

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Bc. Michaela Bartoňová**

Využití hiporehabilitace v rezidenční léčbě závislostí v psychiatrické  
nemocnici

*Use of Equine Facilitated Activities and Therapies (hipo-rehabilitation) in Addiction  
Treatment in a Psychiatric Hospital*

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce:

doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha 2021

**Prohlášení:**

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

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

V Praze dne

Michaela BARTOŇOVÁ

Identifikační záznam:

BARTOŇOVÁ, Michaela. *Využití hiporehabilitace v rezidenční léčbě závislosti v psychiatrické nemocnici [Use of Equine Facilitated Activities and Therapies (hiporehabilitation) in Addiction Treatment in a Psychiatric Hospital. A qualitative study]*. Praha, 2021. 92 s. 6 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce Kalina, Kamil.

**Poděkování:**

Mé první poděkování patří doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc., za vedení a odborný dohled při psaní závěrečné práce, také za trpělivost a rychlé zpětné vazby.

Dále bych ráda poděkovala svému manželovi Karlu Bartoňovi, který mi byl po celou dobu studia velkou oporou. A mé díky patří i kolegům, kteří mě motivovali nejen k samotnému začátku studia, ale i k jeho dokončení. Děkuji.

## **Abstrakt**

**Východiska:** Diplomová práce se zabývá metodou hipoterapie v psychiatrii a psychologii a jejím využitím v rezidenční léčbě závislostí v PN. Teoretická část je východiskem celé práce. Představuje základní používané metody léčby, samotnou metodu hiporehabilitace a její zařazení do tradičních metod léčby závislostí. Výzkumná část vychází z kvalitativního sběru dat.

**Cíle:** Cílem diplomové práce je popsat využití hiporehabilitace v rezidenční léčbě závislostí. Chce také zjistit, jak tuto metodu hodnotí samotní pacienti a terapeuti, jaké oblasti života hiporehabilitace ovlivňuje a jak zapadá do současných metod léčby.

**Soubor:** Výzkumný soubor tvoří osm pacientů z oddělení pro léčbu závislostí v psychiatrické nemocnici, kteří splňovali kritéria výběru, a dva terapeuti, kteří pracují s metodou hipoterapie v psychiatrii a psychologii u závislých klientů/pacientů a splňovali kritéria výběru.

**Metody:** Zvoleným typem výzkumu byla evaluace procesu. S pacienty byla provedena polostrukturovaná ohnisková skupina a s terapeuty byl uskutečněn polostrukturovaný rozhovor.

**Výsledky a závěr:** Z výzkumu vyplynulo, že koně mají na pacienty v rezidenční léčbě závislosti výrazně pozitivní vliv, a to zejména v oblasti psychické, emoční, fyzické a sociální. Pacienti popisovali psychické uvolnění, odpočinek a relax. Z emočního hlediska se jako nejvýraznější aspekt jeví uklidnění a ustálení emocí. Nepopíratelný je také pozitivní vliv na fyzický stav pacientů. Již samotné prostředí stáje a jejího okolí vzbuzuje v pacientech dobrou náladu. Z hlediska sociálního pomáhají koně zlepšovat komunikaci, spolupráci ve skupině a sociální fungování. Hipoterapii činí jedinečnou to, že kůň je v terapii koterapeutem.

**Klíčová slova:** závislost, hiporehabilitace, hipoterapie v psychiatrii a psychologii, léčba, psychiatrická nemocnice, metody léčby, zooterapie, adiktologie, koně

## **Abstract**

**Background:** The diploma thesis deals with the method of equine facilitated psychiatry and psychology and its use in the treatment of addictions. The theoretical part is the starting point of the whole work. It presents the basic methods of treatment used, the method of Equine facilitated activities and therapies itself and its inclusion in traditional methods of addiction treatment. The research part is based on qualitative data collection.

**Aims:** The aim of the diploma thesis is to describe the use of equine facilitated activities and therapies in residential addiction treatment. Find out how patients and therapists evaluate this method, what areas of life are affected by equine facilitated activities and therapies and how it fits into current treatment methods.

**Data:** The research group consists of eight patients from the addiction treatment department at a psychiatric hospital who met the selection criteria. And two therapists who work with the method of equine facilitated psychiatry and psychology in addicted clients / patients and met the selection criteria.

**Methods:** The chosen type of research was process evaluation. Patients were focused on the focus using a semi-structured interview and a semi-structured interview on the therapists.

**Results and Conclusion:** Research has shown that horses have a huge positive effect on patients in residential addiction treatment. Especially in the mental, emotional, physical and social. Patients described mental relaxation, rest, relaxation. From an emotional point of view, the most significant aspect seems to be calming and stabilization of emotions. There is also an undeniable positive effect on the physical condition of patients. The very environment of the stable and its surroundings arouses a good mood in patients. From the point of view of the social horse, they help to improve communication, group cooperation and social functioning. A unique equine facilitated psychiatry and psychology is that the horse is a co-therapist in therapy.

**Key words:** Addiction, Equine Facilitated Activities and Therapies, Equine Facilitated Psychiatry and Psychology, Treatment, Psychiatric Hospital, Treatment Methods, Zootherapy, Addictology, Horses

# Obsah

1	Úvod .....	10
2	Léčba závislostí .....	11
2.1	Modely v léčbě závislostí .....	11
2.2	Paradigmata v léčbě závislostí .....	11
2.3	Integrovaná strategie úzdravy .....	13
2.4	Integrativní přístup v léčebném kontinuu .....	14
2.4.1	Model integrativní léčby .....	14
2.5	Struktura léčebného programu .....	15
3	Metody léčby závislosti .....	16
3.1	Časná diagnostika a krátké intervence .....	16
3.2	Adiktologické poradenství .....	18
3.2.1	Adiktologické poradenství v ústavní léčbě .....	21
3.3	Motivační rozhovory .....	21
3.4	Farmakoterapie .....	23
3.4.1	Zvládání akutní intoxikace .....	23
3.4.2	Zvládání odvykacích stavů .....	23
3.5	Substituční léčba .....	24
3.5.1	Substituční léčba závislosti na opioidech .....	24
3.5.2	Cíle substituční léčby .....	24
3.5.3	Cílová skupina, indikace a kontraindikace .....	25
3.5.4	Metadon .....	25
3.5.5	Buprenorfin .....	26
3.5.6	Buprenorfin-naloxon .....	26
3.5.7	Substituce u závislosti na stimulantech .....	27
3.6	Behaviorální terapie .....	27
3.6.1	Klasické podmiňování .....	27
3.6.2	Negativní podmiňování, averzní techniky .....	28
3.6.3	Operantní podmiňování .....	28
3.6.4	Bodovací systémy .....	28
3.7	Kognitivně-behaviorální terapie .....	29
3.7.1	Práce s cravingem .....	29
3.7.2	Účinné faktory KBT .....	30
3.8	Psychodynamické a integrované přístupy .....	30

3.8.1	Praktické možnosti integrované léčby .....	31
3.9	Skupinová terapie.....	31
3.10	Terapeutická komunita.....	31
3.11	Prevence relapsu.....	32
3.12	Rodinná terapie .....	33
3.12.1	Rodinná terapie v rezidenční léčbě .....	34
3.13	Pracovní terapie.....	34
3.14	Pohyb.....	34
4	Terapeutický vliv zvířete na člověka.....	35
5	Hiporehabilitace .....	37
5.1	Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP) .....	38
5.1.1	Indikace a kontraindikace .....	41
5.1.2	Průběh HTP v PN .....	42
5.1.3	Výběr koně pro hipoterapii v psychiatrii a psychologii.....	42
5.1.4	Syndrom vyhoření u koně.....	43
5.1.5	Bezpečnost při HTP .....	44
6	Hipoterapie a závislost .....	45
6.1	Kde lze využít hiporehabilitaci .....	47
7	Metodologie.....	51
7.1	Výzkumné cíle .....	51
7.1.1	Výzkumné otázky .....	51
7.2	Výzkumný soubor .....	51
7.3	Metody sběru dat.....	53
7.4	Zpracování a analýza dat.....	54
7.5	Metodologické limity výzkumu .....	54
7.6	Etické aspekty .....	55
8	Výsledky výzkumu.....	57
8.1	1) Jak pacienti PN z oddělení závislostí subjektivně hodnotí využití hiporehabilitace v léčbě závislosti? .....	57
8.1.1	Shrnutí.....	60
8.2	2) Jak terapeuti HTP subjektivně hodnotí využití hiporehabilitace v léčbě závislostí? .....	61
8.2.1	Shrnutí.....	65
8.3	3) Jaké oblasti života pacientů v PN hiporehabilitace ovlivňuje?.....	67
8.3.1	Shrnutí.....	69



8.4	4) Jaké metody léčby hiporehabilitace doplňuje dle subjektivního hodnocení terapeutů? .....	71
8.4.1	Shrnutí.....	72
9	Diskuse .....	74
10	Závěr .....	79
11	Seznam použité literatury .....	80
12	Přílohy.....	0

# 1 Úvod

O léčebném působení koně na člověka již dobře věděli naši předkové před staletími v dobách, kdy zvířata pomáhala lidem s dopravou či s obstaráváním polí. V dnešní době lidé zvířata pojmají jako společníky, mazlíčky, členy rodiny i pomocníky. Pozitivní vliv koně na lidskou duši a tělo však zapomenut nebyl, a tak jsou koně i další zvířata využívána také jako léčebný prostředek.

Velkou motivací pro sepsání této práce pro mě byla moje klisna Danette a její zrcadlení mě samotné, což vedlo ke korekci mých postojů a osobnosti, ovlivnilo to i mou práci s klienty. K hipoterapii u závislostí jsem se dostala díky své mamince, která tuto terapii vedla, já při ní pomáhala vodit koně. Vidět pacienty, jejich prožitky, emoce a radost, kterou zažívali s koňmi, pro mě bylo vždy velice silným zážitkem. Koně a okolí stáje pacienti vyhledávali i ve svém osobním volnu, vodili tam své rodiny a jiné návštěvy a chlubili se, na kterém koni jezdí. K problematice hipoterapie ve spojitosti se závislostmi je velmi málo literatury, protože je to metoda poměrně mladá. I tento fakt mě vedl k výzkumu na toto téma.

V současné literatuře lze najít dostatek informací o vlivu zvířete na člověka obecně. O něco méně je literatury, která se věnuje působení koně na člověka u duševních onemocnění. Problematice závislosti a působení koně na tuto konkrétní nemoc je v knihách věnováno pouze pár řádků. Více informací poskytují sborníky z konferencí České hiporehabilitační společnosti či články na webech jednotlivých hipocenter. Velkým zdrojem informací jsou samotní terapeuti HTP a pacienti.

Hlavním cílem diplomové práce je popsat využití hiporehabilitace v rezidenční léčbě závislostí v PN. Dále zjistit, jak její využití hodnotí samotní pacienti a terapeuti a které oblasti života pacientů ovlivňuje. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část obsahuje základní metody a přístupy v léčbě závislostí, informace o působení zvířete na člověka, o hiporehabilitaci obecně, o hipoterapii v psychologii a psychiatrii a jejím využití v léčbě závislostí.

Ve výzkumné části je popsána evaluace procesu. Data byla sbírána na polostrukturované ohniskové skupině s pacienty a pomocí polostrukturovaného rozhovoru s terapeuty. Následně byla sesbíraná data analyzována. V této druhé části práce je cílem zodpovědět otázky: Jak pacienti PN z oddělení závislostí subjektivně hodnotí využití hiporehabilitace v léčbě závislostí? Jak terapeuti HTP subjektivně hodnotí využití hiporehabilitace v léčbě závislostí? Jaké oblasti života pacientů v PN hiporehabilitace ovlivňuje? Jaké metody léčby hiporehabilitace doplňuje dle subjektivního hodnocení terapeutů?

## 2 Léčba závislostí

### 2.1 Modely v léčbě závislostí

Východiskem pro cílenou a odbornou práci s klientem/pacientem je bio-psycho-sociální model (Kalina et al., 2001). Tento model pojímá člověka jako celek, kdy je třeba se v léčbě zabírat nejen biologickou oblastí, ale také oblastí psychologickou a prostředím, ve kterém daný člověk žije, tedy oblastí sociální (Kalina et al., 2015). Farmakoterapie a detoxikace se řadí do biomedicínské části. Velmi účinná je nemocniční léčba pro osoby se závažnějšími problémy. Výhodou je 24hodinová lékařská péče, jež je intenzivní a strukturovaná, a poskytnutí bezpečného bydlení (NIDA, 2019). Psychoterapie včetně terapie v léčebném prostředí patří do psychosociální terapie. Z hlediska bio-psycho-sociálního modelu sice nejde o tradičně lékařský přístup, ale z tohoto přístupu vychází. K povšimnutí je to u využívaných pojmů a klinického myšlení, např.: syndrom, příznaky, diagnóza atp. (Kalina, 2003). Bio-psycho-sociální model se také rozšiřuje o spirituální rozměr, tedy podporu smyslu života při léčbě a úzdavě. Bio-psycho-socio-spirito model lze zařadit do holistického modelu, který se zabývá člověkem jako celkem, zahrnuje tedy i alternativní terapie jako masáže, akupunkturu, akupresuru, aromaterapii či holotropní dýchání (Kalina et al., 2015).

### 2.2 Paradigmata v léčbě závislostí

V adiktologii dochází v posledních desetiletích k prolínání a používání různých paradigmat, která ovlivňují vnímání závislosti a následně přístupy k závislým. Vztah mezi paradigmaty se může promítat do sporů ohledně klinického postupu u konkrétního pacienta/klienta, který je při takové konfrontaci tím, kdo je nejvíce ohrožen (Kalina et al., 2015).

Do paradigmat patří paradigma morální, ve kterém je závislost (látková i nelátková) vnímána jako morální pokles, hřích či až zločin. Medicinizace zde nebyla zcela přijata, takže se závislost bere jako nemoc, která je svévolně zaviněná, náklady na její léčbu by tak neměla nést společnost. Toto paradigma bohužel dodnes převládá, a to např.: u některých politiků i lékařů. Tento přístup je vlastní i některým pracovníkům v oblasti závislostí. Projevuje se požadavkem tzv. „tvrdé léčby“ a psychoterapie je vnímána jako „rozmazlování pacientů/klientů“. Morální paradigma zároveň nelze ani zavrhnout, a to z důvodu osobní odpovědnosti člověka za svůj život. Nezbytná je také obnova morálky jako součást úzdavy (Kalina et al., 2015).

Veřejnozdravotní paradigma se týká ochrany veřejného zdraví, tedy tomu, aby se nešířilo závislostní chování či infekční nemoci spojené s užíváním NL. Na rozdíl od konceptu harm reduction, který se zabývá nejen ochranou veřejného zdraví, ale i samotným

uživatelé NL, se veřejnozdravotní paradigma o uživateli NL nezajímá (Kalina et al., 2015).

V psychologickém paradigmatu se má za to, že závislost je věcí procesu učení a adaptace. Psychoterapeutické směry se liší v konkrétních přístupech a v pojetí závislosti. Závislost jako naučené chování určitými procesy učení (operantní podmiňování a učení nápodobou) vnímá behaviorální terapie. Kognitivní terapie říká, že závislosti jsou vzorce chování a dysfunkčních přesvědčení vycházejících z jádrových přesvědčení, která se formují v dětství. A psychodynamická teorie tvrdí, že podstatou problému u závislých osob je vývojová porucha pocházející z utváření nejužších vztahů v raných fázích života. Obecně lze říct, že toto paradigma je v adiktologii vlivné a úspěšné. Někdy však dochází ke střetu s medicínským pojetím závislosti (Kalina et al., 2015).

Sociální paradigma má za to, že velký vliv na rozvoj závislosti má prostředí, ve kterém člověk žije, a sociální tlak prostředím vyvolaný. Sociální prostředí je také považováno za hlavní příčinu problémů a lidského utrpení. Řešení je nacházeno ve vytváření či obnovení sociálních struktur. Jedná se především o přesunutí jedince do příznivějšího sociálního prostředí, o změnu dosavadního sociálního prostředí, ale i o reformaci společnosti tak, aby v jejím prostředí byl dostatečný a akceptující prostor pro závislé osoby. Při léčbě je tedy třeba změnit prostředí, ve kterém člověk žije, a zabývat se jeho sociálním fungováním. Sociální paradigma má svou sílu a slabost, bez jeho zakomponování do adiktologie se však již neobejdeme (Kalina et al., 2015).

Na základě psychologicko-sociálního paradigmatu, tedy spojení psychologického a sociálního paradigmatu, vznikl model bezdrogových terapeutických komunit a koncept abstinenci léčby. Toto paradigma pohlíží s nedůvěrou na koncept harm reduction a vymezuje se proti medicíně, psychiatrizaci a neurobiologizaci závislostí. Pokroky a výzkumy v neurobiologii přináší poznatky v oblasti mechanismu rychlé odměny a fungování dopaminergního systému v mozku (Kalina et al., 2015).

Dle neurobiologického paradigmatu je závislost chronické onemocnění mozku, zejména centra odměny a paměti. Má se za to, že závislostní nemoc je do poloviny určována genetickými faktory. Toto paradigma velmi pomáhá v překonávání negativních důsledků sociálních a morálních konceptů (Kalina et al., 2015).

V multifaktoriální paradigmatu se má za to, že vznik a vývoj závislosti je kombinace mnoha faktorů, lze tak vybírat ze širší nabídky intervencí (Kalina et al., 2015).

A konečně bio-psycho-sociální paradigma, které se vztahuje k celkovému problému nemoci a zdraví, vychází z pojetí člověka jako bio-psycho-sociální bytosti. Toto pojetí je platné ve zdraví, v nemoci i v léčbě. Po několik desetiletí bio-psycho-sociální paradigma ustupovalo, nyní je však opět na vzestupu (Kalina et al., 2015).

## 2.3 Integrovaná strategie úzdravy

Dle NIDA (2012) není jediná léčba vyhovující všem pacientům/klientům a není žádný pacient/klient, kterému by seděla jen jedna léčba.

Integrativní teorie dávají možnost integrovaného léčebného plánu, tedy zahrnout účinné faktory z široké nabídky intervencí. Teorie vycházející z neurobiologického paradigmatu zahrnují uplatnění psychologických či psychosociálních přístupů. Dle moderních vyšetření mozku se ukazuje, že učení a psychoterapie působí na určité oblasti mozku (Kalina et al., 2015).

Kalina et al. (2015) dále uvádí další pohledy, které by mohly připadat v úvahu pro integrovanou strategii úzdravy. Jako první je farmakoterapie a psychoterapie. Tato kombinace (případně farmakoterapie s psychosociální intervencí nebo s rodinnou terapií) bývá často označována jako nejúčinnější a pro pacienty/klienty nejprínosnější. V oblasti závislosti je farmakoterapie poměrně úzce omezena na použití substitučních látek jen při závislosti na opiátech a při anticravingové léčbě u závislosti na alkoholu. Substituci nelze brát jako úzdravu. Jak uvádí Gera (2009), mozek se z poškození drogami může zotavit po dvou letech abstinence. K tomu, aby se abstinence zajistila a udržela, je využívána psychoterapie.

Dalším pohledem je neurobehaviorismus a psychodynamický přístup. V psychodynamické psychoterapii mohou být kombinovány různé druhy léčby, farmakoterapie i psychoterapie. Odborníci pracující s pacienty/klienty, ale i pracující v klinickém výzkumu by měli znát pojmy: psychické obranné mechanismy, přenos a protipřenos, dynamické nevědomí, také by je však měli umět aplikovat. Iracionální charakter drogové závislosti, její neústupnost a velký vliv na chování jedince utváří bludný kruh. Tento kruh je veden neurobehaviorálními procesy, tzn. neuroadaptace na mechanismu rychlé odměny a učení podmiňováním. Čím je závislost delší a závažnější, tím jsou neurobehaviorální mechanismy odolnější vůči léčbě. Psychodynamický přístup je vhodný tam, kde ještě neurobehaviorální mechanismy nepřevládly, nebo po základní stabilizaci v abstinenci.

Na to nasedá další pohled, a to abstinence a terapie. Mnozí pacienti/klienti potřebují v léčbě postavit své Já z mnoha různých kousků. Pacient/klienti se musí naučit zvyšovat si frustrační toleranci, podporovat funkční adaptivní procesy, napravovat nefunkční obranné mechanismy a rozpoznávat sebepoškozující strategie chování, které nahradí těmi, jež méně poškozují jejich Já a druhé. To vše je součástí ego-syntonní léčby. Pacienti/klienti se také učí sebeképi, sebesledování, sebeúctě, seberegulaci, sebeřízení, sebeporozumění a sebepojetí. V abstinenci léčbě je nezbytné: zamezení kontaktu s drogou, posilování

schopnosti zvládat rizikové situace bez drogy (jak zvládat krize), dekonstrukce udržovacích faktorů a prevence relapsu. Lze říct, že abstinence není výsledkem léčby, ale podmínkou léčby a uzdravy ze závislosti. Změna vztahu a vztahů ve skupině jsou dalším uvedeným pohledem. Vztah stojící na pevném základu důvěry a bezpečí je nedílnou součástí nejen při práci se závislými, ale i v práci s dalšími duševními poruchami. Vztah může mít pacient/klient s terapeutem, ale důležité jsou také vztahy skupinové v léčebném prostředí. Ústřední roli terapeutickému vztahu a skupinové dynamice přiložil Jaroslav Skála. Na vztahu terapeutickém a skupinovém v léčbě se pacienti/klienti učí zdravým vztahům a jejich navazování po léčbě. Panují obavy, zda vztah k droze lze vůbec něčím nahradit, oproti tomu je však mnoho dokladů o tom, že silný mezilidský vztah může spustit samovolnou remisi závislostního chování (Kalina et al., 2015).

Adiktologie v ČR v posledních letech rozšiřuje bio-psycho-sociální paradigma o spirituální rozměr. Důležitá je v něm podpora smyslu života při léčbě závislosti. Složky, které jsou pro tento rozměr klíčové, jsou: smysluplnost, hodnoty, transcendence, spojení (vztahy k sobě a druhým lidem), „stávání se“ (kdo člověk je, rozvíjení života). Důležitá je také obnova morálních hodnot, otevřenost terapeuta a schopnost vést rozhovor o bolesti a naději (Nešpor & Csémy, 2006 In Kalina et al. 2015).

## **2.4 Integrativní přístup v léčebném kontinuu**

V adiktologii se neustále střetávají různé názory. Střety jsou nejvýraznější v oblasti léčebné praxe (Jeřábek, 2015).

Následující kapitola se zabývá konkrétními léčebnými postupy a základními principy léčby syndromu závislosti.

### **2.4.1 Model integrativní léčby**

Tento přístup by měl mít respekt ke třem základním transteoretickým zásadám:

- a. Eklektický přístup: v tomto přístupu je primární vybrat takové intervence, které budou odpovídat jak pacientovi/klientovi samotnému, tak i jeho problémům a zakázce. Pacient/klient a terapeut společně vytvoří cíle spolupráce, které by měly být odpovídající a splnitelné. Součástí je také oboustranný kontrakt a plán léčby.
- b. Podpora procesu změny se zohledněním zakázky a kontraktu: k tomu, aby pacient/klient pochopil, oč jde v druhém rozměru integrativního pojetí, se klade otázka: „Kam obvykle vede cesta závislého a kam chci, aby vedla ta moje?“ Zároveň by se také s pacientem/klientem mělo otevřeně mluvit o tom, v jakém stupni změny se nachází (prekontemplace, kontemplace, determinace, akce, maintenance, relaps), kdy tím důležitým stupněm je akce, jež je také předpokladem úspěšné léčby. Již od počátku léčby je třeba pracovat s motivací pacienta/klienta. V souvislosti s motivací

je spojován termín incentivní terapie (IT). Jde o klinickou kontrolu nad následky chování pacientů/klientů. Příkladem je získávání různých poukázek za splnění terapeutického cíle či úkolu. IT bývá také součástí substitučních programů. Incentivní prvky obsahoval také režimový bodovací systém, kde se používají jak záporné, tak i kladné body. Kladné body opravňovaly například k dovolence, záporné body bylo třeba odpracovat – Bílovodenský rezidenční systém bodování zrušil, neboť podporoval odčiňování – obranný mechanismus typický pro adiktologické pacienty/klienty. Při maximální terapeutické podpoře se využívají pouze sankce a za incentivum je považován samotný postup v léčbě a její řádné dokončení.

- c. Integrace spojující intrapsychickou problematiku s behaviorálními projevy a současně individuální a interpersonální perspektivu: ač se biologické faktory berou v adiktologii v potaz, biologická léčba nebývá úspěšná. Nabízejí se spíše nefarmakologické postupy, především psychoterapie, aby pacient/klient mohl vidět to, jak souvisí třeba jeho pití alkoholu s vlastním sebepojetím. Je důležité vést pacienta/klienta k náhledu na jeho vztahy jak v nukleární rodině, tak v partnerských vztazích. Zároveň by se pacient/klient měl naučit zvládat problémy jinak než s pomocí psychoaktivní látky (Jeřábek, 2015).

## 2.5 Struktura léčebného programu

Základem veškerých léčebných zařízení je bezpečný azyl. Znamená to nejen například místo u stolu, ale také mnohostranný závazek respektu k pravidlům v léčebném společenství a samozřejmě abstinenci. Bezpečí je nesmírně důležité i vzhledem k traumatům, chaosu a rizikům v životech pacientů/klientů. Empirické zkušenosti ukazují, že zejména v počátcích léčby je primární mít jednoduchý, srozumitelný a dodržovaný řád. Léčba by měla postupovat krok po kroku jako cesta odněkud někam, proto je v léčebných zařízeních léčba stupňovaná. Stupně začínají od různých omezení a končí přípravou na reálný život mimo bezpečné prostředí léčby (Jeřábek, 2015).

Pacienti/klienti adiktologických služeb potřebují terapeutický přístup již od počátku jejich kontaktu se službami, ať se jedná o poradenství, detox, léčbu či následně doléčovací program a opakovací léčby. Specifická je léčba rezidenční, kdy je pacient/klient vytržen ze svého přirozeného prostředí. Vyjmutí pacienta/klienta z prostředí drogové scény může být výhodné. Oproti tomu však dochází k tzv. „skleníkovému efektu“ v prostředí rezidenční léčby. V komplexní léčbě závislostí se však počítá s tím, že pacient/klient bývá identifikační až symbiotický s léčbou. K separaci často dochází až v doléčovacích centrech, a proto je jejich role v systému léčby nezastupitelná. Doléčovací léčba je takový „detox od předchozí terapie“ (Jeřábek, 2015).

## 3 Metody léčby závislosti

Dle odborných standardů RVKPP jsou součástí klasických metod léčby komunitní setkání (tzv. ranní a večerní komunity, velké komunity, kluby), skupinová setkání (skupinová terapie, a to včetně arteterapie, dramaterapie, tréninku sociálních dovedností apod.), individuální rozhovory (garantské rozhovory, individuální plánování apod.), rodinná terapie, sociální práce, zejména stabilizace následného života jako vztahů, bytové situace, pracovní situace, rehabilitace: trénink kognitivních schopností, sociálních dovedností, pracovní terapie, sport, zátěžové programy a v neposlední řadě prevence relapsu (Libra et al., 2015).

### 3.1 Časná diagnostika a krátké intervence

Základním principem kteréhokoli léčebného programu je potřeba bezpečného azylu. Léčba by měla zajistit bezpečný psychosociální prostor, kdy členové musí respektovat definovaný režim, tedy základní pravidla léčebného společenství, což slouží potřebě bezpečí (Jeřábek, 2015).

Mezi klasické metody léčby závislosti patří včasná diagnostika a intervence z oblasti indikované prevence, o které můžeme říct, že vyplňuje mezeru mezi primární prevencí a intenzivnější léčbou. Také se jí daří efektivně odkazovat problematické případy do specializované léčby. Časná diagnostika předchází krátké intervenci a je prováděna za pomoci screeningových zhodnocení. Samotné sdělení zhodnocení od lékaře či jiného odborníka může pacienta/klienta vést k vyšší motivaci směrem ke změně chování ve vztahu k návykové látce.

Lidé trpící návykovou nemocí či jejím ohrožením tvoří desítky procent populace ve středoevropských zemích, v porovnání s tím je počet odborníků nepatrný. Tento nepoměr lze řešit zapojením odborníků mimo adiktologii, např.: sociální pracovníci, lékaři, učitelé, psychologové apod. I v případě, že by pomohli ve své profesi každému desátému člověku, jednalo by se o velká absolutní čísla (Nešpor, 2018). Krátká intervence trvá v rozmezí pěti až dvaceti minut a jedná se o jedno až šest setkání. Základem je posouzení rozsahu a charakteru pacientových/klientových problémů s alkoholem či jinou NL na základě jeho výpovědi a somatického vyšetření. Následuje diskuse nad výsledky a potenciálními důsledky jeho chování, dále také nabídka možností, jak problém vyřešit či předejít progresi. Do metod krátké intervence patří metoda 4 A: Ask (otázky ohledně pití a užívání drog), Assess (posouzení stavu, screeningový dotazník), Advice (rada či doporučení formou motivačních rozhovorů), Arrange (sjednání další schůzky či odkaz na jinou formu pomoci). Mezi její prokazatelné účinky patří zejména snížení užívání alkoholu jak u mužů, tak i u žen (Zweben & Fleming, 1999 In Kalina et al., 2015), také jednodušší vstup do specializované léčby a menší využívání dalších zdravotnických služeb. Do spektra efektivních krátkých



intervencí patří postupy jako zřetelné doporučení abstinence od alkoholu či jeho omezení, důležité a efektivní je také zapojení rodiny. Nešpor (2018) dodává i další postupy v intervenci, a to: testování na přítomnost návykových látek, diagnostiku, kde je dle něj důležité odlišit závislost a škodlivé užívání, dále zpětná vazba navazující na posouzení stavu, posilování motivace, poskytnutí svépomocných materiálů a využívání pomoci po telefonu a internetu (Nešpor, 2018). Koncept krátké intervence se začal více rozvíjet v průběhu osmdesátých let minulého století. Cílem bylo včas identifikovat rizikové uživatele a poskytnout jim příslušné intervence. Krátké intervence byly směřovány do působnosti praktických lékařů, a to kvůli předpokladu potřeby další somatické péče (Fuller & Hiller-Sturmhofel, 1999 In Kalina et al., 2015).

