

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Klinika rehabilitačního lékařství



Možnosti fyzioterapie v adiktologii

Physiotherapy in addictology

Bakalářská práce

PRAHA

30. 4. 2011

Autor práce: Hana Pospíšilová

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Bakalářský studijní obor: Fyzioterapie

Vedoucí práce: **MUDr. Tereza Knoppová**

Pracoviště vedoucího práce: **Klinika rehabilitačního lékařství**

Datum a rok obhajoby: 8. 6. 2011

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům. Zároveň prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému (SIS 3. LF UK) jsou totožné.

V Praze dne 30. dubna 2011

Hana Pospíšilová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce za ochotu a laskavost při konzultacích jak osobních tak písemných. A současně bych ráda poděkovala svým spolužákům a učitelům za projevy podpory během celého studia...

Obsah:

	Úvod – cíl práce	7
1.	Adiktologie	8
1.1	System péče a jeho složky	9
1.1.1	Terénní programy a nízkoprahová kontaktní centra	9
1.1.1.1	Terénní programy	9
1.1.1.2	Nízkoprahová kontaktní centra	10
1.1.2	Detoxifikační jednotky	12
1.1.3	Substituční léčba	15
1.1.4	Ambulantní léčba a denní stacionáře	17
1.1.5	Ústavní léčba a terapeutické komunity	19
1.1.6	Doléčovací programy	23
2.	Kinezioterapie	24
2.1	Prostředky a působení kinezioterapie	24
2.2	Kinezioterapie v léčbě závislosti	25
2.2.1	První fáze léčby	25
2.2.2	Druhá fáze léčby	26
2.2.3	Třetí fáze léčby	27
3.	Jóga a relaxace v léčbě závislosti	28
3.1	Některé problémy při využívání jógy v léčbě závislosti	31
	Závěr	33
	Seznam použité literatury	34
	Příloha 1 - Technika „Antar mouna“ (postup)	36
	Příloha 2 - Relaxační technika šavásana	37
	Příloha 3 - Jacobsonova progres. relaxace (postup)	39
	Příloha 4 - Autogenní trénink	41

Vysoká škola: **Univerzita Karlova v Praze**

Fakulta **3. lékařská fakulta**

Klinika rehabilitačního lékařství

Školní rok: 2010/2011

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Hana Pospíšilová
Obor: Fyzioterapie Rok imatrikulace: 2008
Vedoucí práce: MUDr. Tereza Knoppová
Oponent: MUDr. Alena Večeřová- Procházková
Počet stran: 43
Název bakalářské práce: Možnosti fyzioterapie v adiktologii
Physiotherapy in addictology

Abstrakt bakalářské práce:

Tato práce si klade za cíl zmapovat možnosti fyzioterapie v klinické adiktologii. Zaměřuje se na cílovou klientelu jednotlivých složek systému péče v adiktologii. Popisuje užití kinezioterapie v léčbě závislostí a v neposlední řadě se zabývá jógou a relaxačními technikami, které se v léčbě rovněž využívají.

The thesis aims to map the physiotherapy in addictology. It focuses on clients of the system of care and its individual components. It describes kinesiotherapy and its use in the treatment of addiction. Last but not least, this thesis also concerns with yoga and relaxation techniques, which are also used in the treatment.

Klíčová slova:

fyzioterapie v léčbě závislostí, kinezioterapie, jóga a relaxační techniky v léčbě závislostí

Úvod

Téma své diplomové práce Možnosti fyzioterapie v adiktologii jsem si vybrala na základě svého zájmu o tuto problematiku a souběžného studia těchto dvou oborů. Mým cílem bylo ucelit si získané poznatky z obou oborů v tomto kontextu a dohledat co možná nejvíce literárních a jiných pramenů, které by mi byli oporou při shromažďování různých pohledů a přístupů k této problematice. Tato práce je rešeršního charakteru, a jak doufám, bude jedním ze základních kamenů mé dlouhodobé práce vedoucí ke zlepšení zdravotního stavu a tím i dalších životních podmínek klientů adiktologických služeb. Mou vizí je na základě této práce a dalšího průzkumu vygenerovat několik hypotéz k pozdějšímu výzkumu přímo ve službách (pravděpodobně jen jednoho typu, formou diplomové práce) a pokud se vše vydaří postavit na výsledcích tohoto výzkumu návrhy a doporučení přímo pro pracovníky těchto zařízení. Víím, že jako v životě tak v oblasti výzkumu nelze s ničím dopředu počítat s jistotou, a mé cíle se mohou leckomu zdát v této fázi naivní, přesto si myslím, že právě do úvodu se patří vyjavit naše směřování a očekávání nejen od této práce.

1. Adiktologie

Adiktologie (z anglického *addictology*) je věda, zabývající se závislostmi, jejich prevencí, léčbou, výzkumem, poradenstvím a dalšími souvislostmi. V užším pojetí se zabývá závislostmi na návykových látkách. V této práci se budu opírat o klinickou adiktologii, která se přímo zabývá prací s klientem a to převážně v terapeutické rovině. Klientela tohoto oboru je velmi pestrá, a stejně tak „léčba“ v adiktologii je široký pojem zahrnující různé metody.

V České republice je systém péče (sít' poradenských, léčebných a sociálních služeb) pro uživatele návykových látek relativně ucelený. Obsahuje složky odpovídající potřebám klientů, kteří se nacházejí v různých fázích rozvoje závislosti a pamatují i na specifika jednotlivých cílových skupin, pro které jsou určeny. (1)

V následujících podkapitolách, spolu s krátkými charakteristikami jednotlivých složek systému péče a jejich klientely, nastíním nejběžnější problémy klientů včetně návrhu ideálních intervencí a možností fyzioterapie. V závěru pak tato opatření znovu zvážím s ohledem na dostupné (personální, finanční a informační) zdroje v klinické adiktologii.

1.1 Systém péče a jeho složky

1.1.1 Terénní programy a nízkoprahová kontaktní centra

1.1.1.1 Terénní programy

Filosofie terénní práce je postavena na přístupu „public health“ (ochrana zdraví veřejnosti) a „harm reduction“ (snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek). Oba tyto přístupy umožňují pracovat s klientem bez ohledu na fázi rozvoje závislosti, ve které se klient aktuálně nachází, a zároveň i bez ohledu na úroveň jeho motivace ke změně životního stylu směřujícího k úplné abstinenci. (1)

Cílovou populaci terénních programů tvoří experimentátoři, „děti ulice“, pravidelní uživatelé drog, kteří nejsou motivováni pro kontakt s pomáhající institucí, problémoví uživatelé drog v rozvinutém stupni závislosti, kteří nejsou schopni se kontaktovat s jinou službou a uživatelé, kteří považují kontakt s pomáhající institucí pro sebe za velmi rizikový (nelegální imigranti, matky s dětmi).

Základní cíle terénní práce jsou minimalizovat negativní důsledky užívání drog nejen pro samotné uživatele, ale i pro společnost, motivovat uživatele ke změně životního stylu a monitorovat drogovou scénu v daném regionu. Tyto cíle realizuje terénní práce prostřednictvím poradenství (zdravotní, sociální, krizová intervence, motivační trénink), výměny injekčního materiálu, distribuce zdravotního materiálu a informací (účinky drog, rizika, bezpečnější způsoby užívání, infekční choroby, navazující služby).

1.1.1.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Jsou zařízení dostupná místně i časově v daném regionu. Podobně, jako terénní programy, vychází práce kontaktních center z přístupů public health a harm reduction, ale i z humanistických přístupů orientovaných na člověka. Uživatelům návykových látek poskytují časnou intervenci, poradenství, krizovou intervenci a služby harm reduction (výměnný program, distribuce zdravotnického materiálu, ...).

Cílovou klientelu tvoří různě motivovaní uživatelé návykových látek, v různém stádiu užívání a v různé fázi rozvoje závislosti. Další cílovou skupinou jsou blízcí uživatelů.

Tyto dvě služby jsem záměrně spojila do jedné podkapitoly vzhledem k tomu, že jejich cílová klientela má podobné ne-li stejné zdravotní problémy. Z těch závažnějších jde nejčastěji o infekční onemocnění, abscesy, flegmony, omrzliny, bércové vředy, záněty žil a zubů.

Tyto zdravotní problémy řeší především infekční centrum pro drogově závislé (FN Motol) a nenabízí příliš prostoru možnostem fyzioterapie. Přesto jsou minimálně dvě témata v rámci harm reduction poradenství, které s fyzioterapií přímo souvisí. Prvním z nich je kultivace dobrých žil, pro klienty užívající intravenózně, a druhým péče o místa vpichu a jizvy. Dále uvádím příklady informací předávaných klientům v rámci harm reduction v terénních programech a kontaktních centrech:

1. „Kultivace dobrých žil. Žíly každého člověka jsou jinak veliké a mají různý tvar. Všechny ale slouží stejné funkci – vést krev po směru toku zpět do srdce. Jak dobře jsou žíly vidět nebo jak je lze nalézt po hmatu závisí na mnoha faktorech, jako jsou heredita, tělesná konstituce, úroveň aktivity paží a také jak dobře je o žíly pečováno. Čím vystuplejší žíly, tím snáze je lze vidět nebo cítit hmatem a tím lepší je přístup k nim při aplikaci. Jeden ze způsobů jak kontrolovat přístup k žíle na paži je ovlivňováním velikosti svalových vláken na rukou. Čím větší svalová vlákna, tím budou žíly vystuplejší u povrchu a tím snadněji je lze nalézt a aplikovat do nich. Svalová vlákna se zvětšují pravidelným cvičením.

