

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1.LÉKAŘSKÁ FAKULTA
Klinika rehabilitačního lékařství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**MOŽNOSTI VYUŽITÍ ERGOTERAPIE V LÉČBĚ LIDÍ SE
SYNDROMEM ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU**

NA LŮŽKOVÉM ODDĚLENÍ-ŽENY; ODDĚLENÍ PRO LÉČBU ZÁVISLOSTÍ
VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE

Autorka bakalářské práce: Ivana Hálová
Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martin Prokeš

PRAHA 2008

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
1ST FACULTY OF MEDICINE
Department of Rehabilitation Medicine

BACHELOR THESIS

**POSSIBILITIES OF THE OCCUPATIONAL THERAPY IN
THE TREATMENT OF PEOPLE WITH THE ALCOHOL
DEPENDENCE SYNDROME**

AT THE WOMEN DEPARTMENT FOR ADDICTIONS TREATMENT OF THE GENERAL FACULTY
HOSPITAL

Author of bachelor thesis: Ivana Hálová
Master of bachelor thesis: M.S. in Psychology Martin Prokeš

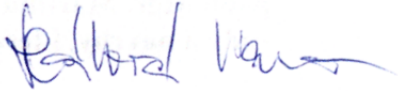
PRAGUE 2008

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím uvedené literatury. Souhlasím se zapůjčováním práce.

V Praze dne:

30. 11. 2007

Podpis:



Název práce: *Možnosti využití ergoterapie v léčbě lidí se syndromem závislosti na alkoholu*
Podtitul: *Na lůžkovém oddělení - ženy; oddělení pro léčbu závislosti Všeobecné fakultní nemocnice*
Autor: *Ivana Hálová*
Katedra: *Klinika rehabilitačního lékařství*
Vedoucí diplomové práce: *Mgr. Martin Prokeš*
e-mail vedoucího: *prokesm@gmail.com*

Abstrakt: Práce pojednává o problematice závislosti na alkoholu z ergoterapeutického hlediska. Nejdříve seznamuje s používanou klasifikací, zde je vysvětlen pojem „syndrom závislosti“. Dále se zabývá vývojem závislosti a její typologií. Čtenář se doví důležité aspekty komplikací somatických, psychických, ale i sociálních. Postupně se dostává k samotné léčbě, jejíž součástí je i doléčování. Fenoménem této problematiky, ke kterému se léčba vztahuje, je bažení, což je silná touha nebo pocit puzení užívat látku-v tomto případě alkohol. Práce nás seznamuje i s psychoterapií, která je významným aspektem léčby. Z ergoterapeutického hlediska je důležitý životní styl, který je zde blíže popsán.

Praktická část je směřována k zařízení pro léčbu závislosti u žen, kde se pojednává o chodu zařízení, možnostech využití ergoterapie v tomto zařízení a úloze ergoterapeuta, kterou by mohl v tomto zařízení zastávat. Dále se zaměřuje na ergoterapeutickou intervenci v oblasti návratu klienta do domácího a pracovního prostředí. Zde se uvádí popis postupu asistence ergoterapeuta při sestavování denního režimu klientkou. Ergoterapeut používá v práci s klienty nástrojů, jakými je např. MOHO (Model of Human Occupation), a práce konkrétně s tímto modelem je zaznamenána v kapitole kasuistiky.

Klíčová slova: syndrom závislosti, nadměrné užívání alkoholu, typologie závislosti, ergoterapie, komplikace závislosti, léčba a doléčování, bažení, psychoterapie a životní styl

Title: *Possibilities of the Occupational therapy in the treatment of people with the Alcohol dependence syndrome*

Subtitle: *At the women department for addictions treatment of the General faculty hospital.*

Author: *Ivana Hálová*

Department: *Department of Rehabilitation Medicine*

Supervisor: *M.S. in Psychology Martin Prokeš*

Supervisor's e-mail address: *prokesm@gmail.com*

Abstract: This work is concerned with the problematic of alcohol addiction from the Occupational therapy point of view. First it introduces the common classification, where the term „dependence syndrome“ is explained. It also deals with the development of addictions and their typology. The reader will learn all the important aspects of physical, psychical and social complications. Gradually the reader arrives to the therapy itself, of which the aftercare is a very important part. The therapy is closely bound to the phenomenon of this problematic, which is the craving - a strong desire or need to take the drug, the substance in question, in this case alcohol. This work also introduces us to the psychotherapy, which is an important part of the healing process. It describes the patient's lifestyle, which is very important from the Occupational therapy point of view.

The practical part describes the facilities for curing addiction of women. It describes the day to day operation of these facilities, possibilities of using the Occupational therapy and the role of the Occupational therapist in this kind of institution. It is also concerned with the Occupational therapy intervention in reintroducing the patient to her home and working environment and the process of assistance by the Occupational therapist in the composition of the patient's daily routine. Here the Occupational therapist uses tools like for example MOHO (Model of Human Occupation). The chapter of casuistic describes working with this particular model in depth.

Key words: dependence syndrome, excessive alcohol consumption, typology of addiction, The Occupational therapy, addiction complications, treatment and aftercare, craving, psychotherapy and lifestyle.

1. ÚVOD

K napsání práce s touto problematikou mne inspirovaly skutečnosti, které jsou obecně známé, jako je např. stále stoupající počet lidí s diagnostikovaným syndromem závislosti na alkoholu; alarmující procento dětí školního věku, kteří se dostávají do kontaktu s alkoholem (90%), některá tato setkání končí tragicky (www.icm.uh.cz); fakt, že závislost na alkoholu není problémem jen jedince, ale celé společnosti; laická veřejnost často trpí předsudky k lidem se závislostí a nevnímají závislost jako onemocnění atd. Pro ergoterapii relevantním aspektem je ta skutečnost, že se ergoterapeut v podstatě v každém zařízení, kde bude pracovat, s největší pravděpodobností setká s lidmi se syndromem závislosti na alkoholu, a tedy se domnívám, že pro ergoterapeuta je důležité mít alespoň základní přehled o této problematice. Posledním motivačním aspektem, který mě vedl k napsání této práce, jsou mé osobní zkušenosti s lidmi, kteří trpí syndromem závislosti na alkoholu, a touha jim lépe porozumět a orientovat se v této problematice.

Závislost na alkoholu je chronické, recidivující a často progredující onemocnění. Syndrom závislosti na alkoholu se vyvíjí relativně dlouho. Postupně se zvyšuje tolerance vůči alkoholu a ztrácí se kontrola vůči užívání alkoholu, dochází k zanedbávání zájmů a jiných potěšení (www.solen.cz). Na jedince má dlouhodobé nadměrné užívání alkoholu rozsáhlé dopady nejen na jeho stav fyzický, duševní stav, vážné bývají i sociální problémy. Lidé závislí na alkoholu trpí somatickými problémy nejčastěji s játry, nebo se srdcem či krevním oběhem aj. Také však mívají komplikované úrazy, jejichž příčiny bývají mnohdy dopravní nehody. Kromě fyzických problémů, psychických problémů jako je deprese, změny osobnostní struktury atd., se závislí na alkoholu dostávají i do situací, kdy přichází o své zaměstnání, provází je četné konflikty v rodinných vztazích, přichází o majetek, dostávají se do konfliktů se zákonem atp. Toto všechno může vyústit v pokusy o sebevraždu, které jsou mnohdy úspěšné, a nebo ve smrt, která je způsobena těžkými fyzickými komplikacemi (en.wikipedia.org). Léčba tohoto onemocnění musí tedy působit jak na úrovni biologické, psychické, tak sociální. Léčba dosahuje vymizení příznaků choroby a k udržení tohoto stavu je nutná trvalá abstinence (Heller, 1996).

Cíle práce

Ve škole jsem se s touto problematikou setkala pouze okrajově, přesto mne velice zaujala. Z nedostatku vyučovacího času se touto problematikou nelze více zabývat. Jedním

z mých cílů je se v této problematice lépe zorientovat a seznámit s problematikou závislosti na alkoholu čtenáře. Tímto se zabývám v teoretické části.

V praktické části jsem si dala za cíl blíže seznámit čtenáře s chodem nemocničního oddělení zabývajícího se léčbou závislostí u žen a v tomto oddělení navrhnout vhodné možnosti uplatnění ergoterapie. S tím jde ruku v ruce i úloha ergoterapeuta, jak by měla v tomto zařízení vypadat.

V průběhu mé stáže v zařízení jsem si uvědomila, že ergoterapeut by měl působit při návratu klientky do domácího a pracovního prostředí a tak jsem si dala za cíl najít vhodnou ergoterapeutickou intervenci i v této oblasti a uvést jí v této bakalářské práci

Struktura práce

Tato práce je rozdělena do dvou částí, a to teoretické a praktické. Obě tyto části se dělí na jednotlivé kapitoly a jejich podkapitoly.

V teoretické části uvedu důležité kapitoly k přiblížení problematiky, jedná se o klasifikaci, popsání vývoje závislosti, typologii závislosti, komplikace závislosti (blíže charakterizují na somatické, psychické a sociální), dále se budu zabývat léčbou a doléčováním, bažením (cravingem), psychoterapií a životním stylem. Použiji zde poznatků z literatury jak české, tak zahraniční, a odkazy z internetu.

V praktické části budu pojednávat o lůžkovém oddělení ženy; oddělení pro léčbu závislostí VFN. Stručně popíši chod tohoto zřízení, možnosti využití ergoterapie v tomto zařízení, a předpokládanou úlohu ergoterapeuta v tomto oddělení. V kapitole Kazuistiky popíši asistenci ergoterapeuta při sestavování denního režimu klientky. Zde použiji strukturu COPM (Canadian Occupational Performance Measure). Druhou prací v kapitole Kazuistiky bude kazuistika klientky, ve které jsem použila strukturu modelu MOHO (Model of Human Occupation).

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Klasifikace

Současná decenální revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) zařazuje závislosti do kategorie „Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10 - F19)“. První dvě číslice kódu rozlišují druh látky, který způsobuje poruchu, na dalších místech kódu je specifikován klinický obraz poruchy. Syndrom závislosti na alkoholu je klasifikován takto: **F10.2 Syndrom závislosti na alkoholu**. F10. se označují duševní poruchy vyvolané požívání alkoholu. Číslo za tečkou, tedy čtvrtý znak (2), specifikuje klinický obraz, tedy syndrom závislosti (MKN - 10, 2000).

Syndrom závislosti podle MKN-10 je popisován takto: Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů v nichž užívání nějaké látky, nebo třídy látek, má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Zde může být důkaz, že návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.

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

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- c) somatický odvykací stav (viz F1x.3 a F1x.4), jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku, nebo s užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),

- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení se z jejího účinku,
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození.

Podstatnou charakteristikou syndromu závislosti je užívání psychoaktivní látky nebo touha po užívání určité látky. Jedinec si uvědomuje, že má puzení užívat drogy, což se běžně projevuje během pokusů zastavit nebo kontrolovat užívání. Tento diagnostický požadavek by vyloučil např. chirurgické pacienty, kterým se podávají opioidní látky. U nich se může objevit odvykací syndrom, když látky nedostávají, ačkoli netouží v jejich užívání pokračovat.

Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy) nebo širší řadu různých látek (např. u těch jedinců, kteří cítí nutkání užívat pravidelně jakékoli dosažitelné drogy a u kterých se při abstinenci projevují tíseň, agitovanost a/nebo somatické známky odvykacího stavu).

Zahrnuje: chronický alkoholismus,
drogový návyk,
dipsomanií.

Diagnóza syndromu závislosti může být dále specifikována následujícími pětimístnými kódy:

F1x.20 V současnosti abstinuje.

F1x.21 V současnosti abstinuje, ale v chráněném prostředí (např. v nemocnici, terapeutické komunitě, ve vězení).

F1x.22 V současnosti abstinuje při klinicky sledovaném udržovacím nebo substitučním režimu (např. s metadonem).

F1x.23 V současnosti abstinuje, avšak při léčbě aversivními nebo blokujícími drogami (např. naltrexonem).

F1x.24 V současnosti užívá látku (aktivní závislost).

F1x.25 Souvislé užívání.

F1x.26 Epizodické užívání (dipsomanie) (MKN -10, 2000).

2.2. Vývoj závislosti

„Pravidelným nadměrným užíváním alkoholu vzniká za určitou dobu a jen u některých osob závislost na alkoholu, kterou považujeme za samostatnou klinickou jednotku (Zvolský, 1998).“

Jaké jsou příčiny závislosti? To je otázka, která se klade již roky, a stále na ní není jednoznačná odpověď. Člověk je vnímán tak, že žije v dynamickém systému, kde je ovlivňován mnohými vlivy, které se nejednoznačnou měrou podílí na vzniku a vývoji jeho závislosti. V roce 1987 bylo významné stanovisko, že faktory, které se podílí na vzniku a vývoji závislosti jsou biologické, psychologické a sociální (Institute of Medicine, 1990).

Dnes mluvíme o **dispozičně-expozičním modelu**, který říká, že na vzniku závislosti se podílí mnoho faktorů. Můžeme je rozdělit na faktory dispoziční a expoziční. Dispoziční faktory jsou např. faktory biologické, včetně genetické dispozice, osobnostní výbava, zdravotní stav aj. Mezi expoziční faktory zařazujeme např. dostupnost alkoholu, míra konzumace-množství, frekvence užívání, kvalita a koncentrace alkoholických nápojů atd. Dispozičně –expoziční model říká, že čím výrazněji se uplatňují faktory dispoziční, tím menší podíl expozice je nutný ke vzniku závislosti a naopak, čím větší je expozice, tím menší dispozice stačí ke vzniku závislosti. Vždy však jde o komplexní působení řady faktorů, které se spolupodílejí na vzniku a vývoji závislosti. Co se týče dědičnosti, existuje řada dokladů (rodinné studie, studie dvojčat atd.), potvrzujících význam dědičných vlivů, které se mohou více či méně uplatnit. Naopak žádný výzkum nedokázal existenci specifické osobnostní struktury, zakládající vyšší pravděpodobnost, či dokonce determinující pro vývoj do závislosti na alkoholu (Raboch, 2001).

Vzniku závislosti většinou předchází tzv. **škodlivé užívání** – dlouhodobé nadměrné užívání alkoholu, dříve byl také užíván termín „abúzus“, kde mimo některé, méně rozvinuté příznaky závislosti chybí **odvykací syndrom**, nebo-li „abstinenční syndrom“ (Zvolský, 1998). To je syndrom, který vzniká z odnětí návykové látky - manifestuje se skupinou různých somatických a psychických příznaků (Raboch, 2001).

Závislost na alkoholu se vyvíjí pomalu, několik let, pouze u mladistvých osob rychleji, a to i několik měsíců (Zvolský, 1998).

Fáze závislosti na alkoholu, se dají rozlišit různě. Americký alkohololog českého původu Jellinek například popsal čtyři základní stádia vývoje: 1. symptomatické, 2. varovné,

3.rozhodné, 4. konečné. První a druhé stádium se vyznačuje častější konzumací a zvyšující se tolerancí na alkohol bez stavů opilosti (Zvolský, 1998). V prvním stádiu se konzument cítí pod vlivem alkoholu lépe a v intoxikaci dokáže překonávat situace, které pro něj dosud byly bolestné nebo neřešitelné. Druhé stádium se vyznačuje pitím potajmu, které slouží jako náskok před ostatními, aby se konzument cítil dobře. Uvědomuje si, že může být pití nápadné. Prožívá pocity studu a je citlivý na jakoukoli zmínku o alkoholu. Charakteristické jsou pro druhé stádium palimpsesty, okénka, kdy si nepamatuje průběh intoxikace. Ty jsou ukazatelem hranice mezi přechodem do třetího stádia. Prohlubují se pocity viny. Druhé stádium je hranicí možnosti řešit situaci kontrolovaným pitím a k vyřešení původních problémů (Pecinovská, 1996).

Vlastní závislost začíná až ve třetím stádiu, kde dochází především ke změně kontroly v pití - každé napití nemusí končit opilostí. Alkohol se však již stal součástí metabolických dějů. Hranice, kterou vnímá jako příjemnou, už splývá s hladinou, kdy je zřetelně opilý. Na okolí dlouho působí jako střízlivý a pak se rychle během jedné sklenky opije. Cílem klienta je neopít se. Klient ruší svůj systém hodnot. Začíná být vztahovačný. A začíná se měnit jeho osobnostní struktura. Klient zanedbává správnou výživu. Objevují se zdravotní problémy. Klient opouští své zájmy, přestává stačit na své povinnosti. Objevují se sociální důsledky. Hranicí ke čtvrtému stádiu je stav, kdy je klient více dnů v týdnu opilý než střízlivý (Pecinovská, 1996). Ve čtvrtém stádiu se pak snižuje tolerance, vyskytují se ranní třesy, ranní doušky, několikadenní pitky, vyskytují se alkoholické psychózy, vývoj vede až k demenci (Zvolský, 1998).

2.3. Typologie závislosti

Jellinek dále sestavil klasifikaci typů závislosti, která nám znovu ilustruje nejčastější cesty do závislosti:

Typ alfa: typické občasné excesy s následnými problémy (přestupkové řízení atp.), represivní opatření stačí k dočasnému omezení pití či abstinenci, nejedná se o závislost v pravém slova smyslu, avšak může se vyvinout v závislost typu gama.

Typ beta: pravidelná konzumace alkoholu, kterou není ochoten ani přerušit ani za nevýhodných podmínek (dovolená, rekonvalescence pro somatické onemocnění) - rovněž předstupeň závislosti, který se za vhodných podmínek rozvine v závislost typu delta. Projevují se různé somatické komplikace.

Typ gama (anglosaský typ): typická je poruchová kontrola, která vede k „nevhodným“ opilostem a následným konfliktům s okolím, v mezidobí je zachována

schopnost abstinence, při pokusu o pití s kontrolou však následují další problematické ebriety, jejichž frekvence stoupá, až se stanou každodenními.