Aby byla časná diagnostika a krátká intervence efektivní, je třeba zajistit dostupnost pro co nejširší populaci. Časná diagnostika je totiž možností, jak zachytit ohroženou osobu v začátcích problému spojeného s užíváním návykových látek (NL) a zabránit progresi onoho problému. Klíčové je zapojení všech zdravotnických profesí, za nimiž mohou lidé docházet v raných počátcích problému se souvisejícími somatickými problémy. Zdravotníci tak mají možnost povšimnout si, že pacient/klient může mít problém s užíváním NL. Podobně mohou problém včas zachytit také pedagogové či pracovníci v sociálních službách. K tomu, aby někdo mohl poskytnout časnou diagnostiku a intervenci, je třeba nejen dobře znát tuto metodu, ale také je k tomu třeba mít vhodné osobnostní předpoklady. Komunikace s uživateli NL může být mnohdy obtížná. Také je třeba vědět, že u takové osoby nemusí být nutně rozvinut syndrom závislosti. Závislost není jediným a nejzávažnějším důsledkem užívání NL.

Jako první podmínku lze uvést, že pacient/klient nesmí být během včasné diagnostiky a intervence intoxikován. Další neméně důležitou podmínkou je jasné a zřetelné vymezení hranic spolupráce a jejich důsledné dodržování. Pacient/klient musí také s diagnostikou a krátkou intervencí především souhlasit, musí mít zájem získat informace o svém stavu prostřednictvím screeningových nástrojů. Cílem krátké intervence je hlavně směřovat k zamezení výskytu určitého chování, dále oddálení takového chování, případně zabránění progresi problémového chování a mírnění jeho důsledků (Miovský et. al., 2010 In Kalina et al., 2015). Při intervenci odborník dá najevo, že dané chování neschvaluje, nicméně pacienta/klienta neodsuzuje ani nemoralizuje (Miovský, Čablová, & Jurystová, 2015).

Krátké intervenci předchází screeningové zhodnocení, které rychle a snadně identifikuje případný problém s užíváním NL. Screeningové nástroje jsou nenáročné na čas a využitelné v širokém rozsahu profesí. Screeningový nástroj by měl být rychlý, jednoduchý, se snadno čitelným výsledkem. Měl by být reliabilní a validní, využitelný pro široké spektrum odborníků, a to bez nutnosti velkého školení (Miovský, Čablová, & Jurystová, 2015).

Příklady nejčastějších screeningových nástrojů: AUDIT (diagnostika užívání alkoholu u dospělých a dospívajících), POSIT (využitelný u adolescentů), FTND (posouzení závažnosti nikotinové závislosti), CRAFFT (zhodnocení stupně užívání NL pro věkové rozmezí 12–17 let), CAGE (pro zjištění problémů s alkoholem, ale i s dalšími NL), DAST (mapování problémů s drogami), SUPRS (mapování rizikového chování u dětí a dospívajících) (Miovský, Čablová, & Jurystová, 2015).

## 3.2 Adiktologické poradenství

Další metodou léčby je adiktologické poradenství. Dle Vondráčkové (2015) je adiktologické poradenství proces, kdy adiktolog poskytuje pacientovi/klientovi informace, rady, vedení a podporu při řešení závislostního chování či problémů přidružených. Cílem je zlepšit pacientovu/klientovu aktuální životní situaci a orientovat se na základě využití jeho vlastních sil a zdrojů. Vzhledem k tomu, že většina pacientů/klientů využívá závislostní chování jako formu sebeléčby, je adiktologické poradenství a terapie nejčastěji využívanou metodou. Jednotlivými komponenty využívanými v adiktologickém poradenství jsou: obsahová komponenta, tedy to, co pacientovi/klientovi sdělujeme, vztahová komponenta, v jakém vztahu to sdělujeme, a komponenta formy, tedy v jaké formě je obsah sdělován.

Obsahem adiktologického poradenství jsou informace, které pacientovi/klientovi pomohou při zlepšení jeho situace, a poskytování rad šitých na míru přímo konkrétnímu pacientovi/klientovi. Dle obsahu lze rozdělit na psychologické poradenství, právní poradenství, sociální a zdravotní poradenství (Kopřiva et al., 2002).

Psychologické poradenství se věnuje intrapsychickým a intrapersonálním problémům. Někteří autoři vnímají psychologické poradenství jako synonymum psychoterapie. Jde o stejné intervence v různých zařízeních. Jiní autoři uvádí jako hlavní rozdíl to, že psychoterapie je méně direktivní a je to dlouhodobý proces především s pacienty/klienty, kteří jsou vážně psychicky narušeni. Cílem psychoterapie tedy není jen řešení problému, ale i změna struktury osobnosti (McLeod, 2009; Mercer & Woody, 2007 In Kalina et al., 2015).

V právním poradenství jsou pacientům/klientům nejčastěji předávány informace o dluhovém poradenství, rodinném právu a trestněprávní problematice (Fidesová, 2012 In Kalina et al., 2015).

Ve zdravotním poradenství lze pacientům/klientům předávat informace o bezpečném užívání návykových látek, o zdravotních potížích, které plynou z užívání návykových látek, a obecné informace o možnostech léčby (Richterová Těmínová, 2008).

Sociální poradenství pomáhá pacientům/klientům v řešení jejich aktuální sociální situace. Bývají to informace o tom, jak se zařizují doklady, o systému sociálních dávek, pracovním poradenství, pomoci v hledání bydlení apod. (Richterová Těmínová, 2008).

Millerová (2011) popsala faktory ovlivňující adiktologické poradenství – respektive tři hlavní vlivy. Prvním je tradiční přístup adiktologického poradenství, který spočívá v modelu nemoci. Stěžejní je v tomto vlivu otázka, zda tento přístup pomáhá závislému v závislosti jakožto nemoci. Druhý vliv je adiktologicko-výzkumný přístup. Zde je důležité, které přístupy používané v adiktologickém poradenství mají oporu v poznacích z výzkumů. Třetí a poslední vliv vychází z organizací řízené péče. Poradci si zde kladou otázku, které přístupy jsou nejefektivnější a zároveň nevyžadují velké náklady. Každý z jmenovaných vlivů má výrazný dopad na adiktologické poradenství. Zároveň mezi nimi dochází ke střetům, kdy poradci pracující v modelu nemoci se mohou přit s výzkumníky při používání různých diagnostických termínů. Organizace péče zase může odmítat platit v léčbě něco, o čem se vedou spory mezi jednotlivými vlivy.

V adiktologickém poradenství jsou využívány různé směry působení. Poradci dle nich pracují se svými pacienty/klienty. Na poradách poté mohou sdílet svou práci a od poradců, kteří používají jiný směr, získat jiné pohledy na danou věc. Jednotlivé směry se vzájemně prolínají, a tak nelze říct, že by se poradci drželi striktně jednoho východiska. Zároveň je třeba nejen znát detailně teoretickou základnu daného směru, ale také ji umět praktikovat v praxi a flexibilně reagovat na potřeby pacienta/klienta. Mezi teorie používané v adiktologickém poradenství patří: psychoanalytická/adlerovská teorie, ve které se předpokládá, že osobnost je formována ranými prožitky. Problémy jsou brány jako důsledky uvíznutí v některé z vývojových fází. Cílem je učinit nevědomé vědomým. Dále je to existenciální / na klienta zaměřená / Gestalt terapie. Zde jsou spojené tři teoretické rámce nebo sdílejí některá filozofická východiska. Mají za to, že lepší poznání sebe sama, druhých a společnosti umožní osobě dělat vědomá rozhodnutí, za která nese zodpovědnost. Poznání se zvyšuje soustředěním na prožívání pocitů v daném okamžiku. Všechny tři teorie také vyzdvihují důležitost terapeutického vztahu. Existenciální terapie vnímá úzkost jako součást života. Terapie zaměřená na klienty zmenšuje rozdíl mezi tím, kým člověk je a kým by si přál být. V Gestalt terapii jde o větší prožívání pocitů a jejich integraci do vyšších celků. Terapie realitou je aktivní a direktivní směr. Pacienti/klienti zhodnotí, zda je jejich chování efektivní, a pokud ne, vypracují si plán, jak můžou chování změnit, následně se zavážou k jeho plnění. Cílem je vést pacienty/klienty k vyšší efektivitě v uspokojování potřeb a seznámit je s možností volby (Millerová, 2011). Behaviorální a kognitivně-behaviorální terapii je věnována samostatná kapitola v textu.

V poradenství je mezi terapeutem a pacientem/klientem vztah. Gelso a Carter (1994) definovali tři základní roviny vztahu, a to pracovní vztah, přenosový a protipřenosový vztah a reálný vztah. Popsané vztahy se vzájemně prolínají a mohou se vyskytovat současně. V pracovním vztahu je definován cíl spolupráce a podmínky spolupráce. Je třeba, aby se terapeut s pacientem/klientem domluvili na cíli spolupráce a následně si řekli, kdo pro to udělá co. K tomuto si mezi sebou vytváří vztah, který má podpůrný charakter (Úlehla, 2009 In Kalina et al., 2015).

Přenosový a protipřenosový vztah je přesun emocionálního postoje z předchozích vztahů pacienta/klienta na jeho terapeuta. V psychologickém poradenství není prostor na to, aby se tento vztah více řešil. Adiktolog by si této skutečnosti však měl být vědom a případně upravit svůj přístup k pacientovi/klientovi. Protipřenos jsou terapeutovy reakce na pacienta/klienta. Vznikají tak, že pacient/klient působí na terapeutovo nevědomí. Existuje proaktivní a reaktivní protipřenos. V proaktivním protipřenosu lze najít pocity, fantazie, tělesné zážitky, kde se může projevit odborníkova negativní zkušenost s tématem, které pacient/klient přináší. Reaktivní protipřenos jsou pocity, fantazie a tělesné zážitky evokovány samotným pacientem/klientem a oblastmi, které přináší do poradenství. Adiktolog může v takových chvílích zažívat vztek, beznaděj nebo třeba nudu. U adiktologických pacientů/klientů bývá častá komorbidita s poruchami osobnosti. Projevuje se konfliktní jednání vůči odborníkům časté relapsy a vypadávání z léčby (Clarkson, 2009 In Kalina et al., 2015).

Reálný vztah je autentický a realistický. Na straně terapeuta je k tomuto vztahu třeba autenticita, akceptace a empatie. Terapeut je ve všech okamžicích sám sebou a komunikace odpovídá jeho myšlení a cítění. Důležité je nehodnocení pacientova/klientova chování, porozumění, citlivost a zprostředkované prožití pocitů, myšlenek a zkušeností pacienta/klienta. V souvislosti s tím by si terapeuti měli dávat pozor na projekci vlastních pocitů, myšlenek a prožívání (Vymětal & Rezková, 2001 In Kalina et al., 2015).

Mezi formy adiktologického poradenství patří: krizová intervence, individuální a skupinové poradenství a rodinné poradenství. Krize je situace, kdy člověk nemá nebo nezná techniky řešení daného problému a není schopen vše zvládnout sám. Krize je zároveň příležitost ke změně či k získání pozitivních i negativních zkušeností. Závislí lidé mají často krize v oblasti vztahů (problémy v manželství, rozvod, domácí násilí, rodičovská péče, otázky sexuální orientace apod.). Také jsou to problémy se zákonem, finanční a zdravotní problémy. Mohou se objevovat suicidální myšlenky i pokusy. Důležité je v léčbě uvědomění, kdy dochází ke spuštění krize. Krizovou intervencí lze rozdělit na akutní, kdy je nutné ošetřit aktuální krizi, a krizovou terapii, která by měla přijít po akutní krizové intervenci. V krizové terapii lze dále řešit krizi již bez bouřlivých emocí a s odstupem. Další formou je individuální terapie, která má zásadní význam pro pacienty/klienty v léčbě. Je to prostor, kdy se pacient/klient může věnovat jen sám sobě, utřídit si myšlenky, naučit se techniky směřující k úzdavě apod. (Millerová, 2011). Je nutné, aby si poradce uvědomoval rozdíly mezi jednotlivými pacienty/klienty. Jednak v projevech závislosti, ale i v množství životních potíží. Jedinečnost každého pacienta/klienta zasluhuje důkladné zhodnocení a intervence na míru (DiClemente, 2003). Poradce si také při terapii musí uvědomovat a zjišťovat, ve které fázi změny se pacient/klient nachází (prekontemplace, kontemplace, příprava, akce/udržování), a dle toho s ním pracovat (Millerová, 2011). O fázích změny je více v kapitole Motivační rozhovory. Terapeutický vztah musí být založen především na upřímnosti. Závislí pacienti/klienti umí velmi dobře rozpoznat lži a faleš a zároveň je sami

dobře ovládají. Upřímnost a otevřenost napomáhá k vytvoření terapeutického vztahu založeného na důvěře, které se závislým lidem příliš nedostává. Pacienti/klienti mívají často problémy s autoritami, proto bývá v terapii přínosné pracovat na partnerské úrovni. Další stěžejní bod je udržení hranic ve vztahu. Závislí jedinci mají tendence neustále hranice posouvat a následně se vyhnout následkům. Ohledně hranic je třeba být k pacientům/klientům nekompromisní. S tím souvisí vedení pacienta/klienta k zodpovědnosti, aby nesl důsledky za své činy. Nesnadné, ale pro pacienta/klienta důležité, je nechat ho v terapii chybovat. To znamená, že poradce nepřebírá zodpovědnost za pacienta/klienta, ale spíše mu ukazuje, že chybovat je lidské, a radí, jak se k chybě postavit (Millerová, 2011). Posledními formami adiktologického poradenství jsou skupinová a rodinná terapie, těm je v práci věnována samostatná kapitola.

### **3.2.1 Adiktologické poradenství v ústavní léčbě**

Mezi hlavní cíle v léčbě patří porozumění závislostnímu chování a ovlivnění okolností s ním spojených. V této fázi je vhodné pacientovi/klientovi nabídnout všechny obsahy adiktologického poradenství, neboť komplexnost poskytovaných služeb je v léčbě závislosti zásadní. V ústavní léčbě se převážně využívá skupinové poradenství (Vondráčková, 2015).

## **3.3 Motivační rozhovory**

Motivační rozhovory jsou dle Soukupa (2015) na klienta orientovaným přístupem. Zaměřují se na pomoc v ambivalenci pacienta/klienta a podporují jeho vnitřní motivaci ke změně chování. Jejich využití přesahuje léčbu závislostí, kde vznikly, a používají se i v nápravných zařízeních, v práci s mladistvými, v praktickém lékařství i psychiatrii, v koučování a personalistice. Základními technikami jsou: reflektivní naslouchání, použití otevřených otázek, oceňování, shrnování sděleného, informování a poskytování rad.

V úsilí o změnu není nutno, aby rozhodnutí se pro změnu bylo podmínkou práce s pacientem/klientem. Rozhodnutí je již pokročilá fáze změny a předchází mu motivace pacienta/klienta směrem k samotné změně, ale i k rozhodnutí se pro změnu. Je tedy možné pracovat i s takovými pacienty/klienty, kteří žádnou změnu nyní nechtějí. Velkým pojmem v motivačních rozhovorech je ambivalence, která je typická a normální při procesu změny. Ambivalence je normou pro každé rozhodování a změnu, neznamená tedy, že by pacient/klient byl v odporu. Zároveň prožívat ambivalenci dlouhodobě a intenzivně je velmi náročné. Pokud nepřijde akce v ten správný čas, může ambivalence přejít do psychických obran. V motivačních rozhovorech se s ambivalencí pracuje tak, že je patřičně prozkoumána. S pacientem/klientem jsou probrány všechny pro i proti změně a je kladen důraz na to, aby pacient/klient své ambivalenci porozuměl. Výchozím bodem je poznatek, že každý má pro

své chování dobrý a důležitý důvod. Teprve po prozkoumání a porozumění celé problematice problému /ambivalence může dojít k přehodnocení a posunu (Soukup, 2014).

Lidé mají obecně tendence vše napravovat, měnit a pomáhat. Tato potřeba se v motivačních rozhovorech nazývá napravovací reflex. Je to automatická a zažitá reakce na něco, co je z lidského pohledu špatně. Jako příklad lze uvést želvičku otočenou vzhůru nohama. Napravovací reflex je potřeba otočit želvičku tak, aby byla nožičkami na zemi. V práci s pacientem/klientem se napravovací reflex projevuje poskytováním rad, nápadů a řešení, tlakem na změnu, přesvědčováním, varováním apod. (Soukup, 2014).

Nejběžnější a typickou reakcí na napravovací reflex je obhajoba. Obhajování se není známkou promyšleného odporu, ale komunikační reflex. Typické je, že ten, kdo se obhajuje, jde proti tomu, čeho chce dosáhnout ten, kdo napravuje. V poradenství tedy pracovník napravuje a pacient/klient uvádí důvody, proč to nejde. Čím více se pacient/klient obhajuje, tím menší je pravděpodobnost změny, jelikož se pacient/klient utvrzuje v současném chování (Soukup, 2015).

K tomu, aby jedinec udělal změnu, nestačí jen chtít, je třeba se podívat na to, zda lze daná změna za daných podmínek vůbec provést. Důležitá je zde důvěra ve vlastní schopnosti, tedy zda si věřím, že to dokážu, že na to mám schopnosti. Tedy pro změnu musím chtít a musím si věřit (Soukup, 2015).

Důležité v práci s motivací je, aby pracovník pacientovi/klientovi pozorně naslouchal, zjistil, v jaké je fázi rozhodování, a porozuměl tomu, proč je zrovna v dané fázi, co ho tam drží. Pracovník by měl pacientovi/klientovi vyjadřovat dostatek porozumění a empatie. Porozumění je také třeba si ověřovat, doptávat se pacienta/klienta a ujišťovat se, že mu pracovník dobře rozumí. Mezi základní techniky motivačních rozhovorů patří reflektivní naslouchání, otevřené otázky, oceňování, shrnování a poskytování rad. Při vedení motivačního rozhovoru s pacientem/klientem je důležité sledovat řeč změny. To znamená, že pacient/klient hovoří pozitivně směrem ke změně, tedy o její potřebě či uskutečnění. Pokud pracovník zaznamená řeč změny a dále ji rozvíjí, je pravděpodobnost uskutečnění mnohem vyšší. Čím více pacient/klient mluví proti řeči změny, tedy o tom, proč změnu nechce či proč ji nelze uskutečnit, tím se pravděpodobnost změny snižuje. Při práci s odporem je důležitější zájem pracovníka a snaha o porozumění než konfrontace. Pracovníkovi se vyplatí být otevřený, opravdový, pojmenovávat věci, vyhnout se manipulaci a sarkasmu. Pokud je pacient/klient připraven na změnu, je na pracovníkovi, aby mu pomohl vytvořit reálný, dosažitelný a časově ohraničený plán, a také pomohl prozkoumat překážky a najít zdroje podpory (Soukup, 2014).

## 3.4 Farmakoterapie

Farmakoterapie se v adiktologii využívá při zvládnání akutní intoxikace, zvládnání odvykacích stavů, a to např.: na detoxifikačních jednotkách, při zvládnání panických atak, „toxických psychóz“, při léčbě syndromu závislosti, při snižování cravingu nebo subjektivního požitku z užití látky, při substituční léčbě a u chronických důsledků závislosti a duálních poruch, jako jsou afektivní poruchy, psychotická rezidua, poruchy spánku či kognitivní škody a demence. Spektrum farmakoterapie v adiktologii je v podstatě shodné se spektrem farmakoterapie v celé psychiatrii. Nejčastěji se v adiktologii využívají léky k terapii závislosti na alkoholu (disulfiram, akamprosát, naltrexon), na opioidech (buprenorfin, metadon). Dále se používají psycholeptika, a to zejména antipsychotika, neuroleptika, anxiolytika, hypnotika a sedativa, analgetika a antiepileptika (Dvořáček & Kalina, 2015).

### 3.4.1 Zvládnání akutní intoxikace

Akutní intoxikace patří ke stavům, jejichž zvládnutí si lze bez farmakoterapie jen těžko představit. Mezi nejčastěji používané léky patří benzodiazepiny, které mají zklidňující a tlumivý účinek. Využívají se na příklad u intoxikace stimulancií a halucinogeny. Maximální opatrnosti je třeba dbát při intoxikaci tlumivými látkami. Antipsychotika s rychlým tlumivým efektem jsou využívána ke zklidnění, kdy je třeba okamžitý účinek (agrese pacienta/klienta). Naloxon je specifickým lékem využívaným při předávkování opioidy. Rizikem je rychlé vyvolání odvykacího stavu. Flumazenil je kompetitivním antagonistou benzodiazepinů. U závislých na benzodiazepinech však může vyvolat odvykací stav s křečemi, proto musí být podáván velmi opatrně (Dvořáček & Kalina, 2015).

### 3.4.2 Zvládnání odvykacích stavů

Některé odvykací stavy mohou pacienta/klienta ohrozit na životě, a tak je medikace nezbytná. Opět se zde využívají benzodiazepiny, a to při odvykacím stavu po odnětí alkoholu, odvykacím stavu po benzodiazepinech, dále k tlumení neklidu a úzkosti u kteréhokoliv typu odvykacích stavů a k tlumení křečí. Clomethiazol (Heminevrin) je důležitý při detoxifikaci u alkoholové závislosti. Zejména tehdy, kdy je očekáván rozvoj deliria tremens. Využívá se i při již rozvinutém deliriu tremens. Buprenorfin, jak je již uvedeno výše, se používá při předávkování opioidy, antipsychotika s rychlým tlumivým účinkem zase při masivním neklidu pacienta /klienta (Dvořáček & Kalina, 2015).

Farmakoterapie se také využívá při zvládnání panických atak, zvládnání „toxických psychóz“, ke snížení cravingu či požitku z užití návykové látky, při zvládnání afektivních poruch u závislých, psychotických reziduí a souběžných chronických psychotických onemocněních, při poruchách spánku, k léčbě kognitivních škod a demencí a u dalších somatických poruch (Dvořáček & Kalina, 2015).

Za nejúčinnější léčebnou kombinaci se označuje farmakoterapie v kombinaci s psychoterapií či jinou psychosociální intervencí (Kalina et al., 2015).

### **3.5 Substituční léčba**

Substituční léčba spočívá v náhradě užívané látky, ale často také v náhradě aplikace látky za bezpečnější formu. Substitute je plnohodnotnou formou abstinence. Klíčový je pozitivní vliv na kvalitu života jedince, dále ekonomická výhodnost a pokles kriminality. Substitute je šancí zlepšit stav onemocnění u jedinců, u nichž jiné možnosti selhávají. V současné době se u nás využívá substituční léčba na opioidech, kdy substituční látkou je metadon, buprenorfin či buprenorfin-naloxon. Dále existuje substituční léčba u závislosti na nikotinu a provádí se výzkumné studie na substituci pro uživatele stimulancií (Pavlovská & Minařík, 2015).

Substituční léčba napomáhá snížit či ukončit užívání nelegálních návykových látek, pomáhá zlepšit fyzický, duševní a sociální stav pacienta/klienta, snižuje riziko nákazy infekčním onemocněním a počet smrtelných předávkování, může zlepšit kvalitu života jednotlivce, ale i jeho celé rodiny a snižuje veřejné výdaje na zdravotní péči. Výhody substituční léčby byly dokázány hned několika výzkumy, přesto se shledává s neporozuměním a problémy (Verster & Buning, 2003).

#### **3.5.1 Substituční léčba závislosti na opioidech**

Pravidla a postupy pro substituční léčbu závislosti na opioidech v ČR vymezuje Standard substituční léčby závislosti na opioidech. Dle Standardu se jedná o časově neomezenou terapii, která odkládá cíl abstinence bez substitute na dobu, kdy ji bude pacient/klient schopen. Dle Popova (2003, 2008) ale také může být substitute pro některé pacienty/klienty konečným cílem. Substituční léčba zapadá do komplexního přístupu v léčbě závislosti. Cílem substituční léčby je zmírnit rizika plynoucí z mnohdy rizikového užívání nelegální návykové látky, zlepšit tak kvalitu života jedince (Popov, 2008).

#### **3.5.2 Cíle substituční léčby**

Minimalizace poškození zdraví pacientů/klientů a zlepšení či udržení zdraví i psychické pohody jsou hlavními cíli léčby. Dále také konec rizikové aplikace návykové látky, snížení či ukončení užívání nelegální návykové látky, omezení či ukončení rizikového a kriminálního chování, které je spojeno s užíváním nelegální návykové látky, sociální stabilizace, motivace k zahájení léčby a života bez substitute a zařazení zpět do pracovní činnosti, studia apod. (Richterová Těmínová, 2008).



### 3.5.3 Cílová skupina, indikace a kontraindikace

Mezi hlavní indikace patří především dg. syndrom závislosti na opioidech či škodlivého užívání dle MKN-10. Dále je substituce vhodná pro pacienty/klienty, kteří nejsou schopni objektivně či subjektivně zvládnout léčbu bez ní. Mezi faktory pozitivně ovlivňující indikaci patří věk nad šestnáct let, injekční užívání návykové látky a psychické nebo somatické komplikace (Libra et al., 2012). Při terapeutické rozvaze, zda je substituce pro daného pacienta/klienta vhodná, je třeba brát v úvahu i již zažitou pozitivní zkušenost pacienta/klienta se substitucí uvedenou v anamnéze, opakované a neúspěšné pokusy o abstinenci, HIV pozitivitu, VHC pozitivitu, těhotenství, sociální status pacienta/klienta, motivaci apod. (Popov, 2008). Co se týče kontraindikace substituční léčby, jedná se zejména o podání substituční látky při akutní intoxikaci alkoholem a léčba inhibitory MAO plus 14 dní po jejím ukončení, jiná převažující závislost než na opioidech, zneužívání substitučního programu v anamnéze pacienta/klienta, respirační insuficience, onemocnění jater a ledvin, v neposlední řadě to, že pacient/klient nedokáže přestat užívat opioidy i přes dostatečnou dávku substituce (Pavlovská & Minařík, 2015).

S pacientem/klientem probíhá po celou dobu trvání substituční léčby hodnocení, které obsahuje toxikologické testy, aktuální psychický a somatický stav pacienta/klienta. Výstupy z tohoto hodnocení jsou důležité pro případnou úpravu dávkování i pro setrvání pacienta/klienta v léčbě (Popov, 2003).

V případě, kdy pacient/klient v léčbě nesplňuje stanovené cíle, nezlepšuje se, vážně poruší smlouvu nebo se opakovaně nedostavuje na smluvené schůzky, léčbu lze dle Popova (2003) ukončit. Substituční léčba bývá většinou poskytována ambulantní formou. Pacient/klient podepisuje informovaný souhlas s tím, že byl poučen o průběhu léčby, o všech rizicích, o pravidlech programu a zároveň se zavazuje pravidla programu dodržovat. V ČR se k substituční léčbě používají výhradně látky uvedené ve Standardu substituční léčby: metadon (roztok) a buprenorfin (tablety). Od roku 2008 je k dispozici také látka Suboxone®, ve které je kromě buprenorfinu navíc obsažen i naloxon – opioidní antagonist (Pavlovská & Minařík, 2015).

### 3.5.4 Metadon

Dlouhodobě působící syntetický opioid a agonista opioidních receptorů. Mezi jeho účinky patří tlumivý efekt a analgetický účinek. Při dlouhodobém užívání vzniká závislost. Účinek nastupuje pomalu a vyvolává minimální euforii. Obvykle se užívá jednou denně, neboť poločas eliminace je cca dvacet pět hodin. Dávkování se stanovuje individuálně – od pěti miligramů do stovek miligramů (Pavlovská & Minařík, 2015). Pokud je dávka správně nastavena, blokuje narkotický účinek jiných opioidů, vede ke snížení cravingu a k prevenci rozvoje odvykacího stavu (NIDA, 2012).

### 3.5.5 Buprenorfin

Jedná se o syntetický opioid, jež je chemicky odvozený od alkaloidu morfinu, thebainu (Lintzeris et al., 2006 In Kalina et al., 2015). Oproti metadonu je bezpečnější při předávkování – pokud je jedinec zdravý a nedochází ke kombinaci s jinými léčivými, neměla by při předávkování nastat smrt (Minařík, 2008), větší dávka totiž nevede k navození větší euforie nebo útlumu dechu (Lintzeris et al., 2006; Collins & McAllister, 2007 In Kalina et al., 2015). Látka je ve formě tablety určena k rozpuštění pod jazykem. Pokud je spolknuta, nemá žádný účinek. Vyvolává pouze minimální euforii. Terapeutická dávka je v rozmezí od dvou miligramů po desítky miligramů. Poločas eliminace je dvacet až dvacet pět hodin, a tak je možné ho užívat po čtyřiceti osmi až sedmdesáti dvou hodinách (Minařík, 2008).