Jak se zvětšují svalová vlákna, tak vytlačují žíly na povrch, a jak v žilách proudí více krve zpět do srdce, tak jsou lépe rozeznatelné a lze je lépe napíchnout. Bez ohledu na to v jakém stavu jsou žíly nyní, cvičením svalstva se zlepší možnost dostat se k nim. Typ cvičení není tak důležitý jako to, jak dlouho je cvičení pravidelně opakováno. Jedno těžké cvičení nepomůže růstu svalů (=zviditelnění žil) tak jako menší, ale zato pravidelná námaha. Dokonce již mačkání balónku nebo zatínání pěstí může již po týdnu nebo po měsíci způsobit znatelné rozdíly při rozeznávání anebo přístupu k žilám.

2. Péče o místo vpichu. Použití pleťových vod, krémů a mastí na místa vpichů podporuje hojení – není bolestivé, pokud počkáš, až bude zastaveno krvácení. Masáž a péče o naše tělo je vždy na místě.“ (2)

Péče o jizvy po intravenózních aplikacích je rovněž téma velmi důležité, více prostoru mu lze vyhradit ale až v abstinenční nebo substituční léčbě, kdy klienti již intravenózně neaplikují.

1.1.2 Detoxifikační jednotky

Jsou určeny ke zvládnání odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení, např. na jednotce intenzivní péče. (3)

Na detoxifikační jednotky jsou přijímáni klienti, kteří se připravují na další odvykací léčbu, klienti kteří potřebují snížit toleranci vůči droze, ale nejsou motivováni k abstinenci a klienti kteří jsou nebezpeční sami sobě nebo svému okolí z důvodu intoxikace nebo odvykacího stavu. (1)

Cílem detoxifikace je zvládnout odvykací stav a intoxikaci. Používá se farmakoterapie, psychoterapie (podpůrná, rodinná, motivační trénink), sociální práce a další metody. Aktivity v rámci detoxifikace jsou zahrnuty do strukturovaného programu.

Klienti cílové skupiny detoxifikační jednotky se liší užívanou látkou, která způsobila intoxikaci / odvykací stav. Proto není možné všem nabídnout stejnou intervenci. Pro fyzioterapeuta je v tomto případě důležité, že akutní intoxikace je kontraindikací jakékoliv fyzioterapeutické metodě podobně jako akutní systémová infekce. A nějaké možnosti máme až při stabilizovaném stavu klienta.

Odvykací stav má znaky tělesné a duševní. Mezi nejčastější projevy odvykacích stavů obecně patří úzkost, nespavost, nechutenství, touha užít látku a vegetativní dysfunkce různého typu, specificky k užívané látce pak třes, pocení, nauzea, zvracení, tachykardie, hypertenze, psychomotorický neklid, bolesti hlavy, malátnost, svalové křeče a bolesti svalů, břišní křeče, zimomřivost, únava a deprese.

Jako významnou součást terapeutických postupů v těchto zařízeních lze chápat i některé režimové prvky zařazené do programu. Pomáhají strukturovat průběh dne a současně mobilizovat klienta k nějaké aktivitě, oba momenty pak mohou odvracet pozornost od soustředění se na míru vlastních potíží a na drogovou tematiku („toxické řeči“) a v konečném důsledku tak snižovat potřebu medikace či délku detoxifikace. (4)

A právě zde, v rámci režimových prvků detoxifikačních programů nacházíme nemalé možnosti fyzioterapeuta.

- 1) Práce se skupinou. Vzhledem k různým individuálním stavům klientů se doporučuje pouze lehká LTV a to jen po krátkou dobu (do 20 minut v rámci 45 minutového bloku). V jejímž rámci jde především o rozhýbání periferních kloubů a dynamickou dechovou gymnastiku, jejímž cílem je v tomto případě „zahřát“ klienty a nikoliv je vystavovat fyzické námaze. Je velký rozdíl mezi tím, jak terapeut vnímá námahu a jak jí vnímá klient detoxifikačního centra, samozřejmě záleží na individuálním stavu klienta, přesto je třeba myslet na mnohá somatická poškození, která si klient do zařízení tohoto typu přináší. Většinu času skupinové práce je vhodné věnovat nácviku relaxačních technik. Spíše než autogenní trénink, který bych volila u duševně stabilnějších klientů v dalších fázích abstinenční léčby, se používá progresivní relaxace a některé jógové prvky a relaxační techniky. Je třeba zde nezapomenout na uživatele stimulancií (metamfetamin, kokain), kteří mohou při nácviku relaxačních technik prožít stav jako po užití drogy, kterému říkáme flashback. Vzhledem k tomu je nutné pozorně sledovat reakce klientů a v takovém případě klienta do pokračování v technice rozhodně nenutit.
- 2) Individuální práce s klientem nám umožňuje se přizpůsobit individuálním potřebám klienta a zohlednit jeho aktuální stav. Po důkladném prostudování chorobopisu klienta, lze mimo LTV cviky zaměřené na rozhýbání kloubů a individuální nácvik relaxačních technik zahrnout i instruktáž automasáže horních trapézových svalů, které bývají v hypertonii (PIR ani AGR se příliš nepoužívají) a péče o jizvu pokud je již zhojená (tlaková masáž, masti). Většina klientů detoxifikační jednotky má vadné držení těla. Zároveň však trpí poruchou tělesného schématu, nemají tak přesnou a někdy ani reálnou představu o vlastním těle a jeho držení (s tím souvisí i nekoordinovanost jejich pohybů a jistá „neohrabanost“) a proto je nácvik správného držení těla povětšinou bezvýsledný. K nápravě zmíněného tělesného schématu je vhodné

přistoupit až v další fázi nejlépe abstinenční léčby. Nakonec ústavní detoxifikace trvá jen několik týdnů a z toho jen odhadem polovinu času lze věnovat našim metodám.

1.1.3 Substituční léčba

Probíhá v ambulantních zdravotnických zařízeních. Její podstatou je nahrazení ilegální návykové látky (neznámé koncentrace, toxické příměsi, aplikované rizikovým způsobem, tj. nitrožilně) látkou – lékem s dlouhodobějším účinkem a perorální aplikací. Nejčastěji se u nás používá metadon a buprenorfin. Substituční léčba může být různě dlouhá od krátkodobé (1-2 týdny) po dlouhodobou, udržovací substituci (roky).

Cílovou skupinou jsou klienti s dlouhodobou závislostí na vysokých dávkách látek opiátového typu, klienti s opakovanými neúspěšnými abstinenciemi pokusy a léčbami, závislí na opiátech s HIV-pozitivitou a těhotné ženy závislé na látkách opiátového typu.

Cílem substituční léčby je snížit užívání ilegálních drog, redukovat kriminální chování, minimalizovat zdravotní poškození a klienta sociálně stabilizovat.

Základní metodou je podávání substituční látky, mezi další metody patří, pravidla a režim zařízení, podpůrná psychoterapie, poradenství a sociální práce. Často opomíjenou a klíčovou metodou léčby v substitučním zařízení je pracovní a rodinná terapie.

Klienti substituční léčby, uživatelé metadonu nebo buprenorfinu (Subutex), trpí obvykle zácpou a dalšími vedlejšími účinky jako je zvýšené pocení, nespavost a problémy s močením.

Možnosti fyzioterapie v rámci substituční léčby se liší v nízkoprahových substitučních centrech, kde jsou i psychoterapeutické možnosti a jiné podpůrné metody velmi omezené, a v zařízeních s „vysokým prahem“, kde se klienti, pokud chtějí zůstat v programu, musí účastnit dalších aktivit a program se neomezuje pouze na vydávání substituční látky. V těchto zařízeních by se dalo uplatnit „fyzioterapeutické poradenství“ ohledně péče o jizvy po vpiších (tlaková masáž, masti, silipos) ale i nácvik bráničního dýchání k obnovení peristaltiky. Rovněž LTV a kinezioterapie by mohly najít v rámci vysokoprahových substitučních programů své místo. V praxi ovšem tyto programy postrádají iniciativu k zařazení dalších

programů a nezdědka se tato služba omezuje pouze na vydávání substituční látky a minimum psychoterapie.

1.1.4 Ambulantní léčba a denní stacionáře

AT ordinace, specializovaná ambulantní zařízení pro léčbu závislostí a běžné psychiatrické ambulance nebo psychologické poradny, které se zaměřují na klienty s diagnózou závislosti, pracují s cílovou skupinou klientů „motivovaných“ k léčbě, jejichž stav nevyžaduje hospitalizaci. Důležitá je sociální stabilita klienta, podpora jeho nejbližšího okolí a aktivní participace rodinných příslušníků na léčebném procesu.

