

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta tělesné výchovy a sportu

Léčba drogových závislostí s využitím kinezioterapie v léčebném
programu terapeutických komunit

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

Doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph.D

Zpracoval:

Petr Svoboda

Srpen 2008

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům.
Zároveň prosím, aby byla vedena řádná evidence vypůjčovatelů, kteří musí
pramen převzaté literatury řádně citovat.

Jméno a příjmení:

Adresa:

e – mail:

Datum:

ABSTRAKT:

Název práce: Léčba drogových závislostí s využitím kinezioterapie v léčebném programu terapeutických komunit

Therapy of drug addictions with application kinesiotherapy in curative plan of therapeutic community

Cíl práce: Na základě studia odborné literatury prostudovat problematiku a východiska pro léčbu drogových závislostí včetně využití kinezioterapie. Dále na základě několika krátkých exkurzí zmapovat co nejvíce složek systému péče o aktuální či bývalé, léčící se uživatele drog a poznat tak cestu a možnosti léčby uživatele drog v ČR. Vyjednat možnost pobytu v roli klienta v terapeutické komunitě. V průběhu tohoto pobytu se pokusit zmonitorovat specifické potřeby pro terapii konkrétních klientů terapeutické komunity na základě pozorování, rozhovoru, absolvování celého programu ve zkrácené podobě a nakonec měření faktorů osobnosti prostřednictvím inventáře NEO Big Five. Za použití všech výše uvedených poznatků a studií se pak pokusit vytvořit specifický pohybový program odpovídající potřebám pro terapii klientů. Vyjednat možnost aplikace tohoto programu a prozkoumat jeho vliv na klienty TK, zvláště pak vliv na hodnoty klientů prostřednictvím měření pomocí dotazníku hodnot dle Schwarze.

Metoda: Pro monitoring specifických potřeb pro tvorbu kinezioterapeutického programu pro TK bylo využito metod pozorování a rozhovoru v průběhu pobytu v TK a zvláště pak v průběhu terapeutických skupin, ranních, večerních a obzvláště pak mimořádných komunit. Dále byl pak 13 klienty vyplněn 5 faktorový osobnostní inventář Neo Big Five. Pro prozkoumání vlivu kinezioterapeutického programu na hodnoty klientů měl pak být využit dotazník hodnot dle Schwarze. Klienti TK měli být náhodně rozřazeni do dvou skupin- experimentální a kontrolní. Klienti obou skupin měli ještě před rozřazením vyplnit poprvé dotazník hodnot dle Schwarze. Na experimentální skupinu měl pak být aplikován kinezioterapeutický program. Bezprostředně po aplikaci programu měl pak být oběma skupinami znovu-podruhé vyplněn dotazník hodnot dle Schwarze. Otázkou bylo, zda u experimentální skupiny nastane ve srovnání s kontrolní skupinou změna v hodnotách. Pokud by nastala, mělo se po asi měsíci konat další měření prostřednictvím dotazníku hodnot dle Schwarze, kde se mělo prokázat, zda případná změna hodnot je trvalá.

Výsledky: Domněnky a zápisky z pozorování a rozhovorů v průběhu pobytu v TK byly konfrontovány s výsledky měření prostřednictvím inventáře NEO Big Five, ze kterých je v praktické části této práce zpracována tabulka s popisnými statistikami výběrového souboru klientů TK. Na základě konfrontace nastudovaných poznatků z literatury, pozorování, rozhovorů a výsledků inventáře Neo Big Five byl vytvořen a aplikován specifický pohybový program. Z níže uvedených důvodů se mi však nepodařilo uskutečnit rozdělení výběrového souboru na experimentální a kontrolní skupinu a nakonec mi ani nebyl poskytnut manuál potřebný k vyhodnocení dotazníku hodnot dle Schwarze. Pohybový program byl aplikován na všech 13 klientů TK (z celkových 15). Dotazník hodnot dle Schwarze byl sice klienty vyplněn před a bezprostředně po aplikaci pohybového programu, ale nebyl vyhodnocen.

Bezprostředně po programu bylo zahájeno skupinové sezení, kde se každý klient vyjádřil k onomu programu obecně a poté k vlastní úloze v onom programu. Po příjezdu do TK každý klient napsal krátkou sebereflexi o své úloze v pohybovém programu. V případě nejasnosti v sebereflexi jsem měl možnost se příslušného klienta doptat a vše si ujasnit. Na základě skupinového sezení a sebereflexí jsem pak zhodnotil smysl a úlohu tohoto konkrétního pohybového programu jakožto vhodného prostředku nejen pro doplnění programu TK, ale zejména jako prostředku vhodného pro klientovo bezprostřední sebepoznání, které pak lze konfrontovat se sebereflexí a impulzy z individuální a skupinové terapie v rámci léčebného programu v TK.

Klíčová slova: drogová závislost, léčba, psychoterapie, kinezioterapie, terapeutická komunita, pohyb, pohybový program.

Poděkování:

Touto cestou bych chtěl poděkovat Bc. Petru Hýlovi za umožnění pobytu a realizace pohybového programu v TK Renarkon, dále Vilmě Šilarové a Marcelu Ambrožovi za zprostředkování informací o fungování a financování organizací v rámci protidrogové politiky ČR a že mi byli průvodci při exkurzích o.s. Sananim. A v neposlední řadě patří poděkování také vedoucí této dipl. práce doc. PhDr. Běle Hátlové, Ph.D. za vedení této práce a další praktické rady.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně a použil jsem pouze literaturu uvedenou v seznamu bibliografické citace

P. Svoboda
.....

Petr Svoboda

Drogy, drogová závislost a některé možnosti její léčby a podpory této léčby v teorii a praxi

ÚVOD:

Prvotní záměr této práce byl pokusit se navrhnout a vyzkoušet pohybový program, který by byl v rámci kinezioterapie vhodný a užitečný pro podporu léčby závislosti. To vše předpokládalo pokusit se zmapovat to, čím vším si závislý člověk může projít, než si dovolí pokus o samostatné fungování v životě bez drog. Ukazuje se, že slovo POKUS je zde opravdu zřejmě na pravém místě. Představa o možnostech a alternativách léčby může teprve vést k úvahám, zda-li je zde podpora pohybové terapie nutná, potřebná či jen obohacující, což vede dále k problematice financování takové léčby. Dále je zde otázka, zda pátrat po nějakém „fundamentálním“ univerzálním programu uplatnitelném skoro vždy, téměř všude, a za určitých podmínek, a nebo se vydat jinudy. Z důvodů časových, finančních, ale i vědomostních jsem se rozhodl jít cestou jinou, cestou schůdnější, ale také cestou, od níž jsem si sliboval i jistou efektivitu. Poté, co jsem se částečně zorientoval v možnostech léčby závislosti v ČR, jsem se rozhodl, že se pokusím „vytvořit“ pohybový program na míru právě potřebám konkrétního léčebného terapeutického programu, v mém případě pak vlastně jen jeho části. Zaměřil jsem se na léčbu ve formě terapeutické komunity (dále v textu TK). TK jsem si vybral z několika důvodů:

- 1) Možnost vmísit se do TK jako klient a pozorovat tak klienty z jím rovné pozice, možnost poměrně neformální komunikace s klienty. Možnost účastnit se léčebného programu z pohledu klienta (účast na skupinové terapii, ergoterapii, arteterapii, nutnost dodržovat pravidla chodu komunity včetně jejího týdenního rozvrhu a denního režimu), ale také dívat se na situaci jako pozorovatel (k léčbě jsem neměl emoční vazbu plynoucí z motivace k ní). To vše by mělo umožnit zmapovat potřeby nejen léčebného programu, ale také klientů jako složek tohoto programu.
- 2) Skutečnost, že je někdo klientem TK předpokládá jeho motivaci k léčbě, a tudíž předpoklad otevřenosti každé aktivitě, která je její součástí.
- 3) Až na drobná omezení volný pohyb klientů. Program tedy nemusí být omezen vazbou na místo léčby (na rozdíl od např. psychiatrické léčebny)

Určitý čas jsem si tedy pobyl jakožto klient v terapeutické komunitě TK Renarkon a

poté se pokusil vyjednat s vedením TK, potažmo s vedením celé o.p.s. Renarkon (která se stará nejen o chod TK, ale také dalších pracovišť jako K-centra, doléčovacího centra atd.), podobu pohybového programu pro klienty TK. Mnou navržený program musel sice z právních a vnitřních důvodů TK o kterých se zmíním dále projít určitými změnami, což znemožnilo ověřit některé hypotézy, ale důležité bylo, že se mohl vůbec uskutečnit.

Zprvu se měl tento program týkat pouze nealkoholových závislostí, nicméně časem se ukázalo, že v souvislosti s pohybovým programem nejde ani tak o druh závislosti, jako spíše o osobnost jednotlivce a jeho schopnost fungovat v rámci terapeutické skupiny. Tedy o to, jak dokáže jedinec v TK existovat, jak je vnímán ostatními klienty (jakožto simulací společnosti) a jak toto okolí vnímá on. Jak se dokáže vůči ostatním vymezit ale také zároveň jak dokáže s ostatními spolupracovat a komunikovat. A hlavně jak to vše sám prožívá, zejména pak v souvislosti s všudypřítomnou hrozbou relapsu či recidivy.

V této práci se tedy vynasnažím popsat to, jak může probíhat léčba závislosti, jaké jsou její alternativy, obtíže, teoretická východiska, jaké jsou její možnosti, jak souvisí závislost ale de facto i zdravý člověk s tím, v čem je, či by měl být na světě ukotven (rodina, zaměstnání, přátelé, zájmy, vlastní osobnost, tělo-reps.pohyb atd). Ve druhé části této práce dále zužuji téma léčby závislosti na terapeutické komunity, kde se snažím popsat, jak to v takové komunitě chodí a o co v ní jde. Jaký je její chod a program a jak a proč by se do něj mohlo zařadit více pohybových aktivit. Na závěr se pak tedy snažím navrhnout pro pobyt v komunitě pár aktivit a v neposlední řadě program, které by takovýto pobyt mohly zpestřit jak klientům, tak zaměstnaným terapeutům. Navíc je možné, že vhodná a na míru šitá aplikace programu by mohla pomoci komunitě řešit či alespoň otevřít cestu či dát impuls k řešení některých problémů mnohem rychleji a efektivněji nežli je možné v průběhu běžně užívané individuální či skupinové terapie. To vše je ale samozřejmě otázkou času, ochoty terapeutů a s tím spojených peněz, což značně posunuje problém z území teoretických konceptů a terapeutické praxe dále do osidel byrokracie, celé společnosti většinou neziskových organizací a jejich finančních zdrojů, takže ještě dále mimo většinou neziskovky snad až do politiky a od té ke každému řadovému občanovi. Jelikož máme tu demokracii. No a tímto se můžeme přesunout na konec teoretické části této práce k doslovu, protože doslov by vlastně mohl, a také původně byl, předmluvou k této práci a měl za úkol rozšířit její téma do nejrůznějších souvislostí.

OBSAH:

ABSTRAKT	2
ÚVOD	5
OBSAH	7

I

DROGY A DIAGNOSTICKÉ JEDNOTKY V SOUVISLOSTI S JEJICH UŽÍVÁNÍM.....10

1. JAKÉ LÁTKY SE ZNEUŽÍVAJÍ A JAK DĚLIT INTENZITU ZNEUŽÍVÁNÍ?.....	10
2. DIAGNOSTICKÉ JEDNOTKY V SOUVISLOSTI S UŽÍVÁNÍM DROG.....	11
2.1 Akutní intoxikace.....	11
2.1.1. Tabák a Alkohol.....	11
2.1.2. Opioidy.....	12
2.1.3. Kanabinoidy.....	13
2.1.4. Sedativa a hypnotika.....	14
2.1.5. Kokain.....	14
2.1.6. Psychostimulancia.....	16
2.1.7. Halucinogeny.....	17
2.1.8. Organická rozpouštědla.....	19
2.2. Odvykací stav.....	21
2.2.1. abstinenční příznaky:.....	22
2.3. Psychotická porucha (toxická psychóza, bad trip, iniciace psychospirituální krize).....	22
2.4. Škodlivé užívání.....	25
2.5. Syndrom závislosti.....	26
2.5.1. Drogová závislost jako onemocnění?.....	27

II

KOŘENY ZÁVISLOSTI.....28

1. FAKTORY VZNIKU ZÁVISLOSTI (MKN a DSM pohled).....	29
2. MODEL Y VZNIKU ZÁVISLOSTI.....	32
2.1. Modely predispozice k onemocnění.....	32
2.2. Biopsychosociální model.....	32
2.3. Teorie modelu 12 kroků dle AA a Biopsychosociospirituální model.....	34
2.4. Kognitivně behaviorální model.....	36
2.4.1. Behaviorální teorie.....	36
2.4.1.1. Klasické podmiňování.....	37
2.4.1.2. Operantní podmiňování.....	37
2.4.1.3. Sociální učení.....	38
2.4.1.4. Behaviorální analýza obecně a poté konkrétně behaviorální analýza závislého chování.....	38
2.4.2. Kognitivní teorie.....	39
2.4.2.1. Kognitivní model závislosti.....	41
2.4.3. Kognitivně behaviorální model.....	42
2.5. Psychoanalytické teorie.....	42
2.6. Teoretická východiska terapií orientovaných na rodinu.....	46

III

PSYCHOTERAPIE V PRAXI A PŘEHLED INSTITUCÍ URČENÝCH PRO INTERVENCI V OBLASTI UŽÍVÁNÍ DROG V ČR.....48

1. PŘEHLED A SPECIFIKA INSTITUCÍ V ČR, U KTERÝCH MŮŽE HLEDAT UŽIVATEL DROG POMOC; URČENÍ CÍLOVÉ SKUPINY KLIENTŮ DANÉ INSTITUCE.....	48
1.1. Terénní programy a K-centra.....	49
1.2. Ambulantní služby či péče.....	49
1.3. Denní stacionáře.....	49
1.4. Ústavní léčba.....	49
1.4.1. remise.....	50
1.4.2. lapsus, relaps a recidiva.....	50
1.5. Léčba v terapeutické komunitě.....	51
1.6. Doléčovací centrum, chráněné bydlení a chráněná práce.....	51
1.7. Pracovní a sociální agentura.....	52
1.8. Instituce určené nejen pro přímé uživatele drog.....	54
2. PSYCHOTERAPIE V PRAXI.....	54
2.1. KBT v léčbě závislosti.....	54
2.1.1. KBT vyšetření.....	55
2.1.1.1. Behaviorální analýza.....	55
2.1.1.2. Kognitivní analýza.....	55
2.1.1.3. Funkční analýza.....	56
2.1.2. Struktura sezení a léčebný plán.....	56
2.1.2.1. Podpora psychofarmak.....	56
2.1.2.2. Struktura sezení.....	57
2.1.2.3. Léčebný plán.....	57
2.2. Léčebný program vycházející z teorie a tradice AA a NA:.....	59
2.2.1. Přístup 12 kroků (12 stupňové teorie).....	60
2.2.1.1. Některé konkrétní body ve stručném popisu intervence AA a NA.....	63
2.2.2. Facilitace programu 12 kroků pro léčbu závislosti.....	64
2.2.2.1. Diagnostika.....	64
2.2.2.2. Léčba.....	66
2.3. Využití psychoanalýzy a rodinná terapie v léčbě závislosti.....	67
2.3.1. Integrovaná psychoanalyticky-KB terapie.....	67
2.3.2. Terapie zaměřená na rodinu.....	69
2.3.2.1. Diagnostika a následná léčba.....	69

IV

ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI.....71

1. SHRNUÍ:.....	71
2. DOSLOV:.....	72

V

PRAKTICKÁ ČÁST.....75

ÚVOD.....	75
1. KINEZIOTERAPIE.....	76
2. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA (TK Renarkon).....	79
2.1. Poslání a cíle TK.....	79
2.2. Podmínky pro přijetí klienta do TK.....	80

2.3. Kontraindikace pro přijetí popř. pobyt klienta v TK.....	80
2.4. Pravidla a chod TK.....	81
2.5. Fáze léčby TK.....	84
3. KINEZIOTERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ, NEO BIG FIVE, FORMULACE PROBLÉMU, CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZA.	86
3.1. Kinezioterapie v léčbě závislostí.....	86
3.2. Předpoklady, cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy	89
3.2.1. Cíle práce.....	89
3.2.2. Proč právě kinezioterapie?.....	90
3.2.3. Východiska pro hypotézu.....	91
3.2.4. Hypotéza.....	92
3.2.5. Úkoly.....	93
3.3. NEO Big Five.....	94
3.3.1. Teoretický úvod	94
3.3.2. Tabulky k Neo Big Five	95
3.3.3. Vyhodnocení nasbíraných dat.....	103
4. SAMOTNÝ POHYBOVÝ PROGRAM A JEHO SOUVISLOSTI.....	106
4.1. Východiska pro tvorbu specifického pohybového programu v rámci kinezioterapie...	106
4.2. Podoba konkrétního zrealizovaného pohybového programu.....	107
4.3. Ideální pohybový program.....	113
VI	
ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	114
1. ZHODNOCENÍ PRŮBĚHU ŠETŘENÍ A VÝSLEDKŮ NEO BIG FIVE.....	114
2. ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ ŠETŘENÍ.....	117
PŘEHLED POUŽITÉ A CITOVANÉ LITERATURY:.....	119

DROGY A DIAGNOSTICKÉ JEDNOTKY V SOUVISLOSTI S JEJICH UŽÍVÁNÍM

1 JAKÉ LÁTKY SE ZNEUŽÍVAJÍ A JAK DĚLIT INTENZITU ZNEUŽÍVÁNÍ?

„Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN,10 revize) definuje poruchu způsobenou užíváním psychoaktivní látky jako duševní nebo behaviorální poruchu, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek. MKN-10 specifikuje 9 psychoaktivních látek (nedefinuje samotný pojem): alkohol, opioidy (např. heroin), kanabinoidy (marihuana), sedativa a hypnotika (psychofarmaka), kokain, psychostimulancia (sem patří kofein, amfetaminy, extáze aj.), halucinogeny (např. LSD, psilocybin obsažený v lysohlávkách aj.) tabák (nikotin) a organická rozpouštědla.

Každá z těchto substancí vyvolává specifický druh závislosti, která je něčím charakteristická, odlišná od jiných, a proto má její léčba svoje specifika (i když při léčbě návykových nemocí se často používají podobné postupy.“

„Klinické stavy, které se mohou vyskytnout, zahrnují akutní intoxikaci, škodlivé (nebezpečné) užívání, syndrom závislosti, odvykací stav (s deliriem, jiné), psychotickou poruchu a anamnestický syndrom (porucha paměti)“ (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 855)

„V naší zemi jsou nejrozšířenější návykové látky alkohol, tabák, heroin a amfetaminy a modernější např. marihuana a extáze.....patologické hráčství (gamblingu), které je v klasifikaci řazeno mezi návykové a impulsivní poruchy (F63). V praxi se lze setkat i s jinými formami návykového jednání, jako je „závislost“ na sexu, nakupování, práci (workoholismus) nebo počítačích (PC games a internet). Jedná se o impulzivní a návykové poruchy, ne závislost ve smyslu MKN-10“ (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 856)

Když nahlédnete do institucí, které se zabývají léčbou závislostí, zjistíte, že krom toho, že skoro každý klient vyzkoušel a určitý čas užíval marihuanu a část z nich na ní přízná závislost, je většina z klientů léčena pro závislost na pervitinu. Docela mě udivuje, že se o něm Záleský vůbec nezmiňuje, nebo jej jmenovitě neuvádí mezi nejrozšířenější návykové látky u nás. Pervitin je specialita, užívateli často hodnocena výše než kokain, se kterým má společný nejen způsob aplikace (vdechování či injekčně), přitom je podstatně levnější než

kokain a na rozdíl od něj je dostupný i v menších městech a obcích ČR, jelikož se vyrábí z farmak. Vyrobit jej dokáže i průměrně nadaný student střední chemické školy.

Jednotlivé skupiny drog s jejich zástupci pak uvedu včetně popisu akutní intoxikace, důsledků častého užívání, předávkování a jiných souvislostí v následující kapitole.

2. DIAGNOSTICKÉ JEDNOTKY V SOUVISLOSTI S UŽÍVÁNÍM DROG

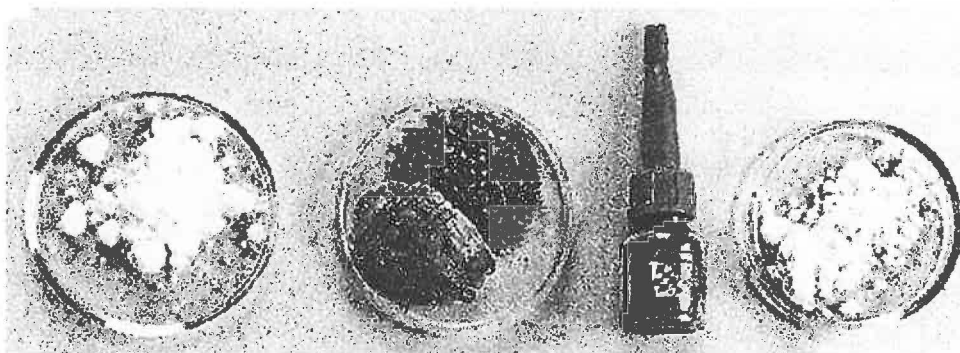
2.1 Akutní intoxikace

Domnívám se, že pro potenciálního učitele, či kohokoli kdo by mohl pracovat se skupinou mladých lidí (adolescentů, pubescentů) by mohlo být užitečné alespoň zběžně znát účinky nejběžnějších drog a hlavně je dokázat i substantivně rozpoznat. Vycházet budu z obecného dělení psychoaktivních látek dle MKN-10. Navíc dále v textu budu tyto pojmy také asi často bez bližšího vysvětlení používat, takže bude dobré, když předem rozeberu co znamená, jak vypadá a jaké má účinky trip, MDMA a další.

2.1.1. Tabák a Alkohol-Asi není třeba blíže rozvádět. Zmíním jen to, co v této souvislosti píšou o chování závislých alkoholiků Praško a Rotgers: „Pacient bývá obvykle postižen v jedné z oblastí-práce nebo škola, zdraví, rodina, sociální fungování, problémy se zákonem. Při chronickém alkoholismu pak nastává změna osobnosti, je přítomna porucha nálady, tělesné potíže (mnohdy život ohrožující), sociální stigmatizace, somatické trvalé následky.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 856-857*) Rotgers píše: Např. alkohol vyvolává svým difúzním vlivem na četné mozkové struktury a procesy mnohé změny. Ve velkých dávkách způsobuje jak akutní, tak chronické změny na buněčných membránách (Goldstein, 1983, Hunt, 1985), na systémech neurotransmiterů (Tarter a Van Thiel, 1985), v metabolismu vápníku a mozkových enzymů (Wallace, 1989b). Výzkum prokázal abnormální aktivitu adenylát cyklázy ještě čtyři roky poté, co byla konzumace alkoholu přerušena (Tabakoff et al., 1988). Tyto změny v mozkové struktuře a procesech vedou k vytvoření bludného kruhu, v němž pití přináší ještě negativnější důsledky a současně motivuje k dalšímu vyhledání drogy. (*John Wallace in Rotgers a kol., str. 19-20*)

2.1.2. Opioidy- „Někdy bývá tato skupina označována jako morfiová. Podle jednoho zástupce morfinu čili morfia, kde hlavní zneužívanou látkou je opium (látky: **opium surové, kuřácké opium** a z něj izolované některé alkaloidy: **heroin, morfin, kodein, tebain**). Opium je gumová hmota zaschlé šťávy z nezralých makovic, především bílé odrůdy máku (papaver somniferum album)“ Obr. zleva: morfin, heroin, braun, kodein.

Obr.1



Vzhled, forma: Prášek (=heroin, barva od bílé až po hnědou), tablety (léky s obsahem opiátů, kodein), ampule (různé preparáty s obsahem opiátů), tekutina (hnědě zbarvená = braun).

Účinek: analgetický, sedativní, zpomalující veg. funkce (zpomalují dechovou frekvenci, snižují TK), uklidnění s pocity blaha, rozkoše, euforie blahým bezpečím, jistotou, příjemnými sny a snížením vnitřního napětí. Na druhou stranu: chudost myšlení, poruchy vůle, paměti a myšlení, lenost, lhaní.

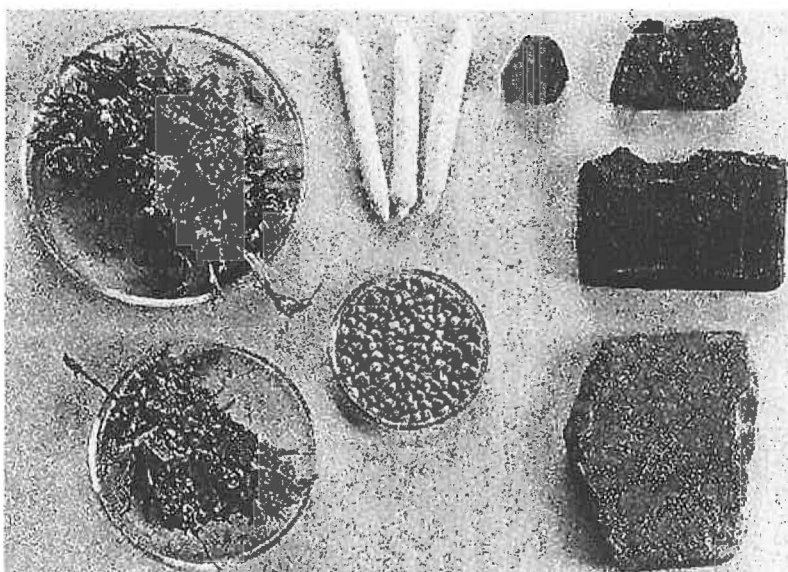
Symptomy při zneužívání: špendlíkovité zornice, zvracení, průjmy, voskové zbarvení kůže, špatný chrup (tzv. kariesivní), zvýšené pocení, slinění, pokles váhy, poruchy koordinace, třesy končetin, snížení šlachovitého reflexu, apatie, lhavost, depresivní nálady, hypochondrické obavy, halucinace zrakové, sluchové a iluzorní představy, poruchy spánku a útlum mozkové činnosti, stařecký vzhled konečným stavem je celková zchátralost, poruchy sexuální potence a plodnosti, časté potraty, žaludeční vředy, poškození jater, záněty nervů, postižení kloubů, kostní dřeně, záněty žil a trombózy.

Způsob zneužívání: vdechování, šňupání (heroin a barbituráty), kouření (cigarety s heroinem), heroin můžeme zneužívat injekční formou, čicháním nebo kouřením. Účinek po podání injekční formou je téměř okamžitý a závislost může vzniknout i po jediné aplikaci. (<http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/index.htm>)

Praško v souvislosti se závislostí na opiátech podobně uvádí: „Příznaky opakovaného užívání jsou nechutenství, preference sladkých jídel, hubnutí, zácpa, redukce konzumace alkoholu, snížení libida a celkové ochuzení života, aktivity a zájmů. Charakteristickým je tzv. „rush“ (nával), který má výrazně pozitivní zpevňující efekt a vede k další intoxikaci. Ta je charakterizována eufórií, miózou (zmenšení zorniček), sníženou pohyblivostí zaživačích ústrojí, značnou sedací (útlumem aktivity), zpomalením dýchání a porušenou pamětí a pozorností.“ (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 856-857)

2.1.3. Kanabinoidy- Marihuana a hašiš, asi také není potřeba příliš podrobně rozvádět-na obr: části rostlin, semena, lisovaná pryskyřice=hašiš, cigarety

Obr.2



Praško uvádí následující obtíže v souvislosti s častým zneužíváním této skupiny psychoaktivních látek: „euforie, pocit uvolnění, změněné vnímání času (zpomalení), zrychlení a zvýšenou nabídku asociací, pocit kvalitní introspekce, časté jsou depersonalizace a derealizace, je zostřené vnímání (barvy a hudba), větší sebedůvěra. Z tělesných příznaků můžeme jmenovat chuť k jídlu a zejména touhu po sladkostech, nastříknuté spojivky („červené“ oči), tachykardii, poruchu svalového tonu, porušenou koordinaci pohybů. Na konci intoxikace dochází k útlumu, objevuje se ospalost a únava. Jako vedlejší účinky se mohou objevit deprese, úzkost, někdy vztahovačnost. Při dlouhodobém užívání se může rozvinout amotivační syndrom. Jedná se o poruchu kognitivních funkcí, narušenou pozornost, je přítomen apaticko-hypobulický syndrom.“ (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 856-857)

2.1.4. Sedativa a hypnotika- „Někdy bývají označovány také jako narkotika. Jsou to totiž nenápadné látky, které lze někdy docela snadno získat i bez lékařského předpisu. Jejich užití je nejčastěji proti bolestem a jako uklidňující látky. Mívají podobné účinky jako alkohol... Jejich užívání je škodlivé a má bez výjimky vedlejší účinky.

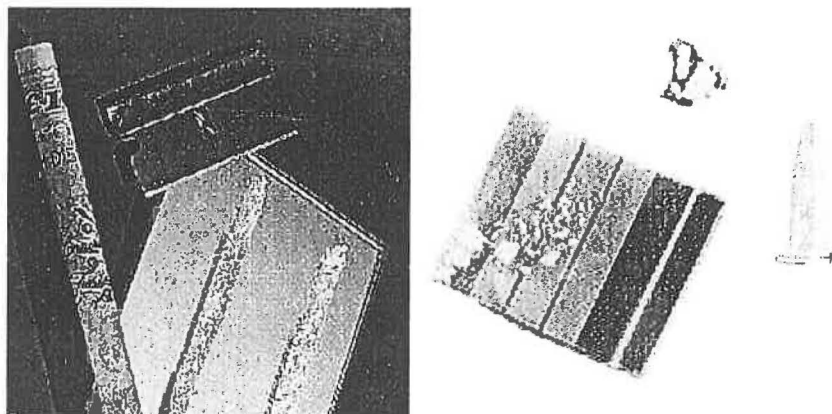
Forma a vzhled: Nejčastěji tablety nebo dražé. Mezi nejčastěji “zneužívané” patří zejména barbituráty a léky příbuzné **diazepamu, meprobamatu** a další.

Účinek: Zpomalená řeč, dojem opilosti, aniž je z dechu cítit alkohol, poruchy myšlení, orientace, úsudku, ospalost, problémy krevního oběhu, zpomalený dech, bolesti hlavy, někdy zkažené zuby. Při chronickém užívání pak: Trvalá rozřesenost, nechutenství, poruchy výživy, poruchy řeči, třes, záškuby očí, pokles duševních schopností, závratě, syndrom úzkosti, zvracení, ztráta váhy a mohou se objevit i “zvláštní” pocity pronásledování.

(<http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/index.htm>)

2.1.5. Kokain- Sem patří **Kokain** (vlevo) a **Crack** (vpravo).

Obr.3



Vzhled, forma: „Kokain je izolovaný extrakt z kokových listů, je to bílá, silně krystalická, práškovitá a poměrně jedovatá hmota. Crack je pak pouliční název pro hydrochlorid kokainu - koncentrovaná směs vzniklá z kokainu, jedlé sody a vody, v krystalické podobě určená ke kouření. Ve světě se pak prodává většinou v ampulkách, které jsou maskovány obchodními názvy jiných výrobků.“

Účinek: Používá se jako stimulující prostředek.

Symptomy při zneužívání: „Příjemné pseudohalucinace, převážně zrakové, méně sluchové. Poživatelé jsou velmi družní. Po delším čase dochází k degeneraci sliznice nosní dutiny, až k jejímu úplnému proděravění, případně i vředům. Zneužívání bývá doprovázeno výtokem z nosu, rozšířenými zornicemi, záchvaty vzteku, kolísáním nálad, větší citlivostí na světlo, spánkem ve dne a bděním v noci. Později nastupuje chraplavý hlas, kašel, krvácivost, tmavý hlen, zácpa, bolesti v krku a záchvaty křečí. Ztráta váhy, problémy s pamětí, pocity pronásledování a sklony k agresivnímu chování.“

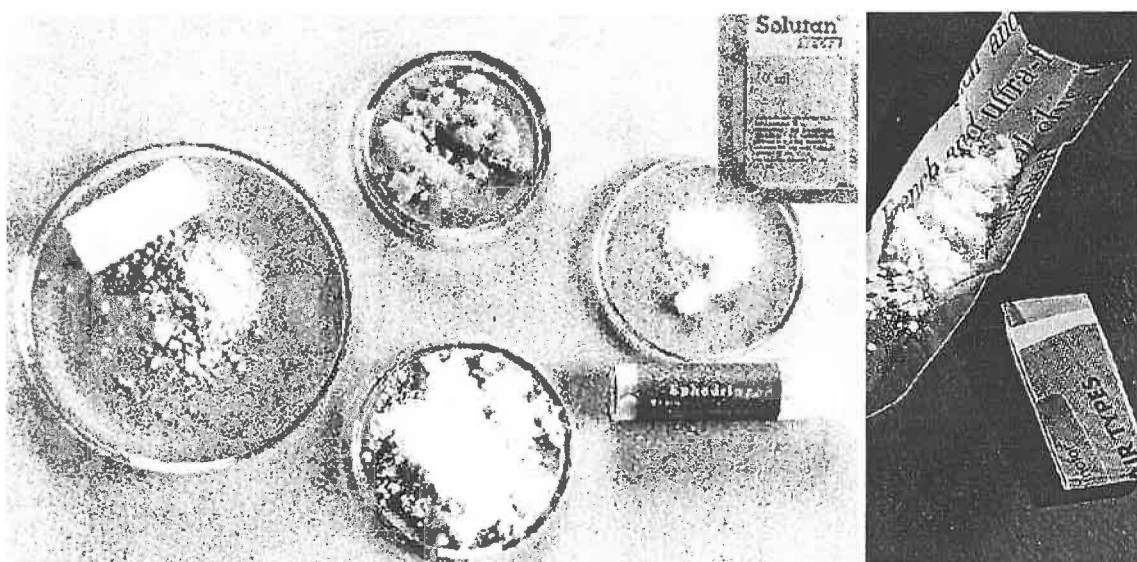
Způsob zneužívání: Vdechování, kouření.

(<http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/index.htm>)

Rotgers a Praško uvádějí rovněž podobné příznaky v souvislosti s častým zneužíváním této skupiny látek: „euforie, nadměrná ostražitost, změny ve vnímání, sexuální vzrušení, nadměrné sebevědomí, zrychlené rozhodování a myšlenkové pochody, mizí pocit únavy a snižuje se potřeba spánku. Zrychlený puls, zvýšení krevního tlaku, pocení, rozšíření zorniček, nevolnost až zvracení. Násilné chování, pocity velkoleposti, psychomotorický neklid, nadměrná bdělost, narušený úsudek a nekritičnost, přeceňování vlastních schopností.“ (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 856-857) Rotgers o kokainu píše: „Kokain, například navozuje iniciální pocity bdělosti, euforie, vzrušení a energetizace... Jakmile se v důsledku soustavného užívání kokainu sníží hladina dopaminu a dalších neurotransmiterů, dostaví se negativní změny nálady, afektů, kognitivních funkcí a chování. Euforie ustupuje depresi, bdělost a vzrušení přenechají místo poruchám pozornosti a vyčerpání, pocity spokojenosti jsou nahrazeny pocity podráždění a nervozitou. Náhle se může objevit i kognitivní patologie ve formě iluzí a halucinací a způsobit tak uživateli ještě větší obtíže.“ John (Wallace in Rotgers a kol., str. 19) Podobně píše i Praško: „v případě předávkování ale i v případech chronického užívání je možný rozvoj paranoidní psychózy s halucinacemi a bludy.“ (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 856-857)

2.1.6. Psychostimulancia- V podstatě by sem mohl patřit i výše zmíněný kokain a crack, dále se zde pak řadí u nás používané: amfetamin, efedrin, extáze, pervitin, speed a ice ale také kofein. V současné době je v ČR největší počet uživatelů s diagnózou závislosti na pervitinu. (dle interních materiálů organizací Sananim a Renarkon) Obr: zleva: kokain, žlutý pervitin, pod ním amfetamin, v pravé misce efedrin, vpravo na modrém pozadí pak speed.

Obr.4



Vzhled, forma: „Různobarevné tablety, prášek (nejčastěji bílý), krystalky“

Účinek: „Jsou to látky, které na čas stimulují nervový systém, rozptylují únavu a vytvářejí tak uměle pocit čilosti a důvěry. Jsou vyhledávána pro svůj vzrušující efekt, jako tzv. „životabudiče“. Po užití nastávají tyto změny: zvýšená čilost, bdělost, zrychlené psychomotorické tempo, snížení či zdánlivé odstranění únavy, nárůst výkonu na úkor kvality, neklid, zvýšená pohyblivost, euforická nálada, potřeba komunikace, poruchy při orientaci v prostoru a čase, někdy vystupňovaná agresivita vůči okolí a úzkost, sebepoškozování, zrakové i sluchové halucinace, drmolivá, rychlá, nesrozumitelná řeč, rozšířené zornice, trhavé oční pohyby, zrychlení pulsu, zvýšení krevního tlaku, bolesti hlavy, sucho v ústech, zrychlený tep, zvýšené pocení, zrychlený dech, častější močení v malých dávkách, možné srdeční selhání, riziko cévní mozkové příhody s úmrtím, poškození nosu s možným krvácením, hubnutí, bledá kůže.

Symptomy při zneužívání: „Bledost, suché sliznice, vyhublost, odvodnění organismu, vyrážka v obličeji podobná akné, časté záněty průdušek, bolesti hlavy, zrychlený puls, mírně

zvýšený krevní tlak, možné závratě, periferní poškození cévního systému s otoky a modráním , které může přetrvávat i několik let

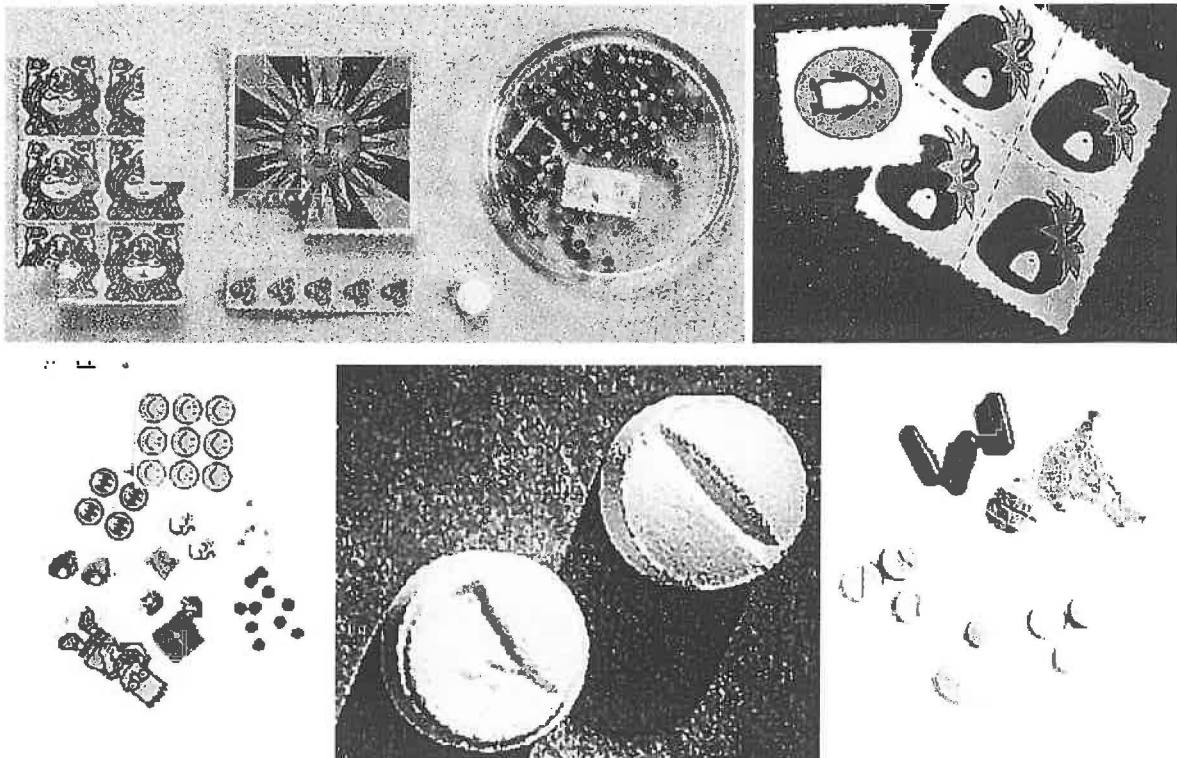
po vysazení drogy, defekty po aplikaci injekční cestou, hlavně na zápěstích, paži, bérce, předloktí, hýždích a bříše, následné poškození jater, ledvin, srdce, centrálního nervového systému, opakující se halucinace, zmatenost, úzkostné stavy, halucinace, neklid, možnost poškození plodu v době těhotenství, infekce z nesterilní “jehly”- žloutenky, AIDS, průnik různých mikroorganismů do krevního oběhu (otrava krve), poté napadení řady vnitřních orgánů infekcí, včetně jejich selhání a následného úmrtí, nechut' k jídlu, nespavost, neklid, vyčerpání, vztahovačnost, náladovost, svědění, mravenčení, potřeba neustálé překotné činnosti, pocity síly a nadřazenosti vůči okolnímu světu.“

Způsob zneužívání: kouření, šňupání, injekce.