Buprenorfin se v ČR dostává na nelegální trh jako náhradní i primární droga. Je využíván uživateli drog ke zmírnění abstinenčních příznaků. Typická je intravenózní aplikace (i.v.) (Minařík, 2008).

### 3.5.6 Buprenorfin-naloxon

Buprenorfin se podává ve formě tablet rozpustných ve vodě. Z toho důvodu ho lze aplikovat i.v. Kvůli potenciálu zneužití byla vyvinuta varianta buprenorfinu s naloxonem, kdy by při i.v. aplikaci mělo dojít k navození odvykacího stavu. Uživatelé však tento efekt nepocítují a v i.v. aplikaci pokračují dále. Vysvětlením může být rozdělení dávky do několika dávek za den, tedy to, že v jedné malé dávce není dostatek naloxonu k vyvolání odvykacího stavu. Intravenózní aplikace buprenorfinu způsobuje různé bakteriální infekce (EMCDDA, 2005).

Dle Popova a Zábranského (2008 cit. in Kalina et al., 2015) jsou ve Standardu uvedeny tři typy substituční léčby. První je základní léčba, ve které dochází k poskytování substituce doplněné o externí somatickou léčbu a sociální poradenství. Bývá nabízena ambulancemi všeobecných lékařů. Druhým typem je rozšířená substituční léčba, která je navíc doplněna o somatickou léčbu, psychoterapii a sociální poradenství, což může být externí. Třetím typem je komplexní substituce, která probíhá ve specializovaných pracovištích. Poskytnutí substituční léčby a služby základní léčby jsou rozšířeny nejen o další služby, ale i o rezidenční péči. Je zde navíc terapie somatických a psychických poruch, psychoterapie skupinová, rodinná, pracovní terapie, edukace, rehabilitační pobyty, následná péče apod. Vyjma těchto tří typů lze uvést ještě minimální substituční léčbu, kdy je substituční látka podávána bez jakékoli další intervence. Lze také vymezit formy substituční léčby, a to na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou.

### **3.5.7 Substitute u závislosti na stimulantech**

Forma substituce na kokainu, amfetaminu a metamfetaminu je téměř neznámá. V zahraničí v posledních letech probíhají výzkumy k tomu, aby byla nalezena vhodná látka pro substituci na stimulantech. Dosud však nebyl představen žádný lék s efektivními účinky pro substituci. V ČR se v minulých letech představovaly první zkušenosti s metylfenidátem, který vypadá jako slibný kandidát pro substituci metamfetaminu (Minařík & Gabrhelík, 2011 In Kalina et al., 2015). Methylfenidát je běžně předepisovaným lékem na ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou). Jeví se jako efektivní při snižování intravenózní aplikace drog a u pacientů /klientů se závislostí na amfetaminu. Další látkou, která se jeví pozitivně, je dexamfetamin. Léčená skupina vykazovala lepší kontakt s léčebným programem, zvýšené počty udržení pacientů/klientů v léčbě, menší užívání nelegálních návykových látek a sníženou i.v. aplikaci drog. U léčby závislost na kokainu se využívají antidepressiva SSRI. Další cestou je hledání nových látek a sloučenin jako substituce stimulantů, tedy látek, které jsou indikovány k jiným účelům (Pavlovská & Minařík, 2018).

## **3.6 Behaviorální terapie**

V léčbě závislostí se dále využívá behaviorální terapie, která pojímá závislost jako naučené chování, které je výsledkem procesu učení podmiňováním, operantním podmiňováním a sociálním učením. Cílem behaviorální terapie je změna závislého chování. Pracuje se zejména s klasickým podmiňováním, operantním podmiňováním, nácvikovými metodami – nácvik relaxace, nácvik sociálních a komunikačních dovedností, asertivní trénink apod. Změna chování může být v oblastech snížení užívání drog, posílení zapojení a udržení v léčbě, prevence relapsu, integrované léčby duálních poruch, zlepšení compliance s farmakoterapií (Kalina & Mladá, 2015).

### **3.6.1 Klasické podmiňování**

Podmiňování vychází z experimentu I. P. Pavlova, který podával psům krmení po zaznění zvonku (podmíněném podnětu), po několika opakováních organismus psa reagoval na zaznění zvonku sliněním. Tento postup lze aplikovat i na emoční a tělesné reakce člověka (Kalina, 2013). Závislost se zařazuje v rámci klasického podmiňování do oblasti sekundárně naučených problémů, tzn. vyhýbavého chování. Prvotním symptomem je úzkost, na kterou člověk reaguje požitím návykové látky, protože se úzkosti chce zbavit. Užití drogy však také může vyvolat úzkost a iniciovat znovu užití drogy. Uživatelé drog si většinou se samotnou aplikací drogy vytvoří rituály, užívají je na určitých místech a za určitých situací. Tyto podněty je v závislosti také nadále udržují (Kalina & Mladá, 2015).

### **3.6.2 Negativní podmiňování, averzní techniky**

Averzní terapie má za cíl u pacientů/klientů vypěstovat averzi vůči užívané látce. První behaviorální metodou vůbec bylo podávání apomorfinu a emetinu hydrochloridu, který vyvolával nauzeu a zvracení. Alkoholikům se dávalo čichnout či ochutnat alkoholu a následně jim byl podán apomorfin, který způsobil zvracení. Tato chemická averze se již nepoužívá. Chemická senzibilizace se však používá dodnes. Podává se při ní disulfiram (Antabus®), ten zvyšuje citlivost organismu na alkohol a při požití alkoholu dochází k nepříjemným vegetativním příznakům disulfirametanolové reakce. V dnešní době se disulfiram podává v ambulantní i pobytové léčbě jako prevence. Tato chemická senzibilizace disulfiramelem patří do operantního podmiňování. Další metodou je psychologická senzibilizace, ve které terapeut s pacientem/klientem k podmiňování používají vizuální či imaginativní prostředky. Terapeut s pacientem/klientem vytváří scénář situací vedoucích pacienta/klienta k užívání a následně k důsledkům užívání. Negativní důsledky se pacientovi/klientovi pouštějí v audiovizuálním klipu či se využívá jeho vlastní imaginace (Kalina & Mladá, 2015).

### **3.6.3 Operantní podmiňování**

Je zjednodušeně řečeno učení se novým věcem pomocí odměny (Kalina, 2013). Pozitivní podmiňování lze dobře využívat u relaxačních technik. Pacienti/klienti se učí svalovému a dechovému uvolnění a jeho aplikaci při cravingu či abstinčních příznacích (Kalina & Mladá, 2015). Nešpor (2018) uvádí, že pozitivní účinek při cravingu může mít také sprcha, sex, běh či poslech oblíbené hudby. Příkladem operantního podmiňování je pobídková terapie. U závislých se odměňuje abstinence, snížení rizikového chování, zapojení se do odborných služeb apod. Využívá se také u těhotných uživatelék drog, kdy je odměňována spolupráce, docházka k lékaři, abstinence nebo třeba vyřízení dokladů. Výzkumy prokázaly, že odměna pozitivního chování má lepší efektivitu než trest za negativní chování (Kalina & Mladá, 2015).

### **3.6.4 Bodovací systémy**

Bodovací systém je nejznámější metoda behaviorální terapie využívaná pro léčbu závislosti v psychiatrické nemocnici. Podle Skály (1987) bodovací systém obsahuje kladné i záporné terapeutické body. Hodnotí se chování pacientů/klientů, zda dodržují pravidla a režim léčby, zda využívají tvůrčí možnosti atd. Každá psychiatrie či zařízení si bodovací systém upravily dle svého uvážení. Někde jsou využívány pouze terapeutické body záporné, ve většině jsou využívány i body kladné. Záporné hodnocení však téměř vždy převažuje a bývá promyšlenější (Mladá, 2011).

## 3.7 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální přístupy jsou další hojně využívanou metodou v léčbě závislostí. KBT chápe závislost jako naučenou kognitivně-behaviorální strategii, která převládá v procesu zvládání každodenních problémů. Klade důraz na kognitivní učení, které bere v úvahu celoživotní vývoj jednotlivce. KBT je nejstudovanější metodou v psychoterapeutických přístupech v léčbě závislostí. Vede pacienta/klienta k tomu, aby rozeznal nefunkční a pro něj škodlivé strategie chování, uměl tuto strategii přepracovat na funkční a posiloval své kompetence, zvýšil sebeřízení a sebekontrolu (Kalina, 2015).

Ukazuje se, že je KBT v léčbě závislosti úspěšnější než jiné metody, nachází tak stále větší uplatnění. Vede klienty/pacienty k tomu, aby uměli rozpoznat nefunkční a pro ně škodlivá kognitivní schémata a chování, následně mají tyto schémata přepracovat na funkční a méně škodlivá. Dále je směřuje k tomu, aby posílili svou schopnost vše zvládat, zlepšili svoje sebeřízení a sebekontrolu. Pacienty/klienty také povzbuzuje k plánování a hodnocení činností a vedení deníku (Kalina, 2015).

Jednou z nejvíce využívaných metod KBT u léčby závislostí je prevence relapsu. Prevenci relapsu je v práci věnována samostatná kapitola. Další využívanou metodou KBT je technika STOP, kdy se pacient/klient učí zastavit automatické myšlenky. Lze ji aplikovat ve vztahu s terapeutem, kdy se domluví tak, že pacient/klient při nežádoucí myšlence dá terapeutovi znamení a ten vykřikne STOP. Pacient/klient by se měl svépomocí naučit STOP používat, nejdříve ho může vykřiknout a postupně se dostat až k uvědomění si STOP jen „v duchu“. V KBT se má za to, že pacient/klient by na sobě měl pracovat neustále. Existuje řada úkolů, například: zpochybňování špatných myšlenek, hledání jádra špatných myšlenek, rozbor chování v rizikové situaci, psaní deníku, četba či poslech svépomocných materiálů apod. (Kalina, 2013). Vytvoření léčebného plánu je další metodou KBT. Plán je vytvořen ve spolupráci s pacientem/klientem. Má tři etapy, první je získání závazku a motivace ke změně, druhou etapou je zavádění změn v chování do praxe a ve třetí etapě se soustředí na udržení změny. Ke složkám léčebného plánu patří: práce s cravingem, motivace ke změně, závazek k abstinenci či snížení užívání (odmítání drogy, relaxace, tělesný pohyb, plánování, řešení problémů apod.), učení se rozpoznávat situace vedoucí k užití drogy, kognitivní restrukturační a úprava životního stylu (Kalina, 2015).

### 3.7.1 Práce s cravingem

Craving je základním znakem závislosti a vyskytuje se u závislosti látkové i nelátkové. Každý pacient/klient má své spouštěče cravingu, které je nutno identifikovat a naučit se s nimi pracovat. Nejběžnější spouštěče jsou nabídnutí drogy, místa a lidé spojení s užíváním návykové látky, negativní emoce (vina, smutek, lítost), ale i emoce pozitivní, pro většinu závislých je rizikovým faktorem i nuda a absence smysluplně stráveného času. K technikám zvládání cravingu patří převedení pozornosti, vydržení, než craving přejde,

technika všímavosti, připomenutí si výhod abstinence atd. Využívaná je také technika víceúrovňové obrany, kdy je prvním krokem rozpoznání potenciální recidivy, následně vyhnout se spouštěčům, případně jejich zpracování převedením pozornosti. Pokud k recidivě dojde, je nutno ji bezprostředně zastavit, a to bez pocitů viny, ale vnímat ji jako zkušenost a poučení. Obvykle chutě spouští nějaký větší a hlubší problém, který pacient/klient neumí sám zpracovat. V tu chvíli je vhodné vyhledat odbornou pomoc (Kuklová, 2016).

### **3.7.2 Účinné faktory KBT**

Do účinných faktorů KBT se řadí pozitivní očekávání a naděje, věnování pozornosti (sám sobě a svému problému), rozšiřování vědomí (uvědomování si nefunkčních kognitivních schémat a strategií), emoční uvolnění a katarze, konfrontace, volba alternativ, tvarování chování a terapeutický vztah. Lze říct, že KBT je v lecčem podobná behaviorální terapii. Terapeut vede pacienta/klienta především k samostatnosti, je v roli pedagoga či kouče. Předává pacientovi /klientovi kompetence k tomu, aby si mohl pomoci sám (Kalina, 2013).

## **3.8 Psychodynamické a integrované přístupy**

Psychodynamické a integrované přístupy jsou další využívanou metodou. Všechny psychoanalytické úvahy o původu závislosti rozvíjejí hypotézu samoléčení, což znamená, že drogy jsou používány jako pomoc při prožívání psychicky nepříjemných stavů. To koresponduje s neurobiologickými mechanismy rychlé odměny, které jsou součástí biomedicínských teorií závislostí. Psychoanalytické teorie se tedy snaží vysvětlit to, proč člověk tuto snadnou formu odměny vyhledává, zvyká si na ni, dává jí přednost a propadá jí (Hajný & Kalina, 2015).

Nejznámější teorie je fixace v orálním stadiu (prvních osmnáct měsíců života), ve které Freud popisuje deprivaci a frustraci dítěte v tomto období jako celoživotní potřebu hledat orální uspokojení. Dalším vysvětlením závislosti v psychoanalýze je strukturální model mysli (Superego, Ego, & Id) a teorie destruktivního Superega. V této teorii se má za to, že užívání návykových látek je možnost, jak se vyhnout pocitu ohrožení. Člověku se tak dočasně uleví, zmírní se strach, hněv a úzkost. V postfreudovském období se bádá v křehkosti vlastního Já, což souvisí s tvorbou vztahů v dětství. Zranitelnost Já je především v péči o sebe, v seberegulaci a sebeúctě. Člověk se slabým Já nemá výbavu, aby sám sebe uklidnil, a tak bere drogy jako léčebnou redukci nepříjemných emocí. Fenomén externalizace je ventilace vnitřních konfliktů směrem ven, odsunutí bolesti a problémů do těla či okolí. Takový člověk nedokáže být se svými emocemi a zažívá velkou úzkost. Od úzkosti si ulevuje právě užitím návykové látky (Hajný & Kalina, 2015).

### **3.8.1 Praktické možnosti integrované léčby**

Integrovaná léčba se využívá pro individuální i skupinovou psychoterapii u závislých pacientů/klientů. Pacienti/klienti by měli být stabilizovaní zejména v sociální oblasti, ale i směrem k užívání drogy. Také by pacienti/klienti měli mít motivaci ke změně (alespoň základní) a neměli by vykazovat mnoho příznaků narušené osobnosti (Kalina, 2013).

## **3.9 Skupinová terapie**

Skupinová terapie se pokládá za klíčovou metodu v léčbě závislostí. Skupinové programy využívají prvky různých směrů, přístupů a typů skupin. Skupiny se dělí na životopisné, tematické a interakční, dále také na analytické a dynamické. Skupinové terapie často předchází individuální práci, která by měla pacienta/klienta na skupinovou práci motivovat a připravit. Rysy skupinové terapie se závislými jsou: strukturovanost, využívání konfrontací, emoční podpora, zvláštní charakter přenosů, vazba na skupinu a problém homogenity a heterogenity. Skupiny mohou být dle zaměření také fokální, kdy je skupina zaměřena na určitý fokus/ohnisko, nebo mohou být genderové skupiny, v nichž jsou oddělení muži a ženy, skupiny hodnotící, nácvikové, psychoedukační. Dále jsou skupiny motivační či skupiny s blízkými, které mají charakter informační, psychoedukační, motivační či podpůrný (Kalina, 2015).

Mezi účinné faktory dle Kratochvíla (2005) patří samotné členství ve skupině, emoční podpora od ostatních členů, pomáhání jiným, sebeexplorace a sebeprojevení, odreagování od běžných činností, zpětná vazba a konfrontace členy skupiny, získání náhledu na svoji situaci, korektivní emoční zkušenosti, zkoušení a nácvik nových vzorců chování v bezpečném prostředí skupiny, získání nových informací a sociálních dovedností.

Skupinová terapie svádí dohromady pacienty/klienty se společným problémem, kterým je závislost. To podporuje jejich soustředěnost na úzdravu. Skupinová terapie je také nenákladná, i proto se může těšit takové oblibě. Pro závislé bývají úskalím interpersonální problémy, proto je skupina pro takové jedince velmi blahodárná (Vannicelli, 1995). Yalom (1985) dodává, že skupinová terapie je mikrokosmem reálného světa. To, jak závislý funguje v reálném světě, se tedy ve skupině projeví, zároveň mu to umožní, aby na svém chování mohl pracovat.

## **3.10 Terapeutická komunita**

Terapeutická komunita (TK) může být chápána jako metoda léčby závislostí. Dle Adamečka a Radimovského (2015) je to specializované rezidenční zařízení, které má neformální a otevřenou atmosféru. Účelně využívá skupinu vrstevníků k facilitaci sociální a psychosociální změny v chování jedince. Hlavním cílem léčby je podpořit osobní růst pacientů/klientů a pomoci jim v žití bez užívání drog. Léčba se snaží změnit vzorce

sebedestruktivního myšlení a chování, podpořit učení se osobní zodpovědnosti, osvojení základních sociálních a komunikačních dovedností a zlepšení schopnosti zvládat zvýšenou psychickou zátěž, emoce a stres. Aktivity v programu terapeutické komunity jsou: setkávání komunity, skupinová terapie, individuální terapie, práce s rodinou, pracovní terapie, vzdělávání, volnočasové, sportovní a zátěžové aktivity, techniky a jiné rehabilitační aktivity, sociální práce.

Samotná definice TK vychází z obou slov názvu. Komunita (jakožto společenství) je velmi organizovaná, strukturovaná a vyznačuje se bezpečím pro pacienty/klienty. TK má jasné hranice a strukturu, takové prostředí je pacientům/klientům podporou. Ve společenství je bezpečná blízkost, otevřená komunikace, pomoc členů mezi sebou navzájem i svépomoc. TK jako léčebná metoda využívá situace malé skupiny lidí k uvědomění a úpravě maladaptivních vzorců chování a prožívání. V rovině terapie se veškeré dění v komunitě reflektuje, konfrontuje a objasňuje. Pacienti/klienti se věnují nejen sami sobě, ale poskytují svou reakci a zpětnou vazbu i na chování druhých (Kalina, 2013).

Kalina (2008) uvádí kardinální pravidla TK. Prvním z nich je zákaz užití návykových látek, jejich držení, ukrývání, nabízení či prodej členům TK. Druhý je zákaz fyzického násilí či jiných ohrožujících aktivit (krádeže, poškozování majetku, podvody, vydírání). Třetím pravidlem je zákaz trvalého despektu vůči komunitě a jejím členům. A v neposlední řadě jsou zakázány jakékoli erotické a sexuální vztahy mezi členy komunity. Při porušení bezprostředně přichází sankce. V prvním pravidle je komunita naprosto nekompromisní a jedinec i při užití jedné tablety či piva okamžitě z léčby odchází. Přísnost je na místě vzhledem k potřebě bezpečného prostředí bez drog pro efektivitu léčby. Milostné vztahy v komunitě jsou často diskutovaným tématem. Je však fakt, že vážně narušují chod komunity. Dvojice se může společně bránit vlivu komunity, a tak samotné změně. Vztah mezi členy podněcuje rivalitu, žárlivost, napodobování apod. Sex může být zároveň únikem od problémů.

### **3.11 Prevence relapsu**

Nedílnou součástí léčby či spíše doléčování závislostí je prevence relapsu. Mezi základní pojmy patří laps, relaps a recidiva. Laps je jednorázové porušení abstinence, relaps můžeme brát jako přerušování procesu změny, návrat k užívání po pokusu o jeho redukci či ukončení. K relapsům dochází jak v průběhu léčby, tak hlavně po ukončení léčby. Relaps je také jedním z důvodů k vypadnutí z léčby. Pacienti/klienti se v této metodě učí zvládat craving, identifikovat a zvládat rizikové situace a rozpoznávat zdánlivě bezvýznamná rozhodnutí (Pavlovská, 2015).

Relaps neznamená, že léčba byla nefunkční a jedinec nikdy nebude schopen abstinovat. Problémy vedoucí k relapsu mohou být: duální porucha, zármutek, finanční potíže, sexuální zneužívání, týrání, poruchy příjmu potravy a mnoho dalších. Největší



úspěch má prevence relapsu, pokud je poskytována bezprostředně po ukončení léčby. Pacienti/klienti se k relapsu staví různě, někdy své uklouznutí popírají či se o něm nechťejí vůbec bavit. Na terapeutovi je, aby jim vysvětlil, že relaps je normální a stává se. Pacient/klient by měl být edukován v tom, jak se k případnému relapsu postavit, co dělat apod. Již v léčbě si pacienti/klienti tvoří krizový plán, který v momentě relapsu mohou aplikovat. K relapsu je vhodné přistupovat jako ke zkušenosti, zároveň za něj však pacient/klient musí nést zodpovědnost. Následně je relaps s odborníkem zmapován, pacient/klient může nahlédnout, proč k němu došlo, a promyslet, co příště udělat jinak, aby se to nestalo. Mezi spouštěče relapsu lze zařadit stres, negativní a pozitivní emoce, sociální tlak, vztahové problémy a podněty stimulující craving (Millerová, 2011).

Nešpor (2018) uvádí doporučení, jak recidivu zastavit. Důležité je mít pomoc, spojení. Tím může být terapeut, krizové centrum, linka důvěry, blízký člověk apod. Dále doporučuje po recidivě intenzivnější léčení. Nutné je také recidivu prozkoumat, přemýšlet, proč se to stalo a k čemu je zkušenost užitečná. Po recidivě by měl závislý jedinec odpočívat, být v bezpečném prostředí, nepřetěžovat se.

Nebezpečná ve vztahu k relapsu jsou zdánlivě bezvýznamná rozhodnutí. Jsou to běžná rozhodnutí jdoucí za sebou, která pacienta/klienta mohou dovést až do vysoce rizikové situace, kdy už není schopen takovou situaci zvládnout. Může se jednat o rozhodnutí jít domů pěšky či o návštěvu kamaráda. Pacienti/klienti tato rozhodnutí dělají nevědomky a vše si uvědomí až zpětně (Pavlovská, 2015).

### **3.12 Rodinná terapie**

V rodinné terapii je závislost pojímána jako jev, který může vzniknout, existovat a být podporován v systému vztahů, především rodinných. Užívání drog či alkoholu jednotlivce má vždy vliv na kvalitu rodinných vztahů i v jejich blízkém okolí. Funkčnost a roli rodiny u závislého jedince je třeba brát v potaz v průběhu celé léčby a doléčování. Průkopníkem rodinné terapie byl v ČR psychiatr a psychoterapeut Jaroslav Skála. Ten zdůrazňoval dva důvody, proč je práce s rodinou důležitá, a to: práce s rodinou upravuje prostředí příznivé pro abstinenci a zabraňuje tomu, aby se škodlivé návyky šířily do další generace (Čtrnáctá, 2015).

Jsou uváděna tři vývojová období v rodinné terapii, která se liší úhlem pohledu na funkci rodiny při vzniku a udržování závislého chování. To, jakým způsobem je na problém nahlíženo, ovlivňuje léčebný přístup. Prvním obdobím je patologické chování rodinných členů. Chování členů rodiny může podněcovat vhodné prostředí pro vznik závislosti. Tento přístup při práci s rodinami však posiluje pocity viny, které brání vymezení se členů rodiny proti závislému chování jejího člena. Druhým vývojovým obdobím je patologický rodinný závislostní systém. Jedná se o systém, který svým fungováním závislost udržuje. Terapeuti se pokoušejí ovlivnit úlohu závislosti v rodinném systému. Mohou se objevovat prvky

manipulace, případně preference potřeb pouze některých členů rodiny. Třetím vývojovým obdobím je využití síly rodinného systému k úzdavě. Členové rodiny jsou spoluzodpovědní za budoucnost a mohou napomoci k úzdavě. Oproti předchozím obdobím je zde nahlíženo na rodinu nikoli negativně, ale jako na subjekt, který má schopnost své problémy vyřešit a uzdravit se (Frouzová & Kalina, 2008).

### **3.12.1 Rodinná terapie v rezidenční léčbě**

V rezidenční léčbě je vhodná podpora členů rodiny – ať už individuální či skupinová. S rodinou je nutné pracovat zejména v případě, kdy se léčený po léčbě do rodiny vrátí. Je třeba předejít opakování škodlivých vzorců chování (Čtrnáctá, 2015). O zapojení osob blízkých do léčby je důležité usilovat ze tří důvodů: tyto osoby mohou hrát velmi důležitou roli ve vzniku a udržování závislosti, blízké osoby jsou zdrojem podpory a pomoci jak v průběhu léčby, tak i po ní. Také signifikantní osoby strádají vlivem závislosti, mohou být oběťmi násilí, krádeže, lhaní a manipulace. Z rodinné terapie tedy může profitovat závislý, rodina i léčebné zařízení. Zapojení rodiny do léčby zvyšuje pravděpodobnost pacienta/klienta léčbu dokončit (Radimecký, 2007 In Kalina et al. 2015).

Pro rodiny bývají pořádány skupiny, rodinné víkendy, poradenství pro rodiny, možná je účast rodiny na komunitních rituálech a ceremoniích (Čtrnáctá, 2015).

## **3.13 Pracovní terapie**

Do pojmu pracovní terapie se řadí aktivity, které jsou prováděny v rámci léčby nebo resocializačního programu. Nepatří sem práce za účelem finančního zisku ani rekvalifikace. Práce se závislými nemá jen podobu tvořivé činnosti, pacienti/klienti se podílejí na údržbě areálu, hospodářství, úklidu apod. (Dvořáček, 2003 In Škvorová, 2020).

## **3.14 Pohyb**

U člověka je pohyb životně důležitý, určuje kvalitu jeho života. Pohyb je předpokladem ke zdraví a spokojenosti (Hošek, 2016 In Škvorová, 2020). Během pohybu produkuje lidské tělo endorfiny zvané též hormony štěstí. Pohybem lze tedy přirozeně zlepšit náladu. Pohyb také napomáhá ke zvýšení sebevědomí a sebeovládání, zmírňuje úzkost a stres, odvádí pozornost od negativních pocitů a myšlenek (Aghtar, 2015 In Škvorová, 2020).

## 4 Terapeutický vliv zvířete na člověka

Zvířata nejsou jen základ naší obživy. Tvoří lidskou historii. Již před stovkami let sloužila jako pomocníci při zemědělství, bojích či transportu. Postupnou domestikací se zvířata stala našimi společníky a mazlíčky. Zvířata symbolizují přírodu v lidských ochuzených sídlech (rybičky, okrasní ptáci) (Veselovský, 2000 In Škvorová, 2020). Vztah mezi člověkem a zvířetem můžeme také nazvat jakousi intimní vazbou. Jedná se o jedinečný vztah mezi dvěma živočišnými druhy, kdy je jeden druhému ku prospěchu (Straková, 1996). Vztah člověka a zvířete je ucelený terapeutický přístup, který může mít aktivní i pasivní formu. Díky energetickému náboji zvířat jsou pro člověka velkým zdrojem právě energie (Černá Ryněšová, 2011).

Přímý kontakt se zvířetem dokáže v člověku vyvolat příjemné pocity. Zvířata v nás umí vzbudit silné emoce, kdy člověk nezůstane lhostejným (Klech, 2014). Silný (1997) doplňuje, že zvíře v člověku umí vyvolat uklidnění, přináší do našich životů lásku a určitou vyrovnanost. Člověk se u chovu domácího mazlíčka učí chápat a uspokojovat jeho potřeby. Zvířata se dožadují lidské pozornosti, potřebují lidskou péči, lidé za ně tak přebírají odpovědnost a jsou zvířaty aktivizováni k činnosti.

U lidí se zdravotním či psychickým onemocněním může být zvíře leckdy jediným přítelem (Klech, 2014). Člověk si ke zvířeti může vytvořit velmi intenzivní vztah, který je ze sociálního a emotivního hlediska nesmírně důležitý (Beetz, 2003). V dnešní době, kdy se člověk od přírody spíše vzdaluje, může být zvíře spojovacím článkem k samotné přírodě. Mezi nejoblíbenější savce patří pes. Je to především jeho schopností vytvářet si s člověkem velmi silný vztah bezpodmínečného přijetí. Pes navíc postrádá lidské negativní vlastnosti, který bývají příčinou konfliktů (Procházka, 2005). Pokud má člověk cit a respekt k právu zvířete na kvalitu života, lépe umí přijímat požadavky jiných lidí. Pokud člověk zvířata nemá rád, je nutno se zamýšlet i opačně, proč tomu tak je (Kulka, 2007 In Škvorová, 2020).

Je bezpochyby, že zvířata mají na člověka pozitivní vliv. Je nutné, aby se člověk naučil brát svého zvířecího přítele takového, jaký je, naučit se znát jeho potřeby a respektovat jeho individualitu. V každém partnerství je třeba porozumění, respekt, vzájemná interakce, komunikace a kooperace. Zároveň však mají lidé tendence zvířata zušlechťovat takovým způsobem, aby odpovídala jejich potřebám (Straková, 1996). Díky schopnosti zvířat vyvolávat u člověka pozornost a motivaci k aktivitě jsou využívána jako plnohodnotný koterapeut v oblasti pedagogiky, sociální sféry i terapeutického působení (Bicková, 2020).