Denní stacionář je ambulantní zařízení s intenzivním denním strukturovaným programem, čímž se podobá rezidenční léčbě. Klienti docházejí do zařízení denně ve všední dny minimálně na 6 hodin, odpoledne, večer a o víkendech jsou ale ve svém přirozeném prostředí. Což činí cílovou skupinu klientů stejnou s jinými ambulantními programy.

Cílem ambulantní léčby je především už změna životního stylu, jehož součástí je i abstinence od všech drog.

V rámci ambulantní léčby se nabízí akorát fyzioterapeutické poradenství, péče o jizvy a instruktáž k péči o své tělo obecně. Klienti ambulantních zařízení, vzhledem ke své sociální stabilitě povětšinou nemají až na výjimky vážně zdravotní problémy (VHB/VHC) a lze jim doporučit na základě individuálního stavu i možností klienta vhodnou pohybovou popřípadě i fyzikální léčbu (antiedematózní procedury v možnostech domácího prostředí, např. kontrastní vodoléčebné procedury, kryoterapie).

Některé ambulantní programy podmiňují participaci klientů na programu účastí na víkendových programech. Tyto výlety s prvky kinezioterapie mají velký potenciál, bohužel v praxi často nenaplnovaný. Převážně z personálních důvodů, kdy „terapeuti“ v praxi výjimečně s kompletním výcvikem psychoterapeutického zaměření nejsou obeznámeni s kinezioterapeutickými postupy a metodami.

V denním stacionáři je vzhledem k většímu časovému prostoru více možností a teoreticky i pro práci fyzioterapeuta. „Teoreticky“ zde píšou proto, že se denní stacionář (v ČR je jen jeden zaměřen na léčbu závislostí) zdravotními problémy

svých klientů v rámci programu nezaobírá. Pokud mají klienti vážnější zdravotní problémy, jsou odesláni s doporučením k lékařům somatologům většinou s virovou hepatitidou nebo jinými interními problémy. Bolestivé klouby, svaly, otoky a pohybová omezení klientů se zde neřeší. Dokonce ani „ranní rozcvička“ tolik významná, jak pro klienty, tak svou výpovědní hodnotou pro psychoterapeuty v ústavní léčbě se zde nepraktikuje.

Na tomto místě bych se ráda pozastavila nad kritikou tohoto programu. Uvědomuji si, že klienti přišli do tohoto typu služby (i do ostatních služeb terapeutického typu) řešit možná závažnější problémy a témata, než jsou bolavá záda a oteklé nemotorné ruce. Na druhou stranu je ale etiologie i léčba závislosti postavena na bio-psych-sociálním modelu a nelze proto zdravotní problémy klientů, ač se nám v porovnání s jinými psychickými nebo sociálními zdají banální opomíjet. Podle mého názoru nestačí abstinující klienty s virovou hepatitidou léčit interferonem a považovat jejich zdravotní stav za uspokojivý. Možná zde odbíhám od nadepsaného tématu, ale mám ještě silnou potřebu zde vyjádřit nepoměr mezi tím kolik úsilí a práce věnujeme „téměř zdravým“ lidem, abychom jejich životní podmínky vylepšili (zbavili je bolesti, vyrovnali jejich svalovou dysbalanci, ošetřili jejich měkké tkáně) a mezi tím, co se zdá uspokojivé udělat pro abstinující uživatele návykových látek.

Pro výčet možností fyzioterapie v tomto typu služby by bylo potřeba více prozkoumat zdravotní problémy a potřeby klientů denního stacionáře. Individuální rozdíly zde jistě budou, ovšem předpokládám, že nijak zásadní vzhledem k podmínce stabilního sociálního zázemí, se kterým se pojí i stupeň závažnosti závislosti a s ním spojeného poškození. Domnívám se, že většina metod navrhovaných pro klienty ústavní léčby a terapeutických komunit by šla zařadit do programu denního stacionáře, jistě ne všechny a pravidelně. Ale alespoň tak, aby klient měl možnost zjistit, že k abstinenci a úzdravě nemusí patřit „bolavá záda“ ani jiné pohybové problémy a bolístky. A že na všem se dá pracovat - a psychoterapie, ač má v léčbě závislosti nezastupitelné místo, není všelék.

1.1.5 Ústavní léčba a terapeutické komunity

Rezidenční léčba ve zdravotnickém zařízení (psychiatrická léčebna, oddělení pro léčbu závislost) trvá většinou 3-6 měsíců. Její cílovou populací jsou osoby od 15 let věku s diagnózou závislosti. Problémoví uživatelé návykových látek včetně alkoholu vstupují do ústavní léčby většinou dobrovolně po absolvované detoxifikaci.

Základním cílem ústavní léčby je změna životního stylu, jehož součástí je i abstinence od návykových látek.

V ústavní léčbě se používají metody vycházející ze Skálova či apolinářského modelu. (5)

- Strukturovaný program
- Režim a pravidla, odměny a sankce, bodový systém jako nástroj hodnocení průběhu léčby
- Léčebné společenství, bezpečné a podnětné prostředí pro terapii, interakce, zpětné vazby
- Komunitní setkání
- Skupinová a individuální psychoterapie (KBT, humanistické směry)
- Rodinná a partnerská terapie a poradenství
- Pracovní terapie, smysluplná a užitečná, podíl klienta na zajištění chodu zařízení
- Volnočasové aktivity, sport

Rezidenční léčba v terapeutické komunitě trvá většinou 9-18 měsíců. Jako terapeutická komunita může fungovat i jedno oddělení psychiatrické léčebny, většinou jsou ale terapeutické komunity provozovány nestátními neziskovými organizacemi a jako místa působení komunit jsou vybírána odlehlé objekty vzdálené od „civilizace“. Do terapeutické komunity rovněž nastupují klienti až po absolvování detoxifikace.

Principy terapeutické komunity se dají shrnout následovně

- Aktivní podíl pacientů na léčení
- Dobrá obousměrná komunikace na všech úrovních
- Zvýšená rovnoprávnost v rozhodování
- Kolektivnost
- Sociální učení
- Bezdrogové prostředí
- Vnitřní diferenciacie komunity (6)

Cílová populace klientů rezidenční léčby, ať už kratší ústavní nebo delší v terapeutické komunitě, absolvovala několik týdnů na detoxifikační jednotce. Zdravotní stav klientů je stabilizovaný a po několika týdnech pravidelné stravy je i jejich organismus připraven na fyzickou zátěž (v terapeutické komunitě bych jí připodobnila k lehce zvýšené denní zátěži manuálně pracující osoby, např. v zemědělství, v ústavní léčbě jsou nároky na fyzickou zdatnost nižší). V obou případech rezidenční léčby je třeba myslet na klienty prodávající virovou hepatitidu typu C, kteří by se neměli přetěžovat.

V rezidenční léčbě jsou pohybové aktivity (mimo pracovní terapii) běžně a pravidelně zařazovány do programu.

Ranní rozcvičky, mají fyzioterapeutický potenciál, přesto v očích personálu („terapeutů“), mají především aktivizující úlohu a určitou výpovědní hodnotu o aktuálním psychickém stavu klientů. Většinou při nich sami klienti předcvičují, nijak není kladen důraz na kvalitu provedení ani odůvodněnost samotných cviků. Mou zkušeností je, pokud klienti nejsou při rozcvičce „pod dozorem“ alespoň jednoho z terapeutů, může rozcvička, běžně trávající 15-20 minut, znamenat „mávání na auta“.

Sportovní program, zhruba hodinový blok pro sportovní hry, na mužském oddělení velmi vítaný a vhodný. Zmiňován jako nevhodný je asi jen fotbal, kvůli častým úrazům klientů. Na ženském oddělení jsou doporučovány především cvičení aerobního charakteru, pohybové aktivity s hudbou a drobné sportovní hry.

Různě zaměřené bloky v programu, též různě nazývané jsou pak nejvhodnějším prostorem pro možnosti fyzioterapie. Nejčastěji jsou vyplněné nácvičkem relaxace (autogenní trénink, progresivní svalová relaxace viz přílohy) nebo praktikováním jógy. Mezi vhodné metody by se daly rovněž zařadit

- Senzomotorická stimulace s cílem zlepšit svalovou koordinaci, upravit poruchy rovnováhy a zlepšit držení těla. Tato metoda se v praxi v rezidenční léčbě doposud neuvádí vzhledem k náročnosti na vybavení (labilní plochy bych asi ani nedoporučovala) a potřebné individuální práci s klientem. Domnívám se, že přesto lze některé její prvky, např. nácvik korigovaného stoje a použití facilitací prostředků pro senzitivní aferenci a propioceptivní aktivizaci (chůze naboso po oblázcích, kartáčování nohou, nebo chůze po měkkých pěnových podložkách) použít a provádět ve skupině nebo ve dvojicích.