(<http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/index.htm>)

2.1.7. Halucinogeny- Tato skupina látek se obvykle dělí dle svého původu na **přírodní** , zde řadíme: **meskalin**, **bufotepin**, **psilocybin** a **psilocin**, což jsou látky obsažené v některých houbách, rostlinách, kaktusech a **syntetické** kam řadíme **LSD** (kyselina lysergová), **trip** (tripy = směs halucinogenů, nejčastěji obsahují LSD), a **MDMA** (“ecstasy”, “extáze” má též stimulační účinky viz psychostimulancia)

Obr.5



Vzhled, forma: Tripy - malé čtverečky papíru (několik milimetrů) impregnované tekutinou či gelem - drogou (LSD), dále samotná forma tekutiny (odvary, nálevy z přírodních drog), nebo tablety, kapsle (“ecstasy”). Směsy práškových hmot (bílé a jiných barev).

Účinek: Počáteční účinky, trvající 20-50 min. po požití: rozšířené zornice, zvýšení krevního tlaku, zrudnutí v obličeji, zrychlený tep, zhoršené sebeovládání a snadnější ovlivnitelnost, zvýšené pocení, třes, zčervenání, závratě, sucho v ústech, nevolnost, abnormální chování a někdy nebezpečí pro druhé lidi, zhoršená schopnost se rozhodovat. Účinky v oblasti psychiky, trvající asi 3-5 hod: výrazné poruchy vnímání, euforie, někdy i úzkost a deprese, přeceňování vlastních schopností, poruchy soudnosti, bludy, pocity “roztržité osobnosti”, jsou vnímány zdánlivé velikosti předmětů, splývající zrakové a sluchové podněty, chybí rozlišování vjemů, objevuje se panika ze ztráty schopnosti vnímat čas a je narušena orientace v prostoru, výrazné jsou změny vnímání - iluze, halucinace, pseudohalucinace, emotivita převážně euforická, někdy úzkostná s depresemi, v myšlení- přeceňování vlastních schopností bludné interpretace s poruchou soudnosti, až pocity “paranoika”, výrazné jsou změny percepce – předměty jsou menší, nebo se naopak zdají být větší, dochází ke splývání zrakových a sluchových podnětů, chybí rozlišování vjemů, častá je panika ze ztráty schopnosti vnímat čas, silně je narušena prostorová orientace, riziko psychického návyku a poruchy duševního zdraví, vyšší riziko nádorů a epileptických záchvatů. Asi po 4-12 h odezní většinou hlavní účinky drogy a dalších 6-8 h přetrvává zvýšená schopnost vnímání psychických pochodů vlastní osoby se zvýšenou sebekontrolou.

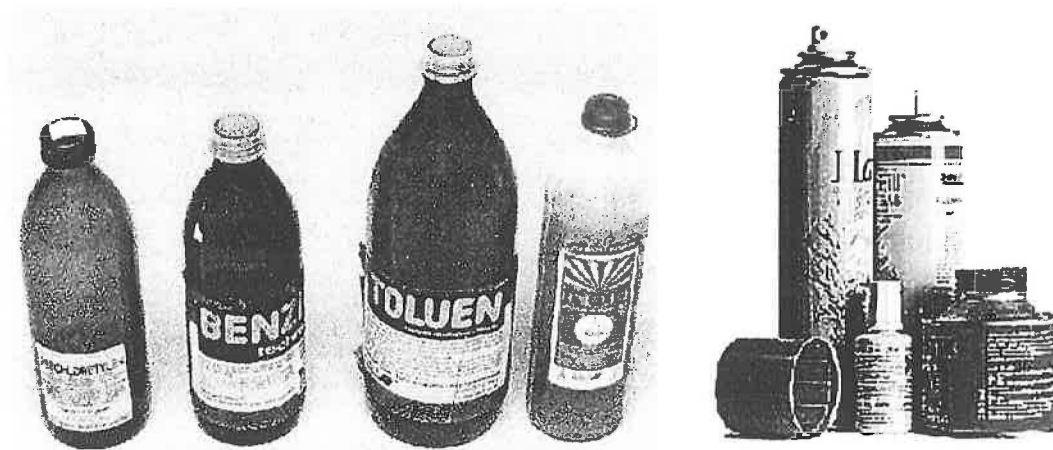
Symptomy při zneužívání: povrchnost jednání, tzv. motivační syndrom (chybí životní motivace, hodnotová stupnice, životní cíle), diskutuje se o možném vlivu na chromozomovou výbavu, což může poškodit lidskou genetickou informaci, možné a pravděpodobnější jsou také spontánní potraty a možné poškození plodu (prokazatelnější jsou změny životního stylu a možná další rizika jako např. infekce a poruchy duševního zdraví. Při zneužívání halucinogenů nebyly popsány žádné smrtelné komplikace. Výjimkou je droga “Extáze”, kdy i jedna tableta může vyvolat poškození ledvin s jejich následným selháním, těžkou dehydratací, kómatickým stavem a následovanou smrtí. Dále dochází k přehřátí organismu (teplota vystupuje až na 40° C), nehasitelnou žízni (vypití i více jak 10 litrů tekutiny) a neklidu. Probíhají těžké změny v životně důležitých orgánech jako jsou ledviny, srdce, játra, podvěsek mozkový a jiných oblastech centrálního nervového systému a cévní stěně.

Způsob zneužívání: „Perorální (ústí) - berou se tablety, tobolky, tripy (impregnované kousky papíru velikosti poštovní známky), čaje, odvary, pokrmy. Vzácněji se tablety nebo čípky zavedou do konečníku, případně se rozpustí nebo se aplikují nitrožilně. Některé halucinogeny je možné kouřit, šňupat, čichat.“

(<http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/index.htm>)

2.1.8. Organická rozpouštědla-Zneužívají se různé čisté chemikálie ve formě organických rozpouštědel, ale i složky barev, laků, lepidel, ředidel, čisticích přípravků, pohonných hmot atd. Konkrétně sem řadíme toluen, aceton, benzen, trichlorethylen, benzen (Čikuli), ether, tetrachlorethylen, chlorethyl (Kellen), freony ze sprejů aj. Jsou to látky, které patří k náhražkovým drogám. Většinou bývají užívány při finanční krizi a nedostupnosti jiných látek. Prokazatelně však existuje skupina narkomanů, která dává těmto drogám přednost, i když jsou dostupnější jiné látky.

Obr.6



Vzhled, forma: Láhve, plechovky s chemikáliemi, organickými rozpouštědly či jejich zbytky, tuby s lepidly (např. Vulkán), někdy i spreje.

Účinek: Zápach, obluzenost, nepřítomnost duchem. Mladý člověk působí neduživě, je pobledlý a je mu nevolno. Nebezpečí smrtelné otravy při prvním požití. Rozšířené zornice, zarudlé oči, nepřítomný pohled. Rozjařenost a poruchy vnímání při otravě přecházejí ve spánek. Méně často přetrvává obluzení i dlouhodoběji. Charakteristickým znakem je také nezřetelná výslovnost a nesmyslný smích. Dále se uvádí: euforie, zvýšené sebevědomí, nárůst domnělé psychické i fyzické síly, fyzická a psychická excitace (nabuzení), zrakové i sluchové halucinace, zúžené vědomí, někdy neklid a úzkost, bolesti hlavy, nevolnost.

Symptomy při zneužívání: Při delším zneužívání se uvádí: úrazy (podlitiny, zlomeniny), zvláště rukou, sebepoškození (pořezání předloktí, hrudníku, stehen, ramen), poškození sliznice úst, nosu a kůže kolem úst a nosu, vleklé záněty průdušek s kašlem, rýmy s krvácivostí z nosu, záněty spojivek, třes rukou a vyšší slinivost, změny krevního obrazu, poškození ledvin, jater, srdečního svalu, žaludku, střev, poškození centrálního nervového systému (atrofie mozku, mozkového kmene a mozečku), poruchy plodnosti u mužů i žen, nápadné jsou poruchy koordinace horních končetin, časté jsou anémie důsledkem toxického poškození ledvin- bílkoviny v moči, poškození myokardu a paresy periferních nervů.

Způsob zneužívání: požití, vdechování výparů.

(<http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/index.htm>)

Další, mnohdy velmi podrobné informace (historie drogy, příznaky intoxikace, chemické složení atd.) lze získat na těchto stránkách, ze kterých jsem zde čerpal:

<http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/index.htm>

Následující odstavec patří nejen do této podkapitoly, ale také do kapitoly II. Kořeny vzniku závislosti, konkrétně podkapitoly faktory vzniku závislosti, některé důsledky užívání návykových látek se jeví totiž zároveň i jako faktory vzniku závislosti na těchto látkách.

„Údaje z USA (Kaplan and Sadock,2000) hovoří o tom, že až 76% mužů a 65% žen s diagnózou užívání návykových látek trpí dalším psychickým onemocněním. Různé teorie vzniku závislosti uvažují, jestli jsou psychické poruchy příčinou, nebo následkem užívání návykových látek. Výzkumy a praxe potvrzují obojí.... často nacházíme poruchy osobnosti (antisociální, hraniční), úzkostné poruchy a fobie, depresivní poruchy a dystymii.... Častější je např. komorbidita jiné psychické poruchy u uživatelů opioidů a kokainu než u uživatelů marihuany.... Užívání návykových látek je bohužel časté u pacientů trpících schizofrenií, může být jedním z precipitujících faktorů časného vzniku tohoto onemocnění (není příčinou). U uživatelů kokainu nacházíme často hyperkinetickou poruchu (porucha aktivity a pozornosti). (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 863)

Podobně píše i Rotgers: „Psychiatri i teoretici 12stupňové léčby se shodují ve vztahu k tzv. duální diagnóze. Dobře známou a akceptovanou skutečností je to, že někteří závislí pacienti trpí i dalšími duševními nemocemi, které musíme diagnostikovat a léčit...“ (John Wallace in Rotgers a kol., str. 30) Dále ale píše, že určitá míra depresivty a úzkostnosti je v počátcích léčby běžná: „Depresivní a úzkostné příznaky se na počátku léčby objevují běžně

a vymizí zpravidla i bez medikace do tří týdnů, pokud primární léčba probíhá v podpůrném a pečujícím prostředí.“ (*John Wallace in Rotgers a kol., str. 30*)

Rotgers popisuje relativně detailně i dopady na blízké sociální okolí uživatelů drog: „Nejprve obvykle trpí systém blízkých osobních vztahů, které podporují a posilují zdravý vývoj a fungování. Manželství alkoholiků a drogově závislých jsou často narušována frustrací, zlostí ústící v nenávist, strachem, zklamáním očekáváními, pocity viny, lítostí, depresi a pronikavými pocity beznaděje a bezmoci. Tento intenzivní emocionální stres a nespokojenost jsou charakteristické pro většinu vztahů závislých osob a také často vedou k dalšímu užití drogy, která na počátku problémy ve vztazích způsobila a ve které postižení hledají úlevu.“ (*John Wallace in Rotgers a kol., str. 21*) Dále Rotgers jmenuje další obtíže jako např: ztáta dovedností potřebných k pojmenování problému ve vztazích; maladaptivní strategie životních partnerů závislých osob při společném řešení problémů-nutková potřeba kontrolovat partnera což údajně situaci ještě zhoršuje; veliké nároky na děti; které se musí adaptovat na přemíru stresu-většinou maladaptivně (nadměrný strach; předvádění se doma i ve společnosti; problémy ve škole a obtíže s učením; rvačky; delikvence; předčasný sex; poruchy sebevědomí; drogy). Rotgers uvádí, že: „Nezbytnou částí primární léčby závislých by tedy zjevně měla být některá z forem rodinné terapie.“ (*John Wallace in Rotgers a kol., str. 21*) O rodinné terapii a její funkci v léčbě se zde zmíním ještě později.

2.2 Odvykáací stav

„Pacienti přijatí k protialkoholní léčbě pravidelně na jejím počátku vykazují depresivní a anxiózní symptomy, které u většiny z nich mizí na přelomu třetího a čtvrtého týdne léčby (Brown, Irwin, Schuckit, 1991, Brown a Schuckit, 1988). Tyto depresivní a anxiózní symptomy jsou často vyvolány farmakologicky....Další negativní psychologické důsledky nejsou přímo vyvolány farmakologickým vlivem alkoholu a jiných drog, ale jsou spíše výsledkem životního stylu závislých osob. Alkoholici například trpí vážným nedostatkem sebeúcty. Problémy v sebehodnotících postojích mohou předcházet aktivnímu alkoholismu, ale je pravděpodobné, že negativní sebehodnocení alkoholiků ve velké míře vyplývá např. ze studu a rozpaků z opilosti na veřejnosti, ze zadržetí pro řízení v opilosti, z pocitů viny za nepříjemnosti způsobené v intoxikaci jiným lidem, za ztrátu zaměstnání, za ztrátu partnerů atd. Navíc se u mnoha alkoholiků objevuje problém s identitou a sebezrozuměním, které často přímo pramení z opakovaného konfliktu mezi morálními hodnotami střízlivé osobnosti a jejím jednáním v intoxikaci.“ (*John Wallace in Rotgers a kol., str.20*) Dále Rotgers uvádí

mnoho dalších potíží v průběhu odvykacího stavu: již zmíněné nízké sebehodnocení, zlost, grandiozitu a zášť vůči ostatním, hostilitu, výraznou sebelítost a přecitlivělost, nedostatek sebevědomí, nízkou frustrační toleranci, různé obavy a další. Dále tento proces provází dle Rotgerse mnohé obranné mechanismy jako např. popření, racionalizace, projekce, zlehčování problému, vyhýbání se pocitům a odpor ke zpětné vazbě o sobě od jiných lidí. Těmito obranami a technikami jak s nimi pracovat se budu dále zabývat v kapitole zaměřené na kombinovanou terapii KBT a psychoanalýzy.

2.2.1 abstinenční příznaky:

Konkrétní podoba abstinenčních příznaků závisí na konkrétní zneužívané substancii a intenzitě a době jejího užívání. Abstinenční příznaky se pohybují na škále od „pouhého“ puzení opětovně užít drogu či nechutenství a únavu přes nejrůznější ukazatele jako např. nevolnost, třes končetin, nadměrné pocení, zimnice, porucha pozornosti, spánku, slzení, „husí kůže“, bolesti svalů, zvracení, průjemy, až po psychosomatické stavy (spíše procesy) ohrožující závislého na životě pokud si nevezme drogu znova, např. různé formy depresivních nebo úzkostných nálad.

2.3 Psychotická porucha (toxická psychóza, bad trip, iniciace psychospirituální krize)

Když zadáte do jakéhokoli vyhledavače pojem toxická psychóza, bez problému Vám na monitoru vyjede množství velmi podobných až stejných vysvětlení a definic zdůrazňujících psychotické symptomy jako bludy, halucinace, paranoia, a nejrůznější somatické a behaviorální symptomy. Já bych namísto chytrých slov a definic raději uvedl útržky z velmi intenzivní několikaleté sebereflexe jednoho chlapce, kterému se na tripu (LSD-viz. výše) právě takováto toxická psychóza rozjela, nicméně samovolně po 2-3 týdnech (jak uvádějí chytré definice) neodezněla a provázela ho po několik let s vcelku pochopitelným rozvojem deprese. Velmi doporučuji si tento příběh přečíst celý, dost dobře si pak lze představit co je to toxická psychóza, jak se cítí člověk, který ji zrovna prožívá, jaké jsou u nás v ČR možnosti pomoci a jak obtížné je někdy najít tu adekvátní. Celý příběh najdete zde:

<http://mujweb.cz/www/galaxy49/index.htm>

„Děsí mne třeba odrazy v lesklých věcech, v zrcadle, ve vodě, když počítám například dráty, mám hrůzu z drátu číslo 13, protože to je jasně nešťastné číslo, potom ale třeba i z čísla 26, protože to je dvakrát 13, a navíc na dvojce jsem byl v léčebně, také mě děsí 111, protože se mi nedávno objevila v jistých souvislostech, a taky proto, že 111 je číslo Všeobecné zdravotní pojišťovny, 11.1. je datum narození mé matky, a ještě v jiných souvislostech... to ještě nevím, že 1.11. nastoupím do druhé léčebny... Tyhle náhody a příhody asi zažívá každý, ALE v tomto stavu to o 1000% více vnímám, a hlavně z toho nemám žádné pozitivní pocity, jen negace!“

„...mozek stále převrací všechny pozitivní myšlenky na negativní“

„...není dvakrát dobře, bolí mne hlava, celkově mi není nic moc – jak psychicky tak fyzicky, říkám si: Není to migréna? Přejdu do obývacího pokoje... dávají „Chcete být milionářem?“, a najednou otázka: Co je to migréna? Nemám z toho moc dobrý pocit... přemýšlím, jestli nemám schizofrenii (aniž bych tenkrát věděl, co vlastně schizofrenie je)... o pár hodin později v televizi běží dokument o schizofrenii... to jsem jasnovidý nebo paranoidní??“

„Ve sprše náhle pocítím prudký nával absolutní hrůzy!!!! Je to hrozné, dospřechuji se a jdu si lehnout do postele... musím usnout. Jakmile zaléhám do postele, je to ještě horší, myšlenky plynou šílenou rychlostí... a všechny se otočí na negativní. Věta: snad se z toho dostanu = nikdy se z toho nedostanu... Zkousím chodit, nepomáhá to, pustím televizi, je to ještě horší, vypínám ji, zkousím číst... hledám nějakou veselou knihu, všechny jsou depresivní... Hudba je také hnusná... podívám se do zrcadla... hrůza“

„Reklamy – to je kapitola sama pro sebe. Třeba reklama na kávu Nescafé: „Je to jenom začátek“... kterej magor ten slogan vymyslel, zastřelil bych ho... Každou chvíli v televizi vidím sebe, hlavně v černobílých dokumentech... v programu na televizi, když je někdo nakrátko ostříhaný... a navíc se mi nelíbí – to vypadám vážně tak hnusně??? Obracím program, abych tu osobu neviděl. Navíc začnou lézt červy molů po stropě v kuchyni... bojím se do kuchyně“

„Já prožívám stav (podle lékařů) středně těžké deprese, nedokážu plánovat, nedokážu cítit radost (jen hodně slabě), objevují se myšlenky na sebevraždu... stále častěji. Navíc můj

psychotický stav je pořád hodně vážný... mám hrůzu z odrazů ve vodě, v zrcadlech, z hlubších myšlenek, stále se snažím nemyslet... a do toho deprese způsobuje, že mě ani nebaví myslet, což mi samozřejmě nejde a proto mě to dost bolí – psychicky.“

(<http://mujweb.cz/www/galaxy49/index.htm>) (použito se svolením autora)

Zdá se, že některé psychoterapeutické školy (zde je čerpáno konkrétně z teorie PBSP-Pesso-Boyden terapie) úplně nesouhlasí s pojetím tohoto a podobných stavů (spíše velmi intenzivních procesů) jako nemoci či patologie, když tvrdí že obecně ne každá patologie s psychotickými symptomy musí být nutně léčena (v tomto smyslu přebíjena) tradičními psychiatrickými metodami. Intervenci a léčbu samozřejmě ale doporučují: „Psychospirituální krize (PK) je jednou z možných cest do mimořádných stavů vědomí, vedle hypnózy, meditace a dalších spirituálních technik, tance, bubnování, bolesti, zážitku klinické smrti, požití látek, které mění psychiku apod. Její vznik je často spontánní, spouštěče ne vždy jasné a kauzální. Pro některé jsou vnitřní proměny tak náročné a rychlé, že se pro ně život v běžné realitě stává obtížný. Jde přibližně o 15% hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách s diagnózou psychóza.“ Dále v textu autoři uvádějí i jakousi definici: „Psychospirituální krize je relativně novou kategorií v oblasti psychologické diagnostiky. Jde o epizody neobvyklých zkušeností, které zahrnují změny vědomí a změny percepčních, emocionálních, kognitivních a psychosomatických funkcí. V těchto epizodách je patrný přesah obvyklých hranic definice a prožívání vlastního Já tj. posun k trans-personálním či psychospirituálním zážitkům. Vynořování těchto neobvyklých zkušeností se může proměnit v potíže, které pak popisujeme termínem psychospirituální krize.“ Autoři dále ale odlišují psychotické stavy (v psychiatrickém slova smyslu) od procesu PK když píší: „Pro rozpoznání, zda jde opravdu o tento typ krize, je důležité, že je zachována schopnost prožívat výše jmenované jako vnitřní psychologický proces. Myslí se tím schopnost pohledu na proces, ať je sebedramatičtější, jako na léčivý proces. Dále je důležité, že je zachována schopnost vytvoření terapeutického vztahu a udržení možnosti spolupráce. Schopnost přijmout pomoc a důvěřovat je kritérium, které vylučuje klienty s reakcemi, kde převládá vztahovačnost.“

(<http://www.diabasis.cz/psychospiritualni-krize/o-psk/>)

Důvod proč zde uvádím zrovna teoretická východiska PBSP je ten, že cílovou skupinou pro tuto terapii jsou mimo jiné i „lidé experimentující s psychoaktivními látkami (zejména LSD, lysohlávký, marihuana, MDMA...), kdy reakce na užití psychoaktivních látek má charakter PK.“ (*<http://www.diabasis.cz/sluzby/>*) Navíc se zdá, že PK jako termín bude

respektován časem i DSM IV. Americký diagnostický manuál DSM IV v současnosti vytváří údajně lepší podmínky pro rozpoznání a provázení PK, než je tomu nyní. Povinností každého amerického psychiatra prý je vzít tuto diagnostickou kategorii v úvahu a stanovit adekvátní prostředky léčby.

K samotnému pojmu spiritualita se ještě jednou dále v textu dostaneme v souvislosti s 12 krokovým přístupem k léčbě drogových závislostí prostřednictvím AA a NA (Anonymní Alkoholici a Narkomani) Jak se zdá, začíná být v psychoterapii (na teoretické úrovni určitě, jak je tomu v praxi však netuším) poměrně moderním fenoménem zahrnovat do teoretických východisek i tuto dimenzi prožívání člověka.

2.4 Škodlivé užívání

„Škodlivé užívání představuje takový vzorec užívání, při kterém dochází k poškození zdraví, ať látkou samotnou, nebo způsobem její aplikace. Musí být přítomno jasné poškození zdraví duševního nebo tělesného. Nediagnostikuje se v případě závislosti. U nás rozšířený termín abúzus byl z MKN-10 pro nejasnost významu a definice vypuštěn, používá se v americké klasifikaci DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) jako „substance abuse“ (pojem substance je širší než pojem psychoaktivní látka). Znamená společensky neakceptovatelné nadměrné užívání látek legálních nebo jakékoli užití látek ilegálních a společensky nebezpečných.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 855*) Dále v textu jsou pak navíc uvedeny definice dle DSM-VI i dle MKN-10:

Podle DSM-IV: „Je to maladaptivní vzorec chování, který vede ke klinicky významnému postižení nebo k nepohodě. V tomto období se objevuje opakované užívání návykové látky, které má za následek neschopnost plnit hlavní povinnosti v práci, ve škole nebo v domácnosti. Objevuje se v situacích, které jsou fyzicky nebezpečné (řízení auta), vyvolává konflikt se zákonem, vše navzdory opakujícím se sociálním nebo interpersonálním následkům.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 858*)

Diagnostická kritéria MKN 10 jsou následující:

1. Musí být jasný důkaz, že požití látky je odpovědné za fyzické nebo psychické poškození, včetně zhoršení úsudku nebo dysfunkčního chování (narušené fungování), které může mít nepříznivé důsledky na interpersonální vztahy.
2. Musí být jasně specifikován typ poškození

3. Projevy poškození by měly trvat nejméně 1 měsíc, nebo by se měly vyskytovat opakovaně v průběhu 12 měsíců.
4. Vylučovací kritérium: porucha nesplňuje kritéria pro jinou duševní poruchu, ve stejném období, spojenou s tou samou návykovou látkou.

(Záleský in Praško a kol. 2007; str. 858)

2.5 Syndrom závislosti

„Syndrom závislosti znamená seskupení behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném užívání psychoaktivní látky. V typickém případě se jedná o silnou touhu získat látku, potíže se sebeovládáním a kontrolou jejího užívání, které má u postiženého jedince větší přednost než jiné jednání, kterého si cenil dříve. To vede ke škodlivým následkům: společenským, psychickým a tělesným. Patří sem tělesný odvykací stav a průkaz tolerance projevující se vyžadováním vyšších dávek návykové látky. Jedinec si svoje puzení látkou užívat uvědomuje, což se projevuje pokusy získat kontrolu nad užíváním nebo jej zcela zastavit.“ *(Záleský in Praško a kol. 2007; str. 855)* „Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou látku, třídu látek (např. opioidy) nebo širší řadu různých látek.“ *(Záleský in Praško a kol. 2007; str. 859)*

Diagnostická kritéria syndromu závislosti podle MKN-10:

Po dobu alespoň jednoho měsíce, nebo opakovaně v kratších obdobích v průběhu 12 měsíců, by se měly vyskytovat společně 3 nebo více z následujících projevů:

1. Silná touha nebo nutkání získat látku
2. Zhoršená schopnost sebeovládání ve vztahu k užívané látce, týkající se začátku užívání, jeho trvání nebo velikosti dávek a projevující se častým užíváním látky ve velkých množstvích nebo po období delší než bylo původně zamýšleno, nebo neustálou touhou nebo neúspěšnými pokusy redukovat nebo regulovat užívání.
3. Patofyziologické projevy odvykacího stavu, jestliže je užívání látky redukováno nebo je látka vysazena.
4. Průkaz tolerance k účinku látky, kdy k dosažení intoxikace nebo žádoucího účinku je zapotřebí prokazatelně většího množství, nebo snížený účinek při užívání stejného množství látky.

5. Zaujetí užíváním látky, projevující se opuštěním nebo zredukováním jiných důležitých zájmů v důsledku užívání látky, nebo je většina času věnována činnostem nezbytným k obstarávání, užívání nebo zotavování se z účinků
6. Trvalé užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivých následků.

(Praško a kol. 2007; str. 858)

„Jednotlivé drogy se liší potenciálem vyvolat závislost, důležitý je také způsob aplikace (např. závislost na heroinu vznikne rychleji intravenózní aplikací než šňupáním).“
(Záleský in Praško a kol. 2007; str. 861)

U alkoholu kupříkladu dle Praška údajně „závislost vzniká obvykle po několikaletém užívání. Postupně dochází ke zvyšování tolerance, která je spolehlivým indikátorem závislosti. Tolerance a závislost se vyvíjejí individuálně. Někdy je těžké rozpoznat závislost v raných stádiích vývoje, na rozdíl od chronického alkoholismu. Rozvoj závislosti je rychlejší u žen a mladších lidí. U všech skupin jsou pak časté tyto mechanismy „popření“: racionalizace, bagatelizace, popírání pití a zkreslené údaje o pití (množství).“ *(Záleský in Praško a kol. 2007; str. 860)*

Šarapatka pak obecně o diagnostické jednotce závislosti píše: „Závislosti na nealkoholových drogách řadíme v současné době mezi jedno z nejčastěji se vyskytujících psychických onemocnění, jako takové je pak můžeme charakterizovat jako onemocnění s širokým multifaktoriálním bio-psycho-sociálním základem. Psychická onemocnění mají vliv na vnímání, prožívání a chování nemocného a tím na kvalitu jeho života. Postižený není pouze nemocný drogově závislý, ale i celé jeho okolí.“ *(Šarapatka, P.; 2003)*

2.5.1 Drogová závislost jako onemocnění?

Často se můžeme setkat s otázkou, zda závislost lze či nelze brát jako nemoc, při značném zjednodušení stejně jako třeba chřipku. Rotgers k tomuto píše: „V jakém smyslu lze alkoholismus a jiné drogové závislosti považovat za onemocnění? V pravděpodobně nejjednodušší odpovědi na tuto otázku se objeví početné zdravotní následky. Alkoholici a jiní závislí jsou často vážně nemocní v přímém důsledku požívání drog. Pro praktickou léčbu není podstatné, zda věříme či nevěříme biologickým etiologickým faktorům. Nebezpečné abstinční příznaky, následky předávkování, kardiovaskulární obtíže, onemocnění jater, onemocnění slinivky břišní a další poruchy musíme medicínsky ošetřit, ať je náš názor na jejich původ jakýkoliv. Přítomnost všech těchto závažných následků poukazuje na úkol

odpovědného terapeuta zabránit pacientovi v každém dalším pokusu požití alkoholu nebo drogu.“ (*John Wallace in Rotgers a kol., str. 18*) Pro praktickou léčbu je ale také dobré si uvědomit, že stejně jako je tomu u chřipky tak také u závislosti nezáleží na tom, zda byla nemoc diagnostikována, ale na tom že ji její nositel uznal, a že se mu tato skutečnost dostala do vědomí a je motivován se k této skutečnosti nějak zásadně postavit. U chřipky to zpravidla nebývá problém, i když mnozí ji přecházejí, což se jim většinou vymstí. S přiznáním závislosti a motivací k její léčbě je to mnohem těžší a komplikovanější a proto je na rozdíl od chřipky již na tomto bodě nutná intervence odborníků, a právě tento bod bude podrobněji rozveden v kapitole III této práce.

Nyní se přesuňme k tomu, jakými způsoby se fenomén závislosti ve vědecké obci a v obci AA (Anonymních Alkoholiků) vysvětluje. To je předpokladem k tomu, abychom porozuměli intervencím v této oblasti, tedy kapitole III. Každá rostlina je živena svými kořeny, každý tvor je živen svou minulostí jak ontogenetickou tak fylogenetickou. Jaké jsou tedy kořeny závislosti? Je nutné je poznat a rekultivovat. Na vyschlých kořenech se neujme ani ten nejlepší a nejlépe naroubovaný štěp. Proto ještě před roubováním a rekultivací je dobré poznat příčiny toho, proč kořeny uschly, mohly by totiž uschnout znovu kdykoli.

II

KOŘENY ZÁVISLOSTI

Ve výše uvedeném textu jsme se dozvěděli to, na čem všem lze závislost či impulzivní a návykovou poruchu vypěstovat, ale také to, že pokud má člověk pocit, že se jej závislost netýká, neznamená to ještě, že by u něj lékař nediagnostikoval jinou abnormalitu související s užíváním drog. Tyto informace nám však „nepostačí k pochopení toho, proč jenom někteří lidé užívají návykové látky a vznikne u nich závislost či škodlivé užívání. Existuje několik teorií, které se pokoušejí, objasnit, jakým mechanismem k tomu dochází. Původní teorie hledající příčiny vzešly z psychodynamického modelu nemoci, ke kterému později vznikaly jiné modely. Klasifikace MKN a DSM vzešly z modelu, který považuje v procesu vzniku závislosti za nejdůležitější interakci mnoha faktorů, které ovlivňují užívání drogy.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 860*)

V textu Praško dělí dále tyto faktory (jak pozitivní-abúsus posilující, tak negativní-abúsus tlumící) do skupin:

1 FAKTORY VZNIKU ZÁVISLOSTI (MKN a DSM pohled)

a)-sociální a environmentální faktory (prostředí):

O prokázání vlivu socioekonomických faktorů se pokoušelo několik studií, mezi nimi i níže uvedené HBSC studie, které vycházely ze studií dospělé populace, kde se údajně prokázala silná souvislost mezi socioekonomickým statusem a pravidelnou konzumací drog. U mladistvých (11-15 let) se takto silná souvislost při HBSC studiích však nepotvrdila. Proto se předpokládá, že do této souvislosti zasahuje ještě další vymezená proměnná, kterou je zde věk.

b)-pozitivní (zpevňující) efekt drogy (biologický substrát jejího účinku na CNS)

„Pro většinu návykových látek byly nalezeny mechanismy působení v CNS.....Je známo, že v mozku se nachází centrum odměny. Okruh s ním spojený je nejdůležitější v rozvoji závislosti na psychoaktivní látce (angl. Pleasure/reward/reinforcement circuitry: okruh slasti, odměny a zpevnění.).....Návyková látka působí na více úrovních buněčného metabolismu mozku: na vyplavování přenašečů, které nasedají na receptor jako klíč do zámku, modifikuje tyto receptory, působí na zpětné vychytávání přenašečů do buněk, ovlivňuje genovou expresi a další molekulární mechanismy. Podle toho, kde a jak droga působí, dochází ke vzniku a udržování závislosti, vzniku abstinčního syndromu, nepříjemných tělesných symptomů, udržuje neustálou touhu po droze (bažení, angl: craving.)Na základě vědomostí (těchto výše zmíněných)....., se snažíme závislost ovlivňovat farmakologicky. Také bylo prokázáno, že psychoterapie (jako nebiologická metoda léčby) má na CNS podobný efekt jako léky. (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 860-861)

V USA a Anglii se začíná v souvislosti s prevencí konzumace drog prodiskutovávat farmakologická cesta, která právě funguje na principu blokace výše zmíněného pozitivního efektu drogy: Očkování proti drogám. Zatím se plánuje údajně očkování dětí pouze proti kokainu, heroinu a nikotinu („to immunize children against "euphoria" from drugs such as heroin, cocaine and nicotine“ (Borden, D)). Očkování způsobí to, že účinek drogy je pak na fyziologické úrovni i úrovni prožívání nulový: „Using new medical vaccination technologies, children can now be immunized against the effects of these drugs so that they don't feel the high, or the brain chemistry alterations, from such drugs if they were to consume them“

(Adams, M.)

Tento přístup je ale některými vědci považován za příliš extrémní. Údajně může být nebezpečné takto farmakologicky trvale navozovat změny mozku a to ze dvou důvodů. První důvod je etický a týká se svobody člověka, kdy očkování dítěte proti drogám je v relaci k jeho svobodě diskutabilní. Druhým důvodem pak jsou vedlejší účinky, kdy například ve stáří či při úrazech může být zapotřebí užít některé látky tlumící bolest, které u takto očkovaného člověka pak nemusí fungovat. Pozitiva tohoto očkování pak leží údajně ve značné úspoře finančních prostředků jinak běžně vynaložených na zdravotní péči a zlepšení produktivity a kvality života občanů. Dále na úrovni prožívání občanů ve snížení výskytu chronických chorob, jako jsou srdeční choroby, rakovina plic, poruchy nervového systému, a rakovina prsu a dále v prevenci drogové závislosti a všech celoživotních problémů spojených s těmito závislostmi, včetně finančních problémů, rodinných těžkostí, a devastujících následků pro lidské zdraví. Aplikace očkování proti kouření již údajně úspěšně proběhla v Americe na vzorku 341 kuřáků, kde 57% údajně přestalo kouřit, nicméně také v kontrolní skupině kde bylo nasazeno namísto očkování placebo, byl také zaznamenán úbytek kuřáků (*článek 1.*). I přes uvedený úspěch se ale mnohým zdá v drogové prevenci rozumnější uplatňovat spíše strategie, založené na edukaci či tvorbě volnočasových aktivit nežli na očkování. (Boreden, D.)

c)-vliv učení a podmiňování

Na toto a blízká témata byly provedeny nedávno studie v rámci vědeckého sdružení HBSC (Health Behaviour of School-aged Children) s 35 členskými zeměmi, které se pokouší monitorovat behaviorální návyky dětí školního věku související s jejich zdravím. Celé sdružení jakož i samotná studie je pod patronátem WHO (Světová zdravotnická organizace). Studie se týkají sice pouze dětí ve věku 11-15 let ale přinášejí do výzkumu některé faktory (viz. níže f)) a behaviorální mechanismy ovlivňující konzum drog. Např:

Konzumace drog jako:

- jako únik od řešení problémových situací
- jako strategie obcházení situace selhání
- jako strategie zvládnání stresu a emocí vůbec

Ale také

- jako experimentování
- jako sbírání zkušeností a testování hranic (co vše můžu, kam až můžu zajít „bez“ průseru?)

- jako vyjádření sociálního protestu
 - jako „hraní si na dospělé“
 - jako prostředek, který usnadní „členství“ a upevní pozici v Partě.
 - jako protestu proti rodičovské autoritě („protest ega proti rodiči vypěstovanému superegu“)
 - jako obcházení nutnosti učit se odpovědnosti za sebe
- (Meltzer, W., Bilz, L) (Bauer, U., Hurrelmann, K., Richter, M)

d)-odvykáací stav jako negativní zpevňování

e)-zranitelnost (vulnerabilita) z vlivu genetických a jiných faktorů: „Ukazuje se, že na rozvoji jiných (zde myšleno nealkoholových) závislostí se také podílejí genetické faktory.

V obecném modelu zranitelnosti lze 31% proměnných přičítat genetickým faktorům, 25% tvoří vliv rodiny a 44% jsou faktory prostředí jiné než rodina.“ (Kaplan and Sadock, 7th edition, 2000; in Praško a kol. 2007; str. 860)

f)-psychodynamické faktory (role a funkce rodiny, struktura osobnosti uživatele):

Těmito faktory se budu zabývat podrobně níže v rámci popisu úlohy terapií orientovaných na rodinu a psychodynamického přístupu k vysvětlení a léčbě závislosti. Informace z těchto knih pak rovněž potvrzují studie HBSC (viz. výše) která zmiňuje vliv následujících faktorů:

Vrstevníci-kouří nejlepší kamarád/ka?, jak častý je osobní kontakt s tímto kamarádem/kamarádkou?; Rodina- toleruje se doma pití alkoholu a opilost?, jaké je rodinné klima?, pravidla, řád a jejich čitelnost a kontrola?; Škola- kvalita výuky, radost ze (z návštěvy) školy, výkon ve škole; Osobnost: strategie vyrovnávání se s životní zátěží

g)-další faktory:

„společenský kontext, postoje k drogám, k jejich užívání, dostupnost drog, pravidla užívání, legalizace alkoholu a tabáku, nátlak ze strany vrstevníků, spolupracovníků a jiných zájmových skupin. Dále je možné uvažovat o vlivu stresu, frustrace, psychotraumat a konfliktů obecně, tělesných onemocnění a jiných psychických poruch.“ (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 861)

-Alkohol-Rizikovou skupinu představují jedinci s hyperkinetickou poruchou v dětství, muži s antisociální poruchou osobnosti a ženy s hraniční poruchou osobnosti.

(Záleský in Praško a kol. 2007; str. 856) „Důkazy pocházející ze studií dvojčat, adoptivních dětí a sourozenců vychovaných odděleně vypovídají, že závislost na alkoholu má svoji genetickou komponentu (čtyřnásobně vyšší riziko v jiných rodinách adoptovaných potomků alkoholiků). (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 860)

Jednotlivé faktory za okamžik zmíníme dále.

2. MODEL Y VZNIKU ZÁVISLOSTI

2.1 Modely predispozice k onemocnění

Rotgers uvádí tři, dle důrazu na genetickou složku v etiologii závislosti: „První z nich můžeme nazvat „modelem genetické determinace“, v němž je role prostředí v etiologii závislosti považována za irelevantní. Předpokládá, že závislosti jsou zcela determinovány geny... Tento model ilustrují nedávné výzkumy genů pro alkoholismus a kokainovou závislost.“ (John Wallace in Rotgers a kol., str 22)

„Druhým modelem predispozice k onemocnění je „model genetického vlivu“. Ten nepředpokládá existenci genů pro určitá onemocnění, ale má za to, že závislost determinují mnohočetné biologické rizikové faktory v interakci s faktory psychosociálního prostředí. To znamená, že samotný vliv genetiky ani prostředí není pro vznik závislosti dostačující.“

(John Wallace in Rotgers a kol., str 22) Dle mého názoru je toto v podstatě model biopsychosociální-viz dále.

Třetím modelem predispozice je dle Rotgerse ,který se zde odvolává na Cloninger(1983), „model kombinované genetické determinace“. Cloninger údajně rozlišuje 2 druhy alkoholismu, z nichž každý má jinou etiologii. „Cloninger vysvětluje alkoholismus typu I za pomoci modelu genetického vlivu, v němž je k rozvoji onemocnění zapotřebí kombinace vlivů genetických i vlivů prostředí“ (John Wallace in Rotgers a kol., str 23) Rozvoj alkoholismu typu II je pak dle něj zcela determinován faktory genetickými, které působí nezávisle na prostředí.