Otterstedt uvádí pět metod terapeutické práce se zvířaty. První je metoda volného pohybu, kdy dochází k setkání mezi pacientem/klientem a zvířetem s možností volného pohybu. Vzniká zde přirozený dialog v kontaktu mezi člověkem a zvířetem. Druhou metodou je metoda s útočištěm, kdy ke kontaktu dochází v ohraničeném prostoru. Tato metoda nabízí definovaný způsob kontaktu. Je využívána v počátcích kontaktu, při obavách

pacienta/klienta či k tomu, aby pacient/klient mohl zvíře pozorovat. Třetí metoda se nazývá metoda mostu. Je zde kladen důraz na „přemostění“ mezi pacientem/klientem a zvířetem. Přemostěním může být větvička jako jídlo pro zvíře, vodítko či ruka terapeuta. Čtvrtou metodou je metoda prezence, jedná se o přímý kontakt se zvířetem, avšak při dodržení bezpečnostních zásad. Tato metoda má dostatek prostoru pro pochopení, poznání a vnímání zvířete. Poslední (pátou metodou) je metoda integrace, kdy se zvíře stane součástí terapeutického působení na pacienta/klienta (Otterstedt, 2007).

Zvíře jako koterapeuta používal již Freud, který věřil, že jeho pes Jo-Fi a psi obecně dokážou posoudit charakter člověka. Čau-čau Jo-Fi byl přítomen u všech Freudových sezení s pacienty/klienty. Freud ho využíval při posuzování pacientova/klientova stavu, a to tak, že pokud byl Jo-Fi v blízkosti pacienta/klienta, tento jedinec nebyl v napětí, pokud byl Jo-Fi naopak od pacienta/klienta vzdálený, pacient/klient v napětí byl. Dle Freuda má přítomnost psa uklidňující vliv na všechny pacienty/klienty, především pak na děti (Eggiman, 2006 In Škvorová, 2020).

S konečným ověřením o pozitivním působení zvířat na lidi nejen při terapii přišli psycholog Alan Beck a psychiatr Aaron Katcher. Ti použili fyziologická měření a zjistili, že člověk v přítomnosti pozitivně laděného psa pravidelněji dýchá, zpomalí se mu srdeční rytmus, uvolní se svaly a sníží se aktivita sympatického nervového systému, snižuje se tedy úroveň stresu (Coren, 2003 In Škvorová, 2020).

Pozitivní a léčebný vliv zvířat na člověka se nazývá zooterapie. Cílem může být zlepšení motoriky, komunikace, paměti, zmírnění stresu apod. Zvíře je vždy prostředníkem, tedy má roli tzv. koterapeuta. K přesnému určení toho, co pojem zooterapie skrývá, je třeba se zabývat konkrétním rozdělením dle zvířecího druhu (Freeman, 2007 In Škvorová, 2020).

Formy zooterapie jsou: návštěvní program (návštěvy zooterapeutického týmu v zařízení či domácnosti pacienta/klienta, pacient/klient také může docházet za týmem či se schází v neutrálním prostředí), jednorázové aktivity (pro uzavřené skupiny pacientů/klientů či jako ukázka práce široké veřejnosti), pobytový program (pobyt pacientů/klientů v prostředí zvířat – farmy apod), rezidenční program (umístění zvířete natrvalo – papoušci, králíci, drobní savci) (Bicková, 2020).

Pokud bychom chtěli zooterapii rozdělit dle druhu zvířete, dělení je následující: canisterapie – pes, hiporehabilitace – kůň, felinoterapie – kočka, ornitoterapie – ptactvo, terapie za pomoci malých drobných zvířat – morčata, křečci apod., farmingterapie – kozy, ovce, prasata, delfinoterapie – delfin, terapie za pomoci volně žijících zvířat a terapie za pomoci exotických zvířat – v záchranných stanicích či zoo (Bicková, 2020).

## 5 Hiporehabilitace

O tom, že kůň léčí, se zmiňuje již řecký lékař Hippokrates ve svých spisech, a to v 6. století př. n. l., a dále také římský lékař Galén ve 2. století př. n. l., ten doporučoval jízdu na koni jako formu léčebné gymnastiky. První novodobý popis koně jako léčebného prostředku se datuje zhruba do sedmnáctého století. Tehdy Thomas Sydehman z léčebných důvodů jízdu na koni předepsal (Hermanová et al., 2014). Maxmilian Stoll a osobní lékař Marie Terezie u lidí s duševními chorobami jízdu na koni také doporučovali. Friedrich Hoffman na začátku osmnáctého století uvedl, že jízda na koni nadělá více užítku než léky. Tento autor jako první dal do souvislosti pozitivní vliv koňského pohybu v kroku na pohybový aparát člověka (Nerandžič, 2006). Klech (2014) doplňuje, že toto koresponduje se současným pojetím hiporehabilitace.

Rozvoj hiporehabilitace (jak ji známe dnes) nastal v 60. až 70. letech 20. století. V České republice to byla až 80. léta 20. století. Za průkopníka psychoterapeutického využití zvířat je považován Boris Levinson (Černá Rynešová, 2011).

Hiporehabilitace se skládá ze slov hippos (řecky kůň) a rehabilitace. Bývá chápána především jako metoda pomáhající prostřednictvím koně lidem s fyzickým postižením. Samotný pojem hiporehabilitace je zastřešujícím názvem pro všechny oblasti, kde kůň působí léčebně na člověka. Těchto oblastí je pět. První je hipoterapie ve fyzioterapii (HTF). Hipoterapie ve fyzioterapii se zaměřuje na problémy v pohybovém aparátu člověka. Hřbet koně je zde brán jako balanční plocha a fyzioterapeut ho využívá jako léčebnou pomůcku. Pohyb koně v kroku přímo ovlivňuje motoriku člověka.

Druhou oblastí je hipoterapie v ergoterapii (HTE), kde se kůň využívá v pracovních aktivitách a je zde usilováno o zachování schopností člověka zvládat běžné denní, pracovní a zájmové činnosti. Pacienti/klienti u HTE mohou být jakéhokoliv věku a s různým postižením.

Zvyšující se popularitě se těší hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP), která se zabývá prací s dětmi a dospělými, jež trpí duševními poruchami. Prostřednictvím koně terapeut pozitivně působí na duševní stav pacienta/klienta a na vytváření citových vazeb. Kůň s terapeutem umí pomoci i v náročných životních situacích, při vztahových problémech či při syndromu vyhoření.

Dalším odvětvím je hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (HPSP), je to metoda pro sociální pedagogy určená k usnadnění vzdělávacích procesů. Pomáhá v rozvoji sociálních dovedností, při sociálním vyloučení, jeho předcházení apod. Pátou a poslední oblastí je parajezdeckví. Jedná se o aktivity s koněm přizpůsobené osobám se zdravotním postižením, a to jak na rekreační, tak i závodní úrovni (Česká hiporehabilitační společnost, 2020).

Černá Rynešová (2011) uvádí čtyři účinky hiporehabilitace na člověka. Prvními jsou účinky biomechanické, kdy trojrozměrný pohyb koňského hřbetu je velmi podobný pohybovému vzorci člověka. Jde především o rytmické přenášení pohybu koně, který jde krokem, a působí tak na svaly člověka sedícího na jeho hřbetě uvolňujícím efektem. Svaly člověka jsou také nuceny neustále odpovídat na pohyb koně, držet rovnováhu a přizpůsobovat se pohybu nejen vpřed, ale i do stran. To přispívá k normalizaci svalového tonu, ke zlepšení koordinace, rovnováhy a ke vzpřímenému držení těla. Dalšími účinky jsou fyziologické. Jízda na koni totiž přímo ovlivňuje i vnitřní orgány člověka. Zejména jsou to: kardiovaskulární systém, respirační systém a zažívací trakt. Orgány se lépe prokrvují, což má příznivý vliv na jejich funkčnost (Vyhnálek & Kůrková 1995 In Černá Rynešová, 2011). Mimo jiné se při jízdě na koni také vyplavují v těle endorfiny, je tedy podpořena látková výměna. Dalšími účinky jsou ty psychické. Při kontaktu s koněm lidé často zapomenou na své starosti, dochází tak k uvolnění. Posiluje se také sebedůvěra, protože s pomocí koně lze dosáhnout velkých věcí. U pacientů s chronickými pohybovými obtížemi dochází k motivaci ke cvičení. Jízda na koni je přece jen větší zábava než cvičení na oddělení. Na koni také dochází k zvědomění pohybové zkušenosti z raného dětství, a to kolébání. S koněm zažívají lidé většinou pozitivní emoce, které jsou tolik potřebné pro léčbu duševních onemocnění. Bioenergetické účinky sice nejsou zcela vědecky ověřeny, ale za poslední uplynulé roky vyšlo najevo, že i kůň vyzařuje elektromagnetické vlny. Tato energie může působit na člověka už v pouhé přítomnosti koně pozitivně (Černá Rynešová, 2011).

## **5.1 Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP)**

Tato oblast hiporehabilitace se věnuje pomáhání lidem s duševním onemocněním a psychickými obtížemi (Česká hiporehabilitační společnost, 2020). Hollý a Hornáček (2005) definují HTP jako využití hipologických aktivit v psychologickém působení na člověka, kde prostřednictvím tohoto spojení dochází k ovlivňování duševního onemocnění. Hipoterapie se řadí mezi podpůrnou psychoterapii, kde lze cíleně působit na různé oblasti pacientova /klientova života a je plnohodnotnou psychoterapeutickou metodou (Hollý & Hornáček, 2005). Využití koně v psychoterapii spadá mezi integrativní směry psychoterapie a je součástí komplexní léčby. HTP využívá specifika koně k pozitivnímu ovlivnění duševního stavu pacienta/klienta, ke korekci postojů pacienta/klienta a k ovlivnění utváření citových vazeb (Hollý & Hornáček, 2005). Hipoterapie v léčbě duševních poruch má krátkou tradici. Využití koně má široké spektrum možností a volí se dle cílů terapie individuálně každému pacientovi/klientovi. Práce a péče kolem koní (čištění, sedláni, uklízení boxů) jsou využívány k navázání vztahu, vzájemnému poznání a také třeba k uklidnění a odbourání obav (Bizub, 2003 In Černá Rynešová, 2011). K léčbě přispívá i samotné prostředí stáje a přístup personálu (Hermanová et al., 2014).

Lze volit různé přístupy psychoterapie (od rodinné terapie přes gestalt terapii, dynamickou psychoterapii, psychodrama, KBT, existenciální analýzu až po logoterapii a další psychodynamicky orientované směry) (Casková, Dvořáková, & Jiskrová, 2010). Důležité u HTP je provádění závěrečných skupinových sezení, kde účastníci sdílí své pocity, emoce a zážitky z proběhlé terapie (Bizub, 2003 In Černá Rynešová, 2011).

Terapeutem pro HTP se může stát člověk starší 21 let s psychoterapeutickým výcvikem či psychiatrická sestra se specializačním kurzem HTP (Česká hiporehabilitační společnost, 2021). Vzhledem k náročnosti práce s duševně nemocnými pacienty/klienty je třeba, aby terapeuti dbali na osobní hygienu a měli dostupnou supervizi. Vhodné je také využití intervize (Hermanová et al., 2014).

Terapeut v tomto směru má aktivní úlohu ve snaze pomoci pacientovi/klientovi. Hlavními cíli podpůrné terapie jsou redukce chování, zmírnění psychických obtíží, podpora silných stránek pacienta/klienta, maximalizace pacientovy/klientovy autonomie a snaha o nezávislost na psychické poruše (Kramer in Hollý Hornáček, 2005). Terapeut prostřednictvím koně působí na různé oblasti pacientovy/klientovy psychiky a života. V terapii lze také využít skupinové dynamiky, sebereflexe pacientů/klientů či relaxace. Kůň u duševních onemocnění pomáhá motivovat pacienty/klienty ke změně, rozvíjet a aktivizovat paměť, myšlení, řeč pozornost a další kognitivní funkce, pomáhá poznat pacientovi/klientovi jeho možnosti, hranice a schopnosti. Kůň je pro pacienta/klienta zdrojem emocionální podpory, aktivizuje fyzickou i psychickou stránku člověka najednou. Ve skupině kůň pomáhá rozvíjet komunikaci, spolupráci a hranice manipulace s ním. Významným pozitivem je relaxace v prostředí stáje a v přítomnosti koní, kterou lze provádět i přímo na koňském hřbetě (Černá Rynešová, 2011).

HTP využívá k léčbě specifickou triádu terapeut – kůň – pacient/klient. Kůň je brán jako koterapeut (druhý terapeut při skupinové nebo rodinné psychoterapii, který nevede terapii, ale přispívá k ní) a dochází k využití jeho specifických vlastností v psychoterapeutickém procesu a k pozitivnímu ovlivnění duševního stavu pacienta/klienta. První setkání s koněm vyvolává v člověku velké emocionální zážitky, na které by měl terapeut reagovat. Pacienti/klienti se snadněji rozovídají a otevírají. Časté bývá to, že pacienti/klienti přinášejí témata, ke kterým by se bez koně jakožto koterapeuta dostalo jen stěží.

Houpavý pohyb koně bývá připodobňován k pohybům zažívaným při prenatálním vývoji v děloze. Kůň tedy člověka přirozeně uklidňuje (Černá Rynešová, 2011). Koně mají, stejně jako lidé, svou specifickou sociální komunikaci. Ta koňská je však mnohem jednodušší a pro člověka snadno čitelná. Pacienti/klienti se stávají členy stáda, čehož lze využít při navazování nových kontaktů ve skupině a k podpoře komunikace obecně (Casková, Dvořáková, & Jiskrová, 2010).

S pomocí koně lze vytvořit důvěru v terapeuta i koně, tím zmírnit úzkost. Pacienti/klienti mají často obavy z toho, jak budou přijímáni svým okolím z důvodu tělesného či psychického handicapu. Kůň se neumí přetvářet a chovat se jinak, než se cítí, a nehodnotí postižení lidí kolem sebe. Zvíře se chová v závislosti na tom, jak se k němu chová jeho okolí. Kůň svým bezpodmínečným přijetím usnadňuje verbální i neverbální komunikaci a umožňuje pacientovi/klientovi změnit pohled sám na sebe i na druhé. Terapeut v této jedinečné interakci nemusí kritizovat pacientovo/klientovo neadekvátní chování, protože na něj zareaguje koterapeut (kůň) a pacienta/klienta usměrní. Manický pacient/klient se naučí usměrňovat své chování, naopak depresivní či úzkostný pacient/klient se naučí vyvinout dostatečně silné úsilí, aby ho kůň poslechl (Černá Rynešová, 2011).

Hipoterapie bývá většinou skupinová, a tak se pacienti/klienti velmi dobře naučí pomáhat jiným, ale také nechat pomoci sami sobě (vodění koně, pomoc při strojení koně apod.). Lze formovat interpersonální vztahy, a to stimulací kooperace, kdy aktivitou ve dvojicích (lze využít i u znepřátelené dvojice) je rozvíjena empatie, odpovědnost za druhého, důvěra ve druhé apod. Dále interpersonální vztahy ovlivňuje nácvik správné komunikace a asertivního chování, zejména rozebrání nepříjemných situací a hledání kompromisů jakožto řešení. Pacienti/klienti se tedy učí hledat řešení přijatelné pro všechny zúčastněné, nejen pro ně samotné. Zpětná vazba je ve skupině velmi cenná a lze ji využít i při závěrečném sezení, kdy pacient/klient zhodnotí určitou situaci a ostatní mu poskytnou náhled i jejich očima.

V terapii lze využít nepřeberné množství různých technik, pacienti/klienti mohou s koňmi pracovat ze země, jezdit na nich, relaxovat na jejich hřbetě či na něm cvičit, mohou si vytvářet různé překážkové dráhy, využít různých pomůcek (házení míčem), esteticky vylepšovat zázemí stáje apod. Kůň je lidem velkým a přímým zrcadlem jejich vlastní osoby a jeho vztahových problémů, na terapeutovi je, aby odraz v zrcadle pacientovi/klientovi přetlumočil do jazyka, kterému bude rozumět. Díky zrcadlení lidské osobnosti koněm může pacient/klient získat náhled na svou nemoc, na to, proč se mu nedaří fungovat ve vztazích, a nevědomé učinit vědomím. Díky tomu přichází možnost změny a posílení osobnosti. Pacienti/klienti velmi brzy pochopí, že svou pozici si u koně musí zasloužit každý sám za sebe, což jim terapeut pomůže propojit s jejich životem, může to pro ně tak být velmi obohacující (Černá Rynešová, 2008; Casková, Dvořáková, & Jiskrová, 2010).

V psychiatrických nemocnicích se v rámci psychoterapeutického ježdění zaměřuje a působí na čtyři základní oblasti: stimulace prožívání, stimulace tělesná, stimulace kognitivních funkcí a sociální stimulace. Všechny oblasti se při HTP vzájemně prolínají. Lze tedy říct, že psychoterapeutické ježdění je praktickou terapeutickou metodou, která svou jedinečností doplňuje komplexní přístup v léčbě závislosti a zahrnuje jak tělesnou oblast pacientova /klientova života, tak i tu duševní.



V HTP pacienti/klienti prožívají i prožitkovou stimulaci, kde dle V. E. Frankla a jeho existenciálně analytického pohledu žijí pro daný moment a mají alespoň na chvíli pocit naplnění a smyslu. Tento pozitivní zážitek si pacienti/klienti odnáší s sebou a při další návštěvě dojde snadněji k jeho znovunavození. Pro pacienty/klienty je také velmi důležitá změna prostředí a možnost na chvíli se dostat mimo autoritu zdravotnického personálu. Narušení intimní zóny druhým člověkem je vnímáno zcela odlišně než narušení dítětem, psem či koněm, které je přijímáno většinou pozitivně. Dochází tedy k navození pozitivních pocitů a emocí, což je vynikající příležitost pro terapeuta k navázání vztahu s pacientem/klientem.

Díky tomu, že kůň má o 1 °C vyšší teplotu než člověk, dochází při kontaktu s ním k uvolnění a relaxaci svalů. Toho lze využít k relaxaci na koňském hřbetu a zapojení prvků autogenního tréninku. Rozdíl je však v tom, že na rozdíl od autogenního tréninku se pacient/klient na koni nevěnuje pouze sobě, ale soustředí se i na pohyb koně a další projevy koňského těla. Tělesné prožitky se však nemusí stimulovat pouze relaxací, na koni lze provádět i různé cviky ke zlepšení rovnováhy, koordinace pohybů a motoriky. Příkladem takových cviků může být klek na koni, rozpažení, dámský sed, stoj na koni, obejmutí krku koně, položení se na krk či na záď koně, opačný sed, kolotoč, rotace trupu a mnohé další.

Vlivem pozitivních emocí a zážitků ale i plnému soustředění se na koně pacienti/klienti mohou odložit své starosti a problémy. Někdy dokonce zapomenou i na to, že jsou hospitalizováni v psychiatrické nemocnici a popisují pobyt u koní jako jiný svět (Černá Rynešová, 2011).

### **5.1.1 Indikace a kontraindikace**

Indikací pro HTP jsou organické duševní poruchy včetně demence, psychotická onemocnění, úzkostné poruchy, afektivní poruchy, duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek, gamblerství, poruchy osobnosti a příjmu potravy, mentální retardace, poruchy psychického vývoje, chování a emocí u dětí, duální poruchy (Česká hiporehabilitační společnost, 2019). Pro účast na HTP je také nutné platné očkování proti tetanu (Černá Rynešová, 2011).

Naopak kontraindikací pro HTP jsou organické poruchy vědomí a těžké fáze demence či strach až fobie z koní a negativní zážitky s nimi spojené (Česká hiporehabilitační společnost, 2019). Černá Rynešová (2011) doplňuje kontraindikace o somatické komplikace: alergie, astma bronchiální, vážné onemocnění srdce a cév, hypertenze, nestabilní angina pectoris, poruchy srážlivosti krve a krvácivosti, horečnatá onemocnění, záněty v akutní fázi, nestabilní epilepsie, zvýšená lomivost kostí, silné deformity páteře a nepohyblivé kyčelní klouby. Komplikace psychické jsou: akutní fáze duševních onemocnění.

### 5.1.2 Průběh HTP v PN

Celkově trvá terapie přibližně hodinu a půl. Pacienti/klienti dorazí do hipocentra, kde svůj příchod ohlásí terapeutovi. Následuje úvodní sezení, kde pacienti/klienti sdílí, jak se mají a co prožili od minulé HTP, s čím přichází, jaká mají očekávání apod. Na úvodním setkání jsou také nově příchozí seznámeni s bezpečnostními pravidly a s tím, co je čeká.

Poté jdou pacienti/klienti s terapeutem ke koním, ti jsou buď již přivedeni z pastvy anebo pro ně pacienti/klienti na pastvu jdou. Koně si vyčistí a připraví k tomu, co je čeká – ježdění, vodění apod. Když jsou koně i pacienti/klienti připravení, můžou jít na vyjížďku, kde se učí poznávat přírodu, či na jízdárnu, kde mohou s koňmi pracovat ze země, jezdit na nich či chodit překážkovou dráhu. Při celém procesu jsou neustále přítomni terapeut i vodič/ošetřovatel koní. Je také nutné, aby se do procesu zapojili všichni pacienti/klienti, nejen ti, kteří zrovna sedí na koni. Když se vystřídají u koní či na koni všichni, pacienti/klienti koně odstrojí a odvedou je zpět do stáje či na pastvu.

Přichází závěrečné sezení, kde pacienti/klienti s terapeutem mluví o tom, jak se cítili, co prožívali, s čím odchází apod. Při terapii je přítomen psychoterapeut a ke každému koni vodič. Vodičem může být cvičitel/ošetřovatel koní či pomocník nebo asistent při HTP. Z každé terapie se doporučuje vést písemný záznam, a to jednak individuální plán s konkrétním pacientem/klientem, poté seznam zúčastněných pacientů/klientů a náplň každé terapie (Černá Rynešová, 2011).

### 5.1.3 Výběr koně pro hipoterapii v psychiatrii a psychologii

Hiporehabilitační kůň je nejdůležitější článek hipoterapie, a tak by jeho výběru měla být věnována značná pozornost. Při výběru koně je třeba si nejdříve uvědomit, s jakou cílovou skupinou bude kůň pracovat, příp. jaké koně již hiporehabilitační středisko má a jaký mu chybí. Při výběru koně hraje roli jeho zdravotní stav, věk, povaha a temperament, ale také barva. U koní využívaných k fyzioterapii je velmi důležitá i mechanika pohybu. Limitem bývají finanční prostředky na koupi koně (Dušek, 2011; Casková, Dvořáková, & Jiskrová, 2010). U temperamentu je třeba brát zřetel především na to, s jakými pacienty/klienty bude kůň pracovat. K seniorům je vhodný kůň velmi klidný a flegmatický, oproti tomu k adiktologickým pacientům/klientům je vhodný kůň živý, zvědavý, se zájmem o své okolí a se zdravým sebevědomím (Bicková, 2020; Duruttya, 2005). Co se týče věku, doporučuje se koně zařadit do hipoterapie až po dovršení pátého roku života s ohledem na jeho zdravý kosterní a svalový vývoj. Vhodné je také váhové omezení pro pacienty/klienty přizpůsobené každému koni a jeho tělesným a zdravotním dispozicím. Kůň se také může vybírat dle plemene, tam je opět třeba mít na mysli, s jakými pacienty/klienty bude kůň pracovat. Například pro děti jsou vhodné poníci či menší koně (Casková, 2008).

Nabídka plemen je široká od minihorse až po velké chladnokrevné koně. I pohlaví koně hraje svou roli při výběru. Obecně se pracuje s valachy a klisnami. U klisen je však třeba brát v potaz výkyvy nálad v době říje, i to lze však terapeuticky využít (Casková, 2008).

HTP má na koně obecně své specifické požadavky. Je vhodné mít koně různých charakterů. Pro některé pacienty/klienty jsou vhodné koně klidní, protože pacienti/klienti potřebují zvednout sebevědomí. Pro jiné pacienty/klienty je vhodný kůň aktivní, který s pacientem /klientem dokáže vybit přebytečnou energii. Sebevědomý kůň / vůdce stáda je vhodný pro pacienty/klienty, kteří mají problém s udržením hranic. Hierarchie ve stádě je jasně stanovená a ošetřovatel koní s terapeutem by na ni měli myslet při rozdělování koní jednotlivým pacientům/klientům. Vhodný kůň pro hipoterapii v psychiatrii a psychologii se nechá několikrát denně čistit, ochotně podává nohy, nechá pacienty/klienty pohybovat se po boxu a při ježdění je ochotný opakovat jízdářské cviky (Bartošová, 2007). Mezi koněm a člověkem by měla panovat důvěra a respekt. Pokud jedno či druhé chybí, může kůň přebírat v tomto vztahu vedení a odmítne s člověkem spolupracovat. Charakterní kůň vhodný pro HTP svou převahu v terapii nebude využívat (Bořánek, 2008).

#### **5.1.4 Syndrom vyhoření u koně**

Práce s pacienty/klienty může být pro koně velmi náročná. Pacienti/klienti bývají na hřbetě nestabilní, mohou koně nechtěně kopnout, sedět křivě či ho tahat nepřiměřeně za otěže. Také mohou být hluční, pro koně špatně čitelní až nesrozumitelní. V terapii mohou vzduchem létat různé předměty jako míče apod. Od koně je očekávána naprostá poslušnost, nežádoucí je krok navíc či stranou při nasedání atd. Zejména silně zamedikovaní pacienti/klienti bývají pro koně velmi náročnou cílovou skupinou, protože přirozenost člověka je popřena medikací, koně to vycítí a nerozumí tomu. Kvůli všem výše zmíněným faktorům u koně může dojít k vyhoření, je třeba na tento fakt myslet a věnovat se prevenci.

Prevence syndromu vyhoření u koně vypadá tak, že kůň má jednoho „svého“ člověka, kterému důvěřuje, který ho pravidelně jezdí a ošetřuje. Koni je dovolený svobodný projev (vyhození na vyjíždě), člověk se s koněm věnuje tomu, co koně baví. Mohou to být vyjížděky a na nich závodění s koňskými kamarády, plavení, skákání, překážkové dráhy apod. Velmi důležité je koni dopřát dostatečný čas z dosahu lidí, který tráví venku ve stádě. Pravidlem a samozřejmostí by pro koně terapeutby mělo být pravidelné ošetření koňským zubařem a fyzioterapeutem (Casková, Dvořáková, & Jiskrová, 2010; Švehlová, 2003; Bartošová, 2007).

Pokud na koni již lze pozorovat příznaky vyhoření – chová se jinak, je nevrlý, nervózní, v terapii nespolehlivý, může se pokusit někoho kousnout, vyjadřuje nepohodlí a nechť pracovat, lze ho z terapie na nějaký čas vyřadit. Pokud se však situace nezmění, je vhodné ho z terapie vyřadit úplně a najít mu vhodné umístění, kde bude spokojený (Casková, Dvořáková, & Jiskrová, 2010; Švehlová, 2003; Bicková, 2020).

### 5.1.5 Bezpečnost při HTP

V hiporehabilitaci je nutné dbát bezpečnostních opatření a předcházet možným úrazům. Zásady bezpečnosti vychází ze Standardů kvality hiporehabilitace (Česká hiporehabilitační společnost, 2019). V obecné rovině je důležité uklízet v areálu stáje nářadí, mít neklouzavou rampu pro nasedání, zpevněné cesty bez děr apod. (Hermanová et al., 2014).

Členové týmu mají splněnou odpovídající kvalifikaci a jsou proškoleni v bezpečnosti a ochraně zdraví při práci (BOZP) a požární ochrany (PO) ze strany poskytovatele služby. Všichni účastníci terapie znají provozní řád stáje a jsou poučeni o bezpečnosti v manipulaci s koněm. Personál zná chování koní a ví, jak předcházet rizikům, i to, kde je umístěna lékárnička pro případné ošetření. Znají základní manipulaci s pacienty/klienty při nasedání a sesedání z koně. Výstroj koně musí být pravidelně kontrolována, zda není poškozená. Koně jsou připraveni na možné rizikové situace a jsou zvyklí na používané pomůcky (Česká hiporehabilitační společnost, 2019). Hermanová, Münichová, Nerandžič et al. (2014) doplňují, že pacienti/klienti musí být na terapii vhodně oblečeni. Zejména pevná obuv a dlouhé kalhoty jsou pro manipulaci s koněm a jízdu na něm zásadní. Neméně důležité je prohlédnout koně, zda nemá nějaké zranění, které by mu mohlo působit při terapii bolest a vést ho k nežádoucímu chování.

Pacienti/klienti jsou poučeni obecně o dodržování bezpečnost v areálu stáje. Ví, jak se chovat u koně (klidně, obezřetně, nechodit ke koni zezadu apod.), znají pravidla ohledně kouření, dále ví, kdy je možné koně krmit a kde nikoli. Je třeba dbát také na ochranné pomůcky – zejména důležitá je bezpečnostní přilba pro jízdu na koni (Česká hiporehabilitační společnost, 2019).

Možnými riziky jsou: nedostatečná informovanost pacientů/klientů o tom, jak se v kontaktu se zvířaty chovat, přecenění schopností pacientů/klientů či špatná diagnostika, nesprávná volba hiporehabilitačního koně, podcenění rizik při nasedání a sesedání z koně, špatná volba polohy na koni či špatně zvolená rychlost chůze koně, nerespektování signálů fyzické únavy u pacienta/klienta, nedbání bezpečnostních pravidel při práci s koňmi, podcenění výcviku koně, pád z koně, kopnutí či kousnutí koněm (Česká hiporehabilitační společnost, 2019).