- Cvičení na velkém míči, který ač patří mezi metody senzomotorické stimulace, bych ráda vyzdvihla. Pokud vím, rovněž se v rezidenční léčbě ani v jiném typu služby nepoužívá. Argumentem proti zavedení této metody cvičení může být opět nákladnost vybavení (míče, ale i prostor pro cvičení ve skupině může být z finančních nebo organizačních důvodů nedostupný), přesto se domnívám, že přínos pro klienty by toto cvičení mělo veliký. Cviky na míči jsou velmi jednoduché na provedení i na zapamatování. Svalstvo při nich pracuje téměř automaticky. Při cvičení dochází ke stabilizaci, odlehčení i mobilizaci páteře. Výhodou míče je také možnost jeho využití pro autoterapii a já se domnívám, že je velmi vhodné učit klienty dovednostem nejen sociálním ale i takovým, které jim pomohou se postarat o své tělo a zdraví i po léčbě

-, „Feldenkraisova metoda vychází z myšlenky, že jednáme podle obrazu, který jsme si sami o sobě vytvořili. Tento obraz může být velmi často zkreslený, člověk pak nevyužívá svou skutečnou kapacitu a používá tělo na základě své zkreslené představy.“ (7) Body image nebo také tělesné schéma mají naši klienti velmi narušené. Navíc k indikacím této metody patří i porucha schopnosti relaxace, kterou většina klientů rovněž trpí. Nácvik uvědomění si svého těla pohybem probíhá jako skupinové cvičení vedené učitelem / terapeutem. Kromě vhodné podložky není zapotřebí žádného nákladného vybavení. Dle mého názoru by mohla být tato metoda velmi užitečná při pravidelném začlenění do léčebného programu.

- Alexanderova metoda se zaměřuje především na správné postavení ramen a hlavy při běžných činnostech jako jsou sedání, chůze, zvedání předmětů, práce u stolu apod. Nabádá především k uvolněnému držení hlavy, ramena bez napětí a udržování rovné páteře. Úspěšné působení je udáváno při léčení depresí, vyčerpání,

úzkosti, bolestí hlavy z napětí, vysokého krevního tlaku, dýchacích obtíží, vředů trávicího traktu, syndromu dráždivého tračníku, zánětu tlustého střeva a bolestí v dolní části páteře.

K tomu se vyjadřuje i primář oddělení pro léčbu závislostí: „Velká část našich pacientů dlouho před příchodem do ústavní léčby zanedbávala pohyb. Léčebný program zahrnuje řadu psychoterapeutických a jiných aktivit probíhajících vsedě. To klade značné nároky na bez toho již oslabený pohybový systém (zejména v bederní oblasti). To je třeba kompenzovat vhodnými cviky.“ (8)

Do programu rezidenční léčby se rovněž zařazuje i venkovní „zátěžový“ program, kinezioterapeutického charakteru, např. o víkendu. Z mnoha důvodů vhodná forma terapie, jejíž organizaci plánují někdy i klienti, musí být vždy konzultována s terapeutem a doplněná o vhodné aktivity a uzpůsobená i klientům s omezením (VHC). Jako příklad lze uvést výlet na kolech s pobytem a dalším programem mimo objekt komunity nebo léčebny.

V neposlední řadě bych ráda zmínila zdravotní problém mnoha klientů s dlouhou historií injekčního užívání. Otoky rukou, lymfoidního charakteru a špatná senzitivní propriocepce způsobuje „nešikovnost“ prstů a problém s prací vyžadující jemnou motoriku. Opět se tento problém v porovnání s jinými zdá malicherný, i pro klienty v počáteční fázi léčby nemá značný význam. Ale později, v závěru léčby, kdy se klienti chystají léčbu dokončit, domlouvají si účast v doléčovacím programu a začínají si hledat práci je tento problém velice znevýhodňující. O antiedematózní fyzikální terapii jsem se zmínila již výše, určitě by se ale dala doplnit o instruktaž lymfatické drenáže, masáže, míčkování a podobných technik. Další antiedematózní terapie (např. vakuumkompresní terapie) je pro klienty rezidenční léčby téměř nedostupná.

1.1.6 Doléčovací programy

Doléčovací programy jsou ambulantní zařízení, která se zaměřují na udržení změny v chování a v životním způsobu klienta, které získal během léčebného procesu či abstinence. Variabilita vnitřní struktury těchto zařízení je velmi pestrá. Doléčování se může nabízet formou ambulantních skupin jednou týdně (nejméně intenzivní varianta) nebo na druhé straně se může jednat o intenzivní strukturovaný program doplněný volnočasovými aktivitami. Úkolem těchto programů je pomoci vytvořit klientovi podmínky pro jeho abstinenci. (1)

Doléčovací programy jsou určeny klientům, kteří absolvovali ambulantní či rezidentní léčbu. Jedná se tedy o osoby závislé, které mají za sebou léčbu a aktuálně abstíní. Druhou skupinou jsou klienti, kteří začali abstínovat sami, abstíní alespoň tři měsíce, jsou motivováni svoji abstinencí udržet, ale potřebují k tomu podporu.

Mezi cíle doléčovacích programů patří, kromě udržení abstinence klienta, prevence relapsu, a sociální stabilizace klienta v oblasti bydlení a zaměstnání.

Nejvíce možností fyzioterapie vidím v práci s klientem na prevenci relapsu (znovu užití návykové látky/ recidiva závislostního vzorce chování). Jeho významným „spouštěčem“ je craving (bažení), má tělesné projevy a prakticky u všech návykových nemocí je bažení spojeno se stresem. Při jeho zvládnutí lze použít některé postupy na tělesné úrovni. Sem patří mimo jiné napítí se vody u závislých na alkoholu, nějaká forma tělesné aktivity nebo svalová relaxace.

Tělesná aktivita (chůze, cvičení, tělesná práce atd.) pomáhá zvládat nejen bažení, ale i rizikové emoce. To pak zlepšuje sebeovládání.

Relaxační techniky, jóga a meditační techniky zde mohou být také prospěšné. To se týká zvláště lidí, u kterých se nadměrný stres uplatňoval jako komplikující činitel. Navíc lze tyto postupy používat nejen pravidelně a systematicky, ale i podle potřeby, např. jako o strategii, jak zvládnout bažení. Také brániční dýchání (do břicha) s prodlouženým výdechem lze využívat dlouhodobě i podle potřeby k mírnění bažení nebo zvládnutí rizikových emocí.

2. Kinezioterapie

Kinezioterapie je somatoterapeutická aktivita, která používá modelované cíleně zaměřené pohybové programy. Při jejichž 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 ke klientovi a prostřednictvím osobních prožitků dosáhnout ovlivnění jeho psychiky. Podněcuje aktivitu jedince, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu komunikace.

Aktivně prováděný pohybový program zaměřený na cílené ovlivňování psychických faktorů v rámci podpůrné léčby považujeme za kinezioterapii. (9)

Kinezioterapie je podpůrnou léčebnou metodou, která působí paralelně vedle farmakoterapie a psychoterapie. K dosažení léčebných výsledků využívá aktivně prováděného pohybu mimopracovní povahy. Je oborem interdisciplinárním. Pomáhá klientům dosáhnout pocitu somatopsychické normality. Během terapeutického procesu terapeut napomáhá klientovi k úplnějšímu sebepoznání a poznávání vlastních možností, tak aby je mohl využít k rozvíjení své osobnosti, nárůstu seberegulace a tím ke kvalitnějšímu způsobu života. (10)

2.1 Prostředky a působení kinezioterapie

Mezi prostředky kinezioterapie patří: aktivně prováděný cílený pohybový program, vytvoření terapeutického vztahu, neverbální formy chování, učení, podněcování emocí a interakce ve skupině. Cíleně působí na psychiku klienta, na jeho duševní procesy, funkce, stavy, osobnost a její vztahy prostřednictvím předem určeného aktivně prováděného pohybového programu používajícího prvky tělesných cvičení, sportů a pohybových her. Cílem kinezioterapie je spolupůsobit na zmírnění, odstranění nebo schopnost ovlivňování psychických a somatopsychických obtíží nebo jejich příčin. (11)

Kinezioterapie pomáhá klientům znovu nalézat: vědomí pohyblivosti (pomáhá upevňovat tělesné schéma), psychosomatickou jednotu (záměrný aktivně prováděný

pohyb je současně aktivitou fyzickou a psychickou), obnovu pozitivního sebepřijetí (restrukturalizace sebeobrazu ve smyslu pozitivnějšího přijetí), tělesnou symboliku (vyjádření prostřednictvím pohybu – taneční terapie), emoční spontaneitu a tvořivost.

2.2 Kinezioterapie v léčbě závislosti (11)

V rámci podpůrné léčby syndromu závislosti kinezioterapií jsou doporučovány následující formy pohybových programů. Jednotlivé terapie nacházejí své uplatnění v rámci komplexního strukturovaného programu.