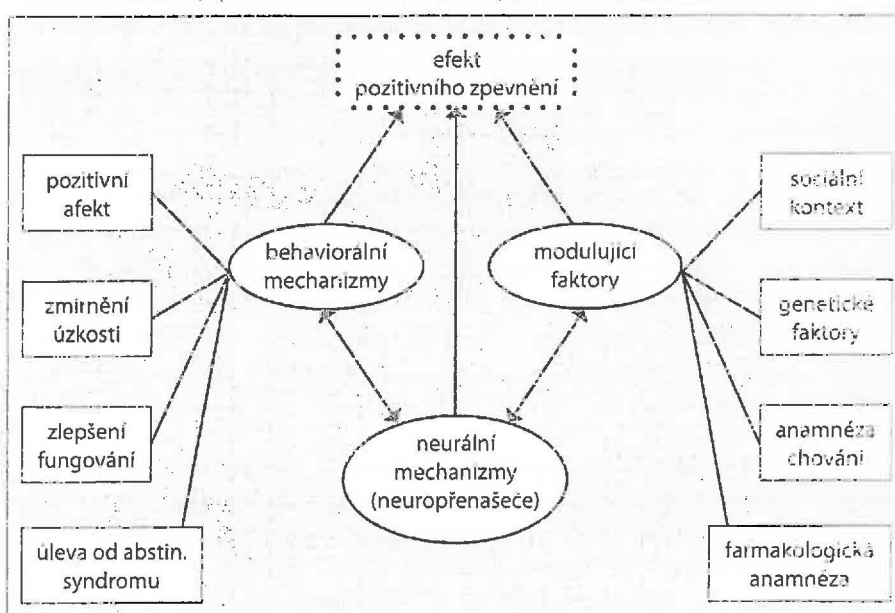
2.2 Biopsychosociální model

„Na počátku je pozitivně posíleno iniciální užití drogy, které vede ke změnám biochemie CNS, jež při chronickém užívání způsobuje negativní kognitivní a afektivní stav (emoce, nálady, myšlenky atd.). Tyto negativní psychologické stavy motivují chování, které

směřuje k dalšímu užití drogy, neboť závislý si pamatuje vysoce posilující pozitivní pocity.....Změny v CNS vyvolané užíváním drog nejsou jen akutní, dochází také ke chronickým změnám (adaptace), ze kterých tak vzniká bažení a abstinenční syndrom, případně i relaps onemocnění. Dochází k rozvoji úzkostných a depresivních stavů.... Další negativní psychologické důsledky jsou výsledkem životního stylu závislých osob. Jsou problémy v sebehodnocení, s identitou a sebeporozuměním, je nízká sebedůvěra, může se vyskytnout zlost, hostilita, sebelítost (chudáčkování), nízká frustrační tolerance, obavy či strach. Některé mohou pochopitelně předcházet rozvoji závislosti (spouštěče), nebo ji usnadňovat, většinou se však jedná o důsledky.... Sociální dimenze představuje další část modelu. U závislých osob dochází k narušení mezilidských vztahů, trpí jejich rozvoj a udržování. Dochází ke ztrátě dovedností potřebných k řešení problémů, konfliktů (v manželství), k udržení intimních vztahů. U partnerů či blízkých dochází také k rozvoji maladaptivních strategií..... V širším kontextu se objevují konflikty se zákonem, v zaměstnání, finanční problémy, pokles sociálního statutu či sociální stigmatizace až nakonec ztráta rolí a společenského postavení vůbec. V neposlední řadě užívání návykových látek narušuje duchovní život člověka. Mnohdy vrcholí pocitem odcizení, izolace, prázdnoty a ztráty smyslu života (zvýšené riziko sebevraždy).“ (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 861-862) „Užívání návykových látek je precipitujícím faktorem sebevraždy (20 krát vyšší pravděpodobnost než v normální populaci). (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 863)

Obr.7

Obrázek 8.10.1: Biopsychosociální model nemoci (podle Kaplan a Sadock, 1994)



2.3 Teorie modelu 12 kroků dle AA a

Biopsychosociospirituální model

„Na AA (anonymní alkoholiky) se pohlíží spíše jako na „spolek“ nebo společenské hnutí, protože nedagnostikují, nepředepisují medikaci, nepíší léčebné plány a neprovazují skupinovou ani individuální terapii“ (*John Wallace in Rotgers a kol., str 17*) Přesto Rotgers čerpá stejnou měrou z literárních pramenů jak vědecké psychologické literatury, tak i literatury, kterou publikují AA a dále o jejich přístupu píše: „Přístup 12 kroků k původu, udržování a modifikaci závislého chování se na určitou dobu stal neformálním biopsychosociospirituálním modelem závislosti (Wallace, 1989a). Ačkoli je řeč modelu 12 kroků jazykem laiků a ne profesionálních psychologů či jiných vědců, je jazykem bohatým a vyčerpávajícím, vztahujícím se k mnoha fyzickým, psychologickým, sociálním a duchovním aspektům člověka.... Od svého založení nabízejí AA ve své literatuře nejméně dvoudimenzionální pojetí závislosti. Např. William Silkworth (Alcoholics Anonymous, 1976) ve svém klasickém díle „Alcoholics Anonymous“ věnuje pozornost jak biologickým, tak psychologickým faktorům alkoholismu. Pro Silkwortha byl alkoholismus výsledkem tělesné alergie na alkohol sdružené s psychologickým nutkáním namířeným k látce. Bill Willson (1953), zakladatel AA, hovořil o alkoholismu jako o „nemoci“, ale rozsáhle psal i o psychodynamických aspektech problémů s pitím. V průběhu nedávných let přijali teoretici programu 12 kroků formální biopsychosociální pojetí závislosti (např. Wallace, 1985, 1989c). Jak historie AA, tak moderní uvažování prozrazuje vztah k multidimenzionálním modelům závislosti“ (*John Wallace in Rotgers a kol., str 17-18*) K samotnému biopsychosociospirituálnímu modelu dále uvádí: „Stručně řečeno, tento model postuluje, že excesivní užívání alkoholu a jiných drog vede k hluboce negativním biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním důsledkům. S nimi se sdružuje úzkost, která provokuje další excesivní konzumaci, jež přináší ještě negativnější důsledky a vyšší úzkost. Tímto způsobem vzniká bludný kruh, který nemírné požívání drog a alkoholu udržuje.“ (*John Wallace in Rotgers a kol., str. 18-19*) V podstatě je tento model shodný s modelem biopsychosociálním a je obohacen o dimenzi spirituální, jejíž původ jak se zdá lze najít v AA či NA (Anonymní Alkoholici či Narkomani), kde jak se dozvíme později, je toto téma spirituality rozpracováno a základy veškeré intervence jsou u AA a NA na spiritualitě vlastně postaveny. Rotgers dále ve svém díle rozepisuje jednotlivé dimenze, kterých jsem se již dříve až na dimenzi spirituální vesměs dotknul, proto nyní přeskočme a podívejme se blíže na tu spirituální, jež popisuje vliv užívání drog na duchovní život člověka. Rotgers v této

souvislosti uvádí pocity odcizení, izolace, prázdnoty a ztráty smyslu a účelu života, kolizi morálních hodnot s chováním závislého ve stavu intoxikace ale i mimo ni atd. To vše závislého ale bohužel nemotivuje k abstinenci, ale jak Rotgers píše naopak k opakovanému užití: „Pocit zoufalství je častým důsledkem alkoholismu, ale také podnětem k dalšímu pití. Nic nemůže vnitřní prázdnotu alkoholiků a drogově závislých naplnit stejně jako alkohol a drogy.... Aktivní alkoholici a závislí se však nezabývají „trestem“, který přichází se zpožděním. Okamžitá úleva od nepříjemných stavů je vede k tomu, že se rozhodují v rozporu se svými zájmy.“ (John Wallace in Rotgers a kol., str. 22) Zdá se tedy, že závislí lidé se liší od normálních v tom, že jejich jedinou možnou strategií jak prožít a zpracovat utrpení běžného života, je užití drogy. Uvědomme si ale, že toto utrpení u nich s narůstající dobou závislosti nabývá jak na kvalitě, tak na kvantitě, nekompensuje se, naopak se měštná a začíná se jakoby integrovat a jeho působnost se šíří i na v čase stabilní složky osobnosti, které právě většinou souvisí s oním kostrbatým a často problematickým výrazem spiritualita. Řekněme, že každý člověk je na světě ukotven v jakési vlastní víře či samozřejmosti, v něčem o čem sice někdy pochybuje, ale jeví se mu to přesto stabilním, je s tím ztotožněn a je toho součástí. To člověku dává pocit, že stojí nohama pevně na zemi. Někdo věří Systému, Vědě, Demokracii, jiný zase v Boha. A když tvrdíme, že závislost člověka zasahuje i do jeho spirituality, říkáme tím v podstatě, že Bůh (Systém, Věda, Demokracie) závislého či alkoholika se pomalu stává v jeho vnímání také alkoholikem či závislým. A lze věřit opilému? Například, že je opilý už naposled a nikdy nebude už pít? Lze tedy pak věřit sám sobě? Je velmi zajímavé, že na jednu stranu závislý sám sobě příliš nevěří, což by mělo značně zjednodušit motivaci k léčbě a odevzdání se do léčby. Na straně druhé je toto často největším problémem. Skutečnost že nevěřím sobě, ještě totiž neznamená, že je někdo nebo něco čemu věřím více a v okamžiku krize jsem tedy já sám jediným, na koho se lze obrátit, přestože si příliš nevěřím.

pozn: Komu je odporné považovat Boha, Systém, Vědu, Demokracii.... za princip, který by mohl člověka ukotvovat, za princip který člověku dává pocit, že stojí nohama pevně na zemi-ten nechť si toto nahradí pojmem tzv. Belivef system (viz. dále kapitola 2.4.1.4 A-B-C schéma v kognitivní psychoterapii). Bůh, Systém, Věda... jsou zde pouze pro zjednodušení. Vše co tyto pojmy symbolizují či vyjadřují, může být ve větší či menší míře součástí tohoto Belife systému, jenž je u závislých údajně tolik pokřiven.

2.4 Kognitivně behaviorální model

Na počátek by bylo asi vhodné připomenout, že kognitivně behaviorální psychoterapie je schopna úspěšně intervenovat v obrovském spektru psychických poruch a jiných psychických obtíží, přičemž vychází z historicky dlouhodobě se formujících a na sebe navzájem navazujících teorií, jako jsou teorie učení (I.P.Pavlov, Skinner, J.B.Watson, Trondike, novější a komplexnější koncepce Bandurova sociálního učení a další), přes pozdější kognitivně „uzpůsobené“ teorie, které se více dotýkají toho „co se děje uvnitř člověka, v „černé skřínce“ a zabývají se tedy spíš tím, co leží mezi konci striktního silně behavioristického modelu S-R (stimul-reakce, příp. pozdějšího S-O-R stimul-organismus-reakce), tedy tzv. kognitivními procesy, jež dle těchto teorií mají významný vliv na R (rakci), vnášejí tak do středu zájmu procesy vnímání kdy tzv. gestaltisté odmítají a mění asocianistický „puzzle“ model vnímání na tzv. celostní pojetí vnímání, dále se zaměřují na procesy pozornosti jakožto selekčního aspektu vnímání, na procesy usuzování či myšlení a také se snaží dále prozkoumat a rozpracovat faktory fenoménu paměti a dalších jevů (F. Heider, K. Kofka, W. Köhler, M. Wertheimer, A. Ebbinghaus a další). Později pak s rozvojem počítačů a AI (UI-umělé inteligence) čerpá KBT i z poznatků tzv. kognitivních věd (K. Pribram, A. Aspect, J. Searle, I. Havel a další)

Kognitivně-behaviorální model vychází tedy z propojení historicky velkého spektra poznatků a snaží se dle mého názoru poměrně úspěšně vytvořit obecnou teorii vzniku a léčby psychických poruch a abnormalit a tu pak použít na konkrétní poruchy a odchylky, prostřednictvím obecných všudypřítomných pojmů jako jsou, jednání, chování, usuzování, mentální reprezentace, atd.

Pokusím se tedy velmi letmo a stručně popsat a vysvětlit základní pilíře a pojmy kognitivně behaviorálního pohledu.

2.4.1 Behaviorální teorie

„Z behaviorálního hlediska je lidské chování výsledkem procesu učení, tudíž stejné procesy učení, které vytvářejí problémové chování, jej mohou změnit.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 864*) „Důraz je tedy kladen na procesy učení: klasická teorie rozlišovala původně dvě formy učení, klasické a operantní podmiňování. Později přibyla třetí forma učení, sociální učení, čili učení nápodobou. Při vzniku a rozvoji závislosti hrají důležitou roli sociální učení a operantní podmiňování. Dnes je nepochybný vliv kognitivních procesů na vznik a udržování

chování (dalším typem učení je tzv. kognitivní učení)“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 864*)

Popis mechanismů učení a podmiňování viz níže.

Podobně uvádí i Kratochvíl: „Behaviorální psychoterapie získala podnět ke svému rozvoji v experimentální psychologii zabývající se studiem procesů učení a je pokusem aplikovat výsledky a metody této disciplíny na poruchy lidského chování...Odmítá spekulaci a staví na pozorovatelných a registrovatelných faktech a na jejich objektivním popisu...K zakladatelům tohoto směru patří anglický klinický psycholog H.J. Eysenck a americký psychiatr J. Wolpe....Wolpe definoval neurotické chování jako „přetrvávající návyk neadaptivního chování, získaného učením u fyziologicky normálního organismu“. Zásadní význam připisuje úzkosti, která je pravidelně součástí situace, v níž dochází k neurotickému učení a obvykle je též součástí neurotického syndromu. Podobně Eysenck uvádí, že neurotické symptomy jsou naučené vzorce chování, které jsou z nějakého důvodu neadaptivní.“ (*Kratochvíl 1997; str. 59-61*)

2.4.1.1 Klasické podmiňování

Dle Praška se předpokládá „že uživatelé drog podněty prostředí podmiňují, např. užitím drogy v tomto prostředí, v přítomnosti určitých lidí, dodržáním pravidel a rituálů. Z teorie klasického podmiňování vychází např. averzivní techniky, nácvik relaxace či techniky kontroly podnětů“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 864*)

2.4.1.2 Operantní podmiňování

„Dochází ke zpevnění či oslabení konkrétních vzorců chování, pozitivnímu nebo negativnímu, v závislosti na následcích tohoto chování....V případě závislosti to znamená, že jedním z nejdůležitějších faktorů je zpevňující efekt drogy. Vysvětlením skutečnosti, že závislý ignoruje negativní následky svého chování, je, že podněty ve vzdálenějším časovém období (negativní důsledky) mají na chování menší dopad než podněty (pozitivně zpevňující) následující bezprostředně po výskytu určitého chování (užití drogy)....Z hlediska léčby je důležité, že uživatel může sám zpevňovat (posilovat) to chování, které je v rozporu s užíváním drog.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 864*)

2.4.1.3 Sociální učení

„Je to učení nápodobou a pozorováním, z čehož vyplývá nezastupitelná role kognitivních procesů během této formy učení. Výsledek závisí na vzoru učení, na motivaci a očekávání pozorovatele...Z této teorie pocházejí techniky učení se sociálním dovednostem, asertivitě, práce se sebevědomím, zvládání hněvu a frustrace. Pro klienta může být potřebným vzorem třeba i terapeut.“ (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 864-865)

2.4.1.4 Behaviorální analýza obecně a poté konkrétně behaviorální analýza závislého chování

„Behaviorální analýzu představuje tzv. „**A-B-C schéma**“ (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 865) Obecně pak A-B-C schéma popisuje Praško v úvodu své knihy takto: „A= Antecedents; B= Behaviour and Beliefs; C= Consequences. Každý z těchto faktorů může vést k zesílení nebo zeslabení problému. Je důležité zjistit, které faktory mají na problém modulující vliv a zda a jaké vyhybavé chování je s problémem spojeno. V behaviorální analýze tedy zkoumáme sekvenci A-B-C:

A=antecedents- co předchází problémovému chování, čím je toto chování vyvoláváno. (aneb spouštěče)

B=problémové chování, které má 4 složky:-tělesné reakce, myšlení, emoce, zjevné chování.

C=následky (to, co udržuje toto chování)-krátko i dlouhodobé.

Behaviorální analýza tedy sleduje tři základní funkce:

1. popsat jasně konkrétní problémové chování (B)
2. určit, čím je toto problémové chování (zjevné chování, myšlení, emoce a tělesné reakce) vyvoláno (A)
3. určit, jaké důsledky problémové chování udržují (C)“

(Záleský in Praško a kol. 2007; str. 113)

Konkrétně u závislosti pak popisuje behaviorální analýzu Praško takto:

„**A**-představuje spouštěče (antecedenty), což jsou všechny faktory prostředí, situace a okolnosti, které vyvolají v konečném důsledku užití drogy, spustí bažení po droze či vedou k relapsu. Mohou to být také vnitřní spouštěče: tělesné signály či psychický stav nepohody, které byly či aktuálně jsou spojeny s drogou.

B-čili chování klienta ve všech modalitách:fyziologické reakce, emoce, myšlení a vlastní chování. Zaměříme se na bažení po droze, které podrobně analyzujeme ve všech zmíněných

kategoriích. Popíšeme rituál užití drogy, snažíme se s klientem do detailů popsat účinky drogy.

C-jako konsekvence čili následky. Je třeba rozlišovat následky bezprostřední, které jsou většinou po užití drogy pozitivní: příjemné účinky, úleva, únik od problému, uspokojení touhy, krátkodobý zisk z užití drogy. Kromě pozitivních jsou následky negativní: bezprostřední a dlouhodobé, které převažují. Klient si jich ale nemusí být vědom na začátku terapie, dopracujeme se k nim později a budou předmětem dalších terapeutických sezení....Stručně řečeno, behaviorální analýza tedy představuje popis problému užívání drogy, který zahrnuje, co se s klientem děje, co užití spustí a jaké má následky.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 865*) Co vše do A-B-C schématu může patřit se blíže dozvíme z jiných, než KBT přístupů. Např. psychoanalýza či rodinné terapie, které některé tyto faktory poměrně detailně analyzují a to nejen jako jednotlivosti ale i jako dynamické celky.

Kratochvíl na rozdíl od Záleského začleňuje A-B-C schéma do kognitivních teorií, jako jejího autora pak uvádí A.Ellise. Já jeho formulaci uvedu pro srovnání zde, přestože zřejmě patří až do následující kapitoly. „Ellis od počátku pracuje s jednoduchým základním schématem, které označuje jako ABC. Později je rozšířil ještě o písmena D, E a G.

Následuje-li po určitém vnějším podnětu A („activating event“) emočně nabitý důsledek C („consequence“), vypadá to zdánlivě tak, jakoby podnět či událost označená jako A byla příčinou důsledku C. Ve skutečnosti však, jsou emoční důsledky do značné míry způsobeny systémem názorů, postojů a přesvědčení jedince, který Ellis označuje jako B („belief system“). Ellisovo schéma A-B-C je vlastně specifickou formou behaviorálního schématu S-O-R...Jako základní motto cituje Epiktetův výrok „*Člověka neznepokojují samotné věci, ale jeho mínění o nich*“. Za hlavní úkol psychoterapie považuje Ellis pomáhat pacientovi odstranit jeho nerealistické názory.“ (*Kratochvíl 1997; str 69*)

2.4.2 Kognitivní teorie

„Pod název kognitivní psychoterapie řadíme psychoterapeutické postupy, které věnují prvořadou nebo alespoň značnou pozornost poznávacím procesům a to především myšlení. Odlišují se tím jak od behaviorální terapie, která ve své extrémní podobě vnitřní procesy zcela ignorovala, tak od škol psychoanalytických, které z vnitřních procesů zajímaly spíše pudové tendence a děje odehrávající se v nevědomí. Název kognitivní terapie volíme jako nadřazený pojem pro racionálně-emoční terapii A. Ellise a kognitivní terapii A.Becka....Společným

rysem těchto přístupů je orientace na vědomou činnost, na přítomnost a na využívání racionální logické argumentace.“ (Kratochvíl 1997; str. 68)

Podobně uvádí i Záleský: „Kognitivní procesy mají zprostředkovací funkci mezi podnětem a chováním. Jsou to všechny mentální procesy, které zpracovávají informace z vnějšího i vnitřního prostředí. Patří sem procesy vnímání, pozornosti, paměti, myšlení, hodnocení, přisuzování (atribuce), očekávání atd.....Neexistuje jediná ucelená kognitivní teorie. Jednu z největších kognitivních teorií, která se od té doby neustále vyvíjí (v rámci KBT i separátně), formuloval A.T.Beck. Podle této teorie jsou kognitivní procesy hierarchicky strukturovány (a-d).

a) „Jako **Kognitivní události** označujeme myšlenky, představy a automatické negativní myšlenky, které souvisejí s problémem klienta a jsou předmětem terapie“

b) „**Kognitivní operace** jsou komplexnější děje, při kterých se kognitivní události zpracovávají, hodnotí, posuzují.“

c) **Kognitivní omyly:** „Dochází ke zkreslení kognitivních událostí, jejich přecenění, nesprávnému zpracování atd...Pouze v případě, že k jejich aktivaci dochází nadměrně často a opakovaně, se rozvíjí psychická porucha či nemoc.“

d) „**Kognitivní schémata** jsou struktury, které představují souhrn základních a často nevědomých předpokladů o tom, jaký jsem, jaký je svět kolem mě a co mohu od něj očekávat. Týkají se oblastí výkonu, přijetí (sebe přijetí) a moci, která představuje nadměrnou potřebu mít sebe a události pod kontrolou (kompetence a autonomie). Vytvářejí se v raném dětství a mohou zůstat různě dlouho skrytá. Aktivace kognitivních schémat vede ke vzniku automatických negativních myšlenek, které představují špičku ledovce složitého uspořádání kognitivních procesů.“ (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 865-866)

Podobně o Beckově kognitivní terapii píše i Kratochvíl: „Kognitivní terapie A. Becka má v podstatě stejné východisko jako racionálně-emoční terapie Ellisova: za emoční poruchy odpovídá především nesprávné myšlení. Terapeut se zaměřuje na to, jak pacient interpretuje skutečnost a vede ho k přezkoumávání názorů. Učí ho rozlišovat mezi objektivní skutečností a subjektivním hodnocením....Osobnost se utváří pomocí schémat, poznávacích struktur, které se skládají ze základních přesvědčení. Ty se tvoří brzy v životě na základě osobních zkušeností i na základě identifikace s osobami, které jsou v životě jedince významné. Lidé si vytvoří představy o sobě, o druhých a o tom jak to na světě chodí. Schémata mohou být adaptivní nebo dysfunkční. Tak např. depresivní pacient smýšlí negativně o sobě, o svém okolí i o své budoucnosti. Toto dysfunkční pesimistické myšlení ovlivňuje jeho náladu,

motivaci, produktivitu i jeho vztah k druhým a vede k psychickým i somatickým příznakům typickým pro depresi. Uvedené negativní myšlenky nazývá Beck **automatické myšlenky**, protože se pacientovi samy nabízejí. Označují se také jako kognitivní zkreslení nebo **kognitivní omyly**.“ (Kratochvíl 1997; str. 72-73) Dále pak Kratochvíl uvádí příklady mnoha takových kognitivních omylů, uvedu zde tedy alespoň 3:

- 1) Zkreslený výběr faktů: Nepodstatný výběr je vytržen z kontextu. „Usmála se na něj. Určitě spolu něco mají“.
- 2) Nepřiměřené zevšeobecňování: Na základě jednotlivého případu se vyvozuje všeobecné pravidlo. „Nepovedlo se mi to. Nikdy se mi nic nepovede“.
- 3) Přehánění a bagatelizace: Maximalizují se neúspěchy a nepříjemné zážitky a minimalizují se příjemné zážitky a zásluhy. Rodina strávila hezký týden na rekreaci. „Byla to zkažená dovolená. Poslední den jsme se pohádali“. Nebo: „Zase jsem si vzal, jsem prostě feťák, je zbytečné s tím cokoli dělat, vždycky prostě dřívě či později recnu (recidiva), ani ta nejlepší léčba nemá smysl, zase jsem zahodil rok léčby“.

„Terapeut učí pacienta poznávat tyto automatické myšlenky, označit je, vzít je jako hypotézy, podrobit je logické kritice a postavit proti nim myšlenky věcně přiměřenější, které zachycují i kladné stránky života.“ (Kratochvíl 1997; str. 74)

2.4.2.1 Kognitivní model závislosti

„Podle kognitivní teorie jsou závislosti extrémní komplexní procesy, které jsou charakterizované hluboko uloženými a přetrvávajícími maladaptivními přesvědčeními (jádrová přesvědčení). Ta se vytvářejí, jak jsme již zmínili, v raném dětství vlivem působení kritických zážitků a zkušeností a ze začátku nejsou nijak spojena s užíváním alkoholu či drog. Na formování schémat má vliv rodinné, sociální a kulturní prostředí. Negativní zážitky v raných stádiích vývoje vytvářejí schémata, která vedou ke zranitelnosti jejich nositele, zůstávají latentní (neprojeví se) až do doby jejich aktivace nějakou událostí (kontakt s drogou)....Když se na užívání drog podíváme zblízka, v kratším časovém intervalu, můžeme identifikovat jednotlivé spouštěče, které se objevují v jistých, vysoce rizikových situacích. Ohrožují sebekontrolu uživatele a zvyšují riziko relapsu či dalšího užití. Vyvolávají automatické myšlenky, které jsou odvozeny z jádrových přesvědčení uživatele a vyvolávají nutkání a bažení po droze. Společně s emocemi, náladou, faktory prostředí (sociální tlak) to vede ke vzniku facilitujících (umožňujících) přesvědčení. Obvykle jsou kognitivně zkresleny a snižují schopnost tolerovat bažení. Znamenají v podstatě oprávnění, potvrzení nějaké

skutečnosti, bagatelizují („Život nestojí za nic, tak je jedno jestli kouřím.“). Čím jsou silnější, tím snadněji uživatel podlehně nutkání.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 866*)

„Z kognitivní teorie vycházejí postupy jako nácvik komunikačních dovedností, zvládání stresu, sebekontroly a prevence relapsu.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 867*)

2.4.3 Kognitivně behaviorální model

„Vznik a udržování užívání návykových látek vysvětluje jak teoriemi učení (podmiňování, sociální učení), tak vlivem kognitivních proměnných, za spoluúčasti faktorů prostředí. KBT minimalizuje vliv příčinných genetických faktorů, větší důraz klade na interakci biologických komponent určujících konstituci osobnosti, faktorů prostředí a jednotlivých procesů učení. Výsledkem je závislost jako maladaptivní forma chování a způsobu života vůbec.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 864*)

„KB model závislosti předpokládá, že začátek užívání drog je ovlivněn kombinací stávajících **faktorů vnějšího prostředí** (např. dostupnost drogy, normy a pravidla v komunitě), **fyziologických reakcí jedince** na první setkání s drogou (z něhož vyplyne pozdější zpevňující charakter) a konstituce a struktury jeho osobnosti (predispozice k užívání, tj. osobnostní rysy a předpoklady, zvláštnosti neurochemických systémů mozku, vliv výchovy a prostředí na formování **jádrových přesvědčení**, postojů, schopnosti tolerovat a zvládat stres a frustraci, sociální a interpersonální dovednosti a spousta dalších)...Záleží na tom, do jaké míry bude droga regulátorem nálady, jak moc začne jedinec používat drogu jako hlavní **způsob zvládání** emocí. Pokud dovednosti zvládat emoce chyběly před začátkem užívání, droga může sloužit jako **kompensatorní mechanismus**. Některé osobnostní rysy (impulzivita, touha po vzrušení a vyhledávání nového) také zvyšují riziko konzumace návykových látek.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 867*)

2.5 Psychoanalytické teorie

O psychoanalytických teoriích se Praško zmiňuje jen letmo, zato ale shrnuje všechny důležité body, ve kterých se tento přístup liší od ostatních, když píše: „Psychoanalytické teorie považují užívání drog za příznak skryté poruchy, předpokládají, že stávající problémy závislých existovaly již dříve a tuto závislost způsobily, neuznávají heterogenitu (různorodost) závislých osob a konečně považují výskyt závislosti za vážnou patologii a jsou skeptické, co se týká účinnosti léčebných intervencí.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 862*)

Nyní se pokusím popsat vše blíže. Rotgers v první řadě uvádí, že čerpá z nejšířší definice psychoanalýzy, kterou chápe jako sjednocení různě pojatých přístupů (i když tato pojetí jsou snad spíše důsledkem vývoje psychoanalýzy v čase), kde sjednocuje Freudův pohled, tzn. pohled který staví na koncepci pudů a jejich proměny, s pohledem který klade primární důležitost na „vztahy s ostatními“, v jehož souvislosti uvádí jako zástupce Sullivana a Fairbairna. „...máme na mysli teorii a praxi, které se soustředí na to, jak se nevědomé stává vědomým, přičemž mezi nevědomý materiál jsou zahrnuty jak vnitřní pudy, tak i reprezentace vztahů s druhými“, dále píše: „Psychoanalytické teorie jsou teorie motivace- snaží se například vysvětlit, proč osoba začne užívat návykové látky a proč si závislost na těchto látkách udržuje.“ (*Jeremy Leeds, Jon Morgenstern in Rotgers a kol.; 1999 str. 59*) V této souvislosti pracuje s pojmy jako jsou lidské potřeby, u kterých zmiňuje jak vědomou tak nevědomou složku a dále konflikt který může nastat jak mezi těmito potřebami navzájem tak mezi potřebami a tlakem zvnějšku, jehož reprezentantem mohou být například společenské normy. Tento konflikt se pak může projevit v chování a jednání nositele konfliktu (například užíváním drog), tento projev pak nazývá obecně Rotgers ve smyslu psychoanalytickém jako symptom, odvolává se prostřednictvím Laplanche a Pontalise na Freuda: „...pojetí symptomu jako vnějšího vyjádření vnitřního konfliktu nebo konfliktu mezi vnitřní potřebou a určitým vnějším omezením...Užívání návykových látek je v rámci psychoanalytické koncepce obvykle považován za symptom, který je reakcí na vnitřní konflikt.“ (*Jeremy Leeds, Jon Morgenstern in Rotgers a kol.; 1999 str. 59*)

Dále Rotgers popisuje vývojový trend psychoanalýzy v přístupu k léčbě závislostí, který zakončuje teoriemi 4 psychoanalyticky orientovaných autorů (viz. níže), také poněkud skeptickým pohledem na její samostatné uplatnění při léčbě závislostí. Pro tuto skepsi údajně existují mnohá vysvětlení: „Jedno spočívá na předpokladu, že pro užívání návykových látek je psychoanalýza nevhodná, anebo je závislost znakem takové poruchy a slabosti ega, že by psychoanalytická léčba byla pravděpodobně stejně nevhodná. Odtud pramení velmi rozšířené tendence tyto pacienty odmítat a odkazovat je na programy založené na 12 krocích.“ (*Jeremy Leeds, Jon Morgenstern in Rotgers a kol.; 1999 str. 61*)

Leon Wurmser

„Zastává teorii, že osoby užívající návykové látky mají kruté a destruktivní superego, které hrozí, že je zaplaví zuřivostí a strachem. Užívání návykových látek je pokusem uniknout těmto nebezpečným afektům“ (*Jeremy Leeds, Jon Morgenstern in Rotgers a kol.; 1999 str.*

61) Tyto emoce (zuřivost a strach) jsou dle Wurmsera údajně produkty skutečných zničujících traumat prožitých v průběhu ranného dětství. To vše údajně vede k pocitům nepřátelství vůči autoritě, rebelantství a vzdorovité neposlušnosti a dále k rozvoji krutého superega a pochybách o vlastní hodnotě.

Edward Khantzian

„Jeho práce je založena na myšlence, že podstatu problémů osob, které užívají návykové látky, tvoří deficity, nikoli konflikty.“ (*Jeremy Leeds, Jon Morgenstern in Rotgers a kol.; 1999 str. 62*) Khantzian tvrdí že osoba tyto osobnostní deficity kompenzuje specifickými účinky drog. Jeho teorie je jedinečná tím, že nepracuje obecně se závislostí na drogách, ale pracuje se specifickými účinky jednotlivých drog, jakožto prostředky pro kompenzaci příslušných deficitů. Například osoby závislé na opiátech vyhledávají údajně jejich antiagresivní účinek, predispozičním faktorem (deficitem) je zde tedy agrese a veliký potenciál intenzivního afektu. Osoby závislé na kokainu zase vykazují údajně zase jiný okruh predispozičních faktorů jako například, premorbidní chronické deprese, samotné abstinenci deprese, hyperaktivní emoční symptom lability či porucha pozornosti atd.

Henry Krystal

Nabízí dvě teorie zdůvodňující užívání návykových látek, přičemž obě opět předpokládají vážné narušení v ranném vývoji. První teorie vysvětluje závislost jako důsledek jisté varianty hraniční patologie. „Vztah drogově závislého ke konzumované droze představuje člověka, který si v dospělosti odehrává primitivní a infantilní fantazie. A tak se napjaté, nestabilní osobní vztahy, zlostné chování, problémy s péčí o sebe samého a nutkání užívat návykové látky stává součástí pokračujícího destruktivního dramatu. Krystal (1978) to považuje za „základní dilema“ drogově závislých.“ (*Jeremy Leeds, Jon Morgenstern in Rotgers a kol.; 1999 str. 63*)

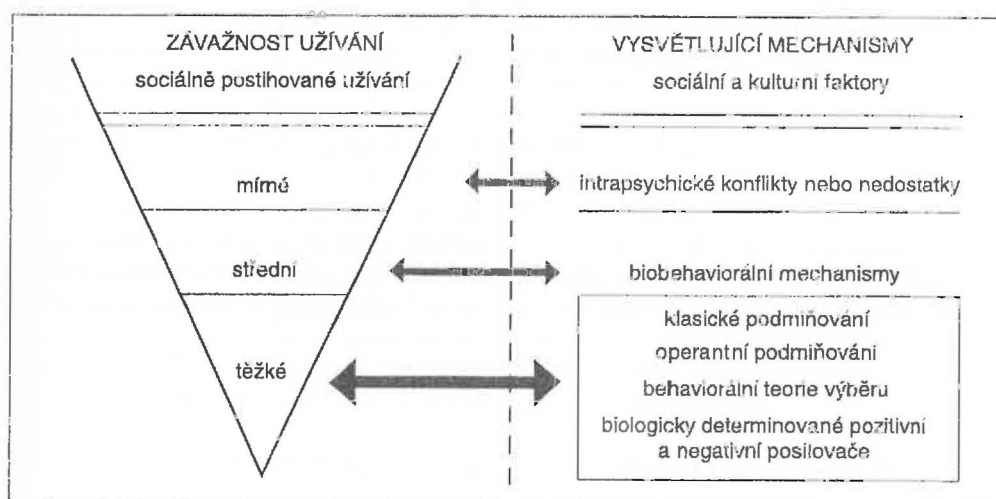
Druhá teorie nabízí podobnou komorbiditu, tentokrát s tzv. „alexithimií“ tedy s neschopností rozeznat kognitivní aspekty vlastních emočních stavů. Namísto schopnosti kognitivně uchopit či pojmenovat aktuální prožívání, takový člověk prožívá údajně jakýsi „globální fyziologický stav a napětí“, které vlastně pramení z neschopnosti toto jakkoli zpracovat. Jako vhodná strategie ke kompenzaci se pak nabízí užití některé návykové látky, která nabízí uvolnění.

Joyce McDougall

Vidí užívání návykových látek jako patologické psychosomatické jevy když píše: „Psychosomatické jevy jsou všechny případy fyzického poškození nebo nemocí, ve kterých hrají důležitou roli psychologické faktory. Jsou to například predispozice k úrazům, snížení imunologické ochrany (při stresu se někdo stane rychleji obětí infekční choroby) nebo je náchylnější ke vzniku závislosti, která je „psychosomatickým“ pokusem, jak se vyrovnat s bolestným konfliktem dočasným otupěním vědomí“ (McDougall 1989, str. 19 in Rotgers a kol.; 1999 str. 64) Důsledkem této strategie údajně je kompenzace těchto negativních a vlastně nevědomých pocitů, jež na rovněž nevědomé úrovni toto patologické chování vyvolaly a jejichž uvědomění je jaksi z nejrůznějších důvodů nepřijatelné a tudíž nelze tyto pocity kognitivně zpracovat a kompenzovat. Proto se kompenzují tímto mechanismem.

Tyto teorie jsou ale dle Rotgerse často napadány z mnoha důvodů, těmi hlavními jsou: že dle psychoanalytických teorií údajně naléhavost problémů nesouvisí s množstvím a rozsahem užívání, hlavní roli hraje osobnost a její patologie v důsledku čehož údajně psychoanalytický přístup přehlíží i vliv aktuálních kulturních, behaviorálních, a biologických sil. V těchto bodech se tato teorie zásadně liší od empiricky podložených paradigmat, jejichž poznatky o faktorech závislosti v souvislosti s její intenzitou stručně vyjadřují níže uvedené obrázky 8. a 9.

Obr.8



Obr.9

STUPEŇ ŠKODLIVÉHO UŽÍVÁNÍ	VYSVĚTLUJÍCÍ MECHANISMY
Společensky postihnutelné užívání	Sociální a kulturní faktory
Mírné	Intrapsychický konflikt nebo deficit
Střední	Biobehaviorální mechanismy
Silné	Klasické podmiňování Podmiňování účinkem Preferované behaviorální teorie Biologicky určené pozitivní a negativní budiče

Rotgers ale sám za sebe psychoanalytické teorie neočerňuje a naopak je využívá pro vysvětlení mírných forem závislosti, když takto popisuje výše uvedený obrázek: „Model syndromu závislosti na levé straně je použit ke znázornění přechodu od sociálně postihnutelného užívání návykových látek k mírným, slabým a vážným formám závislosti. Na pravé straně jsou dominantní skryté mechanismy, které řídí škodlivé užívání v jednotlivých fázích přechodu. Normální užívání je ovládáno především kulturními a sociálními faktory. Víru v pozitivní účinky návykových látek ovlivňují například sociální normy a vzory. Jisti jedinci si však vytvoří osobní a svébytnou víru v to, že návykové látky mají moc poskytnout únik od bolestivých afektů nebo únik od sociální odpovědnosti. U těchto jedinců začíná být užívání těchto látek puze potřebou regulovat vnitřní stavy a konzumace návykových látek se posouvá od normálního k patologickému užívání. Buď kvůli konfliktům či deficitům, nebo kvůli vážným a/nebo dlouhotrvajícím stresovým faktorům jsou tyto jedinci zejména citliví na tu vlastnost drogy, která okamžitě pozitivně ovlivní kvalitu prožívání. Na této úrovni mírné závislosti mohou být motivy a struktury popisované v analytických teoriích dominantními příčinami a mechanismy, které determinují užívání drog.“ (*Jeremy Leeds, Jon Morgenstern in Rotgers a kol.; 1999 str. 68*) Na dalších úrovních se pak již však proces závislosti začíná vysvětlovat za pomoci teorií učení a biologicky podmíněných mechanismů-viz teorie KBT.

2.6. Teoretická východiska terapií orientovaných na rodinu

„Odborníci na duševní zdraví se shodují v tom, že rodina hraje ústřední roli v etiologii, udržování i při léčbě nejrůznějších psychických a psychiatrických poruch.“ (*Barbara S. McCardy, Elisabeth E. Epstein in Rotgers a kol, str. 97*) Ve druhé polovině 20. stol. bylo podniknuto mnoho výzkumů zkoumajících „funkci“ většinou alkoholismu v rodinách v souvislosti s nejrůznějšími teoretickými východisky. (psychodynamické modely (Whalen

1953); (MacDonald 1956), sociologické modely, modely rodinného systému (Davis, Berenson, Steinglass a Davis 1974) (Wolin, Bennett, Noonan a Teitelbaum 1980), behaviorální modely (Billings, Kessler, Gomberg a Weiner 1979) (Frankenstein, Nathan, Sullivan, Hay a Cocco 1985), modely nemoci rodiny (Cermak 1986). Výsledky těchto výzkumů zdá se ukazovaly, že alkohol může v rodinných vztazích v určitém směru hrát pozitivní roli, což může užívání alkoholu dále upevňovat v určitou strategii. Rotgers píše: „Tato pozorování vedla k hypotéze, že alkohol má v rodině jistou pozitivní funkci, která stabilizuje role v rodině, umožňuje vyjádření afektu, zvyšuje intimitu mezi členy rodiny a umožňuje probírání témat, kterým by se rodina za střizliva vyhýbala. Tato skupina pozitivních funkcí byla nazvána adaptivní důsledky alkoholismu (Davis, Berenson, Steinglass a Davis, 1974).“ (Barbara S. McCardy, Elisabeth E. Epstein in Rotgers a kol, str. 99 „V pozdějších studiích však identifikovali dva subtypy alkoholiků- stabilní, kteří pijí doma, a záchvatovití, kteří pijí venku. Konzumace alkoholu byla spojena s pozitivními důsledky pro rodinu u první uvedené skupiny, ale s negativními důsledky u druhé (Dunn, Jacob, Hummon a Seilhamer, 1987; Jacob, Dunn a Leonard, 1983)“ (Barbara S. McCardy, Elisabeth E. Epstein in Rotgers a kol, str. 100) Cermak jakožto zástupce modelu nemoci rodiny zase píše že: „...jsou členové rodiny nemocní stejně jako alkoholik. Jejich nemocí je codependence (spoluzávislost, pozn. překl.). Codependence je popisována jako „zjevný vzorec osobnostních rysů, který lze předpokládat u většiny členů závislých rodin.(Cermak, 1986, str.1)“ (Barbara S. McCardy, Elisabeth E. EPstein in Rotgers a kol, str. 101) Teorie rodinného systému pak svým předpokladem vlastně vysvětluje, proč je nutné s alkoholikem léčit i jeho rodinu a potvrzuje tak i výše uvedené výzkumy. „Předpokládá se, že rodinu určuje zákon homeostázy. Všechny systémy fungují tak, aby se udržela rovnováha, stabilita a klid. Faktory, které ohrožují fungování rodiny nějakou změnou, ohrožují tuto homeostázu, a předpokládá se, že rodinný systém se pokusí změně vyhnout. Model rodinného systému tedy předpokládá, že pokud rodina s alkoholikem funguje jako stabilní rodinná jednotka, abstinence by mohla narušit homeostázu a ohrozit systém.“ (Barbara S. McCardy, Elisabeth E. EPstein in Rotgers a kol, str. 99)

Tolik tedy ve stručnosti k teoretickým východiskům terapií zaměřených na rodinu, které do problematiky závislostí tedy vnáší a dále analyzují další její podstatný faktor.