## 6 Hipoterapie a závislost

Pacienty/klienty se závislostí kůň motivuje ke spolupráci, upevňuje jejich vůli a motivuje je k překonání sebe sama. Koně lze také využít při léčbě afektivních poruch, neurotických poruch a poruch chování, které mohou být součástí závislosti. Velmi vhodná je psychoterapie s koňmi při léčbě neurotických poruch (Hollý & Hornáček, 2005).

Hipoterapie je specifická tím, že na první pohled není toto zvíře k terapii vůbec vhodné. Pro svou velikost kůň není vhodný pro práci ve vnitřních prostorách budov. Jde především o jeho vnímavost k neverbální komunikaci, kdy kůň reaguje na člověka bez dvojzvyčnosti sdělení, přetvářky, morálního souzení a bez emocí, čehož lidé nejsou schopni. Kůň svým nosem dokáže vnímat biochemické procesy organismu, obzvláště rychle kůň reaguje na strach, nejistotu a nervozitu (Hollý & Hornáček, 2005). Jeho reakce na rozpory mezi myšlením, pocity a jednáním člověka jsou takové, že projeví nespokojenost a odmítá spolupracovat. Tím chování člověka bezprostředně koriguje. Díky tomu si člověk může tyto rozpory uvědomit a dále s nimi pracovat (Mašková, 2009). Přirozená autorita koně a jeho spontánní reakce jsou hlavními impulzy v psychoterapeutickém procesu (Nerandžič, 2006).

Pacienti/klienti mívají z koně strach. Strach je důležitou složkou terapie, neboť jeho překonání vede u pacientů/klientů ke zvýšení sebehodnocení a získání pocitu vlastní kompetence. Práce s koněm oživuje emotivitu a díky tělesnému pohybu se uvolňují endorfíny, které pozitivně ovlivňují náladu. Psychoterapeutické ježdění stimuluje čtyři základní oblasti – prožívání, tělo, kognitivní funkce a sociální oblast (Bicková, 2020).

Psychoterapie u závislosti má dlouhodobý charakter. Zaměřuje se především na změnu v životě, sebepojetí a život bez drog. Závislost potlačuje autentické chování, a tak je třeba, aby se pacienti/klienti naučili autenticitě znovu a dostali se sami k sobě v nové podobě. Léčba zahrnuje terapeutické aktivity, dále rehabilitační a výchovné aktivity, sociální práci, socioterapii, rodinnou terapii apod. (Bicková, 2020).

Kůň pomáhá u závislostí usměrňovat neukázněnost pacientů/klientů, reguluje jejich nezdravé sebevědomí a vede je ke vzájemné spolupráci mezi sebou i přes případné nesympatie. Díky změně prostředí a pobytu v „jiném světě“ stáje, jak pacienti/klienti popisují, jim koně pomáhají zvládnout dlouhou a náročnou léčbu v PN. Pokud se po ukončení léčby pacienti/klienti věnují koním jako svému koníčku, dochází k prevenci relapsu a snížení rizika recidivy (Klik, 1995 In Černá Rynešová, 2011). Jízda na koni také staví před člověka řadu mimořádných výzev a náročných cílů. Pomocí toho si závislí pacienti/klienti pěstují vůli a regulují sebevědomí tím správným směrem. U práce se závislými je obvyklá nedůvěra pacienta/klienta v terapeuta, neschopnost vytvořit si funkční terapeutický vztah. Pacienti/klienti mají často velmi vyvinuté obranné mechanismy jako důsledek různých traumat plynoucích z užívání psychoaktivních látek. Kůň se stane jakýmsi mostem mezi nedůvěřivým pacientem/klientem plným obran a terapeutem. Pacient/klient

zjistí, že koni svou křehkou důvěru svěřit může, mnohdy zažívá pocit, že mu konečně někdo rozumí. Zároveň však ke komunikaci s koněm potřebuje terapeuta, aby mu vysvětlil, jak s koněm zacházet a komunikovat, aby ho poslouchal. Při kontaktu s tak velkým zvířetem se dostávají také silné emocionální zážitky, které poté pacient/klient ventiluje terapeutovi či svým kolegům v léčbě. Postupně si tak pacient/klient díky opakovaným pozitivním zážitkům vybuduje důvěru i v terapeuta a celý hiporehabilitační tým (Hollý & Hornáček, 2005).

Role terapeuta je v HTP zcela odlišná. Pacienti/klienti nevnímají terapii jako léčbu, ale příjemně strávený čas. Terapeut tu tedy není vnímán jako autorita a pacient/klient k němu nemá tak odmítavý či negativní postoj. Časté jsou u závislých problémy v sociálních vztazích. Pacient/klient, který zvládne ovládat koně a jezdit na něm, si najednou uvědomí, že dokáže ovládat zvíře o váze například 600 kg a jeho problém se vztahy se najednou zdá být mnohem zvladatelnější. V případě nezdravě vysokého sebevědomí a nedostatku disciplinovanosti je pacient/klient velmi zřejmě koněm upozorněn na jeho chování. Mluvíme zde tedy o již zmiňovaném zrcadle. Kůň takovému pacientovi/klientovi může odmítnout spolupráci a ignorovat ho či dát najevo svou nelibost pohozením hlavou a švihnutím ocasem. Poté je již na terapeutovi, aby řeč koně přetlumočil do jazyka pacienta/klienta, a tak ho upozornil na jeho chování a dal mu ho do spojitosti s tím, co se mu děje ve vztazích či v jednání s lidmi. Terapeut by také měl pacientovi/klientovi napovědět, co udělat jinak, aby s ním kůň spolupracoval. To vede pacienta/klienta k zamyšlení se nad tím, co jeho chování vyvolává v druhých lidech. Pokud se mu povede chování změnit tak, že s ním kůň ochotně spolupracuje, má nakročeno správným směrem k regulaci svého chování i ve vztahu ke svým blízkým a jiným lidem obecně. Jízda na koni samotná také mnohdy upozorní pacienty/klienty na jejich špatnou fyzickou kondici a motivuje je ke cvičení a sportu (Černá Rynešová, 2011).

V České republice fungují čtyři hipocentra při psychiatrických nemocnicích, a to v PN Jihlava, PN Havlíčkův Brod, PN Bohnice a PN Kosmonosy. V těchto hipocentrech dochází k využití koní při léčbě závislostí již cca dvacet let. Nejdéle se koně využívají v PN Havlíčkův Brod, a to od roku 1996. Využití koně v psychoterapii se nazývá Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP), tento název se postupem let průběžně měnil dle toho, jak se metoda vyvíjela. Využití koní jako léčebného prostředku obecně zajišťuje Česká hiporehabilitační společnost. Ta mimo jiné sdružuje střediska poskytující různé druhy hiporehabilitace a zajišťuje vzdělání potřebné pro výkon hiporehabilitace jak lidem, tak i koním.

Vzhledem k několikaleté tradici HTP v ČR nejsou k této metodě žádné výzkumy o jejím využití či účinnosti v adiktologii a je k tomuto tématu velmi málo literatury.

## 6.1 Kde lze využít hiporehabilitaci

Při hospitalizaci v PN může u pacientů/klientů docházet k senzoričké a informační subdeprivaci. Vyskytují se také emoční deprivace. Tyto potíže pramení z neuspokojovaných potřeb pacientů/klientů. Zejména při dlouhodobém pobytu v PN. Pacienti/klienti potřebují podněty a pohyb (Vymětal, 1994 In Černá Rynešová, 2011). HTP nabízí pacientům/klientům jak pohybovou stimulaci, tak i dostatek podnětů, emocí a kontaktu s dalšími lidmi. Pacienti/klienti často uvádějí, že zapoměli na to, že jsou hospitalizováni v PN a jsou jako v „jiném světě“. Lze tedy říct, že tato metoda je komplexním přístupem k pacientům/klientům. Zároveň může terapeut volit, na kterou z oblastí je třeba se nejvíce zaměřit (Černá Rynešová, 2011).

Hipoterapie v psychiatrii a psychologii probíhá většinou formou skupinové terapie, kdy lze pracovat s více koňmi jako koterapeuty. Skupinová terapie je zároveň považována za klíčovou v léčbě závislosti. Klienti/pacienti se mohou na koních vzájemně vodit či spolupracovat při přípravě koně, učí se komunikaci, spolupráci a novým věcem navzájem. Uměním je nejen pomoci druhým, ale také nechat pomoci sám sobě. Při HTP se pacienti/klienti odreažují od běžných léčebných intervencí i činností. Skupina nabízí podporu, zpětnou vazbu a bezpečné prostředí. Pokud je v takové skupině i kůň, dochází díky němu k získání náhledu na svou situaci, korekci pacientova/klientova chování, spolupráci s lidmi, ke kterým pacient/klient může pociťovat nesympatie. Ve skupině kůň také rozvíjí komunikaci, spolupráci a tvoří hranice pro manipulaci s ním (Černá Rynešová, 2011; Casková, Dvořáková, & Jiskrová, 2010; Kalina, 2015).

Práce s koněm se dá využít i při práci s jednotlivcem. Cílem takové práce může být zlepšení pacientovy/klientovy situace a zmobilizování jeho vlastních zdrojů a síly. Závislí jedinci často využívají závislostní chování jako sebeléčbu. V individuální terapii i HTP jsou využívány různé směry psychoterapie. Kůň zrcadlí emoce a chování člověka, terapeut toto klientovi/pacientovi tlumočí a učí ho rozumět koňské řeči. Když je na příklad pacient/klient nejistý ve vedení koně, kůň může odmítnout takového člověka následovat. Pokud pacient/klient dává zmatené a nesrozumitelné signály, je přehnaně sebevědomý či velmi aktivní, kůň ho také může odmítnout následovat či může začít být nervózní, půjde jinam, než vodič zamýšlel apod. V momentě, kdy kůň nereaguje dle pacientova/klientova přání či pokynu, je na terapeutovi, aby pacientovi/klientovi vysvětlil, proč se tomu tak děje a následně spolu hledali podobnosti v klientově/pacientově životě.

Vztah mezi koněm, pacientem/klientem a terapeutem by měl být autentický a realistický. Terapeut by měl být akceptující, autentický a empatický. Zároveň by si také, jako u každé jiné terapie, měl dávat pozor na vlastní projekci, myšlenky a prožívání. V individuální práci terapeut – kůň – pacient/klient si může pacient/klient osvojit rozhodnost, srozumitelnost, práci s vlastním tělem, jemnou a hrubou motoriku,

sebekontrolu, metody, jak se zklidnit, vymezit si hranice osobního prostoru i hranice obecně ve vztazích apod.

Každý pacient/klient je jedinečný v množství problémů a životních potíží. Na to by měl být brán zřetel při volbě koně a přístupu k pacientovi/klientovi. Závislí lidé umí dobře poznat lži a faleš, protože oni sami je také výborně ovládají. Tyto schopnosti jsou však při komunikaci s koněm k ničemu. Kůň se neumí přetvařovat a zároveň netoleruje tuto vlastnost ani u lidí, dokáže ji dobře identifikovat a dát najevo, že o ní ví.

Hranice jsou u této klientely velkým tématem, kůň jakožto koterapeut bere část hranic sám na sebe a dokáže se velmi dobře postarat o to, aby nebyly překračovány. Pacienti/klienti se tak učí zodpovědnosti za své činy, respektovat dané hranice a komunikovat o svých chybách. Pokud udělají chybu a kůň jim nevyhoví, snaží se nalézt jiný způsob, jak dosáhnout svého požadavku s ohledem na potřeby koně/druhých. Veškerá práce s pacienty/klienty a koněm lze převést na situace v pacientově/klientově životě a dále s nimi pracovat (Millerová, 2011; Vondráčková, 2015; Vymětal & Rezková, 2001 In Kalina et al., 2015; Černá Rynešová, 2011; Casková, Dvořáková, & Jiskrová, 2010).

Práce s koněm by šla použít i při rodinné terapii, kdy by členové rodiny včetně pacienta/klienta za vzájemné spolupráce pracovali s koněm a terapeut by využíval koně opět jako zrcadlo. V rodinné terapii jde zejména o úpravu prostředí, ve kterém pacient/klient žije tak, aby bylo příznivé pro abstinenci. Při rodinné terapii lze také pracovat na tom, aby se závislostní chování nešířilo na další generace. Rodina se s koněm může naučit spolupracovat mezi sebou, brát v potaz potřeby jednotlivých členů a vyhovět jim, efektivně řešit nastalé konflikty či nedorozumění, nastavit si hranice péče jeden o druhého a hranice vzájemného soužití, respektovat každého člena rodiny takového, jaký je, nebo lépe spolu komunikovat. Terapeut by při rodinné HTP mohl lépe a rychleji rozpoznat jednotlivé role členů v rodině a mohl by cíleně do tohoto systému zasahovat a intervenovat. Zároveň by korekce postojů a kritika nebyla pouze na terapeutovi, ale zprostředkoval by ji i kůň, což by mohlo pomoci k lepšímu přijetí rodinou a získání náhledu na rodinnou situaci (Čtrnáctá, 2015; Frouzová & Kalina, 2008; Radimecký, 2007 In Kalina et al., 2015; Černá Rynešová, 2011; Casková, Dvořáková, & Jiskrová, 2010; Bicková, 2020).

V terapeutické komunitě lze koně využít poměrně široce, a to od terapie s koňmi po zajišťování potřeb koní. Pacienti/klienti se musí postarat, aby koně měli vodu, krmení, čistou podestýlku. Měli by je vodit do výběhu a kontrolovat, zda nejsou zranění či nemocní. V tomto nastavení dochází k velkému působení na pacienty/klienty z hlediska pracovních návyků, získání a přebírání odpovědnosti za druhé, zvýšení sebedůvěry a sebepojetí. Zvířata obecně a péče o ně nutí člověka k aktivizaci. Při HTP by se pacienti/klienti TK mohli učit a zdokonalovat se v komunikačních a sociálních dovednostech. Dění při HTP by mohlo být srovnáváno s děním v komunitě a s tím, jak to bude fungovat po dokončení léčby. Zároveň s koněm se člověk naučí respektovat ho takového, jaký je, se všemi jeho klady i zápory.



Respekt k druhým je v dalším životě velmi cenná vlastnost. Koně by mohli pacientům/klientům umožnit na chvíli zapomenout na léčbu, problémy, a především pomoci překlenout délku léčby, která v TK bývá až jeden rok. To znamená podpořit udržení pacientů/klientů v léčbě. Pohyb koňského hřbetu je podobný pohybům v děloze v době prenatalního vývoje, terapeutická jízda na koni má tedy přirozeně uklidňující účinek. Při kontaktu s koněm také člověk zažívá velké emocionální zážitky, které mu pomáhají se otevřít a mluvit o věcech, o kterých se jinak mluví těžko (Bicková, 2020; Kalina et al., 2015; Černá Rynešová, 2011; Kalina, 2013).

Umění zacházet s koněm je v naší společnosti velmi oceňovanou a obdivovanou vlastností. Pacienti/klienti se při HTP motivují a „hecuji“ vzájemně (když to dokázala ona, proč ne já). Pozitivní zážitky a emoce přirozeně motivují pro další akci. Jízda na koni pacientům/klientům mnohdy poukáže na nedostatečnou fyzickou kondici, motivuje je tak k pohybu a cvičení. Příjemné zážitky také často vedou pacienty/klienty k vyhledání koní i po léčbě. Při práci s motivací je důležité oceňování, kterého je během HTP dostatek. Prostřednictvím koně může být přínosná i práce s ambivalencí a schopností se rozhodovat, když kůň při nejistotě odmítne spolupracovat nebo převezme odpovědnost na sebe a vede pacienta/klienta tam, kam chce on. Lze stimulovat i víru ve vlastní schopnosti. Člověk s koněm může dokázat velké věci, více si věří a ostatní problémy se mu mohou zdát najednou menší, tedy zvládnutelnější. Při HTP terapeut mluví o různých zajímavostech a předává pacientům/klientům informace o konkrétních koních, ale i o koních obecně. To stimuluje kognitivní funkce (Soukup, 2014; Soukup, 2015; Černá Rynešová, 2011).

Stimulace kognitivních funkcí je využívána i v nejrozšířenějším přístupu v léčbě závislostí, a to KBT. Pacient/klient je veden k tomu, aby rozeznal nefunkční a škodlivá kognitivní schémata, která následně přepracuje na funkční a méně škodlivá. S tímto procesem může výrazně pomoci kůň jako zrcadlo a terapeut jakožto překladatel koňské řeči. V KBT jsou pacientovi/klientovi předávány vědomosti a informace o tom, jak si může pomoci sám a zvládnout svou situaci. Při práci s koněm si pacienti/klienti uvědomí, že své místo u koně si musí získat sami, že to za ně nikdo jiný neudělá. Budují si tak svou samostatnost a víru ve vlastní schopnosti a dovednosti. Koně lze dobře využít pro trénink kognitivních funkcí. Pacient/klient se totiž nesoustředí jen psychicky, ale je zapojena i jeho fyzická stránka. Některé věci s koněm musí vyřešit sám, nemůže spoléhat jen na terapeuta. Při jízdě na koni je pacient/klient zahlcen různými povely, jak má na koni sedět apod. Trénuje tak soustředění, paměť a zároveň i svou fyzickou stránku.

V HTP se pracuje i se sociálním učením. Sociální posilování formou odměny a trestu je hojně využíváno. Odměnou je pochvala terapeuta či spolupráce koně. Trestem je nespolupracující kůň. Do situace pak vstoupí terapeut, poukáže na to, proč kůň nespolupracuje, a navede pacienta/klienta k chování, na které kůň bude reagovat lépe. Sociální nápodoba je v HTP využívána pozitivní. Pacient/klient se snaží napodobit

zkušenějšího kolegu nebo terapeuta, kterého může obdivovat (Kalina, 2015; Kalina, 2013; Bicková, 2020; Černá Rynešová, 2011; Kalina & Mladá, 2015).

Operační podmiňování je využíváno tak, že terapeut i kůň reagují na pacientovo/klientovo chování kladně, a dají najevo, že takové chování očekávají i příště. Poté je pravděpodobné, že se žádoucí chování pacienta/klienta bude opakovat. Operantní podmiňování může být také užitečné při zvládnání cravingu, kdy si pacienti/klienti vybaví relaxaci na koni nebo pobyt u koní a craving či abstinenční příznaky zvládne lépe (Kalina, 2015; Kalina, 2013; Bicková, 2020; Černá Rynešová, 2011; Kalina & Mladá, 2015).

V neposlední řadě je třeba zmínit pobyt na čerstvém vzduchu při práci s koňmi, doteky a jejich pozitivní vliv na fyzické zdraví. Důležitým subjektem je v terapii také pohyb, kdy dochází k vyplavování endorfinů. Samotný pohyb také zvyšuje sebevědomí, zmírňuje úzkost a stres a odvádí pozornost od problémů. Jízda na koni pomáhá normalizovat svalový tonus, zlepšuje koordinaci a rovnováhu. Přímo také ovlivňuje vnitřní orgány, dochází k jejich prokrvení, což má příznivý vliv na jejich funkčnost. Díky vyplaveným endorfinům je podpořena látková výměna (Škvorová, 2020; Černá Rynešová, 2011).

Koně lze v léčbě závislostí využít i pro pacienty/klienty s duální poruchou. Prostřednictvím koně lze působit na žádoucí změny v chování, motivaci k setrvání v léčbě, přijetí sebe sama, sebedůvěru, sebehodnocení, sebepojetí, nácvik pracovních dovedností, převzetí odpovědnosti, zvýšení fyzické kondice a celkového zdravotního stavu, sebezklidnění, nácvik žádoucího chování, odmítnutí drogy, reakce na krizovou/rizikovou situaci (kůň se něčeho lekne), rozhodnost, zmírnění úzkostí a depresivních stavů, spolupráci, komunikaci, práci se svým tělem apod. (Bicková, 2020; Černá Rynešová, 2011).

## 7 Metodologie

V diplomové práci jsou uvedeny klasické metody léčby závislosti, dále je do současného rámce těchto metod vložena metoda s využitím koní formou teoretické úvahy. Ve výzkumné části práce byla provedena evaluace procesu, kdy s pacienty, kteří se HTP účastní, byla provedena ohnisková skupina. S terapeuty HTP byly provedeny polostrukturované rozhovory. Při evaluaci procesu se spoléhá především na výpovědi účastníků, případně na data získaná pozorováním (Miovský In Kalina et al., 2015). Nakonec byla provedena syntéza a závěry, zda výsledky z evaluace korespondují s literaturou

Ve výzkumné části je používán termín pacient v tom případě, kdy je psáno o pacientech z PN. V ostatních, tedy obecných případech je používáno pojmenování pacient/klient.

### 7.1 Výzkumné cíle

Výzkumným cílem je popsat využití hiporehabilitace v pobytové léčbě závislosti v PN.

#### 7.1.1 Výzkumné otázky

1. Jak pacienti PN z oddělení závislostí subjektivně hodnotí využití hiporehabilitace v léčbě závislosti?
2. Jak terapeuty HTP subjektivně hodnotí využití hiporehabilitace v léčbě závislostí?
3. Jaké oblasti života pacientů v PN hiporehabilitace ovlivňuje?
4. Jaké metody léčby hiporehabilitace doplňuje dle subjektivního hodnocení terapeutů?

### 7.2 Výzkumný soubor

Základní soubor tvoří pacienti hospitalizovaní pro závislost na návykových látkách/gamblerství v psychiatrické nemocnici, kteří dochází na hipoterapii. Do základního souboru také patří terapeuty pracující s koňmi u závislostí.

U výzkumného souboru byla využita metoda záměrného výběru. Dle Miovského (2006) se jedná o nejrozšířenější metodu výběru, která se v kvalitativním výzkumu využívá. Účastníci byli vybráni na základě společné vlastnosti či stavu a za předpokladu, že jsou ochotni se do výzkumu zapojit.

Kritéria pro zařazení účastníků do výzkumu:

- U pacientů hospitalizace v psychiatrické nemocnici se závislostí na návykové látce/gamblerství a účast na hiporehabilitaci alespoň jeden měsíc.
- U terapeutů zkušenosti s vedením hiporehabilitace u odd. závislostí alespoň 1 rok.

- Ochota se do výzkumu zapojit.

V první řadě bylo třeba získat souhlas s provedením výzkumu od vedení Psychiatrické nemocnice (dále jen PN) a oddělení léčby závislostí. Poté byli za spolupráce s terapeutkou hiporehabilitace vybráni účastníci ohniskové skupiny, kteří splňovali daná kritéria. Vybraní účastníci byli požádáni, aby se do výzkumu zapojili. Ohniskové skupiny se zúčastnilo osm pacientů, mužů, kteří se léčili ze závislosti na alkoholu či gamblerství.

Polostrukturovaného rozhovoru s terapeutky se zapojily dvě osoby. Z důvodu zachování jejich anonymity o nich nejsou uvedeny bližší informace, než že splňují kritéria výběru.

Přehled účastníků a jejich označení je v tabulce č. 1.

Tabulka 1: Účastníci výzkumu

Ohnisková skupina	
P1	muž
P2	muž
P3	muž
P4	muž
P5	muž
P6	muž
P7	muž
P8	muž
Terapeuti HTP	
T1	x
T2	x

Zdroj: Vlastní zpracování

### 7.3 Metody sběru dat

Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor s terapeutu hipocentra a ohnisková skupina s pacienty PN, viz příloha č. 1 a č. 2. Rozhovor je dle Miovského (2006) nejvýhodnější a zároveň nejobtížnějším nástrojem sběru kvalitativních dat.

V polostrukturovaném rozhovoru je několik předem připravených otázek, jejichž pořadí lze měnit. Zároveň tento typ rozhovoru umožňuje klást účastníkovi výzkumu doplňující otázky, abychom tím maximalizovali výtěžnost rozhovoru. Výzkumník si ověřuje, zda účastníkovi dobře rozumí. Upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka se nazývá následné inquiry (Miovský, 2006).

Ohnisková skupina je o počtu tři a více účastníků. Ke sběru dat se využívá zejména skupinová interakce, která vzniká při diskusi na téma, které zadal výzkumník (Miovský, 2006). V tomto výzkumu byla použita polostrukturovaná ohnisková skupina, kdy byly připraveny okruhy modelových otázek. Jednotlivé otázky bylo možné přeskakovat a poté se k nim výzkumník mohl vrátit, tímto pružně reagoval na dění ve skupině. Výzkumník dával pozor na to, aby se skupina držela daného ohniska a neodbočovala.

Před samotnými rozhovory byla nejprve provedena příprava. Rozhovor byl vyzkoušen s nezúčastněnou osobou. Byla změřena doba, jak dlouho rozhovor trvá, a byla provedena pilotáž otázek, jež měla ověřit, zda jsou otázky srozumitelné, zda korespondují s výzkumnými otázkami a zda nejsou příliš sugestivní.

Před provedením výzkumu bylo třeba oslovit PN a požádat o možnost provedení výzkumu s pacienty formou ohniskové skupiny. Do PN byl zaslán design diplomové práce, nad kterým se sešla etická komise PN. Po jejím kladném vyjádření byl domluven termín, kdy proběhl výzkum. Domluva proběhla s primářem oddělení závislostí, vedoucí hipocentra a terapeutkou hipocentra, která pracuje v odd. závislostí. Komunikace s PN a terapeutu hipocentra probíhala po e-mailu či telefonicky. Před příjezdem výzkumníka byla domluvena konkrétní podoba rozhovoru a ohniskové skupiny. Z hlediska technického zázemí bylo třeba mít k dispozici místnost, kde bude na provedení výzkumu patřičný klid. K potřebám výzkumu byla poskytnuta klubovna v hipocentru a ohnisková skupina proběhla přímo po hipoterapii. Při vedení rozhovoru a ohniskové skupiny s účastníky výzkumu se výzkumník nejdříve představil, seznámil účastníky s výzkumem obecně, s jeho cíli a předpokládanou délkou trvání. Dle Hendla (2005) je na začátku vhodné položit obecnou otázku na obecné téma na prolomení bariér, navození příjemné atmosféry a důvěry.

Každý účastník byl seznámen se způsobem záznamu a dotázán, zda s ním souhlasí. Dále mu byla zaručena anonymita. Během rozhovoru si výzkumník psal poznámky, aby mu neunikly důležité myšlenky. Celý rozhovor byl fixován na dva audiozáznamníky. Miovský (2006) uvádí, že na konci rozhovoru je důležitý kontakt řádně ukončit a ověřit si, zda

účastník odchází v pořádku, zda není rozrušený. Na závěr byli tedy účastníci dotázáni, zda je vše v pořádku a mohou takto odejít. Po skončení výzkumu pacienti odešli zpět na oddělení.

Rozhovor s terapeutky HTP byl předem domluven telefonicky či e-mailem. S každým z nich byla domluvena podoba rozhovoru, termín, čas a místo provedení výzkumu. I terapeuti byli na začátku rozhovoru dotázáni, zda souhlasí s nahráváním na audiozáznam. Také byli seznámeni s výzkumem obecně, s jeho cíli a předpokládanou délkou trvání. Každému z nich byla zaručena anonymita, z toho důvodu o nich ve výzkumu nejsou uvedeny bližší informace. Na konci rozhovoru byli dotázáni, zda chtějí něco doplnit, nebo je možné takto skončit.

## **7.4 Zpracování a analýza dat**

Příprava dat k analýze neboli data management spočívala v záznamu dat pomocí audiozáznamu. Tato metoda má výhodu v autentičnosti a komplexnosti záznamu (Miovský, 2006). Data byla převedena z audiozáznamu do textové podoby metodou transkripce a opakovaným poslechem byla prováděna její kontrola. Při přepisu dat docházelo k jejich první redukci.

Po úvodní části byla provedena redukce prvního řádu, kdy z textu byly odstraněny výpovědi, které se opakovaly, zobecňující výpovědi, nedokončené věty, obsah netýkající se výzkumu apod.

V rámci přípravy dat pro analýzu byl text barevně označen a rozdělen na jednotlivé části. Každé téma mělo svou barvu a následně se pasáže vztahující k danému tématu zvýraznily danou barvou.

Jako dílčí postup analýzy dat byla použita metoda vytváření trsů, jež se využívá k rozlišení a identifikaci určitých jevů, místa, případů apod. Trsy vznikají na základě určité podobnosti a tvoří tak poté obecnější kategorie (Miovský, 2006).

V datech byly vyhledávány ve výrocích osob ty pasáže, které se týkaly daného ohraničeného tématu. Z jednotlivých konkrétních a detailních popisů se vytvořily obecné kategorie k tématu (např. oblasti života ovlivněné HTP).

## **7.5 Metodologické limity výzkumu**

Limitem tohoto výzkumu je, že výsledky nelze zobecnit a vztáhnout na všechny pacienty, kteří se léčí ze závislosti v PN. Výzkumu se zúčastnily osoby závislé buď na alkoholu či gamblerství, chybí osoby závislé na nelegálních návykových látkách.

Dále na hiporehabilitaci nedochází všichni pacienti, neboť účast na terapii je daná personálem oddělení a musí ji schválit lékař. Z tohoto důvodu se do terapie nedostanou třeba pacienti s alergiemi, pohybovým omezením apod.

Výzkumu se zúčastnili pouze muži, chybí tedy ženský pohled na věc ze strany pacientů.

