005).

Cílem ergoterapie v psychiatrii je udržení zdravé funkce, soběstačnost, pracovní zdatnost, obnovení sociálních vztahů, resocializace a tolerance blízkých (Švestková, Svěčená podle Klusoňové, 2013). S tím souhlasí Muller (2005), který jako další cíl dodává nezávislost, zapojení do každodenních činností a integraci do běžného života. Vždy je nezbytné vycházet

z potřeb klienta. Podle Mullera (2005) je ergoterapie v psychiatrii chápána především jako kondiční.

V rámci akutní fáze nemoci, tedy po přijetí klienta k léčbě, je cílem především stabilizovat jeho stav s využitím farmakoterapie. Přesto i zde má ergoterapie své místo, jsou zařazovány činnosti s cílem klienta udržet v zažitých dovednostech, umožnit mu relaxaci a vytvořit prostor pro další léčbu. Jsou zařazovány relaxační techniky, techniky zvládnání hněvu, arteterapie, poslech hudby (Švestková, Svěčená, 2013).

Ergoterapeutická intervence při následné péči využívá aktivit v terapeutických dílnách, práci na statku, zahradách, farmě, práci ve cvičných kuchyňkách a to jak skupinově, tak individuální formou. Vybíráme činnosti vhodné z hlediska potřeb klienta, dbáme na výběr vhodných materiálů a pomůcek s ohledem na stav a diagnózu klienta (Švestková, Svěčená, 2013).

Závěrem zmíníme v bodech několik výhod terapeutických aktivit: pocit vlastní hodnoty, smysluplná komunikace, zvládnání stresu, schopnost náhledu, orientace v realitě a okolí, převzetí osobní zodpovědnosti, možnost volby, důraz na režim, řád a pravidla, sociální role, dovednosti nutné k životu, příjemné zážitky.

## **3 PN BOHNICE**

Vzhledem k tomu, že praktická část bakalářské práce se opírá o poznatky zjištěné během stáže v PN Bohnice, bude následující kapitola věnována tomuto zařízení. Vymezíme včlenění péče o závislé do systému této nemocnice, představíme tedy jednotlivé primariáty a pavilony, kde probíhá léčba osob se závislostí. Zvláštní kapitola bude zaměřena na Centrální terapii a další pavilony či budovy, které poskytují klientům nemocnice nabídku rozmanitých terapií podporujících jejich léčbu, se zaměřením na osoby se závislostí a způsobu využívání služeb terapií v rámci komplexní péče a léčby těchto osob.

Cílem praktické části je tedy představit systém léčby osob se závislostí v PN Bohnice, charakterizovat způsob, jakým je využívána ergoterapie v rámci této léčby, jak je zařazována do denního režimu klientů v rámci léčebného programu. Pokusíme se zhodnotit přínosy a negativa tohoto způsobu provádění ergoterapie a nastínit jiné možnosti prolínání ergoterapie a léčby osob se závislostí.

### **3.1 Základní fakta o PN Bohnice**

Jedná se o největší psychiatrické zařízení v naší republice, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dle způsobu financování jde o příspěvkovou organizaci, která finanční prostředky získává od zdravotních pojišťoven podle počtu ošetřovacích dnů pojištěných klientů.

Systémově největší změnou posledních let byla přeměna z postu psychiatrické léčebny na psychiatrickou nemocnici. K tomuto aktu došlo u PN Bohnice oficiálně 1.července 2013 a skutečně se nejedná pouze o prostou změnu názvu, ale o změnu statusu zařízení. Léčebny jsou obecně vnímány jako ústavy pro dlouhodobě nemocné pacienty, tedy zařízení sociálního typu a také je v tomto duchu hrazena péče ze stran pojišťoven, nemocnice, neboli zařízení nemocničního typu zajišťuje také akutní péči. Převedeno na situaci psychiatrických zařízení, která akutní péči poskytovala i pod hlavičkou léčeben, ale nebyla jim hrazena, budou mít možnost jako psychiatrické nemocnice rozšířit poskytování akutní péče a získat za ní adekvátní úhrady.

Dále pak, jak zmiňuje tisk, i samotní zaměstnanci PN Bohnice, jde o jistou míru destigmatizace psychiatrie, nemocnice je veřejností i samotnými klienty vnímána lépe, než léčebna. Snadněji tak dochází k propojení života za plotem a před plotem a zapojení

psychiatrických klientů do běžného života. (<http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/z-psychoiatrickych-leceben-se-stanou-nemocnice-469485> cit. 2.9.2014)

Areál ústavu se rozkládá na 64 ha, léčí se zde okolo 1300 klientů, o které se stará víc jak 1000 zaměstnanců a je zde 31 lůžkových léčebných oddělení. Seznam těchto stanic je součástí přílohy č. 1. S ohledem na zaměření bakalářské práce na léčbu klientů se závislostí se budeme dále věnovat zmapování pavilonů věnujících se této problematice.

(<http://www.plbohnice.cz/home1/cz>)

## **3.2 Pavilony sloužící léčbě klientů se závislostí v PN Bohnice**

**Pavilon 17** – příjmové oddělení pro muže s nařízenou ochrannou léčbou psychiatrickou, protialkoholní, protitoxikomatickou nebo kombinovanou. Oddělení je rozděleno na dvě samostatné části s celkovým počtem 39 lůžek.

### **Primariát AT ženy:**

**Pavilon 7** – oddělení následné režimové péče pro ženy léčící se ze závislosti na návykových látkách a patologického hráčství. Oddělení má 30 lůžek.

**Pavilon 8** – příjmové oddělení pro ženy léčící se ze závislosti na návykových látkách. Toto oddělení je rozděleno na tři části – uzavřené detoxifikační oddělení, otevřené detoxifikační oddělení a režimové oddělení. Celková kapacita pavilonu 8 je 40 lůžek, z toho detoxifikační oddělení disponuje 9 lůžky.

### **Primariát AT muži:**

**Pavilon 18** – oddělení následné režimové péče pro muže léčící se ze závislosti na návykových látkách. Oddělení má 39 lůžek.

**Pavilon 31** – příjmové oddělení pro muže léčící se ze závislosti na návykových látkách. Oddělení je rozděleno na tři části – uzavřené a otevřené detoxifikační oddělení a režimové oddělení. Celková kapacita je 48 lůžek, z toho 12 lůžek náleží detoxifikační jednotce.

**Pavilon 35** – režimové oddělení následné péče pro muže trpící závislostí na návykových látkách, včetně závislosti na hracích automatech. Pro klienty je k dispozici 27 lůžek.



### 3.3 Terapeutické pavilony PN Bohnice

#### Pavilon 4

- psychotrénink, relaxační terapie, výuka angličtiny, tématické skupiny, terapie hrou, muzikoterapie, arteterapie, biblioterapie, pohybové aktivity – kinezioterapie, sportovní terapie, plavání, taneční terapie

#### Centrální terapie

- keramická dílna, textilní dílna, šperkařská dílna, svíčkařská dílna, dřevařská a strojní dílna, cvičná kuchyňka, knihařská dílna, tkalcovská dílna

#### Dílny mimo Centrální terapii

- košíkářská dílna, papírenská dílna, skleněný ateliér
- další aktivity: pastorační terapie, galerie u lékárníka
- výtvarné dílny (atelier a galerie U Johanky, vstup ze zadní strany pavilonu č. 5)
  - úvod do grafických technik, linoryty, dřevoryty, suchá jehla, frontáže, výroba ručního papíru
  - výuka výtvarných technik (kresba, malba), tvorba objektů
  - kašírované loutky a masky
  - výtvarná práce s textilem

#### Divadlo

#### Fyzioterapie

#### Socioterapeutická farma

### 3.4 Léčba klientů se závislostí v PN Bohnice

Léčba klientů v PN Bohnice probíhá na jednotlivých pavilonech spadajících pod primariáty rozdělené dle problematiky onemocnění a stupně tohoto onemocnění, tedy akutní a následné péče.

Léčba klientů se závislostí spadá pod primariáty AT ženy – **pavilony 7, 8**, AT muži – **pavilony 18, 31, 35**, Ochranné léčby – **pavilon 17, Centrální terapie**. Komplexní léčba trvá

maximálně 12 týdnů, má tedy střednědobý charakter, věková hranice klientů je oficiálně stanovena v rozmezí 18 až 60 let. V některých odůvodněných případech jsou přijímáni klienti mimo tuto hranici, jedná se především o mladistvé, kdy je naplněna kapacita ostatních zařízení zabývajících se léčbou mladistvých klientů se závislostí (např. Nemocnice Milosrdných Sester sv. Karla Boromejského, TK Karlov). Pak je nutné, aby s léčbou souhlasili rodiče nebo zákonný zástupce dítěte a podepsal, nebo spolupodepsal informovaný souhlas.