III

PSYCHOTERAPIE V PRAXI A PŘEHLED INSTITUCÍ URČENÝCH PRO INTERVENCI V OBLASTI UŽÍVÁNÍ DROG V ČR.

1. PŘEHLED A SPECIFIKA INSTITUCÍ V ČR, U KTERÝCH MŮŽE HLEDAT UŽIVATEL DROG POMOC; URČENÍ CÍLOVÉ SKUPINY KLIENTŮ DANÉ INSTITUCE.

V oblasti intervence či péče o drogově závislé osoby se v ČR zpravidla můžeme setkat primárně se dvěma odlišnými organizacemi. První z nich je součástí nějakého zdravotnického komplexu- většinou p.o. (příspěvková organizace) (nejčastěji jde o psychiatrická oddělení nemocnic či klinik, či o psychiatrické léčebny-dále jen PL). Druhá z nich má formu většinou o.s. (občanského sdružení) či o.p.s. (obecně prospěšné společnosti) a existuje jako speciální organizace zabývající se intervencí a péčí o klienty s drogovou minulostí, či aktuální uživatele návykových látek (ve většině případů však mimo alkohol).

Oba typy organizací jsou financovány ministerstvem zdravotnictví ČR. Druhý typ organizace však zajišťuje uživatelům, či bývalým uživatelům zpravidla nealkoholových drog mnohem širší intervenci, kdy tato už nemusí vždy spadat pod zájem ministerstva zdravotnictví a tehdy nastávají problémy s financováním. Chybějící prostředky se pak většinou zajišťují prostřednictvím neustálých žádostí o granty z ESF nebo o dotace z těch ministerstev, do jejichž zájmu daná intervence spadá (v případě pracovní a sociální agentury je to např. MPSV)

Tento druhý druh organizace pak zastřešuje mnoho vlastních oddělených pracovišť, která se vzájemně liší cílovou skupinou, tedy specifiky své klientely.

První místo, které drogově závislý většinou navštíví na své cestě k dobrovolné změně, bývá většinou kontaktní centrum- K-centrum, impuls k této cestě však může vzejít ze setkávání s terénním pracovníkem, pracujícím v rámci tzv. terénních programů.

1.1. Terénní programy a K-centra

Teoreticky jde sice o dvě oddělená pracoviště, ale prakticky jsou určena stejné klientele a tou jsou stávající uživatelé návykových látek. Pracovníci terénních programů (streetworkeri) operují na otevřené drogové scéně (místa s největším výskytem závislých, nejčastěji hlavní nádraží větších měst či velká obchodní centra). Motivují uživatele (pomocí výměny injekčních stříkaček) k opakovanému setkání s nimi a navázání „bližšího“ vztahu, kdy se mohou pokusit uživatele pozvolna motivovat ke změně. Dalším „trikem“ je často nabídka spolupráce drogově závislého a streetworkera. Úkolem drogově závislého je zajistit výměnu stříkaček na uzavřené drogové scéně (např. byty či místa, kde se vyskytuje množství závislých bránících se kontaktu s institucemi poskytujícími pomoc-důvodem může být trestní stíhání apod.). Trik tkví v tom, že spolupracující závislý musí při výměně použitého materiálu za čistý navštívit K-centrum, kde se musí evidovat. Odměnou je mu kolem až 400Kč/týden (v případě Sananimu), dále možnost hygieny-sprcha, občerstvení.

1.2. Ambulantní služby či péče

Většinou jde o zařízení kde je klientovi ambulantně poskytnuta specializovaná lékařská či psychoterapeutická péče, kterou zajišťují zpravidla psychiatři či psychologové. Tato pracoviště jsou buďto součástí nemocnic či PL tedy zdravotnických zařízení, nebo jsou součástí jiných organizací než zdravotnických zařízení (viz. úvod k této kapitole), či jde o privátní, většinou psychiatrické či psychologické ambulance.

1.3. Denní stacionáře

„Denní stacionář je typickým zařízením na poloviční cestě mezi běžnou ambulantní péčí a péčí ústavní, mezi domovem a institucí. Poskytuje denní péči (zdravotní, psychoterapeutickou, ošetrovatelskou, sociální, výchovnou, rehabilitační apod.) tedy péči přes den, nelůžkovou, obvykle jen v pracovní dny.“ (Kalinka a kol. 2001a) (*cit. dle Večeřová, P., 2007; str. 25*)

1.4. Ústavní léčba

Tato léčba spadá většinou pod pavilon závislostí některé psychiatrické léčebny a trvá zpravidla 3-6 měsíců. Pro některé klienty je často jedinou možnou alternativou dlouhodobé

léčby mimo domov. Neboť léčba v TK (viz. níže) předpokládá několik charakteristik, které nejsou typické pro všechny drogově závislé klienty-například dobrovolný vstup do léčby (např. soudem nařízená léčba je kontraindikací pro vstup do TK), věk klienta (do TK mohou klienti starší 18 let, výjimku tvoří některé TK které tuto hranici snižují již na 16 let), komorbidita s jinou duševní poruchou a další kontraindikace pro vstup do TK.

S ústavní léčbou souvisí zpravidla tzv. **detoxifikace**, jež je vlastně vstupem do ústavní léčby a předchází ji. Opět je proti pravidlům i smyslu TK, aby do léčby nastoupil klient, který je pod vlivem účinku drogy (jak krátkodobým, tak dlouhodobým.) **Detoxifikační jednotky** jsou určeny k zvládnání odvykacích stavů a intoxikací vyvolaných užitím návykové látky. Některé (v závislosti na organismu klienta, době a druhu užívané látky) odvykací stavy mohou totiž bez péče lékařů ohrožovat klientův život. Proto je detoxifikace časově delší proces, vyžadující často užívání mnoha léků vč. psychofarmak. Detoxifikační jednotky jsou tedy zpravidla vždy součástí zdravotnického zařízení.

V této souvislosti bych měl uvést, co vlastně znamenají výše již mnohokrát zmíněné výrazy, **lapsus, relaps, recidiva a remise**.

1.4.1 remise

„Remise onemocnění: podle DSM to znamená, že po dobu 1 měsíce není přítomné žádné kritérium pro závislost na návykové látce, tato remise je buď částečná, nebo úplná.“
(*Praško a kol. 2007; str. 863*)

1.4.2 lapsus, relaps a recidiva

„**Relapsem** nazýváme návrat onemocnění po období jeho remise.“ (*Praško a kol. 2007; str. 863*)

„Selhání a relapsy jsou spíše pravidlem než výjimkou v léčbě drogových závislostí. Bohužel je relaps negativně vnímán jak klientem, který může prožívat pocit studu, selhání, depresi, tak i terapeutem, který jej považuje za selhání léčby nebo svoje selhání a vinu. Zde je důležité rozlišit **selhání (lapsus) a relaps**. Selhání je událost nebo situace, ve které je klient schopen korigovat své chování a kontrolovat se. Relaps představuje návrat k předchozímu stavu s pocitem ztráty kontroly. Terapeut by měl zdůraznit rozdíly, s důrazem na skutečnost, že objevení se lapsu neznamena nevyhnutelně **relaps (recidivu)** onemocnění. V KBT je klient povzbuzován, aby využil selhání ve svůj prospěch k posílení abstinence. Myšlenka, že lze

zvládnout jednu epizodu, je pro klienta velmi povzbuzující. Vědomí, že se může vrátit do terapie a přitom není vše ztraceno, klientovi hodně pomáhá.“

(Záleský in Praško a kol. 2007; str. 876)

1.5. Léčba v terapeutické komunitě

„TK je zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie. Je to malý model společnosti, kam klienti promítají problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem (Kratochvíl 1979).“ „TK nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál TK se spatřuje ve stálém napětí, mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učáním a nácvikem na straně druhé (Kalinka 2001 b)“ *(cit. dle Večeřová, P., 2007; str. 25-26)*. To vše je ukotveno v komunitní léčbě prostřednictvím hierarchie vztahů a pravidel a dále aktivit v programu TK mezi něž patří: Setkání komunity, skupinová, pracovní a částečně individuální a rodinná terapie. V praxi bych individuální a rodinnou terapii nazval spíše poradenstvím v tomto směru. Dále se konají v rámci TK také nejruznější vzdělávací, sportovní a zátěžové akce. Součástí individuální terapie je pak také poradenství v rámci orientace v sociální kompetenci běžného občana (sociálně právní problémy, práce, zdraví-hygiena atd.) Další a velmi podrobné informace o TK budou uvedeny v praktické části této práce.

1.6. Doléčovací centrum, chráněné bydlení a chráněná práce.

Tzv. chráněné bydlení a někdy i chráněná práce bývá součástí doléčovacího centra. Doléčovací centrum (dále jen DC) je poslední část cesty bývalého uživatele drog k osamostatnění v životě bez drog. Z pravidla se klienty DC stávají absolventi TK (terapeutických komunit), kteří si často již několik měsíců před opuštěním TK podávají žádost o pobyt v DC. DC má fungovat jako prostředek k udržení navozených změn chování i prožívání závislého v již poměrně běžném sociálním prostředí. Klient je zde již vystaven tlaku běžného sociálního prostředí, opouští tedy ochranné a poměrně sterilní prostředí komunity a snaží se pomalu začlenit opět, tentokrát ale nepatologicky, do společnosti, kde se na rozdíl od TK může setkat s drogami a hlavně alkoholem, který často může fungovat jako spouštěč, či jako substance nahrazující předešlou drogu, na které byl klient závislý. V průběhu pobytu

v DC klient hledá obvykle zaměstnání a poté vlastní bydlení, v průběhu čehož obvykle může využít možnost pracovat v chráněné práci. Na závěr nutno říci, že jak se zdá, tak dle slov klientů jsou kvalita a zázemí DC v české republice velmi různé. Pobyt klienta v DC je časově omezen.

1.7. Pracovní a sociální agentura.

Ohnisko problému recidiv jak se zdá leží ve velké míře v zaměstnání a potažmo životní úrovni bývalých uživatelů. Je dobré si uvědomit, že jsou to povětšinou lidé, kteří jsou schopni si v krátkém časovém úseku obstarat obrovské finanční částky, zpravidla ilegální cestou. Zdá se, že je velmi snadné si představit dilema takového člověka při výběru povolání, či činnosti vlastní obživy.

Většina klientů absolvujících TK jsou ve věku od 18 do 25 let, ostatní absolventi jsou starší, avšak velmi zřídka starší 35 let. Mezi klienty TK lze často najít takové, jejichž nejvyšší dosažené vzdělání je ukončená ZŠ a nedostudovaná či přerušovaná SŠ, přičemž si troufám říci, že jde v nadpoloviční většině o průměrně až nadprůměrně inteligentní individua, čímž chci říci, že příčina nízkého stupně dosaženého vzdělání není vždy nedostatek intelektu (to se zřejmě týká ale i zdravé populace). Může se pak tedy snadno stát, že možnosti pracovního uplatnění takového člověka opouštějícího léčbu a stavějícího se na vlastní nohy nespĺňují jeho vnitřní očekávání. Navíc je častým jevem, že klient má záznam v trestním rejstříku, což opět velmi zužuje jeho možnosti pracovního uplatnění, mnoho zaměstnavatelů a nemálo profesí přímo vyžadují čistý trestní rejstřík. Reálně klient sice situaci chápe, ale velmi těžko se s ní smíruje, je totiž poměrně bezvýchodná. Často se snaží o dostudování střední školy při práci s vyhlídkou na lepší pracovní uplatnění.

V hledání co nejideálnějšího pracovního uplatnění mu pak může pomoci právě speciální pracovní agentura, která oslovuje zaměstnavatele a selektuje ty, jenž jsou ochotni zaměstnat i tyto lidi. Práci u těchto zaměstnavatelů pak nabízí svým klientům. V ČR zatím existují údajně pouze 2 takovéto agentury. Jedna je v Praze, druhá v Brně. Důvodem malého počtu agentur jsou údajně nedostatečné finanční zdroje. Právě činnost těchto agentur nespádá pod zájem ministerstva zdravotnictví, ale pod MPSV, které ale zatím prý příliš neakceptuje potřebu speciálních pracovních agentur pro specifické klienty a vše se snaží řešit přes úřad práce.

Pozn: Mimo jiné zde narážíme snad i na příčinu dělení závislostí na alkoholové a nealkoholové. Ve většině literatury, se můžeme totiž setkat s tím, že většina poznatků o závislostech obecně je demonstrována na příkladech závislosti na alkoholu (např. Praško, Rotgers, Nešpor). Když mechanismy závislostí jsou u všech drog včetně alkoholu podobné, proč se často léčba dělí a uvádí se, že je určena pouze pro klienty závislé na nealkoholových drogách? Proč se v TK neléčí i závislí na alkoholu? Proč speciální pracovní agentury poskytují své služby mimo jiné jen bývalým uživatelům nealkoholových drog? Proč K-centra intervnují v oblasti nealkoholových drog?

Příčina zřejmě neleží ani tak v různorodosti mechanismů závislosti na alkoholu či na ostatních drogách, ale leží spíše v specifikách klientely. Zatímco převážná většina závislých na nealkoholových drogách jsou mladí lidé s nízkým dosaženým stupněm vzdělání, tak skupina alkoholiků se dá jen velmi těžko podobně vymezit. Mezi alkoholiky jsou mladí, starší i staří lidé (určitě bych ale nehledal většinu v kategorii do 25 let, spíše naopak). Mezi alkoholiky jsou jak lidé s nejvýše dosaženým základním vzděláním tak i lidé s několika akademickými tituly. Proto většina institucí (mimo psychiatrické léčebny, či privátní psychiatry a psychology) pracuje spíše s nealkoholovými závislostmi, skupina těchto klientů se zdá být více čitelnější a koherentní v oblasti specifických potřeb, na něž tak mohou být tyto instituce připraveny. U alkoholiků je zřejmě intervence a léčba velice individuální.

Dalším podstatným rozdílem mezi uživateli alkoholových a nealkoholových drog je to, že uživatelé alkoholových drog jsou „znevýhodněni“, tím, že se i po léčbě jen těžko mohou vyhnout společnosti, ve které se konzumuje alkohol. Naproti tomu bývalý uživatel nealkoholových drog je motivován k tomu, aby zrušil veškeré rizikové kontakty z období, kdy užíval a snažil se vytvořit si zázemí, ve kterém se drogy na nichž je (byl) závislý nevyskytují. Toto se alkoholikovi jen těžko může podařit, chce-li být součástí společnosti. Zde tedy leží další ohnisko v charakteru závislosti, potažmo pak i v charakteru a pilířích její léčby. TK má smysl pouze pro nealkoholové závislosti, jelikož jedna z jejich základních funkcí je vytvořit klientovi sterilní prostředí, prostředí bez drog a tuto hodnotu v průběhu léčby klientovi vštěpit tak, že pro klienta samého po odchodu z TK bude prioritou pohybovat se a budovat vztahy mezi „nezávadovými“ lidmi. Alkoholik je odsouzen bohužel k tomu, že denně naráží a bude narážet ve svém okolí na lidi, kteří v různé míře alkohol konzumují, přičemž s těmito lidmi přesto buduje vztahy. Zde jde tedy o boj mezi legalitou a ilegalitou držení či konzumace návykových látek. Dostáváme se tedy opět jako v úvodu či doslovu na pole politiky a sociálně právních problémů, nakonec i ekonomiky, reklamy a propagace ale samozřejmě i kulturních tradic. Zdá se, že vše souvisí se vším, jen ta cesta souvislosti je velmi dobře maskovaná. Otázkou může být: kdo ji maskuje a proč, nebo to můžeme posunout na úroveň intrapsychickou a zeptat se pouze proč ji sami maskujeme atd. atd.

1.8. Instituce určené nejen pro přímé uživatele drog

Jedná se o různá drogová informační centra a poradny pro rodiče, která mohou sloužit jako první místo, kam se lze obrátit v případě pocitu potřeby.

2. PSYCHOTERAPIE V PRAXI

2.1. KBT v léčbě závislostí

„Většina komplexních léčebných programů pro klienty závislé na alkoholu a drogách využívá některé prvky či přístupy přímo pocházející nebo odvozené z kognitivně behaviorálního přístupu. Množí se důkazy o její účinnosti, v některých případech je významně úspěšnější ve srovnání s jinými metodami...“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 863*)

Kognitivní, či kognitivně behaviorální terapie se dle Záleského od sebe příliš neodlišují. „Společné jsou pojmy, obě kladou důraz na funkční analýzu problému, na identifikaci procesů, které jsou v pozadí vzniku a udržování závislosti. KBT se věnuje učení a nácvičku různých dovedností, z kterých jsou jen některé čistě kognitivního rázu. KBT zdůrazňuje behaviorální aspekty technik zvládání problémů, hlavně na začátku léčby. V porovnání s kognitivní terapií je KBT více didaktická, pracuje nejen s tím, jak klient myslí, ale také jak se chová.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 867*)

„KBT představuje krátkodobý psychoterapeutický přístup, který je vysoce strukturovaný, zaměřený na dosažení konkrétních cílů, orientovaný zejména na aktuální problémy, na individuálního klienta, je flexibilní a vhodný pro většinu klinických programů a uspořádání léčby. Je kompatibilní s mnoha dalšími psychoterapeutickými přístupy, s farmakoterapií...KBT závislostí zahrnuje několik základních úkolů: vybudování fungujícího terapeutického vztahu, založeného na spolupráci, povzbuzení motivace ke změně chování, funkční analýzu současných problémů klienta, použití kognitivních a behaviorálních technik ve strukturovaném časovém uspořádání, stanovení a vyhodnocování cílů a nakonec vyhodnocení terapie a její ukončení.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 868-869*)

„Za důležité charakteristiky léčby se považují uspořádání (hospitalizace, komunita a skupinová léčba, ambulantní forma atd.), délka, charakter poskytovaných intervencí a míra propojení s farmakologickými přístupy.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 878*)

2.1.1. KBT vyšetření

„KBT vyšetření klienta se skládá z rozhovoru, behaviorální, kognitivní a funkční analýzy, můžeme také použít sebeposuzovací dotazníky a škály (zmapování frekvence, intenzity a trvání chování, emočních stavů, nálady, úzkosti). Klienta komplexně psychiatricky vyšetřujeme, odebíráme anamnézu, zjišťujeme historii a vývoj užívání návykových látek, ptáme se na další psychické potíže kromě užívání návykových látek. (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 869-870)

2.1.1.1 Behaviorální analýza

„Na základě modelu A-B-C hledáme faktory, které vedly ke vzniku závislého chování, identifikujeme spouštěče užívání. Důkladně analyzujeme okolnosti užívání, mapujeme faktory prostředí. Snažíme se identifikovat rizikové situace. Zvláštní pozornost věnujeme bažení: doporučuje se zabývat se bažením po droze (craving) co nejdětailněji, důkladně popsat spouštěče touhy, jaké tělesné pocity, myšlenky a emoce vyvolává. Popíšeme chování klienta v souvislosti s užíváním drogy: mapujeme jeho fyziologické reakce, emoce (nálada, úzkost, vztek, osamocení, nuda, vzrušení) a chování při aplikaci, případně při abstinenci příznacích, snažíme se identifikovat jeho automatické negativní myšlenky. Chování klienta popisujeme v dimenzích frekvence výskytu, jeho trvání a intenzity. Ptáme se na periody abstinence, probíráme dosavadní pokusy klienta o abstinenci. Zjišťujeme důsledky problémového chování. Pozitivní bezprostřední následky vedou obvykle k udržování i dlouhodobě problematického chování i se všemi negativními důsledky.“

2.1.1.2. Kognitivní analýza

„Koncept navrhne klientovi na základě informací o jeho ranném vývoji, dětství a původní rodině, současných problémech, automatických myšlenkách, schématech a přesvědčeních, emocích, spouštěčech a maladaptivním chování. Na získané údaje, zejména o rodinném zázemí, se doporučuje během terapeutického procesu nezapomínat a opakovaně se k nim vracet. Častým jevem je, že klient na začátku léčby mnohé potíže nepřipustí. Objeví se později, jak roste jeho důvěra v léčbu a/nebo v terapeuta. Snažíme se odkrývat přesvědčení, které klient přechovává o návykových látkách, o užívání a jeho významu pro život, o sobě a jiných, o pohledu na svět. Po odkrytí těchto myšlenkových procesů dochází obvykle u klienta k přehodnocování názorů na užívání drog. Kognitivní profil se tedy skládá z informací o

spouštěčích, přesvědčeních (schématech, povolujících a facilitujících užívání) a automatických myšlenkách. (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 870)

2.1.1.3. Funkční analýza

„Na základě funkční analýzy se snažíme porozumět, jakou funkci má problém v životě klienta a jaké faktory jej udržují či modifikují. Podle KBT teorie je problémové chování naučené a přetrvává vlivem zpevňujících faktorů (pozitivní a negativní, bezprostřední a vzdálenější důsledky). Další podstatnou otázkou je, jak problémové chování zasahuje do života klienta. Pátráme po vlivu problémového chování na mezilidské vztahy klienta, zjišťujeme „sekundární zisky“ klienta z nemoci....Součástí funkční analýzy je zjištění předností a nedostatků klienta. Hledáme přednosti, dovednosti a schopnosti, o které se budeme moct v terapii opřít, zároveň stanovujeme cíle v získání dovedností, které klientovi chybějí, nebo je neefektivně využívá.“ (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 870-871)

„Na závěr vyšetření a po provedení behaviorální, kognitivní a funkční analýzy vytvoříme **předběžnou formulaci problému**: klientovi představíme kognitivně behaviorální model jeho problému a požádáme ho, aby jej doplnil či opravil. Tuto formulaci považujeme za vstupní hypotézu, na základě které stanovíme cíle terapie. Během terapie shromažďujeme další údaje a původní formulaci doplňujeme a upřesňujeme.“ (Záleský in Praško a kol. 2007; str. 870)

2.1.2 Struktura sezení a léčebný plán

2.1.2.1 Podpora psychofarmak

„Léčba závislosti je jednou z nejproblematictějších. Neexistuje jeden účinný způsob terapie pro konkrétní závislost na návykové látce. Potřebné je použití nejvhodnějšího způsobu léčby, který máme k dispozici, pro konkrétního pacienta s konkrétním problémem...Realistická očekávání po aplikaci jakéhokoliv typu léčby by měla být: redukování užívání návykových látek, delší období abstinence (třeba mezi jednotlivými relapsy), mírnější příznaky psychických poruch, zlepšení zdraví, udržení či získání zaměstnání, zlepšení v rodinných a mezilidských vztazích a pokles kriminální činnosti...Lék proti závislosti neexistuje, jako neexistuje jediná zaručeně efektivní psychoterapie. Farmakologická léčba bez psychoterapie je považována za nedostatečnou v dosažení a

udržení abstinence u závislých. Je specifická a má poměrně úzký okruh aplikace. Může léčit abstinenci syndrom či předávkování, pomáhat v boji s nutkáním a touhou po droze, a tak přispívat k udržení pacienta v léčbě, či poskytovat naději na vyléčení. Vytváří pro závislé prostor, dává šanci poskytnout jim první pomoc formou krizové intervence“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 876*)

Zde bych chtěl pouze připomenout už výše zmíněné očkování proti některým drogám, což trochu vyvrací v některých případech tvrzení, že lék proti závislosti neexistuje. Zdá se, že existuje, ale zatím jen proti třem specifickým závislostem.

V závislosti na konkrétní droze či skupině drog (opiáty, kokain, alkohol....) se uplatňuje v praxi více skupin psychofarmak, které mají různé účinky a pracují různými mechanismy. Mohou např. potlačovat abstinenci příznaky či touhu po droze, nebo např. při léčbě alkoholových závislostí se často užívají tzv. averzivní látky, které po kombinaci s alkoholem vyvolávají silnou nevolnost, jež má dále u klienta vyvolat odpor vůči alkoholu. Záleský pak dále dělí psychofarmaka ještě v závislosti na charakteru léčby (detoxikační režimy, substituční, udržovací léčba).

2.1.2.2 Struktura sezení

„V každém sezení se vykoná poměrně velký objem práce. Ta zahrnuje přehled minulého sezení, vyslechnutí problémů klienta, které se vyskytly od posledního sezení, nácvik dovedností, jejich opakování a rekapitulaci již naučených, plánování času do dalšího sezení, program příštího sezení a zpětnou vazbu....Sezení ukončujeme zadáním domácího úkolu, shrnutím obsahu sezení. Připomeneme potřebu práce s bažením a předvídání rizikových situací. Probereme plán na týden (podle frekvence sezení) a zeptáme se na zpětnou vazbu. Průběžně během léčby se snažíme podpořit klienta např. v užívání medikace, nezapomínáme na kvalitu terapeutického vztahu, vracíme se k modelu nemoci (bludný kruh), pracujeme s rodinou, vyhodnocujeme dosavadní úspěchy, reflektujeme neúspěchy, budujeme u klienta pocit produktivity, kontroly a nezávislosti.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 871-872*)

2.1.2.3. Léčebný plán

„Obecně platí, že léčba drogových závislostí by měla mít tři fáze. V první fázi klient získává pocit závazku a motivaci ke změně chování. Druhou fázi charakterizuje zavádění změn chování do praxe, jejich nácvik a upevňování...Terapeut se zaměřuje na práci s bažením, na mapování rizikových situací, porozumění zdánlivě irelevantním rozhodnutím, věnuje se

nácviku odmítnutí drogy, kognitivně rekonstruuje myšlenky týkající se užívání drog. Tato fáze je nejzranitelnější, vyskytuje se v ní až 60% relapsů.....Poslední fáze léčby je udržení změn chování (na delší čas to může představovat velký problém)...V terapeutickém plánu dominuje několik důležitých témat:“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 872*)

a) bažení (craving): „Důkladně probereme všechny aspekty, společně je popíšeme, hledáme spouštěče a podněty, které myšlenky na drogu vyvolávají a které následně startují intenzivní nutkání drogu užít....Klient má za úkol bažení mapovat na záznamové archy, ke kterým se opakovaně v terapii vracíme. Vštěpujeme práci s bažením podle zásad: rozpoznat, zvládnout a vyhnout se droze. Společně nacházíme řešení, jak se zachovat v situacích se spouštěči, jak nejlépe rozeznávat vzdálené signály, které k bažení povedou, jak je předvídat...Důležité je být s bažením jakoby v souladu, nebránit se mu, nechat je proběhnout, nebojovat proti němu. Je jako mořská vlna, přichází, zvedá se a po dosažení vrcholu zase postupně mizí.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 872*)

b) stanovení cílů: „V další fázi léčby se pokusíme stanovit cíle, určit závazek ohledně kontrolovaného užívání nebo úplné abstinence (s ohledem na dosavadní průběh terapie)...Na záznamový arch cílů léčby klient zapíše změny, kterých chce dosáhnout ve stanoveném období, důvody, proč se pro tyto změny rozhodl, které kroky k tomu musí udělat, jak mu musí pomoci lidé z okolí a nakonec, co všechno může být překážkou na cestě realizace tohoto plánu.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 873*)

„Za základní cíle v terapii závislostí z hlediska KBT považujeme kontrolované pití anebo úplnou abstinenci.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 871*)

c) učení se sociálním dovednostem: „Součástí léčby je posouzení dostupnosti návykových látek v okolí (identifikace zdrojů) klienta a osob, s kterými se stýká. Snažíme se docílit přestavby sociální sítě klienta (pokud je k tomu důvod). Je nutné mnoho kontaktů přerušit, od základů změnit svoje návyky a zvyklosti, někdy je vhodné změnit zaměstnání anebo bydliště. Učíme klienta asertivitě, strategiím odmítnutí drogy, reagovat rychle, pevně, udržet si svůj postoj a obhájit názor před potenciálními poskytovateli drog.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 873*)

d) kognitivní vyhýbání (zdánlivě nepodstatná rozhodnutí): „Koncept je dalším kognitivním aspektem léčby. Jedná se o rozhodnutí, která podléhají racionalizaci a bagatelizaci rizik, která z nich vyplývají a která postupně přivedou klienta do vysoce rizikové situace, kdy užívání drog hrozí a je velmi pravděpodobné, přičemž se klientovi zdá, že se v situaci ocitl náhodou či nechtěně...K tomu patří zvládání negativních, bolestivých a nepříjemných afektů a práce s kognitivními schémata. Probereme s klientem poslední epizodu relapsu a na ní modelujeme koncept zdánlivě nepodstatných rozhodnutí. Např: požití alkoholu marihuany či jiných drog (které nejsou předmětem návyku), držení návykových látek nebo alkoholu v domácnosti, navštěvování večírků či výlety do společnosti, styk se známými, kteří užívají, neplánování volného času a programu vůbec, příliš mnoho stresu, volné víkendy a čas, který vede k nudě.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 873*)

e) plánování řešení problémů, prevence relapsu: „první pomoc“, zvládnutí selhání a relapsu a další témata: „Důležité je řešení klientova problému, učení se relaxaci, tělesnému pohybu, plánování času, aktivit a plánování do budoucna. Je potřebné se zabývat zaměstnáním, vyhlídkami v partnerských vztazích a rodině. V případě klientů s problémem závislosti je prospěšné tzv. vedení případu (case management), spolupráce s jinými formami péče o klienty, pomoc při resocializaci.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 873*)

„Relaxační techniky jsou neoddělitelnou součástí léčby závislostí. Používá se Jacobsonova progresivní relaxace, autogenní trénink, jóga a svalová relaxace s využitím biofeedbacku. Novějším prvkem je meditační technika zvaná uvědomování (plné prožívání, angl. mindfulness, v sanskrtu vipassana). Znamená zaměřit pozornost jedním směrem, neposuzovat a nezaujímat hodnotící postoje. Meditace je složena ze tří komponent: Pozorování, popisu a účasti. Je zaměřena na kultivaci klidu a stability. Myšlenky volně přicházející a plynoucí se nemají potlačovat ani ignorovat, analyzovat ani hodnotit jejich obsah, mají se pouze bedlivě pozorovat. To vede k získání hlubšího náhledu na každodenní problémy a stres, odstup od emocí a myšlenek, k vidění věcí bez intelektualizace, zkruslení a cenzury mysli.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 874*)

2.2. Léčebný program vycházející z teorie a tradice AA a NA:

„Dalšími rozšířenými postupy v léčbě závislostí jsou klasický program 12 kroků (resp. facilitovaný program 12 kroků), přístup svépomocných skupin: AA (Anonymní Alkoholici,

Alcoholics Anonymous), NA (Anonymní narkomani, Narcotics Anonymous) a další, původem z USA, rodinná a manželská terapie.“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 878*) Nyní se tedy pokusíme zaměřit na program 12 kroků, a v dalších kapitolách rozebereme výše zmíněnou rodinnou terapii a další přístupy v léčbě závislostí.

2.2.1 Přístup 12 kroků (12 stupňové teorie)

O tomto přístupu pojednává letmo i Praško: „Vychází z principů Anonymních alkoholiků, hnutí nebo společenstva, které fungují jako pomoc pro lidi, kteří selhali v kontrole užívání alkoholu a drog. Cílem je dosažení abstinence... Bylo zjištěno, že problém užívání návykových látek představuje kontinuum: od mírného užívání, které je více méně pod kontrolou, přes koncept problémového pití až po těžkou závislost. Navíc je lidí, kteří disponují různou mírou kontroly nad svým užíváním alkoholu a nesplňují kritéria pro závislost, mnohem více než alkoholiků s plně rozvinutým syndromem závislosti....KBT vidí pití jako naučené chování, vnímá uživatele jako jedince, kteří mohou toto chování změnit nebo kontrolovat (abstinence je chápána jako ukázka sebekontroly). Naproti tomu AA pohled na kontrolu pití předpokládá, že jedinec nedisponuje vůlí svoje pití kontrolovat, je v tom zcela bezmocný. Jako první krok k úspěchu vyžaduje přiznat si tuto neschopnost, vzdát se a přijmout roli poraženého. Proto je nevyhnutelnou podmínkou v tomto pojetí celoživotní abstinence...KBT prosazuje flexibilitu cílů (kdežto AA vyžadují závazek abstinence).“ (*Záleský in Praško a kol. 2007; str. 879*)

Rotgers tento požadavek programu AA zdůvodňuje následovně: „Laici i profesionálně vyškolení odborníci se u závislé populace setkávají s neschopností dosáhnout chování, které by umožňovalo trvalé dlouhodobé kontrolované užívání. Někteří výzkumníci získali ze studií kontrolovaného užívání vcelku optimistické údaje, které se však ukázaly jako přehnané a nelze je podrobit přesné vědecké analýze (např. Wallace, 1990, 1993). Pokusy zopakovat a řádně doložit předchozí optimistická zjištění o kontrolovaném pití také selhaly (Pendery, Maltzman, a West, 1982, Rychtarik, Foy, Scott, Lokey, a Pure, 1987). Nové výzkumy prokázaly, že trvalé mírné požívání alkoholu léčenými alkoholiky je vzácným jevem (Helzer et al., 1985).“ “(*John Wallace in Rotgers a kol., str. 25*) Navíc již dříve jsem zmínil že, rychlost vzniku závislosti a její intenzita souvisí s druhem drogy a také se způsobem jejího užití. U mnoha „tvrdých“ drog jako např. u heroínu se uvádí že, závislost může vzniknout již po první dávce. Zde zřejmě není myšlena sice závislost se vším všudy (biopsychosociospirituální dimenze), ale autoři tím chtějí zdá se naznačit, že již po jedné

řekněme nitrožilně aplikované dávce této drogy mohou nastat běžné abstinenční příznaky, které s největší pravděpodobností povedou k aplikaci další. Nakonec Rotgers u léčby která vede ke kontrolovanému užívání, uvádí další rozpory nejen odborné (změny chemismu mozku, jež nutkají k další dávce atd..) ale i etické (ony biopsychosociální důsledky, riziko nejrůznějších onemocnění, poranění, obtíží se zákonem, rodinných problémů atd). Jednoduše řečeno, dle programu 12 kroků se zdá, že cesta z bludného kruhu závislosti, vede pouze přes ideál a snahu o doživotní abstinenci.

Rotgers tedy podobně jako Praško uvádí jako základní body „léčebného programu“ 12 kroků bezmocnost a požadavek na doživotní abstinenci, když dále píše: „AA tvrdí, že klient musí jako první krok léčby přijmout fakt své bezmocnosti vůči alkoholu či jiným látkám“ (*John Wallace in Rotgers a kol., str. 23*) Dále uvádí a rozlišuje ještě dvojí náhled na bezmocnost: „I v tomto ohledu se odborníci rozcházejí v přístupu ke ztrátě kontroly a bezmocnosti. Někteří z nich zaujímají tzv. pozici „všechno nebo nic“ a domnívají se, že ztráta kontroly je úplná, tedy že člověk není bezmocný pouze vůči alkoholu či jiným látkám, ale vůči všem aspektům svého života.“ (*John Wallace in Rotgers a kol., str. 23*) Jiní autoři se v různé míře pak přiklání k neschopnosti ovládat pouze konzumaci drogy či alkoholu.

O práci s bezmocností v rámci intervence Rotgers píše: „Svoji bezmocnost může klient připustit teprve po dosažení dalších změn v kognitivním systému.... Díky popření, racionalizacím, zlehčováním a jiným formám obran může závislý člověk jen obtížně vidět svůj život jasně a podnikat kroky ke změně. Mnohé z těchto obran jsou pravděpodobně zakořeněny v pocitech studu, viny, výčitek, strachu a v silné motivaci k pokračování v pití a konzumaci drog..... Závislý musí uznat negativní biopsychosociální důsledky konzumace. S postupující léčbou vedeme klienty k tomu, aby nahlédli, za kolik problémů jsou alkoholismus či jiná drogová závislost zodpovědné... Užitečná a povzbuzující je pro klienta identifikace s dalšími lidmi, kteří mají podobné problémy. Napomáhá totiž zmírnění pocitů viny, studu, zlosti, úzkosti a výčitek. Uspodňuje rovněž vstup do podpůrných společenství, jako jsou AA, z nichž mohou uzdravující se jedinci čerpat výhody lidské komunity. Některými z přínosů identifikace s ostatními, kteří trpí stejnou nemocí, jsou emocionální podpora, pocit sounáležitosti, způsob, jak zacházet s osamělostí, odcizením a izolací, společné řešení problémů, nácvik střízlivých modelů sociálních rolí a posilování motivace k abstinenci.“ (*John Wallace in Rotgers a kol., str. 24*)

Dále do práce s bezmocí v programech AA a NA dle Rotgerse vstupuje ona výše zmíněná spirituální dimenze závislosti. Rotgers píše: „Druhý a třetí stupeň AA spočívají v podporování

závislých, aby uvěřili v existenci něčeho silnějšího, než jsou oni sami, a aby k této síle obrátili svoji vůli a svoje životy. Důraz kladený na spiritualitu může být pro některé závislé přínosem, pro jiné „kamenem úrazu.“ (John Wallace in Rotgers a kol., str. 26) Existencí něčeho silnějšího, než je závislý sám má na mysli Rotgers mimo jiné zřejmě i skupinu a její sílu: Skupina, jako síla větší než člověk sám, může dobře posloužit v počátečních fázích uzdravování, ale je užitečná i k seznamování pacientů s novými způsoby tvorby „Boha jejich vlastního porozumění“. Přičemž odvolává se dále na teologa Paula Tillicha dále píše: „Bůh je nejvyšším zájmem v životě člověka. Z tohoto pohledu se bohem či vyšší silou může stát téměř cokoliv. Lidé si vytvořili bohy z peněz, sexuality, slávy, prestiže, sociálního postavení a tak dále. V případě závislých lidí se touto silou nejvyššího zájmu často stávají alkohol a drogy, které ovládnou všechny další stránky života.... V pravém slova smyslu není problémem závislého najít vyšší sílu, protože už jednu má. Úkolem je přeorientovat se z destruktivní vyšší síly na konstruktivní a prospěšnou.“ (John Wallace in Rotgers a kol., str. 27) Zde pak Rotgers zmiňuje existenci tendencí srovnávat AA s organizovaným náboženstvím. Sám sice jistou podobnost uznává, ale také tvrdí že, „podobnosti nejsou shodnosti“ a dále se snaží toto téma analyzovat odvolává se na psychologa Kena Wilbera: „Wilber rozlišuje pojem „exoterické“ náboženství a formu spirituality, kterou nazývá „esoterická“.“(John Wallace in Rotgers a kol., str. 26) Za exoterický považuje Wilber takový druh víry, (či přesvědčení o odpovědích na neřešitelné či kognitivně neuchopitelné otázky) který vyplývá z upřímné, hluboké (a mnohým z nás připadající zároveň slepé) interiorizace náboženských mýtu typu: Hinduisté věří, že zeměkoule potřebuje oporu, a proto sedí na slonovi, který též potřebuje oporu, a proto sedí na želvě, která zase sedí na hadovi.... Na druhé straně pak popisuje esoterickou spiritualitu jako „oblast přímé zkušenosti a osobního uvědomění. Esoterická spiritualita nepožaduje věřit a poslušně se podřizovat uvedeným dogmatům. Je spíše souborem osobních experimentů, které člověk vědecky řídí v laboratoři vlastního vědomí. Jako každá dobrá věda je založena na přímé zkušenosti, ne na pouhé víře nebo přání, a je veřejně prověřována či validizována těmi, kteří se také experimentu účastnili.“(Wilber, str. 176)

Zde se na chvíli vraťme ještě k tomu, že život závislého je poznamenán i ve spirituální dimenzi. Řekněme, že ona spiritualita je jakýsi dlouhodobý a relativně stabilní proces kdy svá přesvědčení a zároveň pochybování (hypotézy) podrobíme experimentům života, kde tento experiment je řízen tedy řekněme zjednodušeně v laboratoři vlastního vědomí. Jak to ale vypadá s vědomím alkoholika? V tomto bodě již poměrně přesvědčivě

narážíme na to, že závislost opravdu zasahuje i do této oblasti takto postiženého člověka. Navíc rozdíl mezi spiritualitou a náboženstvím by se dal v této souvislosti vyjádřit za pomoci pojmů stav a proces. Řekněme, že esoterická spiritualita se jeví jako proces přesvědčování a zároveň pochybování, zatímco náboženství ve výše zmíněném exoterickém smyslu se snaží tvářit jako stav, což ale neznamená, že náboženství je vždy chápáno takto exotericky. Mnohem více o tomto tématu se můžeme dočíst v knize prof. T. Halíka- „Co je bez chvění, není pevné“ s podtitulem „labyrintem světa s vírou a pochybností“. (Halík, T, 2002) V této souvislosti bych dále chtěl ještě zmínit studie Juliana Jaynese (Jaynes 1976), která na základě analýzy velmi staré literatury, jako jsou například Starý Zákon, či Illias a Odyssea a další, postavil svou teorii o údajné změně ve struktuře mozku člověka v průběhu fylogeneze a důsledcích této změny na lidské vnímání a řešení problémů, což se spiritualitou velmi úzce souvisí.