Riziko zkreslení může být ovlivněno aktuální fází léčby, ve které se účastník nachází v době rozhovoru, a také aktuálním rozpoložením účastníka.

U metody polostrukturovaného rozhovoru je rizikem to, že každý z účastníků pochopí danou otázku jinak. Na to musí výzkumník brát zřetel a neustále si ověřovat, zda účastník otázce dobře rozumí a naopak, zda výzkumník dobře rozumí odpovědi účastníka. Díky audiozáznamu je možné se k rozhovorům vracet.

V neposlední řadě je třeba brát zřetel na možné riziko střetu zájmu výzkumníka, kdy výzkumník musí dát pozor na ovlivnění či zkreslení dat a jejich interpretaci směrem k pozitivnímu očekávání realizátorky výzkumu.

## 7.6 Etické aspekty

Jsou tři roviny etických pravidel, vliv výzkumníka na výzkumné pole, ochrana účastníků výzkumu a ochrana výzkumníků (Miovský, 2006).

Hlavním závazkem a předpokladem při sběru dat prostřednictvím rozhovoru bude nepoškodit či neohrozit účastníky výzkumu. Na začátku každého rozhovoru byli účastníci seznámeni se základními informacemi o výzkumu a dále se svými právy – účast je dobrovolná, rozhovor mohou účastníci kdykoli ukončit, nemusí odpovídat na otázky, které by jim byly nepříjemné, veškerá data budou anonymizována, příp. mohou odmítnout nahrávání rozhovoru, po přepsání bude nahrávka smazána. V sebraných a zpracovaných datech je uvedeno pouze pohlaví z důvodu zachování anonymity. O terapeutech nebudou uvedeny žádné informace o jejich pohlaví, věku či délce praxe, a to též z důvodu zachování jejich anonymity.

S pacienty i terapeuty byl sepsán informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů, viz příloha č. 3 a příloha č. 4.

Vliv výzkumníka na výzkumné pole bylo třeba v tomto případě potřeba podchytit z důvodu podsouvání či ovlivnění dat či jejich interpretace směrem k pozitivnímu očekávání realizátorky výzkumu.

Z hlediska ochrany bezpečí výzkumníka byly rozhovory prováděny v soukromí, zároveň však v dosahu personálu psychiatrické nemocnice či jiné osoby tak, aby se v případě nebezpečné situace výzkumník dovolal pomoci.

Výzkumník si v místnosti sedl tak, aby měl volnou únikovou cestu ke dveřím a účastník nebyl mezi výzkumníkem a únikovou cestou. Vzhledem k povaze účastníků však nebylo předpokládáno, že by k nebezpečné situaci či agresi mělo dojít.



## 8 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu jsou zpracovány pomocí metody trsů, kdy na výzkumné cíle je odpovídáno utvořenými trsy. Jako pomůcka jsou využity jednotlivé otázky z polostrukturovaných rozhovorů, vztahující se k danému výzkumnému cíli. Zároveň jsou odpovědi účastníků výzkumu srovnány a propojeny s teoretickou částí práce.

Ve výsledcích jsou účastníci ohniskové skupiny označeni jako P1 – P8. Terapeuti HTP jsou označeni jako T1 a T2. O terapeutech je psáno v genderově neutrálním jazyce, tedy tak, že je použit termín terapeut bez ohledu na pohlaví účastníka výzkumu. Jsou použity přímé citace účastníků výzkumu, označené uvozovkami a kurzívou. Zároveň jsou psané přesně tak, jak byly řečené, tedy hovorovou češtinou.

### 8.1 1) Jak pacienti PN z oddělení závislostí subjektivně hodnotí využití hiporehabilitace v léčbě závislosti?

K prvnímu výzkumnému cíli se vztahuje několik otázek z polostrukturovaného rozhovoru, a to:

1. Na co se v terapii s koněm nejvíce těšíte?
2. Co vás napadne jako první, když se řekne kůň v léčbě závislosti?
3. Jaké emoce v průběhu terapie nejčastěji zažíváte?
4. Co je potřeba v HTP změnit/zlepšit?

Z odpovědí na tyto otázky byly utvořeny obecnější trsy, vztahující se k výzkumnému cíli.

Pacienti se jednohlasně shodli, že se na terapii v hipocentru velmi těší. Nejčastěji se těší na jízdu na koni, na hlazení a bytí s koňmi. P3 uvedl: „*Přímo ten kontakt s tím zvířetem je úžasnej.*“ Dalším výrazným faktorem byla změna prostředí, uklidnění, příjemné rozptýlení (P5, P1, P4, P6). P4 upřesňuje: „*.... že to je změna prostředí. Tady jsme venku a tam jsme vlastně vevnitř a ta hlava funguje zase jinak trošičku venku, takže se můžeme rozletět.*“ P1 na tento výrok oponoval, že v jeho případě to není venkem, protože ven na zahradu se netěší, ale ke koním ano. „*Já mám obecně rád zvířata a jakože všechny víceméně a ten kůň mi je hrozně příjemnej, i když jsem to jako neznal*“ (P1). To, co popisují pacienti, koresponduje s tvrzením Klecha (2014), který uvádí, že zvířata v člověku umí vyvolat silné pozitivní emoce, člověk tak nezůstane lhostejným. To, že člověk se zvířetem zažívá uklidnění a vyrovnanost, popisuje Silný (1997). „*A hlavně ten kontakt s tím zvířetem, nádhera prostě*“ (P2).

Pacient P7 popisoval, že velmi příjemné mu je o někoho pečovat, v tomto případě o koně. Souhlasil s ním P3: „*Jo, toho koně si ošetřit před tou jízdou, to je supr. Vlastně připravit si ho, jo, že to není zadarmo. To je takový pro mě taky dobrý, jakože já mu něco můžu věnovat a on pak věnuje tu péči o mě.*“ Při péči o zvířata se lidé učí odpovědnosti, protože zvířata lidskou pozornost a péči potřebují. Lidé se učí chápat a uspokojovat jejich potřeby (Klech. 2014).

Pacientům se při slovech – kůň v léčbě závislosti – vybavovala samá pozitiva. P1 okamžitě jmenoval konkrétního poníka z hipocentra, Terezku. Pacientovi P6 se vybavila zábava. Což koresponduje s Černou Rynešovou (2011), která popisuje, že jízda na koni může být zdrojem zábavy. Shodně reagovali P2, P8, P7 a P5, kteří jmenovali oddych a relax. P2 ještě k oddychu doplnil obohacení.

Při samotném hodnocení hipoterapie, tedy co by pacienti změnili, či udělali jinak, okamžitě reagoval P3 slovy: „*Ta dobrovolnost, to by bylo lepší. A to je jediný, ale to je tady na oddělení, to není hipoterapii jakoby tou samotnou. To je režimem tady oddělení.*“ P1 doplnil, že sice nemá s čím srovnávat, protože je to jeho první zkušenost s koňmi, ale že je nadmíru spokojen. Pacienti P8 a P4 jsou také spokojeni. P8 dodal, že by vynechal jízdu na koni, protože po ní měl bolesti kyčlí. Pacient P7 by byl rád, aby hipoterapie byla hypoalergenní. Pacienta P6 mrzí, že se s hipoterapií nedostane na všechny pacienty: „*... já si spíš myslím, že by to mohlo být jakoby i víc a intenzivněji, protože ta hipoterapie byla teď třeba v té mojí léčbě zařazena hodně pozdě. Ač vím, že to bylo částečně opatřeníma. Ale víceméně ty se doted'ka víceméně ani nijak nezměnily, a spousta lidí nemá možnost se k tomu dostat. Na to, že prostě třeba zahrada je zařazována 3× týdně do programu, tak pro nás jako by pro ty alkoholiky by to mohlo být zařazováno klidně 2× do týdne, aby se k tomu dostalo více lidí.*“ Pacienti P7, P6 a P1 se připojili. P1 ještě dodal, že velmi oceňuje vstřícnost a příjemné vystupování personálu hipocentra. „*Musím říct, že jsou teda hrozně příjemný ty holky terapeutky, to je něco úžasného, opravdu. Sympatický, opravdu perfektní.*“ S tímto výrokiem souhlasil i P8, který nejvíce oceňuje to, že si terapeutka pamatuje jména všech pacientů, na což pozitivně reagoval i P1.

Pacienti P1, P4, P8 a P2 si pochvalovali, že se na koně posadili už na čtvrté hodině. Na první hodině probírali bezpečnost, na druhé hodině vodili koně po areálu, na třetí s nimi chodili překážkovou dráhu a na té čtvrté už jezdili. To, že pacienti byli rádi, či až pyšní na to, jak rychle začali jezdit, potvrzuje Hollý a Hornáček (2005), kteří píšou, že jízda na koni představuje mimořádné výzvy a velké cíle. Pacienti si tak pěstují zdravé sebevědomí.

P3 mluvil o tom, jak s koňmi plyne čas jinak: „*...ale prostě ten čas tak strašně rychle utek, až neskutečně jo, a přitom mi to přišlo, že jsem se tam s ní prošel jenom čtyři kolečka. Úžasný. Jako v tomhle to bylo prostě, že ten čas tam plyne úplně jinak.*“

Pacienti při hipoterapii zažívají radost, štěstí, spokojenost (P2), uklidnění (P5, P4, P3, P7, P6). Pacient P3 dodal, že zažil pocit dojetí: „..... *já jsem normálně i slzy mi vytryskly, když jsem jí i jako obejmul.*“ Pacient P1 zažívá při hipoterapii porozumění od koně. P6 dodává souznění s koněm. Pacient P1 cítí hrdost: „*Možná i hrdost. Když půjdu po ulici a zeptám se, kdo umí vyčistit koni kopyto, tak moc lidí to umět nebude. A já už to umím.*“ Zde je zřejmá zdravá regulace sebevědomí, jak uvádí Hollý a Hornáček (2005).

Pacient P7 ještě dodal, že pociťuje ke koním velký respekt. Zejména aby se naučil je ošetřovat správně a cítí za to velkou zodpovědnost. Respekt ke zvířeti popisuje Kulka (2007, cit. in Škvorová, 2020), který uvádí, že pokud člověk respektuje právo zvířete na kvalitu života, lépe přijímá požadavky jiných lidí. P4 na to reagoval: „*Je to do života, udělám mu to špatně – dostanu kopanec.*“ Na tom lze vidět propojování získaných zkušeností s koňmi do běžného života. Kůň je využíván jako zrcadlo a je na terapeutovi, aby pacientovi pomohl nalézt souvislosti v jeho běžném životě s tím, co se mu děje s koněm (Černá Rynešová, 2011). P3: „*Jako jo, tyhle ty postřehy, co říkáš, je to pravda, no. Prostě přijít k tomu koni zepředu, aby prostě měl ten kontakt takovej jo i na všechno prostě. A je to určitě i pro ten život jo, protože to, co mi je nepříjemný, tak nebudu chtít přece dělat tomu koňovi, že jo, a pokud tam je i ta vzájemná, taková ta úcta k sobě...*“

P6: „*Dyť to pomůže, přece jenom ty lidi to nějakým způsobem, pomůže jim to jako se otevřít, že jo. Příjemně se o tom mluví, jako o příjemném zážitku, jestli z nich spadne jako nějakaj ostych a lépe se jim potom mluví.*“ Pacient P6 krásně popsal to, jak kůň podporuje otevřenost a důvěru. Millerová (2011) popisuje, že otevřenost a důvěra jsou základem každého terapeutického vztahu. Zejména závislým osobám se důvěry nedostává. Bicková (2020) uvádí, že silné emocionální zážitky u koní pomáhají člověku se otevřít.

Pacient P6 mluvil o tom, že by hipoterapie měla být zařazena jako řádná psychoterapeutická metoda: „*...samozřejmě né všude můžou mít stáj, ale rozhodně pokud mají tu možnost, tak jako nevidím důvod, proč to jako nezařadit a rozhodně to je přínosný jako pro mě určitě a myslím si, že i pro ty lidi, co jako vidím. Nepamatuju se, že by někdo z hipoterapie odcházal prostě naštvanej a tak.*“

Oproti pacientovi P6 reagoval pacient P1 trochu podrážděně na to, že ještě nepřišel na smysl hipoterapie v léčbě závislosti. Ač jasně popisuje a zmiňuje pozitiva hipoterapie, neví, jak mu bude nápomocná v běžném životě. Je nutno zde dodat, že kvůli hipoterapii přišel o jednu psychoterapii na oddělení, kterou vnímal jako velmi přínosnou. Je tedy otázkou, zda by jeho rozčarování neovlivnil lepší management programu na oddělení. „*...tohle je pro mě velmi příjemný, akorát teda stále nevím, a tím to nechci nijak shazovat, ale nevím, k čemu mě to bude dobrý v léčení tý závislosti. Je mi tady prostě příjemně, je to fajn, je to perfektní, ale furt si to neumím nějak dát do kupy, do spojitosti s tou závislostí no.*“

*„Jako když mně bude nejhůř, tak asi nebudu mít možnost někde do garáže za koněm. Jako třeba ten autogenní trénink, že spoustu lidem může pomáhat. Já si to umím představit, mně to teda nepomáhá, a právě z tohoto důvodu, jak jsem říkal i ráno, já prostě nevím, jak si tohle mám dát do souvislosti. Zatím to nevím.“*

### **8.1.1 Shrnutí**

Pacienti velmi často zmiňovali uklidnění. Koňský pohyb dle Černé Rynešové (2011) připomíná pohyby v děloze při prenatálním vývoji, uklidňující účinek je tak přirozený. Koně mají o 1 °C vyšší tělesnou teplotu než člověk, a tak i běžný kontakt jako hlazení vede k relaxaci svalů a uvolnění.

Kromě uklidnění byla zmíněna i zábava, radost, pocity štěstí a spokojenosti, souznění, porozumění, rychle plynoucí čas, změna prostředí a další pozitivní zážitky. Při jízdě na koni se vyplavují endorfiny, takzvané hormony štěstí. Je tak zajištěna nejen dobrá nálada, ale i podpořena látková výměna (Škvorová, 2020). Souznění a porozumění může člověk zažít v případě, že je druhou osobou či zvířetem přijímán. Bicková (2020) a Černá Rynešová (2011) píšou o tom, že kůň nemá negativní vlastnosti člověka, zejména předsudky, souzení a hodnocení druhých. Pokud se k němu člověk chová, jak si zaslouží, dostane se mu bezpodmínečného přijetí. Tímto přijetím kůň usnadňuje verbální i neverbální komunikaci. Dle Millerové (2011) se závislým osobám přijetí nedostává. Může to být tedy jejich první bezpodmínečné přijetí, kde zažijí právě i pocity porozumění a souznění se zvířetem.

Pacienti také kladně hodnotili možnost pohybu a pobytu venku, v přírodě. Pohyb je dle Kaliny (2015) součástí léčebného plánu. Dle Hoška (2016 In Škvorová, 2020) je pohyb pro člověka životně důležitý. Díky produkci endorfinu zajišťuje dobrou náladu, zvyšuje sebevědomí, zmírňuje úzkost a stres. Neméně důležité je to, že pohyb odvádí pozornost od negativních pocitů a myšlenek. V léčbě pacienti/klienti zažívají značné množství negativní pocitů a myšlenek. Je tedy nesmírně důležité, aby měli možnost zažívat i ty pozitivní, ideálně mimo prostory oddělení. Již na začátku 18. století Friedrich Hoffman uvedl, že jízda na koni je prospěšnější než léky. Jako první popsal souvislost mezi koňským pohybem v krku a jeho pozitivním vlivem na pohybový systém člověka (Nerandžič, 2006). Koňský pohyb stimuluje rovnováhu a motorické funkce, přispívá také k lepší funkci vnitřních orgánů (Černá Rynešová, 2011).

Péčí o koně se pacienti, jak sami uvedli, učí zodpovědnosti. Učí se znát potřeby koní a uspokojovat je. Zároveň s nabýváním těchto schopností zažívají pocity hrdosti, protože postarat se o koně jen tak někdo neumí. Tím dochází k posilování sebevědomí a sebehodnocení.

Kůň je pacienty vnímán jako zrcadlo, kdy i sami přicházejí na propojení práce s koněm a běžným životem. Učí se spolupracovat a komunikovat s koněm jeho řečí. Aktivně hledají způsoby, jak s koněm pracovat tak, aby je poslouchal, a pokud je poslouchá, zažívají pocity radosti.

Dojetí z porozumění a čisté lásky jmenoval jeden z pacientů. Závislé osoby jsou naučené své emoce skrývat, hlavně ty ohrožující, jako je právě dojetí, smutek apod. To, že se vysoký, statný muž rozpláče po objetí malého poníka, je něco, co si dovolí zažít jen párkrát v životě. Což nás opět vrací k tomu, že koně podporují otevřenost člověka díky emocionálním zážitkům, které v lidech vyvolávají.

Sami pacienti také mluví o tom, že při hipoterapii zažívají něco, o čem by za normálních okolností vůbec nemluvili, protože by je to ani nenapadlo. Zároveň s nimi mohou pracovat při dalších programech na oddělení.

## **8.2 2) Jak terapeuti HTP subjektivně hodnotí využití hiporehabilitace v léčbě závislostí?**

Ke druhému výzkumnému cíli, se vztahují otázky z polostrukturovaného rozhovoru s terapeutu:

1. Jaké jsou přínosy HTP pro osoby v rezidenční léčbě závislosti?
2. Jaká jsou úskalí HTP se závislými pacienty/klienty?
3. Jak se cítíte při HTP se závislými pacienty/klienty? V čem je to jiné než ostatní terapie s pacienty?
4. Popište prosím, jak by šla HTP se závislými pacienty/klienty dělat lépe, co by k tomu bylo potřeba?
5. Co vám momentálně při práci chybí– technické zázemí, ze strany zaměstnavatele, týmu apod.

T1 jmenovala 4 základní oblasti, na které hipoterapie působí oproti jiným oblastem. Působí na somatické, emoční, sociální a kognitivní úrovni. Dodala, že lze cílit na jednotlivé oblasti, a tak individuální hipoterapii přizpůsobit. „...a jde o to, asi kterou tu oblast chceme zdůraznit nebo jaký máme i třeba zadání od toho týmu, my se domlouváme s psychologkou a adiktoložkou ohledně těch lidí konkrétně. Že já mám od nich informace, co tam jde za lidi, na čem s nimi pracují a co by potřebovali u nich dopodpořit nebo zdůraznit a tak. Takže se snažíme takhle spolupracovat a doufám, že se to daří, a já jim píšu zprávy z každý tý hodiny. No a z těch sedmi setkání, každá ta lekce je zaměřena trošku na něco jiného, já jsem si to postavila tak, že bych chtěla toho ovlivnit co nejvíc, postupně to ovlivňovat a přidávat. Jít od jednoduššího ke složitějšímu, budovat důvěru a tak dál.”

To, že je hipoterapie součástí komplexní léčby, uvádí Hollý a Hornáček (2005). Souhlasí s ním i Černá Rynešová (2011), která doplňuje, že hipoterapie je sama o sobě komplexním přístupem zahrnujícím jak duševní stránku člověka, tak i tu fyzickou.

Ze somatického hlediska uvádí T1 uvědomování si vlastního těla a těla koně, narovnání zad, uvolnění různých stažení apod. K relaxaci svalů dochází díky tomu, že kůň má vyšší teplotu než člověk. Jeho pohyby zároveň připomínají kolébání a pohyby v děloze (Černá Rynešová, 2011).

Při práci ze země, se T1 snaží, aby se o sobě pacienti něco dozvěděli, jak na koně působí apod. „...koně používáme jako zrcadlo. Takže tam oni se něco dozví o svých hranicích, jestli jsou dominantní nebo submisivní. Zažijou si nějaký emoce, takže tam působíme zase na tu stránku věci.“ Kůň jako zrcadlo je v literatuře často popisován. Poskytuje lidem náhled na své jednání s druhým a návod k tomu, jak své chování změnit (Černá Rynešová, 2011; Bicková, 2020).

Jako sociální oblast T1 popisuje spolupráci ve skupině, učení se novým věcem, péče o koně a tím nabývání odpovědnosti za druhé, adaptace na nové prostředí, zažívání nových věcí apod. Zmíněnou spolupráci, učení se, pečování a emocionální zážitky uvádí i Černá Rynešová (2011), Hollý a Hornáček (2005) či Bicková (2020).

T2 hodnotí hiporehabilitaci u závislostí jako obrovský přínos. „...tak pro ně to byla první osoba, nebo no živý tvor, který je bezmezně přijímal.“ O potřebě bezpodmínečného přijetí u závislých osob píše i Kalina (2015) či Millerová (2011). I sami pacienti popisují pocity přijetí, souznění a porozumění.

Dále T2 dodává regulaci chování koně. Uvádí situaci, že pokud byl pacient arogantní, nervózní apod., kůň mu dal jasně najevo, že se mu jeho chování nelíbí a odmítl spolupracovat. Toto zrcadlení vnímá T2 jako velmi cenné pro další práci s pacienty na oddělení: „Že jim vlastně zrcadlil jejich chování a tím pádem, když jim to terapeut dobře přeložil to koňský chování, tak oni to od koně brali mnohem líp než od terapeuta na skupině. Ten kůň byl v té terapii naprosto nenahraditelné složka. A když s nimi pracoval terapeut, který s nimi pracoval i na oddělení a na skupině, tak to byl poklad. Protože na té hipoterapii se přišlo na spoustu věcí a následně se s nimi dalo pracovat i ve skupinové terapii.“ Zároveň dodává, že pokud došlo ke korekci chování, kůň začal s pacientem spolupracovat. Pacient poté zažíval velkou radost a vnímal tuto spolupráci jako odměnu za svou změnu. Zde zažil pacient pozitivní podmiňování, kdy je odměna za žádoucí chování mnohem efektivnější než trest za nežádoucí chování (Kalina & Mladá, 2015). „Nebo když on si toho nevšiml, že se chová jinak, tak ten kůň to zrcadlil, a tím pádem on to začal vnímat. Ten kůň mu poskytoval všechno, jak zrcadlení nevhodného chování, tak i všeobjímající náruč, kterou oni prostě potřebují, tu podporu.“ Korekci chování samotným zvířetem a to, že kritiku mnohem lépe

přijímá pacient od koně než od terapeuta, popisují Černá Rynešová (2011), Casková, Dvořáková, & Jiskrová (2010) a Bicková (2020).

T2 také doporučuje, aby pracoval s pacienty při hipoterapii terapeut z oddělení, protože může lépe pracovat s věcmi, které se během HTP vynoří. Pokud toto nelze zajistit, dodává, že je třeba alespoň spolupráce mezi oddělením a terapeutem HTP jako v rámci multidisciplinárního týmu.

T1 i T2 se shodují v tom, že je při hipoterapii zvýšená náročnost na udržení bezpečí pacientů, protože mají zodpovědnost nejen za ně, ale také za koně. Je třeba je řádně poučit o BOZP, jak bezpečně zacházet s koněm a čemu se případně vyvarovat. Také se jasně a striktně stanovují pravidla a hranice, třeba ohledně kouření během hipoterapie. Dle Millerové (2011) se stanovením a důsledným dodržováním pravidel a hranic pacienti učí nejen dodržovat stanovené mantinely, ale také případně nést zodpovědnost za své jednání. T1 upozorňuje na to, že kůň je stále velké zvíře se svým rozumem a je třeba k němu tak přistupovat. Také ze své zkušenosti uvádí, že někteří lidé nedokážou překonat strach z tak velkých zvířat, či ani nechtějí. Poté se tým hipocentra snaží tyto osoby zapojit prostřednictvím menších zvířat, například poníků, koz, morčat apod. Zapojení všech účastníků hipoterapie do procesu terapie uvádí jako velmi důležité Černá Rynešová (2011).

Co se týče nebezpečných situací, T1 uvedla jednu, kdy se kůň utrl a běžel zpět ke stádu, směrem od lidí. T2 uvedla o něco vážnější situaci: *„Mně se stalo, že při slézání se pacient sesunul na zem. Z mého pohledu jen hupsnul zadkem do pilin a ve výsledku měl zlomený obratel. Na to se prostě musí dávat pozor, nebrat si moc lidí na skupinu a jen lidi, který jsem schopná ohlídat.“*

T1 považuje za důležité také profesionalitu týmu, domlout se předem, co se bude dít, každý musí znát své kompetence a oblast, kterou má hlídat.

T2 ještě vnímá hiporehabilitaci jako každou jinou psychoterapii, kdy je třeba dávat pozor na to, zda při ukončení je osoba v pořádku a může takto odejít. Navíc je tam zvýšený nárok na bezpečí. *„A u všeho, do čeho se ten terapeut pouští, by měl vědět, do čeho jde, jak to ošetřit a případně zavolat na oddělení, že pacient není v psychické pohodě, že tam může něco hrozit. Je tam důležitá ta spolupráce. Všechno ošetřit. Aby nešel pacient z hodiny nějak rozházený.“* Korektní ukončení terapie zmiňuje i Millerová (2011), dle ní je důležité si ověřit, že pacient/klient odchází v normálním psychickém rozpoložení, zda není v krizi apod.

O dobrovolnosti pacientů účastnit se hipoterapie hovořila T1 v souvislosti s tím, že někteří pacienti o tuto specifickou terapii neměli zájem. Nakonec se však týmu hipocentra podařilo pacienty namotivovat ke spolupráci: *„...Prostě ten tým má nějaký cíle, má nějaký záměr tam a vyšlou tam toho člověka, že jo. No a asi tam byli nějaký takový lidi, kterejm to nedělalo dobře, ale to byli jednotlivci, jo... A nevím, buď to se to povedlo tak, že se na oddělení domluvili, že tam chodit nebudou. ...tak jako dá se říct, že se nám často povede, to*

*nějak ty lidi pro to získat. Že ač to ze začátku nevypadá, nebo jsou určitý lidi v té skupince, kteří vyloženě říkají, že je to nebaví, že nechťej, nemaj k tomu vztah a nebudou se angažovat. ...mám dojem, že častěji se nám podaří je pro to získat a nějakým naším přístupem a že tam funguje takovej ten skupinovej, takovýto hecování, nenechám se přeci zahambit, ostatní ho namotivujou, že často tam lidi dojdou k úplně nějaký proměně. To se nám stává častěj, než že by to šlo mimo ně. Že se promění a stanou se z nich milovníci koní. Že se v tom najdou, něco svého, co je baví. To je takový až jako zázračný mi to někdy přijde. Že ty lidi tam jdou přesně, jak říkáš, jsou tam napsaní, nechťej tam bejt, nemaj k tomu vztah a nějak si je to získá.”* Vzájemné hecování pacientů/klientů na hipoterapii popisuje i Černá Ryněšová (2011), kdy si člověk řekne – když to dokázal on, proč ne já? O síle skupinové motivace hovoří i Soukup (2015).

Hipoterapie je plná výzev a překonání sebe sama, jak uvádí i Hollý a Hornáček (2005). Dle T2 lze nesoulad mezi koněm a pacientem také terapeueticky využít: „... *když pacient dostane koně, který mu nevyhovuje, tak to jde ale zaonačit tak, že překonává překážky, protože s tím se setká i v životě a naučí se to zpracovat.*” Naučit se při hipoterapii spolupracovat s někým, kdo mi nesedí, je velmi cenná zkušenost a vlastnost (Bicková, 2020).

Terapeuti odpovídali také na otázku, jak se při hipoterapii se závislými osobami cítí oni sami. Pro T1 je náročné pracovat s pacienty, kteří mají psychopatologii narcistního druhu. Odůvodňuje to tím, že tito lidé mají velmi silnou obranu a je těžké se k nim dostat. „*Tak s těma prožívám co, nějakou frustraci, naštvání, což samozřejmě se snažím přelít do humoru nebo nějak jim to zprostředkovat, aby to pro ně bylo snesitelný (smích). Tak s těma teda prožívám takovýhle nelibé pocity, no.*” Dobře se jí naopak pracuje s lidmi vnímavými, chápavými, inteligentními a motivovanými. Při práci s takovými lidmi prožívá radost, pocit úspěchu a uspokojení. Špatně se jí pracuje také s lidmi nezralými, impulzivními, jež je třeba neustále hlídat a cítí tak mnohem větší zodpovědnost, aby se jim něco nestalo.

K pocitům T2 uvedla: „*Cítila jsem mnohem větší zodpovědnost za člověka, aby se mu nic nestalo. Abych dokázala vše vysvětlit. Měla jsem zodpovědnost i za toho koně. Aby to proběhlo, jak jsem chtěla, a aby tam proběhlo to, na co jsem cílila. ...oproti normální skupině to bylo velmi náročné stran přípravy, a i fyzické kondice. Tam člověk nesedí na židli, ale běhá mezi koňma a je to mnohem náročnější. Pozitivní bylo, když ti chlapi objeví něco, co já vím, ale oni nedokážou přijmout s tím, že jim to jeden řekne, ale přijmou to od koně, který to zrcadlí.“* Po vyzvání, aby pojmenovala emoce, které zažívala, jmenovala radost, zadostiučinění, pýchu na pacienty a na koně.

Velmi důležitá je v hipoterapii dle T2 volba koně. Je zásadní vybrat koně správně, aby pomohl terapeutovi zacílit na to, na co terapeut u daného klienta zacílit chce. „*Ale když chce terapeut na něco cílit a něčeho dosáhnout u toho člověka, tak k tomu potřebuju mít dobře rozmyšleno, co si vezmu za koně. Pokud nechci vařit z vody, brát to, co přijde, a*



*pracovat s tím, co přijde.* “ Špatná volba koně je také jmenována mezi bezpečnostními riziky hiporehabilitace (Česká hiporehabilitační společnost, 2019).