Typ delta (románský typ): typický pro vinařské oblasti, kde pravidelná každodenní konzumace alkoholu patří k životnímu stylu, postižený si udržuje svou „hladinku“, nedochází zpravidla k sociálním selháním, typický je stav „ani opilý, ani střízlivý“. K manifestaci závislosti dochází často při náhlém odnětí pravidelných dávek alkoholu, které může vyústit v delirium tremens. Kontrola zde bývá dlouho zachována, problematická je schopnost abstinence. Roste však i denní dávka a každodenní opilosti se stávají manifestací.

Typ epsilon: typická je koincidence abúzu alkoholu s psychickým onemocněním, např. pití při afektivní poruše, časově jde často o kvartální typ pití (Pecinovská, 1996).

Podle vztahu lidí k pití alkoholických nápojů se rozlišují čtyři skupiny osob:

1. Abstinenti jsou lidé, kteří za žádných okolností nepožívají alkoholické nápoje.
2. Konzumenti pijí alkoholické nápoje proto, že jimi dostávají do těla potřebné množství tekutiny, jejichž chuť mají rádi. Požívají-li větší množství alkoholu (více jak 15g), projeví se jeho účinek.
3. Pijáci pijí alkoholické nápoje zejména kvůli alkoholu v nich obsaženém, současně je však třeba doplnit, že alkoholické nápoje jsou pro ně i zdrojem tekutiny s určitou chutí, kterou mají rádi.
4. Alkoholici jsou lidé závislí na alkoholu. Alkoholické nápoje se pro ně stali zdrojem alkoholu jako drogy (Pokorný, 2003).

2.4. Komplikace závislosti

2.4.1. Somatické komplikace

Nadměrné užívání alkoholu vede k poškození tělesného zdraví. Míra poškození organismu alkoholem závisí na celkovém množství zkonsumovaného alkoholu, tak na individuální vnímavosti jedince. Poruchy způsobené alkoholem mají oproti stejným poruchám vyvolaným jinými příčinami některé zvláštnosti. Pokud klient pokračuje v pití během léčby diagnostikované poruchy, pak léčba selhává. Pokud dojde k recidivě abúzu, dojde i k recidivě obtíží. Na druhé straně se mohou i velmi závažné nálezy během vysazení alkoholu upravit, leckdy i bez medikace (Pecinovská, 1996).

- Nejdříve bývají poškozena **játra**. Dochází zde ke ztukovatění jater- jaterní steatóze. Jedná se o nahromadění lipidů v hepatocytech. Játra jsou zvětšená (hepatomegalie),

ale klient obvykle nepocítuje žádné obtíže, nebo jen bolest v pravém podžebří. Stav vymizí po abstinenci minimálně čtyřtýdenní (Zvolský, 1998). Dále dochází k zániku jaterních buněk. V okolí zničených buněk dochází k zánětlivé reakci - jaterní fibróze. Klient opět nemusí pocítovat obtíže. Po alkoholickém excesu se může rozvinout akutní alkoholická hepatitis - projevuje se horečkami, žloutenkou, zvracením, bolestmi v nadbřišku, otoky. Je zde vysoká mortalita (Pecinovská, 1996). Jaterní cirhóza - jde o chronický stav charakterizovaný nezvratnou přestavbou jater, dochází k uzlovité přestavbě parenchymu. Redukuje se cévní řečiště a zhoršuje průtok krve játry. Důsledkem může být jaterní selhání. Závažnou komplikací je častější vznik karcinomu jater (Vokurka, 2005). Po selhání některé nebo většiny jaterních funkcí dojde k ohrožení organismu, pak mluvíme o jaterním selhání (Hermann, 2006).

- **Trávicí trakt** je poškozován především přímým účinkem alkoholu. Časté jsou záněty sliznice – atrofická gastritis. Ta může předcházet rakovině žaludku. Na poškozené sliznici také vznikne snáze žaludeční vřed. V jícnu vznikají jícnové varixy při cirhóze, které pokud prasknou mohou způsobit smrt. Dále je častá akutní i chronická pankreatitida (Pecinovská, 1996).
- **Ledviny** „U pijáků dochází k poškození ledvin (množství tekutin). Uvádí se tzv. alkoholické proteinurie a alkoholová nefropatie (Zvolský, 1998).“
- **Srdce a krevní oběh:** K poškození srdce může dojít několika mechanismy, a to buď přímým toxickým vlivem alkoholu na myokard, nebo nutričními deficity (zejména thiaminu), nebo toxickým působením přísad. Dochází k alkoholické kardiomyopatii, ta se projevuje fibrilacemi síní a komorovými arytmiemi, převodními poruchami (www.pmfhk.cz).
Dále dochází k ukládání tuku do cév. U pijáků velkého množství tekutin (např. piva) vzniká rozšíření srdce - tzv.: mnichovské srdce. Dále se objevuje systemová arteriální hypertenze (Pecinovská, 1996).
- **Dýchací systém:** Objevuje se častější výskyt zánětů průdušek, plic, přičemž průběh zejména bronchopneumonií bývá těžký (Zvolský, 1998).
- **Hormonální regulace:** Při dlouhodobém nadměrném užívání alkoholu dochází k poruše sekrece inzulínu (Zvolský, 1998). U mužů dochází ke snížení hladiny testosteronu a u žen estrogenů (Pecinovská, 1996).
- **Pohlavní systém:** Klesá apetence, potence a sebekontrola. Je nižší pravděpodobnost oplození, protože jsou postiženy zárodečné buňky (Pecinovská, 1996).

- **Hematologické projevy:** Různé formy anémií, poškození lymfocytů a trombocytů. Alkohol působí toxicky na kostní dřeň (Zvolský, 1998).
- **Kožní projevy:** Typická facies alcoholica se vyznačuje atrofií podkožní tukové tkáně, hyperplazií příušních slinných žláz, zarudnutím tváře. Poruchy elektrolytů způsobují edém kůže a podkoží. Často nacházíme modřiny, jejichž původ pacient nedovede vysvětlit (Pecinovská, 1996).
- **Fetální alkoholický syndrom:** poškození plodu u matek, které v těhotenství požívali alkohol. Jedná se o psychomotorickou retardaci plodu, poruchy chování, mikrocefalie, hypotonie svalstva, typický vzhled obličeje (Zvolský, 1998).
- Nadměrným užíváním alkoholu je oslaben **imunitní systém**. Roste riziko mozkové mrtvice (Nešpor, 1999).

Neurologické komplikace

- **Postižení periferního nervového systému** - polyneuropatie: parestesie či dysestesie, zejména na dolních končetinách. Objevují se bolesti, někdy snížení citlivosti. Může být porucha hlubokého cití. Později se zjišťují periferní parézy (n.fibularis). Na horních končetinách - brnění akrálních částí, pak paréza (n.radialis). Často vzniká atrofie drobných svalů ruky nebo nohy. Mohou být postiženy hlavové nervy.
- **Postižení centrálního nervového systému** (hepatocerebrální syndrom). Onemocnění se zprvu projevuje pseudoneurastenickým syndromem – únavností, emoční labilitou, poruchy spánku, hypersomnie, dále bývá agitovanost, euforie, později poruchy paměti, dysathrie, polymorfní neurologická symptomatika (statický třes). Časté jsou úrazy hlavy, následkem pak jsou epidurální hematom, subdurální hematom. Lze sem zařadit i epileptické záchvaty, atrofii mozku, alkoholová atrofie mozečku (Zvolský, 1998).

2.4.2. Psychické komplikace

Nejdříve se zmíním o psychických změnách, které můžeme pozorovat:

- **Deprese, úzkost, snahu o samotu** (vyhýbá se společnosti - aby ostatní neviděli, že požívá alkohol; popírá že pije; složitě zdůvodňuje proč pije - vytváří si racionalizace).
- **Verbální agresivita** (která se v minulosti nevyskytovala), velmi často **obviňování druhých**.
- **Duševní unavenost, nezájem o okolí, snížená vůle** k jakékoliv činnosti (hypobulie).

- **Ztráta společenského taktu a duševní pohotovosti.** Dále směs **sentimentality, zhrubělosti a otupělosti.**
- **Nespavost, žárlivost** (důvodem je i to, že u závislých pokulhává schopnost erekce).
- **Nespolehlivost, egoismus** (myslí jen na sebe), **citová labilita, ochudnutí duševního života.**
- **Zanedbává svou vizáž** (neučesaný, neostříhaný), **zevnějšek** (špinavé šaty), **nestará se o stav svého bytu, má v něm nepořádek**, který předtím nebyl.
- **Zhoršení úsudku**, má problém řešit potíže, které normálně v minulosti běžně řešil.
- Má větší **problém naučit se něco nového** - např. pracovat s počítačem, aj. (www.alkoholik.cz).
- **Sebevražedné pokusy** jsou reálným nebezpečím, především u alkoholiků v pozdějších fázích vývoje alkoholismu. Méně běžné jsou u těch, kteří žijí s rodinou. V případě sebevražedného pokusu nejdříve doktor zjistí míru poškození klienta a zajistí vhodnou léčbu. Obvykle inklinace k dalším sebevražedným pokusům rychle ustupují po vystřízlivění klienta, přesto musí být nadále sledován především členy rodiny. Pokud jsou v anamnéze předešlé pokusy o sebevraždu, nebo klient trpí deliriem tremens nebo abstinenčními příznaky, je nutná hospitalizace (WHO, 1990).

Mezi psychotické stavy zařazujeme z jednorázových intoxikací opilost prostou, komplikovanou a patickou. Dále k alkoholovým psychózám zařazujeme delirium tremens, alkoholickou halucinózu, alkoholickou paranoidní psychózu, Korsakovu psychózu a alkoholickou demenci (Heller, 1996).

- **Alkoholická halucinóza:** vzniká po přerušení užívání alkoholu, nebo jeho redukcí. Předcházejí sluchové halucinace (hlasy osob diskutující o postižené osobě, často nepříjemně). Někdy, zejména v noci se objevují u alkoholiků děsivé vidiny. Tento stav se vyskytuje často před propuknutím deliria tremens (Zvolský, 1998). „Postihuje čtyřikrát častěji muže než ženy, vzácně přechází do chronické formy připomínající schizofrenii (Raboch, 2001).“
- **Delirium tremens:** je život ohrožující stav, který vzniká po přerušení užívání alkoholu. Bez léčby je mortalita velmi vysoká (Rahn, 2000). Průběh je individuální, předchází mu stav charakterizovaný pocením, nevolností,

zrychlenou srdeční činností, nespavostí. Pokud se nezasáhne včas, dochází k přechodu do deliria. Během deliria pacient mohutně halucinuje - může vidět různá malá zvířata (tzv. mikrozoopsie), často vykonává zažitá, zautomatizovaná pohyby, např. řidiči z povolání řídí auto atp. Dostavuje se hrubý tremor (třes). V čase a prostoru je nepřesně orientován či vůbec neorientován, výrazná je porucha bezprostřední paměti a porucha konsolidace paměťových stop (tj. není schopen si zapamatovat nové údaje a události). Jsou zde přítomné poruchy psychomotoriky - klient je zvýšeně aktivní, neklidný, agresivní či naopak zcela klidný, utlumený. Toto se může celkem rychle měnit. Poruchy emocí - může být nadnesená nálada, euforie či naopak úzkost či agrese. Mohou být přítomné bludy. Může se objevit epileptický záchvat. Tento stav může trvat několik dní a končí hlubokým spánkem. Na proběhlý stav je amnézie (cs.wikipedia.org).

- **Alkoholická paranoidní psychóza:** projevují se bludy pronásledování a žárlivecký blud. Postihuje přednostně paranoidní psychopatické osobnosti. Objevuje se často při zvýšeném přísunu alkoholu. Netřepe se, nepotí se, komunikuje. Typická je právě žárlivost (cs.wikipedia.org).
- **Korsakova psychóza:** je charakteristická porucha krátkodobé paměti a dezorientace při zachování dávných zážitků a profesionálních dovedností. Vědomí je zachováno. Mezery v paměti vyplňuje pacient konfabulacemi - pokusy postiženého zakrýt mezery v paměti smyšlenými historkami. Přidává se afektivní instabilita (Rahn, 2000).
- **Alkoholická demence:** povšechný úbytek duševních schopností. Přichází okolo 50. roku života i dříve (Heller, 1996).

2.4.3. Sociální komplikace

Nepříznivé důsledky v oblastech života jako je přátelství, rodinný život, studium, příležitosti v zaměstnání, se souběžně zvyšují se zvyšující se spotřebou alkoholu. Na úrovni spotřeby 20g alkoholu denně kanadská data udávají, že 20% populace prožívá dvě nebo více nepříznivých důsledků v těchto životních oblastech během jednoho roku. S narůstající frekvencí pití se spojuje také vyšší nehodovost na silnicích, záměrné násilí nejen proti sobě samému (sebevraždy, sebepoškození..), nýbrž i vůči okolí (násilí v rodině) a další typy kriminálních činů (Anderson, 1996) .

Některé vznikající sociální komplikace z důvodu nadměrného užívání alkoholu uvedu podrobněji:

- **Ztráta kvalitních zájmů a zálib**

- **Vztahy s okolím:** Nastala změna či ztráta kvalitních přátel, dochází k izolování se od normálních vrstevníků. U dětí a dospívajících je časté napojení se na nevhodné přátele (Nešpor, 1996).
- **Rodina :** závislost zpravidla postihuje hlavně: rodiče závislého, partnery, ale i děti závislého (Rahn, 2000). „Závislý ztroskotává v partnerských vztazích, a to i díky nemožnosti plnění základních partnerských funkcí (nejen sexuálních). V extrémních, bohužel však nikoli řídkých případech, jsou jimi týrány či zneužívány děti. Není řídkým jevem, kdy alkoholik řeší rozvrat partnerských vztahů s manželkou sexuálním zneužíváním dcery. Bohužel děti se pak díky tomu, že toto chování přijímají za normu, chovají v dospělosti podobně. Závislý nezvládá výchovu potomků (myšleno pokud jsou v dětském věku) a mateřské citění (www.alkoholik.cz). „Závislost zpravidla vede k destrukci rodinných vazeb; mnoho příslušníků rodiny se konečně osvobodí ze sevření závislosti jedině přerušením kontaktů. Toto je již poslední krok v často dlouhé řadě pokusů zachránit závislého (Rahn, 2000).“
- **Zhoršení prospěchu a chování u dětí a mladistvích ve škole - absence** (Nešpor, 1996).
- **Zaměstnání:** „Závislost přímo ovlivňuje schopnost výkonu postiženého v zaměstnání, ale jeho integraci v zaměstnání ohrožují také častější absence, zmnožené úrazy nebo alkoholické excesy na pracovišti. Část vedou menší nebo větší kriminální činy k propuštění a posléze i k dlouhodobé nezaměstnanosti. Na základě špatného pochopení jsou problémy závislého na pracovišti ignorovány a popírány, pokud ne dokonce kryty. To se ale někdy změnilo ve striktní odmítání a výpověď. Ztráta pracovního místa může být pro závislého podnětem k terapii (Rahn, 2000).“
- **Možné je bezdomovectví**
- **Možné problémy s úřady, případně i se zákonem:** trestný čin spáchaný během intoxikace, nebo za účelem získání prostředků na alkohol (Nešpor, 1996).

2.5. Léčba a doléčování

V laické i odborné veřejnosti přetrvává názor, že léčba závislých osob má minimální úspěšnost, či je zcela bez efektu. Tento názor přetrvává z dřívějších dob, kdy se v socialistické společnosti oficiálně proklamovalo, že problém drog neexistuje. Proto téměř neexistovala specializovaná pracoviště zabývající se touto problematikou. Existovaly extrémní čekací lhůty

do přijetí léčby. K vlastní léčbě se pak dostalo kolem 20% klientů, z nichž většina během prvního roku abstinence recidivovala. **Úspěšná léčba návykových nemocí je možná.** Musí však být v terapii respektována komplexnost léčby, zajištěna její dostupnost, musí mít odpovídající délku, musí být voleny odpovídající metody a prostředky léčby a měla by fungovat i spolupráce s dalšími institucemi – často nezdravotnickými (Raboch, 2001).

Léčba je v dnešní době buď dobrovolná, kdy závislý na alkoholu nastupuje po dobrovolném rozhodnutí, nebo léčba ochranná, nařízená soudem po spáchání trestného činu. Povinnou léčbu může nařídit okresní úřad, pokud je ohrožována zejména rodina závislého (Zvolský, 1998).

Léčba závislosti se provádí ve stupních: detoxifikace a motivace, budování abstinčního životního stylu a začlenění do rodiny a zaměstnání. Dlouhodobá následná péče podporuje průběh uzdravení (Rahn, 2000).

Vlastní léčba alkoholismu využívá těchto prvků:

- odebrání alkoholu a zvládnutí abstinčního syndromu eventuelně delirií a psychóz;
- vitaminoterapie, eliminace malnutrice, farmakoterapie (Antabus - při požití alkoholu pak dojde ke zvracení. Pacient by pak z tohoto principu měl alkohol sám odmítnout. Ke snížení bažení - cravingu se využívají ReVia nebo Campral);
- psychoterapie skupinová, komunitní, partnerská, rodinná;
- další terapie arteterapie, muzikoterapie, poetoterapie, ergoterapie a jiné vhodné rehabilitační prvky programu, režimová opatření atp. – blíže náplň popíší v praktické části;
- doléčovací aktivity a resocializace (www.alkoholik.cz).

Formy léčby

Detoxifikační jednotka. Je optimálním léčebným zařízením pro klienty, závislé na návykových látkách s těžkým akutním odvykacím stavem. Kromě vlastní detoxifikace klient obvykle absolvuje psychiatrické vyšetření, základní nebo rozšířené somatické vyšetření, toxické a biochemické vyšetření, screening infekčních onemocnění. Posiluje se zde motivace k léčbě. Závažná intoxikace psychoaktivní látkou je indikací k detoxikaci, ta má za cíl eliminaci psychoaktivní látky z organismu a minimalizaci jejích škodlivých účinků. Při ohrožení vitálních funkcí se provádí na anesteziologicko – resuscitačních odděleních, či jednotkách intenzivní péče. V praxi na sebe oba uvedené léčebné postupy navazují. Vzhledem k tomu se pro postupy u závislých používá termínu »detox«, je to rovněž souhrnné označení pro lůžková zařízení poskytující asistenci při detoxikaci a zejména detoxifikaci závislým klientům (Raboch, 2001).