2.2.1 První fáze léčby

Na začátku, v druhém až čtvrtém týdnu, podle psychosomatického stavu pacienta je doporučováno

- 1) Relaxační cvičení s aktivní kontrolovanou účastí pacienta pod dohledem terapeuta. Sestavy hathajógy z vybraných asán a pránájámy (pouze somatická cvičení), dechová cvičení, zdravotně gymnastická cvičení a taktilní relaxace (pokud ji klient neodmítá). Relaxační techniky jsou vhodné a potřebné pro ty osoby, které jsou vystaveny působení nadměrného stresu. V průběhu relaxace dochází ve většině případů ke snížení napětí. Zároveň se ale otevírá prostor pro znovu uvědomění vytěšňovaných neřešených konfliktů. U závislých na nealkoholových drogách (nejčastěji u závislých na pervitinu) se během relaxace častěji objevuje tento stav označovaný jako „flashback“. V tomto případě pacienta do relaxace nenutíme, ale motivujeme ho k tomu, aby se po stabilizaci svého duševního stavu navrátil k nácvičení provádění relaxačních technik. Jsou doporučovány takové druhy relaxačních cvičení, ve kterých je klient pod neustálou kontrolou terapeuta, nebo druhého klienta a je průběžně naváděn k plné koncentraci na uvědomování si jmenovaných somatických a psychosomatických prožitků. Tím je snižována možnost úniku do vlastních představ a fantazií. Je třeba věnovat pozornost reakcím klientů v průběhu terapie, ty nemusí být vždy pozitivní. K negaci dochází z počátku aplikace terapie. Klient bývá silně dráždivý, aktivovaný, snižování aktivovanosti pomocí zdánlivé neaktivity nese nelibě. Klient ještě není schopen přijmout

sám sebe, odmítá se, a proto obtížně přijímá senzibilizaci na vlastní tělesné prožívání, tedy i sebe sama. Na druhé straně možnost aktivně ovlivňovat vlastní psychosomatické napětí může zvýšit jeho sebedůvěru. Svalová relaxace znamená snížení aktivační úrovně. Subjektivně se projevuje uvolněním pocitu napětí a vede ke zvětšení psychické distance vůči nepříznivým vnějším faktorům.

- 2) Aktivní cvičení s relaxačními účinky. Nekontaktní cvičení krátkých pohybových celků. U žen formou taneční terapie. Z počátku nekontaktní individuální pohybové motivy. Postupně přecházíme na vyjadřování emočního prožívání pohybem individuálně, ve dvojicích, v malých skupinách. U mužů nekontaktní cvičení se sportovními prvky. Po krátkém rozcvičení gymnastického charakteru následují drobné sportovní hry s nutností krátkodobé koncentrace. Z počátku je cvičení zaměřeno individuálně, později přecházíme v některých cvičeních na spolupráci ve dvojicích a malých skupinách. V provádění pohybu není podstatná kvalita a forma provedení, důraz je kladen na emocionalitu, spontaneitu, prožitek somatopsychického uvolnění.

2.2.2 Druhá fáze léčby

V této fázi se zaměřujeme na zvýšení schopnosti sebecítění a autoregulace formou koncentrativních cvičení a relaxace. Z počátku užíváme relaxačních cvičení popisovaných pro první fázi léčby. Postupně pak zařazujeme nácvik progresivní relaxace a autogenního tréninku. Dále se zaměřujeme na klientovu sebedůvěru a důvěru ve druhé, na jeho schopnost spolupráce. Modelujeme pohybové programy, u nichž lze očekávat vysokou emocionální odezvu. Užíváme prvků her v přírodě, problémových pohybových her a lanových drah. Tento kombinovaný program obsahuje iniciační a problémové hry, zařazeny jsou pohybové motivy na sebedůvěru a důvěru v druhé obsahující riziko, nutnost vzájemné spolupráce a důvěry. Bez překonání rizika pomocí vzájemné spolupráce a důvěry není možné úkoly vyřešit a postupovat v programu. Náročnost programů je postupně zvyšována. Tento program je obzvláště vhodný pro klienty (muže i ženy) závislé na nealkoholových drogách,

jejichž požívání je motivováno silným prožitkem. Klient si během programu uvědomí možnost prožít něco pozitivního, intenzivního, bez pomoci drog. Potvrzuje si vlastní schopnosti a schopnost seberegulace, navazuje nové vztahy, uvědomuje si akceptovatelnost a důležitost pro druhé.

2.2.3 Třetí fáze léčby

V následné léčbě (do konce léčebného pobytu) jsou klientům nabízeny pohybové programy umožňující cílevědomé ovlivňování sebe sama, nácvik senzitivity, vědomé somatopsychické regulace, nácvik sebekontroly a sociálních dovedností. Trénink seberegulace, nácvik adekvátního neverbálního komunikačního chování, způsobů prosazování vlastních potřeb, zájmů a názorů. U všech pacientů je doporučován nácvik individuálně prováděných relaxačních cvičení. U mužů jsou dále doporučovány aerobní sportovní disciplíny (běh), sportovní hry a posilování. Pro ženy cvičení aerobního charakteru, cvičení s hudbou, rovněž běh a drobné sportovní hry. Cvičení je zařazeno v denní režimové léčbě. Zátěž musí být kontrolována odborným terapeutem. Ideální předpoklad je zařazení aerobní zátěže 5x týdně v délce 30-50 minut. Během programů si klienti ověřují vlastní schopnosti a kompetence a zároveň se jedná o nácvik adekvátních interpersonálních vztahů a chování.

3. Jóga a relaxace v léčbě závislosti

Důvody zařazení jógy a relaxace do komplexní léčby problémů působených alkoholem a jinými návykovými látkami jsou podobné jako u jejich prevence. Jóga a relaxace slouží k mírnění stresu, úzkostí a depresí a psychosomatických chorob. Představují lepší alternativu místo návykových látek zejména pro ty, kteří jsou vystaveni nadměrnému stresu. Jóga a relaxace spoluvytvářejí zdravější životní styl a bezpečnější síť sociálních vztahů. V souvislosti s nácvičkou a praktikováním jógových a relaxačních technik se člověk obvykle dostává do relativně bezpečné společnosti lidí, kteří žijí většinou poměrně zdravě. (O poklesu spotřeby alkoholu, tabáku a jiných návykových látek u lidí pravidelně praktikujících určité jógové techniky existují i doklady. Většina těchto studií je však retrospektivních spíše než prospektivních (12) a nelze tedy vyloučit určitou preselekcí lidí, kteří se začali těmito technikám věnovat).

Vzhledem k tomu, že řada těchto cvičení je subjektivně příjemná, mohou pomoci posílit terapeutický vztah a pomáhat překonat emočně náročné období časné abstinence (viz 1.1.2) (13)

Jóga je využívána při léčení závislostí soustavně mnoho let. Cvičební jednotku, obvykle 30 nebo 45 minut, rozdělujeme na tři stejně dlouhé části.

- 1) V první třetině se věnujeme jednoduchým tělesným cvičením. Používáme např. pavanmuktasany (cvičení šetrně rozhýbávající klouby), varianty pozice kočky, dynamickou variantu pozice hory a některé velmi jednoduché jógové pozice. Je velmi důležité, aby cvičení nepřesahovala možnosti klientů a neohrožovala tak jejich sebevědomí. Musíme také brát v úvahu skutečnost, že řada závislých trpí tělesnými problémy a zdravotními omezeními.
- 2) Ve druhé třetině vleže nacvičujeme plný jógový dech a nabízíme vhodný příběh, který nemusí nutně vycházet z jógy, ale měl by vyzníti pozitivně a alespoň vzdáleně korespondovat se situací klientů. Například „zlý ptáček polapil do síťové pasti hejno ptáků. Marně se pokoušel každý z nich

uniknout sám. Když se ale domluvili, vzletli všichni najednou, síť společně nadzdvihli a tak unikli z pasti.“ Síť se zde přirozeně myslí závislost, kterou lze nejlépe překonat společným úsilím (Svépomocné organizace AA, NA, terapeutická komunita, socioterapeutický klub, doléčovací skupiny apod.)

- 3) Poslední třetinu zpravidla věnujeme relaxaci, v jejím rámci někdy používáme hudbu. Spíše výjimečně zařazujeme i některou jednoduchou meditační techniku. (14)

Další možností je včlenit jednoduchá tělesná cvičení jógy (např. „nebeské protažení“) do skupinové psychoterapie nebo jiného programu v situaci, kdy poklesla pozornost a soustředění.

Nejen relaxace, ale i další vhodně volená jógová cvičení mírní úzkosti a deprese. Právě příznaky deprese jsou u závislých pacientů na počátku léčby velmi časté. Při porovnávání tělesného cvičení a jógy v léčbě pacientů s dystymií byly obě intervence účinné, jóga více, patrně s ohledem na v józe integrovaný prvek relaxace.

Relaxace kromě zmíněného příznivého efektu u úzkostí a depresí se používá i v léčbě bolesti různého původu, při poruchách spánku a u řady dalších indikací, kde může nahrazovat návykové léky.