2.2.1.1 Některé konkrétní body ve stručném popisu intervence AA a NA

Pro práci s represivními obrannými mechanismy jsou dle AA důležité uvědomění, sebepoznání a sebekritika. K rozpoznání osobních slabin a předností AA požadují po svých členech (klientech) tzv. soupis osobního inventáře, který tito musí projít ještě s nejméně jedním členem skupiny. S postupujícím sebepoznáním jsou klienti vedeni též k sebekritice. Úkolem klientů je pak sestavit seznam všech osob, kterým v období aktivní závislosti ublížili, a tam, kde to je možné, dotyčné odškodnit, což by klientům dle Rotgerse mělo umožnit zpracovat již dříve zmíněné masivní pocity viny, výčitky a přetrvávající strach z těchto situací. To vše by mohlo vést k nápravě vztahů, jež jsou dále pro závislého důležité pro pocit sounáležitosti a sebeúcty a to vše dohromady s dávkou introspekce vlastně zpětně objasní závislému existenci, potřebu a nutnost zmírnění represivních obranných mechanismů. Jinak je po celou dobu léčby kladen silný důraz na intenzivní skupinovou terapii doplněnou o individuální poradenství a požadavek na využívání „terapie po telefonu“.

Dalším bodem při intervenci AA je důraz na stanovení priorit v relaci k času, v němž budou řešeny. Rotgers v tomto kontextu zmiňuje že: „ Tento přístup vybízí k řešení uchopitelných jednotek problémů na rozdíl od přebíhání od jednoho k druhému“ což je dle Rotgerse naopak „způsob, pro nějž je charakteristická netrpělivost, impulzivita a neschopnost odložit uspokojení, což není pro závislé optimální a spojuje se pravděpodobně s relapsy, neboť řešení většiny problémů v reálném světě vyžaduje značně dlouhý čas, je provázáno frustrací a nutností uspokojení odložit.“ (John Wallace in Rotgers a kol., str. 30-31) V této souvislosti

zmiňuje jako prostředek tzv. dvaadvacetihradinný či čtyřadvacetihradinný cyklus a koncentraci pozornosti na „tady a teď“. Pro závislé je dle Rotgerse charakteristický právě pravý opak, když říká: „Mnozí z nich se cítí velmi nespokojeně, protože žijí v minulosti nebo projikují do budoucnosti.“

Jako poslední body v léčebném programu AA Rotgers zmiňuje

problematiku změny, přijetí a vděčnosti. Zde Rotgers upozorňuje na častý jev, kdy se vyléčení závislí relativně bez boje a s pokorou smíří s poměrně destruktivními vztahy v manželství či zaměstnáním, což je dle něj počátek cesty k relapsu. V tomto kontextu vnímám v literatuře značný rozpor, který vlastně vyplývá z uvedených kategorií a pilířů léčby AA. V podstatě se od závislých očekává vyjádření bezmoci a odevzdání se silnější instanci než je sám závislý, očekávají se od něj hluboké změny nejen v chování, ale také v kognici a prožívání (v tom je asi ta hloubka). Na druhou stranu pro další zdravý vývoj jedince se naopak očekává něco, co bych nazval autonomní vůle jedince postarat se o vlastní psychohygienu v relaci k zaměstnání či manželství. Jak toho má ale závislý dosáhnout, když je vlastně v průběhu léčby naučen řídit se spíše impulsy vycházejícími ze skupiny, nebo v ideálním případě impulsy vycházejícími z dialogu jeho a skupiny?

2.2.2 Facilitace programu 12 kroků pro léčbu závislosti

Zkusme si nyní představit, jak asi probíhá proces, kdy si člověk uvědomí, či přizná, že je závislý. Určitě se shodneme na tom, že to není tak, že by se člověk ráno probudil a řekl si: no jo vždyť já jsem vlastně asi závislý. Z literatury je zřejmé, že takovéhoho prozření závislý člověk údajně je sice schopen, problémem ale je se s tímto faktem ztotožnit, přijmout jej a uvědomit si, že je potřeba vyhledat pomoc. Většinou je údajně donucen okolnostmi či svým blízkým okolím aby navštívil zařízení, v němž se mu dostane odborné pomoci. Často takto končí klient u lékaře, který jej pošle většinou dále ke specialistům. Metody specialistů jsou různé, ostatně o nich se snaží pojednat tato práce, jedou z nich je také facilitace 12 kroků. V této metodě jde primárně o to, aby se závislý začlenil do spolku AA či NA, kde teprve podstoupí samotnou léčbu. Tento zásadní krok s sebou ale nese mnoho obtíží, proto již zde je potřeba tomuto člověku pomoci a motivovat jej pro léčbu a to je hlavním úkolem facilitace 12 kroků. „Facilitace programu 12 kroků je časově omezenou intervencí (12-15 sezení)... Sezení, s výjimkou úvodního (diagnostického), trvají jednu hodinu a probíhají podle připraveného programu. Model využívá řadu metod včetně osvěty, konfrontace, povinné četby, psaní deníku a behaviorálních úkolů.“ (Joseph Nowinski in Rotgers a kol.; str. 35)

„Úkolem každé psychoterapie je pomoci pacientům překonat odpor, např. získáním náhledu. Facilitace aktivního zapojení znamená pomoci pacientovi v prozkoumání a překonání odporu, aby se mohl skutečně aktivně do AA a/nebo NA zapojit.... U lidí, kteří právě začínají s odvykáním od alkoholu nebo drog, a to i v případě předcházejícího období abstinence, požadují společenství 12 kroků účast na devadesáti setkáních v devadesáti dnech, minimum je tedy jedno setkání denně, někdy i více. Přesný důvod tohoto požadavku není jasný, podobně jako je nejasný původ celé „kultury“ AA. Tento požadavek je však ve shodě s výzkumem relapsů (Marlatt, Gordon, 1985), který ukazuje, že u všech závislostí se většina relapsů objevuje v průběhu prvních devadesáti dnů počáteční střízlivosti.“

(Joseph Nowinski in Rotgers a kol.; str. 39)

2.2.2.1. Diagnostika

„Diagnostika je důležitá ze dvou důvodů. Prvním a nejvíce zřejmým důvodem je potřeba určit, zda je budoucí pacient skutečně závislý na alkoholu nebo drogách. Ve skutečnosti však mohou být AA nebo NA a facilitace 12 kroků prospěšné i problémovým uživatelům, pokud jsou nebo mohou být motivováni k tomu, aby přestali pít nebo užívat návykové látky.“ *(Joseph Nowinski in Rotgers a kol.; str. 43)* Nicméně Rotgers jinde zmiňuje, že některé AA či NA spolky jsou uzavřené a jejich členy se mohou stát pouze závislí lidé. Osobně si ale myslím, že i do takto uzavřených spolků se lze dostat, záleží na tom, co jim jako nezávislý a de facto neléčící se člověk můžete svým členstvím nabídnout, jaký z Vás budou mít užitek. Dle mého názoru jediným kritériem členství spíše bývá to, že je člověk čistý, tj. není pod vlivem drog a to ať už má diagnózu závislosti či nemá. Ale zpět k diagnostice: „Druhý, a možná méně zřetelný cíl diagnostiky, se dotýká otázky motivace. Součástí účelu pečlivého odebrání alkoholové a drogové anamnézy, stejně jako důkladného soupisu důsledků je ustavení pracovního terapeutického společenství s pacientem a v ideálním případě dosažení souhlasu v otázkách diagnózy a léčby... Cílem je zapojit pacienta do spolupráce, v tomto případě do sestavění životopisu. Pokud je třeba, lze k tomu využít i více sezení.“ *(Joseph Nowinski in Rotgers a kol.; str. 43)* S tímto životopisem se ještě bude pracovat i na dalších sezeních, kde bude postupně doplňován a ke kterému ještě přibude inventář důsledků užívání alkoholu a drog, který by měl posílit motivaci k abstinenci a začlenění se do léčby. Tento inventář zahrnuje důsledky nejen fyzické ale také, právní, sociální, duševní, sexuální a v neposlední řadě také finanční a je předmětem dlouhodobější klientovy práce a reflexe v souvislosti s dříve uvedeným životopisem.

2.2.2.2. Léčba

Po diagnostice a dohodě o „zakázce“ klienta se teprve můžeme pokoušet o samotnou léčbu, která v případě 12 kroků začíná tzv. přijetím, poté následuje tzv. podrobení se.

Fenomén přijetí je snad nejdůležitějším bodem a zvratem v životě závislého, nejen proto jsem se jej letmo v textu již mnohokrát dotknul. Nejde o nic jiného než o upřímné přiznání závislého, že je nejen závislý, ale také že není schopen se svou závislostí cokoli krom poslušnosti jejího diktátu dělat. Lehce se to řekne, těžce se to dokáže. Proto je tento akt či proces často otázkou mnoha sezení s terapeutem v konfrontaci s životem po opuštění sezení atd. pořád dokola. Cílovou páskou a výhrou v tomto bodě je pro terapeuta, když závislý vyjádří ono přijetí prostřednictvím níkým nepodsunutého vyjádření pokory vůči léčbě. Rotgers píše: „Podstatou kroku 1 je vyjádření pokory. Odráží přijetí vědomí omezených možností- život není dále možné řídit a sama síla vůle ke změně nestačí. Po stránce filosofické lze první krok i samotné AA charakterizovat jako protest proti radikálnímu individualismu, jenž je ústředním tématem americké kultury (Room, 1993)“ (*Joseph Nowinski in Rotgers a kol.; str. 46*)

Cílovou páskou a neúspěchem pak končí, nebo se spíše většinou přerušuje terapie na dobu neurčitou, když klient dojde k názoru, že to zkusí sám, tedy vlastní vůlí. V těchto případech terapeut právě opět sahá po dříve vytvořeném životopise a inventáři následků, aby se pokusil klientovi ukázat, že takovýchto pokusů už bylo mnoho, nicméně nebyly úspěšné. Jak jsem již tedy naznačil, vyjádření pokory by vlastně mělo být synonymem k tomu, že člověk přijme léčbu, tedy nechá si pomoci zvnějšku. Vlastní přijetí, je vlastně průlom do druhého stupně 12 stupňové léčby, do stupně podrobení se. O němž Rotgers píše a rozlišuje jej od kroku 1:

„Jestliže krok 1 zahrnuje přijetí problému (alkoholismu nebo drogové závislosti), pak kroky 2 a 3 můžeme považovat za přijetí řešení. V jazyce AA to znamená „převrátit to“: posunout se od sebestřednosti a přehnané víry v sílu individuální vůle směrem k ochotě pracovat na získání a přijetí síly společenství.“ (*Joseph Nowinski in Rotgers a kol.; str. 47*) Klient se při tomto kroku začleňuje do spolku AA, NA nebo jinde či nastupuje léčbu v terapeutické komunitě, která je zpravidla pro nealkoholové závislosti a o které blíže budu psát v další z částí této práce. Rotgers o tomto kroku dále píše: „Jde zejména o častou účast na setkáních, pozorné naslouchání, shromáždění telefonních čísel a vybudování podpůrné sítě, vyhledání domovského shromáždění a převzetí odpovědnosti, vyhledání patrona nebo přinejmenším dočasného patrona a četbu materiálu AA/NA pro pochopení programu.“

(Joseph Nowinski in Rotgers a kol.; str. 49) Dát své telefonní číslo a zároveň dostat čísla ostatních členů je dle Rotgerse dalším pravidlem kultury 12 kroků stejně jako tzv. patronace. „Na jiné úrovni slouží výměna telefonních čísel a vzrůstající aktivita na setkáních k postupné rekonstrukci sociálních kruhů pacienta, která časem vede k omezení kontaktů s pijícími či užívajícími přáteli a k častějšímu styku s novými střízlivými přáteli... Poslední cíl facilitace aktivního zapojení se v AA nebo NA se týká tzv. patronace. Patron je tradičně určitým rádcem a je nedílnou součástí kultury AA. Je to člověk, který má již „svou cestu za sebou“, a který může sloužit jako průvodce..... Patron tradičně zajišťuje každodenní telefonní a někdy i osobní styk s nově příchozím. S nováčkem se schází na shromážděních a usnadňuje mu seznamování se s novými lidmi.“ (Joseph Nowinski in Rotgers a kol.; str. 41)

Nově příchozí s postupným začleňováním do AA získává stále větší přehled o smyslu programu, postupně získává v rámci spolku větší privilegia, která ale souvisí s čím dál tím větší iniciativou a aktivitou uvnitř skupiny, dalo by se tedy říci, že klient získává úměrně se všemi privilegii a právy také „povinnosti a závazky“ vůči AA. Strukturou a vnitřními pravidly 12 krokového programu se zde nechci zabývat, mým cílem bylo jen popsat poměrně složitý proces vstupu do tohoto programu a ukázat tak, že to není záležitost jednoho pohovoru s terapeutem či lékařem. A že získat klienta pro léčbu je samo o sobě na rozdíl od léčby např. chřipky velikým krokem vpřed a je zde zapotřebí pomoc odborníků. Na závěr této podkapitoly o 12 krokovém programu bych jen chtěl jen doplnit, že zároveň s intervencí v relaci ke klientovi lze údajně využít i souběžného programu, jež je zaměřen na rodinnou či manželskou složku, a poskytuje intervenci i pro významné vztahové osoby.

2.3. Využití psychoanalýzy a rodinná terapie v léčbě závislostí

2.3.1. Integrovaná psychoanalyticky-KB terapie

„Z pohledu Kaufmana se předchozí psychodynamické metody terapie alkoholiků a drogově závislých setkaly s malým úspěchem, protože dostatečně neprosazovaly abstinenci před začátkem psychodynamické terapie konfliktů pacienta.“ (Daniel S. Keller in Rotgers a kol. ; str. 77) Rotgers dále zmiňuje v souvislosti s požadavkem na abstinenci před začátkem léčby i další autory jako např: Galantera, Marlatta a Gordona a jejich metodu Prevence relapsu, která integruje psychodynamický a kognitivně-behaviorální model. Spolu s autory, na něž se odkazuje, je Rotgers zastáncem názoru, že psychodynamická léčba může výrazně

napomoci celému léčebnému procesu, za předpokladu že je vhodně kombinována s KBT či terapií založenou na přístupu 12 kroků když píše: „Integrovaný model dynamické a kognitivně behaviorální psychoterapie pro drogově závislé může být pojat jako směs podpůrných a účinných intervencí (Schlesinger, 1969). V počátečních a středních fázích léčby, kdy je primární dosáhnout a zachovat abstinenci, bude terapeut jednat zásadně podpůrným, výchovným způsobem za použití kognitivně-behaviorálních technik. Když však léčbu a/nebo abstinenci ohrožují odpor, obrana nebo nevědomé konflikty, je nutno selektivně využít terapeutických metod umožňujících vyjádření pacienta. Naopak v pokročilém stádiu léčby, kdy abstinence je již stabilizována, může převládnout určitá forma psychodynamické léčby, během které jsou řešeny nevědomé konflikty v rámci tradiční matrice přenos-protipřenos. Pokud je ohrožena abstinence, měníme selektivně směr k podpůrným kognitivně behaviorálním technikám.“

Ve výše uvedeném textu je zmínka o tom, že se v psychodynamické teorii využívá jakési tradiční matrice přenos-protipřenos, pojďme se nyní proto ve zkratce podívat blíže na to, s čím a jak psychodynamicky orientovaná (dále jen PA) terapie vůbec pracuje.

Ústředním bodem PA terapie je, jak jsem již výše uvedl, učinit nevědomé obsahy vědomými. To lze ale jen za předpokladu, že se podaří přijít na příčinu toho, proč jsou tyto obsahy ve vědomí nepřijatelné, tedy analyzovat klientův odpor-dynamickou obrannou sílu, která vedla k vytěsnění obsahu do podvědomí, jak jsem uvedl již dříve, může tento odpor souviset s konfliktem potřeb. V průběhu PA terapie „probíhá postupný proces odkrývání významů postojů, gest, pozic, pocitů, povahy vztahu s ostatními a způsobu myšlení o věcech, které si pacient možná pamatuje jen mlhavě, ale ze kterých se často cítí již po mnoho let zmaten, popleten, rozrušen nebo v rozpacích. V průběhu terapeutického zkoumání je úkolem terapeuta, dle výstižné fráze Shapira, „představit pacienta sobě samému““ (*Daniel S. Keller in Rotgers a kol. ; str. 73*) „Aby se v terapii mohly projevit způsoby myšlení typické pro pacienta, cítění a utváření vztahů, bývá terapeutická situace záměrně mnohoznačná. Kromě toho, že pacient souhlasí s tím, že sdělí cokoli, co ho napadne-tzv. základní pravidlo volné asociace (Freud, 1900, str.102)-neexistují pro pacienty žádná pravidla ani nařízení, která by měli dodržovat.“ (*Daniel S. Keller in Rotgers a kol. ; str. 74*) Zřejmě včetně pravidla abstinence před započítím terapie jako je tomu např. ve 12 krocích či částečně v KBT. „Jedním z důsledků této nejasné situace je to, že se začnou vynořovat pacientovy nevědomé a předvědomé myšlenky i jeho obrana proti nim, a to zejména ve vztahu k terapeutovi (např. přenos). Přenos odpovídá běžnému lidskému sklonu zkreslovat své vnímání ostatních spíše na

základě fantazie než stavět jej na realitě a k tomu dochází snáze právě za nejasných okolostí....Jak terapie pokračuje, pacientův přenosový vztah k terapeutovi má tendenci rozvíjet se až k tomu, co je známo jako přenosová neuróza, ve které pacientova prototypická patologie „ožívá“ nebo je odehrávána....Díky interpretaci přenosu se můžeme propracovat až k patologickým symptomům a charakterovým rysům pacienta a ty mohou být s konečnou platností vyřešeny.“ (*Daniel S. Keller in Rotgers a kol. ; str. 74*)

Při snaze identifikovat klientův odpor se terapeut nezajímá pouze o obsah výpovědi, ale také „ o i to, jak to pacient sdělil, tzn. jaký byl způsob, forma a styl interakce mezi pacientem a terapeutem (tzn. proces komunikace pacienta)....způsoby chování mohou naznačit důležité odpory a vyžadují, aby terapeut zůstal naladěný na to, jak pacient myslí, jaké má pocity a jak se vztahuje k druhému, stejně jako na to, co si pacient myslí, co cítí a co sděluje.“ (*Daniel S. Keller in Rotgers a kol. ; str. 75*)

2.3.2. Terapie zaměřená na rodinu

Jak jsem již výše zmínil prvním a také nejobtížnějším úkolem v každé terapii je získání klienta pro terapii, či léčbu. V případě drogové závislosti se může klidně stát, že se to nikdy nepovede, nebo že tento proces získávání může trvat třeba i 7 či klidně 10 let, kdy je klient třeba sice v neustálém kontaktu s organizacemi zajišťujícími intervenci (nejrůznější K-centra, či jen Streetworkeri), ale prostě se není schopen k léčbě rozhodnout třeba i přes tu nejlepší intervenci. Tento „úkol“ získávání pro léčbu jsem již rozepsal výše v kapitole o 12 krocích, proto přeskočím k úkolu číslo 2. což obvykle bývá diagnostika.

2.3.2.1. Diagnostika a následná léčba

„Ta se zaměřuje na identifikaci příčinného podnětu užívání, vnitřních zprostředkujících proměnných a důsledků užívání. Je nezbytné zmapovat příslušné role individuálních, rodinných a jiných interpersonálních systémů v udržování užívání návykových látek... Diagnostika se také zabývá rolí drogově závislého v rodině a celkovými vzorci interakce z hlediska komunikace, řešení problémů, kontroly chování a hranic rodiny....Většina současných rodinných modelů se nejdříve soustředí na stabilizování abstinence nebo neproblémové užívání předtím, než se začnou zabývat fungováním rodiny. K dosažení tohoto cíle mohou být využity nejrůznější behaviorální techniky... Dalším úkolem je změnit příčiny užívání návykových látek, posílit důsledky tohoto užívání a zpevnit pozitivní důsledky abstinence nebo neproblémového užívání... A konečně dalším úkolem je

změnit vzorce rodinné interakce, komunikační schopnosti a schopnosti řešit problémy a posoudit, která témata, pravidla a role narušují efektivní fungování rodiny.“ (Barbara S. McCurdy, Elisabeth E. Epstein in Rotgers a kol, str. 109-110)

Terapeut tak během léčby rozebírá např. rodinné rituály a modely chování související s konzumací alkoholu. Snaží se zjistit, zda bývá alkohol akceptován jako součást kultury dané rodiny. Nebo se zabývá či hledá většinou nevědomé chování či mechanismy rodiny, které by mohly alkoholika či závislého povzbuzovat v užívání. Např., že se členové rodiny starají o opilého člena, ošetřují ho, když mu je špatně, nebo mu pomáhají s negativními důsledky užívání i v jiných souvislostech, např. telefonují za něj do práce, že je nemocný atd. Alkohol tak zde může hrát roli zpevňovače rodinných vztahů, kdy vlastně všichni prožívají tyto situace poměrně pozitivně, což takovéto chování může dále upevňovat. Z dlouhodobějšího hlediska tyto pozitiva zřejmě ale přerostou v negativa, kdy partner-abstinent a děti musejí převzít více zodpovědnosti související nejen s domovem. Alkoholikovi se tak propadá jeho pozice v rodině, což může souviset se sebevědomím a následným vyrovnáváním se s touto situací pravděpodobně opět za pomoci alkoholu, čímž se nastartuje výše tolik zmiňovaný začarovaný kruh.

V terapii orientované na rodinu se uvádějí v souvislosti s léčbou drogových závislostí 2 formy léčby: Terapie párová-užívaná častěji u dospělých závislých osob; a terapie rodinná-používaná často u závislých adolescentů. Jinak Rotgers upřednostňuje rodinnou terapii jako doplněk ke KBT léčbě či léčbě dle 12 kroků a to ještě jen v některých případech když píše: „Rodinná terapie se doporučuje tam, kde současné interpersonální konflikty nebo problémy komunikace přímo přispívají ke škodlivému užívání návykových látek. Jde například o případ, kdy uživatel užívá alkohol nebo návykové látky po prudké hádce s partnerem, nebo když se cítí velmi zrazen nebo zklamán rodiči (Maisto, O'Farrell, Connors, McKay a Pelcovits, 1988; Marlatt a Gordon, 1985). Rodinná terapie může být také důležitá v případě, kde členové rodiny nějakým způsobem umožňují identifikované drogově závislé osobě užívat návykové látky. Umožňování znamená, že členové rodiny neúmyslně podporují užívání návykových látek, protože o závažnosti problému nemluví nebo nepodnikají jiné kroky místo toho, aby se problému postavili tváří v tvář a řešili ho (Brown, 1988) (James R. McKay in Rotgers a kol, str. 119) Vhodnost kombinace s KBT či 12 kroky zdůvodňuje tím, že tvrdí že je takováto léčba jednodušší z více důvodů: menší pravděpodobnost relapsu, tlak svépomocných programů na to aby závislí vzali odpovědnost do vlastních rukou a nesnažili se

příliš měnit okolí (což se v případě rodinné terapie může zdát jako přesný opak), důraz na řešení problému s fungováním rolí a hranicemi mezi nimi atd.

IV

ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI

1. SHRNUÍ:

Na cestě k informacím o závislosti na drogách jsme se tedy postupně seznámili s jednotlivými skupinami tzv. psychoaktivních látek a jejich poměrně širokou charakteristikou zahrnující mimo jiné např. vzhled, formu užití, behaviorální i fyziologické důsledky užití atd. Dále jsme rozdělili diagnostické jednotky v souvislosti s užíváním drog a to od akutní intoxikace až po těžkou závislost. Pokusili jsme se vypátrat kořeny závislosti a dotkli jsme se tedy i toho, jak k vysvětlení vzniku závislosti přispívají některé psychologické ale i nepsychologické teorie které jsou přitom psychology respektovány. Konkrétně tedy behaviorální a kognitivní teorie, dále pak psychodynamické teorie a teorie orientované na rodinu. Z nepsychologických teorií to pak byla teorie Anonymních Alkoholiků či Narkomanů. Seznámili jsme se s institucemi, které v oblasti drogové závislosti intervenují či poskytují lékařskou či psychoterapeutickou péči. Poté jsme se seznámili s tím, jak by zhruba tato psychoterapie v různých přístupech mohla formálně vypadat. Na této cestě jsme se velice často dotkli mimo osobnost a rodinu ještě řady dalších možných kategorií, ve kterých je člověk na své cestě životem ukotven, či které toto ukotvení mohou ovlivnit ve smyslu rozvoje závislosti: např. socioekonomické postavení člověka, kultura či kulturní okruh ve kterém žije, společenské a právní normy, atd.

Po tomto krátkém shrnutí mne napadá, že jsme se vlastně tématu dotkli prakticky pouze ze 4 rozdílných pohledů. (KB pohled, psychodynamický pohled, pohled psychologie orientované na rodinu a pohled AA či NA). Domnívám se, že k hlubšímu porozumění fenoménu závislosti chybí tento prozkoumat i z dalších pohledů. Kupříkladu by mne velmi zajímal i příspěvek tradičního experimentálního přístupu, nicméně ten je zřejmě dnes z etických důvodů velice komplikovaný. Tak jako bylo na základě experimentu se zvířaty vlastně formulováno behavioristické paradigma S-R, zrovna tak by mohly podobné experimenty velice čitelně a bez spekulací přispět ke striktnímu popisu závislého chování a

dalo by se zřejmě dále sice s trochou spekulace pozvolna experimentovat i v oblasti kognitivních procesů v souvislosti se závislým chováním. V teoretické části jsme se dále dotkli i tzv. spirituální dimenze závislosti, či v souvislosti s toxickou psychózou a halucinogeny jsme popsali fenomén psychospirituální krize, což jsou témata, ke kterým by velmi plodně snad mohly svým pohledem přispět existenciální pohledy. Tyto pohledy či způsoby nazírání na problémy však zatím spíše bojují o místo ve vědecké obci, věřme tedy že, se s časem objeví i příspěvek z jejich pohledu na závislost. Další příspěvky z jiného úhlu pohledu by mohly plynout např. z pohledu environmentálního, pohledu evoluční biologie, sociobiologie a dalších. Věřím tedy, že čas a zájem i ne striktně psychologických oborů přinese více poznatků o fenoménu závislosti a vnese do této problematiky více světla a odkryje tak ty souvislosti, jež jsou nám zatím ukryty v přítmí.

2. DOSLOV:

Touha může i zabít

Aneb pohled na svět očima občana zeměkoule. Metoda pozorování a zpracování dat: pocitologická a dojmologická analýza.

Ve všech sférách nejen lidského ale i živočišného života se můžeme setkat s nadprůměrnými a dokonce až neuvěřitelně nadprůměrnými výkony, jež vyvolávají v pozorovateli nejrůznější pocity: V některých úžas, v jiných zase zděšení nad tím, kam až může „šílenost“ dojít. Dějí se snad tyto výjimky jen tak? Náhodou? Nebo za nimi stojí i nějaká příčina? Nemohla by snad být příčina nadprůměrného výkonu jen pouhá touha, nic „obyčejnějšího“, než touha být víc než průměrný. A pakliže tuto touhu sdílí většina, stane se, že z nadprůměru se stává standard a průměr degraduje. Je to jakési posouvání hranic, děje se ve všech sférách a oblastech života na zemi (opravdu ale všude stejně rychle, nebo souvisí rychlost s prostředky, kterými lze tento posun hranic urychlit?). Evoluční biologové by tento tlak nejspíše nazvali selekcí, sociologové zase jiným výrazem, fyzikové opět jiným. V jazyce mého porozumění životu tento tlak nazývám touha, touha, která může i zabít.....

Touha, která vede sportovce k doping, úspěšné tuneláře k ještě rafinovanějším a odvážnějším strategiím, až na hranici průhlednosti, kdy s úsměvem a hrdotí proplouvají mediálním tlakem a jejich nadprůměrný výkon je diváky a posluchači jak obdivován tak odsuzován. Jak ale skončí ti, kterými je obdivován a napodobován, kolik kvazimafiánů skončí

s kamenem na hrudi v přehradách, když ne ve vězení a kolik na Bahamách? Touha, která vede „umělce“ k tvorbě ještě více šokujícího umění, rovněž stejně obdivovaného jako opovrhovaného. Touha, která tlačí některé vcelku rekreační sportovce k neuvěřitelným kouskům: Šílené sjezdy aljašských štítů na lyžích či snowboardech s až 50m vysokými skoky, rychlostí přesahující 100Km/h, stále složitější a krkolomnější triky ve stále větších výškách (kolo, lyže, snowboard, skateboard, basejumping, paragliding, kiteboarding, surfing, wingsuit.....) Popis těchto kousků přesahuje rámec této práce, ale stačí tyto názvy zadat do vyhledávače na www.youtube.com a každý zjistí, co to znamená. V důsledku to ale znamená stovky, možná i tisíce smrtelných úrazů, stovky možná tisíce přibývajících handicapovaných v relativně krátkém čase, kteří se ještě zdraví rozhodli, že to musejí vyzkoušet. A konečně touha, která vede některé lidi k tomu, aby vyzkoušeli všechny divy přírody a moderního ilegálního chemického velkopřemyslu. Touha, která ochutná opojení a chce jej znova, a častěji a více intenzivně.

Myslím si, že je dobré přemýšlet o tom, že ta touha, která vede toxika (drogově závislého) k užívání drog, by mohla být naprosto stejná touha, která vede různé lidi k různým stejně nebezpečným kouskům, jediným, ale zato podstatným rozdílem je zde aktivita vynaložená na daný prožitek či objekt bažení (drogy=pasivní dosažení blaha, sport=aktivní dosažení blaha; konečný důsledek však může být velmi podobný). Pokud se někomu stane, že zemře na předávkování drogou, úraz při sportu, rukou mafie, na tropickou nemoc atd. Nemusí to ve skutečnosti být tak, že jej zabila droga, sport, mafie, tropická nemoc... Mohla jej zabít „nezdravá“ touha, chtít víc a rychle. V podstatě se tato moje myšlenka shoduje i s již výše zmíněnou psychoanalyticky laděnou teorií Joyce McDougalla, kde srovnává závislost s psychosomatickými poruchami.

Já se ptám ale dále, je pro mne velikou otázkou, jaký smysl tato touha má. Jak jsem již výše zmínil, na první pohled se zdá, že silnější, rychlejší, obratnější...přežije, alespoň tak se to učíme ve škole v hodinách biologie či jiných př. vědách. Ale jsme my lidé na toto psychicky a fyzicky připraveni? Neměli bychom spíše zaměřit pozornost na nalezení určité hranice, která právě souvisí s touto připraveností? Nepřestává tak trošku už pro nás tento evoluční zákon selekce platit? Nestává se z něj pro nás spíše paradox? Nezačíná tento zákon platit pro nás lidi spíše vnitrodruhově, ve smyslu, že se začínáme my lidé prát nejen s přírodou ale i sami mezi sebou či sami se sebou? V evoluci (můžeme-li této teorii důvěřovat) jde snad zřejmě převážně o to, aby živočišný druh byl vždy co nejvíc kompetentní aktuální realitě. Tedy když přišla suchá horka, staly se kompetentnějšími ty rostliny, které

dokázaly zadržet vodu na dlouhou dobu. Co se dnes týče našeho druhu, nejsem si jistý, zda tyto jednoduché evoluční zákony lze na nás aplikovat. Zdá se totiž, že je na nás vyvíjen dvojitý tlak, krom toho přírodního jsme si snad sami vytvořili také další, každý by jej asi pojmenoval jinak (kulturní, sociální, ekonomický... či by všechny sečetl.) Jen mám takový pocit, že přizpůsobit se na jeden druh tlaku znamená oslabení v relaci k tomu druhému. Nevím, zda nám to dochází, ale chování našeho druhu se mi jeví, jako bychom očekávali, že ten přírodní tlak zmizí a příroda se začne přizpůsobovat nám a ne my ji, už s ní jakoby moc nepočítáme.

No jsem zvědav, jak se to bude vyvíjet, zatím ale nemám pocit, že by to příroda nějak vzdávala. Když kouknu kolik lyžařů ze sta si po 30ti metrovém skoku zláme kosti, řekl bych, že s přírodou je to pořád stejné, její zákony prozatím platí i pro takové jako jsme MY. Pro tyto případy MY máme sice medicínu a tučnou pojistku, které tyto skutečnosti zdánlivě popřou a uchlácholí nás, lidé jsou vynalézaví, ale s přírodou to nepohne. Jen by mne zajímalo, proč nám ta paní příroda hází pod nos tu touhu. Co tím sleduje a jak bychom s ní měli nakládat? Je to vlastně takové „KBT uvažování“ o věcech klienta kde klientem je náš živočišný druh tady a teď.

Na jediné „teorie“ či spíše diskuse na toto téma, jsem během své cesty životem narazil v knize „Poznáváme své Já“ a knize „To Have or To be“: první teorie (Skarnitzl, 1994) čerpá z velmi starých pramenů východních filosofí Sánkhja a Jógy a opírá se dokonce i o staroindický epos Mahábháratu a posvátnou knihu hinduismu Bhagavadgítu, která je vlastně součástí Mahábháraty, ačkoli u nás na západě se setkáváme s tím, že jsou to knihy 2. Tato teorie se snaží spíše filosoficky uchopit, zdůvodnit a dokonce podobně jako např. Maslow hierarchizovat potřeby (tendence) člověka. Druhá teorie (Fromm, 2001) vychází z něčeho co by se v mém kontextu dalo nazvat „fylogeneze lidského bažení“ a dále s některými z těchto faktů pracuje. Podrobnější popis by přesahoval rámec této práce, ale cítím potřebu to zde uvést, jelikož v tom vidím silnou souvislost.

Nakonec bych tedy navrhol se pouze zamyslet či dále prozkoumat to, jak tato touha souvisí s orientací dnešního člověka na vztah nebo na výkon. Když se podívám nejen kolem sebe ale i do sebe, vnímám že, orientace na výkon by mohla souviset s rostoucí potřebou a požadavkem být vidět, být individualista paradoxně ve světě, který na druhou stranu tolik tlačí na to, abychom byli navenek jako společnost konformní. Je to jako bychom byli nuceni žít a respektovat stereotyp ale zároveň cítím požadavek na to, abychom tento stereotyp přesahovali. Vnímám, že s životní energií to začíná být jako na housenkové dráze. Člověkem protéká více energie v čím dál tím menších časových úsecích a to jak ve smyslu městnání

energie například v průběhu pracovního procesu tak v potřebě následné exprese této energie (v případě zaměstnání manuální prací je tomu naopak), to vše ale jakoby bez vědomého zpracování. Prudký nárůst frustrace a potřeba okamžité kompenzace s minimálním zásahem kognitivních a konativních procesů, zejména vůle a pozornosti. Lidé jsou jakoby líní vyvinout na tuto kompenzaci další metnální energii, zejména asi proto, že na to není čas a mají pocit únavy. Když se podívám kolem sebe na mladé lidi, vidím nejrůznější kompenzační strategie (krom drog, sadismus či masochismus a s ním spojené subkultury, sebepoškozování-tetování, pearsing, věšení se na háky a s tím spojené subkultury, adrenalinové sporty.....atd) , nicméně jen málo z nich mně připadají být rozumnými a nepatologickými.

V

PRAKTICKÁ ČÁST

ÚVOD

Jak bylo již zmíněno v úvodu předchozí části, v praktické části této práce bylo mým záměrem vytvořit pohybový program, který by pomohl či podpořil léčebný program závislých v terapeutické komunitě. Inspiroval jsem se diplomovou prací J. Kirchnera: Užití her v přírodě a lanových drah v kinezioterapii závislých mužů (FTVS UK 2001). A dále jsem se snažil o to, aby mnou vytvořený program bylo možno zahrnout do rámce Kinezioterapie v léčbě závislostí dle Hátlové (Hátlová 2003). Předpokladem k vytvoření adekvátního programu bylo shromáždit co největší množství informací o konkrétním léčebném programu, ve kterém byli potenciální probandi (klienti) pro pohyb. program a dále informace o samotných klientech (předchozí léčba či pokusy o léčbu, předchozí život-blízké sociální neformální okolí, zájmy, hodnoty, škola, světový názor atd., individuální obraz osobnosti- rysy, charakter, hodnoty. O to vše jsem se pokusil v průběhu 9 denního pobytu v terapeutické komunitě Renarkon, kde jsem pobýval v roli klienta. Metody sběru dat byly pozorování, rozhovor a vyplnění a vyhodnocení inventářů NEO BIG 5 a dotazníku Hodnot dle Schwarze. Pozorování a rozhovor, ač jsou zřejmě považovány za ty méně objektivní a spíše doplňující metody, se ukázaly v tomto prostředí jako velice užitečné a plodné, jelikož bylo možno je provádět v jakýchsi 2 dimenzích. Jednak individuálně při programu dne, dále pak v průběhu

skupinové terapie a komunit. Výhoda takového „dvojdimenziálního“ pozorování a rozhovoru je možnost srovnat je- projev, komunikaci, jednání a chování a další charakteristiky jedince v různých prostředích. Další velmi užitečnou pomůckou, se kterou se mi velmi dobře pracovalo, byl dotazník NEO BIG 5. Dále mi byl doporučen dotazník Hodnot dle Schwarze, který měl sloužit k měření efektivity pohybového programu, kde byl předpoklad, že po aplikaci pohybového programu by se měl změnit hodnotový žebříček klienta. Sehnal jsem si tedy dotazník a nashromáždil data před i po aplikaci programu, která jsem měl poté srovnávat u experimentální a kontrolní skupiny, kde u kontrolní skupiny program neměl proběhnout. Bohužel jsem ale narazil na dva zásadní problémy: Prvním bylo to, že mi v TK nebylo umožněno nejprve z etických a poté z finančních a časových důvodů rozdělit klienty do dvou skupin (experimentální a kontrolní) Etickým důvodem byl argument, že by to údajně nebylo fér, aby jedni na výlet jeli a druzí ne, a že se tedy zúčastní buďto všichni klienti nebo nikdo. Na to jsem reagoval tak, že jsem byl ochoten pro kontrolní skupinu aplikovat pohybový program také, ale až po skončení měření. V této souvislosti mi vedoucí TK argumentoval, že by to sice šlo, jen na toto TK nemá čas ani dostatek finančních prostředků. Nezbyvalo mi tedy než změnit strategii. Dotazník hodnot dle Schwarze jsem tedy chtěl využít jen jako vodítko pro tvorbu programu a „zhodnocení“ provést i bez kontrolní skupiny a navíc do něj zahrnout i cca hodinovou reflexní skupinu pro zpětnou vazbu a dále písemnou sebereflexi klienta pro popis sebe před, v průběhu a po aplikaci programu. Kdy bych pak po přečtení sebereflexe ještě případně tuto s daným klientem prokonzultoval a dovyptal se. Bohužel o užití dotazníku Hodnot dle Schwarze absolutně rozhodlo to, že mi nebylo umožněno z mně nepochopitelných a jistě smrtelně „důležitých“ důvodů získat šablonu pro vyhodnocení. Jako zdroj informací pro zhodnocení efektivity pohybového programu zbyly tedy skupinová a individuální sebereflexe. Nahlédněme tedy nyní blíže nejprve na teoretický rámec kinezioterapie a léčebný program v TK Renarkon, do kterých by měl pohybový program zapadnout a poté na jeho průběh a zhodnocení.

1. KINEZIOTERAPIE

Kinezioterapie vychází z mnoha výzkumů, které prokazují pozitivní souvislost mezi pohybem člověka a jeho somatopsychickým stavem a jeho vnímáním v souvislosti s životní spokojeností. Dále se také snaží analyzovat potřeby psychiatrických pacientů a z těchto analýz pak vycházet při tvorbě konkrétních programů. V léčbě psychických poruch se kinezioterapie

snaží o prosazení většího důrazu na ošetření pohybového chování (hygieny) pacienta či klienta v dnes údajně hypokineticky pojaté léčbě. Zdá se, že kinezioterapie sama je schopna nabídnout rozsáhlou škálu pohybových intervencí a programů jakožto doplnění, rozvoj a podporu ale snad i kompenzaci tlaku běžné terapie.