Ambulantní léčba. Probíhá nejčastěji ve specializovaných zařízeních, v ordinacích AT. Nevyžaduje pracovní neschopnost. Ordinační hodiny bývají přizpůsobeny tak, aby je mohli klienti navštěvovat po pracovní době. Některé poradny poskytují i anonymní léčbu. V mnoha ambulantních zařízeních nabízejí kromě individuální terapie i psychoterapeutické skupiny a někde pracují i s rodinami závislých, nebo si zorganizovali socioterapeutický klub (Nešpor, 1999). V socioterapeutickém klubu se setkávají klienti abstinující s právě se léčícími klienty a předávají si své zkušenosti. Ambulantní léčba by však měla poskytnout péči alespoň 2krát v týdnu s psychoterapií nejméně 1 hodinu. I zde je důležitý nabízený léčebný program, individuální přístup je však rozhodující. (Heller, 1996).

Ústavní léčba. Ústavní léčba bývá potřebná i u těžkých zdravotních nebo psychiatrických komplikací po alkoholu. Pro překonání problému s alkoholem bývá nejvhodnější specializovaná odvykací léčba. Jinak se můžeme také setkávat s odděleními psychiatrickými, neurologickými, interními, které do jisté míry také mohou pomoci s léčbou důsledků pití. Délka ústavní léčby bývá podle zařízení buď pevně stanovena, nebo po dohodě týmu a klienta, kdy se zohledňuje jeho stav, životní situace, délka předchozí abstinence, duševní a tělesná kondice a schopnost využívat možnosti ambulantní léčby (Nešpor, 1999).

Většinou je délka léčby 4-6 týdnů. To je doba potřebná k detoxifikaci organismu, tedy nejen odstranění drog z těla, ale také k odstranění následků drogou způsobených (Heller, 1996).

Při ústavní léčbě se daří lépe zvládat hrozící zdravotní komplikace, využívá se skupinové terapie, principů terapeutické komunity, relaxačních technik atd. (Nešpor, 1999). Léčebný program by měl mít alespoň 20 terapeutických prvků v týdenním programu. Po ústavní léčbě by měl být klientovi nabídnut doléčovací program (Heller, 1996).

Blíže se o náplni programu oddělení pro léčbu závislostí zmíním v praktické části bakalářské práce.

Denní stacionář. Klient zde dochází na léčbu ve stejný čas, kdy bývá obvykle pracovní doba. Přejde např. v 7:30 a odchází v 15:30. Většinou bývá v pracovní neschopnosti. Minimálně týden denního stacionáře nabízíme klientům v závěru léčby ústavní, abychom jim usnadnili přechod k normálnímu životu. Denní stacionáře mohou fungovat samostatně nebo při ambulantních zařízeních. Denní stacionář je často mezistupeň mezi ústavní a ambulantní léčbou. Výhodou je trvalý kontakt s rodinou, omezení jsou podobná jako u ambulantní léčby. Velkou předností je možná spolupráce s rodinou. Stacionář nestačí u těžších zdravotních nebo psychiatrických komplikací, nebo u hromadících se problémů s pitím i při snaze přestat pít (Nešpor, 1999). Léčba je vhodná pro klienty, kteří dokáží na základě svého rozhodnutí přerušit konzumaci alkoholu na dobu i měsíců (Heller, 1996).

Noční stacionář. „Klient přichází do léčebného zařízení po pracovní době, v zařízení zůstává přes noc a ráno dochází do zaměstnání. Tato forma léčby je vhodná pro lidi, kteří jsou v poměrně dobrém stavu, nemají však kde bydlet nebo mají velké rodinné problémy. Formou nočního stacionáře bývají organizovány některé zahraniční podnikové programy pomoci problémově pijícím zaměstnancům. Noční stacionář může pracovat samostatně nebo opět navazovat na ústavní léčbu. Noční stacionáře jsou u nás bohužel vzácnost (Nešpor, 1999).“

Terapeutická komunita. Klient zde absolvuje léčbu a postupně přebírá větší zodpovědnost za chod komunity, ta je soběstačná ve většině běžných denních činností (nemá pomocný personál). Většinou jsou terapeutické komunity pro závislé na nealkoholových drogách. Součástí následné péče po pobytu v terapeutické komunitě může být kromě nabídky konzultací s terapeutem také chráněné bydlení, nebo chráněná práce (Raboch, 2001). V Čechách máme komunitu v Bílé Vodě a Červený Dvůr pro klienty závislé na alkoholu.

2.5.1. Doléčování

Je to aktivita, která navazuje na konec léčby. Využívá různé postupy k dosažení a udržení zdraví. Forma doléčování může být jak stacionární, ústavní, tak ambulantní, nebo zapojení do svépomocných aktivit (Heller, 1996). Výhody doléčování spočívají v udržování abstinentské kondice; lepší zvládání krizí; fungující doléčování formou skupiny, nebo klubu může dočasně nebo dlouhodobě nahradit mezery v síti sociálních vztahů, pomoc při vytváření zdravého způsobu života, umožňuje konzultovat své problémy atd. (Nešpor, 2000)

Doléčovací období začíná v době, kdy z organismu pacienta odejde droga, a odstraní se následky působení drogy na psychické i somatické zdraví pacienta. První rok po léčbě je obdobím, ve kterém se rozhoduje o dosažení změny v životním stylu s bezalkoholní dietou, tato změna je náročná jak pro závislého, tak pro jeho okolí. V prvním roce abstinence je potřebný nejintenzivnější doléčovací program, a to ve formě jak ambulantní, tak ústavní. Základem ústavní formy jsou krátké, většinou týdenní hospitalizace, abstinujícího pacienta s léčebným programem označované jako opakovací, někdy posilovací kúry. Ambulantní formy doléčovacích programů sestávají ze skupinové a individuální psychoterapie a dalších programových aktivit včetně socioterapeutického klubu. Nutné je zde i věnovat prostor manželské terapii. Ve druhém roce abstinence vystupuje do popředí problematika rodiny, kdy její členové často trpí ztrátou důvěry, mají mnoho negativních zkušeností. Dvouleté doléčovací období tedy zajistí podmínky pro změněný životní styl. Ve třetím roce abstinence se již lze zabývat spíše udržováním stávajícího zdravotního stavu a životního stylu. Přibývá

gratifikací a postupně převažují nad pocity méněcennosti. Až v šestém roce se dostává abstinující do životního stylu a společenského postavení, kde již není brána v úvahu jeho závislostní kariéra (Heller, 1996).

Některé formy doléčování

- **Opakovací kúra:** krátkodobá hospitalizace při dodržení abstinence. Využívá se posílení motivačních procesů, možnosti konzultací s jinými abstinenty, psychoterapie.
- **Speciální opakovací kúra:** intenzivní léčebný program s masivní psychoterapií v přírodě či jiném vhodném prostředí.
- **Ordinace AT** (protialkoholní poradna): ambulantní zařízení
- **Kluby:** společenské organizace sdružující abstinenty včetně jejich rodin a přátel. Prvním socioterapeutickým klubem v poválečné době byl klub pod názvem KLUS, který založil významný český alkohololog J. Skála. Nyní se vytvořila celá síť socioterapeutické pomoci. Na činnosti klubů se podílejí jak profesionálové, tak laici (Heller, 1996).
- **Svépomocné aktivity:** jsou založeny na principu »Pomoc jinému člověku je současně pomocí sobě samému« (Raboch, 2001). Patří sem hnutí anonymních alkoholiků fungující po celém světě, Pavučina aj. (Heller, 1996).

2.6. Bažení (craving)

Jedním ze společných rysů závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách, ale i patologického hráčství a dalších, může být právě bažení neboli craving (Nešpor, 1999). Mezinárodní klasifikace nemocí popisuje bažení takto: „silná touha nebo pocit puzení užívat látku nebo látky“ (MKN - 10, 2000). Bažení ovšem souvisí i s dalšími znaky závislosti jakou jsou zhoršené sebeovládání nebo to, že někdo v náruživém chování pokračuje navzdory škodlivým důsledkům, které jsou mu známé. Při bažení se na rozdíl od obyčejného chtění aktivují jiné vývojově starší oblasti mozku, tedy bažení není řízeno vůlí (Nešpor, 1999). Craving se vyskytuje tehdy, když mezolimbický systém odměn má být uveden do normálního stavu (Rahn, 2000). Bažení s přibývajícím týdny a měsíci abstinence slábne a jeho trvání se obvykle zkracuje (www.psychopradna.cz).

Jaké bažení je nejsilnější?

- Bažení je nejsilnější v situaci, kdy je jeho předmět dostupný (bažení po alkoholu je silnější v místní restauraci než na schůzi Červeného kříže).
- Bažení je nejsilnější v počátcích abstinence (tedy např. první den po té, co závislý na

alkoholu přestane pít) než po delší době (když oslavuje minerální vodou nebo nějakým exotickým čajem výročí abstinence).

- Negativní duševní stavy zvyšují intenzitu bažení (Nešpor, 1999).

Projevy bažení

- Bažení tělesné: je to první typ bažení, k němuž dochází po odeznění účinků návykové látky.
- Bažení psychické: je druhý typ bažení, který vzniká po delší abstinenci, např. při pohledu na alkohol, nebo v nebezpečném prostředí. Při tomto bažení dochází ke změnám jako je zvýšení salivace, snížení kožního galvanického odporu, zhoršuje se postřeh, oslabená je paměť atd. (Nešpor, 1999).

Nedostatečně rozpoznané bažení

Nebezpečné je bažení, které si člověk neuvědomil, ale které přesto ovlivnilo jeho chování. To se může skládat s následujícími příčinami:

- 1. příčina: riziková situace, kde je mnoho spouštěčů. Nutno se těmto situacím vyhnout, tedy mít zdravý životní styl.
- 2. příčina: malá schopnost si sebe uvědomovat. Nutno podstoupit psychoterapii, relaxační a meditační techniky, psaní deníku atp.
- 3. příčina: Popírání bažení a pocity viny. Nutno si bažení přiznat a přijmout ho jako součást nemoci
- 4. příčina: Zaměňování bažení za chuť. Nutno si přiznat závislost – pomůže psychoterapie, kluby, doléčování atd. (Nešpor, 1999).

Terapie bažení: je součástí preventivní léčebné strategie, jejímž cílem je minimalizovat riziko relapsu u závislého klienta. Tedy klient by měl udělat krok směrem od drogy. Klíčovou rolí v terapii hraje nácvik sociálních dovedností, forma behaviorální terapie (zvládání stresu atp.) a podpůrná farmakoterapie (Raboch, 2001).

Jakými možnými způsoby lze bažení překonat? Při terapii bažení musí znát klient své spouštěče, které mohou být jak v okolnostech (např. dostupnost návykové látky), tak v něm samém (např. únava), a umět se jim dostatečně bránit. Důležité je uvědomit si negativní důsledky recidivy, odvedení pozornosti k činnosti, uvědomit si minulé negativní zkušenosti s alkoholem, uvědomit si výhody abstinence, jít spát, relaxovat, včas bažení rozpoznat, myslet na své zdraví, hovořit o pocitech při bažení, napít se nealkoholického nápoje, využívat talismanů připomínajících abstinenci, někomu odevzdat peníze, pozorovat dech, sám někomu nabídnout pomoc atd. (Nešpor, 1999).

2.7. Psychoterapie v léčbě závislostí

Hovoříme-li o psychoterapii, je třeba mít na paměti, že existují různé formy a psychoterapeutické směry. K psychoterapii se také řadí rodinná terapie, využívání relaxačních technik, nebo principy terapeutické komunity. V literatuře se uvádí, že kognitivně behaviorální postupy bývají při léčbě závislostí často účinnější nežli psychoterapie dynamická. Také se častěji setkáme s užíváním terapie skupinové, než individuální. Kromě toho zůstává důležitým faktem, že se různé techniky a postupy uplatňují v různých stádiích léčby (Nešpor, 1996). Níže se budu zabývat aspekty psychoterapie, které jsou využitelné pro ergoterapii.

V léčbě je nejvhodnější **kognitivně - behaviorální terapie (KBT)**. Kognitivně behaviorální přístup se skládá ze dvou různých technik, kde se klient jak učí teorii, tak mění své chování. Samotná behaviorální terapie se zřídka sama o sobě používá, spíše se používá v kombinaci s kognitivními metodami. Kognitivní metody obvykle zdůrazní přímou vazbu ke změně chování. KBT metoda zahrnuje trénink ke zlepšení psychosociálních dovedností, překonávání stresových faktorů, identifikování rizikových situací pro konzumaci alkoholu, zahrnuje techniky ke zvyšování sebekontroly, prevenci recidiv atd. (Berglund, 2003). O dalších aspektech KBT se zmíním níže.

Metody kognitivně behaviorální terapie vedou rychle k cíli a mohou ve většině případů stačit k úspěšnému zvládnutí existujících potíží a problémů. Nepředpokládají složité vyrovnávání se pacienta s minulostí, ale pracují s jeho současností, a připravují ho na budoucnost tím, že ho vedou k pozitivnímu myšlení a nacvičují s ním žádoucí chování. Výklad, který poskytuje kognitivně-behaviorální terapeut, je přímý, jasný a klientovi plně srozumitelný, tvrzení jsou zdůvodněná a dokazatelná. V terapii se pracuje s konkrétními jasně definovanými problémy, stanoví se konkrétní cíle, v centru pozornosti jsou vědomé psychické procesy a pozorovatelné chování. Postupy se neopírají o neprokázané spekulace (Možný, 1999).

Kognitivně-behaviorální intervence používané v léčbě závislostí zahrnují:

- poskytnutí informací o bezprostředních a dlouhodobých účincích drogy;
- změnu vztahu k požívání drogy pomocí rekapitulace problémů a ztrát způsobených závislostí;
- odstranění nedostatků, které jsou požíváním drogy kompenzovány, např. nácvik relaxace, sociálních dovedností, nácvik řešení problémů, nácvik zvládnání stresu;

- odstranění faktorů okolního prostředí, jež chrání klienta před dopadem následků jeho závislosti, např. pomocí rodinné či manželské terapie;
- vytvoření nových vzorců chování a změna okolního prostředí bez vztahu ke zneužívání drogy, např. nalezení nového zaměstnání, nových zájmů atd.;
- vytvoření záchranné sítě a alternativního chování v okamžicích stresu;
- restrukturalizace přesvědčení a postojů, které závislost podporují např. změnit přesvědčení, že pití alkoholu je jedinou možnou metodou jak řešit konflikt s manželkou;
- příprava plánu na zvládnutí relapsu.

Důležitou složkou kognitivně-behaviorálních léčebných programů pro závislé klienty je vytvoření strukturovaného prostředí, v němž se klient neseťká s podněty vedoucími ke zneužívání, a v němž se může naučit výše popsaným novým formám chování a uvažování. V rámci terapie si klient stanoví jednotlivé cíle, k jejichž splnění směřuje, a postupně řeší jednotlivé problémy (Možný, 1999).

V 80. letech byly do léčebných programů zahrnuty i kognitivní metody zaměřené na zvýšení motivace k léčbě a na změny postojů k sobě samým a ke své budoucnosti (Možný, 1999)

Posilování motivace:

- schopnost projevovat klientovi respekt, naslouchat mu a komunikovat s porozuměním
- pomoci klientovi uvědomit si rozpor mezi tím, jak žije, a jak by chtěl žít;
- terapeut se s pacientem nehádá, není účelné atakovat určité obrany v určité fázi léčby;
- takzvaný „odpor“ z klientovi strany terapeut využívá např. jestliže někdo tvrdí, že má stresující zaměstnání, kvůli kterému užívá návykové látky, je třeba ho přesvědčit, že právě proto by zasluhoval něco lepšího než další tělesnou i duševní zátěž);
- terapeut podporuje soběstačnost a důvěru ve vlastní možnosti se na pozitivní změně podstatným způsobem podílet

Posilování motivace ke změně je vhodné i u příbuzných a lidí pro klienta důležitých (Nešpor, 1996).

Další aspekty kognitivně-behaviorálního přístupu, které jsou v léčbě využívány jsou: Marlatova koncepce prevence recidivy, vícestupňová obrana, intrapersonální a interpersonální dovednosti, zvládnání touhy po návykové látce, elaboráty a domácí praxe, asertivní trénink, sebeodměňování a posilování pozitivního chování, vyhasínání, terapeutický kontrakt, životní styl (Nešpor, 1996).

- c) zaměřuje se na specifická pozorování a pocity vznikající v posluchači spíše než na dohady o motivacích mluvčího nebo interpretace;
- d) příjemce prověřuje zpětnou vazbu s ostatními členy, aby získal konsensuální potvrzení.

Prostřednictvím zpětné vazby se klienti stávají lepšími svědky vlastního chování a učí se uvědomovat si dopady svého chování na pocity druhých (Yalom, 2003).

2.8. Životní styl

Intervence na úrovni zdravého životního stylu z psychologického hlediska se využívají v rámci přístupu kognitivně-behaviorální terapie. V praxi je možné si nechat podrobně popsat pracovní a víkendový den, zhodnotit ho a navrhnout změnu. Při ambulantní léčbě se doporučuje navrhnout jednoduchou a poměrně snadno realizovatelnou změnu. Až se osvědčí, navrhne se další. Ústavní léčba poskytuje možnost radikálnější reformy životního stylu. Důležité je, aby si pacient prvky pozitivně změněného stylu v průběhu léčby přenesl do přirozeného sociálního prostředí (Nešpor, 1996).