V německy mluvících zemích a také u nás je rozšířený autogenní trénink, v anglicky mluvících zemích se praktikuje Jacobsonova progresivní relaxace, ve Francii a Španělsku sofrologie, po celém světě pak relaxační techniky převzaté z jógy.

Jacobsonova relaxace pracuje především s uvolňováním svalů. V autogenním tréninku a při jógových relaxačních technikách se navíc využívá autosugesce, práce s dechem, imaginace atd.

Relaxační techniky se používají jako rutinní součást programu ústavní léčby pro závislé na alkoholu a jiných návykových látkách. (6) Příklad relaxační techniky vycházející z jógy uvádím v příloze číslo dvě.

Změny, které relaxace v těle vyvolává, jsou opakem stresu. Některé tyto změny uvádí následující tabulka.

STRES		RELAXACE
↑	Svalové napětí a prokrvení svalů	↓
↑	Dechová frekvence	↓
↑	Tepová frekvence	↓
↑	Krevní tlak	↓
↑	Metabolismus	↓
↑	Hormony nadledvin a štítné žlázy	↓
↑	Kožní galvanická vodivost	↓
↑	Frekvence vln na EEG	↓

Některé změny při relaxaci a při stresu (8)

Hranice mezi meditačními a relaxačními technikami není ostrá. S jistou mírou zjednodušení lze říci, že nutnou, ale ne postačující, podmínkou meditace je částečná relaxace těch částí těla, které nejsou nutné k zachování meditační polohy.

Meditační techniky lze zhruba rozdělit na dvě skupiny:

1. Pasivní techniky, při nichž meditující uvolněně a s nadhledem pozoruje své myšlenky a zachovává od nich odstup. Výhodou tohoto přístupu je skutečnost, že nevzniká zbytečně napětí při pokusu o soustředění. Podle některých odborníků dochází při tomto typu meditace k jakési spontánní systematické desenzitizaci. Myšlenky, které vyvolávaly dříve úzkost, jsou integrovány, což napomáhá sebepoznání a sebeovládání.
2. Techniky koncentrace. Rozdíl mezi roztěkaným soustředěným myšlením a meditací se přirovnává k rozdílu mezi obyčejným světlem a pronikavým laserovým paprskem. Při tomto postupu dovolíme myšlenkám pohybovat se pouze v okolí koncentračního předmětu. Nepřipustíme ovšem řetězení myšlenek ani jejich odbíhání.

3.1 Některé problémy při využívání jógy v léčbě závislostí (6)

- a) Anglické slovo „compliance“ označuje „přijetí“ lékařských doporučení. Problémy v tomto směru jsou i např. při braní předepsaných léků. U relaxace nebo jógy je lze očekávat tím spíše.
- b) Systémové aspekty využívání jógy. Jestliže např. jeden z manželů praktikuje denně 20 minut jógu, druhý partner to nemůže nepozorovat. Reaguje na to pak vědomě nebo nevědomě, verbálně nebo neverbálně určitým způsobem. Pravděpodobnost, že pacient bude pokračovat v praktikování relaxačních technik nebo jógy vzrůstá, jestliže jsou lidé ve společné domácnosti informováni o smyslu takového praktikování a alespoň ho tolerují.
- c) Soutěživost může vést k přehánění a nepříjemným pocitům. To pak negativně ovlivňuje pravidelné a dlouhodobé praktikování, které je zvláště cenné. Je třeba zdůraznit, že jóga je nesoutěživá a že její cíle jsou ve vnitřním prostředí člověka, ne v prostředí vnějším. Nejde tedy o to získat něčí pochvalu nebo obdiv. Tato oblast může souviset se vztahem k sobě. Pro některé pacienty je těžké si zvyknout na to, že zasluhují cítit se dobře. To je také jedním z důvodů, proč je velmi vhodná kombinace jógy a relaxace s psychoterapií.
- d) Dále je podstatné kvalifikované vedení, respektující individuální zvláštnosti a potřeby i při praktikování ve skupině. Často je např. potřeba nabídnout více variant jednoho cviku podle kondice a možností jednotlivých účastníků.

Jóga ani relaxace se nepoužívá u akutních alkoholických nebo toxických psychóz. Dlouhé relaxaci je třeba se vyhnout i pacientů trpících epilepsií, aby při ní neusínali. Z krátké svalové relaxace mohou mít ovšem právě oni značný prospěch. Subnormní intelekt není kontraindikací, jestliže není cvičení příliš složité.

Ideálním pacientem pro relaxační tréninky je člověk s relativně stabilní osobností a smírně zvýšenou hladinou úzkosti, případně se sklonem k pořádku a pravidelnosti. Takový člověk bude relaxovat pravidelně, relaxace sníží jeho úzkostné vyladění a odmění ho tak za jeho relaxační praxi. To ho povzbudí k dalšímu praktikování, nehledě k jeho dalším osobnostním vlohám. Na druhé straně lze sotva počítat s tím, že pacient s hysterickou osobností bude sám pravidelně relaxovat, i když při skupinovém cvičení může uvádět různé pozitivní zážitky. (6)

Kromě relaxace nacházíme v józe řadu dalších užitečných technik, u nichž se uvádí, že jsou prospěšné při léčení závislostí. Patří k nim očistné procedury (šat karma), pránájáma, tedy zjednodušeně přeloženo dechová cvičení, meditační techniky (např. mantrajóga nebo technika antar mouna). (15)

Meditační technika „antar mouna“ připomíná behaviorální techniku „surfing“, při níž praktikující klouže po povrchu svých myšlenek, aniž „by se do nich namočil“, což může být velmi prospěšné při zvládnání psychické závislosti nebo krizí. (Postup cvičení popisuje Příloha 1)

Závěr

Tělesná cvičení a jóga či jiné formy práce s pohybem jsou užitečnou součástí širěji založených léčebných programů. V této práci zmiňuji kinezioterapeutické postupy, relaxační techniky a využití jógy v rámci komplexního léčebného programu pro závislé na alkoholu a jiných látkách. Moderní léčba návykových nemocí je obvykle komplexní a využívá kombinaci více postupů. Práce s tělem zde nachází uplatnění z více důvodů. Především působení tělesného pohybu na psychiku jedince a možnost jejího formování v rámci kinezioterapie. Dále využití účinků relaxace a pravidelného praktikování relaxačních technik ke stabilizaci životního stylu. A v neposlední řadě péče o tělesnou schránku, která jde ruku v ruce s dobrým pocitem po stránce duševní. Může motivovat klienta a zabránit tak jeho vypadnutí z léčby pro neustálé zdravotní potíže, které se nám mohou zdát v porovnání s jinými problémy malicherné.

V rámci systému péče se více možností fyzioterapeutických intervencí pojí s dlouhodobějšími programy zaměřenými na změnu životního stylu spojenou s abstinencí. Rezidenční léčebné programy a denní stacionáře mají velký potenciál a v praxi se někteří pokoušejí o integraci různých fyzioterapeutických postupů do programu. Většinou ale záleží pouze na iniciativě personálu s povětšinou psychoterapeutickým vzděláním, bez větší informovanosti o trendech a relativně nových postupech a možnostech využití metod zaměřených na práci s tělem.

Na závěr bych ráda zhodnotila své očekávání od této práce, netajím se, že z nadšení tématem se při psaní posledních řádek vyklubala skepse. Přesto mě tato práce obohatila jak poznatkově tak o nápady na zlepšení informovanosti pracovníků v adiktologických službách (formou prezentace na AT konferenci) a motivovala mě k další práci na této problematice v oblasti výzkumu, jehož výsledkem by mohl být například manuál konkrétní metody k použití v rámci programu rezidenční léčby nebo stacionáře.

Seznam použité literatury

1. Richterová Těmínová, Martina. Systém péče a jeho složky. [autor knihy] Kamil Kalina a kolektiv. *Základy klinické adiktologie*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008.
2. www.drogy-info.cz. [Online] [Citace: 20. 4 2011.] http://www.drogy-info.cz/index.php/media/files/unassigned/harm_reduction_pdf.
3. Nešpor, Karel. Detoxifikační jednotky. [autor knihy] Kamil Kalina a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha : NMS/Úřad vlády ČR, 2003.
4. Dvořáček, Jiří. Zvládání akutní intoxikace odvykacích stavů. [autor knihy] Kamil Kalina. *Základy klinické adiktologie*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2008.
5. Skála, Jaroslav. *Závislost na alkoholu a jiných látkách*. Praha : Avicenum, 1987.
6. Nešpor, Karel a Csémy, Ladislav. *Léčba a prevence závislostí - Příručka pro praxi*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 1996.
7. Lepšíková, Magdaléna. Feldenkraisova metoda. [autor knihy] Pavel Kolář a et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha : Galén, 2009.
8. Nešpor, Karel. Pohybová cvičení a jóga v prevenci a léčbě závislosti. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2005, 5.
9. *Prožitková cvičení mužů a žen závislých na nealkoholových drogách*. Hátlová, B., Novotná, V. a Špůrková, A. Praha : FTVS UK, Karolinum, 2000.
10. Hátlová, Běla. Kinezioterapie v léčbě závislosti. *Česká kinantropologie*. No. 5, 2001, 2.
11. —. *Kinezioterapie v léčbě psychiatrických onemocnění*. Praha : Karolinum, 2002.
12. *Decreased drug abuse with Transcendental Meditation: A study of 1,862 subjects*. Wallace, R. K. a Benson, H. [editor] Chris J.D. Zarafonitis. Philadelphia : Lea and Febiger, 1972. Drug Abuse: Proceedings of the International Conference.
13. Nešpor, Karel a Frouzová, Magdaléna. Změny psychického stavu po relaxační technice u pacientů léčených na protialkoholním oddělení. Porovnání osob s vyšším a nižším stupněm neuroticismu. *Čs. Psychiatrie*. 1985, 5.
14. Nešpor, Karel. *Návykové chování a závislost - Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha : Portál, s.r.o., 2000.