Hátlová o Kinezioterapii píše: „Kinezioterapie je podpůrnou léčebnou metodou, která působí paralelně vedle farmakoterapie, biologické, fyzikální, psychologické a chirurgické terapie. K dosažení léčebných výsledků využívá prostředků aktivně prováděného pohybu mimopracovní povahy.... Během terapeutického procesu terapeut napomáhá pacientovi k úplnějšímu sebezpoznání a poznání vlastních možností tak, aby je mohl využít k rozvíjení své osobnosti, nárůstu seberegulace a tím ke kvalitnějšímu způsobu života. „ (Hátlová B., str. 34) Šarapatka pak o funkci pohybu v životě člověka píše: „Pohyb je nezbytnou součástí vývoje lidské osobnosti. Je jedním z faktorů podílejících se na vytváření sebekoncepce prostřednictvím vytváření vědomí tělesného „Já“. Pohybový projev je ovlivňován biologickými, psychickými a sociálními potřebami jedince. Kvalita pohybu je ukazatelem aktuálního psychosomatického stavu, zdraví i nemoci člověka. Analýzou pohybového projevu člověka je možno předpokládat úroveň aktuálního tělesného a duševního stavu (Kirchner 2002). S pohybem jsou spojeny kladné, příjemné prožitky - uvolnění, radost, i negativní prožitky, usilujeme-li o nadměrný výkon - únava, bolest, frustrace. Nejen příjemné, ale i nepříjemné prožitky spojené s pohybem, mají pro člověka svůj význam. Překonáváním zátěže, která není nad horní hranici možností jedince, stoupá jeho odolnost. To dává racionální smysl pohybové aktivitě. Koncepce umělých pohybových zátěží je tedy zdůvodnitelná (Hošek 1992, 1995). Tato tvrzení jsou podložena i dalšími poznatky psychosomatické a behaviorální medicíny, jež experimentálně ověřily skutečnost, že duševní stav působí na tělesnou stránku člověka (Pelletier 1977). Početné studie předložily důkazy o pozitivním působení tělesných cvičení na somatický stav člověka (Cooper 1968, Bonanno a Lies 1974, Buccola a Stone 1975, a řada dalších). Povšimnuto bylo, že u cvičení, u nichž byl sledován vliv na tělesnou stránku lidské osobnosti, zároveň docházelo k pozitivním psychickým účinkům. Tato zjištění byla opakována několikanásobně u jedinců v různých aktuálních psychosomatických stavech (Sime 1977, Folkins a Sime 1981, Sacks a Sachs 1981, Berger 1984). Dosavadní výzkumy ukazují, že tělesná cvičení mohou pozitivně ovlivňovat duševní zdraví zejména v oblastech: zvyšování sebedůvěry, snižování váhy, přijetí sebe sama, pozitivní vnímání vlastního „Já“, zvýšení produktivity vlastní činnosti, zlepšení kvality spánku, zmírnění fobií (Folkins a Sime 1981).“ (Šarapatka, P., 2003)

Hátlová dále píše že kinezioterapie „Vede pacienta k nabytí větší sebedůvěry. Používá cílené pohybové programy, které modelují situace, v nichž pacient ověřuje a rozvíjí své schopnosti. Při jejich provádění vyžaduje aktivní přístup pacienta, pracuje nejen s biologickou složkou osobnosti, ale i s její psychikou a sociálními vztahy. Pohybem v nejširším slova smyslu se snaží získat přístup k pacientovi a prostřednictvím osobních prožitků dosáhnout ovlivnění jeho psychiky ve smyslu uvědomění si vlastního psychosomatického „Já“ a jeho možností. Podle zaměření má aktuální i déletrvajcí účinek na psychický stav. Reguluje aktivitu jedince, zvyšuje sebeúctu, snižuje úzkost, depresi, percepci stresu a reaktivitu na stres, zvyšuje odolnost vůči zátěžím, má euforizační účinky, zlepšuje mentální funkce, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu komunikace. Pro své nároky na aktivně prováděný pohyb je v převážně hypokinetické léčbě důležitou složkou denního programu nemocného. Naučené dovednosti a znalosti mohou být následně transferovány do dalších oblastí života.“ (Hátlová B., str. 10) Šarapatka pak kinezioterapeutickou myšlenku pozitivního vlivu pohybu v životě člověka prosazuje, když se odvolává se na mnohé výzkumy: „Výsledky uveřejněných studií prováděných kinezioterapeutických programů u psychicky nemocných se záměrem působit a ovlivnit jejich psychiku (Hessoa-Sorenson 1980, Rosenthal-Beutel 1981, Chamove 1986, Haefner 1987, Martinsen 1990, Andres-Brenner-Bellwald 1990,1993, Pelham-Campagna 1991, Yagi-Kinoshita a Kamba (1992), Pelham-Campagna-Ritvo-Birnie1993, Plante 1993, Martinsen-Stephens 1994, Fox 1994, Faulkner 1998, 1999, Hátlová 1994, Hátlová-Bašný s.-Mrázek-Žďárková 1995, Adams 1995, Hátlová1997, Rotha-Parry 1997, Hátlová-Bašný-Špůrková 1999, Faulkner-Sparkers 1999, Sparkers 1999, Ekman-Friesen-Mel 2000, Hátlová, Hyřha, Kirchner, Richterová, Špůrková 2001), nás utvrzují v předpokladu, že záměrný tělesný pohyb může mít významně kladný vliv na psychiku duševně nemocných.“ (Šarapatka, P., 2003) O samotné kinezioterapii pak velmi podobně jako Hátlová píše: „Kinezioterapie je tedy somatoterapeutická aktivita která používá modelované cíleně zaměřené pohybové programy. Při jejich provádění vyžaduje aktivní přístup pacienta, pracuje nejen s biologickou složkou osobnosti, ale i s její psychikou a sociálními vztahy. Pohybem v nejširším slova smyslu se snaží získat přístup k pacientovi a prostřednictvím osobních prožitků dosáhnout ovlivnění jeho psychiky ve smyslu uvědomění si vlastního psychosomatického „Já“ a jeho možností. Podněcuje aktivitu jedince, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu komunikace.

Kinezioterapie jako součást léčby psychických poruch a chorob aspiruje na vytvoření pohybových programů - metod, které bude možno aplikovat za účelem záměrného ovlivňování psychiky nemocného a jeho sociální začleněnosti.“ (Šarapatka, P., 2003)

Domnívám se, že k vysvětlení pojmu kinezioterapie by mohl stačit tento sice stručný, ale zato velmi výstižný popis. Snad jediným nesrozumitelným bodem může být ono „uvědomění si vlastního psychomotorického „Já“ a jeho možností“ o čemž Hátlová dále píše ve své knize na str. 15. kde se snaží zdůraznit vývoj člověka a osobnosti v souvislostech nejen psychického vývoje, ale psychomotorického vývoje. Připomíná např. obecně prokázanou důležitost motoriky v raných vývojových fázích. Ne nadarmo zřejmě švýcarský vědec, filosof, biolog a v neposlední řadě vývojový psycholog Jean Piaget pojmenoval jednu z raných vývojových fází jako stádium senzomotorické inteligence, kde dává do přímé souvislosti kognitivní vývoj dítěte s rozvojem jeho smyslů jako brány pro příjem informací a s rozvojem pohybu a k tomu určených nervových center jakožto zatím jedinou cestou, prostřednictvím níž může dítě komunikovat s okolním světem a pochopit tak, že je od něj fyzicky odděleno. Další přímá souvislost mezi motorikou a psychikou leží například v tom, že u zdravého dítěte bez rozvoje jemné motoriky nemůže fungovat řeč a neschopnost řeči pak bezpochyby značně omezuje člověka na jeho cestě životem zvláště v komunikaci a sociální sféře vůbec, tudíž se pak podepíše zpětně i na jeho psychice (díky sebehodnocení a hodnocení druhých v relaci k normě v daném kulturním okruhu). V učebnicích vývojové ale i obecné psychologie a jiných lze najít bezpočet dalších důkazů o důležitosti a souvislosti motoriky s psychikou člověka. (Hunt, 2000; Langmeier, Krejčířová, 2007; Říčan, 2006) Hátlová se ale snaží zdůraznit úlohu motoriky v psychosomatickém stavu nejen v raných vývojových fázích, ale i v pozdějších životních obdobích a zvláště pak při výskytu psychických obtíží. I když už v těchto obdobích není jediným zdrojem a instrumentem k „zmocňování světa“ pohyb, pořád hraje v životě zřejmě důležitou roli v prevenci a hygieně. Proto by se měla terapie pohybem zřejmě používat jako doplněk k jakékoli hypokinetické terapii.

2. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA (TK Renarkon)

2.1. Poslání a cíle TK

Terapeutická komunita Renarkon nabízí v moravskoslezském kraji své služby lidem starším 18ti let, bez rozdílu pohlaví, rasy, sexuální orientace, náboženského vyznání atd., kteří

se rozhodnou řešit svou drogovou závislost na nealkoholových drogách. Cílem TK je pak pomoci svým klientům překonat drogovou závislost a najít cestu k trvalé abstinenci a postupnému návratu do plnohodnotného života prostřednictvím:

- Stabilizace psychického a fyzického stavu klienta
- Převzetí odpovědnosti za vlastní jednání
- Změny dosavadního životního stylu a hodnotové orientace
- Sociální stabilizace klienta: Nácvik nových sociálních dovedností, zvládání krizových situací, prevence relapsu, znovunavázání rodinných a společenských vztahů
- Navrácení klienta do normálního života společnosti: tzn. podpora schopnosti samostatně žít a pracovat (schopnost sebedůvěry a reálného sebehodnocení), znovunalezení schopnosti respektovat společenské normy a zákony

2.2 Podmínky pro přijetí klienta do TK

- Dobrovolný vstup do TK
- Věk od 18 let bez rozdílu pohlaví
- Absolvování detoxikace, s propouštěcí zprávou.
- Potvrzení o vyšetření na hepatitidu A, B, C, HIV – ne starší jednoho měsíce
- Písemné doporučení odborného zařízení (K-centrum, psycholog, psychiatr apod.) o vhodnosti vstupu do TK, včetně potvrzení diagnózy závislosti na drogách.
- Zaslání 3 dokumentů: stručného životopisu s popisem své drogové minulosti, žádosti o přijetí do léčby a předvstupního dotazníku.
- Potvrzení o evidenci na Úřadě práce (není-li klient v zaměstnaneckém poměru, ji-li pak pracovní neschopenku) a v případě pobírání dávky sociální péče potvrzení o evidenci na příslušném obecním úřadě.
- Dohoda o způsobu hrazení léčby a pobytu v TK (4 340Kč/měsíc tj. cca 140 Kč/den)

2.3. Kontraindikace pro přijetí popř. pobyt klienta v TK

- Naplněnost kapacity.
- Matky s dětmi, partnerské páry, gravidní ženy.
- Akutní infekční onemocnění (pozitivita na hepatitidu A, otevřená forma TBC, syfilis, kapavka v akutním stádiu)
- Těžké tělesné poškození omezující mobilitu či akutní psychotické onemocnění
- Soudem nařízená ústavní léčba.

- Probíhající substituční terapie
- Existence společné drogové minulosti klientů v TK může a nemusí být důvodem pro nepřijetí (před vstupem nového klienta se o tom hlasuje v TK)
- Nenaplnění podmínek pro přijetí či nesplnění pravidel TK (viz. další podkapitola)

Pozn: pro matky s dětmi či gravidní ženy existuje speciální terapeutické komunita, spravuje ji společnost Sananim sídlící v Praze (www.sananim.cz)

2.4. Pravidla a chod TK

Dalo by se říci, že léčebný efekt komunity je založen z na režimu dne a pravidlech chování a jednání. Proto zde obojí uvedu.

Kardinální pravidla:

- 1) Pravidlo abstinence (zdržení se alkoholu a drog-mimo tabák)
- 2) Pravidlo zákazu hrubé agrese
- 3) Pravidlo zákazu navazování příliš intimních vztahů se členy TK.

Další pravidla:

- 1) Pravidlo akceptování rozhodnutí komunity a terapeutického týmu.
(pozn. terapeutický tým má právo veta, málokdy jej však využívá, snaží se zasahovat co nejméně direktivně)
- 2) Pravidlo přijímání terapie (dodržování pravidel, programu, časů, režimu, plnění sankcí, úkolů).
- 3) Pravidlo dodržování povinností vztahujících se k jednotlivým fázím a funkcím.
- 4) Pravidlo dodržování zásad soužití v domě.
- 5) Pravidlo zákazu znevažování druhých.
- 6) Pravidlo zákazu sdělování jakýchkoli informací o druhých klientech lidem, kteří nejsou členy TK.
- 7) Pravidlo nezatajovat a nekrýt porušování pravidel.
- 8) Pravidlo zákazu ničení nebo zcizování majetku ostatních klientů, pracovníků nebo zařízení.

Chod TK

(pouze přibližný popis, k této části DP jsem nedostal žádné podklady, čerpám pouze ze zápisků shromážděných v průběhu pobytu v TK)

Chod TK je založen na pravidelné **denní struktuře** (rozvrh dne, týdne), a několika **funkcích**.

Denní struktura:

Uvedená denní struktura se týká převážně pracovních dnů, o svátcích a víkendech je pak různá. Většinou se jde na nějaký výlet nebo se provádějí podobné aktivity v přírodě.

- Ráno se vstává cca kolem 7 hodiny, následuje **hygienu, rozcvička, snídaneň**.

- Poté se zasedne k **ranní komunitě**, kterou vede „pán domu“-viz . níže, kde se probírají, mimo to jak se kdo vyspal, spíše praktické a funkční záležitosti týkající se začínajícího dne, aby vše probíhalo jak má a všichni věděli, proč se co dělá atd. Netrvá déle než 30 min.

- Následují **pracovní bloky**: ti co mají přidělenou funkci (kuchař atd.) si ji hledí, ostatní vykonávají práci, která jim byla zadána na ranní komunitě. V průběhu pracovního bloku je jedna přestávka na svačinu, popř. cigaretu.

- **oběd**

- **polední pauza**

- Po polední pauze se program liší v závislosti na dni v týdnu, buďto následuje další **pracovní blok**, nebo **čas osobního volna**, či čas **plánovaného osobního volna**-tj. volno jehož náplň byla předem oznámena na nejbližší předešlé večerní komunitě a byla jí schválena (Např. přečtu alespoň 5 stran knihy, budu sportovat-posilovna atd.)

- Poté cca v 16:45 následuje **možnost malé svačinky** a v cca 17:00 **terapeutická skupina**- téma skupiny buď předem není známo, v tom případě ji vede terapeut, a většinou se téma velmi brzy ukáže samo, protože vzejde z potřeb klientů, či některého klienta. Nebo je téma předem oznámeno některým z klientů na některé z komunit-většinou se jedná o klienty ze třetí, závěrečné fáze pobytu v TK, jelikož jsou schopni a motivováni k otevření jakéhokoli konfliktu (vč. vnitřních) či problému před celou skupinou. Dále se o téma mohou postarat i klienti jiných fází, kteří si takto musejí splnit úkoly v rámci své fáze, aby mohli postoupit do fáze vyšší. Například k přechodu ze 2 do 3 fáze je zapotřebí vypracovat (na veliký arch papíru) téma „kořeny mé závislosti“, kde se klient před skupinou za použití archu jako vodítka pokouší vysvětlit osobní etiologii vlastní závislosti, její konkrétní individuální faktory a souvislosti.

- v cca 18 hodin je **večeře**

- Následuje **večerní komunita**, která vypadá obdobně jako ta ranní, kde „pán domu“ rozděljuje tzv. rajony= plochy či místnosti které je potřeba po komunitě uklidit (koupelna, chodba, záchod....) Na komunitě se také rozhoduje, kdo z 1-3 fáze pojedje pracovat následující den (pouze v případě po, st či pá) do poměrně vzdálené továrny. Dále se organizuje zhruba podoba následujícího dne, či se dořešují organizační věci. (hlášení korespondence, telefonů, atd.) Vše má podobu dialogu a hromadné, ale uměřené diskuse, kde je vítán každý názor a připomínka.

- **rajony**

- **večerní klidové volno** (tv, hudba, společenské hry, individuální poradenství a terapie)

- **večerka 22:00**

- **mimořádná komunita**- tato komunita se může svolat v akutních případech kdykoli během dne, svolat ji může jakýkoli člen TK (klient, nebo terapeut).

Funkce

Týdenní funkce:

- „Pán domu“- obstarává a řídí chod celého objektu komunity (dělba práce, zapisování do deníku, zapisování a kontrola sankcí, vedení raní a večerní komunity).

- Šéfkuchař, Pomocník Šéfkuchaře – Starají se o jídlo a mytí nádobí, vstávají tedy dříve než je budíček. A prac. blok tráví tedy v kuchyni.

- Kotelník – V zimních měsících se v objektu TK přitápí koksem. Za teplo v budovách objektu je zodpovědný kotelník.

Ostatní funkce jsou přidělovány většinou jen krátkodobě pro pracovní bloky. V pracovních blocích se obvykle štípe dřevo. Komunita je v horách v lese a štípáním dřeva si vydělává na některé aktivity, které provádí ve volném čase. V zimním období se klienti starají o udržování silnice vedoucí do TK (odhrnování, odsekávání ledu, posyp). Dále se uklízí nejrůznější prostory TK. Třikrát týdně se pak klienti 1 a 2 fáze střídají v dojíždění na brigádu. Pracovat může v jednom dni 5 klientů.

2.5. Fáze léčby TK

0. fáze (doba trvání 2-6 týdnů)

Hlavní zásady pro klienta v 0. fázi:

- Klient **přerušuje kontakt s vnějším světem** (tedy i s rodinou), aby si uvědomil, že je tady sám za sebe a měl dostatek času k přemýšlení nad sebou samým a léčbou. Může být v kontaktu pouze s úřady.
- Klient se učí **otevřenosti a upřímnosti** vůči okolí i sobě. Bez tohoto nemůže na sobě dosáhnout žádné opravdové změny a ani ostatní nebudou schopni mu pomoci při řešení jeho problémů.
- Klient **je v ochraně**, kdy první týden nenese zodpovědnost za běh na domě.
- Klient během 0. fáze napíše svůj **životopis**.

1. fáze (doba trvání 2-3 měsíce)

Vstupem do 1. fáze se klient stává právoplatným členem komunity. Jelikož se už adaptoval na zdejší prostředí, může začít jeho práce na sobě samém. V této fázi se učí toleranci, naslouchání názorům druhých, respektování zájmů skupiny. Postupně by se měla rozšiřovat jeho důvěra ve skupinu. Učí se přijímat a zpracovávat kritiku, snaží se poučit z vlastních chyb a nedostatků. Hlavní zásady pro klienta v 1. fázi jsou:

- Klient může mít kontakt s členy své rodiny bez přímé spojitosti s drogami.
- Klient částečně navazuje kontakt se světem mimo komunitu, ale areál TK opouští jen v doprovodu vyšší fáze.

2. fáze (doba trvání 3-6 měsíců)

Ve druhé fázi má klient větší míru zodpovědnosti a to nejenom za sebe, ale i za ostatní, pro které by měl být vzorem a příkladem. Klient nadále pracuje na pozitivní změně své osobnosti. Snaží se objevit své dobré i špatné vlastnosti, svá slabá a silná místa. Dobré posiluje a se špatnými se snaží dále pracovat. Učí se sebekontrolě, vůli a disciplíně.

Hlavní zásady pro klienta ve 2. fázi:

- Klient je schopen zvládat **řídící funkce**. Pomáhá nižším fázím, a to nejen v práci, ale i morálně.

- Klient pracuje na sobě a **osvojuje si nové hodnoty a životní styl**, se kterým se chce ve svém budoucím životě ztotožnit. Nekompromisní a odmítavý postoj k drogám je jednou z jeho základních součástí.
- Klient se učí **otevřené komunikaci** a je schopen poukázat na nedostatky, ale i na schopnosti jiných členů komunity. Učí se zvládat zátěžové situace, zvláště ty, které se v jeho životě mohou objevit. Nese plnou odpovědnost za své chování a činy – učí se správně rozhodovat.
- Klient může samostatně opouštět areál TK. Jezdí na výjezdy a zároveň doprovází na výjezdech nižší fáze.

3. fáze (doba trvání 1-2 měsíce)

3. fáze je individuální. Klient je dostatečně vnitřně silný na to, aby se mohl učit žít v prostředí mimo TK. Hlavní zásady pro klienta ve 3. fázi:

- Klient si ověřuje své schopnosti v běžné realitě a připravuje se na návrat do ní.
- Klient se odpoutává od komunity směrem k samostatnosti.
- Může jezdit do práce mimo areál TK.

Pozn: **Sankce:** V nulté fázi nenes v prvním týdnu pobytu klient zodpovědnost za chod domu. V TK panuje poměrně velmi přísná disciplína a za každou sebemenší chybu či omyl následují sankce. Například: Když si nesklidíte po jídle ze stolu talíř, když nesplníte plán plánovaného osobního volna, když se výrazněji zpozdíte při příchodu na komunitu či skupinu, když zapomenete zhasnout za sebou světlo atd. O tom zda a jakou sankci klient dostane a za co, rozhoduje celá komunita. Sankce mohou mít nejrůznější podobu, od čištění pelechu pro komunitního psa přes 30 min přehazování koxu až po přísnější tresty.

Nyní jsem tedy ilustrativně uvedl základy, na kterých stojí princip a chod komunity, tedy jakousi *formu*, k tomu aby člověk pochopil TK jako celek, je ale zapotřebí si TK samostatně zažít a vejít v interakci s *obsahem* TK tedy klienty.

3. KINEZIOTERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ, NEO BIG FIVE, FORMULACE PROBLÉMU, CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZA.

3.1. Kinezioterapie v léčbě závislosti

V souvislosti s kinezioterapií v léčbě závislosti popisuje Hátlová současný stav takto: „V současných léčebných programech je možno vysledovat návrat k tradičnímu „Skálovskému“ přístupu obohacenému o nové formy zejména behaviorálních a kognitivních terapií. Systém léčby chce dostat pacienta do lepší fyzické kondice, která se stává základem jeho odolnosti vůči fyzické i psychické zátěži. Klade výrazný důraz na pracovní terapii a tělesná cvičení. Poskytuje informace z oblasti drogových závislostí, posiluje náhled na sebe. V zahraničních programech se nově objevují pohybové hry a prožitkově zaměřená cvičení. Nejnověji jsou užívány v terapii mladistvých delikventů a toxikomanů náročná lanová dráha.“ (Hátlová, B., str. 92) V souvislosti s nároky na vedení, tvorbu aktivit a záměrem v rámci kinezioterapie klade pak Hátlová důraz na to, aby vše bylo „šito klientovi na míru“ dle jeho osobnosti a dalších charakteristik když píše: „Způsoby a metody terapie musí být voleny vzhledem k osobnosti pacienta, jeho aktuálnímu psychosomatickému stavu, průběhu dosavadní léčby a individuální schopnosti akceptace jednotlivých terapií. Záměrem je vést pacienta k sebekonfrontaci a kognitivnímu přehodnocení prostřednictvím uvědomování a sebereflexe. Úkolem terapeuta je vytvořit takové prostředí, které usnadní pacientovu vnitřní motivaci ke změně.“ (Hátlová, B., str. 92-93)

Šarapatka pak navíc uvádí odvolávaje se na četné výzkumy, že hlavní příčinou vzniku drogové závislosti by mohla být deprivace v prožitkové sféře. Píše že, „civilizační vlivy a současný životní styl nemohou u člověka eliminovat dědičně zakódovanou potřebu prožitků. Ačkoliv se v průběhu pracovní doby člověk podřizuje vžitému řádu, konvencím a žije v prostředí, které má z hlediska působení vnějších vlivů protektivní charakter, v době svého volna potřebuje prožitek jako kompenzaci k regeneraci duševní rovnováhy.“ (Šarapatka, P., 2003) Poté Šarapatka na základě doložených výzkumů ještě dále diferencuje fenomén vyhledávání prožitků, když píše: „Sféry pro vyhledávání prožitků se velmi různí jak charakterem činností a hloubkou prožitku, tak i mírou vlastní aktivity osobnosti. Volba zdroje prožitků je silně ovlivněna i individuální mírou tendence osobnosti silné prožitky vyhledávat (Sensation Seeking Tendency – SST). Za zdroj prožitku lze například považovat fyzickou činnost související s tělesnou prací, stejně jako aktivně prováděnou sportovní činnost s různým stupněm rizika (blíže viz. výzkumný projekt Mgr. Pavla Hyťhy – Riskantní chování

a jeho vztah k pohybové aktivitě a kvalitě života). Hluboké prožitky je možné získat prostřednictvím intelektuálních zájmů, zahrnujících cestování, umění či hudbu. Prožitky lze získat i v sociální sféře, prostřednictvím schůzek s přáteli, navazování osobních vztahů apod. Další sférou je oblast pracovní činnosti, kde lze získat prožitky například při realizaci nejistých finančních operacích, významných objevech, či úspěšném dovršení různých pracovních úkolů. **Prožitků lze však dosáhnout i prostřednictvím sociálně nepřijatelných patologických aktivit, jako je kriminalita, promiskuitní chování či právě užívání drog.**“ (Šarapatka, P., 2003) Na základě těchto výzkumů a odvolává se na Zuckermana, Šarapatka dochází k velice podobné myšlence jako Rotgers na obrázcích 8. a 9. v teoretické části (viz. teoretická část, kapitola II, odstavec 2.5. obrázky 8. a 9.) a sice že: „Důvody pro zahájení užívání drog se zpravidla liší od důvodů pro pokračování v jejich užívání a v době, kdy je osoba na nich již závislá. Sensation Seeking má zřejmě větší význam v úvodních stádiích užívání, než v následujících, kdy se droga postupně stává prostředkem pro udržení normálního stavu organismu (Zuckerman, 1983). Drogově závislý je nejprve motivován zvědavostí, následně slastí a nakonec potřebou vyhnout se bolesti a cítit se normálně (Zuckerman, 1987a, 1987b).“ (Šarapatka, P., 2003) Pro podporu myšlenky o deprivaci v prožitkové sféře jakožto faktoru drogové závislosti uvádí pak Šarapatka výsledky jednoho z mnoha podobných výzkumů: „K výsledkům, potvrzujícím možnost predikce užívání drog v budoucnosti došli i Kummar, Pekala a Cummings (1993). Původně naměřené hodnoty prokázaly značnou stabilitu po 20-ti letech. U osob, kterým byly původně naměřeny vysoké hodnoty u SSS a níže uvedených podškál 71% mužů a 66% žen potvrdilo užití drog. U osob s nízkou hodnotou SST pouze 17% mužů a 21% žen uvedlo, že drogu někdy užíli.“ (Šarapatka, P., 2003) Celkově pak podobné výzkumy shrnuje a uvádí do souvislosti s nabízející se možností využití tohoto faktu při tvorbě kinezioterapeutických programů, když píše: „Celkově lze konstatovat, že v porovnání osob bez problémů se závislostmi s osobami s různými závislostmi byly naměřeny signifikantně rozdílné hodnoty u celkového skóru SSS a podškál ES a Dis. U dalších dvou podškál TAS a BS nebyly zjištěny signifikantní rozdíly. Uvedené hodnoty představují střední hodnoty skóru dosažených jednotlivými skupinami u mužů a žen.“

Osoby se zvýšenou úrovní SST zpravidla vyhledávají rozmanitost a silnou intenzitu prožitků a tudíž je u nich vyšší pravděpodobnost užívání více drog, zejména v počátcích užívání drog. Teprve později se může závislá osoba stát závislou na jedné droze a výhradně ji užívat. Přejít z jedné drogy na druhou a způsob její aplikace je zapříčiněn hledáním

silnějších biologických reakcí, tím se však zvyšuje i riziko. Zdrojem prožitků je rovněž i rizikovost celé činnosti, která zahrnuje rizika právní, společenská i fyzická. **Kinezioterapie by tak z krátkodobého hlediska, tj. zlepšení psychických stavů pacientů během léčby, měla závislým substituovat nejen deprivaci pohybovou, ale právě i deprivaci ve sféře prožitků a nahradit jim tak absenci nejvyšší subjektivní míry libého rizika, z dlouhodobého hlediska je pak těžištěm tohoto způsobu podpůrné léčby vytvoření nových zážitků a nasměrování klientů k novým sociálně nezávadným a trvalým zdrojům prožitků ve sféře sportu a dobrodružných aktivit.** (Šarapatka, P., 2003)

Podškály Sensension seeking testu:

Test je zaměřen na zjišťování tendence vyhledávat prožitky v různých oblastech života. Měří celkem čtyři dimenze. TAS (vyhledávání napětí a dobrodružství), ES (vyhledávání zkušenosti), Dis (Disinhibice), BS (vnímavost nudy).

TAS

Tato podškála vyjadřuje touhu zabývat se sportovními činnostmi nebo činnostmi, které zahrnují určité fyzické nebezpečí nebo riziko. Tyto činnosti poskytují neobvyklé prožitky prostřednictvím rychlosti nebo gravitace. Patří sem například takové aktivity jako lyžování, parašutismus, potápění apod.

ES

Tato podškála vyjadřuje položky, které popisují touhu testované osoby vyhledávat nové zkušenosti prostřednictvím mysli a smyslů jako je například hudba, umění, cestování, života nekonformním životním stylem s nekonvenčními přáteli.

Dis

Položky této podškály popisují vyhledávání prožitků prostřednictvím sociálních aktivit, jako jsou večírky, společenské popíjení, sex a střídání sexuálních partnerů.

BS

Položky této podškály naznačují averzi vůči opakovaným zkušenostem a prožitkům jakéhokoli druhu. Sem patří například rutinní práce nebo nudní lidé či lidé se zřejmými záměry. Jiné položky zahrnují netrpělivé reakce, pokud dochází ke změnám.

(Šarapatka, P., 2003)

3.2. Předpoklady, cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy

V relaci k výše uvedeným citacím o kinezioterapii v léčbě závislostí (předchozí podkapitola 3.1. této kapitoly), jsem měl poněkud jednodušší výchozí pozici. Skála i Hátlová pravděpodobně vycházejí z potřeb klientů psychiatrických léčeben (dále v textu PL). Primárním cílem programů v PL je zřejmě obrátit (motivovat) klienta k abstinenci a následně léčbě, což je ve většině případů velice zdlouhavý a komplikovaný proces, jak jsem poměrně podrobně uvedl v teoretické části v souvislosti s programem facilitace 12 kroků. Já jsem na rozdíl od Hátlové či Kirchnera pracoval s klienty, jež měli ve většině případů pobyt v PL a vše s ním spojeno již za sebou a nejen to. Pracoval jsem s klienty TK, jejichž vstup do TK je podmíněn jakousi „vstupní prověrkou“ jejíž součástí je mimo jiné i již výše zmíněná „nultá fáze“ (pro připomenutí jde o první cca měsíc pobytu v TK určený k přemýšlení o tom, zda klient opravdu chce v TK zůstat a je zakončen hlasitým přečtením klauzurní práce na toto téma před celou komunitou). **Při tvorbě programu jsem tedy již apriori počítal s aktivní a upřímnou motivací klienta k podstoupení léčebného (terapeutického) programu.** Delší pobyt klienta, který není motivován k léčbě v TK, je z hlediska jejich pravidel a programu prakticky nemožný. Takovýto klient by pravděpodobně sám komunitu brzy opustil, či by z ní byl samotnou komunitou vyřazen.

3.2.1. Cíle práce

Za pomoci poznatků ze studia literatury, výsledků z pozorování, rozhovorů a vyhodnocení inventáře NEO Big Five v rámci výběrového souboru terapeutické komunity, (viz. další podkapitola 3.3 této kapitoly) se pokusit vytvořit pohybový program s charakteristickým prostředím. Z „prostředí, které usnadní pacientovu vnitřní motivaci ke změně“, jak je výše uvedeno v souvislosti aplikace kinezioterapie v PL, se vynasnažit spíše udělat **prostředí, které prohloubí a podpoří tuto předpokládanou již existující motivaci a také prostředí, ve kterém se projeví celá klientova osobnost ve výše zmíněných biopsychosociospirituálních souvislostech, a pokusit se představit mu v tomto kontextu jeho samého v interakci s jeho aktuálně blízkým sociálním okolím prostřednictvím zpětné sebereflexe a skupinové terapie** které mají navazovat na pohybový program. Dále se pokusit vytvořit program s takovými aktivitami a v takovém pokud možno přírodním prostředí, jež ve vzájemné kombinaci budou potenciálně bohatými na prožitky ve smyslu výše uvedených výzkumů v souvislosti s SSS- Sensation seeking scale.

3.2.2. Proč právě kinezioterapie?

O tytéž cíle se bezpochyby pokouší i běžné formy psychoterapie či samotný léčebný program TK, nicméně kinezioterapie s využitím specifického pohybového programu by mohla do terapie vnést jakýsi impulz a ukázat konkrétně ty vzorce chování, o kterých klient jen slyší a příliš okolí nevěří, že by se u něj něco takového vyskytovalo. Rozdíl mezi běžnými psychoterapeutickými přístupy a kinezioterapií vidím v tom, že pohybový program umožňuje klientovi velmi **intenzivní prožitek sebe sama** v poměrně krátkém časovém intervalu, a s poměrně kolísavými či klesajícími energetickými zásobami, což může otevřít další sebepoznání, ve smyslu co se mnou v interakcích dělají tlak, zátěž a únava. Navíc to vše má klient možnost prožít a uvědomit si **bez cizí interpretace** o jeho vzorcích chování a jednání. Klient je zde ten co interpretuje sám sebe a tak zde mizí propast mezi tzv. fenomenální a performační komponentou mentálních procesů. Vše se děje v poli jeho vlastního prožívání, nikdo mu nic nepodsouvá, nikdo se jej na nic nevyptává, zpětnou vazbu o sobě od ostatních pak dostane až na skupině.

Zdá se totiž, že v běžné psychoterapii ale vlastně jakékoli intervenci narážíme na jeden podstatný problém, který se velmi těžko pojmenovává, pro interpretaci uvedu, co o tom píše I. Havel odborník na kognitivní vědy: „Implicitně je zde zahrnut metodologický problém. Slučujeme zde totiž dva odlišné pohledy na skutečnost. Rozlišujeme (teoreticky) dvě komponenty mentálních procesů: to, co je na daném procesu objektivně, "zvnějšku" popsitelné, nazveme jeho performační komponentou a to, co přitom subjekt "vnitřně" prožívá, nazveme jeho fenomenální komponentou. (Fenomenální komponenty mentálních stavů se často nazývají *qualia*.). (Havel, Ivan M. 2004)“ Ambiciózní psychoterapie se sice bezpochyby snaží klientovi nepodsouvat vlastní interpretace, nicméně kinezioterapie se ani snažit nemusí, celý proces se odehrává pouze na fenomenální mentální úrovni klienta, informace o svém jednání tak jak jej viděli ostatní (performační komponentu) pak dostává až při skupinové terapii a ne od terapeuta, tedy někoho kdo neprožil to co on, ale od klientů, jež prošli stejným programem jako on (navíc program lze ošetřit tak, aby terapeuti byli jeho součástí a zúčastnili se jej se stejnými právy a povinnostmi jako klient). Klient v mém konkrétním případě absolvuje program, a poté přemýšlí o své úloze v něm. V běžné KBT či rodinné psychoterapii se snažíme vyzískat informace a na jejich základě poté s klientem pracujeme. Fenomenální komponenta klientova prožívání se tak musí přetransformovat do komponenty performační, se kterou teprve pracuje terapeut. **V psychoterapii doplněné o kinezioterapii se zdá, že klient může o sobě přemýšlet mimo jiné i jen na poli**

fenomenálním, za předpokladu, že už jen samotné kódování prožitku do „slov“ vnitřní řeči nepředpokládá již transformaci do performační komponenty. A poté může klient navíc obě úrovně porovnávat, úroveň psychoterapeutickou (performační) a kinezioterapeutickou (fenomenální). V případě povedené KBT či rodinné psychoterapeutické intervence se pak mohou sebezkušenostní poznatky z kinezioterapie potvrdit a navíc může vzniknout impulz a potřeba k psychoterapeutickému ošetření nových dimenzí vlastní osobnosti, stručně řečeno, **může se tak utvrdit klientova motivace k léčbě a víra v to, že terapie může klientovi pomoci odhalit jeho samého, tak jak se ještě nezná.**

Dále se klient v průběhu pohybového programu může zaměřit i na vlastní pozornost v relaci k sebereflexi- Na co se zaměřuji bez problému ihned? Co vyžaduje už větší soustředění a lovení vzpomínek z paměti? A je něco na co jsem zapomněl, nebo chtěl zapomenout? Či: Není v tom, jak tu a tu situaci vnímám já a ostatní podezřele podstatný rozdíl? Atd.

3.2.3. Východiska pro hypotézu

- Z pozorování, rozhovorů a rozborů některých osobností v průběhu skupinové terapie ale i literárních zdrojů jsem nabyl dojmu a předpokladu, že většina klientů TK jsou ve svém životě **orientovaní více na výkon nežli na vztah**. Na terapeutických skupinách se často naráželo na minulost a rodinný život, kde klienti často zmiňovali pocit tlaku ze strany rodičů, kteří na ně měli poměrně vysoké požadavky. A právě způsoby či strategie vynucování těchto požadavků na brilantní výkon probouzely v klientech pocit, že kvalita a vřelost jejich vztahu s rodiči závisí na tom, jak brilantní výkon podají. Přičemž ocenění rodiči za splnění požadavku nebylo vnímáno klienty často vůbec, či jen mizivě, zatímco kárání za nesplnění požadavku či pochybení bylo klienty vnímáno velice často a velmi intenzivně.
- Z výše uvedených důvodů (úvod k praktické části) se mi nepodařilo rozdělit klienty na exp. a kontrolní skupinu. Nicméně součástí programu byla soutěž mezi 2 družstvy. Klienti byli vybíráni do těchto soupeřících družstev velice cíleně. Při komunitní léčbě v TK Renarkon spolu žije v jednom malém domě 15 osob po dobu zhruba jednoho roku. Osobnost, věk, potřeby a priority (č.1 je léčba závislosti, ale pak už je to různé) těchto osob jsou mnohdy různé. Z toho vyplývá, že se uvnitř komunity tvoří vhodná půda pro „politikaření“, k čemuž dále bohužel napomáhá i pro léčbu nepostradatelné hierarchizování klientů prostřednictvím fází léčby. I přes každodenní skupinové terapie tak zde vznikají

různé koalice a opozice, které jsou v čase různě stabilní. Vhodný výběr a sestavení klientů do skupin pro pohybový program soutěžního charakteru tak může velmi přispět k rozbití některých koalic či opozic a přinutit tak nenásilně tyto složky ke **komunikaci a spolupráci mezi sebou, což by mohlo přispět k vzájemnému a hlubšímu porozumění a respektu.**

- Navíc dle literatury (Rotgers 1999, Kratochvíl 1997, Praško 2007) je u drogově závislých potřeba vhodně působit na biopsychosociospirituální složky osobnosti. Zdá se, že aktivity ve smyslu SSS konkrétně podškál TAS a částečně i ES (viz podkapitola 3.1.) jsou vhodným prostředkem.
- Navíc se zde nabízí předpoklad zmíněný již P. Šarapatkou v závěru podkapitoly 3.1., a to, že **prožitek z aplikace tohoto pohybového programu** (či spíše z opakované aplikace podobných programů) **by mohl zapůsobit na strukturu hodnot klientů** ve smyslu změny ve strategii kompenzace prožitkové deprivace. Od původní patologické strategie v podobě užívání drog by mohl nastat krok k volbě nepatologických a sociálně nezávadných zdrojů prožitku, např. ve formě aktivní činnosti ve zdravém prostředí na rozdíl od pasivního vstřebávání drog.

3.2.4. Hypotéza

- **H1:**Předpokládám, že klienti TK jsou orientovaní a motivovaní více na výkon než-li na vztah. Tedy, že v NEO Big Five budou vykazovat vyšší hodnoty na škále Svědomitosti a naopak nižší hodnoty na škále Přívětivosti.
- **H2:**Předpokládám, že aplikace specifického pohybového programu povede ke zvýšení spolupráce ve skupině a k důkladnějšímu poznání jednotlivých členů skupiny včetně klienta samého.
- **H3:**Předpokládám, že prožitá sebekonfrontace a konfrontace s ostatními rozšíří pole introspekce, zvýší empatii jednotlivých klientů a položí tak základ k orientaci více na vztah nežli na výkon.
- **H4:**Předpokládám, že prožitek z aplikace pohybového programu zapůsobí na strukturu hodnot klientů ve smyslu změny ve strategii kompenzace prožitkové deprivace.

3.2.5. Úkoly

- Sestavit ucelený teoretický přehled z dostupných literárních zdrojů
- Vyjednat možnost krátkých exkurzí na pracovištích složek systému péče o uživatele drog, či o léčící se uživatele
- Vyjednat možnost alespoň týdenního pobytu v TK Renarkon v roli klienta
- Zmonitorovat potřeby terapie a nároky na pohybový program klientů TK (prostřednictvím pozorování, rozhovorů a vyplnění inventáře NEO Big Five)
- Vyhodnotit a interpretovat výsledky pozorování, rozhovorů a inventáře NEO Big Five
- Vyplnění dotazníku hodnot dle Schwarze klienty TK.
- Navrhnout předběžnou podobu pohybového programu v rámci kinezioterapie
- Vyjednat možnost aplikace navrženého programu, příp. několik aplikací několika programů.
- ~~Rozdělit klienty TK na experimentální a kontrolní skupinu~~
- Bezprostředně po programu provést ~~u obou skupin~~ opět sběr dat prostřednictvím dot. dle hodnot Schwarze
- Bezprostředně po programu zahájit skupinové sezení a na jeho konci zadat písemnou sebereflexi
- ~~Vyhodnotit data z dotazníků hodnot dle Schwarze~~
- Vyhodnotit a interpretovat průběh a účel pohybového programu v rámci kinezioterapie
- Vyhodnotit cíle a hypotézy.