V PN Bohnice se léčí klienti se závislostí na návykových látkách – alkoholu, drogách a lécích, dále klienti s nutkavými impulzivními poruchami – tedy patologické hráčství a v neposlední řadě klienti s kombinovanými závislostmi. Z dlouhodobějších statistik lze zjistit, že muži se nejčastěji léčí ze závislosti na alkoholu, ženy pak z kombinované závislosti na alkoholu a lécích. Dále se u žen velmi často vyskytuje diagnóza poruchy příjmu potravy a to v kombinaci se závislostí na pervitinu. Na základě pohovorů s klientkami bylo zjištěno, že vstupní branou pro užívání pervitinu byla snaha zhubnout. Poruchy příjmu potravy jako samostatná diagnóza nejsou v PN Bohnice léčeny, pouze v kombinaci s dalšími závislostmi, a klienti jsou umístováni k léčbě např. na Psychiatrickou kliniku 1. Lékařské fakulty UK a Všeobecné FN na Karlově náměstí.

Osoby se závislostí vstupují do léčby dvojitým způsobem – nejčastěji dobrovolně na základě vlastní žádosti, další možností je nedobrovolná nařízená ochranná ústavní léčba. K nedobrovolné léčbě se přistupuje tehdy, je-li osoba přivezena v akutním stavu na oddělení detoxifikace a je stanovena diagnóza, povětšinou jde o psychotické stavy vzniklé v důsledku dlouhodobého zneužívání návykových látek, na základě níž je shledáno nebezpečné a ohrožující chování vůči vlastní osobě a okolí. Klient je následně léčen na oddělení uzavřené a později otevřené detoxifikace a v rámci této léčby je zde snaha ošetřujícího personálu motivovat klienta k absolvování dobrovolné léčby na režimovém oddělení. Pokud by však klient nepřistoupil na dobrovolnou léčbu a stav nebezpečnosti by přetrvával, je neprodleně informován soud a po shledání oprávněnosti požadavku ze strany nemocnice, je klientovi soudně nařízena ochranná léčba. Mužům slouží v tomto případě pavilon 17 - Ochranné léčby, ženy jsou umístěny na pavilon 7 – AT ženy.

Dobrovolná léčba slouží klientům motivovaným, kteří do léčby vstupují z vlastního rozhodnutí, na vlastní žádost. Pokud se tedy kdokoliv, z kterékoliv části České republiky, ať již přímo z ulice, nebo přes některou AT ambulanci, nebo další formu pomoci osobám se závislostí, rozhodne k léčbě v PN Bohnice, kontaktuje telefonicky vedoucí lékaře AT

pavilonů. Při prvním kontaktu je potenciální klient informován o podmínkách vstupu do léčby, o léčebném programu, o tom, které doklady budou požadovány při vstupu a je nezbytné je obstarat (především občanský průkaz, kartička pojišťovny, úřad práce) a v neposlední řadě, o tom, kdy má zatelefonovat příště. Nejdéle volají přibližně za týden, ale samozřejmě v případě možnosti i častěji. Jde tak o zjištění míry motivovanosti budoucího klienta k léčbě. Zajímaly jsme se o to, zda pouhé zavolání zajistí prvotní motivovanost budoucího klienta. Odpověď zajistila výpověď jednoho klienta: *„Chtěl jsem se léčit, fakt že jo. Už to jinak nešlo a tak jsem zavolal. Jenže jsem bydlel ve squatu, telefon už dávno prodal a hlavně nevěděl co je za den, ani kolik je hodin. Dalo mi dost práce se soustředit na to, že mám někam volat.“*

Volající je po prvním kontaktu zapsán na pořadník, ve kterém se při dalším hovoru posunuje vpřed, pokud ovšem nejdéle do týdne nezavolá opětovně, je z pořadníku vyřazen a až při dalším kontaktu zapsán na poslední místo. Průměrná čekací doba se pohybuje okolo tří týdnů, v současné době, kdy se již neplatí regulační poplatky a léčba je plně hrazena ze zdravotního pojištění a tudíž je zcela zdarma, je zaznamenám vzrůstající zájem klientů a čekací doba se mírně prodlužuje o jeden až dva týdny.

Pokud je klient přijat k léčbě, dostaví se v určenou dobu na příslušnou detoxifikační jednotku. Ženy přicházejí na pavilon 8, muži na pavilon 31, zde probíhá příjem (sepsání podrobné anamnézy, odběry krve, testování na alkohol a drogy), kontrola dokladů, dokumentů, uložení donesených věcí a jejich kontrola a umístění na lůžko uzavřeného detoxu. Na uzavřený detox si klient přinese pouze oděv a případně časopis, či knihu, nejsou zde povoleny návštěvy ani telefonování. Všechny věci jsou důkladně zkontrolovány tak, aby nebyly vnášeny věci nebezpečné (nože, nůžky), drogy, léky či jiné nepovolené látky. Detoxifikace je součástí komplexní léčby, klient na detoxifikační jednotku vstupuje intoxikovaný a cílem procesu detoxu je „vyčištění“ organismu od návykové látky, překonání abstinčních příznaků a zvládnutí somatických projevů abstinence (deliriun). Lze detoxifikovat bez použití léků, ve většině případů se však využívá farmakologické podpory, kdy je klientům podávána látka charakterem odpovídající látky, kterou dotyčný užíval, která ale neintoxikuje organismus. Dále mohou být podávána tlumící a další psychofarmaka napomáhající zvládnutí abstinčních příznaků a somatických projevů.

Pokud klient překoná nejtěžší fyzické abstinční příznaky, je přemístěn na otevřený detox. Zde se mění režim, klient má možnost jednou denně telefonovat a přijímat návštěvy v předem domluvených a lékařem schválených termínech. Smyslem této části léčby je

příprava klienta na následnou terapeutickou část léčby, motivace k léčbě a to především u klientů, kteří nejsou rozhodnutí přejít na následnou léčbu. Jak jsme zjistili od pracovníků na pavilonech léčby závislostí, velmi často na detoxifikační jednotku přicházejí klienti, kteří nechtějí terapeutickou část léčby absolvovat. Nejsou rozhodnutí plně abstinovat, jejich snahou je pouze kontrolovaně očistit své tělo od návykové látky a snížit tak svoji toleranci vůči látce. Po opuštění detoxifikační jednotky pak užívají návykové látky na hladině daleko nižší, než před příchodem. Na otevřeném detoxu probíhají individuální a skupinové pohovory, psychoterapie a rapidně se ustupuje od podávání substitučních látek až k jejich úplnému vysazení. Délka pobytu na detoxifikační jednotce, tedy uzavřeném a otevřeném detoxu závisí na typu užívané látky a dalších případných zdravotních a dalších komplikacích. Může tedy trvat několik dní až týdnů.

Detoxifikační jednotky PN Bohnice přijímají také klienty, kteří mají domluvenou následnou léčbu v jiném zařízení, které samo detoxikaci a detoxifikaci neprovádí. Klient po úspěšném absolvování detoxu získá propouštěcí zprávu a je mu doporučeno, aby se ještě týž den dostavil k následné léčbě.

Specifickou skupinu tvoří patologičtí hráči, kteří stejně jako ostatní vstupují do léčby přes oddělení detoxifikace. Zjistily jsme, že se řeší především zdravotní hledisko, detox zde plní úlohu „vstupní brány či filtru“, testuje se, zda klient netrpí nějakou infekční chorobou, či zda se nejedná o kombinovanou závislost. Gambling sám o sobě nemívá tak špatný vliv na zdraví jako užívání návykových látek, záleží však na tom, jak daleko hráčství člověka dovede, setkáváme pak s lidmi, kteří přicházejí o vše, žijí na ulici, kombinují hru s požíváním alkoholu a tento fakt je úkolem „vstupní brány“. V případě negativního zjištění přechází po 24 hodinách klient na oddělení režimové léčby, v opačném případě až po vyřešení zdravotní stránky.

Nejdelší část léčby tvoří následná léčba, jinak nazývána terapeutická či režimová. Klienti jsou na pavilonech rozděleni pouze dle pohlaví, ne však podle typu závislosti. V rámci následné léčby se setkáváme s klienty motivovanými, kteří mají zvládnutou fyzickou závislost, mají tedy vysazenou substituční medikaci. Mohou se ještě vyskytovat některé somatické projevy, jako třes, poruchy pozornosti. Přestože mluvíme o motivovaných klientech, je motivace nedílnou součástí celé následné léčby, je průřezovým tématem dalšího programu.