15. Satyananda, Swami Saraswati. Overcoming alcoholism. *Yoga*. 1982, 6.
16. Nešpor, Karel. *Práce s tělem v psychologii*. Praha : Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2010.

Přílohy

Příloha 1

Technika „Antar mouna“ - Postup cvičení

Pohodlně, ale pokud možno zpříma se usad'te. Zavřete oči. Zaposlouchejte se do zevních zvuků, které k vám přicházejí. Nehodnoťte je, neposuzujte, pouze je vnímejte. Zachovávejte při tom postoj nezúčastněného diváka... Dříve či později vás přestanou zevní zvuky zajímat. To je dobrá doba přejít k uvědomování vlastního těla. Vnímejte ho co nejpozorněji a nejsoustředěněji. I tady ale zachovávejte postoj neosobního, nezúčastněného diváka. Nejsou dobré pocity ani špatné pocity, prostě tělo vnímáte, nic víc... A nyní si uvědomujte myšlenky a duševní pocity. I zde je vnímejte pozorně, ale uvolněně a neosobně. Nechte myšlenky přicházet a odcházet, uvědomujte si, jak navazují, i mezery mezi nimi. Zachovávejte ale stále postoj uvolněného nezaujatého diváka, svědka, pozorovatele... Kdyby vás myšlenky nebo fantazie na chvíli vtáhly do své hry, klidně a uvolněně se vra'te k postoji nezaujatého diváka. Po nějaké době se připravte cvičení ukončit. Hluběji se nadechněte, protáhněte se a otevřete oči. Cvičení trvá 10-20 minut i déle. (6)

Příloha č. 2

Relaxační technika šavásana

Cvičí se na tvrdší podložce (např. jednou přeložené dece), u pacientů v odvykacím stavu je možné praktikovat i vleže na posteli nebo při hromadném praktikování je možné praktikovat i vsedě. Nejvhodnější je polosvětlo a příjemná okolní teplota. Výchozí polohou bývá nejčastěji leh na zádech, nohy mírně od sebe, ruce podél těla dlaněmi vzhůru. Pro větší pohodlí je možné podložit hlavu tvrdším polštářkem nebo složenou dekou. Pokud má klient problémy s bederní páteří, může si dát pod kolena srolovanou deku, čímž se uvolněné nohy trochu pokrčí a lépe se uvolní právě bederní oblast.

Terapeut předřikává klientům následující komentář:

Můžete se ještě pohnout a najít si v rámci základní polohy co nejvhodnější pozici. Pak byste měli zůstat ležet nehybně. Nejprve si uvědomte, kde se vaše tělo dotýká podložky. Jsou to paty lýtky, stehna, hýždě, záda, temeno hlavy. Uvědomte si všechna tato místa současně. Uvědomte si místa příjemné tíže, tíže přicházející z různých částí těla. Tělo je příjemně těžké.

Uvědomte si dotyk pravé nohy a podložky. Dotýká se patou, lýtkem, stehnem, hýždí. Vnímejte dotyk levé nohy a podložky. Dotýká se patou, lýtkem, stehnem, hýždí. Dotyk pravé ruky. Dotyk levé ruky.

Uvědomujete si dotyk pravé lopatky a podložky, levé lopatky, nechávejte je uvolnit. Uvolňuje se i oblast bederní. Záda jsou příjemně těžká, uvolněná. S nádechem nechávejte uvolňovat břicho, s výdechem hrudník. Nechávejte uvolnit šíji, krk, včetně hlasivek. Uvolňuje se čelist. Svaly kolem úst i kolem očí, čelo.

Uvědomujte si celé tělo, nechávejte ho uvolnit. Celé tělo. Znovu celá pravá noha, levá noha, pravá ruka, levá ruka, celý trup, krk a obličej. Celé tělo, celé tělo, celé tělo, příjemná tíže v celém těle.

Přeneste pozornost k dechu, uvědomujte si dotyk vdechovaného a vydechovaného vzduchu v nose, vnímejte svůj přirozený dech. Nechávejte ho spontánně plynout, pouze si uvědomujte každý nádech a výdech. Spojte s počítáním: nádech 1, výdech 1, nádech 2, výdech 2, nádech 3, výdech 3.

Počítejte určený počet dechů např. 12, 24, 27, 54. Zůstávejte pokud možno bdělí a pozorní a zároveň uvolnění. Pokud by se objevovaly nesouvisející myšlenky,

nechávejte je přicházet a odcházet a trpělivě a laskavě se vracíte k uvědomování si dechu. Na závěr se zhluboka nadechněte, protáhněte se jako při probuzení z osvěžujícího spánku, otevřete oči. Relaxace končí. (14)

Příloha č. 3

Jacobsonova progresivní relaxace – postup cvičení

(verze podle Bernsteina a Borkovce)

Délka praktikování: Začátečníkovi zabere cvičení necelých 15 minut, pokročilí ho zvládnou rychleji.

Postup cvičení: Postupně si uvědomujte jednotlivé svalové skupiny, na 5 až 7 vteřin je mírně napínejte a dalších 30 až 40 vteřin je nechte se uvolňovat. Napětí můžete spojit s nádechem nebo i s krátkou zádrží dechu, uvolnění zahajujte výdechem. Zatněte lehce pravou ruku v pěst, čímž napínáte svaly předloktí, uvědomujte si na 5 až 7 vteřin napětí a 30 až 40 vteřin nechte předloktí a dlaň se uvolňovat. Mírně nazdvihněte pravé předloktí, čímž se aktivuje pravý biceps, uvědomujte si na 5 až 7 vteřin napětí a 30 až 40 vteřin nechte biceps se uvolňovat. Zatněte lehce levou ruku v pěst, čímž napínáte svaly předloktí, uvědomujte si na 5 až 7 vteřin napětí a 30 až 40 vteřin nechte předloktí a dlaň se uvolňovat. Mírně nazdvihněte levé předloktí, čímž se aktivuje levý biceps, uvědomujte si na 5 až 7 vteřin napětí a 30 až 40 vteřin nechte biceps se uvolňovat. Zdvíhejte obočí, tím se napíná sval v oblasti čela, uvědomujte si na 5 až 7 vteřin napětí a 30 až 40 vteřin nechte čelo se uvolňovat. Aktivujte svaly v horní části tváří a kolem nosu, uvědomujte si na 5 až 7 vteřin napětí a 30 až 40 vteřin je nechte se uvolňovat. Aktivujte svaly v dolní části tváří a čelist, uvědomujte si na 5 až 7 vteřin napětí a 30 až 40 vteřin je nechte se uvolňovat. Mírně napněte svaly krku a šíje, uvědomujte si na 5 až 7 vteřin napětí a 30 až 40 vteřin je nechte se uvolňovat. Napněte svaly hrudníku, uvědomujte si na 5 až 7 vteřin napětí a 30 až 40 vteřin je nechte se uvolňovat. Napněte svaly břicha, uvědomujte si na 5 až 7 vteřin napětí a 30 až 40 vteřin je nechte se uvolňovat. Napněte svaly pravého stehna, uvědomujte si na 5 až 7 vteřin napětí a 30 až 40 vteřin je nechte se uvolňovat. Pohněte špičku pravé nohy směrem k hlavě, tím se aktivují svaly na přední straně podkolení, uvědomujte si na 5 až 7 vteřin napětí a 30 až 40 vteřin je nechte se uvolňovat. Pohněte špičku pravé nohy směrem od hlavy, tím se aktivují svaly na zadní straně lýtka, uvědomujte si na 5 až 7 vteřin napětí a 30 až 40 vteřin je nechte se uvolňovat. Napněte svaly levého stehna, uvědomujte si na 5 až 7 vteřin napětí a 30 až 40 vteřin je nechte se uvolňovat. Propněte špičku levé nohy směrem k hlavě, tím se aktivují svaly na přední straně podkolení, uvědomujte si na 5 až 7 vteřin napětí a 30 až 40 vteřin je nechte se

uvolňovat. Propněte trochu špičku levé nohy směrem od hlavy, tím se aktivují svaly na zadní straně lýtka, uvědomujte si na 5 až 7 vteřin napětí a 30 až 40 vteřin je nechte se uvolňovat. Pak v duchu ještě jednou krátce projděte všech 16 svalových skupin (1. pravá ruka a předloktí, 2. pravý biceps, 3. levá ruka a předloktí, 4. levý biceps, 5. horní část obličeje 6. střední část obličeje, 7. dolní část obličeje, 8. krk, 9. hrudník, 10. břicho, 11. pravé stehno, 12. pravé podkolení, 13. pravé lýtko, 14. levé stehno, 15. levé podkolení a 16. levé lýtko). Ubezpečte se, že všechny svalové skupiny jsou uvolněné. Pak zůstaňte asi minutu v příjemné celkové relaxaci. Na závěr počítejte od 4 do 1. Na 4 pohněte dlaněmi a chodidly, na 3 ohněte lokty a kolena, na 2 pohněte krkem a hlavou a na 1 otevřete oči.