3.3. NEO Big Five

3.3.1. Teoretický úvod

Pomocí dotazníku Neo big five jsem se pokusil charakterizovat jednotlivé osobnosti, které se později účastnily pohybového programu. Také jsem si chtěl ověřit, zda můj úsudek z interakce s klienty bude korespondovat s vyhodnocením dotazníku. Mezi klienty jsem se pohyboval v roli jednoho z nich po dobu 9 dní zhruba na konci ledna, dotazník vyplňovali až posléze. Údaje z dotazníku jsem jednak využil při tvorbě programu, ale také se měly využít při následné terapeutické skupině a sebereflexi v relaci k programu (já a moje role ve skupině v průběhu programu), kde se měly dát do citlivé konfrontace objektivní (performační komponenta) poznatky o klientovi s jeho subjektivními poznatky a pocity o sobě samém (tedy s fenomenální komponentou).

NEO big five je pětifaktorový osobnostní dotazník. Skládá se ze šedesáti výpovědí, kterými by proband mohl popsat sám sebe. Po přečtení výpovědi má posoudit do jaké míry jej tato vystihuje a zaznačit to křížkem na příslušné škále od 0 do 4.

0...vůbec nevystihuje

1...spíše nevystihuje

2...neutrální

3...spíše vystihuje

4...úplně vystihuje

Zmíněných 60 výpovědí a míra ztotožnění probanda s nimi charakterizují 5 faktorů osobnosti. Každý faktor je tedy zastoupen 12 výpověďmi (viz tabulka 7). Dále se každý faktor skládá z množství rysů, jež reprezentují přídavná jména uvedená v tabulce 1. Síla souvislosti faktoru a rysu je označena tzv. faktorovým nábojem. Na jednom faktoru lze tedy skórovat v rozsahu od 0x12 až po 4x12, tedy HS hrubý skór může nabývat pro jednotlivé faktory hodnot od 0 až po 48. Průměrné hodnoty HS v populaci lze vyčíst z tabulky 17. Jednotlivé percentily pro konkrétní HS pak v dalších dvou tabulkách 18 a 19. Další informace k dotazníku, včetně popisné statistiky jeho položek a škál či případných korelací jednotlivých faktorů navzájem, jsou pak uvedeny v manuálu. (Hřebíčková, Urbánek, 2001)

3.3.2. Tabulky k Neo Big Five

Tabulka 1: Přídavná jména reprezentující pětifaktorovou strukturu popisu osobnosti

	EXTRAVERZE – ŽIVOST (22,9 %)
I +	řecný 73, výřečný 71, hovorný 70, mluvný 67, temperamentní 65, výmluvný 65, společenský 61, energický 58, sdělný 56, sdílný 55, průbojný 52, smělý 50, otevřený 47, spontánní 47, aktivní 46, kurážný 46, bezprostřední 44, impulzivní 41, výbojný 41, bojovný 39, rázný 38, pohotový 36, nenucený 36, rozhodný 35, důrazný 35, dravý 35, prudký 33, vznětlivý 32, rychlý 32, reaktivní 32, bojeschopný 32, neostýchavý 31, dominantní 31, autoritativní 31, buňčský 30, optimistický 30,
I -	uzavřený -72, málomluvný -68, tichý -67, nemluvný -66, mlčenlivý -66, samotářský -64, plachý -60, ostýchavý -59, nesmělý -57, nedružný -56, pasivní -52, nerázný -52, neprůbojný -49, netemperamentní -47, stydlivý -46, nevybušný -45, nesdílný -44, flegmatický -42, vážný -41, neaktivní -41, zdrženlivý -40, nepřístupný -39, nedynamický -38, nejistý -37, nespontánní -35, rezervovaný -35, bojácný -35, váhavý -34, netečný -34, strnulý -33, nerozhodný -33, nedůrazný -33, pesimistický -32, nenáruživý -31, nenápaditý -30.
	PŘÍVĚTIVOST (18,45 %)
II +	dobrosrděčný 56, dobrotivý 52, přívětivý 51, poctivý 51, srdečný 49, snašenlivý 47, charakterní 46, mravní 46, dobromyslný 45, zdvořilý 45, smílivý 45, skromný 44, ukázněný 43, nesobecký 42, tolerantní 42, morální 41, neagresivní 41, citový 40, poddajný 39, soucitný 38, věrný 38, umírněný 38, vstřícný 37, přizpůsobitelný 37, důvěřivý 36, taktní 35, čestný 35, trpělivý 35, upřímný 34, svědomitý 34, stridný 34, čistotný 33, ovladatelný 33, optimistický 32, přizpůsobivý 32, obětavý 30, tvárný 30,
II -	panovačný -50, útočný -48, pomstychtivý -47, necitelný -45, rozplavý -44, despotický -44, agresivní -42, autoritářský -42, drsný -42, výbojný -41, expanzivní -41, nesnašenlivý -41, svárlivý -40, násilnický -40, bezcitný -39, dravý -38, konfliktní -38, neustupný -38, egoistický -38, vzdorovitý -37, tvrdšíňný -36, sobecký -36, domýšlivý -36, buňčský -35, brutální -35, závistivý -35, škodolibý -35, samolibý -34, zakeřný -34, neovladatelný -34, autoritativní -33, sadistický -33, uštěpačný -33, egocentrický -33, chladnokrevný -33, zistný -32, nepoddajný -32, stridní -31, netolerantní -31, podezřivý -31, bojovný -30, úlisný -30, zatvrzelý -30.
	SVĚDOMITOST (24,2 %)
III +	důkladný 67, důsledný 64, pilný 62, svědomitý 60, pečlivý 59, cítědomý 54, pracovitý 54, důrazný 53, systematický 50, vytrvalý 50, rozhodný 48, usilovný 48, spolehlivý 48, produktivní 46, akorátní 45, akurátní 45, zásadový 45, dochvilný 44, soběstačný 42, precizní 42, houževnatý 42, snaživý 42, praktický 40, čínorodý 40, samostatný 40, výkonný 40, ctížádostivý 39, aktivní 38, věcný 38, energický 37, smělý 37, puntičkářský 37, prácechopný 37, pedantský 36, rázný 36, pedantický 35, vrovnaný 35, průbojný 34, dělný 34, charakterní 34, pohotový 33, čestný 33, racionální 32, obětavý 32, trpělivý 32, ukázněný 32, ostražitý 31, prozřivý 31, harmonický 31, bojeschopný 30, kurážný 30, stabilní 30.
III -	lenošný -64, lenivý -63, nesvědomitý -54, nevytrvalý -52, chaotický -50, nestabilní -50, loudavý -47, nepozorný -46, nerozhodný -46, laxní -45, nedůrazný -45, unáhlený -44, nestalý -43, zapomnětlivý -41, dětinský -41, nejistý -41, neaktivní -40, neracionální -40, nerázný -40, naivní -40, zbrklý -39, nesystematický -39, zbabělý -39, neprůbojný -39, neharmonický -38, nesamostatný -38, sobecký -37, nesetný -37, pasivní -37, váhavý -37, netrpělivý -36, marnivý -34, nevykonný -34, nerealistický -34, snivý -34, neprozřivý -33, neproduktivní -33, pomalý -33, ukvapený -32, plachý -32, škodolibý -31, povrchní -31, labilní -31, nesmělý -31, náladový -30, vyrušitelý -30.
	EMOCIONÁLNÍ STABILITA (14,9 %)
IV +	klidný 47, vrovnaný 47, odvažný 41, zručný 41, duchapřtomý 40, odolný 39, obratný 39, dovedný 39, sebejistý 39, bysný 38, umný 38, talentovaný 36, nadaný 36, sebevědomý 36, sebedůvěřivý 36, geniální 35, hbitý 35, bezstarostný 34, vynalézavý 34, bojeschopný 34, harmonický 34, inteligentní 33, důmyslný 33, optimistický 32, znalý 32, nápaditý 31, všestranný 31, schopný 31, dobrodružný 30, chytrý 30, míštný 30, kurážný 30,
IV -	rozrušitelý -55, nervní -54, vznětlivý -53, lehkovznětlivý -51, popudlivý -49, labilní -47, vztahovačný -45, neklidný -44, úzkostlivý -42, zlostný -41, ukvapený -37, náladový -37, sentimentální -37, prudký -36, bojácný -35, netrpělivý -34, prchlivý -34, urážlivý -34, skeptický -33, pesimistický -32, nejistý -31, zbrklý -31, citový -31, malicherný -30, impulzivní -30.
	INTELEKT (19,6 %)
V +	chytrý 56, inteligentní 51, bystrý 49, vzdělaný 48, intelektuální 47, znalý 45, nadaný 45, talentovaný 44, chápavý 43, důvtipný 43, studovaný 42, koumavý 42, nápaditý 42, schopný 40, myslitelský 39, učenlivý 39, učený 39, duchaplný 37, hloubavý 36, zvidavý 35, vzdělávatelný 35, intelektuální 35, vřímavý 35, vynalézavý 35, ambiciózní 34, důmyslný 34, ostrovtipný 33, cítědomý 31, dovedný 31, ctížádostivý 30, prozřetelný 30, tvořivý 30,
V -	příhouplý -67, blbý -67, přiblblý -65, neinteligentní -63, idiotský -61, hlupácký -60, pitomý -59, hořopý -58, nenadaný -56, netalentovaný -54, neučenlivý -54, nevzdělaný -53, omezený -53, slabomyslný -50, analfabetický -48, nechápavý -46, slaboduchý -45, prostoduchý -44, negramotný -44, nešikovný -43, nemotorný -43, nedůvtipný -42, neohrabaný -41, netvořivý -41, neobratný -37, nezručný -36, nedynamický -36, nevykonný -36, nezpůsobivý -35, zblblý -35, apatický -33, nenápaditý -31, neproduktivní -30, brutální -30.

Poznámky: V tabulce jsou uvedena všechna přídavná jména s faktorovým: nábojem větším nebo rovným 30, která jsou seřazena podle velikosti faktorových nábojů. Římská číselnice se znaménkem + nebo - označuje, že následují přídavná jména reprezentující pozitivní resp. negativní pól každého faktoru. Za názvem faktoru v závorce jsou uvedena procenta rozptylu, která jednotlivé faktory vyčerpávají.

Tabulka 7:
Položky NEO pětifaktorového osobnostního inventáře

Neuroticismus					
01	001	N1	Úz 1	R	Obvykle si nedělám starosti.
06	136	N4	Rp 5		Často se cítím horší než ostatní.
11	086	N6	Zr 3		Pokud jsem vystaven/a velkému stresu, mám občas pocit, že se zhroutím.
16	011	N3	De 1	R	Málokdy se cítím osamělý/a nebo smutný/a.
21	091	N1	Úz 4		Často se cítím napjatý/a a nervózní.
26	041	N3	De 2		Někdy se cítím zcela bezcenný/a.
31	061	N1	Úz 3	R	Málokdy pocitím strach nebo úzkost.
36	006	N2	Hn 1		Často mě rozčílí, jak se mnozí lidé jednají.
41	221	N3	De 8		Pokud se něco nedaří, až příliš často se tím nechávám odradit a mám pocit, že to vzdám.
45	071	N3	De 3	R	Málokdy jsem smutný/a a depresivní.
51	026	N6	Zr 1		Často se cítím bezmocný/a a potřebuji někoho, kdo by mi pomohl vyřešit mé problémy.
56	076	N4	Rp 3		Někdy se tak stydím, že bych se nejraději neviděl/a.
Extraverze					
02	037	E2	Dr 2		Mám rád/a kolem sebe mnoho lidí.
07	237	E6	PE 8		Snadno se rozesměji.
12	147	E6	PE 5	R	Nepovažuji sám/sama sebe za příliš veselého/veselou.
17	122	E1	Vf 5		Velmi rád/a se bavím s jinými lidmi.
22	142	E5	Vv5		Jsem rád/a tam, kde se něco děje.
27x	067	E2	Dr 3	R	Raději bývám sám/sama než ve společnosti.
32	107	E4	Ak 4		Často mám pocit, že přetypuji energii.
37	177	E6	PE 6		Jsem radostný, dobře naladěný člověk.
42	087	E6	PE 3	R	Nejsem příliš optimistický/a.
47	197	E4	Ak 7		Často žiji v rychlém tempu.
52	227	E4	Ak 8		Jsem velmi aktivní.
57x	162	E3	As 6	R	Nebaví mě vést druhé lidi.
Otevřenost					
03	093	O1	Fa 4	R	Nerad/a ztrácím čas denním sněním.
08x	078	O4	Či 3	R	Neměním vyzkoušené způsoby, jak něčeho dosáhnout.
13	098	O2	Es 4		Jsem fascinován/a motivy, které nalézám v umění a v přírodě.
18x	028	O6	Ho 1	R	Je zbytečné, aby člověk naslouchal rozdílným názorům, protože si z nich stejně nedovede žádný vybrat.
23	128	O2	Es 5	R	Poezie na mě má malý nebo žádný účinek.
28x	108	O4	Či 4		Mám-li možnost, rád/a si dávám nová nebo cizokrajná jídla.
33	163	O3	Pi 6	R	Málokdy si u sebe povšimnu nálady nebo pocitů vyvolaných okolními vlivy.
38x	088	O6	Ho 3	R	Při řešení závažných životních situací se řídím názory autorit.
43	188	O2	Es 7		Při čtení poezie či pohledu na umělecké dílo mi někdy naskakuje husí kůže a pocituji mrazení.
48	173	O5	Id 6	R	Nemám zájem hloubat o podstatu světa nebo smyslu existence člověka.
53	203	O5	Id 7		Toužím po poznání a vědomostech.
58	023	O5	Id 1		Často si rád/a pohraívám s teorii nebo abstraktními myšlenkami.

K tab. 7

Přívětivost					
04	044	P3	Al 2		Snažím se být zdvořilý/a ke každému, s kým se setkám.
09	229	P4	Pd 8	R	Často se dostanu do sporu se svou rodinou nebo spolupracovníky.
14	014	P3	Al 1	R	Někteří lidé si o mně myslí, že jsem sobecký/a a egoistický/a.
19	019	P4	Pd 1		Raději bych s ostatními spolupracoval/a, než soupeřil/a.
24	004	P1	Dů 1	R	Vůči záměrům druhých jsem nedůvěřivý/a a rezervovaný/a.
29x	064	F1	Dů 3	R	Když to člověk dovolí, tak ho ostatní lidé zneužijí pro své cíle.
34	164	P3	Al 6		Většina lidí, které znám, mě má ráda.
39	074	P3	Al 3	R	Někteří lidé mne považují za chladného/chladnou a vypočítavého/vypočítavou.
44	059	P6	Je 2	R	Ve svých postojích jsem tvrdšíjíný/a a neústupný/a.
49	104	P3	Al 4		Obvykle se snažím být ohleduplný/a a citlivý/a.
54	109	P4	Pd 4	R	Pokud někoho nemám rád/a, dám to dotyčnému najevo.
59	039	P2	Up 2	R	Je-li to nutné, neváhám manipulovat lidmi, abych dosáhl/a toho, čeho chci.
Svědomitost					
05	040	S2	Po 2		Své věci udržuji v pořádku a čistotě.
10	025	S5	Di 1		Svůj čas si dovedu dobře zorganizovat tak, abych vyřídil/a všechny nutné záležitosti.
15	070	S2	Po 3	P	Nejsem příliš systematickým člověkem.
20	015	S3	Zo 1		Pokouším se o splnění všech svěřených úkolů s maximální svědomitostí.
25	050	S4	UDC2		Mám přesně vymezené cíle a pracuji systematicky na jejich dosažení.
30	055	S5	Di 2	R	Promarním mnoho času, než se pustím do práce.
35	110	S4	UDC4		Pracuji tvrdě na dosažení svých cílů.
40	135	S3	Zo 5		Pokud něco slíbím, vždy to dodám.
45	045	S3	Zo 2	R	Někdy na mne není takové spolehnutí, jaké by mělo být.
50	085	S5	Di 3		Jsem vykonný/a a svou práci vždy zvládnou.
55	130	S2	Po 5	R	Snad nikdy nebudu schopen/schopna si uspořádat své záležitosti.
60	200	S4	UDC7		Usiluji o dokonalost ve všem co dělám.

Poznámky: Číslo v prvním sloupci odpovídá pořadí položky v NEO pětifaktorovém osobnostním inventáři, je označena přeformulovaná položka, v závorce je uvedeno jejich původní znění (E: 27. Dávám obvykle přednost tomu, když mohu dělat věci sám. 57. Nežli bych vedl jiné, raději jdu vlastní cestou. O: 8. Pokud jednou najdu správnou cestu, jak něco udělat, držím se jí. 18. Myslím si, že studenti jsou pouze zmateni a svedeni na nesprávnou cestu, pokud vyslechnou řečníky zastávající rozdílná stanoviska. 28. Často ochutnavám nová a cizokrajná jídla. 38. Věřím, že při morálních rozhodováních bychom se měli řídit názory našich náboženských autorit. P: 29. Věřím tomu, že většina lidí mne podvede, pokud jim k tomu dám příležitost.)

Číslo ve druhém sloupci odpovídá pořadí položky v NEO osobnostním inventáři; písmena ve třetím sloupci jsou zkratky názvů škál NEO inventářů (N = Neuroticismus, E = Extraverze, O = Otevřenost vůči zkušenosti, P = Přívětivost, S = Svědomitost), číslo za každým písmenem pak odpovídá pořadí subškály v NEO osobnostním inventáři; písmena ve čtvrtém sloupci jsou zkratky názvů subškál v NEO osobnostním inventáři (N: Uz = Úzkostnost, Hn = Hněvivost, De = Deprese, Rp = Rozpačitost, Zr = Zranitelnost, E: Vř = Vřelost, Dr = Družnost, As = Asertivita, Ak = Aktivita, VV = Vyhledávání vzrušení, PE = Pozitivní emoce, O: Fa = Fantazie, Es = Estetika, Pr = Prožívání, Či = Činnost, Id = Ideje, Ho = Hodnoty, P: Dů = Důvěra, Up = Uprímnost, Al = Altruismus, Pd = Poddajnost, Je = Jemnocit, S: Po = Pořádnost, Zo = Zodpovědnost, UDC = Usilování o dosažení cílů, Di = Disciplína), číslo odpovídá pořadí položky v subškále, položky označené R jsou naformulovány tak, aby vyjadřovaly opačný pól v záhlaví nadepsané škály.

Tabulka 17:
Průměry škál pro jednotlivé skupiny

		15 – 21 let	22 – 75 let	Celý soubor
Muži	Neuroticismus	20,96	19,68	20,63
	Extraverze	30,78	32,20	30,92
	Otevřenost	25,85	28,44	26,11
	Přívětivost	27,74	31,80	28,14
	Svědomitost	26,92	30,68	27,29
Ženy	Neuroticismus	24,14	20,76	23,39
	Extraverze	32,82	31,29	32,48
	Otevřenost	28,96	27,46	28,63
	Přívětivost	30,42	33,82	31,18
	Svědomitost	28,49	33,04	29,50
Celý soubor	Neuroticismus	22,82	20,53	22,42
	Extraverze	31,97	31,48	31,82
	Otevřenost	27,68	27,67	27,63
	Přívětivost	29,31	33,39	30,03
	Svědomitost	27,84	32,54	28,67

Tabulka 18:
Percentily pro ženy

HS	ženy					ženy 15 – 21 let					ženy 22 – 75 let					celý soubor (muži a ženy)						
	N	E	O	P	S	N	E	O	P	S	N	E	O	P	S	N	E	O	P	S		
0																						
1																						
2																						
3																						
4																						
5																					1	
6															1						1	
7															1						2	
8	1									1					1						3	
9	2					1				2					1	3					4	
10	4					1				3					1	6					6	
11	5	1				1				4					2	9					8	
12	8	1				2				7	1	1			2	12					10	
13	11	2	1			2				9	1	1			3	16					13	
14	14	2	1			3				12	1	1			4	22					16	
15	17	2	2	1		3				15	2	2	1		4	26					20	
16	21	3	3	1		4				19	3	3	1		5	29					25	
17	24	3	4	1		6				23	3	4	1		7	31					28	
18	29	4	5	2		7				26	4	5	3		8	39					33	
19	32	5	7	4		8				29	4	7	4		10	43					36	
20	38	6	8	5		11				35	6	8	5		13	43					41	
21	42	8	12	7		14				38	8	12	7		16	57					46	
22	47	10	15	8		16				43	11	15	9		19	61					50	
23	52	12	21	11		20				47	12	21	12		23	67					56	
24	57	17	26	13		23				53	17	26	15		27	70					61	
25	62	18	31	16		25				58	17	30	18		29	75					66	
26	67	21	35	19		30				62	20	33	22		35	82					70	
27	71	25	44	25		34				67	24	41	30		39	84					74	
28	73	29	51	30		39				69	27	47	35		45	85					76	
29	76	33	56	34		45				73	31	52	40		51	88					80	
30	80	38	60	40		51				77	36	56	46		57	91					83	
31	83	41	67	49		55				80	39	64	55		61	92					85	
32	86	45	72	54		63				83	43	70	60		69	94					88	
33	87	49	77	61		70				85	46	75	66		77	95					90	
34	89	54	81	68		76				87	53	78	73		82	95					91	
35	91	59	84	75		79				90	58	82	79		85	97					93	
36	93	67	88	80		84				92	65	86	84		89	97					95	
37	95	71	90	87		87				94	68	89	90		91	98					96	
38	96	76	92	92		90				95	73	91	94		93	98					97	
39	97	81	95	94		93				96	80	95	96		95	99					97	
40	97	86	97	96		95				97	84	96	98		97	99					98	
41	98	85	98	98		96				98	88	98	98		97	99					98	
42	99	92	99	99		97				98	91	98	98		97	99					99	
43	99	94	99	99		98				99	93	99	99		98	99					99	
44	99	96	99	99		98				99	95	99	99		98	99					99	
45	99	97	99	99		99				99	97	99	99		99	99					99	
46		98	99	99						99	99	99	99		99	99					99	
47		99	99							99	99				99	99					99	
48																						
	N = 685					N = 532					N = 153					N = 1101						

Poznámky: HS = Hrubý skór, N = Neuroticismus, E = Extraverze, O = Otevřenost vůči zkušenosti, P = Přívěrivosť, S = Svědomitost.

Tabuľka 19:
Percentily pro muže

HS	muži					muži 15 – 21 let					muži 22 – 75 let					celý soubor (muži a ženy)					
	N	E	O	P	S	N	E	O	P	S	N	E	O	P	S	N	E	O	P	S	
0																					
1																					
2																					
3															2						
4	2					1					4										
5	3					2					4										
6	3					3					9										
7	4					4					9										
8	6					5					12										
9	8					8					12			2							
10	9			1	1	9			1	1	12			2							
11	12		1	1	2	11		1	2	2	14			4							
12	14		2	2	2	14		2	2	2	14			7							
13	16		3	3	4	16		3	3	4	21			7							
14	20		5	3	5	19		4	4	6	29			7							
15	25		6	4	7	24	1	6	4	8	31			7							
16	30	1	8	5	7	29	1	8	6	8	41			7							
17	34	3	11	6	9	32	3	11	7	10	46			7	2	2					
18	39	5	14	8	12	37	5	15	9	12	51			7	2	4					
19	43	6	17	10	15	41	7	18	11	16	60			7	4	7					
20	46	7	22	12	18	45	8	24	13	19	63			7	7	7					
21	51	10	26	14	22	49	10	28	15	23	63	2		7	9	12					
22	56	13	30	17	27	56	13	33	18	28	65	7		9	9	14					
23	63	15	36	21	31	62	16	39	22	31	70	7		9	12	16					
24	68	19	40	26	36	68	21	42	28	37	70	9		24	12	24					
25	72	23	46	30	39	72	24	48	32	40	73	12		26	12	31					
26	75	28	53	37	46	75	29	55	39	47	73	24		34	17	36					
27	79	33	60	42	51	80	34	62	45	53	73	31		39	19	36					
28	82	38	65	48	55	83	38	66	51	56	78	39		53	21	41					
29	86	41	69	54	60	86	41	71	56	62	82	39		58	29	46					
30	89	45	73	60	66	89	45	74	63	68	90	46		60	24	51					
31	90	51	76	68	69	90	50	78	70	71	90	58		65	46	53					
32	92	58	81	73	74	92	58	82	76	76	90	60		70	44	58					
33	94	62	83	79	79	94	63	85	81	80	92	60		70	53	63					
34	95	67	87	83	82	96	68	87	85	84	95	63		82	64	64					
35	97	73	88	87	84	98	73	89	88	86	95	65		87	75	65					
36	98	79	91	92	89	98	80	91	93	91	95	68		90	80	74					
37	99	81	92	93	91	99	82	92	94	93	97	73		95	90	80					
38	99	84	94	95	93	99	84	94	95	94	97	78		97	90	85					
39	99	87	96	97	94	99	88	96	98	95	97	82		97	90	87					
40	99	89	97	98	95	99	89	97	99	96	97	85		97	91	87					
41	99	91	99	99	96	99	92	99	99	97	97	87			92	90					
42	99	93	99	99	98	99	93	99	99	98		92			92						
43		95		99	98		95		99	99		92			92						
44		97			98		97			99		97			92						
45		98			99		98			99		97			97						
46		99			99		99			99		97			97						
47		99			99		99					97			97						
48																					
	N = 416					N = 375					N = 41					N = 121					

Poznámky: HS = Hrubý skór, N = Neuroticismus, E = Extraverze, O = Otevřenost vůči zkušenostem, P = Přívětivost, S = Svědomitost.

Na závěr teorie k dotazníku NEO big five bych rád ještě ocitoval interpretace jednotlivých faktorů (viz. obr. 10):

Obr.10

Neuroticismus (N)

Škála zjišťuje individuální rozdíly v emocionální stabilitě a emocionální labilitě – Neuroticismu. Termín Neuroticismus nelze v tomto případě chápat jako psychiatrickou kategorii nebo diagnózu. Stejně jako ostatní škály inventáře také škála Neuroticismus z NEO pětifaktorového osobnostního inventáře zahrnuje charakteristiky, jimiž se všichni lidé více či méně odlišují. Škála zjišťuje, jak jsou prožívány negativní emoce jako např. strach, sklíčenost, rozpaky. Lidé, kteří dosahují vysokého skóru Neuroticismu, jsou psychicky nestabilní a jejich psychická vyrovnanost je snadno narušitelná. Na rozdíl od emocionálně stabilních jedinců uvádějí častěji negativní prožitky a obtíže při jejich překonávání. Snadno je lze přivést do rozpaků, cítí se zahanbeni, nejisti, nervózní, úzkostní, intenzivně prožívají strach, obavy nebo smutek. Jejich představy nekorespondují s realitou, proto mají omezenou možnost kontrolovat se a zvládat stresové situace. Emocionálně stabilní jedinci takové potíže nemají, jsou klidní, vyrovnaní, bezstarostní a ani stresující situace je nevyvedou snadno z míry.

Extraverze (E)

Extraverti jsou společenější, ale tato vlastnost není jedinou vystihující tento pól dimenze. Jedinci, kteří dosahují vysokého skóru v této škále, se popisují navíc jako sebejistí, aktivní, hovorní, energičtí, veselí a optimističtí. Extraverti mají rádi druhé lidi (společnost), jsou rádi součástí skupin a různých společenských shromáždění, mají rádi vzrušení a udržují si veselou mysl. Charakterizovat typického introverta je poněkud obtížnější. Introverze by měla být nahlížena spíše jako nepřítomnost extraverze než jako její protiklad (Costa, McCrae, 1992, s. 15). Introverti jsou spíše zdrženliví než nepřátelští, spíše nezávislí a samostatní než poslušní a povolní, spíše vyrovnaní než nejisti nebo flegmatictí. Introverti nemusejí nutně trpět sociální fobií, jejich zdrženlivost je ovlivněna přáním zůstat o samotě. Ačkoli nepřekypují živostí a čílostí typickou pro extraverty, nelze o nich říci, že by byli nešťastní nebo pesimističtí. Na tomto místě je nutné zdůraznit, že extraverze, jak ji vymezují Costa a McCrae (1989), se odlišuje od Jungova pojetí extraverze (1921). Charakteristiky vystihující introspekci a reflexi jsou součástí Otevřenosti vůči zkušenosti nikoliv Extraverze.

Otevřenost vůči zkušenosti (O)

Tato obecná dimenze osobnosti je méně známá než dvě předchozí Neuroticismus a Extraverze. Živá představivost, citlivost na estetické podněty, vnímavost k vnitřním pocitům, upřednostňování rozmanitostí, zvědavost a nezávislý úsudek jsou charakteristiky, které lze najít v mnoha osobnostních dotaznících, ale v samostatné škále se vyskytují pouze v NEO inventářích. Škála postihuje zájmy a míru zaujetí pro nové zkušenosti, prožitky a dojmy. Osoby dosahující vysokého skóru v této škále udávají bohatou fantazii a jsou vnímavější k prožitkům pozitivních i negativních emocí více než uzavření jedinci. Berou v úvahu nové myšlenky a nekonvenční hodnoty. Popisují se jako vědyčtí, intelektuální, obdařeni fantazií, ochotni experimentovat a zajímají se o umění. Jsou připraveni kriticky přeformulovat platné normy a převzít nové sociální, etické a politické hodnoty. Často se chovají nekonvenčně, zkoušejí nové způsoby jednání a dávají přednost změně. Osoby dosahující nízkého skóru v této škále mají častěji sklon chovat se konvenčně a zastávat konzervativní postoje. Dávají přednost známému, osvědčenému a jejich emoční reakce jsou často utlumeny.

Svědomitost (S)

V různých teoriích osobnosti hraje důležitou roli koncept kontroly podnětů. V průběhu vývoje se většina jedinců učí ovládat svá přání a své touhy. Neschopnost zvládat podněty a pokušení je v NEO modelu indikátorem Neuroticismu. Navíc existuje další druh sebekontroly, který se vztahuje k aktivnímu procesu plánování, organizování a realizace úkolů. To je podstatou dimenze Svědomitost. Osoby dosahující vysokého skóru v této škále se popisují jako cílevědomé, ctižádostivé, pilné, vytrvalé, systematické, s pevnou vůlí, disciplinované, spolehlivé, přesné a pořádné. Tyto sociálně žádoucí charakteristiky mají vztah ke studijním a pracovním výkonům (srov. 5.1.3), mají však i svou negativní stránku, pokud překročí únosnou míru a projeví se jako přehnaná pořádkumilovnost, pedantičnost nebo workoholické chování. Osoby s nízkým skórem se popisují jako nedbalé, lhostejné, nestálé, naplňující své dle s malým zaujetím.

(Hřebíčková, Urbánek, 2001)

Přívětivost (P)

Stejně jako Extraverze i Přívětivost charakterizuje interpersonální chování. Nejvýraznější charakteristikou osob dosahujících vysokého skóru na této škále je altruismus. Takoví lidé mají pro druhé pochopení a porozumění, projevují jim přízeň, chovají se k nim laskavě a vlídně. Jsou vždy ochotni pomáhat a jsou přesvědčeni, že ostatní zase budou pomáhat jim. Mají sklon důvěřovat druhým lidem a dávají přednost spolupráci. Osoby s nízkým skórem se naproti tomu popisují jako nepřátelské a egocentrické, mající tendenci znevažovat záměry druhých lidí. Spíše soutěží než spolupracují. Charakteristiky tvořící pozitivní pól dimenze Přívětivost jsou sociálně žádoucí, proto budou přívětiví lidé oblíbenější než ti, kteří s druhými nespolečně pracují. Přesto je třeba zdůraznit, že schopnost bojovat za vlastní zájmy je v mnohých situacích velmi potřebná. Jistá míra skepse vůči názorům druhých přispívá k úspěšnému řešení problému.

3.3.3. Vyhodnocení nasbíraných dat

Dotazník vyplňovalo třináct klientů TK renarkon, kteří se později zúčastnili níže uvedeného pohybového programu. Věkový rozptyl klientů a hrubé skóry dosažené jednotlivými klienty u jednotlivých faktorů jsou uvedeny v tabulce 20. V tabulce 21. je pak popisná statistika uvedeného výběrového souboru ale i jednotlivých faktorů či jedinců což je vše srovnáno s normou.

Tabulka20:

Kategorie NEO	Věk	Neuroticismus	Extraverze	Otevřenost	Přívětivost	Svědomitost
muž 15-21 č.1	21	28	17	24	22	27
muž 15-21 č.2	21	18	33	21	35	35
muž 22-75 č.3	22	26	21	25	26	23
muž 22-75 č.4	23	27	26	32	29	36
muž 22-75 č.5	25	24	26	34	26	39
muž 22-75 č.6	27	10	33	27	18	41
muž 22-75 č.7	28	18	36	23	24	32
muž 22-75 č.8	35	19	37	33	41	29
žena 15-21 č.1	18	40	39	34	26	37
žena 15-21 č.2	21	33	40	33	27	47
žena 22-75 č.3	22	27	42	20	27	33
žena 22-75 č.4	23	3	43	21	30	20
žena 22-75 č.5	24	33	17	27	32	34

Ženy HS	Průměr; MED	Alfa	Norma	Směrodat. odchylka škály		Muži HS	Průměr; MED	Alfa	Norma
3, 27, 33, 33, 40.	27,2 33	28,6	23,39	8,06	Neuroticismus	8,06	10, 18, 18, 19, 24, 26, 27, 28.	21,25 21,5	21,8 20,83
17, 39, 40, 42, 43.	36,2 40	37,8	32,48	7,55	Extraverze	7,55	17, 21, 26, 26, 33, 33, 36, 37.	28,625 29,5	29 30,92
20, 21, 27, 33, 34.	27 27	27	28,63	6,78	Otevřenost	6,78	21, 23, 24, 25, 27, 32, 33, 34.	27,375 26	27,3 26,11
26, 27, 27, 30, 32.	28,4 27	28,3	31,18	6,37	Přívětivost	6,37	18, 22, 24, 26, 26, 29, 35, 41.	27,625 26	27,2 28,14
20, 33, 34, 37, 47.	34,2 34	40,4	29,5	7,49	Svědomitost	7,49	23, 27, 29, 32, 35, 36, 39, 41.	32,75 33,5	32,9 27,29

Percentily	Průměrný percentil useknutý	Alfa		Alfa	Percentily	Průměrný percentil useknutý
<1, 71, 87, 87, 97.	81,66666667	73,5	Neuroticismus		9, 39, 39, 43, 68, 75, 79, 82.	57,16666667
3, 81, 86, 92, 94.	86,33333333	76,9	Extraverze		3, 10, 28, 28, 62, 62, 79, 81.	44,83333333
8, 12, 44, 77, 81.	44,33333333		Otevřenost		26, 36, 40, 46, 60, 81, 83, 87,	57,66666667
19, 25, 25, 40, 54.	30		Přívětivost		8, 17, 26, 37, 37, 54, 87, 99.	43
11, 70, 76, 87, >99	77,66666667	72	Svědomitost	74,6	31, 51, 60, 74, 84, 89, 94, 96.	75,33333333

červeně označená data: Znázorňují hodnotu vyšší o jednu a více směrodatné odchylky od normy na dané škále.

modře označená data: Znázorňují hodnotu nižší o jednu a více směrodatné odchylky od normy na dané škále.

zeleně označená data: Znázorňují průměrnou hodnotu výběrového souboru TK

vyšší o jednu a více směrodatné odchylky od normy na dané škále.

fialově označená data: Znázorňují zvýšenou průměrnou hodnotu ještě ale v rámci normy pro výběrový soubor TK.

pozn: pro výpočet průměrného percentilu, jsem z důvodu velkého rozptýlu záměrně vyškrtnul extrémní koncové hodnoty výpočet je tedy proveden z n-2 hodnot.

pozn2: Jelikož výběr v NEO big 5 čítal v kategorii muži 22-75 let pouze 41 probandů a v téže kategorii u žen 153 probandů což je v relaci ke kategorii 15-21 let v nepoměru (muži 375 probandů, ženy 532 probandů), dovolil jsem si charakterizovat soubor klientů TK dle norem pro muže a ženy celkově-viz tabulka percentilů a norem.

Alfa-je tzv. alfa useknutý průměr. Kdy je z každého extrému konce useknuto 10% hodnot.

Percentily: Jakýkoli percentil nad cca 75 či pod cca 25 přesahuje při normálním rozložení standardní směrodatnou odchylku

Z údajů v tabulkách 20 a 21 lze vysledovat některé zajímavosti charakterizující osobnost klientů TK ale i celkově skupinu klientek a klientů TK. Nejprve uveďme příklad obrazu osobnosti vybraného klienta. Pro zajímavost vezměme klientku č.2. a charakterizujme ji tedy z hlediska uvedených 5ti faktorů.

Neuroticismus: HS klientky je zde 33 což odpovídá 87 percentilu. Na základě tohoto údaje je pravděpodobné u klientky předpokládat emocionální nestabilitu, časté negativní prožitky a obtíže při jejich překonávání, časté prožívání úzkosti, strachu atd. ve smyslu interpretace tohoto faktoru v teoretickému úvodu k NEO big five.

Extraverze: HS klientky je zde 40 což odpovídá 86 percentilu. Můžeme u ní tedy předpokládat silnou pravděpodobnost extrovertního chování a prožívání ve smyslu výše uvedené interpretace tohoto faktoru.

Otevřenost vůči novému: HS klientky tohoto faktoru je 33 což odpovídá 77 percentilu, což je opět nadprůměrně hodně. U klientky tedy lze předpokládat velikou otevřenost vůči novému ve smyslu výše uvedené interpretace.

Přívětivost: HS klientky je 27 což odpovídá 25 percentilu a to hraničí s pravděpodobností podprůměrné přívětivosti ve smyslu výše uvedené interpretace tohoto faktoru.

Svědomitost: HS klientky je 47 což odpovídá percentilu dokonce většímu než 99! Je tedy pravděpodobné, že klientka vykazuje nanejvýš svědomité chování v porovnání s ostatní populací. S velkou pravděpodobností je ve výše uvedeném smyslu více svědomitější než-li 99% populace!

4. SAMOTNÝ POHYBOVÝ PROGRAM A JEHO SOUVISLOSTI

4.1. Východiska pro tvorbu specifického pohybového programu v rámci kinezioterapie

Při tvorbě specifického pohybového programu jsem si dal za cíl, dodržet a řídit se následujícími body.

1. Charakteristika a rozdělení do skupin.

Dle Hátlové „ Účinnost kinezioterapie je vyšší, probíhá-li v malých skupinkách do 12 osob.“ Já měl 2 skupinky po 7 klientech. Kde z důvodu lichého počtu klientů (13) hrál roli klienta jeden z terapeutů. Kritéria rozdělení klientů do skupin byla blíže popsána výše. Výběr byl proveden terapeuti.

2. Kritéria výběru aktivit a prostředí.

Dle Šarapatky jsem se pokusil v rámci možností, které jsem projednal s vedoucím TK, vybrat do programu takové aktivity a ty zasadit do takového prostředí, aby daná aktivita v daném prostředí nabízela co největší potenciál možnosti prožitku ve smyslu SSS konkrétně škály TAS (viz. výše podkapitola 3.1. praktické části) V ideálním případě by se do programu daly vmístit aktivity splňující nepatologický potenciál možností prožitků ve smyslu podškály ES. To by ale předpokládalo větší finanční a částečně i časové náklady na celý program, což si konkrétní TK nemohla dovolit.

3. Charakteristika aktivit zařazených do programu.

Program jsem se pokusil přizpůsobit, jak píše Hátlová „ vzhledem k osobnosti pacientů, jejich aktuálnímu psychosomatickému stavu, průběhu dosavadní léčby... se záměrem k sebekonfrontaci a kognitivnímu přehodnocení...viz. citace výše ze str. 92-93. Nástrojem a oporou k tomuto bodu mi byl manuál NEO Big Five, který poskytuje poměrně širokou formulaci určitých 5 osobnostních faktorů či rysů (viz. výše) na jejichž základě lze vybrat a případně upravit aktivity tak, že se v jejich průběhu u klienta snadno projeví extrémní hodnota některého faktoru, je-li relativně stabilní složkou jeho osobnosti. Klient tak sám pozná projevy těch rysů své osobnosti, jimiž se podstatně liší od ostatních klientů, se kterými

bude v programu v interakci. Navíc se výsledky z NEO Big Five dají použít při následném hodnocení klientovy sebereflexe.

-V programu se jasně ukázala spíše introverze a silný individualismus jednoho chlapce (muž č. 1. Celou dobu byl napřed a posbíral 75% klacíků. Určitý aspekt programu (sběr klacíků) to „pokazilo“, a stal se tak pro skupinu zbytečným, ne však pro onoho chlapce. Ten mohl díky tomuto aspektu velice čitelně poznat jeden ze svých rysů a dále s ním začít pracovat. Ideální by bylo si skupinu složit na základě Neo Big 5 a dalších zdrojů poznatků o osobnostech. Ideální skupina pro můj účel by pak byla ideálně rozložena na celé škále faktorů. Obrazně lze říci, že v takové skupině je největší počet možných „zrcadlení“. Absolutní introvert zrcadlí obraz svému opačnému extrému, absolutnímu extrovertovi a naopak.