Jak jsme již zmínily, klienti, bez ohledu na typ závislosti, absolvují stejný léčebný program vystavený na režimu a motivaci. S tímto jde ruku v ruce dodržování pravidel a povinností, jejich hodnocení a případné sankce. Každý den je strukturovaný, týdenní program pavilonu 18 je pro ilustraci součástí přílohy č. 2 práce. Týdenní program vykazuje určité změny, obsahuje však neměnné položky: psychoterapii, zájmovou terapii (arteterapii, ergoterapii, taneční terapii, biblioterapii), relaxaci, jógu, léčebný tělocvik, pracovní terapii, samořídící skupiny, komunitní skupiny, přednášky (zaměřené na škodlivost užívání návykových látek, zdraví životní styl, výživu) a již zmíněný motivační program. Veškeré tyto aktivity probíhají jako skupinová terapie, v případě potřeby je využívána také individuální terapie, ale jak nám bylo sděleno, vzhledem k časové náročnosti léčby a vytíženosti personálu, je zařazována pouze v opodstatněných případech na vyžádání klientů, jde předně o situace, krize v léčbě, které není vhodné řešit v rámci skupinové terapie. Cílem tohoto velmi náročného léčebného programu je naučit klienty jak: změnit svůj postoj k životu, nastavit řád a režim do svého života, dbát svého zdraví, pracovat se svojí osobností a svými potřebami, nakládat s volným časem a umět ho naplánovat, jak zvládat krizové situace, jak řešit každodenní situace, jak komunikovat s blízkými a navazovat nové vztahy.

S nejdůležitějšími pravidly, která je nezbytné dodržovat během léčby, je klient seznámen při nástupu na oddělení, pravidla jsou dále průběžně připomínána a vyvěšena na nástěnkách pavilonů. Patří mezi ně: dodržování časové struktury dne a její znalost, dodržování léčebného programu včetně psaní deníků, včasné příchody na terapie, zákaz agresivního a vulgárního chování vůči ostatním, ničení majetku, udržování pořádku na pokojích a sociálních zařízeních, navazování vztahů mezi klienty i personálem, půjčování hotovosti, používání ostrých předmětů (nože, nůžky, pilníčky), používání zakázaných látek (alkohol, drogy, léky, lak na nehty) i během vycházek – nikotin je povolen a to pouze po hlavních jídlech na zahradě pavilonu pod dohledem sloužící sestry, káva je povolena jednou denně, telefonování je povoleno v určených časech a pokud je předem oznámeno na ranní komunitě, také návštěvy jsou povoleny pouze v návštěvních hodinách po předchozím projednání s terapeutem, neohlášená návštěva je porušením pravidel. Porušení jakéhokoliv pravidla je sankcionováno a může vést k vyloučení z léčby (viz. Bodovací systém).

Režim, motivace, sankce, výhody to vše souvisí s využíváním **bodovacího systému**. Na každém oddělení je tento systém upraven odlišně, především v počtech přidělovaných a ubíraných bodů. To souvisí s mírou zátěže, která je na odděleních odlišná. Obecně přidělování plusových a minusových bodů souvisí s plněním zadaných povinností a dodržováním

pravidel. Každý klient má na určitou dobu v rámci samosprávy komunity přidělenou určitou roli (úklid, návštěvy, přípravy programů, komunikace s personálem), jednou týdně se tyto role, respektive jejich plnění, vyhodnotí, boduje se úroveň deníků a textů psaných po přednáškách, s přednáškami souvisí také bodování odpovědí vztahujících se k tématu přednášky, boduje se dodržování pravidel, úklidu, aktivity navíc, neaktivity, výrobků z dílen. Po nashromáždění určitého počtu bodů klient postupuje o „level“ výše, s tím souvisí výhody (telefonování, programy mimo oddělení, vycházky, návštěvy). Stejná situace však nastává i opačným směrem při získávání minusových bodů, klienti se takto mohou tzv. vybodovat až k ukončení léčby.

Léčebný program začíná každý pracovní den rozvíčkou, úklidem a vizitou. Po snídani následuje ranní komunita. Zde se klienti přivítají do nového dne, řeší se běžné věci, jako datum, počasí, kdo má svátek, narozeniny, jak se kdo vyspal, jaký bude program dne, výsledky samořídících skupin, čtou se deníky, které si klienti povinně píšou každý den v rozsahu 1 normostránky, kde popisují události dne, nálady, vnitřní pocity, vztahy a posun v léčbě. Skupinová psychoterapie je rozdělena na dopolední a odpolední blok, jak nám sdělila vrchní sestra AT oddělení, terapeuti PN Bohnice (včetně vrchní sestry) jsou absolventi akreditovaného psychoterapeutického výcviku SUR, je tedy využíván psychodynamický přístup v psychoterapii. V týdenním programu jsou zařazeny samořídící skupiny, jejichž téma je předem dohodnuto a schvalováno během ranní komunity, případně psychoterapie na základě vzešlých situací a interakcí mezi klienty.

**Ukončení léčby** završuje celý léčebný program. Léčba je považována za řádně ukončenou, pokud klient absolvuje předem stanovený léčebný proces v plné délce, tedy 12 týdnů. Ukončení léčby je proces, který klient zahájí sepsáním několika stran textu o tom, jak si myslí, že byl úspěšný v léčbě, jaké získal nové zkušenosti a schopnosti. Tento text předčítá na ranní komunitě, ostatní klienti mají možnost se k němu vyjádřit, hodnotí také samotného klienta, jeho vlastnosti, přístup k léčbě, jeho vyhlídky a dávají mu doporučení. Je znám také institut zkrácené léčby, který je aplikován u klientů, kteří opakovaně porušují pravidla, dobrovolně na revers opouštějí léčbu a znovu se chtějí do léčby vracet. Potom po dohodě s vedoucím lékařem, případně jako akutní klienti, které nemocnice musí přijmout, vstupují do léčby na zkrácenou dobu. V obou případech je vyžadováno, aby klient před řádným ukončením léčby sdělil na komunitě, do jakého zařízení nastoupí na doléčovací program a to neprodleně po ukončení léčby. Na základě rozhovorů s klienty jsme zjistili, že nejčastěji jde o AT ambulance a společenství a svépomocná hnutí AA. Mezi další možnosti patří denní

stacionáře, společenství AT a privátní zařízení věnující se této problematice. Na odděleních jsou k dispozici kontakty na dostupná zařízení.

Přímo PN Bohnice neprovozuje oddělení věnující se doléčovacímu programu. Klienti mohou kontaktovat Centrum krizové intervence v PN Bohnice, toto nízkoprahové zařízení klienty se závislostí do psychiatrické a psychoterapeutické péče nepřijímá, poskytuje jim však poradenství ve formě kontaktů na jiná zařízení. Dále MUDr. Nešpor vede doléčovací klub pro gamblery ve formě hnutí „Anonymní gambleři“ a na jednotlivých pavilonech jsou organizovány kluby (zhruba jednou za měsíc), většinou při konkrétních příležitostech, jako Vánoce, různá výročí klientů, Velikonoce, Sv. Václav a jiné, kam jsou zvaní bývalí abstinující klienti.

**Terapeutický tým:** primář, vedoucí lékař, ošetřující lékaři, vrchní sestra, staniční sestra, sestry ve směně, sanitáři ve směnách, psycholog, terapeuti. Počet je odvozen z počtu pacientů.

### **3.4.1 Terapie a léčba klientů se závislostí**

Léčebný program je založen především na režimu a psychoterapii. Součástí léčebného programu jsou dále terapie (pracovní terapie, jóga, taneční terapie, léčebný tělocvik), které jsou v PN Bohnice označovány jako doplňkové a probíhají na jednotlivých pavilonech rozdílně. Během stáže jsme zjistili, že v denním programu pavilonů jsou tzv. okénka pro terapie, pavilon 8 AT ženy má zařazenu taneční terapii, jóga je zařazována výhradně na pavilonech AT muži pod vedením MUDr. Nešpora, CSc. (u žen velmi vyjíměčně), nabídka zahrnuje arteterapii, ergoterapii (jejíž specifikací se budeme zabývat v dalších kapitolách) a pastorační terapii.

Pastorační terapie, na pavilonech také označována jako terapie v kostele, nebo biblioterapie je domlouvána na základě žádosti klientů se speciálně vyškoleným psychoterapeutem a kaplanem v kostele sv. Václava, který se nachází v areálu nemocnice. Dle mého názoru jde o prvky hagioterapie, je zde označována jako biblioterapie, neboť nástrojem terapie je čtení textů, jejich rozbor, debata, prostor pro vyjádření emocí, názorů a na základě nich zvnitřňování nových vzorců chování, formování etické stránky člověka. Texty jsou biblické, o Bohu, přesto nejde o pouhou pastoraci, ale o psychoterapeutický postup, kde se prostřednictvím příběhů z Bible interpretují příběhy člověka a jeho života (Společnost pro hagioterapii a pastorační medicínu).

