

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

**Využití léčebně pedagogicko-psychologického ježdění při odvykání drogové
a alkoholové závislosti a gamblerství**

Bc. Lucia Mičicová

**Diplomová práce
2014**

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lucia Mičicová**
Osobní číslo: **H11084**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Resocializační pedagogika**
Název tématu: **Využití léčebně pedagogicko-psychologického ježdění při odvykání drogové a alkoholové závislosti a gamblerství.**
Zadávací katedra: **Katedra věd o výchově**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cílem práce je podat základní informace o závislostech na alkoholu, drogách a gamblerství a zjistit, jestli je použití LPPJ vhodnou metodou a jestli vykazuje lepší výsledky, než metody klasické. V teoretické části se chci věnovat závislosti na alkoholu, drogách a gamblerství. Zároveň teorii LPPJ, o co přesně se jedná, o historii a použití v dnešní době. Dále se chci věnovat klasickým metodám používaných u odvykání závislosti. V praktické části použiji kvalitativní metodologii. Přesněji polostrukturované interwiev. Interview budou probíhat s doktory z léčeben, kde se používá LPPJ a s klienty, kteří tuto metodu podstoupili. Přínos práce spočívá v rozšíření informovanosti o této léčebné metodě. Díky tomu by se mohla rozšířit i do dalších léčeben, institucí a byla poskytnuta více klientům.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HOLLÝ, K., HORNÁČEK, K. Hipoterapie léčba pomocí koně. Ostrava: Montanex 2005. IBSN 80-7225-190-2. NERADŽIČ, Z. Aminoterapie aneb Jak nás zvířata léčí. 1. aktualiz. vyd., Praha : Albatros a.s., 2006. 159 s., ISBN 13-713-006. BAYLEYOVÁ, L. Koně, práce ze země, 1.vyd. Praha:Metafora, 2006. 151s. ISBN 80-7359-051-4. HERMANOVÁ, H. Pedagogicko-psychologické ježdění v PL Bohnice. Hiporehabilitace, 2006, roč.XIII, č.3, s.1. ISSN neuvedeno. KLIK, J. Léčebně pedagogické ježdění a psychiatrie. 2005, roč.XII, č.4, s1,2. ISSN neuvedeno. STEJSKALOVÁ, S. Tam,kde koně léčí lidskou duši. Jezdectví, 2005, roč.53, č.12, s.64.ISSN 1210-5406. RYNEŠOVÁ, P. Využití hiporehabilitace v Psychiatrické léčebně Kosmonosy. 2005,roč.XII, č.4, s.3. ISSN neuvedeno. SCOTT, N. Special Needs, Special Horses : A Guide to the Benefits of Therapeutic Riding. University Of North Texas Press, 2005. ISBN 9781594411928.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Mgr. Ilona Ďatko, Ph.D.**
Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce: **28. března 2012**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2014**



prof. PhDr. Petr Vorel, CSc.
děkan



L.S.



Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. října 2013

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 31. 03. 2014

Bc. Lucia Mičicová

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce PhDr. Mgr. Iloně Ďatko, Ph.D. za její trpělivost, věcné rady, připomínky a odborné vedení této práce.

ANOTACE

Práce se zaměřuje na využití léčebně pedagogicko-psychologického ježdění při odvykání drogové a alkoholové závislosti a gamblerství. V první části práce se zaměřuji na výklad návyku a závislosti, alkoholismus, narkomanií a gamblerství, jejich historii, průběh a léčbu. Dále se v teoretické části zaměřuji na hiporehabilitaci, její historii, dělení a využití. Vlastní kapitolu jsem věnovala tématu Aktivity s využitím koní (AVK), které se využívají i při odvykacích terapiích.

Ve výzkumné části jsem zpracovala kazuistiky klientů, kteří podstoupili terapii pomocí Aktivit s využitím koní.

KLÍČOVÁ SLOVA

Návyk, závislost, alkoholismus, narkomanie, gamblerství, hiporehabilitace, léčebně pedagogicko-psychologické ježdění, aktivity s využitím koní

TITLE

Use of therapeutic pedagogical and psychological riding in quitting drug and alcohol addiction and gambling.

ANOTATION

The work focuses on the use of therapeutic pedagogical and psychological riding in quitting drug and alcohol addiction and gambling. The first part focuses on the interpretation of habituation and addiction, alcoholism, drug abuse and gambling, their history, course of addictions, and treatment of addictions. Furthermore, the theoretical part focused on hippotherapy, its history, classification and use. I devoted a chapter to the topic Equine-Assisted Therapy (EAT), which is also used to cessation therapies.

In the research part I compiled case studies of clients who have undergone Equine-Assisted Therapy.

KEYWORDS

Habituation, addiction, alcoholism, drug abuse, gambling, hippotherapy, therapeutic pedagogical and psychological ridding, Equine-Assisted Therapy

Obsah

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1. Návyk a závislost.....	12
1.1. Znaký závislostí	14
1.2. Poruchy duševního zdraví v důsledku užívání drog	17
1.3. Typy závislostí.....	18
2. Alkohol a alkoholismus	21
2.1. Alkohol v dějinách.....	21
2.2. Alkohol a alkoholismus dnes.....	22
2.3. Fáze alkoholismu	24
2.4. Léčba alkoholismu.....	25
3. Drogy a drogové závislosti	33
3.1. Drogy v dějinách.....	33
3.2. Drogy a drogové závislosti dnes.....	34
3.3. Dělení drog	36
3.4. Fáze drogové závislosti.....	38
3.5. Léčba drogových závislostí	41
4. Gamblerství	47
4.1. Patologické hráčství.....	47
4.2. Faktory přispívající ke škodlivému hráčství.....	49
4.3. Příčiny vzniku hráčské závislosti.....	51
4.4. Diagnostická kritéria.....	52
4.5. Fáze závislosti na hazardních hrách.....	55
4.6. Léčba patologického hráčství	58
5. Hiporehabilitace.....	62
5.1. Hiporehabilitace v historii	62