Nesprávný životní styl vede k tomu, že se člověk často setkává se spouštěči (rizikové prostředí, únava, deprese...). Proč je důležité se spouštěčům vyhýbat? Sníží se riziko automatického návykového jednání a riziko recidiv. Předchází se tím bažení. Bažení v bezpečné situaci je navíc slabší. Člověk se dostane do lepší a bezpečnější společnosti. Pomáhá se tak vytvářet zdravější životní styl, a ten řadu spouštěčů často automaticky odstraní (Nešpor, 2000). Ke zdravému životnímu stylu patří dostatek pohybových aktivit volených s ohledem na zdravotní stav. Klient by měl vědět, že tělesné cvičení nebo fyzická práce mohou snižovat deprese a úzkosti, někdy navodit i určitý stav euforie (Nešpor, 1999). Dále do zdravého životního stylu řadíme určitou pravidelnost, přiměřenou a vyváženou stravu, dostatek spánku, umět se vyrovnat se stresem, rovnováhou mezi povinnostmi a zájmy, relaxací atp. (www.vyziva.estranky.cz). Doporučení, týkající se životního stylu pro závislé na návykových látkách, zahrnují:

- přerušit veškeré kontakty s lidmi, kteří berou návykové látky;
- vytvořit si nové kvalitní zájmy;
- utvořit si novou síť sociálních vztahů;
- utvořit si novou sociální identitu (Nešpor, 1996).

Další intervence ke zdravému životnímu stylu:

- Zásobárna radostí: používá se u těch, kteří mají velké pracovní zatížení. Cílem je vytvořit si v životě rovnováhu mezi „musím“ a „chci“. Tedy mezi povinnostmi a zájmy. Klient si vytvoří kartičku, na kterou si vypíše dvacet věcí i více, které mu v životě dělají radost. Kartičku bude mít klient po ruce, a když bude cítit, že toho na něj život nakládá příliš, vybere ze své zásobárny radostí tu, na kterou má právě chuť.
- Pokud klient potřebuje v životě mnoho silných podnětů, může si ve vypsáném seznamu zdrojů radosti podškrtnout ty položky, které mu je přináší.
- Klient se může věnovat aktivitám, které jsou neslučitelné s pitím alkoholu např. práce s počítačem, luštění křížovek, procházka se psem, hraní si s dětmi, návštěva lidí, kteří nadměrné pití alkoholu nesnášejí a dalším.
- Zásadní změna prostředí je vhodná zejména tam, kde by se člověk obtížně odpoutával od nevhodné společnosti. Tato změna je psychicky náročná, znamená to vytvořit si nový okruh známých, zorientovat se v místních poměrech, zvládat nezvyklé situace atd. Lidé závislí si často myslí, že jejich problém je v práci, v manželce, v okolí. Pokud však toto změní, zjistí, že v nové práci atp. se dostávají do stejných situací. Je tedy nutné se soustředit na problém s alkoholem (Nešpor, 1999).

Typické poruchy životního stylu:

- Přesponovaný životní styl: se vyskytuje u lidí, kteří toho chtějí stihnout příliš moc, často jsou v časové tísní. *Doporučení:* zbytečně nespěchat, vyhýbat se stavům vyčerpání, nepřibírat si další povinnosti, umět se rozdělit o práci, nechávat si časovou rezervu na nepředvídané komplikace, odpočinek si plánovat stejně zodpovědně jako pracovní úkoly.
- Prázdný životní styl: je pro něj typická nuda a prázdnota. Může jej vyvolat nezaměstnanost, nemoc. *Doporučení:* nepodceňovat práce, které by v minulosti byly nezajímavé, vstávat v určitou dobu, rozvrhnout si časový harmonogram a dodržovat jej. Uvažovat o dobrých možnostech, které daná situace poskytuje.
- Chaotický životní styl: typické je nepředvídatelné střídání období mimořádného vypjetí a naprosté nečinnosti. Může to být dáno zevními okolnostmi nebo sklonem nechávat věci na poslední chvíli. *Doporučení:* rozdělit si naléhavé záležitosti na ty, které skutečně spěchají a na ty, které mohou počkat. Je dobré si pořídit diář, plánovat si práci i odpočinek. Dbát na rovnoměrné rozložení práce a odpočinku.

- Rizikový a stresující životní styl: bývá u lidí v těžkých situacích nebo vykonávajících riziková a stresující zaměstnání. *Doporučení:* Je dobré uvažovat nad svojí schopností práci dlouhodobě vykonávat. Naučit se relaxační techniku a používat ji pravidelně. Svěřovat se se svými těžkostmi blízkým.
- Neradostný životní styl: je naplněn povinnostmi a schází v něm radosti a potěšení. *Doporučení:* neodkládat i drobná potěšení na neurčito. Nevyžívat se v trpělivosti a nevyvolávat ve druhých pocity viny. Ubrat nepříjemných povinností a přidat radosti. Je dobré mít potěšení z maličkostí, které si můžete obstarat sami.
- Nastražený životní styl: člověk s tímto životním stylem předpokládá, že mu chce každý ublížovat. *Doporučení:* všimnout si toho, jak se chová on sám k ostatním. Změnit svůj styl chování k ostatním, všimnout si změn v reakcích. Více prospívá spolupráce, než soupeření (Nešpor, 2000).

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1. Úvod k praktické části

Mým prvním cílem v praktické části bakalářské práce je popsat chod lůžkového oddělení – ženy; oddělení pro léčbu závislostí VFN. V zařízení se dále zaměřit na možnosti využití ergoterapie a na předpokládanou úlohu, kterou by mohl ergoterapeut v tomto zařízení zastávat.

V průběhu svého čtyřtýdenního působení na oddělení, mě napadla možnost využití ergoterapie při návratu klientky do domácího prostředí a do zaměstnání. Uvažovala jsem nad rozdílem striktního denního režimu tohoto zařízení a nad denním režimem, který měla klientka v průběhu užívání alkoholu, tedy v období před hospitalizací. Pokusila jsem se tedy pomoci strukturovat denní režim jedné klientce ze zařízení po návratu do domácího prostředí. Při práci bylo nezbytné brát v potaz požadavky klientky a aktivně klientku zapojit do činnosti. V postupu práce jsem použila strukturu COPM (Canadian Occupational Performance Measure), tedy kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání, který je běžně ergoterapeuty používán. Snažila jsem se svůj postup a zjištění, ke kterým jsem v průběhu práce dospěla, zaznamenat v kapitole Kazuistiky pod názvem „Asistence ergoterapeuta při sestavování denního režimu“, tak aby byl přínosem a podkladem pro práci dalších ergoterapeutů, kteří by se tímto zabývali. Tuto práci jsem zařadila na první místo, neboť pro mne byla více objektivní.

Následuje kazuistika klientky, která byla v základní léčbě v tomto zařízení. Jejím obsahem je rozhovor strukturovaný podle MOHO (Model of Human Occupation), tedy modelu lidského zaměstnávání. Tento model jsem použila proto, že jeho struktura mi přišla vhodná k tomu, aby si klientka mohla postupně vytvářet náhled nad svým onemocněním, a do budoucna se lépe zaměřila na problémové oblasti. K tomuto účelu by mohl ergoterapeut použít i WRI (Walker Role Interview), jedná se o semi-strukturovaný rozhovor, který obsahuje 28 doporučených otázek, vztahující se k šesti oblastem, jež jsou v MOHO definovány. V této kazuistice bych chtěla tedy poukázat na funkci modelu MOHO, díky kterému si klientka postupně nahlížela situace, ve kterých se v životě vyskytuje, a následně se s nimi snažila lépe pracovat.

3.2. Lůžkové oddělení-ženy; oddělení pro léčbu závislostí VFN

3.2.1. Stručný popis oddělení závislostí VFN-lůžkové oddělení - ženy

Oddělení pro léčbu závislostí je zaměřeno na léčbu závislostí na návykových látkách a patologického hráčství (gamblingu) a terapii duálních poruch (kombinace závislosti na návykové látce a další duševní poruchy). Zajišťuje i rodinnou terapii návykových nemocí (<http://www.vfn.cz>).

Oddělení pracuje s principy terapeutické komunity. Klientky jsou zde vedeny, jak ke správnému chování a jednání v rámci jednotlivce, tak k týmové spolupráci. Základem léčby, kterou oddělení využívá je skupinová psychoterapie a výše zmíněné principy komunity. Jeho chod podrobněji popisují níže.

Multidisciplinární tým se skládá z těchto členů: lékař, psycholog, zdravotní sestry, sociální pracovnice a pracovní terapeut. Z těchto členů bych se ráda více zmínila o náplni práce pracovního terapeuta, o které se domnívám, že se značně překrývá s náplní práce ergoterapeuta (viz. níže).

Náplní práce pracovního terapeuta je vedení pracovní terapie, kterou si terapeut předem naplánuje. V rámci této terapie terapeut poskytuje na vyžádání klíče a jiné prostředky, dává instrukce ke vhodnému zacházení s náradím, klientky vzdělává ve výběru vhodné stravy a upozorňuje na nevhodné potraviny. Superviduje sociální chování klientek v rámci pracovní terapie, ale i ostatních částí programu, a dává zpětné vazby a terapeutické body. Tyto body potom eviduje do dokumentace. Terapeut také určuje denní službu klientek. Dále terapeut poskytuje individuální konzultace v případě zájmu. Terapeut, tak jako ostatní členové týmu, vede ranní komunity. Dále má na starosti chod zařízení ohledně stravování.

Režim (tzn. časová struktura dne se svými pravidly) je sestaven tak, aby co nejvíce podpořil terapii a rehabilitaci klientek. Je namířen proti jednání a chování narušenému dlouhodobým působením alkoholu či jiných drog. Vyžaduje se tedy, aby byl náročný a důsledný. Klientky jsou v tomto režimu provokovány k žádoucím konfliktům a aktuálním postojům. Cílem je, aby klientka postupně ve spolupráci s terapeuty a lékaři změnila svůj psychický a somatický stav (Heller, 1996).

Klientky jsou při příjmu na oddělení seznámeny s léčebným řádem, který je nutno v zařízení dodržovat.

V tomto řádu jsou blíže rozepsány tyto oblasti, podmínky a povinnosti, které se s nimi pojí:

- podmínky kontaktu klientek s vnějším okolím – příjem návštěv, korespondence, telefonáty, návštěvy odborných lékařů, léčebné vycházky, které slouží k návštěvě rodin a k vyřízení záležitostí v zaměstnání.
- spoluspráva klientek – slouží k vytváření účinného spolupůsobení komunity klientek a personálu. Spoluspráva klientek je složena ze šesti členů, kde každý člen má určitou funkci. Do funkce je klientka jmenována personálem po předchozí volbě komunitou. Tato funkce je vymezena jak časem stráveným v této funkci, tak povinnostmi z ní vyplývajícími. Pokud klientka plní své povinnosti, je odměněna určitým počtem terapeutických bodů. Klientka v určité funkci má i možnosti udělovat ostatním klientkám, pokud nesplní své povinnosti, terapeutické body. Tato skutečnost představuje vhodné prostředí pro vznik chtěných konfliktních situací.
- Denní služba klientek – mezi tuto službu patří následující činnosti: kuchyně, vrátná, úklid, praní , žehlení, šití, servírka , mistrová, náradí, nákup, kavárna. V léčebném řádu je specifikována pracovní náplň služby. Dále bodové ohodnocení služby a délka trvání služby. Tato služba je určována pracovním terapeutem, jak jsem zmínila výše.
- Terapeutický bodovací systém – tento systém sleduje hodnocení jednotlivce v rámci týdenní i celoroční soutěže. Komunita je rozdělena na tři skupiny (většinou po osmi členech) a tyto skupiny jsou také bodově hodnoceny. Systém tedy vyvolává nejen zdravou soutěživost mezi jednotlivci, ale také mezi skupinami. Tento systém také slouží jako ukazatel pokroku v léčbě. Terapeutické body jsou kladné a záporné. Terapeutické body záporné bychom neměly vnímat v negativním slova smyslu jako „trest“, ale jako informaci, že klientka někde pochybila, což si klientky mnohdy špatně vysvětlují. V léčebném řádu je blíže popsáno, za co jsou uděleny. Dále jsou zde uvedeny výpočty limitů bodů pro skupinu a komunitu a následky vyplývající z překročení těchto limitů.
- Důvody k okamžitému propuštění a důvody k přerušení léčby ze strany týmu.
- Vycházky – typy vycházek a jejich podmínky. Dále jsou zde popsány podmínky propuštění.
- Obecná ustanovení pro zařízení - jedná se zde o zásady hygieny v zařízení, šetření energiemi, pravidla práce v prádelně. Dále se zde vymezuje pojem „vícepráce“. Jedná se o práci, která je konaná v osobním volnu klientky. Určuje jí pracovní terapeutka na páteční odpolední komunitě. „Vícepráci“ je klientka povinna nahlásit

sestře na jejím začátku i po ukončení. Tato „vícepráce“ je ohodnocena terapeutickými body.

3.2.2. Vhodně využívané aktivity v protialkoholní léčbě poskytované zařízením

V zařízení je rozepsaný program týdne. Každý den je rozepsaný od 06:15 do 22:00. Kromě soboty, ta je rozepsaná od 6:30 do 22:00, a neděle od 7:00 do 22:00.

Pro představu z čeho se program týdne skládá, uvedu aktivity z programu, které mají terapeutický potenciál:

- Klientky si vedou samy tyto aktivity: rozevčky, zpěv, čtení z tisku, samostudium, kvízy, autorelaxace.
- Pod vedením terapeuta probíhá: relaxace, pracovní terapie, přednášky, skupinová psychoterapie, psychoterapeutická skupina s využitím výtvarných technik, elaboráty vypracované na určité téma týkající se problematiky alkoholismu, psaní deníku sloužící ke každodenní komunikaci mezi klientem a terapeutem, životopis sloužící k individuální nebo skupinové psychoterapii, setkání s absolventkou léčby, kulturní vycházka, výběr televizního filmu či pořadu a nákup (po schválení terapeutickým týmem). Úklid, jehož provedení hodnotí členové terapeutického týmu.
- V rámci zařízení byla vystavěna denní místnost, kde se nabízí káva, zvaná „kavárnička“. Tato kavárna není zpřístupněna veřejnosti, jen klientům a zaměstnancům zařízení. Hlavním účelem „kavárničky“ je to, aby klientky měly dávkovaný příjem kávy a cigaret. V kavárničce pracují klientky dle rozpisu služeb, které vaří kávu a obsluhují návštěvníky. Opět je jejich výkon bodově ohodnocen pracovním terapeutem.
- V rámci pracovní terapie klientky vykonávají denní službu, kterou určuje pracovní terapeut na páteční komunitě. Do denní služby klientek spadají tyto činnosti: kuchyně, vrátná, úklid, praní, žehlení, šití, servírka, mistrová, náradí, nákup, kavárna (kavárna - viz. výše).

Každý den probíhají **ranní komunity**, kde klientky hlásí stav, ve kterém jsou nastoupeny. Hlásí se stav úklidu a hodnotí se případné nedostatky s ním spojené; projednávají se nesplněné povinnosti klientek. Velký prostor je tu vymezen na zpětné vazby, které si dávají klientky mezi sebou a týmem. Dále si klientky předávají symboly s určitým „poselstvím“ pro tu klientku, které symbol předávají. Následuje čtení významné události

klientky. Klientky si závěrem zazpívají píseň a sdělí ostatním významné události týkající se aktuálního datumu. Komunita se uzavře konečným hlášením.

Volná tribuna je forma kolektivní psychoterapie vedené psychoterapeutem jedenkrát týdně v rámci léčebného programu. Zahrnuje všechny problémy a události během jednoho týdne. Na volné tribuně se mohou probírat na přání klientek nějaké větší problémy vzniklé v komunitě. Platí zde „beztrestnost“. To znamená, že pokud někdo poruší řád, tak na volné tribuně může přiznat přestupek, a nebude mít za to žádný postih.

Klient musí být společensky oděný, jelikož se jedná o společenskou událost. Na to je kladen důraz. Na ranní komunitě si klientky podávají žádost, jakou by chtěly náplň odpolední volné tribuny. Nejčastěji bývá obsahem volné komunity loučení s odcházející klientkou. Loučení probíhá tak, že klientka si nejdříve vyslechne poselství od ostatních, poté pronese řeč a závěrem zazvoní na zvonec, což představuje nejen rozloučení s komunitou, ale také začátek nového lepšího života. Další částí bývají terapeutem připravené psychoterapeutické hry, či dotazníky nebo jiné aktivity podle zvážení terapeuta. Závěrem volné tribuny si klientky společně zahrají hry a kvízy, které si připravily.

Socioterapeutický klub, kde se setkávají klienti v léčbě s již abstinujícími klienty. Vedle klubu existují celé doléčovací programy se svými opakovacími kúrami a dalšími službami poskytovaným pacientům po ukončení základní léčby a přechodu do léčby ambulantní (Heller,1996).

3.2.3. Případné možnosti využití ergoterapie v protialkoholní léčbě tohoto zařízení

Domnívám se, že nejdůležitější úlohu, by ergoterapie měla mít především v oblasti návratu klientky do domácího a pracovního prostředí. A to konkrétně v sestavování denních režimů, ohodnocení a projednávání případných změn na pracovišti a v edukaci ohledně zdravého životního stylu.

Klientka je propuštěna po čtyřech měsících z režimového zařízení, kde žila podle struktury denního programu zařízení, a sžila se s některými pravidelnými aktivitami, které by bylo vhodné si zakomponovat do denního režimu, který bude klientka mít po propuštění. Zároveň je pak důležité předcházet některým patologickým stereotypům, které klientka měla jak v zaměstnání, tak v domácím prostředí.

Domnívám se, že ergoterapie by se v této oblasti uplatnila také u ambulantní léčby, kdy klientky ještě nebyly v základní léčbě, pouze z domova docházejí do ordinace AT.