### 3.4.2 Ergoterapie a léčba klientů se závislostí

Jak jsme již řekli, ergoterapie a ostatní „doplňkové terapie“ mají v týdenním časovém rozvrhu své místo v tzv. okénkách. Ergoterapie je začleňována ve dvou formách: **pracovní terapie a činnostní terapie.**

Do terapeutického týmu AT pavilonů patří pracovní terapeut. Jeho hlavním úkolem je u klientů utvrzovat již získané pracovní návyky a budovat nové pracovní dovednosti. Klienti všech pavilonů se podílejí na úklidu jednotlivých oddělení a jejich zahrad. V pracovních dnech jde především o udržování pořádku na pokojích a sociálních zařízeních, o víkendech probíhá tzv. generální úklid celého oddělení. Dobrovolně, neboť údajně nemůže být tato práce psychiatrickým pacientům přidělena, se mohou klienti podílet na sezónních úklidových pracích, jako úklid sněhu, listí a trávy, zametání, tyto práce však bývají, jak vyplývá z výpovědi jedné klientky, oblíbené: *„Chodily jsme rády, vypadnout z baráku, téměř bez dozoru moct hodinku pobejt venku, i cigárko jsme si daly a pokecaly.“*

Klienti z oddělení AT muži 18, 35 docházejí pravidelně v rámci pracovní terapie na socioterapeutickou farmu. Zde je čekají většinou pomocné práce na statku – práce se zvířaty, čištění stájí, přinášení balíků slámy a sena, také práce v zahradnictví – pletí záhonů, přivážení a odvoz zeminy, údržba kompostů. Důraz je kladen na získávání pracovních návyků, jejich rozvoj, vytváření kladného přístupu k práci a cenění si práce, dále je snahou vést k trpělivosti, pečlivosti a organizaci práce. Dříve na farmu docházely také ženy AT oddělení, protože však většinou jde o fyzicky těžkou práci, byla ženám raději rozšířena terapie v rámci chráněných dílen Centrální terapie.

V rámci okének denního režimu mají klienti možnost volby konkrétní terapie. Na nástěnkách jsou umístěny rozpisy, kam se klienti dle svého zájmu zapisují. Nejčastěji mají zájem o dílny Centrální terapie a další chráněné dílny, dále o arteterapii a biblioterapii. Jsou zde zavedena určitá omezení, klienti, kteří porušují pravidla, nebo u nich přetrvávají závažnější somatické projevy abstinence, zůstávají na odděleních a tento čas mají vyplněn jinou formou terapie, nebo činností. Klienti, kteří odcházejí ven na terapii, se v uvedeném čase shromažďují u vchodu pavilonu a sloužící sestra odvádí tuto skupinu na zvolené místo. Po skončení terapie pověřená sestra klienty přivádí zpět na oddělení, samostatný odchod a příchod povolen není. Vyplývá to z faktu, že AT pavilony jsou chápány jako pavilony uzavřené.



### 3.5 Dílny Centrální terapie

Ergoterapie, potažmo činnostní terapie je včleněna do programu léčby klientů PN Bohnice dvojitým způsobem. Většina uzavřených pavilonů a některá geronto oddělení mají ve svém týmu terapeuta, který pracuje s klienty přímo na odděleních. Klienti otevřených pavilonů docházejí samostatně na jednotlivé terapie. Funguje tak možnost volby a určité dobrovolnosti, kdy klient na základě své osobní volby přichází na zvolenou dílnu, pokud je volná kapacita a za souhlasu terapeuta vchází dovnitř a začíná pracovat. Terapeut po ukončení práce, činnosti potvrdí účast do osobní knížky, kterou klient přináší sebou. Každý klient má určenou týdenní povinnou časovou dotaci terapií, kterou musí dodržet, může ji i překročit.

Jak jsme již popsali, klienti z AT pavilonů přichází na CT a ostatní dílny ve skupinách. Časově jsou terapie začleňovány do týdenního režimu v úterý, středu, nebo čtvrtek, každé oddělení má určený některý z těchto dnů, oddělení 8 dny dva. V tyto dny po komunitě sloužící sestry jednotlivých oddělení informují terapeuty dílen, do kterých se klienti zapsali a dílna je pak v tento čas rezervována a uzavřena pouze pro klienty z AT oddělení.

Nabídka zahrnuje zhruba 11 dílen, některé provozy jsou sloučeny pod vedení jednoho terapeuta. Nyní představíme jednotlivé dílny a činnosti, které zde lze provádět:

**Keramická dílna** – je určena pro klienty všech věkových kategorií a schopností, kteří mají zájem vytvořit si výrobek vymodelováním z hlíny, nebo vytočením na hrnčířském kruhu až po konečnou úpravu glazováním a vypálením v keramické peci. Práce s keramickou hlínou má účinky rehabilitační (což potvrdí každý, kdo si někdy zkusil několik minut propracovávat hlínu tak, aby z ní následně bylo možné modelovat) a relaxační. Klienti AT oddělení tuto dílnu navštěvují málo a to z časových důvodů, celý proces vytváření výrobku je zdoluhavý, je třeba počítat s delší dobou na schnutí výrobku, jinak ho nelze vypálit. Přesto lze tuto dílnu doporučit, není důležité výrobek dokončit, pro náš terapeutický účel postačí samotná práce s hlínou, její zpracovávání a uvědomění si jejích vlastností.

**Textilní a tkalcovská dílna** – nabízí činnosti od nejjednodušších, jako je stříhání molitanu a textilu k vycpávání hraček až po tkaní koberečů na tkalcovských stavech. Nabídka konkrétních činností je široká, klienti se mohou naučit ručně šít prostřednictvím různých stehů, šít na šicím stroji, mohou vyzkoušet drhání a paličkování krajky. Velmi oblíbené je šití zvířátek vycpávaných molitanem a zdobených dalšími materiály. Někteří raději pracují s vlnou, lze začít jednoduchým řetízkem a vytvořit různobarevné náramky, nebo zkusit nahodit oka na

jehlice a uplést či uháčkovat jednodušší výrobek. Dílna disponuje tkalcovskými stavy, na kterých lze vyrobit jednoduchý koberec, nebo tkané dílo dle vlastní fantazie. Činnosti této dílny kladou nároky na trpělivost, fantazii, prostorovou představivost a především plánování. Ušít, uplést či utkat určitý výrobek vyžaduje především přípravu, je třeba nejprve promyslet, co chci vyrobit, jaký materiál budu potřebovat, vhodné je budoucí výrobek předkreslit. Klienti se naučí plánovat a věnovat dostatek času přípravě činnosti.

**Šperkařská dílna** – zahrnuje tři odlišné druhy pracovních činností (korálkování, drátování a smaltování). Korálkování neboli práce s korálky různých velikostí vyžaduje především trpělivost, zručnost a citlivou ruku. Klienti si vyrobí náramky, náhrdelníky, náušnice a různé postavičky z korálků, z terapeutického hlediska si procvičí jemnou motoriku a spojení oko – ruka. Jak nám sdělila terapeutka této dílny, často přicházejí i muži a mnohdy jsou trpělivější než ženy. V rámci drátování je drát hlavním materiálem, lze ho využít samotný a ketlovacími kleštičkami ohýbáním a kroucením vytvořit šperk, nebo lze odrátovat různé předměty, jako hrníčky, kamínky, misky a dodat jim tak nový rozměr. Opět potrénujeme jemnou motoriku a trpělivost. Smaltování je technika úpravy povrchů kovových a plechových předmětů a plíšků. Některé smaltovací barvy je třeba zapékat ve speciální peci, existují také smaltovací prášky, které fixujeme na běžné elektrické plotýnce.

**Svíčkařská dílna** – slouží k výrobě parafinových svíček nejrůznějších tvarů, barev. Používá se horký rozpuštěný parafín, který lze barvit, odlévat do forem a ozdobovat. Jedná se o poměrně jednoduchou činnost, která nevyžaduje zvláštní schopnosti a dovednosti, díky tomu je klienty AT oddělení hojně navštěvována.

**Dřevařská a strojní dílna** – jde o dva fyzicky oddělené provozy, činnostně však značně propojené. Provoz je oblíben klienty, kteří mají rádi vůni dřeva. Strojní dílna je vybavena technikou jako elektrická lupénková pila, cirkulárka, soustruh, vrtačka, pásová pila, bruska, kterou klienti s výjimkou cirkulárky samostatně obsluhují a vyrábějí předměty typické pro truhlářskou práci – poličky, krmítka, stoličky, zvířátka a další výrobky ze dřeva na zakázku z ostatních dílen. Klienti, kterým zdravotní stav, či odvaha nedovolují pracovat s technikou, mohou vykonávat činnosti, jako lakování, broušení, tmelení. Dřevařská dílna se zabývá výrobou drobných dekoračních předmětů ze dřeva a překližky. Vznikají zde dřevěné hračky, puzzle, magnetky a postavičky mnohé s vtipnými nápisy a logem nemocnice. Zručnější klienti pomocí lupénkové pily vyřezávají předměty z desek a prken, někteří raději předměty obroušují, ohlazují, malují a dekorují. Speciální činností je řezbářská práce se speciálními noži a dláty a vytváření dřevěných plastik a postav. Práce v této dílně klade požadavek na zručnost,

dodržování bezpečnosti práce, plánování práce a správnou přípravu a rozvržení práce. Nebo-li: „Dvakrát měř a jednou řež“.