Na dotaz, co by šlo dělat lépe a co by k tomu bylo potřeba, uvedla T1 potřebu opravy kryté jízdárny, aby šlo pracovat v jakémkoliv počasí. V některé práci s koňmi by se lépe vedla menší skupina pacientů, mohla by se každému z nich více věnovat. Také by se hodilo lepší vybavení v podobě pomůcek, jako jsou kužely, kavalety apod. Lépe by šla zařídit i péče o koně, zejména fyzická ošetření jako Dornova metoda, fyzioterapie a chiropraxe. T2 doplňuje ke zvýšení kvality poskytované hipoterapie především kvalifikovaný personál a zřizovatele hipocentra, který bude hipoterapii brát jako váženou součást léčby a dle toho ji bude finančně podporovat. Zdůrazňuje také potřebu duševní hygieny pro koně, pobyt na pastvě, vyjížďky pod zkušeným jezdcem, odpočinek, rozumnou četnost jejich zařazování do hipoterapie. „... to že by se na ty koníky nemělo zapomínat a že si moc přeju, aby se stali nedílnou součástí léčby závislých lidí, protože jsem přesvědčená o tom, že jim hodně pomáhají a jsou nenahraditelnou složkou tady v tom.” Potřebu duševní hygieny pro koně a náročnost hipoterapie na jejich psychický i fyzický stav vyzdvihují i Casková, Dvořáková, Jiskrová (2010); Švehlová (2003); Bartošová (2007).

V podstatě se dá říct, že psychické a fyzické obohacení, které kůň poskytne člověku, je třeba koni zase doplnit v podobě prvotřídní péče o něj.

### **8.2.1 Shrnutí**

Oba dotázaní terapeuti hodnotí hipoterapii jako velmi výhodnou pro osoby závislé z důvodu jejího komplexního přístupu, kdy se v jednu dobu na jednom místě ovlivňuje jak psychická stránka člověka, tak i ta fyzická. To zároveň koresponduje s literaturou od Černé Rynešové (2011), která tyto oblasti rozdělila na čtyři, a to biomechanické účinky, fyziologické účinky, psychické účinky a bioenergetické.

Co je v hipoterapii velmi zásadní a terapeuti tomu přikládají velkou důležitost, je zrcadlení koně. Pacienti kritiku a korekci jejich chování od koně přijmou mnohem lépe než od kohokoliv jiného. Toto potvrzují nejen terapeuti, ale také pacienti samotní a Černá Rynešová (2011) s Bickovou (2020), Hollým a Hornáčkem (2005).

K zrcadlení patří i přijetí. Koně nesoudí člověka dle jeho vzhledu, tělesného či duševního postižení a reagují pouze na to, jak je s nimi zacházeno. Pro mnohé osoby může být kůň prvním, od koho se jim dostane bezpodmínečného přijetí, projevení náklonnosti, porozumění a souznění. Také tento zážitek je zdrojem obrovské emocionality a zážitků, dojetí či projevené citovosti. Na faktu přijetí koněm se opět shoduje mnoho autorů Černá Rynešová (2011), Casková, Dvořáková, Jiskrová (2010), Hollý a Hornáček (2005), Bicková (2020). O velké potřebě přijetí závislých pacientů/klientů píše mnoho autorů z oblasti adiktologie, například Millerová (2011), Nešpor (2018), Kalina (2015).

O možnostech cílení na konkrétní oblasti klientova života hovořila T1. Správnou volbou koně lze podpořit ono cílení a značně tak ovlivnit výsledek práce, jak doplnila T2. Kůň je v tomto procesu terapie vnímán jako koterapeut. Terapeuti pracují s jeho projevy, úsudkem, chováním a tlumočí ho pacientům/klientům, kteří díky tomu mohou pracovat a korigovat své chování.

Díky korekce chování koněm zažijí pacienti i pozitivní podmiňování, které spočívá v odměně za žádoucí chování. Pozitivní motivace je mnohem efektivnější než negativní (Kalina & Mladá, 2015). Kůň dokáže nejen dát najevo chování nesprávné, ale reaguje pozitivně spoluprací ve chvíli, kdy pacient/klient své chování upraví a koni je to příjemné. To je pro klienty/pacienty obrovská odměna, protože s nimi spolupracuje šestisetkilové zvíře.

Oba terapeuti se shodli na tom, že je hipoterapie náročná z hlediska dodržení bezpečnosti. Mají zodpovědnost nejen za pacienty, ale také za samotné koně – koterapeuty. Při bezpečnosti je potřeba myslet na veškeré ochranné pomůcky, dodržování rozestupů, správné zacházení s koňmi apod. Důležitost bezpečnosti při HTP u závislostí zdůrazňuje také Hermanová, Münichová, Nerandžič et al. (2014).

Terapeut T2 zároveň hodnotí hipoterapii jako každou jinou psychoterapii s výjimkou toho, že je kůň koterapeutem. Stejná je dle ní zejména potřeba korektního ukončení terapie, tedy aby pacienti/klienti odcházeli v psychické pohodě. Případně by T2 doporučovala zavolat na oddělení a upozornit personál, pokud by některý z pacientů odcházel v psychické nepohodě. T1 k tomu dodává, že při hipoterapii se pacienti/klienti lépe naučí pojmenovat své emoce, protože jich zažijí na hipoterapii široké spektrum.

Využití hipoterapie u závislostí také přináší pacientům/klientům řadu výzev a náročných cílů, kdy musí dle T1 překonat vlastní strach ze zvířete či spolupracovat s někým, jehož přítomnost nevyhledávají, jak dodává T2. Jízda a pohyb u koní je také může upozornit na nedostatečnou fyzickou kondici (Černá Rynešová, 2011). Již jen samotnou kritiku od koně a to, že s ním kůň nechce spolupracovat, je pro pacienta/klienta náročné přijmout. S tím souvisí i náročnost ve vztahu ke změně či korekci chování. Povedená změna je však následně odměněna samotným zvířetem, které na ni upozornilo.

Své pocity při hipoterapii se závislými osobami hodnotí terapeuti většinou kladně. T1 uvedla i některá specifika v povaze pacientů/klientů, kvůli kterým se jí s nimi hůře pracuje. Jsou to klienti s narcistickými rysy osobnosti, impulzivní osoby a osoby nezralé. Z pozitivních emocí zažívá radost, pocit uspokojení a prospěchu. T2 jmenovala radost, zadostiučinění, pýchu na pacienty a koně.

Z hlediska potřeb ke zkvalitnění poskytování hipoterapie závislým osobám jmenovala T1 hlavně technické zázemí jako krytou jízdárnu a pomůcky k hipoterapii. Na zajištění lepší péče o koně se shodla s T2. K tomu T2 ještě doplnila kvalifikovaný personál a podporu zřizovatele hypocentra, především tu finanční.

### 8.3 3) Jaké oblasti života pacientů v PN hiporehabilitace ovlivňuje?

K tomuto výzkumnému cíli se vztahovaly otázky pro terapeuty:

1. Jaká jsou specifika HTP se závislými pacienty/klienty, v čem je jiná než ostatní terapie?

K cíli se také vztahovaly tyto otázky pro pacienty:

1. Které oblasti vašeho života terapie s koňmi nejvíce ovlivňuje / v čem vám pomohla?
2. Jak hodnotíte HTP v souvislosti s ostatním programem na oddělení – souvislosti, posuny, zlepšení/zhoršení se v jiných programech?
3. Jaká je podle vás hlavní myšlenka HTP v léčbě závislostí?

T1 uvádí hlavně oblast emoční, kdy dle její zkušenosti pacienti často uvádějí to, že jim kůň rozumí a ví, co potřebují. Tyto vlastnosti koně popisuje T1 až jako mimosmyslový tok myšlenek. „...nebo tak ten kůň tam jenom stojí, nic neříká, nic jim nedává, ale ty lidi to tak vnímaj. Že jim rozumí, že je jejich kamarád, že je poznává, připodobňují vlastnosti, on je jako já. Hlavně u toho Barneyho, taková ti sígři, taková ti lumpové se do něj úplně zamilujou, protože on je přece jako já, on mi úplně rozumí.“ Zde bych krátce zopakovala důležitost správné volby koně. V citaci je dobře vidět, jak to funguje, pokud se zvolí správný kůň.

Jako další ovlivňovanou oblastí života pacientů je dle T1 určitě sebevědomí. „Pak takový to, že ten kůň je tak ohromný zvíře a ten člověk s ním pracuje poprvé, podruhé a on ho poslouchá. Že člověk dokáže ovládat 900 kg živé váhy a že s ním ten kůň spolupracuje a že ten člověk to má ve vlastních rukou, že to řídí, že když se jim jejich vlastní život venku sere, pardon, takže oni umí ale řídit koně.“ Sebevědomí se zvyšuje dle Škvorové (2020) již samotným pohybem. Koně však svým přístupem dokážou sebevědomí jak zvyšovat, tak i zdravě snižovat (Bicková, 2020). T1 dodává že: „... jsou z toho unešení a získají pocity toho, že něco dokážou, něco umí, něco se naučili, nějaká sebedůvěra a sebehodnota musí letět raketově nahoru zákonitě.“

U mužů je to působení na jejich citlivost, něžnost, dojetí. „...chlapi se tam rozplývají, že ovládají tak mohutné zvíře, tak jemně, a jak málo stačí, že mohou řídit něco tak ohromného. Tak to je taky zajímavý. Nebo když pracujeme s poníky, jak se ty lidi tako rozněžní. Že to vyvolá emoce, které mají venku asi potlačený...když je tam ten malej poník,

*tak oni jsou schopní se rozněžnit, zamilovat se, objímat. SI myslím u těch chlapů takový, co by se jinak neodvážili dát najevo tak najednou, tak tohleto vyplouvá, to asi na oddělení nelze tady toho docílit” (T1). Zkušenosti T1, že při hipoterapii se objeví věci, které by se běžně neobjevily, potvrzuje i T2 a zároveň i literatura, například Černá Rynešová (2011), Bicková (2020), Casková, Dvořáková, Jiskrová (2010).*

Závrtně také hipoterapie ovlivňuje oblast důvěry. T1 vypověděla, že pacienti dostanou od týmu a koně důvěru, aby s koněm pracovali, sami ho vyčistili či na něm sami jeli. Závislým osobám obecně se důvěry od druhých příliš nedostává (Kalina, 2015) a tak je pro ně tento zážitek velkou změnou (Bicková, 2020). *„...jedou na koni a mají naši důvěru, že si ho můžou řídit, že to umí a dokážou to. ...tak najednou mají možnost, volnost a důvěru a můžou dělat takový věci, který se jim o tom ani nesnilo. Pro ty chlapi takovej symbol, sedět na koni, ovládat ho. Že je to až archetypální nějaký jako vzorec.”*

T2 se shoduje s T1. Doplnuje a zdůrazňuje korekci chování koněm. Dle jejích zkušeností kůň dokáže ovlivnit v podstatě všechny oblasti pacientova života, od sebepojetí přes porozumění maladaptivním vzorcům chování až po vztahy v rodině. Zároveň se opakuje: *„Nesmírně důležité je, aby to člověk, který to dělá, to uměl, BOZP je hodně specifická. Počítat s tím, že kůň není čtvrtka a pastelky, ale je to koterapeut, živá bytost.”*

P3 odpověděl, že nejvíce ovlivňuje hipoterapie jeho soustředění se na pozitivní věci, že se má na co těšit, vnímá ji jako pozitivní motivaci. *„A najednou ty myšlenky plynou tím směrem, jo, že se dokážu jakoby zaměřit na to a odprostím se od takovejch těch všedních věcí nebo nějakých problémů, který mám. Mně to pomáhá takhle.“* P2 se přidává a souhlasí s P3: *„No, člověk tady nemyslí na žádný blbosti, ale přímo na toho koně, na ten zážitek, takže nemá čas přemýšlet nad nějakýma blbostma, no“ (P2).*

P4 přináší hipoterapie do života duševní rovnováhu. Pacient P1 neví, jak si má propojit hipoterapii s léčbou či životem „venku“, ale zároveň uvádí, že mu velmi pomáhají v oblasti relaxace a odpočinku: *„Tady a teď pomáhaj úplně stoprocentně, to je úplně nejlepší styl léčby, jako co se týče nějaký relaxace, odpočinku.“*

Pocity zklidnění proudu myšlenek a zbavení se negativních emocí jmenoval P6. Jako prevenci relapsu vnímá koně P7: *„Ale dá se to brát jako dobrá prevence, to, že ráno jako strávíš prostě někde v lese s koňma.“* Pacienti P8 a P2 se již před tím bavili o tom, že by po ukončení léčby vyhledali stáj, kam by mohli docházet a o koně se starat. Mohlo by se to tak stát jejich koníčkem, volnočasovou aktivitou a prevencí relapsu. *„...starat se o ně a prostě vodit je klidně, a to mi jako dělá dobře, no“ (P8).*

Ve spojitosti s dalším programem na oddělení uvedli P7, P1, P6, P8 hipoterapii jako program, který je nejvíce baví a odnáší si z něj nejvíce sami pro sebe. „*No, ty některý jako terapie, tak ten program mě spíš rozčiluje, jako zahrada mě vůbec nebaví jako, nebo ta společná psychoterapie, to je pro mě taky úplně jako, z toho si moc pro mě jako nezáživný, nic si z toho neumím vzít vlastně, ale tady fakt mě to uklidní, jako můžu se soustředit fakt jako na sebe a je to pro mě určitě lepší“ (P8). P1 se přidává a doplňuje: „Pro mě taky je to nejlepší z těch terapií. Nepříjemnější a baví mě to nejvíc.“*

Pacienti dále velmi oceňují hipoterapii jako ztotožnění se s přírodou (P4), za zpestření běžných terapií a práce na oddělení (P6).

P3 se těší i z toho, jak hipoterapie pozitivně působí na kolegy v léčbě: „*...a tohleto je takový jako nevšední, protože spousta lidí se s tím takhle zblízka jako nikdy v životě nesetká, tak jako tohle. Já jsem na koni jezdil a zase je příjemný vidět lidi, kteří k tomu nepřišli, třeba P8 nebo P1, jak má prostě, i když je to úplně cizí, jak na to reagují strašně pozitivně. To je super.*“ Hipoterapie zde tedy pozitivně působí na mezilidské vztahy, rozvíjí spolupráci ve skupině a pocit odpovědnosti nejen za sebe, ale i za druhé (když je vede na koni). V literatuře o tomto hovoří Hollý a Hornáček (2005), Bicková (2020) a Černá Rynešová (2011).

P3 dále zmínil velmi důležitý vliv na vztahy v rodině: „*...že jsem si říkal, že to je úžasný, a hlavně jsem pochopil dceru mojí, která miluje koně. A když jsem pak seděl já na tom hřbetě, tak to bylo úžasný.*“

### **8.3.1 Shrnutí**

Z uvedených výpovědí vyplývá, že hipoterapie výrazně ovlivňuje emocionalitu člověka. Pacienti zažívají radost, dojetí, uvolnění, důvěru, porozumění apod. Velké emocionální zážitky při hipoterapii popisuje i Černá Rynešová (2011) s Bickovou (2020).

Další ovlivňovanou oblastí života je bezesporu sebevědomí, když lidé zjistí, že něco dokážou, naučí se, ovládají, zvládnou. Zároveň péče o koně je dost specifická a oceňovaná dovedností (Hollý & Hornáček, 2005). Díky zrcadlení koně a tlumočení terapeuta, lze sebevědomí korigovat jak směrem vzhůru, tak i směrem dolů, je-li to třeba.

U mužů zvyšují koně citlivost, umí v nich vyvolat něžnost a dojetí. Tyto emoce muži nejsou zvyklí dávat najevo, mnohdy si ani nemůžou dovolit dát je najevo. Dalo by se říct, že koně probouzí v mužích jejich animy. Anima je dle Junga (2017) ženská část v každém muži. Zároveň koně v mužích vyvolávají takovou důvěru, že si můžou dovolit tyto emoce vyjádřit.

V životech závislých osob je velkým tématem důvěra. Nejen že ony samy málokomu důvěřují, ale také jim samotným se nedostává důvěry od druhých (Kalina, 2015; Nešpor, 2018).

V hipoterapii se pacienti setkávají jak s tím, že svou důvěru poskytnou koni a členům týmu, ale také s tím, že je jim důvěra svěřena. Ve vztahu mezi koněm a člověkem by měla být vzájemná důvěra samozřejmostí (Bořánek, 2008). Zároveň je důvěra součástí každého dobrého terapeutického vztahu (Millerová, 2011).

Chování je další velmi výrazně ovlivňovanou oblastí života pacientů/klientů v hipoterapii. Kůň reaguje na chování, které mu není příjemné, většinou tím, že odmítne spolupracovat, či vyjadřuje nelibost (sklopí uši, švihá ocasem) (Bartošová, 2007). Tímto způsobem kůň koriguje lidi kolem sebe, říká jim, za jakých podmínek je s nimi ochotný spolupracovat a za kterých nikoli. Kůň takto komunikuje přímo, bez přetvářky, výmluv či chození kolem horké kaše (Casková, Dvořáková, & Jiskrová, 2010). Dává tak velmi jasné signály, jež terapeut přetlumočí pacientům/klientům, kteří, jak již bylo zmiňováno, kritiku od koně lépe přijímají. O dodržování hranic se již v textu také hovořilo.

Dalšími oblastmi jsou pozitivní motivace, kdy se pacienti/klienti na hipoterapii těší, užívají si ji a jsou plní pozitivních emocí. Ovlivněno je i soustředění. Pacienti popisují, jak se soustředí pouze na koně, čas začne plynout jinak, zapomenou na své problémy a starosti, či se uklidní po ranní komunitě, kdy se naštvají. Pacienti/klienti častokrát nevnímají hipoterapii jako léčbu a zapomenou, že jsou hospitalizovaní v PN (Černá Rynešová, 2011).

Z hlediska duševního stavu pacienti uvedli, že koně pozitivně ovlivňují duševní rovnováhu. Na hipoterapii relaxují, odpočinou si, uklidní se. Zároveň zažívají radost, těšení se, pozitivní odměňování za žádoucí změny v jejich chování. Hipoterapii také popisují jako obrovské zpestření pobytu v PN. Při hospitalizaci se může u pacientů vyskytovat emoční deprivace (Vymětal, 1994 In Černá Rynešová, 2011), tomu hipoterapie svým obrovským pozitivním, podnětovým, pohybovým a emočním nábojem efektivně předchází.

V oblasti sociální a vztahové se pacienti i terapeuti shodli, že je výrazně podpořena spolupráce a posílána zodpovědnost za druhé. Skupina většinou velmi dobře spolupracuje, zkušenější učí méně zkušené a těší se z jejich nadšení a úspěchů, což potvrzuje i Černá Rynešová (2011). Hipoterapie velmi výrazně podporuje vztahy v rodině, jednomu z pacientů pomohla pochopit dceru a také mají další společné téma k hovoru. Dle T2 se otcové mohou znovu stát hrdiny v očích svých dětí.

## 8.4 4) Jaké metody léčby hiporehabilitace doplňuje dle subjektivního hodnocení terapeutů?

K čtvrtému a poslednímu výzkumnému cíli se vztahovaly otázky pro terapeuty:

1. Jak doplňuje HTP se závislými pacienty/klienty základní metody léčby závislostí?
2. Kde jinde než v PN by v léčbě závislostí dle vašeho názoru byla HTP se závislými pacienty/klienty přínosná?

T1 vnímá jako zásadní změnu prostředí: „...*hodně těch lidí tím, že vnímá změnu toho prostředí, musí opustit oddělení a jít do hipocentra. Ted' nám říkal pán, to je úplně jinej svět, já jsem tu jak v jiným světě. Tady je klid, pohoda, tady jsou věci, co mě bavěj. Takže to získá takovej pozitivní náboj pro ty lidi...*” Zároveň dodává, že pomocí koně se o lidech dozví nenápadnou a nenásilnou formou informace, které doplňují celkový obraz o pacientovi a následně lépe cílí na danou oblast, kde je to třeba. Tím, že si pacienti neuvědomují, že jsou na terapii, se většina situací odehrává na nevědomé úrovni a působí na pacienty z nečekané strany. Při hipoterapii se dle T1 používá jiný informační kanál než slovo, podobně jako je to v pohybové terapii. Proto hipoterapie perfektně doplňuje ostatní terapie a program na oddělení. To, že si pacienti mnohdy neuvědomují, že jsou na terapii a zapomenou na hospitalizaci a všechny své problémy, popisuje i Černá Rynešová (2011).

T2 odpovídala více s použitím konkrétních metod léčby. Dle ní se v hipoterapii nejvíce využívá prvků KBT, kdy kůň je využíván ke zvědomění si naučeného chování a k jeho změně. Vedle KBT zmínila také důležitost rodinné terapie a působení koně na vztahy v rodině: „... *že pokud se stane kůň náplní volnočasovou, tak to může i stmelit rodinu. Pomocť najít cestu k dětem a naopak. No, jsem pracovala s chlapama, tak to může udělat velkou službu i v rodinný terapii. Táta v očích dětí je prostě shozenej z tý pozice toho otce a tam naopak se do ní může lehce vyhoupnout, protože on ví hodně o koních, nebojí se jich, umí je vodit, jezdit na nich. Tak to se z toho táty v očích zejména menších dětí stane ten hrdina, a tuhle roli hrdiny by měl táta i hrát.*“ Dle Junga (2017) vidí ve svém otci každé dítě hrdinu a dle charakteristik otce to také dále poznamená jeho vývoj. Jako další metodu, kterou hipoterapie doplňuje, zmínila T2 skupinovou terapii. Jak je již uvedeno výše, pokud pracuje terapeut s pacienty jak na oddělení, tak i při hipoterapii, lze poznatky z hipoterapie zakomponovat do programů na oddělení. „...*a opakovačky taky chodili na hipoterapii a už to byli zkušený „koňáci“, tak pomáhali ostatním pacientům a chodili tam s úsměvem a vzpomínali. Na skupinovkách na oddělení uváděli hipoterapii, že jim v něčem pomohla.*”

Využitelnost hipoterapie v jiných formách či druzích léčby závislosti, vidí T2 především v terapeutické komunitě, kde by se o zvířata starali dvacet čtyři hodin denně a posilovali tak zodpovědnost. Samozřejmě by šly využít veškeré zmíněné přínosy hipoterapie. S využitím hipoterapie v terapeutických komunitách naprosto souhlasila i T1.

Doplnila možnost využití v denních stacionářích pro závislé osoby a upřesnila, že v Bohnicích již tak jedno oddělení funguje. Také přišla s nápadem využívat hipoterapii v programech pro vězně. „...nevím, jestli jsou třeba i ve světě programy pro vězně, takový nízkoprahovější, takže tam bych dala třeba důraz na jiný věci, že se působí více na oblast sociálních dovedností a pracovních návyků. Ale proč ne i emoční procesy. Když jsou zbaveni svobody, nějaký kontakt s tím zvířetem. Kontaktní terapie, působí to na emoční složku. Takže jo, tím že je ta hipoterapie využitelná, jako má široké spektrum, tak myslím, že se to dá naroubovat na leccos.“

Pacienti nejčastěji hipoterapii přirovnávali k autogennímu tréninku z důvodu uklidnění. „Já jsem zmiňoval ten autogenní trénink, kterej taky má jako zklidnit, na mě tohleto působí prostě jakoby podobně no. To zvíře prostě jako že jsem s ním jakoby sám v podstatě, tak jako zklidní, prostě a navodí takový jako daleko příjemnější pocity. Rozptýlí. Uklidní. A funguje to úplně jinak než autogenní trénink a tohle je prostě jiný způsob a na mě to funguje, je to dobrý“ (P6). Pacient P8 vyjádřil nespokojenost s autogenním tréninkem, vidí tam podobnost ve snaze o zklidnění, ale autogenní trénink ho rozčiloval a vyvolával v něm negativní emoce. Hipoterapii oproti tomu označil jako naprosto odlišnou v pozitivním slova smyslu. P1 se připojil s negativním hodnocením autogenního tréninku: „Mě teda ten autogenní trénink taky vytáčel a pro mě to bylo vyloženě nepříjemný, tohle je pro mě velmi příjemný...“

#### 8.4.1 Shrnutí

Dle terapeutek je hipoterapie výborným doplněním klasických metod léčby závislosti především proto, že jsou pacienti mimo oddělení, odpočinou si, uklidní se, na chvíli zapomenou na své starosti. Dle T1 je pro ně přínosem, že v hipoterapii probíhá terapeutický proces nenápadně až nepozorovaně. Díky tomu lze získat informace, které by se jinak nepodařilo získat. T2 dodává, že s těmito informacemi jde nejlépe naložit v případě, že terapeut z oddělení pracuje s pacienty zároveň i během hipoterapie. T1 i pacienti popisují změnu prostředí jako téměř zázračnou.

Konkrétní metody, které s hipoterapií souvisí, se vzájemně doplňují a propojují, uvedla T2. Dle ní jsou to KBT, skupinová terapie, rodinná terapie a smysluplné trávení volného času. Při hipoterapii jsou přímo využívány některé prvky KBT. Dle Kaliny (2015) vede KBT pacienty/klienty k tomu, aby rozpoznali nefunkční kognitivní schémata a přepracovali je na funkční. To přesně se v hipoterapii děje s pomocí koně jako koterapeuta a zrcadla. Skupinovou terapii doplňuje hipoterapie tím, že stmeluje skupinu, podněcuje komunikaci v ní a spolupráci. Pacienti/klienti se tak učí sociálnímu fungování a fungování ve vztazích (Bicková, 2020). Rodinnou terapii zmínila T2 v souvislosti s tím, že muži mohou nabýt role otce–hrdiny. Změněné vzorce chování se však pozitivně projeví i ve vztahu k partnerce/partnerovi, k matce, otci, sourozencům atd. Je dobře známo, že závislé osoby mají velký problém se smysluplným využitím volného času (Nešpor, 2018). Konec ho tak



mohou smysluplně vyplnit, a dokonce toto i zmiňovali někteří pacienti během ohniskové skupiny.

Jako využitelnou a aplikovatelnou vnímá hipoterapii T1 v terapeutické komunitě a denním stacionáři pro závislé osoby, zároveň dodala, že v Bohnicích již hipoterapie ve stacionáři probíhá. T2 souhlasí s terapeutickou komunitou. T1 ještě dodala, že by hipoterapie dle jejího názoru dávala velký smysl v programu pro vězně. Dle T1 lze hipoterapii naroubovat v podstatě na cokoliv.

## 9 Diskuse

Výzkumný soubor v diplomové práci tvoří celkem deset účastníků výzkumu. Osm z nich jsou pacienti PN, kteří se léčí ze závislostí. Dva jsou terapeuti hipoterapie v psychiatrii a psychologii, pracují se závislými klienty/pacienty. Všichni pacienti byli muži závislí na alkoholu či gamblerství. O terapeutech nejsou uvedeny bližší informace z důvodu zachování anonymity. Kritéria pro zařazení do výzkumu byla pro pacienty hospitalizace v psychiatrické nemocnici se závislostí na návykové látce/gamblerství a účast na hiporehabilitaci alespoň jeden měsíc. U terapeutů byly požadovány zkušenosti s vedením hiporehabilitace u odd. závislostí alespoň 1 rok.

Účastníci byli vybráni z psychiatrické nemocnice, která není jmenována z důvodu ochrany osobních údajů. PN byla zvolena s ohledem na dojezdovou vzdálenost. Oslovení pacientů proběhlo na ranní komunitě, na které jsem se představila a sdělila informace k výzkumu, a na hipoterapii proběhlo následně oslovení znovu. O mé přítomnosti na ranní komunitě a hipoterapii byli pacienti předem informováni personálem PN. Vzhledem k dobrovolné účasti předpokládám, že účastníci odpovídali pravdivě. Limitem práce je, že výsledky nelze zobecnit vzhledem k provedení výzkumu pouze v jedné PN a s malým počtem účastníků. Dalším limitem je, že pacienti, kteří se účastnili výzkumu, byli pouze muži, a tak nebyl získán ženský pohled na věc. Zároveň jsou ve výzkumném souboru pacienti se závislostí na alkoholu a gamblerství, chybí tedy pacient se závislostí na nelegálních návykových látkách.

Data byla získána polostrukturovanou ohniskovou skupinou s pacienty a polostrukturovaným rozhovorem s terapeuty. Tyto nástroje sběru dat považuji za vhodné pro daný typ výzkumu. Oba poskytují možnost flexibility, otázky se mohou přeskakovat a je zde prostor pro doplňující dotazy, což umožňuje dané téma lépe prozkoumat. Díky dostatečnému prostoru pro subjektivní vyjádření názorů se odkryla nová a nepředpokládaná témata, která bylo možné dále rozvíjet.

Během výzkumu byly dodrženy etické aspekty práce. Účastníci byli patřičně seznámeni se všemi potřebnými informacemi, byl jim dán prostor pro kladení případných dotazů a bylo ověřeno, zda sdělovaným informacím dobře rozumí. Svůj souhlas s účastí na výzkumu potvrdili podpisem informovaného souhlasu. Účast na výzkumu byla pro všechny účastníky dobrovolná. Během samotného sběru dat, nikdo z účastníků nežádal o přerušeni či ukončení. V případě zájmu o výsledky výzkumu budou účastníci odkázáni na konečnou verzi diplomové práce.