V průběhu léčby by bylo vhodné v rámci ergoterapie vzdělávat klientky v práci na PC. Klientky staršího věku nemají dovednosti v práci s internetem a základními počítačovými programy. Tímto se zužují jejich možnosti v oblastech vyhledávání si vhodného zaměstnání a zajištění si vhodných volnočasových aktivit, kurzů atd.

Dále je vhodná skupinová ergoterapie, jejíž náplní je úklid prostor domu a práce v exteriéru – zahradnictví. Tuto terapii výše popsané zařízení VFN poskytuje pod názvem „pracovní terapie“. Klientky znovu obnoví své pracovní návyky a mohou tuto zkušenost generalizovat v domácím prostředí. Vzpomenu i důležitý fakt, že příjemné, uklizené prostředí zpětně pozitivně stimuluje psychiku klientek, což je v léčbě podstatné. Neméně důležitou skutečností je fakt, že klientky pozorují první zlepšení stavu jak psychického, kdy si uvědomují své schopnosti a dovednosti, tak stavu fyzického, právě při „pracovní terapii“.

Též můžeme využít skupinovou terapii zaměřenou na zvýšení fyzické a psychické kondice jejíž náplní bude relaxační cvičení, kondiční cvičení nebo jóga.

- Relaxační cvičení slouží k navození tělesného a duševního uvolnění. Pomáhá odstranit zbytečné nevhodné napětí (Haladová, 2003).
- Kondiční cvičení využíváme k udržení stávajícího zdravotního stavu, k zachování určitého stupně trénovanosti organismu. Snažíme se klientky aktivovat, aby samy měly ze své aktivity dobrý pocit (Haladová, 2003).
- Jóga je také vhodným cvičením, které můžeme použít. Kombinuje výhody tělesného cvičení a relaxace. Pomáhá k mírnění řady obtíží jako např. bolest vertebrogenního původu, bolesti hlavy, menstruační bolesti atd., a zároveň slouží k překonávání stresu a únavy. Ergoterapeut by měl však jógu užívat pouze tehdy, pokud si v tomto směru rozšíří své vzdělání. (www.drnespor.eu)

V léčbě syndromu závislosti na alkoholu můžeme využít skupinovou ergoterapii, jejíž náplní budou kreativní techniky, společenské hry, atp. Jedná se o kondiční ergoterapii, která má za úkol odpoutat pozornost klientek od nepříznivého vlivu onemocnění. Snažíme se tedy spíše udržet dobrý psychický stav a zároveň motivovat klientky k rozšíření si zájmových činností. V případě, že klientka činnosti již dělala, připomeneme jí tak pozitivní vztah k aktivitě.

Pomocí kreativních technik a her můžeme také trénovat jemnou motoriku, kognitivní funkce, pozornost a další oblasti, které u některých klientek bývají postiženy. Pak bychom mluvili o ergoterapii cílené na postiženou oblast. Tento pohled bych však vnímala spíše jako

sekundární, ve spojení s výše jmenovaným zařízením, neboť jsem se v tomto zařízení nesetkala s větším počtem klientek, které by měly v těchto oblastech výraznější problémy.

Myslím, že v případě potřeby by bylo vhodné využít spíše ergoterapii individuální, cílenou, zaměřenou podle potřeby například na trénink kognitivních funkcí nebo jiné oblasti.

3.2.4. Předpokládaná úloha ergoterapeuta v tomto zařízení

Jak už jsem zmínila v kapitole 3.2.1, náplň práce stávajícího pracovního terapeuta a ergoterapeuta se překrývají. Domnívám se, že v podstatě vše, co jsem uvedla k náplni práce pracovního terapeuta by mohl zastávat i ergoterapeut. Stručně ji tedy připomenu v níže vypsanych bodech. Rozšířím ji o některé aspekty, které jsou také důležité a vhodné z hlediska ergoterapie.

Předpokládaná náplň práce ergoterapeuta v zařízení:

- připravuje si a naplánuje skupinové terapie, případně individuální terapie;
- vede skupinové/individuální terapie (vhodná náplň je blíže popsána v kapitole 3.2.3.);
- v rámci terapie instruuje klienty, jak vhodně zacházet s pracovním nářadím, škola zad, klientky vzdělává ve výběru vhodné stravy, upozorňuje na nevhodné potraviny a dále vzdělává klientky v problematice zdravého životního stylu, případně vzdělává v práci na PC;
- superviduje sociální chování klientek a poskytuje jim zpětné vazby (k tomu využívá i terapeutické body);
- vede dokumentaci;
- určuje denní službu klientek;
- vede ranní komunity;
- asistuje klientce při sestavování denního režimu;
- konzultuje a vyjednává případné změny v zaměstnání klientky;
- poskytuje individuální konzultace.

Při práci s klientkami jsem používala následující metody při vyšetření a nástroje, které se mi osvědčily, a tedy bych je doporučila i ostatním ergoterapeutům zabývajícím se touto problematikou:

- a) metody při vyšetření: rozhovor (strukturovaný, otevřený i semistrukturovaný), pozorování
- b) nástroje používané ergoterapeutem: MOHO, WRI, COPM

Vhodný psychoterapeutický přístup je kognitivně-behaviorální přístup, který používají v léčbě závislostí nejen ergoterapeuté. V rámci tohoto přístupu je podstatné, aby terapeut uměl

poskytnout klientkám adekvátní zpětnou vazbu. Bližší popis tohoto přístupu je uveden v kapitole 2.7 v teoretické části.

Při práci by se měl ergoterapeut zaměřit na kladné vlastnosti klienta a vhodně s nimi pracovat v rámci např. motivace, zvýšení sebevědomí atd. Tyto vlastnosti jsou individuální. Neměly by se však opomíjet ani problémové oblasti klientek, které u většiny klientek bývají v psychosociálních dovednostech, které jsou:

- a) psychologické: hodnoty, zájmy, sebepojetí;
- b) sociální: role, sociální chování, interpersonální dovednosti, sebevyjádření;
- c) sebeorganizace: dovednosti pro zvládnutí stresových situací, časový management, sebekontrola.

Cílem terapie je umožnit klientkám lepší náhled nad jejich pracovními schopnostmi, celkově umožnit lepší náhled nad onemocněním. Zlepšit fyzickou i psychickou kondici. Pomoci v integraci do domácího a pracovního prostředí, tedy pomoci klientkám aplikovat zdravý životní styl v domácím prostředí a na pracovišti.

Ergoterapeut, který by chtěl pracovat s klientkami závislými na alkoholu, by měl být empatický, měl by umět klientky motivovat. Také by měl být spravedlivý a důsledný. Jelikož je důležité přimět klientky k tomu, aby dotahovaly věci do konce. A základním předpokladem je to, aby měl rád nejen své klienty, ale i svou práci.

3.3. Kazuistiky:

3.3.1. Asistence ergoterapeuta při sestavování denního režimu

Zvolený postup při sestavování denního režimu

Při sestavování denního režimu s klientkou budu postupovat podle níže uvedených bodů:

- A. Odebrání stručné anamnézy + zjištění situace v zaměstnání
- B. Zjištění denního režimu, který klientka měla v období konzumace alkoholu
- C. Klientka si vypíše všechny aktivity, které spadají do oblastí osobní péče, zaměstnání, pasivní rekreace, aktivní rekreace, produktivity (podle COPM).
- D. Společný rozhovor nad jednotlivými položkami, které jsou pro ní momentálně důležité např. zda-li k zájmovým činnostem má přístup, jaký denní režim má o víkendech atd.
- E. Klientka si sestaví podle rozepsaných položek plán na týden, který se pokusí dodržovat. Při vyskytnutí se problému možnost konzultace přes e-mail/telefonicky.
- F. Společně s klientkou rozebereme výhody a problémové oblasti navrženého denního režimu. Navrhne případné úpravy.
- G. Další týden si opět klientka sama sestaví plán, kde může již lépe upravit věci, které jí v předešlém plánu nevyhovovaly. Při vyskytnutí se problému možnost konzultace přes e-mail/telefonicky.
- H. Společně s klientkou opět rozebereme výhody a problémové oblasti navrženého denního režimu. Navrhne případné úpravy.
- I. Ze vzniklých dvou návrhů denního režimu se sestaví jeden návrh denního režimu, který bude ve svém základě aplikovatelný na každý týden, a který především bude zamezovat patologickým návykům klientky, které měla klientka před léčbou. Tento režim sestaví klient, terapeut nebo společně podle situace a dohody.
- J. Klientka se opět pokusí žít podle navrženého denního režimu. S klientkou opět zhodnotíme, jak jí tento režim vyhovuje. Pokud již nenastanou problémy, můžeme práci považovat za ukončenou.

Na základě tohoto plánu si stanovím celkový počet terapeutických jednotek, které budou trvat přibližně jednu hodinu, a naplánuji si jejich náplň. Nezapomenu poskytnout klientce možnost telefonického kontaktu a komunikace přes e-mail v případě potřeby.

Předpokládaný počet terapeutických jednotek: 7

Plán jednotlivých terapeutických jednotek

- 1) Seznámit klientku s oborem ergoterapie a náplní naší spolupráce. Domluvit si systém komunikace mezi námi např. PC, mobil, osobní kontakt. Předběžně se s klientkou domluvit na počtu předpokládaných sezení a jejich trvání. Odebrání si stručné anamnézy klientky.
- 2) Zjištění situace v zaměstnání a denního režimu, který měla klientka v období konzumace alkoholu. Instruktaž klientky k vypsání položek do tabulky sestrojené dle COPM. S klientkou se domluví na systému předání si tabulky.
- 3) Zhodnocení jednotlivých položek, které klientka uvedla. Zjištění kompletnosti údajů. Instruktaž klientky k sestavení denního režimu na následující týden. Tento mi dá k dispozici před začátkem toho týdne. Klientce připomenu možnost konzultací přes internet, nebo osobního setkání v případě potřeby.
- 4) Zhodnotím s klientkou výhody a nevýhody tohoto režimu. Klientku se budu snažit cílenými dotazy dovést k možným změnám nebo jiným variantám řešení denního režimu. Klientku instruji k sestavení dalšího režimu na následující týden, který mi pošle přes e-mail. Opět připomenu možnost konzultací.
- 5) Opět zhodnotíme denní režim a probereme případné změny, výhody, nevýhody a jiné požadavky klientky. Pokud se klientce nepodaří sestavit takový plán, aby vyhovoval zcela požadavkům jak klienta tak terapeuta, pak terapeut (případně oba společně podle domluvy) do příští jednotky navrhne denní režim, který by byl paušálně aplikovatelný na každý týden, a aby doplnil a sjednotil shromážděné požadavky.
- 6) Zhodnotíme s klientkou navržený denní režim, který byl sestaven na základě dvou předchozích režimů, tabulky podle COPM, požadavků klientky a vlastního uvážení terapeuta, tak aby ho mohla klientka ve své základní struktuře používat nadále. Tento režim necháme klientku minimálně 14 dní dodržovat.
- 7) Závěrem ohodnotíme konečnou strukturu denního režimu. Zeptám se do jaké míry toto bylo pro klientku přínosem, zda-li pociťuje nějaké změny atp.

Terapeutické jednotky tak jak proběhly, jejich termíny, a výsledky:

Ad 1) Termín: 11.05.07

Klientku jsem seznámila s oborem ergoterapie a náplní naší spolupráce, tak jak si ji představuji. Také jsem se s klientkou domluvila na předběžném počtu setkání podle plánu (výše uveden).

Zeptala jsem se klientky na způsoby komunikace, které preferuje, a které bychom mohly využít, abychom byly spolu v kontaktu. Domluvily jsme se na komunikaci přes e-mail, telefon a osobní setkání.

Odebrala jsem si následující **stručnou anamnézu klientky**, kterou jsem postupně doplnila o silné a slabé stránky.

Jméno: E. B.

Pohlaví: žena

Věk : 48; ročník 1959

Nynější onemocnění: syndrom závislosti na alkoholu;

Vývoj závislosti a léčba: pije intenzivněji asi od 16 let. Do 37 let nepocítovala problém. Ve 38 letech se rozhodla k první ambulantní léčbě - rok farmakoterapie -Antabus; následuje 1,5 roku abstinence; po recidivě absolvovala 2krát ambulantní léčbu. Nyní absolvovala základní léčbu v zařízení VFN, 4 měsíce od 2.1.07 do 27.4.07. Nyní dochází na doléčovací skupiny i týdenní doléčovací pobyty.

Přidružená onemocnění: u klientky se nevyskytují žádná závažná vedlejší onemocnění

Bytová situace: 3+kk - panelák, nájemní byt, jezdí na víkendy na chatu.

Pracovní situace: zaměstnaná jako asistentka obchodního oddělení

Rodinná anamnéza : *Matka*, nar. 1927, angina pectoris, žije na Moravě, stará se o ni její syn a dcera, kteří tam též žijí. Je stále plně mobilní a soběstačná. *Otec* je již po smrti - rakovina slinivky. *Sestra, bratr:* jsou spolu stále v kontaktu - jsou informováni o léčbě, klientku podporují. *Syn*, nar. 1986, bydlel s otcem, který měl problémy s alkoholem. Nyní žije se svou přítelkyní. S matkou mají dobrý vztah. *Přítel:* s přítelem žije již 10 let. Není závislý na alkoholu. Klientku motivoval k léčbě.

Vzdělání: vyučená jako prodavačka průmyslového zboží v oboru železářství, kuchyňské potřeby. Dále vystudovala střední ekonomickou školu.

Pracovní anamnéza: od roku 1984 zaměstnaná v účtárně po dobu deseti let; od roku 1995 zaměstnaná v s.r.o. jako asistentka ředitele, v roce 2005 vyhozena kvůli problémům způsobeným užíváním alkoholu; v roce 1997 si udělala živnostenský list na vedení účetnictví. Nyní zaměstnaná jako asistentka obchodního oddělení.

Silné stránky: pracovitost, schopnost učit se novým dovednostem, zodpovědnost, spolehlivost, iniciativa, klientka je empatická, komunikativní, správně používá gestikulaci, udržuje oční kontakt, dbá o svůj zevnějšek.

Slabé stránky: klientka klade na sebe příliš velké nároky, v rozhovorech má tendence odbíhat od tématu, má problém s časovým režimem (nekončí práci včas), názory okolí mají na ni silný vliv, sebekontrola – je nyní uvědomovaná.

Ad2) Termín: 18.05.07

Pokusila jsem se zjistit, jak vypadal **denní režim klientky v období konzumace alkoholu**. Na základě rozhovoru jsem se od klientky dozvěděla, že v denním režimu, který měla před léčbou, chodila včas do zaměstnání a plnila svoje pracovní povinnosti.

V zaměstnání si svoje pracovní úkoly udělala ihned všechny najednou a ve zbývajícím čase ještě dělala práci za ostatní kolegy. Z toho byla velmi unavená a tato únava a nedocení kolegy a nadřizenými způsobovali komunikační konflikty se spolupracovníky. V práci klientka nechybovala, i když připouští, že kdyby alkohol požívala i nadále, postupem času by se k chybám dopracovala. Před léčbou chodila do práce střízlivá, ale z práce již pod vlivem alkoholu.

V domácím prostředí se opakoval podobný patologický návyk, kdy všechny domácí práce dělala v jeden den, a pak byla unavená a podle vlastních slov nevěděla, jak by se „odměnila“, než alkoholem. Svůj přístup k domácím pracím popisuje jako chaotický, kdy odbíhala od jedné práci k druhé. Doma se ještě věnovala účetnictví, které dělala soukromě šesti firmám.

Svůj ostatní volný čas měla vyplněný převážně konzumací alkoholu a spánkem.

Zjišťovala jsem, jaká byla dříve a jaká je nyní **situace v zaměstnání klientky**.

Klientka je nyní zaměstnaná jako asistentka obchodního oddělení. Náplň její práce se skládá především z fakturace - faktury kontroluje, eviduje, zajišťuje správný oběh faktur atp. Dále disponuje s drobnými výdaji firmy. Dojednává potřebné objednávky a jiné záležitosti (např. ubytování pro hosty atp.). Dále se zabývá personalistikou. Koncem měsíce se ve firmě dělá inventura, a k té se váže cesta do Brna, kde je hlavní sídlo firmy.

Základní předpokládané schopnosti pro tuto práci jsou: dobrá schopnost koncentrace, umět manipulovat s penězi, umět dobře komunikovat s lidmi, být flexibilní.

Práce je sice ve svém základě stejná, ale její různorodost spočívá v tom, že se klientka setkává z různými lidmi a zařizuje rozličné záležitosti, což vnímá jako pozitivní. Za negativní považuje, když v rámci inventury musí mluvit s dělníky. Má pocit, že jim musí všechno příliš vysvětlovat a vnitřně jí to rozruší. V tomto okamžiku dříve většinou konzumovala alkohol.

Po léčbě klientku kolegové mile přijali a podporují jí v abstinenci. Dostala nabídku od svého nadřízeného, že se nemusí účastnit inventury, jelikož si sám všiml, že špatně nesla komunikaci s dělníky. Tuto nabídku, velmi ráda přijala. Nevyhýbá se problémové situaci zcela. Snaží se jí čelit a hledat lepší varianty komunikace.

Před léčbou si nahromadila příliš mnoho práce najednou, prací se zaměstnávala v domácím prostředí. Nyní se pomalu učí si práci rozložit na celou pracovní dobu, zaměstnání doma již nevykonává.

Klientku jsem instruovala k vyplnění tabulky sestrojené podle COPM. Dále jsem se s klientkou domluvila, že bude pro obě nejvýhodnější, aby mi tabulku poslala přes e-mail.

Tabulka podle COPM. Klientka si vypíše všechny aktivity, které spadají do oblastí osobní péče, zaměstnání, pasivní rekreace, aktivní rekreace, produktivita (podle COPM).