**Knihářská dílna** – stěžejní činností této dílny je práce s vazbou. Klienti mají možnost zkusit různé typy vazeb kroužkových, lepených, ručně vázaných provázkem a vyrobit tak knížky, notýsky, zápisníčky. Pod vedením terapeuta tak vznikají užité předměty, jejich vznik vyžaduje přesnou práci, schopnost nechat se vést terapeutem a komunikovat s ním.

**Košíkářská dílna** – v této dílně se klienti seznamují s tradiční technikou výroby předmětů z proutí. Klasickými proutěnými předměty jsou košíky, košíčky, podnosy. Proutí je často nahrazováno modernějším materiálem – pedigem. Zpracování pedigu je jednodušší než u proutí, po namočení jde o poddajný materiál, oblíbené je využití překližkových dýnek, která tvoří dno budoucího výrobku a klienti oplétáním vytváří předměty každodenního využití, jako krabice na kapesníčky, košíky, kořenky, zvířátka nebo úložné krabičky. Pedig je barvený do rozmanitých barev a skýtá tak možnost vytváření barevných dekorů, zdobit lze také navlékáním korálů. Pro vnímavého klienta není problém vytvořit drobnější dílko během jednoho sezení. Vyžaduje to však zručnost, představivost a soustředění.

**Papírenská dílna** – dílna se specializuje na práci s nejjednodušším materiálem, který lze využít, tedy papírem. Techniky pro práci s papírem lze rozdělit na řemeslné a tvůrčí. Škála technik je pravděpodobně nejrozsáhlejší ze všech dílen, klienti mohou vybírat z velmi nenáročných až po značně pracné. Klienti volí skládání origami, kreslení, malování, tisk přes šablonu, linoryt, monotyp, slepotisk, vytváření koláží. Mezi oblíbené činnosti patří výroba ručního papíru, nebo vytváření prostorových plastik z vlastnoručně vyrobené papírové kaše. Další škálu možností tvoří výroba drobných dárkových předmětů, jako stínidel na svíčku, lampiónů, dárkových krabiček a taštiček, větrníků, notýsků. Mezi složitější a časově náročnější práce patří šití z papíru, v současné době je hitem výroba kabelek z papírových pásků. Prostřednictvím představených technik se klienti učí zvládat nejistoty, být trpělivý, přesný, umět zapojit fantazii a umět prožít radost z vykonané práce a získání nové dovednosti.

**Skleněný ateliér** – je zaměřený na práci se sklem a skleněnými úlomky. Hlavními technikami je vitrážování, tvorba skleněné mozaiky a výroba skleněných šperků, které je potřeba zatavit ve speciální peci. Řezání skla a práce se skleněnými úlomky klade požadavek na bezpečnost práce. Klienti si zdokonalují jemnou motoriku, koordinaci oko-ruka, koncentraci, komunikaci, tvořivost a fantazii.

Jak jsme již zmínili, terapeut pracuje v předem stanovenou dobu pouze s klienty AT oddělení, což vytváří prostor pro přípravu činností a podmínek vhodných pro tuto skupinu klientů. V dílnách, kde se pracuje s barvami, laky, ředidly, se používají speciální, netoxické, netěkavé a neéterické látky, které nevyvolávají u klientů bažení.

Klienti, kteří se léčí ze závislostí, se při činnostní terapii vymezují typickými osobnostními rysy. Při popisu těchto rysů vycházíme ze sdělení terapeutů jednotlivých dílen. Nabízíme jejich výčet: klienti jsou zrychlení, megalomanšší až maničtí, nezdrženlivý, nerealističtí, neschopni sebereflexe. Často si kladou nerealistické cíle a vybírají si ty nejnáročnější techniky, nedovedou ohodnotit své možnosti a schopnosti, chtějí vše hned a vybírají tedy techniky, kde je výsledek vidět v krátké době. Nejsou schopni práci plánovat a vymezit si čas na její přípravu, bezmyšlenkovitě si pak nabírají materiál a barvy ve velkém množství, který ale nespotřebují, vystříhnou malý čtvereček z velkého papíru a zbytek klidně vyhodí.

Cílem terapeutické práce v dílnách je tedy prostřednictvím nabídnuté atraktivní činnosti zlepšit přístup k práci, potlačit negativní vliv vlastních osobnostních rysů, potlačit neklid, navodit vztah klient - terapeut. Terapeut učí klienta společně komunikovat, naslouchat, stanovit plán práce, ohodnotit své možnosti a schopnosti. Snaží se na prvním sezení nabídnout lehčí techniky, které klient zvládne, a tudíž zažije pocit úspěchu, pocit radosti z vykonané práce a pocit radosti z nové dovednosti. Terapeut může vybírat techniky, kde práce trvá déle a je třeba jí rozvrhnout do více sezení. Práci si společně naplánují a stanoví postupné cíle pro jednotlivá sezení – příkladem může být pletení, nejprve se naučí nahodit oko, poté uplete první řadu, pak již dokáže uplést šálu, postupně zvládne různé vzory a způsoby pletení a je schopen vyrobit celý svetr. Klient tak získává schopnost vytrvalosti a trpělivosti. Postupnými cíli získává stále rozmanitější dovednosti a schopnosti, zažívá úspěch a je motivován k náročnějším úkonům. V běžném životě lépe řeší složitější situace, které vyžadují postupné řešení, a kde se výsledek dostaví za delší dobu.

Klienti si zprvu vybírají dílny, kde probíhají činnosti, se kterými se již ve svém životě setkali, ať již v zaměstnání (práce v truhlářské dílně), nebo v rámci volnočasových aktivit. Tyto již nabyté dovednosti je vhodné utvrzovat a rozvíjet, jednoznačně přínosné je ovšem nabízet možnost získat dovednosti nové. Překvapivě tak mohou muži získat pozitivní vztah k výrobě drobných korálkových šperků, naopak ženy si oblíbí práci ve strojní dílně.

Terapeutickým cílem nemusí být vždy zhotovení konečného výrobku. Jak jsme zmínili při popisu jednotlivých dílen, klienti se mohou podílet jen na určité činnosti z celého postupu výroby konečného předmětu (broušení, malování již vyřezaných předmětů apod.). Tento fakt koliduje s požadavky jednotlivých oddělení. Klienti mají povinnost jednou týdně donést vlastnoručně vyrobený hotový výrobek, na komunitě o tomto výrobku hovoří, popisují, co vyrobili, proč si vybrali danou dílnu, co je zaujalo, co jim to přineslo, proč použili tyto barvy. Především pro klienty oddělení, kteří dochází na dílny jednou týdně, je splnění této povinnosti poněkud komplikované a neefektivní z terapeutického hlediska. Z většiny dílen si nelze výrobky ihned odnést – skleněný šperk je třeba zapéct, parafin nalitý do formy tuhne několik dní a jsou tedy nuceni vybírat dílny, kde jsou výrobky ihned hotovy.

## 4 NÁVRH ERGOTERAPEUTICKÉHO PROGRAMU

V předešlých kapitolách jsme vysvětlili, jakým způsobem je v PN Bohnice včleněna ergoterapie do programu léčby klientů se závislostí. Shrňme-li tato fakta, najdeme pozitivní i negativní stránky, které využijeme při tvorbě vlastního návrhu.

Cílem této kapitoly je předložit další možnosti využití ergoterapie v rámci této léčby, vymezit jiný způsob práce ergoterapeuta s klienty, předložit další techniky a činnosti. Vyjdeme ze situace v konkrétním zařízení, kterou jsme popsali ve výše představených kapitolách, avšak naším cílem je vytvořit návrh použitelný v jakémkoli zařízení zabývajícím se léčbou klientů se závislostí. Součástí kapitoly je několik nápadů na konkrétní ergoterapeutická sezení.

### 4.1 Návrh způsobu začlenění ergoterapie při léčbě závislostí

**Cílová skupina:** klienti, kteří jsou zařazeni do programu léčby závislostí. Ergoterapeutický program je možné vytvořit pro různorodou skupinu klientů a to jak z hlediska věku, druhu závislosti i pohlaví, druhý způsob je rozdělit klienty do skupin podle uvedených hledisek. Klienti v různorodější skupině mají možnost interakce a komunikace s lidmi, kteří řeší v běžném životě jiné problémy a mohou se navzájem obohatit z principu svého životního stylu, způsobu svého bytí. Mohou tak získat nové a odlišné impulzy důležité pro svou léčbu. V případě homogennější skupiny dochází k snazšímu navázání vztahů mezi klienty, k lepšímu porozumění, snadněji terapeut vyhledává činnosti vhodné pro danou

skupinu. Z terapeutického hlediska však mohou klienti „uvíznout na mrtvém bodě“, protože se nemusí vyskytnout nikdo, kdo vnese do skupiny nové impulzy.