4.2. Podoba konkrétního zrealizovaného pohybového programu

Před samotnou realizací programu bylo zapotřebí si celou trasu projít a určit místa aktivit a vše načasovat. Pro popis programu jsem zde použil shodných instrukcí a textových vodítek jako pro účastníky se klienty. Navíc jsem pak dodal pod každou aktivitu náměty pro reflexi z prožitku této aktivity a také popis mé organizační činnosti. Omluvte proto prosím nespisovná vyjádření, ale vše je formulováno tak, aby byly aktivity srozumitelné opravdu každému. Vše je uvedeno chronologicky tak jak to šlo za sebou.

lokality: Malá Fatra, Dolné+Horné diery, Malý rozsutec, Oravská Lesná (Slovenská Rep.)

Klienti: TK Renarkon; Čeladná; okr. Frýdek-Místek

Počet klientů: 13; počet terapeutů 2

Věk klientů: 18-35

-1) 11:45 můj odchod od hotelu Diery

Můj úkol: příprava her a aktivit těsně před družstvy, tak aby papíry s instrukcemi nebyly v přírodě příliš dlouho (aby je nikdo nevzal, ale aby taky dlouho nehyzdily krajinu), kladení bodů v podobě dřevěných třísek na místa kam se lze obtížně vyšplhat. Mé vybavení: vysílačka, nit na přivazování instrukcí, nůžky, asi 20 propisek a tužek, papíry, eurosložky aby se papíry nepromočily, cca 150 třísek .

-2) Příjezd komunity k hotelu Diery 12:06

U hotelu Diery, je zaparkované auto, jeden z terapeutů má od něj klíč. Nikdo nic neví, v autě nacházejí **instrukce** k celkovému programu (**viz. níže**) a instrukce s čepicí a losy k první hře (**Mafiáni a občané viz. níže**), která probíhá po celou dobu programu. Hráči jsou již předem

rozdělení do dvou skupin dle pokynů terapeutů tak, aby ve skupině byli klienti, kteří v běžném komunitním životě spolu příliš nekomunikují. Tj. komunitní koalice jsou rozbity a rozřazeny do soupeřících skupin. Jeden z terapeutů je zvolen jako rozhodčí všech soutěží, druhý pro lichý počet hráčů je požádán, aby hrál roli klienta. Rozhodčí má s sebou pro jistotu vysílačku a předběžný plán s mapkou pro případ nouze, to však nikdo jiný neví.

INSTRUKCE

1. **Trasa**- jděte po modré značce směr (Dolné diéry, Podžiar, Horné diéry, Medzirozsutce) dokud nebude uvedeno cestou jinak (cestou bude spousta doplňujících instrukcí).
2. **Bodování**- Hrajete nejen za svou skupinu, ale i sami za sebe. Body pro družstvo i Osobní body ze soutěží Vám zapisuje paní rozhodčí. To na jaké body (osobní či skupinové) se hraje, je vždy napsáno u hry, jejíž instrukce se dozvíte cestou. Navíc osobní body lze získat cestou sběrem dřevěných bodíků, které se mnou v cíli vyměníte za body skutečné. Zda jde o bod či jen o klacek, je snadné zjistit. Bod je označen zeleným puntíkem, dřívka mají různou velikost (viz. ukázky) a jsou rozmístěna cestou, celkem jich je cca 150.
3. **O co se hraje?**- **Družstva**- prohrajší družstvo jede sice na chatu jako první, ale přijde tak o pauzu v hospodě či jinde (dle instrukcí terapeutů), toto družstvo zatím uvede chatu do provozu: zatopí, uvaří, rozloží věci na spaní, pustí čerpadlo, umyje nádobí. Ráno vstane jako první, připraví snídani, provede závěrečný úklid. Prostě ti co vyhrájí, mají veškerý servis od prohraného družstva.
Jednotlivci- Na chatě je pouze omezený počet postelí, člověk s absolutně největším počtem bodů má postel sám pro sebe (nejspíš to bude kluk, ale uvidíme), dále 4 děvčata s nej. počtem bodů se podělí o 2 letiště, 2 kluci s nej. počtem bodů se podělí rovněž o jedno letiště. Ostatní spí na zemi, na chatě po nocích běhají myši, takže myslím, že postel je dobrá motivace.

Při soutěžích zahod'te ponorku a uvažujte nejen mozkiem ale i srdcem, buď'te ostražití, féroví ale také dobrosrdeční. Nežeňte se za body na místa, na jejichž zdolání nemáte morál, raději je tam nechte ležet, je to jen dřevo, přírodě neuškodí. Vy budete mít sice o bod méně, ale zato vyvážnete bez zranění.

Hodně štěstí

MAFIÁNI A OBČANÉ (Hra pro jednotlivce)

úkol hráčů:

Z čepice si vylosujte jeden papírek, který si schováte a nikomu nesmíte ukázat, ani nesmíte říci, co je na něm napsáno, s výjimkou popravdy-viz.dále. Je-li na papírku napsáno M, znamená to, že budete hrát roli mafiána. Je-li tam O pak budete hrát roli občana. Tato hra se nehraje v rámci družstva, ale v rámci všech: Tzn. hrajete v ní jen a jen za sebe., jelikož nevíte kdo je občan a kdo mafián, což se časem může změnit. Hra končí až v cíli, kde je cíl se dozvíte, až v něm budete.

M-Úkolem mafiána je zabít všechny občany. Občana lze zabít polibkem na krk. Krk znamená ta část těla, co trčí z výstřihu oblečení směrem nahou, ale je zároveň pod úrovní brady, je jedno, zda zezadu či zepředu. Za každého zabitého občana je 1 bod. Navíc pokud se mafiánům podaří zabít všechny občany, získávají každý dalších 6 bodů.

O- Úkolem každého živého občana je sledovat nedůvěřivě okolí a v případě podezření na mafiána vyvolat diskusi, kde se zúčastnění mohou dohodnout, že podezřelého z mafiánství „popraví“. Stane-li se tak, pak tento popravený musí ukázat svůj papírek. V diskusi musejí hlasovat všichni živí, což znamená, že mezi hlasujícími mohou být i mafiáni. Mrtví (políbení) občané samozřejmě vědí, kdo je mafián, a tak musejí mlčet (odkdy mrtvolvy mluví....) V případě, že se občané trefojí a popraví opravdu mafiána, získává každý živý občan 3 body, za každou další oprávněnou popravu získává každý živý občan 6 bodů. Tedy první mrtvý mafián=3body pro každého živého občana; každý další mrtvý mafián= 6 bodů pro každého živého občana. Pokud občané popraví někoho nevinného, nikdo nezískává žádný bod (ani mafiáni ani občané), jen by si měli občané uvědomit, že tím pomáhají mafiánům.

Mafiáni, pamatujte si, koho a kdy jste políbili. Mrtví občané mohou podvádět, a při připisování bodů, mohou tvrdit, že jsou ještě živí. Jako popravenému mafiánovi vám to stejně bude už jedno, takže jej klidně napráskejte, získáte tím to, že zbývající živí mafiáni budou alespoň vědět, na koho už není třeba jít, a navíc takovýto mrtvý občan ztrácí 6 bodů za podvádění!!!

smysl hry-námět k reflexi:

Tato hra by měla vyvolat nedůvěru hráčů vzájemně vůči sobě i v rámci vlastního družstva. Měla by hráčům komplikovat komunikaci při dalších hrách, kdy například ponесou někoho jiného na zádech atd. (pozn. bylo by dobré ještě určit úlohu skrytého mafiána, který započne vraždit řekněme až 4 hodiny po startu, a nebo vůbec mafiány načasovat (č.1. vraždí např. od 12 do 14, atp.)

-3) cca 12:20 Klienti vycházejí dle instrukcí. Rozhodčí mě dle dohody při startu prozváním mobilem.

-4) Po cca 1 km narážejí na další hru:

Hod na cíl (hra pro jednotlivce):

úkol hráčů:

Je to jasné jako facka. Každý si najde 3 kameny velké asi jako žalud.

Čára odhodu= lávka přes potok.

Cíl- kmen stromu označený fáborkou. (pozn. upřesnit co je kmen?)

Na soutěž dohlíží rozhodčí, který vše posuzuje. 1 Trefa=1 bod muži, 2 body ženy.

Až skončíte, seberte fáborku, díky ☺

(In: Neuman, J., *Dobrodružné hry a cvičení v přírodě, Portál, Praha 1998, str. 246*)

smysl hry-námět k reflexi:

Rozvoj individuálních senzomotrických dovedností. Koncentrace při napjaté situaci kdy nás všichni sledují. Co se v nás děje? Spíše si věříme nebo o sobě pochybujeme? Prožívali bychom to vše stejně i bez diváků?

-5) Po cca 2,5 km, na rozcestí Podžiar narážejí klienti na informační složku pověšenou na rozcestníku, v informacích je uvedeno, že v okruhu 5m kolem salaše za potokem či přímo na

ní (cca 50m) jsou schovány 2 hádanky. Jen za jejich nalezení získávají klienti 7 bodů, za jejich správné rozluštění získávají dalších 14 bodů za jednu (Rybář) za druhou 28 (Ostrov). Na rozluštění mají čas do cíle. Po nalezení hádanky je zde pauza na svačinu cca 30 min.

Hádanka za 7+14 bodů- Rybář

Je rybář na jednom břehu řeky. Má s sebou kozu, zelí a vlka. Jeho úkolem je převést v loďce kozu, zelí i vlka na druhou stranu řeky. Do loďky se ovšem vejde jen rybář a koza, nebo rybář a zelí, nebo rybář a vlk. Prostě v loďce smí být pouze rybář +1. Jak to rybář provede, jestliže ví, že když nechá o samotě kozu se zelím, tak koza sežere zelí a jestliže nechá o samotě vlka s kozou, pak vlk sežere kozu?

Hádanka za 7+28 bodů- Ostrov

Na pustém ostrově se nacházejí 2 muži a 2 ženy a 2 nepoužité kondomy. Každý z nich má jinou pohlavně přenosnou chorobu. (Tedy celkem 4 různé pohlavně přenosné choroby) Jejich úkolem je, aby se každý muž pomiloval s každou ženou, neboli aby se každá žena pomilovala s každým mužem a to tak aby nikdo nikoho nenakazil svou chorobou. Pod pojmem pomilovat, se zde rozumí pohl. styk. Ke splnění jejich úkolu mají použít pouze 2 kondomy. Jak to provedou?

smysl hádanek-námět k reflexi: Prověří a zreflektují schopnost naslouchání a kognitivní schopnosti klientů ve skupině, vě. schopnosti srozumitelně vyjádřit i složitější myšlenku. Spíše naslouchám ostatním a integruji konstruktivnější návrhy, nebo nenaslouchám a spíše konstruuji miliardu vlastních myšlenek, které pak buď prosazují ve skupině nebo jsem typ co se neprosazuje a tak vlastně vypadám, že jsem spíše mimo a diskuse se neúčastním? Řešíme hádanku ve skupině a diskutujeme či každý sám a čeká se, že jeden člověk na to přijde? Atd.

-6) Klienti pokračují po pauze dále dle instrukcí, po cca 1,5 km cesty vedoucí převážně po žebřících a řetězech (zde je rozmístěno největší množství dřevěných třísek) narážejí na rozcestník a dalších instrukce. Cca 300 m za rozcestníkem narážejí na další hru:

Brtníci (Hra pro skupiny)

úkol hráčů:

Kdyby se stalo, že Vás napadne medvěd, snad každého by napadlo vylézt na strom. Jak úspěšní by jste byli si hned vyzkoušíme. Jedno družstvo jsou medvědi a druhé kořist, poté se vystřídáte. Kdo začíná lovit, rozhodne střížba (kámen, nůžky, papír), výherce loví. Na počátku máte všichni 3 minuty na to porozhlédnout se po vhodném stromě. Poté rozhodčí zapíská, vracíte se na start (k rozhodčímu), ten odpíská a stopuje 90 vteřin, medvědi zatím čekají. Po 90 vteřinách se vydají na lov. Kořist je ulovena v okamžiku, kdy se medvěd dotkne jakékoli části jejího těla. Medvědi mají na lov rovněž 90 vteřin, stopuje rozhodčí. Medvěd ale neumí lézt na strom, lezení na strom za kořistí je tedy zakázáno, stejně jako setřepávání ze stromu!!!! Za každou ulovenou kořist získává medvědí družstvo 2 body.

(Inspired by: Neuman, J., Dobrodružné hry a cvičení v přírodě, Portál, Praha 1998, str. 238)

smysl hry-námět k reflexi:

Na rozdíl od Neumana neuvádím nic o tom, zda musejí na strom vyšplhat sami či smějí využít dopomoci kolegů z družstva. Zajímá mne, zda je to v rámci skupiny napadne. Rovněž při lovení kořisti v instrukcích striktně zakazují pouze lezení medvědů na strom a setřepávání ze stromů. Opět mne zajímá, zda si medvědi navzájem pomohou, např. že si jeden druhému

sedne na ramena atd. Z těchto důvodů také měním čas z Neumanových 20-40 s na 90 s. Hra by měla rozvíjet nejen senzomotorické dovednosti a jejich aplikaci v časové tísni, ale také schopnost spolupracovat ve skupině a využít tak pomoci silnějších článků k dopomoci slabším a celkově tak využít veškerého skupinového potenciálu být silnější skupinou. Ten potenciál ve skupině vždy je, ale je vždy využit nebo spíše promrhán?

-7) Klienti pokračují dle instrukcí cestou, v zápětí mají možnost získat body pro skupinu i družstvo. Body jsou jasně viditelné, ale umístěné uprostřed klády spadlé přes propast (cca 5-6 metrů vysoko nad potokem). To se opakuje cca po 50 m, kdy je vidět další kláda.

-8) Po dalších cca 2 km, je opět rozcestník kde klienty čekají další instrukce k cestě a také hra, k níž má instrukce rozhodčí s sebou, na rozcestníku visí pouze její název:

Počítám s tvou pomocí (Hra pro jednotlivce)

úkol hráčů:

Tento návod rozhodčí nechte nahlas. K této hře je zapotřebí 15 hráčů, rozhodčí se tedy sám nakonec zapojí. Všichni se postaví do kruhu a zavřou oči, rozhodčí je uprostřed kruhu a udělá 12 lidem barevnou tečku na čele (3 červené, 3 černé, 3 zelené, 3 hnědé, a 3 žádné-tedy celkem 15). Po signálu hráči otevřou oči, rozhodčí vysvětlí co je jejich úkolem: Beze slov a dotyků se musí spojit do skupinek dle barev na čele, rozhodčí neprozrazuje barvy. Hráči mají limit 2 minuty. Za úspěšné splnění úkolu dostává každý z úspěšné skupinky 3 body. Ostatní mají smůlu.

(In: Neuman, J., Dobrodružné hry a cvičení v přírodě, Portál, Praha 1998, str. 215)

smysl hry: Rozvoj a reflexe nonverbální komunikace. Stojím a čekám, až mi někdo něco poví, nebo se ihned po startu pokouším organizovat ostatní?

-9) Po následujících 500 m dojdou klienti na rozcestník Medzirozsutce. Je zde velká louka s jemnou trávou. Tedy příležitost zahrát si další hru a poté na sluníčku sníst pozdní oběd (cca 30 min pauza) a nabrat tak sil na následující výšlap na M. Rozsutec, který dá zvláště těm, co trpí závratěmi zabrat nejen po fyzické stránce.

Ubývající zátěž (Hra pro skupiny)

úkol hráčů:

Před námi je dlouhé nebezpečné území, přes které se musíme dostat co nejrychleji, a přitom dodržet určitá pravidla. Přes dané území musí být každý člen přenesen. Zpět za startovní čáru se mohou vracet jen nosiči. Bez nesení může přeběhnout území pouze poslední člen družstva. Tři minuty před startem věnujeme přípravě taktiky. Soutěží dvě družstva v rychlosti. Vzdálenost mezi nimi je cca 5 metrů. Délka trasy je: Od přístřešku až po zelenou ceduli (národní přírodní rezervácia) ve směru na velký rozsutec. (nesen může být jen jeden člen družstva, nést ho může klidně celý zbytek)

(In: Neuman, J., Dobrodružné hry a cvičení v přírodě, Portál, Praha 1998, str. 243)

smysl hry:

Rozvoj kognitivních a senzomotorických funkcí. Jak na nás působí v těchto situacích stres, tlak ze strany vlastního i cizího družstva-očekávání a já? Jak snášim doteky cizích?

-10) Klienti pokračují cestou na Malý Rozsutec, cca 1km, ale s cca 300 m převýšením, tzn. množství řetězů a 50% cesty vertikálně po skále. Pomohou si navzájem a povzbudí ty, co mají závratě, nebo se poženou vpřed za dřevěnými třískami na skalách kolem vyznačené stezky? Na vrcholu klienty čeká nejen krásný výhled ale také další hra.

Pantomima (Hra pro skupiny)

úkol hráčů:

Je to jednoduché. Úkolem družstva je uhádnout co předvádí mim. Mímem se stane každý. Pořadí určuje abeceda

Rozhodující je 4 písmenko v příjmení, budou-li tací co jej mají stejné, pak rozhodne u těchto osob to první v příjmení. Před samotným aktem pantomimy si mim vždy vylosuje to, co bude předvádět z pytlíčku (pytlíček s pantomimickými čísly má u sebe rozhodčí). Papírek už do pytlíčku nevrací!!! Časový limit je jedna minuta. Družstvo, které uhádne, získává 2 body. Šikovný mim, jehož číslo bylo uhodnuto, získává pro své družstvo 1 bod. ☺

smysl hry:

Opět rozvoj a reflexe nonverbální komunikace, a to jak přijmu tak vysílání. Nyní ale v ulehčené formě, kdy je jasně stanoveno kdo vysílá a kdo má přijímat. Jsem dostatečně čitelný? Umím reagovat na posluchače, když střílí těsně kolem správné odpovědi a jak budu reagovat, jestliže takto střílí posluchač ze soupeřícího družstva?

-11) Následuje krkolomný sestup z Malého Rozsutce. Řetězy, padající kamení, únava. Po cca 3 km čekám družstva na veliké louce, kde spolu s nimi tak trošku mazaně vyhodnotím soutěže družstev. Zkontroluji řešení hádanek a přičtu body za každé zapamatované zvířátko, které bylo možno vidět na naučných tabulích cestou (pokud si jich někdo všimnul že ☺). Skupina si zvolí mluvčího, posuneme se stranou od soupeře a skupina má 10 pokusů na uhodnutí celkem 5 zvířátek. Po celkovém sečtení bodů najednou vyhláší další 2 soutěže. Bodování soutěží je nenápadně šité na míru, tak, aby mohlo ještě změnit pořadí družstev. Do těchto soutěží je třeba družstva pořádně namotivovat nejen proto, aby byla dostatečná legrace ale také kvůli čím dál více nastupující únavě.

Sloní choboty (Hra pro skupiny)

úkol hráčů:

Družstva se seřadí do zástupů, asi 5 metrů od sebe. Na písknutí první z družstva udělá sloní chobot, s tím že v chobotu drží hůl (klacek) tu zapíchne do země a musí se kolem ní 10x otočit (tzn. 10 x 360°) potom běží k asi 20 metrů vzdálenému obrátkovému bodu (klacek s fáborkou), který je pro obě družstva společný. Zpět se vrací po své dráze (ne že se budou plést pod nohy běžícímu z druhého družstva) na raka. Družstvo, jehož poslední člen protne cílovou čáru jako první, vyhrává a získává XX bodů.

Sudoběh (Hra pro skupiny)

úkol hráčů:

Hlava se vám točí málo? Přidáme ☺ !!!!

Hra má podobný princip. Startovní čára je tentokrát na kopečku, dolů z kopečka válíme sudy (cca 40 metrů)

(klacek s fáborkou) zpět pouze běh ☺. Bodování vítězů dvojnásobné, je to přeci poslední hra ☺.

smysl her: Senzomotorika, útok na mozeček ☺, legrace na závěr. Možná i trochu strategie, pokud to někoho napadne, tak je možné, že když nebudeme zuřivě rotovat v sudech nebo při chobotech, zřejmě pak cesta zpět půjde mnohem lehčeji a bude hlavně rychlejší. Naopak když člověk sudy přepálí, může trvat i 20 vteřin než je schopen vůbec udělat krok bez pádu.

-12) cca 19-20:00, z louky jdeme cca 30 min pěšinou střídavě louka-les, ke 2 autům, kdy skupina těch, co prohráli, nasedají jako první a jedou cca 1h na chatu, kde mají za úkol připravit chatu a jídlo další skupině. Celkem 16 lidí a 2 auta, znamená jet na 2x.

Smysl všech her globálně-námět pro reflexi:

Jak to mám s orientací na výkon a jak s orientací na vztah? Jsem spíše individualista, který běží jako první a sbírá dřevěné třísky, který se snaží za každou cenu vyhrát každou hru jak jednotlivců, tak družstev. Který se neohlíží za sebe na ostatní? Jaké to má výhody a jaké zápory, pro mě i pro okolí? Nebo jsem spíš ten co je orientovaný na vztah, kašle na body a hodnocení a snaží se nezávisle na nich, aby všem bylo v průběhu programu co nejlépe? Jaké to má nevýhody a jaké klady, opět pro mě i pro okolí? Může se to v čase a s okolnostmi měnit, nebo je to pevné a chovám se tak vždy a za každých okolností? Anebo jsem ten, co by se mohl charakterizovat tak, že je rád že žije, že přešel všechny žebříky, nezranil se a nějaké body a soutěže nebo ostatní lidé jsou mu ukradení a nejraději by to vše už nikdy nepodstupoval? A jak to mám s kompeticí a kooperací v rámci družstva? Na jednu stranu jsem s nimi na jedné lodi, na stranu druhou jsou pro mne nebezpečím- každý je potenciální mafián, a každý je potenciální sběrač dřevěných třísek.

-13) cca 22-24:00. Po večeři před spaním se koná skupina. Vedou ji terapeuti, každý se nějak vyjádří, co a jak prožíval, vynasnaží se o nějakou reflexi. V globále vlastně nejspíše vyplavou výše uvedené (smysl hry-her) body. Dále se na skupině probere odchod z chaty a odjezd domů.

4.3. Ideální pohybový program

Ideál specifického pohybového programu měl podobu poměrně náročné teambuildingové akce. Z této ideje se po dohodě s vedením o.p.s. Renarkonu podařilo realizovat pouze první část, která se ještě navíc musela organizačně bohužel změnit. Původní plán začínal odjezdem a jeho samostatnou organizací-vyhledání spojů a zajištění jízdenek na dohodnuté místo, vše bez podpory a účasti terapeutů v průběhu celého programu. Po příjezdu měl program vypadat velmi podobně, jen rozhodčí by nebyl 1 terapeut, ale způsob rozhodování (1 či 2 rozhodčí) by byl zvolen skupinami samými. Příjezd na místo měl být mnohem dříve cca v 7 ráno a akce se měla konat někdy počátkem dubna, tak aby byl ve výšce nad 1000m.n.m. ještě sníh. Plánovaná experimentální skupina měla čítat 8 osob. Po příjezdu neměly čekat informace v autě, ale na recepci blízkého hotelu. Na Malém Rozsutci měli klienti najít 2 klíče od dvou aut s popisem, jak auta vypadají a kde stojí. Po příchodu k autům

měla být v palubní přihrádce vyznačena cca 100 km trasa, kterou měli klienti sami absolvovat (Přesun do vesnice Turecká, nedaleko Bánské Bystice). Plánovaný dojezd do cíle trasy měl být cca 1-2 hodiny před setměním. V cíli trasy je měla čekat večeře v restauraci a další instrukce ohledně místa přenocování. V kufru aut měly být spací pytle. Od restaurace měla cesta k noclehu trvat cca ještě 2-3 hodiny, tak aby do blízkosti cíle dorazili už za tmy. Cílem měla být v zimě neobývaná horská salaš ukryta v lese cca 1 km od značené cesty (okolí vrcholu Křižná). Salaš měli najít za pomoci detailní mapy a popisu. Na salaši by je čekala vytopená místnost a občerstvení. Další den se mělo jet domů a cestou navštívit. Některé památky, např. hrad Strečno atd. Po dobu celé akce by byly skupiny sledovány jedním neukrytým a dvěma skrytými organizátory. Jeden by byl před skupinami, druhý za skupinami. Neukrytý organizátor (v ideálním případě terapeut) by šel spolu se skupinami, měl by u sebe pro případ nouze vysílačku a mobil, nicméně by o podobě programu nevěděl nic, stejně jako klienti.

VI **ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI**

1. ZHODNOCENÍ PRŮBĚHU ŠETŘENÍ A VÝSLEDKŮ NEO BIG FIVE

V teoretické části jsem se pokusil o sestavení uceleného teoretického přehledu v problematice drogových závislostí, který jsem doplnil v praktické části o poznatky z výzkumů v oblasti aplikace kinezioterapie při léčbě drogových závislostí. V průběhu času jsem absolvoval několik exkurzí na pracovištích složek systému péče o aktuální uživatele drog, či o léčící se uživatele. V rámci o.s. Sananim jsem se zúčastnil intervence v pracovní agentůře, krizovém centru a při terénních programech na území hlavního města Prahy. Dále se mi podařilo vyjednat za určitých podmínek 9 denní pobyt v beskydské TK Renarkon v roli klienta, kde jsem si prošel každou fází léčby od 0 až po 3 včetně všech forem možných terapií. V průběhu pobytu jsem se pokusil se jednak co nejvíce vžít do role klienta a člena TK, ale na druhou stranu zároveň neztratit nadhled a roli pozorovatele. Pokusil jsem se co nejlépe seznámit se všemi členy TK a nakonec je požádat o spolupráci při tvorbě specifického pohybového programu, která pro ně spočívala ve vyplňování inventářů a účasti v programu.

Z tabulky 21. Lze vyčíst popisné statistiky skupiny ale i jistých rysů osobnosti jednotlivých klientů TK. Z tab. 21 můžeme o skupině klientů TK říci, že:

- Na škále neuroticismu skóruje jedna klientka velice slabě, dokonce o cca 8 směrodatných odchytek pod normou. Jedna z klientek se pohybuje v normě a další 3 skórují buď o jednu, nebo o dvě směrodatné odchytky nahoru od normy. Muži pak skórují na této škále v 5/8 případu v normě. Celkově lze říci, že na škále neuroticismu se z celkových 13 klientů TK pohybují 2 pod normou, 6 v normě a 5 nad normou.
- Podobným způsobem lze vyčíst u některých klientů zvýšený skór na škále extroverze. Domnívám se, že zvýšená tendence k extroverzi je zde do jisté míry způsobena důrazem na každodenní skupinovou terapii a každodenní zasedání celé komunity. Tento fakt se určitě pozitivně podepíše na skupinové reflexi po aplikaci pohybového programu. V případě že by jedinci vykazovali spíše naopak nízkou hodnotu skóru na této škále, dalo by se očekávat, že skupinové sezení po aplikaci pohyb. programu by mohlo být problematické, z důvodu neochoty komunikace před skupinou.
- Mne zde ale nejvíce zajímaly škály přívětivosti a svědomitosti. **Částečně zde vyšel předpoklad jedné z hypotéz (H1), že klienti v NEO Big Five budou vykazovat vyšší hodnoty na škále Svědomitosti a naopak nižší hodnoty na škále Přívětivosti.** Z tabulky lze vyčíst, že tento předpoklad se potvrdil jen částečně. Na škále svědomitosti dosáhlo skóru alespoň o jednu směrodatnou odchytku nad průměrem 7 klientů, další 4 klienti pak dosáhli skóru vyššího než je průměrný avšak ne více než o jednu směrodatnou odchytku, 1 klient skóroval podprůměrně avšak ne pod hodnotu jedné odečtené směrodatné odchytky a nakonec pouze jedna klientka skórovala více než o jednu směrodatnou odchytku pod průměr na této škále. **Celkově lze tedy říci, že klienti TK dosáhli vysokého skóru na škále svědomitosti. Avšak na škále přívětivosti, proti předpokladu hypotézy, skórovali relativně průměrně.**

Po zhodnocení nastudovaných či jinak získaných informací konfrontovaných s výsledky z šetření prostřednictvím NEO Big Five jsem navrhnul vedení TK podobu specifického pohybového programu spolu s předběžným vyčíslením nákladů. Společně jsme podobu programu přehodnotili (viz. výše) tak, aby mohl bez problémů a porušení jistých vnitřních pravidel o.p.s. Renrkon proběhnout. Zprvu byl stanoven předběžný termín, který se posléze upřesnil. Krom podoby programu jsem musel zajistit i část přepravy klientů a jejich ubytování.

Dále jak již bylo výše zmíněno, mělo proběhnout ověření hypotézy (H4) o vlivu specifického pohybového programu na hodnoty klientů. Z výše zmíněných důvodů však toto šetření za pomoci rozdělení na experimentální a kontrolní skupinu a

standardizovaných dotazníků nemohlo proběhnout. Proto jsem na závěr alespoň pro částečné kvalitativní zhodnocení poprosil klienty o skupinové sezení bezprostředně po aplikaci programu a dále o písemnou sebereflexi z prožitku tohoto programu.

2. ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ ŠETŘENÍ

Co se týče pohybového programu, výchozí podmínky pro něj byly ideální. Při příjezdu fungovaly spoje bez zpoždění, bylo jasno a ve výšce kolem 1000m.n.m. byly ještě zbytky sněhu. Počátek se organizačně zdařil a družstva vyrazila včas. Celkové načasování bylo také rozumné, neboť družstva dorazila k autům asi hodnu před setměním, což bylo akorát.

Míra vhodnosti jednotlivých aktivit do tohoto konkrétního programu se postupně ukazovala. Většina her proběhla bez problémů, některé s malými problémy, což ale spíše ještě umocnilo jejich funkci, ale některé by bylo při příštím užití v podobných podmínkách nutno upravit- Např. hru mafiáni a občané, ta částečně svůj účel splnila, neboť klienti nevěděli kolik je mafiánů. Nicméně ty jsem určil pouze 2. Problémem bylo, že byli brzy odhaleni a popraveni. Pro příští aplikaci bych proto zavedl že mafiány bude tvořit alespoň ¼ hráčů namísto nyní cca 1/6, s čímž se ale musí upravit bodování této aktivity, tak aby mafiáni či občané měli stejnou pravděpodobnost získat stejný počet bodů. Naopak hra „brtníci“ nadmíru splnila očekávání a ukázalo se, že účast jednoho z terapeutů ve hrách jako hráče jednoho z družstev může být užitečná. Terapeutovo družstvo ladně řešilo ve srovnání s druhým situaci prostřednictvím spolupráce kdy slabším pomáhali na stromy a poté v úloze brtníků řešili úkol tak, že si lezli na ramena. Nicméně soutěž skončila pro obě družstva se stejným skóre, ale pro závěrečnou reflexi se v ní zrcadlilo mnoho užitečného. Ve hře „ubývající zátěž“ se objevilo rovněž mnoho podnětů k sebereflexi, neboť někteří členové byli již značně unaveni a nedokázali být tolik rychlí, jak od nich očekávali někteří spoluhráči, proto zde byla atmosféra na okamžik napjatější. Celá soutěž družstev byla velice napjatá až do posledního okamžiku. K posledním dvěma soutěžím nastoupila družstva po náročném sestupu. Někteří členové se ze zdravotních důvodů už ani nemohli zúčastnit, přesto ale motivace do hry byla veliká. Družstvo, které prohrálo statečně převzalo úkol a přesunulo se na chatu kde vše připravili (nocleh a jídlo) pro další družstvo.

Při soutěži jednotlivců nastal zajímavý jev. Po trase bylo naskládáno cca 150 bodů v podobě klacíků a to i na velmi nebezpečných místech, kam jsem nepředpokládal, že někdo poleze (os slova lézt na skály). Nicméně jsem podcenil předběžné zhodnocení jednoho klienta

(v hodnocení NEO jde o klienta č. 1: Pojd'me se na něj tedy blíže podívat do tab. 20 a 21 a zhodnotit jeho skór v jeho věkové kategorii:

Klient č. 1.

<u>Škály:</u>	<u>Skór</u>	<u>Norma</u>	<u>Percentil</u>
Neuroticismus	28	20,96	82 !
Extraverze	17	30,78	3 !
Otevřenost	24	25,85	42
Přívětivost	22	27,74	18 !
Svědomitost	27	30,68	53

Dalším pozoruhodným jevem tohoto klienta bylo, že čas za který měl vyplněný jakýkoliv inventář mně osobně například nestačil ani na to abych si jej přečetl. Somatotyp klienta byl lehce leptosomní. Tento klient zejména při soutěži jednotlivců vykazoval velice značně individualistické jednání i chování, což by mohlo odpovídat zejména dosaženému skóru na škále neuroticismu, extraverze a přívětivosti. Celou cestu běžel ve značném předstihu před skupinou, později se k němu přidal další klient, rovněž s nízkým skóre na škále extraverze a vysokým na škále neuroticismu. Jedná se o klienta č. 3. Klient č. 1 mi do cíle přinesl cca 80 bodů (klacíků) klient č.3 cca 40. Pro ostatní klienty tedy nezbylo na stezce příliš bodů. Do podobné aktivity je tedy zapotřebí pro případ podobných klientů zařadit ještě jiný zdroj bodů do soutěže jednotlivců. Nicméně tento fakt (80 a 40 klacíků) byl skvělým podnětem pro sebereflexi. V průběhu soutěže se konkrétně těmito klientům (1 a 3) rozhodně otevřela čitelně určitá část osobnosti. Toto chování by se dalo popsat i již výše zmíněnou větou: Že orientace na výkon převyšuje orientaci na vztah. Při skupinové terapii ale také dle slov garantky jednoho z klientů bylo velice těžké se s klientem na něčem domluvit, při rozdílném názoru bylo údajně těžké se v terapii dobrat kompromisu. V pohybovém programu se však s klienty nikdo nepřel, nikdo jim nepodsouval jiný názor. Přesto přišli do konfrontace se sebou samými, když měli v závěru zreflektovat svůj prožitek v relaci k úloze, kterou měli hrát v rámci své skupiny. **V tomto případě tak pohybový program a jeho kinezioterapeutické ošetření poměrně čitelně splnily předem stanovený úkol a hypotézu (H3), že prožitá sebekonfrontace a konfrontace s ostatními rozšíří pole introspekce, zvýší empatii a položí tak základ ke snaze o větší orientaci na vztah než na výkon.**

Uznávám, že se ne vždy musí povést to, aby podoba programu takto zviditelnila i nestrannému pozorovateli osobnostní rysy některých jednotlivců. Nicméně jsem na základě četby sebereflexí klientů přesvědčen, že skoro každý pohybový program teambuildingového charakteru má potenciál k tomu aby klientům rozšířil obzor o vlastní osobnosti.

Co se týče **hypotézy H2**, že aplikace specifického pohybového programu povede ke zvýšení spolupráce ve skupině a k důkladnějšímu poznání jednotlivých členů skupiny včetně klienta samého, **musím zde zůstat u předpokladu**. Z pozorování bezprostředně po aplikaci pohybového programu by se dalo s jistotou říci, že H2 se potvrdila a je platná. Například prohravší skupina perfektně spolupracovala při přípravě chaty pro výherce. Druhý den pak obě skupiny bez ohledu na to, kdo vyhrál perfektně spolupracovaly při závěrečném úklidu chaty, nicméně tyto činnosti poměrně bezchybně fungují běžně i v TK, jen v TK je vůle klientů k těmto činnostem silně podepřena řádem a pravidly. Těžko říci, zda aplikace jediného pohybového programu může učinit v tomto směru nějaký zásadní progres ale domnívám se, že spíše nemůže. Nicméně jsem přesvědčen, že při pravidelné aplikaci podobných programů v různém přírodním prostředí a různých podmínkách počasí s různými aktivitami a principy soupeření, řekněme jednou za 6 týdnů, by v tomto směru měla určitě pozitivní výsledek a to i v předpokladu H4 o změně hodnot. Podstatným problémem je však míra ochoty terapeutů, která je samozřejmě z větší části jen důsledkem nedostatku finančních prostředků pro realizaci kvalitních programů mimo prostředí TK. Je samozřejmě možné uspořádat podobné akce v areálu TK. První taková akce přinese bezpochyby pozitivní výsledky, bude ale zřejmě velmi obtížné udělat druhou tak, aby nebyla pouze pozmeněnou kopií té první. Navíc známost prostředí na efektivitě programu rozhodně nepřidá.

Jako vhodným řešením bych navrhoval vznik firmy, financované státem či granty z EU, která by organizovala podobné teambuildingové akce pro takto sociálně a finančně slabé komunity a spolky, jimiž jsou nejen terapeutické komunity, ale také dětské domovy, nápravné ústavy, diagnostické a výchovné ústavy, základní a střední školy, věznice, atd. Vezměme si ponaučení z kultury a filosofie bohatých mnohdy nadnárodních společností, kterým není líno takto investovat do psychohygieny vlastních zaměstnanců. V důsledku se to společnosti, stejně jako těmto firmám určitě vyplatí. Navíc by tyto firmy mohly využívat i přítomnost rodiny v pohybovém programu jakožto doplněk k rodinné terapii.

Přehled použité a citované literatury:

- FROMM, E.; *Mít, nebo být?*; Aurora; Praha 2001
- HALÍK, T.; *Co je bez chvění, není pevné*; Nakladatelství Lidové noviny; Praha 2002
- HÁTLOVÁ, B.; *Kinezioterapie/Pohybová cvičení v léčbě psychiatrických poruch*; Karolinum; Praha 2003
- HENDL, J.; *Přehled statistických metod zpracování dat*; Portál; Praha 2004
- HUNT, M.; *Dějiny psychologie*; Portál; Praha 2000
- HŘEBÍČKOVÁ, M., URBÁNEK, T.; *big five/NEO pětifaktorový osobnostní inventář (podle NEO Five-Factor Inventory P.T.Costy a R.R. McCrae)*; Testcentrum, Praha 2001
- KRATOCHVÍL, S. ; *Základy psychoterapie*; Portál; Praha 1997
- KUČEROVÁ, H.; SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; *Psychopatologie a psychiatrie*; Portál; Praha 2006
- LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D.; *Vývojová psychologie*; Grada; Praha 2007
- NEUMAN, J.; *Dobrodružné hry a cvičení v přírodě*; Portál; Praha 1998
- PRAŠKO, J.; MOŽNÝ P.; ŠLAPECKÝ M. a kol; *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*; Triton s.r.o.; Praha 2007
- ROTGERS, F. a kol; *Léčba drogových závislostí*; Grada; Praha 1999
- ŘÍČAN, P.; *Cesta životem*; Portál; Praha 2006
- SKARNITZL, R.; *Poznáváme své Já*; Melantrich; Praha 1994
- ŠARAPATKA, P.; *Vliv absolvované kinezioterapie na recidivu drogových abúzů s horizontem jeden rok po propuštění pacienta; Podklady pro výzkumný projekt doktorského studia z kinantropologie*; UK FTVS; Praha 2003
- VEČEŘOVÁ, P.; *Kinezioterapie v komunitní léčbě drogově závislých, Diplomová práce*; UK FTVS; Praha 2007
- VÝROST, J.; SLAMĚNÍK, I.; *Sociální psychologie*; Grada; Praha 2008

Webová literatura

ADAMS, M.; *Anti-drug vaccination plan could immunize people from effects of cocaine, heroin and nicotine*; URL: <<http://www.naturalnews.com/001513.html>> 25.2.2008

BAUER, U., HURRELMANN, K., RICHTER, M.; *Konsum psychoaktiver Substanz im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit* ; URL: <http://www.bpb.de/publikationen/FTPLD0,1,0,Konsum_psychoaktiver_Substanz_im_Jugendalter:_Der_Einfluss_sozialer_Ungleichheit.html> 8.6.2008

BORDEN, D.; *The Ultimate Anti-Drug*; URL: <<http://www.alternet.org/drugreporter/19520/>> 17.6.2008

HAVEL, I. M.; *Přirozené a umělé myšlení jako filosofický problém* [online]. Glosy.info, 3.prosine 2004 Dostupné na WWW: <<http://glosy.info/texty/prirozene-a-umele-mysleni-jako-filosoficky-problem/>>

JAYNES, J.; *Articles by Julian Jaynes*; URL: <<http://www.julianjaynes.org/jaynes-articles.php>> 2.11.2007

MELZER, W., BILZ, L.; *Drogen und Schule; Der Substanzkonsum von Kindern und Jugendlichen im Freistaat Thüringen*; URL: <<http://www.hbsc-germany.de/>> 25.3.2008 popř: <<http://tu-dresden.de>> 22.5.2008

RŮŽIČKA, J.; *Bad trip? Toxická psychóza?? Psychospirituální krize???*
URL: <<http://mujweb.cz/www/galaxy49/index.htm>> 8.6.2008

Článek 1: *Erste Versuche mit Anti-Raucher-Impfung erfolgreich Zürcher Unternehmen testet Medikament*; URL: <<http://www.nzz.ch/2005/05/15/vm/newzzE8R4PZUE-12.html>> 15.6.2008

Článek 2 : *O psychospirituální krizi*; URL: <<http://www.diabasis.cz/psychospiritualni-krize/o-psk/>> 2.6.2008

Článek 3: *Nejrozsáhlejší stránky o drogách které jsem na českém webu našel* URL: <<http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/index.htm>> 21.4.2008