Klientka si tedy vypíše všechny aktivity, které vykonává a připíše k nim, jak jsou pro ni časově náročné, a kolikrát během určitého časového období/den, týden atp. je třeba je opakovat. Klientka má na to dostatek času podle potřeby a domluvy. V našem případě stačilo přibližně 14 dní. Na základě tohoto rozpisu, který je zaznamenán do následující tabulky, si klientka bude sestavovat denní režim na následující týdny.

<i>Jednotlivé oblasti</i>	<i>Čas/minuty</i>	<i>Kolikrát denně</i>	<i>Kolikrát týdně</i>	<i>Kolikrát měsíčně</i>	<i>Kolikrát ročně</i>
<i>Osobní péče</i>					
<i>Osobní péče</i>					
ranní hygiena	15	1			
večer - koupel	30-40	1			
oblékání	15				
snídaně	15	1			
oběd	30	1			
večeře	15	1			
úprava vlasů	60		2x		
make-up	15 občas	1			
manikúra	30		2x		
pedikúra	30			2x	
odborná manikúra	75			1x	
kadeřník	120			1x	
<i>Dostupnost služeb</i>					
do centra Apolinát	45				
do zaměstnání/pěšky	15				
do banky/obě cesty	60				
pošta	35				
nákupy	120			1x	
<i>Produktivita</i>					
<i>Domácí práce</i>					
mytí nádobí	15				
vytírání malých ploch	20		1x		
vysávání	35		1x		
WC + koupelna	35		1x		
praní prádla	3 - 4hodiny		1x		
utírání prachu	30		1x		
žehlení	60		1x		
převlékání posteli + prání	3hodiny			1x	
mytí lednice	25			1x	
generální úklid					1x
<i>Volný čas</i>					
<i>Aktivní rekreace</i>					
turistika					
plavání					
kalanetika					
volejbal					
tenis					
petanque					
minigolf					
<i>Klidná rekreace</i>					
čtení a křížovky					
sledování TV					
práce na PC a internet					
zájem o minerály					
výtvarné práce					
aranžování květin					
<i>socializace</i>					
návštěvy divadla					
návštěvy kina					
návštěvy výstav					

Tab. 1 Tabulka podle COPM.

Pozn.: U některých aktivit není uvedena časová dotace z důvodu, že jsou těžko časově ohraničitelné (volný čas - rekreace, socializace), a mým zájmem je, aby klientka uměla reagovat na změny denního režimu dané okolím či momentálními potřebami. Tedy není třeba vše časově striktně ohraničovat.

Dále bych chtěla poznamenat, že kolonka „generální úklid“ zahrnuje mytí oken a věšení vypraných záclon. Aktivitu si klientka rozdělila do více dnů, aby neměla mnoho práce najednou.

Klientka jednou měsíčně s partnerem nakupuje a nakoupené zboží pak uschovává v mrazáku. Průběžně přikupuje jen pečivo cestou z práce, pokud je potřeba. Tento systém klientce vyhovuje.

Do aktivit klientky samozřejmě patří i léčebné aktivity, tedy skupinová psychoterapie 1x týdně a „opakovačky“, týdenní pobyty, které se opakují 1x za 2 měsíce.

Ad3) Termín: 06.06.07

Před setkáním s klientkou jsem prostudovala knihu MuDr. Nešpora „Závislost na práci“, kde jsem se dočetla některé dobré rady týkající se zdravého životního stylu, které jsem v rozhovoru použila v případě potřeby.

Klientky jsem se blíže zeptala na oblasti uvedené v tabulce. U jednotlivých oblastí jsem zjišťovala jejich dostupnost, pravidelnost se kterou je vykonává, které aktivity preferuje a proč, jaký k nim má subjektivní vztah, popřípadě jak se vztah k aktivitám měnil postupem času, zda existuje nějaká aktivita, která jí činí problém. Dále jsme se s klientkou snažily přemýšlet nad tím, které aktivity je pro ní příjemnější dělat v zimě, které v létě, a které celoročně atp.

Společně jsme se zamýšlely nad průběhem víkendů. Ty tráví většinou s přítelem – turistika nebo na chatě, která je rozestavěná, takže víkendy jsou spíše pracovní. Dále se jí nyní nabízí možnosti návštěv přátel ze zařízení. V zimním období jsme uvažovaly o možnostech zájmových činností jako keramika, výtvarná dílna atp. Klientce jsem doporučila, aby si denní režim plánovala i na chatě, kde je nebezpečí, že by mohla opět inklinovat k tomu, že by se přetěžovala.

Instruovala jsem klientku k sestavení denního režimu na následující týden. Tento mi poslala přes e-mail před začátkem toho týdne. Klientce jsem připomněla možnost konzultací přes internet, nebo osobního setkání v případě potřeby.

Sestavila si podle rozepsaných položek tento plán na následující týden, a ten se pokusila dodržovat:

pondělí	
6:15	budíček+hygiena+oblékání
6:45	odchod do zaměstnání
7:00	začátek pracovní doby
7:30	snídaně
11:30	oběd
15:30	konec pracovní doby
16:00	odpočinek + relax 15 min.
17:15	příprava večeře
18:05	večeře
18:30	mytí lednice
19:00	ČT1 TN
19:30	hygiena + psaní deníku
20:00	TV film dle výběru
22:00	spánek
úterý	
7:35	budíček+hygiena
8:00	snídaně
9:30	velký nákup v Hypernově
11:30	příprava oběda+vybalení a uložení nákupu
12:00	oběd
13:30	odchod na návštěvu za Mirkou do zařízení
15:15	odjezd domů
16:15	volný čas doma s přítelem
17:30	příprava večeře
18:00	večeře
19:00	ČT1 TN
19:30	hygiena + psaní deníku
20:00	zhodnocení dne s partnerem, úvaha o víkendu
21:00	sledování TV
22:00	spánek
středa	
6:15	budíček+hygiena
6:45	odchod do zaměstnání
7:00	začátek pracovní doby
7:30	snídaně
8:00	odjezd do Brna na sídlo firmy
16:00	plánovaný návrat z Brna
16:15	kadeřnice
18:30	večeře
19:00	ČT1 TN
19:30	hygiena + psaní deníku
20:00	TV film dle výběru
22:00	spánek

čtvrtek	
6:15	budíček+hygiena
6:45	odchod do zaměstnání
7:00	začátek pracovní doby
7:30	snídaně
11:30	oběd
15:00	konec pracovní doby
16:15	doléčovací skupina v zařízení
17:30	konec doléčovací skupiny
18:35	setkání s děvčaty po skupině
19:15	lehká večeře
19:30	hygiena + psaní deníku
20:00	TV film dle výběru
22:00	spánek
pátek	
6:15	budíček+hygiena
6:45	odchod do zaměstnání
7:00	začátek pracovní doby
7:30	snídaně
11:30	oběd
15:30	konec pracovní doby
16:00	relaxace a odpočinek
16:30	volný čas
17:30	příprava večeře
18:00	lehká večeře
19:30	hygiena + psaní deníku
20:00	TV film dle výběru
22:00	spánek
sobota	
7:30	budíček+hygiena
8:00	snídaně
8:30	praní osobního prádla
10:00	příprava obědu
12:00	oběd
13:00	relaxace + odpočinek
14:00	volný čas-výlet do přírody dle počasí
18:35	příjezd domů
19:00	lehká večeře
19:30	hygiena + psaní deníku
20:00	TV film dle výběru
neděle	
8:00	budíček+hygiena
8:30	snídaně
9:30	volný čas-výlet do přírody dle počasí
12:00	oběd, někde v restauraci-dle možnosti s přítelem
13:00	pokračování ve výletu
18:35	příjezd domů
19:00	lehká večeře
19:30	hygiena + psaní deníku
20:00	TV film dle výběru
22:00	spánek

Tab. 2 Denní režim v týdnu od 11. 06. 07 do 17. 06. 07
Ad4) Termín: 09.07.07.

Zhodnotila jsem s klientkou výhody a nevýhody tohoto režimu. Zeptala jsem se, zda-li bylo možné ho takto dodržet, jak si ho rozepsala. Jestli někde pocítovala problém a co se jí naopak líbilo. Klientku jsem pochválila za určitou pravidelnost a za vložení relaxace, která velmi dobrým způsobem vytváří hranici mezi pracovní dobou a odpočinkem. Určitě jsem ocenila i psaní deníku, což je aktivita, kterou si klientka přenesla do svého domácího prostředí

z léčebného zařízení. Dále jsem ocenila i pravidelnost usínání. Klientku jsem se snažila přimět k tomu, aby se v příštím plánu více zaměřila na rozepsání pracovních aktivit. Opět jsem připomněla možnost konzultací.

Klientku jsem instruovala k sestavení dalšího režimu na následující týden, který mi opět poslala přes e-mail.

pondělí		čtvrtek	
6:00	budíček, hygiena , oblékání	6:00	budíček, hygiena, oblékání
6:30	odchod do zaměstnání	6:30	odchod do zaměstnání
6:35:00	začátek pracovní doby	6:35	začátek pracovní doby
7:00:00	snídaně	7:00	snídaně
11:30	oběd	11:30	oběd
15:30	konec pracovní doby	15:00	konec pracovní doby
15:35	kosmetika	16:15	doléčovací skupina vzařzení
17:00	manikúra	17:30	konec doléčovací skupiny
17:30	kadeřník	18:35	setkání s děvčaty po skupině
19:00	příchod domů	19:00	příchod domů
19:15	večeře	19:15	lehká večeře
19:30	hygiena + psaní deníku	19:30	hygiena+psaní deníku
20:00	TV film dle výběru	20:00	TV film
22:00	spánek	22:00	spánek
úterý		pátek	
6:00	budíček, hygiena, oblékání	6:00	budíček, hygiena, oblékání
6:30	odchod do zaměstnání	6:30	odchod do zaměstnání
6:35	začátek pracovní doby	6:35	začátek pracovní doby
7:00	snídaně	7:00	snídaně
11:30	oběd	11:30	oběd
15:30	konec pracovní doby	15:30	konec pracovní doby
15:45	příchod domů	16:00	relaxace a odpočinek
16:00	odpočinek+relaxace	16:30	volný čas
17:00	příprava do divadla – make- up+sprcha	19:00	lehká večeře
18:00	odjezd do divadla	19:30	hygiena+psaní deníku
19:00	začátek představení	20:00	TV film
21:00	konec představení+ 45 min kavárna	22:00	spánek
21:45	odjezd domů	sobota	
22:40	příchod domů	7:30	budíček+hygiena
23:00	hygiena	8:00	snídaně
23:30	spánek	8:30	praní osobního prádla
středa		10:00	příprava obědu
6:00	budíček, hygiena, oblékání	12:00	oběd
6:30	odchod do zaměstnání	13:00	relaxace a odpočinek
6:35	začátek pracovní doby	14:00	výlet do přírody
7:00	snídaně	18:35	příjezd domů
11:30	oběd	19:00	lehká večeře
15:30	konec pracovní doby	19:30	hygiena + psaní deníku
15:45	příchod domů	20:00	TV film dle výběru
16:00	odpočinek+relaxace	22:00	spánek
17:00	čas strávený s přítelem	neděle	
18:00	večeře	8:00	budíček+hygiena
19:00	Čt1 TN	8:30	snídaně
19:30	hygiena+psaní deníku	9:30	volný čas-výlet do přírody dle počasí
20:00	TV film	12:00	oběd, v restauraci-dle možností
22:00	spánek	13:00	pokračování ve výletu
		18:35	příjezd domů
		19:00	lehká večeře
		19:30	hygiena + psaní deníku
		20:00	TV film dle výběru
		22:00	spánek

Tab. 3 Denní režim v týdnu od 18. 06. 07 do 24. 07. 07

Ad 5) Termín: 01.08.07

Opět jsem zhodnotila s klientkou její denní režim a probraly jsme případné změny, výhody, nevýhody a jiné požadavky klientky podobně jako u předchozího denního režimu. S klientkou jsme se dohodly na tom, že plán, který by ve svém základě sloužil jako paušální plán použitelný na každý týden, sestavím já, na základě těchto dvou režimů, tabulky podle COPM a našich požadavků.

Klientce jsem tento režim opět zaslala e-mailem a domluvili jsme se na dalším setkání.

pondělí		1x za měsíc	
6:15	budíček+hygiena+oblékání		
6:45	odchod do zaměstnání		
7:00	začátek pracovní doby		
7:30	snídaně		
11:30	oběd		
15:30	konec pracovní doby	15:35	kosmetika
16:00	odpočinek a relaxace		
16:40	vytírání malých ploch podlah	17:00	manikúra
17:15	příprava večeře	17:30	kadeřník
18:00	večeře		
18:20	mytí nádobí		
18:35	volný čas		
19:00	ČT TN	19:00	příchod domů
19:30	hygiena+psaní deníku	19:15	večeře
20:00	TV film dle výběru		
22:00	spánek		
úterý		1xza měsíc	
6:15	budíček+hygiena+oblékání		
6:45	odchod do zaměstnání		
7:00	začátek pracovní doby		
7:30	snídaně		
11:30	oběd		
15:30	konec pracovní doby		
16:00	odpočinek a relaxace		
16:35	vysávání		
17:10	volný čas		
17:30	příprava večeře		
18:00	večeře		
18:20	mytí nádobí		
18:35	volný čas	18:35	mytí lednice
19:00	ČT TN		
19:30	hygiena+psaní deníku		
20:00	TV film dle výběru		
22:00	spánek		
středa			
6:15	budíček+hygiena+oblékání		
6:45	odchod do zaměstnání		
7:00	začátek pracovní doby		
7:30	snídaně		
11:30	oběd		
15:30	konec pracovní doby		
16:00	odpočinek a relaxace		
16:30	zájmová činnost/ sport/		
18:00	příprava večeře		
18:30	večeře		
18:45	mytí nádobí		
19:00	ČT TN		
19:30	hygiena+psaní deníku		
20:00	TV film dle výběru		
22:00	spánek		

čtvrtek			
6:15	budíček+hygiena+oblékání		
6:45	odchod do zaměstnání		
7:00	začátek pracovní doby		
7:30	snídaně		
11:30	oběd		
15:00	konec pracovní doby		
16:15	doléčovací skupina v zařízení		
17:30	konec doléčovací skupiny		
18:35	setkání s děvčaty po skupině		
19:00	praní prádla		
19:15	lehká večeře		
19:30	hygiena + psaní deníku		
20:00	TV film dle výběru		
22:00	spánek		
pátek			
6:15	budíček+hygiena+oblékání		
6:45	odchod do zaměstnání		
7:00	začátek pracovní doby		
7:30	snídaně		
11:30	oběd		
15:30	konec pracovní doby		
16:00	odpočinek a relaxace		
16:35	WC+koupelna		
17:10	utírání prachu		
17:30	příprava večeře		
18:00	večeře		
18:20	mytí nádobí		
19:00	ČT TN		
19:30	hygiena+psaní deníku		
20:00	TV film dle výběru		
22:00	spánek		
sobota		1xza měsíc	
7:30	budíček+hygiena		
8:00	snídaně		
8:30	praní osobního prádla		
10:00	příprava obědu		
12:00	oběd		
13:00	relaxace + odpočinek		
13:30	žehlení		
14:30	volný čas- výlet do přírody	14:30	nákup
18:35	příjezd domů		
19:00	lehká večeře		
19:30	hygiena + psaní deníku		
20:00	TV film dle výběru		
22:00	spánek		
neděle			
8:00	budíček+hygiena		
8:30	snídaně		
9:30	volný čas-výlet do přírody dle počasí		
12:00	oběd v restauraci		
13:00	pokračování ve výletu		
18:35	příjezd domů		
19:00	lehká večeře		
19:30	hygiena + psaní deníku		
20:00	TV film dle výběru		
22:00	spánek		

Tab. 4 Výsledný denní režim

Ad6) Termín: 13.08.07

Zhodnotila jsem s klientkou navržený denní režim, který byl sestaven na základě dvou předchozích režimů, tabulky podle COPM, požadavků klientky a vlastního uvážení terapeuta, tak by ho mohla klientka používat nadále. Tento režim klientce vyhovoval a neměla k němu žádných připomínek. Klientku jsem upozornila na skutečnost, že se jedná pouze o to, aby režim dodržovala ve své základní struktuře. Především, aby se vyvarovala svým patologickým stereotypům v uklízení, a není tedy třeba ho dodržovat striktně. Naopak umět reagovat na případné změny v denním plánu se vyžaduje. Nechala jsem klientku minimálně 14 dní režim dodržovat.

Ad7) Termín: 10.10.07

Závěrem jsme zhodnotily s klientkou konečnou strukturu denního režimu. Zeptala jsem se, do jaké míry má intervence byla přínosem.

Klientka používá můj denní režim jako pomůcku. V momentě, kdy klientka opět doma začne odbíhat od jedné práci ke druhé, uvědomuje si, že je to známka určitého nepokoje (možné hrozící recidivy) a v tu dobu se více soustředí na rozpis denního režimu, jak jsme ho sestavily. Dodržuje ho ve své základní struktuře. Klientka tímto zamezila tomu, aby se zbytečně nepřetěžovala. Zároveň však dokáže být flexibilní a umí si přizpůsobit potřebám svým nebo požadavkům okolí. Mojí intervenci ocenila jako potřebnou také k tomu, aby se svým denním režimem aktivně zaobírala. Celkově jí vnímá jako kladný přínos v léčbě.

Ze začátku jsem měla pocit, že klientka naší spolupráci vnímala více z pohledu, že pomáhá ona mně, abych bakalářskou práci napsala dobře. Ke konci již klientka svůj postoj změnila a více se soustředila na to, co jí to přináší, z čehož mám upřímnou radost.