**Počet klientů ve skupině:** navrhujeme skupinu v počtu maximálně 10 – 12 klientů. Každé sezení má svůj terapeutický i pracovní cíl a ve větším počtu není v silách terapeuta věnovat určitý čas jednotlivým klientům. Ve většině zařízení léčba probíhá v otevřených skupinách, kdy klienti průběžně přicházejí a odcházejí a je třeba znovu nové klienty seznamovat s programem, pravidly apod. Je vhodné mít ve skupině sudý počet klientů, aby nevznikali situace, kdy při práci ve dvojicích zůstává někdo bez partnera.

**Délka a frekvence programu:** délka programu se odvíjí od délky léčby, kromě akutní fáze léčby je vhodné zařazovat ergoterapeutický program po celou zbývající dobu léčby. Tento program rozdělíme do dvou bloků, intenzivnější část se strukturou zařadíme jeden až dvakrát týdně, průběžnou složku včleňujeme ve volném čase, na základě zájmu klientů, o sobotách a nedělích, toto bude vysvětleno v dalším oddíle.

**Délka setkání:** délka strukturovaného setkání je stanovena na 90 minut, počítáme s krátkou přestávkou. Délka průběžného setkání není pevně stanovena, může se měnit dle situace, zájmu, činnosti, která je prováděna, na možnostech a režimu konkrétního zařízení.

**Postavení ergoterapeuta:** ergoterapeut je součástí terapeutického týmu zařízení, má tak možnost na základě více setkání seznámit se s klienty důkladněji, znát jejich anamnézu, průběh léčby a další faktory nezbytné pro naplnění dlouhodobých i krátkodobých cílů terapie. Je také schopen pružněji reagovat na momentální situace, připravit vhodné a konkrétní aktivity.

**Dlouhodobé cíle:** rozvoj komunikace, rozvoj plánování, rozvoj sociální interakce, schopnost zvládnání stresu

**Krátkodobé cíle:** stanovujeme pro jednotlivá setkání, mezi nejdůležitější patří: rozvoj verbální komunikace klient – terapeut, klient – klient, rozvoj vztahu k činnosti, rozvoj schopnosti plánování práce, plánování času, rozvoj schopnosti řešení situací, rozvoj schopnosti projevit emoce, rozvoj schopnosti ohodnotit svou práci, svou osobu, ostatní osoby a přijmout zpětnou vazbu, rozvoj schopnosti radovat se z maličkostí, rozvoj trpělivosti, fantazie, představivosti, koncentrace, rozvoj schopnosti spolupracovat a pomáhat

**Organizace programu:** ergoterapeutický program rozdělíme do dvou složek – strukturovanou a průběžnou. Strukturovaná část programu je zařazována pravidelně

v týdenním plánu ve dvou blocích v délce 90 minut v předem stanoveném čase. Každé toto setkání vede ergoterapeut s konkrétním cílem. Struktura setkání sestává z přivítání, rituálu, zahřívací aktivity, seznámení s činností a technikou, přípravy materiálu a pomůcek, samotné činnosti, reflexe a závěrečného rituálu.

Průběžnou část programu si představujeme jako naplnění volného času, tedy doby, kdy klient nemá stanovený jiný program, ale má zájem dokončit činnost ze strukturovaného programu, popřípadě se mu zalíbila určitá technika, se kterou se již seznámil. Po dohodě s ergoterapeutem a personálem oddělení může pod dohledem tuto činnost provádět – vyrábět nějaký výrobek. Jde o snahu naučit klienta smysluplně plánovat a rozhodovat o svém volném čase.

**Další činnosti a techniky** (kromě již zmíněných v kapitole o PN Bohnice): navrhujeme seznámit klienty především s technikami, které lze provádět v domácím prostředí bez speciálních pomůcek. Spousta technik je velmi atraktivních, vyžadují však pomůcky jako speciální pec na výpal keramiky, pec na zapékání skla, speciální nástroje a přístroje, které se v běžné domácnosti nevyskytují. A ne každý má možnost docházet do kurzů, ať již z hlediska dostupnosti či finanční nákladnosti.

Ekonomická stránka může být jedním z motivů volby určité techniky, ergoterapeut seznámí klienty s technikami, prostřednictvím nichž si klient bez větších finančních nákladů vylepší bydlení – starou židli můžeme očalounit, nabarvit, vyrobit stojánek na fotky, vyrobit obraz, vyrobit podložky na jídelní stůl, vyrobit podložku pod horký hrnec apod. Klienti takto více přemýšlí o svém domovu, mohou získat vztah k místu, kde bydlí, to přestává být pouhou noclehárnou, ale skutečným domovem.

Další pokladnicí inspirace mohou být roční období, svátky v roce jako Vánoce, Velikonoce, „dušičky“, 1. Máj, Svátek zamilovaných, kdy vyrábíme dekorativní předměty a dárky – věnce, svícny, lampičky, dárkové taštičky a krabičky, ozdoby z různých materiálů, ozdoby do oken, květináče, dekorativní aranže. Ergoterapeut může věnovat jedno sezení procházce, na které učí klienty hledat materiál v přírodě (větve, plody, listy, mech, trávy, květy, sláma, kameny), nebo ve svém okolí (odpadní materiál jako plastové lahve, víčka, sklenice od kompotů, starý nábytek, nepoužívaný textil) a následně jej využít k výrobě těchto předmětů.

Některá sezení budou vycházet z invence samotných klientů. Pokud chceme naučit klienta vážit si sebe sama, nepodceňovat své schopnosti, je třeba dát mu prostor projevit se. Každý jistě něco umí, může se jednat o výrobu, pohyb, kouzlení, vaření. Klient dostane možnost tuto

schopnost předvést ostatním a zároveň jí ostatní naučit. Získává tak prostor pro sebereflexi, pro rozvoj schopnosti plánování a přípravy, komunikace s ostatními.

Není chybou, pokud klienti nedokončí všechny výrobky v rámci léčebného programu, odnáší si je rozpracované domů, získává tak prvotní impulz pro práci doma. Dokončené výrobky a další samostatně vyrobené předměty pak klienti mohou donést na doléčovací kluby a podělit se s ostatními příchozími o své dojmy a zážitky.

## **4.2 Návrh ergoterapeutického setkání**

### **4.2.1 Setkání A**

#### **Cíl setkání:**

rozvoj komunikace, rozvoj spolupráce a tolerance, rozvoj trpělivosti a pozornosti, schopnost vlastního poznání a vidění sebe sama, schopnost řešit problémy, schopnost důvěry

#### **Přivítání:**

Na začátku setkání se všichni zúčastnění pozdraví, pohodlně usadí. Ergoterapeut se zeptá, jak se všichni mají, jak se cítí, jak prožili den, zda mají chuť absolvovat toto sezení, proč ano, proč ne. Pokud jsou ve skupině nováčci, terapeut se s nimi vzájemně představí, vysvětlí pravidla, obecně se dodržují stejná pravidla jako na oddělení, přibývá pravidlo bezpečnosti práce a zdůrazňujeme pravidlo řídit se pokyny terapeuta.

#### **Rituál: rituál nazýváme „smajlíkování“.**

Na základě momentální nálady a pocitů nalepí klienti na tabuli ke svému jménu smajlíky, užijeme několik druhů smajlíků od pozitivních po negativní. Pocity lze vyjádřit smajlíky více druhů, častěji většího počtu jednoho druhu.

#### **Zahřívací aktivita: Rytmus**

Tuto aktivitu zahájí terapeut vytleskáním jednoduchého rytmu. Úkolem klientů je tento rytmus zopakovat. Nejprve opakují všichni najednou, po jeho zvládnutí se vytleská rytmus složitější, může být doplněn popěvkou la-la, bam-bam, ťuk-ťuk, postupně zvyšujeme tempo. Jinou variantou je zapojení klientů, kteří sami jednotlivě vytleskají rytmus, který se ostatní snaží napodobit. Poté vyzveme klienty, aby se posadili do kruhu. Terapeut vytleská rytmus,



ten vzápětí napodobí klient po pravé ruce a vlna pokračuje, až skončíme zpět u terapeuta. Následně začíná kdokoliv jiný.

### **Činnost: Maska**

**Pomůcky a materiál:** sádrový obvaz, mastný krém, ručník, miska s teplou vodou, igelitová podložka, staré noviny, barvy, korálky, třpytky, pírká, kousky vlny, andělské vlasy, vatové tampóny

**Popis aktivity:** uvědomujeme si, že jde o náročnou aktivitu, především na psychiku, proto je třeba věnovat čas přípravě, vysvětlení ze strany terapeuta, lze ukázat již hotové masky. Při této aktivitě klienti pracují ve dvojicích. Terapeut má možnost rozdělit klienty do dvojic dvojím způsobem, pokud tvoří dvojice sami klienti, může dojít k situaci, kdy zbude skupina, která není schopna dvojice tvořit. Pokud sám terapeut tvoří dvojice, vychází především ze znalosti charakterů klientů. Terapeuticky mají oba přístupy svá pozitiva, pokud se rozhoduje klient sám pro svého partnera, přebírá zodpovědnost za své rozhodnutí, může zjistit, že partner, kterého si vybral a považoval ho za vhodného, se v předložené situaci chová jinak. Klient tak získává schopnost pracovat s vlastním rozhodnutím. V druhém případě může terapeut spárovat dvojice klientů, kteří mají pocit, že si nerozumí, či mají dokonce nějaký konflikt. Paradoxně však může poskytnout v uvolněné atmosféře prostor tuto krizovou situaci vyřešit, klienti získávají schopnost čelit životním situacím a umět je řešit.