Byly stanoveny čtyři výzkumné otázky, na které předkládám odpovědi:

### **1) Jak pacienti PN z oddělení závislostí subjektivně hodnotí využití hiporehabilitace v léčbě závislosti?**

Všichni účastníci výzkumu hodnotili hiporehabilitaci velmi kladně. Především oceňovali pobyt venku a změnu prostředí, pobyt mimo zdi oddělení. Zároveň se však shodli, že se na hiporehabilitaci netěší jen z důvodu pobytu venku, ale především se těší na pobyt s koňmi. S nimi dokážou zapomenout nejen na své problémy, ale i na to, že jsou hospitalizováni v PN, tedy kde jsou a proč tam jsou.

Shodli se také na tom, že i když s koněm před léčbou nikdy v intenzivnějším kontaktu nebyli, velmi si je oblíbili, obdivují je a mají je rádi. Tři z osmi dotazovaných by rádi vyhledali docházku ke koním i po léčbě. Nejčastějšími zažívanými emocemi jsou radost, štěstí, spokojenost, uklidnění, dojetí, souznění s koněm, porozumění a hrdost. Zejména uklidnění bylo velmi diskutované a shodlo se na něm všech osm účastníků. Díky koním dokážou zklidnit podráždění z ranní komunity a lépe s ním poté pracovat či na chvíli zapomenout na všechny své problémy.

Z rozhovoru také vyplynulo, že se účastníci mnohem více otevřou, lépe se jim mluví, protože je jim dobře, příjemně a zažívají mnoho pozitivních emocí. Spadne z nich ostych. Mimo jiné zažijí i emoce jako dojetí, což pro ně bývá něco zcela nového, co neznají, a díky tomu, že se cítí v daném prostředí s koněm bezpečně, o tom dokážou mluvit. Sami uvedli, že mluví o věcech, které by je jinak ani nenapadly a mohou s nimi pracovat při dalším programu na oddělení. I díky vstřícnosti týmu hipocentra účastníci hodnotí terapii jako velmi přínosnou a pozitivní. Zmiňovali také plynutí času, kdy jim s koňmi plyne jinak, mnohem rychleji.

Často byla také zmiňována péče o koně. Účastníkům je velmi příjemné koně hladit, čistit, pečovat o ně a chystat si je na jízdu či na jinou práci. Jmenovali především péči o někoho a získávání zodpovědnosti. Zároveň na sebe byli i velmi hrdí, protože pečovat o koně jen tak někdo neumí. Sami účastníci si spojovali určité situace prožité s koněm, se situacemi ze svého běžného života a závislostí. Jeden z dotazovaných uvedl, že na hipoterapii dochází velice rád a líbí se mu tam, dokonce ji jmenoval jako nejlepší program v léčbě, ale neví, jak mu to má pomoci se závislostí. U účastníků byla vidět i velká snaha a motivace druhými ke snaze se něco o koních dozvědět a pracovat s nimi správně.

Na konci se několik účastníků shodlo, že by se na hipoterapii měli dostat všichni pacienti, kteří by o ni stáli. Momentálně je totiž hipoterapie indikována personálem na oddělení, a tak se nedostane na všechny.

## **2) Jak terapeuti HTP subjektivně hodnotí využití hiporehabilitace v léčbě závislostí?**

Terapeuti na hipoterapii oceňují zejména její široký záběr, kdy ovlivňuje psychické zdraví, fyzické zdraví, sociální oblast života pacienta a emocionální oblast. Dle nich jde tyto oblasti u jednotlivých pacientů zmapovat a s koněm jakožto koterapeutem se poté zaměřit konkrétně na ty, u kterých je to třeba. Následně lze získané poznatky či otevření nových témat využít v dalším programu na oddělení a pracovat s nimi.

Obrovský význam má dle terapeutů zrcadlení koně člověka, který s ním pracuje. Terapeut poté pacientovi/klientovi přeloží řeč koně a propojí mu tuto situace s jeho životem „venku“. Kůň tak přirozeně reguluje lidské chování, v okamžiku, kdy se mu něco nelíbí, to dá najevo a pomáhá tak terapeutovi s kritikou pacienta/klienta. Dle terapeutů totiž pacient/klient přijme kritiku od koně mnohem lépe než od terapeuta. U pacientů/klientů dochází s pomocí koně k ovlivňování sebevědomí tím správným směrem, k nastavování a dodržování hranic, regulaci chování a k následné změně chování na funkční či méně škodlivé.

Velmi důležitým faktorem je správný výběr koně, kdy k vysoce sebevědomému až arogantnímu pacientovi/klientovi je třeba přiřadit koně, který mu na toto chování dá adekvátní odpověď a pomůže mu tak jeho chování změnit. K člověku, který se velmi bojí a je nejistý či až depresivní, je třeba dát koně, který jej podpoří a nabídne oporu, koně klidného, kontaktního a citlivého.

Další oceňovanou vlastností koní je pro terapeuty to, že koně nesoudí člověka dle jeho vzhledu či postižení, ale pouze podle toho, jak se k němu daný člověk chová. Někteří závislí pacienti/klienti tak poprvé ve svém životě zažijí bezpodmínečné přijetí, což je pro ně obrovský zážitek, a proto je třeba, aby na něj terapeut adekvátně reagoval.

Terapeuti v hipoterapii využívají i prvky KBT, zejména pozitivní podmiňování, kdy kůň odměňuje svou ochotnou spoluprací žádoucí chování pacienta/klienta. Díky možnosti cílení na dané problémové chování je hipoterapie velmi efektivní. Kůň však neustále ovlivňuje všechny uvedené oblasti, i když terapeut cílí konkrétně na jednu věc. Díky tomu pacienti/klienti často zapomenou, že jsou na terapii, léčebné působení se odehrává až na nevědomé úrovni.

Terapeuti se shodli na tom, že je náročné uhlídat koně a pacienty/klienty z hlediska bezpečnosti. V jiných ohledech ji shledávají jako každou jinou psychoterapii, zejména tedy v nutnosti ošetřit rozpoložení klienta/pacienta při jeho odchodu, aby neodešel ve špatném psychickém stavu. Pozitivně hodnotí také řadu výzev a vysokých cílů, které vznikají pro pacienty/klienty. Mnohdy musí překonat svůj vlastní strach z tak velkého zvířete, či přijmout kritiku koně v té podobě, že s ním kůň odmítá spolupracovat. Také změna samotného

chování je velkou výzvou, pokud se to však povede, čeká pacienta/klienta velká odměna v podobě ochotně spolupracujícího koně.

Pro terapeuty jsou některé rysy osobnosti klientů/pacientů v hipoterapii náročnější než jiné. Obecně však zažívají radost, pocity uspokojení, zadostiučinění, pýchu na koně i pacienty/klienty. Oceňují také to, že se při hipoterapii hýbou a nesedí jen na židli.

### **3) Jaké oblasti života pacientů v PN hiporehabilitace ovlivňuje?**

U této otázky došlo ke shodě terapeutů i pacientů, že koně ovlivňují u závislých lidí především oblast emoční. Pacienti uvedli, že jim koně rozumí a ví, co potřebují, že jsou jako oni. Zažívají s nimi emoce, které jsou pro ně nové, které neznají. Je jim s koňmi příjemně, lépe se jim mluví, lépe se otevírají.

Další oblastí je určitě sebevědomí. Koně velmi dobře korigují sebevědomí ať již směrem nahoru, nebo směrem dolů. Sebevědomí zvyšuje především to, že pacient/klient je schopen ovládat až 900 kg živé váhy, že má o koních nějaké vědomosti, umí s nimi pracovat. Má pocit, že něco dokáže, umí, že se něco naučili. Naopak snížit nezdravě vysoké sebevědomí umí koně tak, že odmítnou spolupracovat, pacienta/klienta ignorují či mu dávají najevo nelibost (sklopení uší dozadu, švihání ocasem, přešlapování).

Velmi důležitou oblastí zejména u mužů je oblast jakési citlivosti či něžnosti. S koněm se dojmou, rozněžní. Velmi dobře toto funguje s mini poníky, které si pacienti mohou vodit, hladit či čistit.

Velkým tématem u závislostí je důvěra. Závislí lidé nejen nikomu nevěří, nikdo také nevěří jim. V hipoterapii zažívají důvěru jak svou, tak svěřenou. Kůň usnadňuje získání důvěry jak v terapeuta, tak v samotného klienta/pacienta. Terapeut projevuje důvěru v pacienta/klienta třeba tak, že ho nechá jet na koni samotného a věří mu, že to zvládne, že to dokáže. Jindy nechá pacienta/klienta, aby sám koně osedlal, sám ho vedl, sám mu vyčistil kopyta apod. Tím, že mu terapeut svou důvěru svěří, dostane ji od klienta/pacienta i zpět. Kůň tento proces usnadní tím, že sám terapeutovi věří a spolupracuje s ním.

Další ovlivňovanou oblastí je korekce chování. Chování je korigováno již zmiňovaným zrcadlením koně. Pacient/klient v okamžiku, kdy s ním kůň nespupracuje, musí své chování korigovat/změnit, aby ho kůň poslouchal a dělal to, o čem ho pacient/klient žádá.

Účastníci dále jmenovali, že koně pozitivně ovlivňují jejich soustředění se na pozitivní věci, přináší jim do života duševní rovnováhu, zklidňují tok myšlenek a uklidnění. Zejména uklidnění jmenovali dotazovaní pacienti jako možnost prevence relapsu. Koně ovlivňují v léčbě dle účastníků celý jejich život, jsou velkým zpestřením léčby a představují pro ně ztotožnění se s přírodou.

V neposlední řadě hipoterapie ovlivňuje také vztahy. Jeden z účastníků uvedl, že konečně pochopil svou dceru, která koně miluje. To může vést k poměrně zásadní změně ve vztahu, ke sblížení a vzájemnému pochopení. Velký vliv mají koně také na spolupráci, které se pacienti/klienti učí. Je zde osvojována také zodpovědnost za druhé – pacienti/klienti se na koních vzájemně vodí, pomáhají si apod. Dle terapeutů se otcové mohou díky koním snadno dostat zpět do role hrdiny pro své, zejména menší děti.

#### **4) Jaké metody léčby hiporehabilitace doplňuje dle subjektivního hodnocení terapeutů?**

Z odpovědí účastníků vyplynulo, že je velmi důležitá změna prostředí. Pacienti se dostanou mimo oddělení do hipocentra, kde je úplně jiný svět, změnu prostředí popisují až jako zázračnou. V hipoterapii se používá i jiný informační kanál než slovo, tím je pohyb, zejména proto dle odpovědí hipoterapie skvěle doplňuje další program na oddělení. Během terapie s koňmi se lze o pacientech dozvědět mnohem více informací než na oddělení a doplnit tak celkový obraz pacienta. Přínosem je, že celý terapeutický proces probíhá nenápadně až nepozorovaně.

Konkrétními metodami léčby, se kterými se hipoterapie dobře doplňuje, jsou KBT, skupinová terapie, rodinná terapie a smysluplné trávení volného času. Při hipoterapii jsou využívány některé prvky KBT k tomu, aby si pacient uvědomil nefunkční kognitivní schémata a přepracoval je funkční schémata. K tomu dochází s koněm ve chvíli, kdy je pojímán jako zrcadlo, terapeut pacientovi přeloží jeho chování a pomůže mu chování změnit tak, aby kůň reagoval lépe a spolupracoval.

Skupinovou terapii hipoterapie doplňuje především tím, že podporuje skupinovou komunikaci, pomoc, důvěru, bezpečnost, podporu a vzájemné učení se ve skupině. Pacienti se učí sociálnímu fungování a fungování ve vztazích. Učí se vyjít i s někým, kdo jim není příjemný.

Co se týče rodinné terapie, pozitivně může ovlivnit pacientův vztah k dětem, jak již bylo zmíněno. Umět zacházet s koněm je celkem obdivovaná vlastnost a jen tak něčí tatínek to neumí. Korekce chování, postoje, sebevědomí, důvěry apod. může ale také pomoci v partnerském životě, ale i v dalších vztazích v rodině.

Závislí lidé mívají často problém s tím, jak v abstinenci naložit s volným časem. Koně jim s tímto problémem mohou výrazně pomoci. Pacienti mohou po propuštění kontaktovat nějakou stáj v jejich okolí a zkusit se domluvit na docházce ke koním, což již zmiňovali někteří účastníci výzkumu. Koně tak snadno mohou doplňovat prevenci relapsu.

Jako smysluplnou a využitelnou vnímají terapeuti hipoterapii i v terapeutických komunitách, denních stacionářích a v programech pro vězně. Z výpovědí účastníků vyplynulo, že hipoterapii lze „naroubovat“ v podstatě na cokoli.

## 10 Závěr

Cílem diplomové práce bylo popsat využití hiporehabilitace v rezidenční léčbě závislostí v PN, zjistit subjektivní hodnocení využití této metody pacienty PN a terapeutů HTP v léčbě závislostí a nalézt oblasti života pacientů, které HTP ovlivňuje.

Účastníci výzkumu vnímají a hodnotí hipoterapii jako velmi přínosnou v léčbě závislostí. Hodnotí ji nejen jako zpestření celé léčby, ale někteří také jako nejvýznamnější až nejdůležitější součást jejich pobytu v PN. Hipoterapie na ně působí pozitivně z hlediska psychického, fyzického, emočního a sociálního. Terapeuti vnímají jako obrovskou výhodu to, že se lze v hipoterapii zaměřit a zacílit na tu oblast, na kterou je potřeba, ale přitom jsou ovlivňovány stále i zbylé oblasti. Ze sebraných dat vyplynulo, že nejvíce koně působí na uklidnění a duševní rovnováhu, pacienti v jejich přítomnosti zažívají radost, štěstí, souznění, porozumění, důvěru, dojetí a něžnost. Během hipoterapie si všichni dotazovaní vytvořili pozitivní vztah ke koním a tři z nich by se koním rádi věnovali i po propuštění z léčby. Pozitivní vliv na pacienty má také samotné prostředí stáje a jejího okolí a také tým hipocentra.

Koně mají v léčbě závislostí v PN naprosto jedinečnou roli. Díky hipoterapii pacienti mluví o věcech, o kterých by na oddělení nemluvili. Zažívají emoce, které mnohdy neznají, protože je zažívají poprvé. Koně korigují jejich chování, učí je důvěřovat a důvěru si získat, s koňmi pacienti zažívají bezpodmínečné přijetí, učí se uklidnit a alespoň na chvíli odložit starosti a žít daným momentem. Díky těmto zkušenostem a dovednostem pacientů hipoterapie velmi vhodně doplňuje komplexní léčbu závislostí v PN. Výzkum koresponduje s literárními zdroji, které uvádí konkrétní oblasti působení hipoterapie, a to působení na emoce člověka, na sociální, psychickou a fyzickou oblast života člověka.

## 11 Seznam použité literatury

- Adameček, D., & Radimecký, J. (2015). Terapeutická komunita v adiktologii. In: *Klinická adiktologie* (s. 446). Praha: Grada.
- Aghtar, M. (2015). *Pozitivní psychologii proti depresi*. Praha: Grada.
- Beetz, A. (2003). Bindung als Basis sozialer und emotionaler Kompetenzen. In *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie*. Stuttgart: Kosmos.
- Bicková, J. (2020). *Zooterapie v kostce: minimum pro terapeutické a edukativní aktivity za pomoci zvířete*. Praha: Portál.
- Bořánek, V. (2008). *Horsemanship – Přírozené jezdeckví*. Blažejov: Harmony.
- Casková, V. (2008). Hlediska výběru a výcvik koní pro hiporehabilitaci. In *Terapie a asistenční aktivity lidí za pomoci zvířat: odborná konference s mezinárodní účastí*. Praha: ČZU.
- Casková, V., Dvořáková, T., & Jiskrová, I. (2010). *Hiporehabilitace*. Brno: Mendelova univerzita.
- Coren, S. (2013, 11. únor). How Therapy Dogs Almost Never Came to Exist. *Psychology Today*. Dostupné z <https://www.psychologytoday.com/us/blog/canine-corner/201302/how-therapy-dogs-almost-never-came-exist>
- Černá Rynešová, P. (2011). *Když kůň léčí duši, aneb metodika hiporehabilitace zaměřená na klienty s duševním onemocněním*. Pardubice: Direkte.
- Česká hiporehabilitační společnost. (2019). *Metodiky a standardy*. Brno: ČHS.
- Čtrnáctá, Š. (2015). Rodinná terapie a práce s blízkými. In: *Klinická adiktologie* (s. 492). Praha: Grada.
- Duruttya, M. (2005). *Velká etologie koní*. Praha: Hipo-Dur.
- Dušek, J. (2011). *Chov koní*. Praha: Brázda.
- Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní péče. In: *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Dvořáček, J., & Kalina, K. (2015). Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek. In: *Klinická adiktologie* (s. 363). Praha: Praha.
- Eggiman, J. (2006, 12. říjen). Cognitive-Behavioral Therapy: A Case Report -- Animal-Assisted Therapy. *Medsape*. Dostupné z [https://www.medscape.com/viewarticle/545439\\_3](https://www.medscape.com/viewarticle/545439_3)
- Freeman, M. (2007). Terminologie v zooterapii. In: *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona.



- Hajný, M., & Kalina, K. (2015). Psychodynamické a integrované přístupy. In: *Klinická adiktologie* (s. 419). Praha: Grada.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Hermannová, H. et al. (2014). *Základy hipoterapie*. Praha: Profí Press.
- Hollý, K., & Hornáček, K. (2005). *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. Ostrava: Montanex.
- Hošek, V. (2016). Pohyb a kvalita života. In: *Wellness* (s. 261-276). Praha: Grada.
- Jeřábek, P. (2015). Integrativní přístup v léčebném kontinuu. In: *Klinická adiktologie* (s. 247). Praha: Grada.
- Jung, C. G. (2017). *Aspekty mužství*. Praha: Portál.
- Kalina, K. (2003). Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Praha NMS – Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2015). Kognitivně-behaviorální přístupy. In: *Klinická adiktologie* (s. 408). Praha: Grada.
- Kalina, K. (2015). Skupinové terapie. In: *Klinická adiktologie* (s. 432). Praha: Grada.
- Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Kalina, K., & Mladá, K. (2015). Behaviorální terapie. *Klinická adiktologie* (s. 395). Praha: Grada.
- Klech, P., 2014. Zooterapie (Animoterapie). In: *Terapie ve speciální pedagogice* (2. vyd.). Praha: Grada.
- Kulka, J. (2007). Pozitivní zooterapie. In: *Zooterapie ve světle objektivních poznatků* (s. 38–43). České Budějovice: Dona.
- Libra, J. et al. (2015). *Standardy odborné způsobilosti RVKPP*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Mašková, A. (2009). *Středisko Pirueta*. Dostupné z: <http://hipoterapie.cresco.cz>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Miovský, M., Čáblková, L., & Jurystová, L. (2015). Časná diagnostika a krátké intervence v adiktologii. In *Klinická adiktologie* (s. 286). Praha: Grada.
- Nerandžic, Z. (2006). *Animoterapie aneb Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. Praha: Albatros.

- NIDA (2019, 17. leden). Treatment Approaches for Drug Addiction. Drug Facts. *National Institute on Drug Abuse*. Dostupné z <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction>
- Otterstedt, C. (2007). *Mensch und Tier im Dialog*. Stuttgart: Kosmos.
- Pavlovská, A. (2015). Prevence a zvládání relapsu. In: *Klinická adiktologie* (s. 480). Praha: Grada.
- Pavlovská, A., & Minařík, J. (2015). Substituční léčba závislosti. In: *Klinická adiktologie* (s. 378). Praha: Grada.
- Procházka, Z. (2005). *Chov psů*. Praha: Paseka.
- Silný, J. (1997). Zvíře jako partner a průvodce člověka. In *Sborník ze semináře konaného*. Praha: Archa.
- Soukup, J. (2015). Motivační rozhovory. In: *Klinická adiktologie* (s. 316). Praha: Grada.
- Soukup, J. (2014). *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál.
- Straková, Š. (1996). *Canisterapie*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.
- Veselovský, Z. (2000). *Člověk a zvíře*. Praha: Academia
- Vondráčková, P. (2015). Adiktologické poradenství. In: *Klinická adiktologie* (s. 301). Praha: Grada.

## **12 Přílohy**

Příloha č. 1 Okruhy k polostrukturovanému rozhovoru s terapeuty HTP

Příloha č. 2 Otázky pro ohniskovou skupinu

Příloha č. 3 Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů – pacient

Příloha č. 4 Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů – terapeut

Příloha č. 5 Seznam tabulek

Příloha č. 6 Fotografie

# Příloha č. 1

Okruhy k polostrukturovanému rozhovoru s terapeutu HTP

1. Vnímání využití hiporehabilitace u léčby závislostí.
  - Jaké jsou přínosy HTP pro osoby v rezidenční léčbě závislosti?
  - Jaká jsou úskalí HTP se závislými pacienty/klienty?
2. Zařazení hiporehabilitace do modelů léčby závislostí.
  - Jak doplňuje HTP se závislými pacienty/klienty, základní metody léčby závislostí?
  - Kde jinde než v PN, by v léčbě závislostí, dle vašeho názoru byla HTP se závislými pacienty/klienty přínosná?
3. Specifika a kvalita hiporehabilitace u závislostí.
  - Jaká jsou specifika HTP se závislými pacienty/klienty, v čem je jiná než ostatní terapie?
  - Jak se cítíte při HTP se závislými pacienty/klienty? V čem je to jiné než ostatní terapie s pacienty?
  - Popište prosím, jak by šla HTP se závislými pacienty/klienty dělat lépe, co by k tomu bylo potřeba?
  - Co vám momentálně při práci chybí – technické zázemí, ze strany zaměstnavatele, týmu apod.

## **Příloha č. 2**

Otázky pro ohniskovou skupinu

1. Prosím každého o krátké představení – kolikrát jste byli na HTP a s čím jste v léčbě?
2. Na co se v terapii s koněm nejvíce těšíte?
3. Které oblasti vašeho života terapie s koňmi nejvíce ovlivňuje / v čem vám pomohla?
4. Jak hodnotíte HTP v souvislosti s ostatním programem na oddělení – souvislosti, posuny, zlepšení/zhoršení se v jiných programech?
5. Jaká je podle vás hlavní myšlenka HTP v léčbě závislostí?
6. Co vás napadne jako první, když se řekne kůň v léčbě závislostí?
7. Co je třeba v HTP změnit / zlepšit?
8. Jaké emoce v průběhu terapie nejčastěji zažíváte?
9. Je něco, co byste rádi dodali?

## Příloha č. 3

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů-pacient

### Informace o výzkumu:

Jmenuji se Michaela Bartoňová, studuji na Karlově univerzitě v Praze, 1. lékařské fakultě, obor adiktologie a provádím výzkum na téma využití hiporehabilitace u pobytové léčby závislostí v psychiatrické nemocnici. Cílem mého výzkumu je popsat využití hiporehabilitace v pobytové léčbě závislostí v PN.

Výzkum bude probíhat formou ohniskové skupiny, tedy skupinové diskuse nad otázkami ohledně účasti na terapii v hipocentru – co se vám na terapii s koňmi líbí/nelíbí apod. Povídání o daném tématu budu nahrávat, abych informace mohla poté přepsat a zpracovat. Po přepsání bude nahrávka vymazána. V přepsaných a zpracovaných informacích bude uvedeno pouze pohlaví a užívaná návyková látka, kvůli které jste nastoupili léčbu v PN.

### Informace o účastníkovi výzkumu:

jméno a příjmení:

### Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že

- a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;
- b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytuji dobrovolně. Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Dne:

Podpis:

## Příloha č. 4

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů – terapeut

### Informace o výzkumu:

Jmenuji se Michaela Bartoňová, studuji na Karlově univerzitě v Praze, 1. lékařské fakultě, obor adiktologie a provádím výzkum na téma využití hiporehabilitace u pobytové léčby závislostí v psychiatrické nemocnici. Cílem mého výzkumu je popsat využití hiporehabilitace v pobytové léčbě závislostí v PN.

Výzkum bude probíhat formou polostrukturovaného rozhovoru, kdy se budu ptát jaké přínosy vidíte v hipoterapii při léčbě závislostí apod. Rozhovor budu nahrávat, abych informace mohla poté přepsat a zpracovat. Po přepsání bude nahrávka vymazána. Přepsané a zpracované informace budou anonymizované. Ve výzkumu nebudou uvedeny žádné bližší informace o vás (věk, pohlaví, vzdělání apod), pro zachování anonymity.

### Informace o účastníkovi výzkumu:

jméno a příjmení:

### Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že

- a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;
- b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytuji dobrovolně. Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopolis tohoto informovaného souhlasu.

Dne:

Podpis:

## **Příloha č. 5**

### Seznam tabulek

Tabulka 1: Účastníci výzkumu .....	52
------------------------------------	----

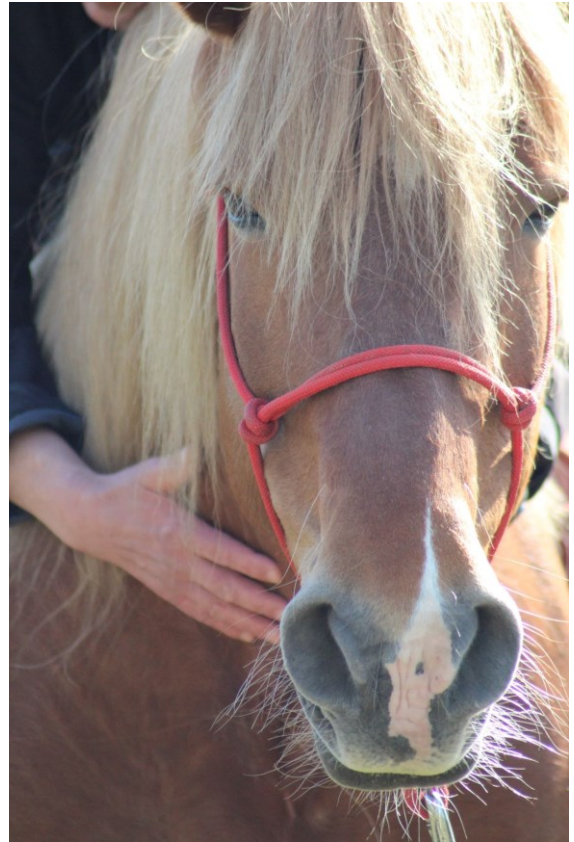


## Příloha č. 6

### Fotografie



Fotografie č. 1 – Obejmutí koně kolem krku



Fotografie č. 2 – Obejmutí koně kolem krku



Fotografie č 3 – Lehnutí si na krk koně (kůň je klidný, uvolněný, stejně tak pacient/klient)



Fotografie č. 4 – Lehnutí si na záď koně



Fotografie č. 5 – Stoj na koni

Na fotografii č. 5 lze vidět překonávání výzev a dosahování vysokých cílů.

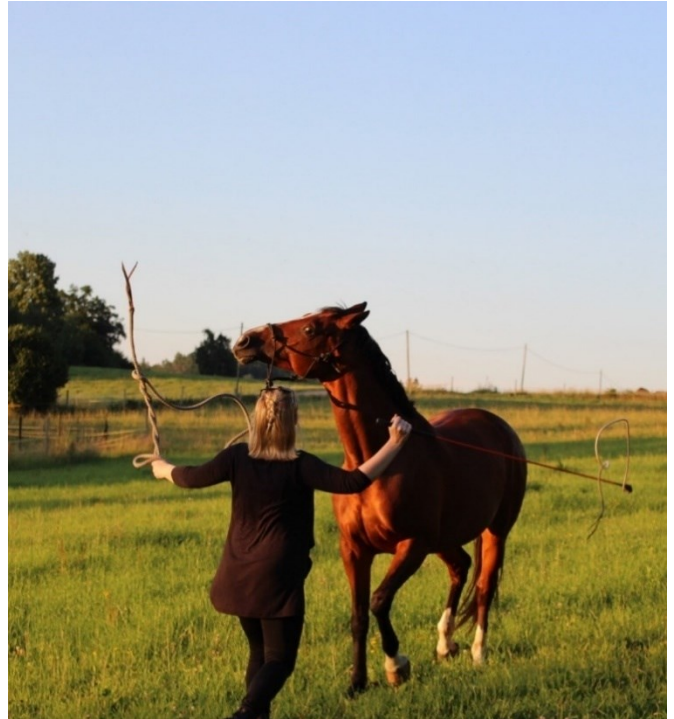


Fotografie č. 6 – Čištění koně před prací (již zde dochází ke komunikaci mezi koněm a pacientem/klientem).



Fotografie č. 7

Na fotografii č. 7 lze vidět odmítnutí spolupráce.



Fotografie č. 8

Na fotografii č. 8 kůň zrcadlí nefunkční jednání pacienta/klienta (příliš příkrý, agresivní a rychlý přístup ke koni – kůň háže hlavou, kulí oči, couvá, vyjadřuje nelibost).



Fotografie č. 9



Fotografie č. 10

Na fotografiích č. 9 a č. 10, kdy došlo ke změně chování pacienta/klienta, je vidět klidný a komunikující kůň, ochotný ke spolupráci.



Fotografie č. 11

Na fotografii č. 11 vidíme koně, který povzbuzuje a vybízí bázlivého pacienta/klienta ke kontaktu s ním.



Fotografie č. 12 – Důvěra (bázlivý pacient/klient začal koni, díky jeho povzbuzení, důvěřovat a odvážil se ho nakrmit).