Zkracování cvičení: Ten, kdo zvládl uvědomování si a uvolňování 16 svalových skupin za pomoci pohybu, může pokračovat v praktikování, aniž by se pohyboval. Jinak řečeno, dokáže si svalové skupiny dobře uvědomovat a uvolňovat je i bez pohybu. Cvičení je možné zkracovat tím, že se jednotlivé svalové skupiny spojí. Nejprve se počet svalových skupin snižuje na sedm: 1. Celá pravá ruka 2. Celá levá ruka 3. Celý obličej 4. Krk a šíje 5. Hrudník a břicho 6. Celá pravá noha 7. Celá levá noha. Pak se počet svalových skupin snižuje na čtyři: 1. Obě ruce 2. Obličej a krk 3. Celý trup 4. Obě nohy.

Hodně pokročilí se mohou velmi rychle uvolnit následujícím způsobem za pomoci počítání: Na 1 a 2 nechávají uvolnit ruce, na 3 a 4 obličej a krk, na 5 a 6 hrudník, ramena, záda a břicho, na 7 a 8 nohy a na 9 a 10 uvolní celé tělo. (16)

Příloha č. 4

Autogenní trénink

Autogenní trénink vytvořil německý lékař Johann Heinrich Schultz (1884 – 1970), podle kterého se také často nazývá Schultzův autogenní trénink. Schultz používal při léčbě válečných veteránů hypnózu. Zaujala ho při tom jedna důležitá skutečnost. Stav se zlepšoval i při tzv. „prázdné hypnóze“. Schultz při ní uváděl pacienty do hypnózy, nechal je nějakou dobu v tomto stavu a pak je probudil. Léčení často uváděli zlepšení, i když Schultz nepoužil žádné hypnotické sugesce. Podstatný tedy byl stav uvolnění navozený hypnózou. Zajímavé bylo, že dotyční často uváděli při uvolnění pocitu příjemné tíže a tepla. Právě vyvolávání tíhy v různých částech těla se pak stalo jedním z východisek autogenního tréninku.

Klasické Schultzovo schéma předpokládá trojí krátké praktikování (asi pět minut) každý den po dobu tří měsíců. Výuka další formule se zařazuje až po té, co byla zvládnutá formule předchozí. V praxi se většina pracovišť spokojuje s kratším nácvikem a formule se často vyučují prakticky současně. To, co někdo považuje za neúspěch při nácviku autogenního tréninku, bývá často působeno jen nedostatkem času a trpělivosti.

Příprava a prostředí

Pokud možno klidné prostředí, přiměřená teplota, volný oděv.

Výchozí poloha

Známa poloha vozky se svěšenou hlavou a zakulacenými zády není vhodná, protože přetěžuje páteř a neumožňuje volně dýchat. Mnohem vhodnější je praktikovat vleže na zádech s rukama mírně ohnutýma v loktech s dlaněmi dolů. Vhodný je také vyvážený přirozeně vzpřímený sed na židli.

Délka praktikování: Většinou 5 až 10 minut.

Postup cvičení

Poznámka: I v případě autogenního tréninku existuje více variant.

Zavřete oči, uvědomte si tělo a nechte ho se uvolnit. Pak opakujte s postojem pasivní pozornosti jednotlivé formule.

- „Pravá ruka je těžká.“ Opakujte během 6 výdechů. Kdo umí vyvolávat pocity tíhy v pravé (u leváků levé) ruce, opakuje už pro celé tělo „tíha“.

Pokud by se rozšíření pocitů tíhy na celé tělo nedařilo, je možné pocit tíhy

nacvičovat zvlášť v jednotlivých končetinách i v dalších částech těla.

- „Jsem klidný (jsem klidná)“ nebo prostě „klid“. Opakujte během jednoho výdechu.
 - „Pravá ruka je teplá.“ Opakujte během 6 výdechů. Kdo umí vyvolávat pocity tepla v pravé (u leváků levé) ruce, opakuje už pro celé tělo „teplo“. Pokud by se rozšíření pocitů tepla na celé tělo nedařilo, je možné pocity tepla nacvičovat zvlášť v jednotlivých končetinách i v dalších částech těla.
 - „Jsem klidný (jsem klidná)“ nebo prostě „klid“. Opakujte během jednoho výdechu.
 - „Dech je klidný.“ Opakujte během 6 výdechů.
 - „Jsem klidný (jsem klidná)“ nebo prostě „klid“. Opakujte během jednoho výdechu.
- Uvedené první tři formule (tíha, teplo, klidný dech) spolu s formulí klidu jsou nejdůležitější a také nejsnazší. Z autogenního tréninku může mít velký prospěch i člověk, který zvládne jen tyto první formule. Mnoho lidí si např. ani po dlouhém nácviku nevybaví chladné čelo nebo si neuvědomí tep. Důležitější než technická dokonalost je výsledný pocit uvolnění.
- „Tep je klidný a silný.“ Opakujte během 6 výdechů.
 - „Jsem klidný (jsem klidná)“ nebo prostě „klid“. Opakujte během jednoho výdechu.
 - Čelo je chladné.“ Opakujte během 6 výdechů.
 - „Jsem klidný (jsem klidná)“ nebo prostě „klid“. Opakujte během jednoho výdechu.
 - Individuální formule (o individuálních formulích podrobněji dále). Individuální formule se opakuje 10x.
 - Na závěr se zhluboka nadechněte, energicky se protáhněte a otevřete oči. Tato část cvičení odpadá, jestliže autogenní trénink nebo jinou relaxační techniku používáte k navození spánku. V tomto případě ve stavu uvolnění setrvejte.

Mechanismus působení

První formule tíhy vychází ze zkušeností hypnotizovaných osob, které popisovali během hypnotické relaxace ve svalech pocity tíže. Formule tepla na povrchu těla a formule tepla proudícího do břicha mají za cíl změnit krevní oběh (při relaxaci jsou prokrvovány více pokožka a útroby, při stresu se prokrvují více kosterní svaly). Na krevní oběh je také zaměřena formule chladného čela, protože se podle Schulze při stresu oblast hlavy překrvuje. Formule klidného dechu a klidného a silného tepu (v originálu „srdce bije klidně a silně“) nepotřebují komentář.

Autosugestivní formule

Na závěr se většinou vkládají individuální formule k překonání určitého zdravotního nebo psychologického problému, k posílení určité dobré vlastnosti apod.

1. Autosugesce jsou pozitivní, krátké a jednoznačné. Místo „zbytečně se nerozčiluji a krotím svůj hněv“ použijeme např. „Klid a rozvahu zachovávám vždy.“
2. Nejúčinnější je opakování před usnutím, po probuzení, na začátku a na konci relaxace.
3. Opakují se nejméně třikrát. (v autogenním tréninku 10x).
4. Účinek lze ještě zesílit pozitivní imaginací.
5. Je dobré dlouhodobě používat jednu autosugesce. Ke změně autosugesce dochází až po překonání problému nebo po zralé úvaze.

Schultz spolu se svým žákem Luthem uvádějí řadu zajímavých formulí k překonávání různých problémů, některé uvádím jako prakticky užitečné, jiné spíše pro zajímavost:

- Nos je chladný. (Senná rýma)
- Hrdlo je chladné, hrud' je teplá. (Kašel)
- Hrdlo je chladné, hrud' je teplá, dýchá to, dýchá to klidně a pravidelně. (Astma)
- Čelo je příjemně chladné, hlava je jasná a lehká, srdce bije klidně a snadno. (Vysoký krevní tlak)

Vyvolávání chladu na různých místech se používá proti svědění nebo k mírnění bolesti.

- Jiní mohou kouřit, ale mně jsou cigarety lhostejné. (Kouření)

Další formule vhodné k doporučení lidem závislým na alkoholu a jiných drogách:

- Střízlivost je výhodná.
- Žiji zdravě.
- Žiji moudře.
- Abstinence trvá.
- Moudrost, zdraví, střízlivost!
- Jsem klidný a sebevědomý, alkohol nebo drogy jsou mi lhostejné. (Toto je mírně upravená Schultzova formule). (16)