Jeden z dvojice se položí na podložku, vezme si síťku na vlasy a zakryje oblečení. Druhý klient, který tvoří, položí na oči tampóny. Na maskovaného stále mluví, maskovaný pomocí předem dohodnutých signálů dává najevo, zda je vše v pořádku. Na noviny položí misku s vodou a nastříhá sádrový obvaz na úzké pásky, maskovaného natře silnou vrstvou krému a začne namáčet pásky sádrového obvazu. Na většině obličeji pokládáme jednu vrstvu pásků, pouze po okrajích použijeme vrstvy dvě pro lepší zpevnění masky. Pásky uhlazujeme, abychom zachovali vzhled obličeje, v jemnějších partiích použijeme malé kousky, abychom vytvarovali kontury obličeje. Po domluvě nakonec pokládáme ústa, popřípadě je necháváme volné. Je-li maska téměř tuhá, můžeme přistoupit k sejmutí. Maskovaný položí dlaně na tváře, zlehka je nafoukne, prohýbe až se maska uvolní a stáhne. Celkový čas potřebný k výrobě masky se pohybuje okolo 30 minut.

Vzhledem k tomu, že nestihneme dvojice prostřídat při jednom sezení, je třeba věnovat této činnosti další setkání. Závěrečné dekoraci vlastní masky lze využít průběžnou složku ergoterapie. Dle fantazie lze masky pomalovat, polepit tenkým papírem, ozdobit korálky,

třpytkami, pírkami, vlnami, hoblinkami, andělskými vlasy. Masku lze využít při jiných formách terapie: psychoterapii – vidění sebe sama, arteterapii (další výtvarné zpracování – vytvoření vnitřní masky z papíru), dramaterapii (jako loutka při divadelní hře), biblioterapii (jako postava z beletrie).

### **Reflexe:**

Po závěrečném úklidu, obzvláště po takto psychicky náročných aktivitách, dává terapeut klientům možnost vyjádřit své pocity, zážitky z proběhlého sezení, klienti pohoří o tom, zda sezení splnilo jejich očekávání, zda je něco překvapilo, klienti hodnotí svoji práci i práci ostatních, hodnotí přínos sezení, vše samozřejmě z pozitivního i negativního hlediska. Terapeut poskytuje všem zpětnou vazbu.

### **Závěrečný rituál: „smajlíkování“**

Sezení uzavřeme závěrečným rituálem, ten navazuje na reflexi. Klienti přistupují k tabuli a vedle svého jména a úvodních smajlíků, nalepí smajlíky další, odpovídající náladě a pocitům na konci sezení.

## **4.2.2 Setkání B**

### **Cíl setkání:**

rozvoj komunikace, rozvoj spolupráce a pomoci druhému, rozvoj kreativity a představitivosti, rozvoj schopnosti odpovídat za své rozhodnutí, rozvoj schopnosti plánování, rozvoj schopnosti reakce na vzniklou situaci

**Přivítání:** jako u setkání A

**Rituál:** Jako u setkání A

**Zahřívací aktivita:** hra „Co uděláš, když...?“

Klienti se usadí do kruhu. Terapeut určí, kdo začne: klient se ptá: „Co uděláš, když...?“. Klient po jeho pravici odpoví, aniž by odpověď dlouze promýšlel a zároveň pokládá stejnou otázku s jiným koncem dalšímu klientovi v kruhu. Výhoda posazení v kruhu spočívá v tom, že všichni jsou součástí dění ze stejné vzdálenosti a hra nemá konec, lze pokračovat, dokud klienti nacházejí nové otázky. Od klientů tato hra vyžaduje maximální soustředění, zároveň přináší uvolnění ve formě komických situací a odpovědí.

## **Činnost: výroba gelové svíčky**

**Pomůcky a materiál:** čirý gel na výrobu svíček, barvy, vůně, knoty, špejle, vaříč, hrnec, sběračka, sklenice (zavařovací, od čokolád, od hořčice, skleničky na nápoje), písek obyčejný, nebo barvený, sušené květy, plody, semena a listy, mušle, kamínky, korálky, lýko, hrách, kukuřice, ořechové skořápky, pohanka, kousky dřeva, vitrážové barvy

**Popis činnosti:** terapeut nejprve zdůrazní bezpečnostní pravidla, budeme pracovat s gelem při teplotě 80 stupňů C, proto může hrozit popálení. Poté terapeut vyzve klienty, aby se rozdělili do dvojic. Nejde tedy pouze o zhotovení určitého výrobku, ale především o vzájemnou spolupráci a komunikaci. Na vaříči v hrnci začne rozpouštět gel, gel budou klienti později nalévat do sklenic, které je třeba nejprve naplnit různým materiálem dle fantazie. Ve dvojici klienti plánují, jak bude svíčka vypadat, jaký materiál použijí, jak ho budou vrstvit, zda použijí barevný či čirý gel. Jako první vkládáme do sklenice knot s plíškem navázaný na špejli, kterou zapřeme o horní okraj sklenice a tím ho zajistíme napnutý. Materiál vrstvíme dle chuti, vždy sledujeme, zda jsou všechny kousky dostatečně viditelné. Do připravené sklenice lijeme opatrně naběračkou rozpuštěný gel, ten je možné obarvit dopředu v hrnci, nebo přímo ve sklenici, pokud kápneme do sklenice pouze jednu kapku, vznikne zajímavý efekt. Rozložení materiálu lze korigovat špejlí do zatuhnutí gelu, cca 10 minut. Hotovou sklenici lze dodekorovat lýkem a vitrážovými barvami.

**Reflexe:** jako u setkání A

**Závěrečný rituál:** Jako u setkání A

### **4.2.3 Setkání C**

#### **Cíl setkání:**

rozvoj schopnosti učit se novým věcem, rozvoj schopnosti naslouchat ostatním, rozvoj spolupráce, rozvoj komunikace, rozvoj schopnosti ocenit ostatní a přijmout hodnocení od ostatních, rozvoj sebevědomí, rozvoj sebereflexe, rozvoj koncentrace, rozvoj chuťového a čichového vnímání, zažít úspěch

**Rituál:** jako u setkání A

**Zahřívací aktivita 1: Vlna**

V rámci tohoto setkání zařadíme dvě úvodní aktivity. První, kterou nazveme Vlna, je pohybového charakteru a vychází z vytváření tzv. lidské vlny na sportovních utkáních. Klienti si nejprve připomenou tuto klasickou vlnu, sednou si na židle do řady, první začíná zvednutím paží a zvednutím do stoje, poté plynule následují klienti v řadě. Po zvládnutí této jednoduché vlny, lze vlnu od posledního klienta vracet zpět a několikrát provlnit tam i zpět. Těžší variantou je vlna v kruhu, či v řadě za sebou, můžeme obměnit způsob tvoření vlny otočkou, půlotáčkou, využitím dolních končetin.

## **Zahřívací aktivita 2: Chutě**

Pohybová aktivita zabere přibližně 10 minut a na ní navážeme činnost z úplně jiného oboru. Připravíme na mističky a do skleniček různé pochutiny, vynecháme, ty které by mohly být klientům odporné, nebo být v rozporu s léčbou. Klienti jsou rozděleni do dvojic, jeden z páru má zavázané oči a druhý mu předkládá různé pochutiny a zkouší, které jeho partner podle chuti a čichu rozpozná. Role si po pár minutách vymění.

### **Činnost: Vaření**

**Pomůcky a materiál:** vařič, nože, měchačka, naběračka, jídelní náčiní, suroviny, hrnce, talíře

**Popis činnosti:** tato činnost je zaměřena na invenci samotných klientů. Hovořili jsme o tom, že lze vyzvat klienty, aby předvedli nějakou činnost, kterou umí, a kterou jsou schopni naučit ostatní. Vaření v tomto směru může být vhodnou aktivitou, vyžaduje však důkladnou spolupráci terapeuta a klienta při plánování a přípravě této činnosti a to v předstihu. Klient sepíše potřebné suroviny, postup na přípravu pokrmu, kterou předloží všem zúčastněným. Jeho dalším úkolem je připravit suroviny a naplánovat prezentaci přípravy tak, aby bylo možné zapojit i ostatní. Po dokončení vaření pozve klienty ke stolu, který dopředu prostřel a předloží jim hotový pokrm k ochutnání. Klienti mají možnost zhodnotit chuť pokrmu, přístup klienta při přípravě pokrmu, zda byli spokojeni se svojí účastí při vaření, zda mají chuť si pokrm doma zkusit uvařit.