Zpětně jsem ještě nechala klientku sestavit „**Zásobárnu radostí**“, kterou doporučuje MuDr. Nešpor. K tomuto mě navedla ta skutečnost, že pro klientku bude přínosnější, aby aktivity, které jí přináší radost měla opravdu vypsané, a nosila je stále při sobě. Ohodnotila jsem jako málo dostačující s klientkou o aktivitách jen diskutovat, jak uvádím v bodě 3. Tedy „Zásobárnu radostí“ si klientka vypsala takto:

- relaxace;
- procházka;
- dobrá káva a pamlsek;
- divadlo;
- koupit si nějakou drobnost (to dělám často, a mám z toho velkou radost);



- psaní e-mailů s opravdovými přáteli;
- vaření, zvláště pokud je různorodé;
- kosmetika;
- manikúra;
- plavání;
- internet;
- čtení dobré detektivky;
- hodnotný film na DVD - např. Pelíšky nebo Forrest Gump (ten považuje za nejlepší);
- práce na malém záhumku;
- občas si koupí i řezanou kytku.

Klientku jsem dále instruovala, aby si z tohoto seznamu zaškrtnula ty činnosti, které jí přináší silné podněty, a těm se pak podle potřeby věnovala (Nešpor, 1999).

Závěrem :

Denní režim jsem se pokusila, jak už jsem se výše zmínila, navrhnout tak, aby **předcházela patologickým stereotypům** v uklízení, které měla klientka v období konzumace alkoholu, tedy aby se klientka naučila uklízet průběžně během týdne.

Dalším důležitým aspektem braným v úvahu byly **preferenci klientky** samotné. Mezi ně patřilo denně se věnovat relaxaci, mít vyhrazený čas na sportovní aktivity, dále se klientka chce ve volných chvílích více věnovat literatuře a také oproti dřívějšímu klade důraz na intenzivnější péči o svůj zevnějšek.

Snažila jsem se také, aby činnosti byly uspořádány tak, aby byla **jasná hranice mezi pracovní dobou a odpočinkem**, a také tak, aby tyto dvě etapy byly v co nejvíce možném harmonickém uspořádání - tedy, aby příliš jedna nepřevažovala nad druhou.

Dále jsem zanechala některé **aktivity, které byly v programu zařízení**, tedy relaxace, sportovní aktivity a psaní deníku. Relaxaci jsem zařadila vždy po konci pracovní doby v pravidelný čas tedy v 16:00 - 16:30. Sportovním aktivitám se klientka může věnovat ve středečním odpolední a popřípadě o víkendech. Psaní deníku si klientka sama zařadila do každovečerní náplně. A samozřejmě jsem v programu uvedla **doléčovací skupinu** v zařízení.

Tento denní režim není nutné dodržovat tak dopodrobna, jak je rozepsaný. Klientka by si především měla zažít a naučit se nehromadit si všechny pracovní aktivity na jeden den, mít alespoň některé aktivity naučené vykonávat v určitém čase. Tyto zvyky potom pomohou také předcházet recidivě. Pokud totiž klient přestane svoje zvyky vykonávat, je to ukazatelem toho, že klientův stav je vychýlený z rovnováhy, a tedy je větší pravděpodobnost recidivy.

Režim by měl tedy sloužit spíše jako „kostra“ a klientka by měla být schopna v případě potřeby se přizpůsobit dané situaci a nárokům okolí a individuálním momentálním potřebám, které mohou být různého charakteru, proto je zde neuvádím. Klientka by si také podle sepsaných zájmů a koníčků měla umět zorganizovat volný čas, pokud zrovna původně myšlený plán z nějakého důvodu není možné uskutečnit.

S klientkou jsem se setkala celkem sedmkrát. Spolupráce byla velice dobrá. Klientka byla iniciativní a vstřícná. Uměla otevřeně mluvit o svých potřebách a pocitech. V některých případech však bylo třeba mé intervence, např. můžeme si povšimnout, že klientka do svých vypracovaných plánů nezahrnula právě onen systém úklidu, který sama označila za největší problém. Podle jejích slov:...,„to přeci není možné sestrojít“. Dále jsem klientce navrhovala na podkladě jejích potřeb masáže, tai-chi, kondiční cvičení na videokazetách. Návrhy velmi nadšeně přijala. Klientka se dále zmiňovala i o vztazích s ostatními klientkami ze zařízení, které nadále udržuje, a které jí v podstatě dávají možnosti výletů za účelem návštěvy, což je další možnost trávení volného času.

Při sestavování denního režimu, by terapeut měl brát ohledy také na skutečnost, že klientka při návratu do domácího prostředí bývá vystavena mnoha těžkým situacím, jakými jsou např. návrat do zaměstnání a další. Není teď již v chráněném prostředí a dostává se do mnoha stresových situací. Klientka se pak cítí velmi unavená. V tomto období není zcela připravena začít intenzivně pracovat na sestavování denního režimu. To by pro ní byla velká zátěž, a tak je nutno se tempu klientky přizpůsobit. Než se organismus adaptuje novým podmínkám, trvá to určitou dobu, která je samozřejmě individuální, ale v tomto případě byla dva měsíce.

3.3.2. Kazuistika 2

Hlavička

Jméno: M.J. **Titul:** Mgr.

Věk: 51; **narozena:** 1956

Pohlaví: žena

Nynější onemocnění: syndrom závislosti na alkoholu. Intenzivně pila posledních 5 let, po operaci ještě více

Přidružená onemocnění: chronická ischemická choroba srdeční, stenóza karotid - operace před dvěma roky, hypertenze, omezená hybnost pravého kolene po úraze, vertebrogenní

obtíže, ve dvanácti letech prodělala meningitidu - od té doby zhoršené vidění v šeru, ve 21 letech prodělala encefalitidu - dočasně paretické DKK, dnes jen porucha čítí. Prodělala 5 interrupcí.

Délka hospitalizace: od 26. února 2007; léčba základní – 4 měsíce

Rodinná anamnéza.: *Děda:* alkoholik; *otec:* smrt 1972 - silikóza plic, oboustranná embolie plic a srdce; *matka:* smrt 1983, onemocnění srdce, hypertenze; *bratr:* jsou v kontaktu, více k sobě přilnuli po smrti otce. *Manžel:* narozen 1952, doktor filosofie, nyní pracuje jako vedoucí oddělení údržby, občas pije, nechce se účastnit rodinné terapie.

2 Dcery: nar. 1984 – studuje vysokou školu ekonomickou v Plzni; druhá dcera nar. 1983- vystudovala střední a následně vyšší školu zahradnickou, druhým rokem pracuje.

Bytová situace: žije v centru Prahy v bytě s manželem, jedna dcera je doma stále a druhá dcera jezdí domů jen na víkendy a zkouškové období. Mají psa. Na domácnost nyní přispívá manžel a starší dcera.

Studium: vystudovala vysokou školu filosofickou - obor germanistika a filosofie.

Zaměstnání: nyní na ÚP

Ergoterapeutické hodnocení

Funkční stav horních končetin: zachovaný, třes se nevyskytuje.

Soběstačnost a péče o sebe sama: pADL, i ADL - klientka je schopna postarat se o sebe ve všech oblastech. V období konzumace alkoholu byla také schopna se o sebe postarat, ale k činnostem pociťovala silnou nechuť.

Kompenzační pomůcky: brýle - multifokály: P 5; -1,25, L 5.25;-1,25.

Lokomoce: klientka má problémy s udržení rovnováhy - pocit nejistoty při lokomoci, nutná zvýšená pozornost při pohybu. Jelikož při konzumaci alkoholu často padala, není si od té doby jistá svými pohyby.

Kognitivní funkce a psychosociální dovednosti:

Úroveň vědomí: časté usínání v průběhu dne

Rozsah pozornosti: snížená pozornost (má silný pocit únavy, již dva roky od operace srdce)

Paměť: zhoršená krátkodobá paměť - klientka chybovala při zapamatování si slabik – vyvolání informace po několika minutách, dále chybovala při vyvolání informace přibližně po hodině zadání úkolu. Problém s vybavováním si některých slov - rychleji klientku napadají německé ekvivalenty (matka na ní mluvila v dětství německy).

Psychosociální dovednosti- psychologické:

Hodnoty: silně ukotveny, silný smysl pro povinnost a důležitost sebekontroly - jeden ze základních důvodů v rozhodnutí k abstinenci. Pro klientku je důležitá zpětná vazba od ostatních.

Zájmy: klientka měla mnoho zájmů, které se jí ze života vytrácely spolu se zvýšenou konzumací alkoholu.

Sebepojetí: po konzumaci alkoholu se podceňuje, má strach z ústního projevu - výbavnost správných výrazů (více MOHO).

Psychosociální dovednosti - sociální:

Role vykonávání: klientka rozezná všechny role, problémy udává především v komunikaci s rodinou. Nyní pocítuje zlepšení po psychoterapii.

Sociální chování a interpersonální dovednosti: nemá výraznou mimiku, udržuje oční kontakt, mluví pomalu, občas odbíhá od tématu, umí aktivně naslouchat, kontakt navazuje snadno, spolupracuje bez problémů.

Dovednosti pro zvládnutí stresových situací: stresové situace klientka dříve řešila alkoholem, nyní žije v přesvědčení, že se stresovým situacím musí vyhýbat. (Zde vycházím ze slov klientky). Klientka je úzkostná v situacích, kdy se zvyšuje na ní hlas. Také pokud se dostane do časového stresu.

Časový management: Klientka v období konzumace alkoholu měla narušený denní režim.. Klienty si sjednávala tak, aby nebyla při práci pod vlivem alkoholu. Spoustu času prospala, nevěnovala se svým zájmům. Všechny své povinnosti však zastala. Dělal jí problémy se přizpůsobit režimu v zařízení.

Osobnostně je klientka : extrovert, plačtivá, empatická, v době konzumace alkoholu byla melancholická se sklonem k agresi.

Klientka má částečný náhled nad nemocí.

Pracovní oblast:

Předchozí zaměstnání: tisková redaktorka; jazyková redaktorka; vedoucí hosp. správy v počítačové firmě; asistentka u firmy, kde pracoval manžel; učitelka němčiny ve firmách; spolupracovala s německou jazykovou školou; 2 roky nepracovala. Vliv alkoholu na odchod ze zaměstnání popírá. Rodina zmiňuje, že klientka občas šla do práce pod vlivem.

Klientka je nyní na úřadu práce.

Na předchozí práci, učitelka německého jazyka (OSVČ), vnímala jako negativní: účetnictví, jelikož to byla práce stereotypní a vyžadovala zvýšenou pozornost, nevyhovovalo jí dlouhé sezení při práci; klientka občas opomíjela administraci práce: psaní docházky, třídění knihy atp. Nebyla pro tuto práci dostatečně motivována.

Důležitá pro ni byla v práci odezva od druhých.

Z dovedností potřebných pro toto zaměstnání klientka vyzdvihuje: umět posoudit žáka, rozvrhnout si čas, umět komunikovat s lidmi, rozhodovat se, domácí přípravu, umět požádat o zaplacení a stanovit si cenu (zde vnímá klientka problém), schopnost improvizace (zhoršení s pitím). Učila individuálně, ze začátku i skupiny (4 lidi). Skupiny klientku bavily víc, bylo to kreativnější.

Představa o jejím budoucím zaměstnání.: klientka preferuje práci s lidmi, práci, kde je možný odborný růst. Pokud by to bylo možné, ráda by pracovala na živnostenský list, jak byla zvyklá. Určitě by to měla být práce, kde může využít znalost jazyků (německy mluví zcela plynule, zná základy angličtiny a polštiny).

Ráda by dělala tlumočnicka u nějaké firmy. V případě slušné nabídky by se vrátila k bývalé profesi.

Práci si bude shánět přes kontakty, které má. V případě neúspěchu využije inzerce.

Celkový vztah klientky k práci: Klientka vnímá práci jako terapii.

Silné stránky klienta: silný smysl pro povinnost, potřeba sebekontroly, umí aktivně naslouchat, snadno navazuje kontakt, udržuje oční kontakt, spolupracuje bez problémů, je motivována a podporována rodinou, je empatická, má částečný náhled nad nemocí, má kladný vztah k práci, je kreativní, touží po růstu znalostí cizích jazyků, je přemýšlivá.

Slabé stránky klienta: strach z lokomoce, spavost, snížená pozornost, zhoršená paměť krátkodobá, zanedbávání zájmů, strach z ústního projevu, snížené sebehodnocení, obavy z ústního projevu, v komunikaci tendence odbíhat od tématu, nedostatečně zvládá stresové situace, problémy v sebeprosazení, je plačtivá.

Model of Human Occupation – MOHO - model lidského zaměstnávání

Vnímání vlastní účinnosti:

Které schopnosti u sebe klient vyzdvihuje? Dobré přesvědčovací schopnosti, umí dobře argumentovat; nelže; schopnost se na krátkou dobu hodně soustředit, ale je po té silně unavena; spolehlivost; umí se postarat o druhé; je empatická (dodává, že ne vždy to u sebe vnímá jako dobrou vlastnost).

Které své poruchy klient vnímá? Zastavuje se v řeči a hledá vhodný výraz (zhoršená výbavnost slov), což jí brání v exaktním vyjadřování, které u sebe vyzdvihuje. Ospalost. Strach z lokomoce. Bolest vertebrogenní a kloubů – klientka ji vnímá jako důsledek zvýšené hmotnosti. Zhoršila se komunikace s rodinou.

V době konzumace alkoholu se špatně soustředila (časté myšlenky na alkohol), měla poruchy rovnováhy, zvýšenou potřebu se hlídat (ústní projev).

Která omezení u klienta vyvolávají nejsilnější negativní reakci? Nejhorší vnímá strach z lokomoce.

Jakým způsobem klient dokáže kompenzovat své ztracené schopnosti? Píše si seznamy, aby nezapomínala. Pokud si nedokáže vybavit nějaké slovo, snaží se ho opsat jinými výrazovými prostředky. Pokud je ospalá oplachuje, si obličej studenou vodou. Aby neměla strach z lokomoce, nosí vhodnou obuv, přemýšlela i nad holí. Komunikace s okolím se zlepšila po psychoterapii.

Jak klientovo omezení změnilo jeho vnímání vlastních schopností? Klientka se začala podceňovat, nevěřila si.

Které situace vyvolávají u klienta úzkost nebo strach ze selhání? Pokud se dostane do časové tísně. Úzkost vyvolá v klientce pocit, když se na některé své povinnosti nedostatečně připraví. Klientka pociťovala úzkost, když byla přistižena při konzumaci alkoholu.

Ve kterých situacích si klient důvěřuje? Důvěřuje si v prosazování pravdy, pokud si je jistá, že jí má. Důvěřuje si pokud má obhajovat svou práci, nebo i práci někoho jiného. Je velice všímavá a proto si myslí, že dokáže lidem efektivně pomoci.

V jakých situacích se projevovala u klienta ztráta kontroly nad svou nemocí? Klientka konzumovala alkohol ve stresových situacích (hlavně časový stres), nebo při prožívání radosti. Tvrdí, že alkohol používala formou odměny.

Jaké situace v nichž se klient ocitl ho dovedli k pocitu, že ztratil kontrolu? Když druhý den po požití, měla snížené psychomotorické tempo, hodně se potila, měla problémy s rovnováhou. V práci přestala dávat žákům zpětné vazby. Občas vynechala hodiny. V komunikaci byla více vztahovačná.

Dokáže klient identifikovat oblasti, v nichž si kontrolu uchoval? Klientka chodila včas do práce a stále plnila všechny své povinnosti, i když do práce neměla takovou chuť. Stále chodila upravená.

Hodnoty:

Jak hluboké je klientovo přesvědčení o jeho hodnotách ? Klientka tvrdí, že má silný smysl pro povinnost. Rozezná, co je správné a špatné ve vztahu k okolí, a je to pro ni velice důležité.

Jsou klientovi schopnosti v souladu nebo v rozporu s jeho schopnostmi? Klientka má silný smysl pro povinnost, občas jí brání v náhledu nad svými schopnostmi, takže tím ohrožuje své zdraví

Jak klientovi hodnoty ovlivňují jeho prožívání onemocnění? Klientka své hodnoty vnímá jako „záchrannou brzdu“, která ji přiměla k léčbě.

Zájmy:

Které činnosti a jsou pro klienta příjemné? Klientka ráda sleduje naučné televizní pořady, chodí na dlouhé procházky se psem, plete, luští křížovky a rébusy, poslouchá hudbu, ráda zpívá, ráda zavařuje, ráda si rozšiřuje slovní zásobu, ráda zalévá květiny a stará se o zahrádku, cvičí jógu, navštěvuje koncerty a divadlo, ráda žehlí, ráda čte.

V mládí se věnovala tanci, sportu, a sbírání obalů od čokolád.

Jaké jsou aspekty činností, které klient dělá nejraději? V poslední době upřednostňuje činnosti, které může dělat sama, činnosti s intelektuálními aspekty, lehčí práce v domácnosti.

Ztratil klient dovednosti, které při zájmech nejvíce či nejraději používal? Neztratila.

Jakým způsobem ovlivnila ztráta zájmu povahu klienta? Klientka v době konzumace alkoholu přestala mnoho svých zájmů vykonávat. Byla pak rozladěná, protivná a napjatá, měla depresivně laděnou náladu.

Zvyky:

Jak klientovo onemocnění ohrozilo či změnilo klientovu rutinu? Klientka tvrdí, že rutina nebyla ohrožena.

Role:

S kterými rolemi se doposud klient identifikoval? Role manželky, matky, starší sestry, dobré kamarádky, role učitelky, pacientky.

Jak důležitá je pro klienta každá jeho role? Klientka seřadila důležitost rolí následovně: nejdůležitější je pro ní role pacientky, matky, manželky, učitelky, roli kamarádky a sestry přikládá stejnou důležitost.

Pocit'uje klient rozpor mezi tím, co druzí očekávají od jeho role, a tím čeho je aktuálně schopen? Klientka si myslí, že nepřišla o žádnou dovednost potřebnou k vykonávání rolí a žádný rozpor nepocit'uje.

Výkon:

Jaké důsledky mají změněné schopnosti pro prožívání výkonu činnosti? Klientka si není vědoma změněných schopností .

Vliv prostředí:

Podporuje očekávání ostatních klientův výkon? Ano

Jaké jsou reakce ostatních na klientovo onemocnění? Ze začátku nevěřili v to, že je to onemocnění. Momentálně má podporu celé rodiny.

Cíl práce s klientem

Podpořit zlepšení kognitivních funkcí - krátkodobá paměť.

Podpořit zlepšení psychického stavu klientky, zlepšit sebepojetí, rozvíjet psychosociální dovednosti.

Podpořit zlepšení fyzických funkcí - kontrola postury, vnímání vlastního těla, zlepšení celkové kondice, snížení hmotnosti.

Krátkodobý plán terapie:

Trénink kognitivních funkcí - krátkodobé paměti, možno použít i slovíčka z anglického jazyka. Klientka by si rozšířila slovní zásobu a nabyté dovednosti by mohla posléze uplatnit v zaměstnání.

Pokračovat ve stávajícím pevně daném programu léčby, tzn. účast na relaxačních technikách, účast na pracovní terapii, účast na rozevíčkách, psychoterapeutických skupinách a dalších aktivitách.

Klientka by v průběhu léčby měla podstoupit některé funkce (např.: Minerva, Předsedkyně atp.), které ji pomohou získat potřebné psychosociální dovednosti, a změnit vlastní sebehodnocení a náhled nad onemocněním.

Dlouhodobý plán terapie:

Pokračovat v aktivitách dle krátkodobého plánu.

Podpořit klientku v návratu do domácího prostředí a zaměstnání.

Závěr:

Klientka je vysokoškolsky vzdělaná. Nyní je evidovaná 2 roky na úřadu práce. K práci má pozitivní vztah. Nedovede si představit, že by po návratu ze zařízení mohla zůstat nezaměstnaná.

Žije v bytě s manželem a dvěma dcerami. Byt teď finančně spravuje její manžel a starší dcera. Rodina jí v léčbě podporuje. V období konzumace alkoholu pocítovala problémy

v komunikaci s rodinou, ale nyní spatřuje zlepšení díky psychoterapii. Klientka si uvědomuje, že omezila volnočasové aktivity, což nemělo dobrý dopad na její psychiku. V rámci léčby přijde do kontaktu nejen s pracemi na zahradě a v domácnosti, ale i k jiným aktivitám, které by bylo dobré si ponechat po návratu do domácího prostředí.

Klientka je plačtivá, přesto dobře navazuje kontakt s lidmi. V komunitě na sebe nevztahuje pozornost, nevyvolává konflikty ani se do žádných nevměšuje a neprosazuje své názory, i když je má, a cítí se být vnitřně nespokojená.

Klientka velmi dobře spolupracovala, v terapii byla postupně iniciativní. Ze začátku našeho setkávání byla klientka velmi plačtivá a nesoustředěná. Postupně se její stav začal lepší. Nálada se více stabilizovala a klientka začala více přemýšlet nad podněty, které se jí dostávaly jak v rámci psychoterapie, tak i mojí intervencí. V rámci zpětných vazeb bylo znát, že komunita zlepšení stavu také pozorovala. Klientka sama konstatovala, že v průběhu rozhovoru strukturovaného podle MOHO, si ujasnila více věcí.

Doporučení: klientce bych doporučila trénovat a zvyšovat své dovednosti v práci na PC a v práci s internetem a zvýšit tak šance při shánění zaměstnání. Dále jsem klientce doporučila sepsat si věci, které jí v životě těšily a rozšířit si tak možnosti odměny, aby neinklinovala zpět ke konzumaci alkoholu. Klientka pak může poprosit členy rodiny, o jejich intervenci.

Po návratu do domácího prostředí, bych klientce doporučila návrat k zájmovým aktivitám, které opouštěla, a které měla možnost si v zařízení znovu oživit a strukturovat si denní režim. Dále účastnit se doléčovacích skupin, které zařízení umožňuje. Postupně si sehnat a zapojit se do zaměstnání.

4. DISKUSE

V zařízení, které se zabývá léčbou závislostí jsem působila poprvé. Pracovala jsem pod vedením „pracovního terapeuta“, ale i ostatní členové týmu projevovali zájem o moji praxi a poskytli mi jak prostor pro mé plány, tak mi dávali své podněty k přemýšlení a pomáhali mi se lépe zorientovat v problematice závislostí.

Přesně si pamatuji své první dojmy z ranní komunity. Její průběh mi přišel velmi organizovaný, přístup ke klientkám až „přísný“. Jakmile však komunita dospěla do momentu, kdy si klientky a terapeuti mezi sebou navzájem předávali zpětné vazby, začaly mezi účastníky vznikat silné emoce. Utvářeli se tak velmi intenzivní prožitky, které jsou v komunitní léčbě důležité. Díky nim vznikají cenné zkušenosti, které klientka může aplikovat v běžném životě. Poznávala jsem chod zařízení a pronikala hlouběji do problematiky závislostí. Postupně jsem začala přemýšlet nad možnostmi využití ergoterapie, které jsem v zařízení postrádala a nad samotnou úlohou ergoterapeuta. Svá stanoviska jsem zaznamenala v kapitole 3.2.3., 3.2.4.

Poté jsem se zaměřila na oblast návratu klientky do jejího přirozeného pracovního a domácího prostředí. Nejdříve jsem si zjišťovala teoretické poznatky o tom, jaké má možnosti léčby, respektive doléčování.

Zjistila jsem, že klientka má po propuštění možnosti, jak pravidelných týdenních skupinových psychoterapií, tak sedmidenních pobytů, které probíhají jednou za dva měsíce, tzv. „opakovaček“ a možnosti návštěv socioterapeutického klubu. Díky těmto aktivitám si klientka může uvědomit mnohé problémové oblasti a zamezit tak recidivě. Nevýhody však spočívají v tom, že psychoterapeut na rozdíl od ergoterapeuta nemá takový prostor k tomu, aby se blíže seznámil s pracovním prostředím klienta a denním režimem klienta. Ergoterapeut má možnosti navštívit klientku v jejím domácím prostředí i na pracovišti v případě potřeby.

Uvažovala jsem nad strukturou chodu zařízení, aktivitami, které zařízení nabízí, a nad denním režimem, který bude mít klientka doma. Rozhodla jsem se klientce pomoci při sestavování denního režimu v domácím prostředí. Svůj postup a závěry, ke kterým jsem dospěla, jsem uvedla v kapitole Kazuistiky jako podkapitulu 3.3.1.

Asistence při sestavování denního režimu, nebyla pro mne jednoduchá, jelikož jsem ji v praxi nikdy předtím nevykonávala. Mnohé věci bych ve svém postupu pozměnila. Především bych s klientkou začala pracovat v zařízení už před koncem léčby. Stejným způsobem, jaký jsem použila, bych si odebrala stručnou anamnézu. Podrobně bych si nechala

popsat strukturu běžného dne, který měla před nástupem léčby, a její situaci v zaměstnání. Je důležité mít na paměti, že klientka nemusí mít úplný náhled nad onemocněním, a proto je třeba se ptát na detaily, i když v nich problém nevnímá. Tímto bych si nejen zmapovala potřebné oblasti k tomu, abych lépe pochopila, v čem měla klientka patologické návyky, a jakým způsobem měla narušený životní styl, ale také bych získala čas na to si rozmyslet další vhodnou intervenci klientce. Ještě před jejím odchodem ze zařízení bych jí poskytla návrhy, jak může změnit své nezdravé návyky, tak aby se postupně vytvářel zdravý životní styl, např. může z práce chodit pěšky a nejezdit autobusem, jak to dělala dřív atp. Doporučila bych jí, aby svůj životní styl měnila postupně, tedy aby si vždy zvykla na jednu změnu a pak přiřadila další. Domnívám se, že takto pozvolna se může měnit životní styl hned po ukončení léčby v zařízení. V období po propuštění bývá klientka velmi unavená, a tak by bylo lépe samotné sestavování denního režimu nechat na dobu, kdy bude klientka více připravena. Klientka, se kterou jsem strukturovala denní režim, potřebovala dva měsíce na to, aby se opět sžila se svým prostředím. Pak se teprve mohla zamýšlet nad změnami denního režimu. Po tuto dobu bych nepřerušila s klientkou kontakt. Nabídla bych jí možnosti konzultací v případě problému a průběžně monitorovala, jak se daří klientce jednotlivé kroky ke změnám, které jsem navrhla. Po této době se můžeme pustit do postupných kroků, které vedou ke změně denního režimu.

Pokračovali bychom sestavením tabulky podle COPM, jak jsem jí uvedla v podkapitole 3.3.1. Po jejím sestavení, bych s klientkou jednotlivé položky konzultovala a nechala bych jí ještě sepsat ty činnosti, které jí přináší radost, tedy „Zásobárnu radosti“. Tuto klientku jsem nechala aktivity sepsat, ale až dodatečně. V případě, že potřebuje pocítovat silnější podněty, může si v seznamu těchto činností podtrhnout ty, které jí je přináší. Dále by bylo vhodné klientku nechat rozepsat denní režim, který by měla mít na chatě o víkendech. Nejen ho konzultovat. Toto mě napadlo až v době, kdy jsem nebyla s klientkou v kontaktu, proto rozpis neuvádím.

Dále bych postupovala stejně jak jsem to uvedla v kapitole 3.3.1. Nechala bych klientku napsat si denní režim na jeden týden. Poté bychom ho konzultovaly a navrhly potřebné změny. Ty by se pokusila klientka aplikovat v režimu, který by si sestavila na následující týden. Pak by ona, terapeut nebo oba společně sestavili denní režim na týden, který by byl paušálně aplikovatelný ve své základní struktuře na každý týden. V tento moment bych terapeutky pobídla, aby se snažili co nejvíce zapojit klienta do činnosti.

V kapitole 3.3. uvádím ještě kazuistiku klientky, která byla v základní léčbě tohoto zařízení. V práci uvádím aplikaci modelu MOHO v léčbě závislostí. Shledala jsem ji jako velmi přínosnou a doporučuji ji ostatním ergoterapeutům.

Působení v tomto zařízení bylo pro mne velmi cennou a příjemnou zkušeností a stalo se podkladem k napsání praktické části bakalářské práce.

Jako další téma pro napsání práce s touto problematikou doporučuji ostatním studentům, aby se zaměřili více na zdravý životní styl. V praktické části by mohli sepsat příručku pro ergoterapeuta, popisující, jak by mohla vypadat doporučení v tomto směru. Dále jsem uvažovala nad tím, že by další práce mohla popisovat terapeutickou komunitu, buď v Červeném Dvoře nebo v Bílé Vodě.

5. ZÁVĚR

Ve své práci jsem se pokusila přiblížit čtenáři problematiku lidí se závislostí na alkoholu a uvést možnosti využití ergoterapie v léčbě této závislosti.

V teoretické části jsem se snažila o popsání problematiky v jejích základních aspektech. Nejdříve jsem uvedla klasifikaci podle MKN-10 a vysvětlila jsem pojem „syndrom závislosti“. Dále jsem se zabývala vznikem a vývojem závislosti, který jsem popsala ve čtyřech stádiích, jak je specifikoval americký alkohololog českého původu Jellinek. Sestavil klasifikaci typů závislosti, ke které přidávám popis skupin lidí podle jejich vztahu k pití alkoholických nápojů. Dále popisuji komplikace závislosti, a to jak somatické, tak psychické i sociální. V páté kapitole se zabývám léčbou a doléčováním. Důležitým aspektem závislosti, ke kterému se léčba hodně vztahuje je bažení, tedy silná touha nebo pocit puzení užívat návykovou látku. Také uvádím popis psychoterapie, která je v léčbě stěžejní. Blíže se věnuji kognitivně-behaviorálnímu přístupu, jelikož je pro ergoterapeuta podstatný. Poslední kapitola z teoretické části je pro ergoterapeuta opět důležitá, a tou je Životní styl. V ní popisuji jeho poruchy. V teoretické části práce jsem použila odkazů z literatury české i zahraniční a z internetu.

Na teoretickou část navazuje část praktická, která je vztažená k lůžkovému oddělení-ženy pro léčbu závislostí ve Fakultní nemocnici v Praze. Pokusila jsem se co nejvýstižněji popsat chod samotného oddělení, zmapovat možnosti využití ergoterapie v tomto zařízení a předpokládanou úlohu ergoterapeuta, kterou by mohl v zařízení zastávat. V kapitole Kazuistiky jsem se snažila popsat ergoterapeutickou intervenci při pomoci v sestavování denního režimu klientkou, tak aby byla přínosem i pro ostatní ergoterapeuty. V této práci jsem použila model COPM. Možnou změnu vedoucí k vylepšení mého postupu jsem popsala v Diskusi. Jako poslední v kapitole jsem uvedla kazuistiku klientky, která byla v základní léčbě na oddělení závislostí. V této práci jsem použila model MOHO, který se mi osvědčil. Tím jsem zakončila část praktickou.

Byla bych ráda, kdyby se má práce stala inspirací pro ostatní studenty, kteří by se chtěli touto problematikou zabývat. V Diskusi jsem uvedla, jaké by mohlo být další téma bakalářské práce.

6. LITERATURA A PRAMENY:

Česká literatura a prameny

1. Ehrmann, J.: Alkohol a játra. 1. Vyd. Praha, Grada 2006. 166s.
2. Haladová, E. a kol.: Léčebná tělesná výchova – cvičení. 3.Vyd. Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 135 s.
3. Heller, J., Pecinová, O. a kol.: Závislost známá – neznámá. 1.Vyd. Praha, Grada, 1996. 51s.
4. Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize.: Duševní poruchy a poruchy chování. Praha, Psychiatrické centrum Praha 1992, 2000.
5. Možný, P., Praško, J.: Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe. 1.Vyd. Praha, Triton, 1999. 304 s.
6. Nešpor, K., Csémy, L.: Léčba a prevence závislostí, Příručka pro praxi. 1.Vyd. Praha, Psychiatrické centrum Praha, 1996. 199 s.
7. Nešpor, K.: Edukativní a tréninkové moduly pro léčbu návykových nemocí. Praha, Sportpropag, 2000. 45 s.
8. Nešpor, K.: Jak překonat problémy s alkoholem. Praha, Sportpropag, 1999. 118 s.
9. Nešpor, K.: Závislost na práci. 1. Vyd. Praha, Grada 1999. 143 s.
10. Nešpor, K., Csémy, L.: Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a jeho zvládnutí. Praha, FIT IN a Sportpropag, 1999, 76 s.
11. Pokorný, V., Telcová, J., Tomko, A.: Prevence sociálně patologických jevů, Manuál praxe. 3.Vyd. Brno, Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r.s., 2003. 186s.
12. Raboch, Z., Zvolský, P.: Psychiatrie. 1. Vyd. Praha, Galén, 2001. 622 s.
13. Rahn, E., Mahnkopf, A.: Psychiatrie - učebnice pro studium a praxi. 1. Vyd. Praha, Grada, 2000, 466 s.
14. Vokurka, M. a kol.: Patofyziologie pro nelékařské směry. 1. Vyd. Praha, Karolinum, 2005, 217 s.
15. Yalom, I. D.: Chvála psychoterapie. 1.Vyd. Praha, Portál, 2003. 248s.
16. Zvolský, P.: Speciální psychiatrie. 2.Vyd. Praha, Karolinum, 1998. 206 s.
17. Informační centrum pro mládež. Alkoholismus a kouření. [online].[cit.2007-11-11]. Dostupné na [www:< http://www.icm.uh.cz/str/socialnepatologickejevy/socialnepatologickejevy/alkoholismus-a-koureni >](http://www.icm.uh.cz/str/socialnepatologickejevy/socialnepatologickejevy/alkoholismus-a-koureni)

18. Gregor, P. Vojenské zdravotnické listy. [online].[cit.2007-10-28]. Dostupné na
www:<http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL5_2003/Vz15_1.pdf>
19. Mlčoch, Z. Psychické a somatické změny. [online].[cit.2007-10-28]. Dostupné na
www:<http://www.alkoholik.cz/psychicke_zmeny_pri_alkoholismu.htm>
20. Mlčoch, Z. Protiakloholní léčba. [online].[cit.2007-11-02]. Dostupné na
www:<http://www.alkoholik.cz/protialkoholni_lecba.htm>
21. Nešpor, K. Zacvičte si jógu. [online].[cit.2007-10-22]. Dostupné na
www:<<http://www.drnespor.eu/sadhcz.html>>
22. Popov, P. Závislost na alkoholu. [online].[cit.2007-11-11]. Dostupné na
www:<<http://www.psychoporadna.cz/cz/clanky/craving---bazeni/62.html>>
23. Psychoporadna. Konzultace na craving. [online].[cit.2007-11-03]. Dostupné na
www:<<http://www.psychoporadna.cz/cz/clanky/craving---bazeni/62.html>>
24. Všeobecná fakultní nemocnice Praha. Oddělení pro léčbu závislostí. [online] .
[cit.2007-10-17]. Dostupné na www:<
<http://www.vfn.cz/article.asp?nArticleID=3425&nLanguageID>>
25. Wikipedie otevřená encyklopedie. Alkoholismus [online].[cit.2007-10-28]. Dostupné
na www:<<http://cs.wikipedia.org/wiki/Alkoholismus>>
26. Zdravý životní styl. Úvodní strana [online].[cit.2007-11-10]. Dostupné na
www:<<http://www.vyziva.estranky.cz/>>

Zahraniční literatura a prameny

1. Anderson, P.: Alcohol and primary health care. European series; no. 32, Copenhagen, WHO regional publications, 1996.
2. Berlung, M., Thelander, S., Jonsson, E.: Treating alcohol and drug abuse. Weinheim , Wiley-VCH , 2003.
3. Institute of Medicine.: Broadening the base of treatment for alcohol problems. Washington, National Academy Press, 1990.
4. World Health Organization: Management of drinking problems. European serie; no. 32, Copenhagen, WHO regional publications, 1990.
5. Wikipedia the free encyclopedia . Alcoholism . [online].[cit.2007-11-11]. Dostupné na
www:<<http://en.wikipedia.org/wiki/Alcoholism>>