Klient může připravit na konec sezení pro každého jednoduchý úkol, např. připravit koktejl dle návodu, ozdobit upečený dortík apod.

**Reflexe:** jako u setkání A

**Závěrečný rituál:** jako u setkání A

## ZÁVĚR

Ergoterapie je relativně mladý terapeutický obor, který postupně získává své místo a opodstatnění v rámci léčby a terapie různorodých skupin klientů. Důvod je zřejmý, základem terapie je atraktivní činnost a práce, které patří k základním sociálním potřebám člověka, od pradávna tvoří přirozenou součást života lidí bez rozdílu věku, pohlaví, zdravotního stavu.

Snahou této bakalářské práce je propojit obor ergoterapie a léčbu osob se závislostí. Většina zařízení zabývající se léčbou osob se závislostí zmiňuje na svých internetových stránkách fakt, že v rámci svého léčebného programu využívají ergoterapii. Také většina zdrojů odborné literatury zaměřené na obor ergoterapie uvádí jako jednu ze skupin klientů, pro které je v rámci léčby vhodné užití ergoterapie, osoby se závislostí. Avšak konkrétní příklady, techniky a cíle v rámci praktického užití dále nenalzáme. Toto zjištění se pro mě stalo podnětem pro zpracování bakalářské práce s tématem využití ergoterapie při léčbě osob se závislostí.

Teoretická část je rozdělena na dvě základní kapitoly logicky vyplývající z názvu práce. První kapitola se zaměřuje na problematiku závislostí a zabývá se především specifikací pojmů důležitých pro pochopení praktické části práce, představuje možnosti léčby klientů se závislostí v rámci střednědobé ústavní léčby a vymezuje možné terapie využitelné u této klientely. V tomto místě plynule navazuje druhá kapitola rozebírající problematiku ergoterapie, jejích cílů, technik, struktury programů a jednotlivých ergoterapeutických sezení.

Praktická část vychází z poznatků získaných v rámci stáže v konkrétním zařízení ústavní léčby, tedy v PN Bohnice. Cílem této části práce bylo specifikovat průběh ergoterapie v tomto zařízení, nastítnit další možnosti ergoterapie v rámci léčby klientů se závislostí a především představit návrh konkrétních ergoterapeutických setkání.

V rámci pohovorů s pracovníky PN Bohnice jsme zjistili, že ergoterapie je využívána především jako jistá forma manuální relaxace a to prostřednictvím činnosti vedené pro klienta zábavnou atraktivní formou. Ergoterapie v zařízeních zabývajících se léčbou klientů se závislostí však může mít rozsáhlejší cíle. Může částečně řešit budoucnost abstinující klienta, především oblast volného času a jeho plánování a tím omezit prostor pro vznik krizových faktorů způsobené bažením a relapsem. Ergoterapie vhodně působí v oblasti prevence a odstranění některých poruch chování, apatie, neklidu a navození psychické pohody, zároveň je důležitým bodem v oblasti motivace, komunikace, změny přístupu k životu a možnosti

zažít úspěch. Ergoterapie se může prezentovat jako doplňková terapie, lze ji však lépe využít ve formě průřezové terapie a tak snadněji naplňovat předložené cíle.

Domnívám se, že práce může být přínosem pro všechny, kteří se zodpovědně zabývají léčbou klientů se závislostí v jakémkoliv zařízení, tedy pro terapeuty, lékaře, speciální pedagogy, psychology. Léčba osob se závislostí je velmi rozsáhlý obor, který má určitý základ, na kterém staví, zcela jistě však neexistuje přesně daná „kuchařka“, která by stoprocentně vedla klienty k plné abstinenci. Pracujeme s klienty, kde každý má specifické požadavky a je nezbytné tvořit individuální programy, které pomohou na cestě za abstinencí a změně způsobu života. Domníváme se, že jde jednoznačně o hledání možností, hledáme ve vlastní zkušenosti v práci s těmito klienty, ale také v literatuře a absolventských pracích. Návrhy uvedené v práci mohou být přímo využity, nebo sloužit jako východisko a inspirace k vytvoření dalších ergoterapeutických postupů a to v jakémkoliv zařízení zabývajícím se léčbou osob se závislostí.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

ASOCIACE TANEČNĚ POHYBOVÉ TERAPIE. *TPT definice*. [online]. Praha : Tanter, 2012. [cit. 20.10.2014]. Dostupné na www: <http://www.tanter.cz/tpt/definice/>

BÉM, P. *Složky systému péče v ČR*. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 155-158. ISBN 80-86734-05-6.

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *Úvod*. [online]. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, Michal Rod, 25.7.2008 [cit. 20.10.2014]. Dostupné na www: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE. *Definice a cíle arteterapie*. [online]. Praha : Česká arteterapeutická asociace, 2012. [cit. 20.10.2014]. Dostupné na www: <http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>

DVOŘÁČEK, J. Střednědobá ústavní léčba. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 195. ISBN 80-86734-05-6.

FÍŠEROVÁ, M. Odvykací syndrom a carving – neurobiologické aspekty. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 319. ISBN 80-86734-05-6.

HORŇÁKOVÁ, M. *Činnostná terapia v liečebnej pedagogike*. Bratislava : Creativpress, 1995. ISBN 80-7131-021-2.

HRKAL, J., HANUŠ, R. *Zlatý fond her II.: výběr her a programů připravených pro prázdninové kurzy Prázdninové školy Lipnice*. Praha : Portál, 1998. s. 168. ISBN 80-7178-153-3.

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha : Portál s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

KOLEKTIV AUTORŮ SANANIM. *Drogy otázky a odpovědi*. Praha : Portál s.r.o. 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. *Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. 2.vyd.* Praha : Psychiatrické centrum 2000. ISBN 80-58121-44-1.

MULLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice.* Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby.* Praha : Portál s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M., *Jak přestat brát drogy (svépomocná příručka).* [online] Praha : FIT IN, 2006. [cit. 16.10.2014]. Dostupné na [www: http://www.drnespor.eu/shd06w2.pdf](http://www.drnespor.eu/shd06w2.pdf)

KALINA, K. *Základy klinické adiktologie.* Praha : Grada Publishing 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1.* 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 91-95. ISBN 80-86734-05-6.

MAJZLANOVÁ, K. *Dramatoterapia v liečebnej pedagogike.* 2. vyd. Bratislava: Iris, 2004. 196 s. ISBN – 80-89018-65-3.

OREL, M. *Psychopatologie.* Praha : Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči.* Brno : Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BOHNICE. *Oficiální stránky nemocnice.* [online]. Praha : PN Bohnice, 2014. [cit. 16.10.2014]. Dostupné na [www: http://www.plbohnice.cz/home1/cz](http://www.plbohnice.cz/home1/cz)

RABOCH, J., ANDERS, M., PRAŠKO, J., HELLEROVÁ, P. *Psychiatrie – Doporučené postupy psychiatrické péče II.* Praha : Infopharm, 2006. ISBN 80-239-8501-9.

RABOCH, J., ČESKÁ PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST. *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče.* Praha : Galén, 1999. ISBN 978-80-7262-013-5.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie.* Praha : Nakladatelství Karolinum, 2012. s. 466. ISBN 978-80-246-1985-9.



RAHN, E., MAHNKOPF, A., *Psychiatrie: Učebnice pro studium i praxi*. Praha : Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0.

ROTGERS, F. A KOL. *Léčba drogových závislostí*. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada Publishing, a.s. 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

SPOLEČNOST PRO HAGIOTERAPII A PASTORAČNÍ MEDICÍNU. *Hagioterapie*. [online]. Praha : Společnost pro hagioterapii a pastorační medicínu, 2009 – 2014. [cit. 20.10.2014]. Dostupné na www: <http://www.hagioterapie.cz/>

ŠVESTKOVÁ, O., SVĚCENÁ, K. *Ergoterapie*. Praha : Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta, 2013. 199 s. ISBN 978-80-260-4100-9.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19)*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10 revize, 2013. [cit. 16.10.2014]. Dostupné na www: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

VODÁKOVÁ, J. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie*. Praha : Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2007. 94 s. ISBN 978-80-7290-322-1.

VALEŠOVÁ MALECOVÁ, B. *Študijný materiál k predmetu Ergoterapie I*. Praha : Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2012.

VALEŠOVÁ MALECOVÁ, B. *Študijný materiál k predmetu Ergoterapie II*. Praha : Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2011.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vydání. Praha : Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. 2014. *About Occupational Therapy*. [online]. Australia : World Federation of Occupational Therapists, WFOT, 2014 [cit. 20.10.2014]. Dostupné na www: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>

## **PŘÍLOHY**

- 1. Seznam pavilonů a primariátů PN Bohnice**
- 2. Týdenní harmonogram pavilonu č. 18**