5.2. Česká hiporehabilitační společnost.....	63
5.3. Hiporehabilitace.....	65
6. Aktivity s využitím koní.....	67
6.1. Oblasti působení aktivit s využitím koní	69
6.2. Působení aktivit s využitím koní na jedince	70
6.3. Techniky aktivit s využitím koní	71
6.4. Cíle aktivit s využitím koní.....	73
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	75
ZÁVĚR.....	85
SLOVNÍK.....	86
ZKRATKY	88
ZDROJE	89

ÚVOD

Toto téma jsem si zvolila, protože téma koní je mi blízké. V bakalářské práci jsem se zaměřila na paravoltiž, která je součástí hiporehabilitace. V této práci jsem pojala hiporehabilitaci jako celek. Chtěla jsem ukázat, že může sloužit jako výborná terapie při odvykací proceduře, která je ve světě velmi oblíbená a u nás, ač je známa, je z mého pohledu stále nedostatečně využívána.

Při aktivitách s využitím koní je působeno na fyzickou, psychickou i sociální stránku jedince. To znamená, že je ovlivňován například svalový tonus, koordinace, kardiovaskulární systém, správné dýchání atd. Z psychického hlediska působí na emoce, edukaci, sebereflexi, relaxaci, napomáhá navázání kontaktů, umožňuje nácvik nového chování. Po sociální stránce umožňuje jedinci začlenění do skupiny, učení se pomáhat druhým a získávání pozitivních sociálních dovedností.

Z resocializačního hlediska je práce přínosná, protože podává informace o jedné z variant terapií určených pro léčbu závislostí, která by se měla více využívat. Kůň je výborným terapeutem, který člověka nesoudí podle minulosti, podle toho, jak vypadá, zda je starý či mladý, ale podle toho, jak se v jeho přítomnosti člověk chová. Vyvolává u klientů emotivní zážitky a napomáhá k odbourávání problémů v komunikaci. Bývá klíčovým prvkem při otevření se klienta vůči terapeutovi. Díky tomu je klient schopen řešit s terapeutem své problémy a začít s resocializací.

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části se v první řadě věnuji tématu závislosti. Tomu, co to závislost je, jak vzniká a její druhy. Dále se zaměřuji na závislosti na alkoholu, drogách a gamblerství. Tyto typy závislostí jsem rozčlenila do vlastních kapitol.

Další část mé práce se zaměřuje na hiporehabilitaci a její využití při odvykání závislostí, přesněji se jedná o „Aktivity s využitím koní“ (AVK), které se využívají jako pomocná terapie.

1. Návyk a závislost

„Otázku, co je to návyk, můžeme dosud jen stěží zodpovědět. Ani definice WHO příliš nepomáhají. Bernhard von Treeck, německý psychiatr, který vedl kliniku specializující se na závislosti, říká, že návyk začíná tam, kde jsme se vzdali původních životních perspektiv a kde droga nabývá na významu a nekontrolovatelným způsobem zaujímá prostor v prožitcích člověka a utváření jeho dne.“¹

Jak uvádí Keith Evans (2003), bývalý soudce nejvyššího soudu ve Velké Británii, závislost je termín, jenž by se měl užívat s rozvahou. Pokud ho chceme užít správně, mluvíme o případech, kdy byla vytvořena tolerance a kdy se změnilo chemické složení těla uživatele v důsledku přítomnosti drogy. Pravidelné a nerozvážené užívání návykové látky může člověka snadno změnit a přivést ho na pokraj aktuální fyzické a chemické potřeby neustále se zvyšujících dávek.

Janík a Dušek (1990) uvádí, že návyky se u člověka vytvářejí v každé oblasti jeho činnosti. Někdo je vytvoří snadněji, jiný obtížněji. Jejich cílem může být dosažení potřeby nebo pocitu uspokojení.

Podle Evanse (2003) se závislost neomezuje pouze na drogu. Někteří lidé hledají uspokojení či únik před úzkostí například v poslouchání hudby. Jiní lidé se věnují sportu, běhání či tráví čas v posilovně. Ale další lidé utíkají k alkoholu či jiným medikamentům. Ve většině případů se jedná o naše vlastní rozhodnutí. Takže se dá říci, že většina populace je na něčem závislá z hlediska psychické závislosti.

Je jasné, že ne všechny formy návyku jsou stejně závažné a ne u všech dochází ke stejným následkům jak pro jedince, tak pro společnost. Bylo by možné vyčlenit i více podskupin obecného pojmu návyk, ale budeme se zabývat hlavně těmi, které jsou v našich podmínkách nejzávažnější.

Ve smyslu klinické psychiatrie je závislost onemocněním, které vyžaduje léčení. Skupina expertů Světové zdravotnické organizace (WHO) definovala v roce 1957 *návyk* jako stav vyplývající z opakované aplikace nějakého léku charakterizovaný:

- „touhou, ale nikoli nutkáním po neustálém příjmu drogy pro příjemný pocit, který vyvolává;

¹ GÖHLERT, Fr a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2001, s. 11. Z pohledu lékaře. ISBN 80-720-2950-9.

- není tendence nebo jen malá tendence zvyšovat dávky;
- je určitý projev psychické závislosti na látce, ale není závislost somatická, a proto ani nevznikají abstinenční příznaky.²

Podle Nešpora a Csémyho (1996), dvou českých odborníků na závislosti, je závislost jedním z mnoha problémů, které jsou návykovými látkami způsobeny. Další jsou například různá onemocnění, úrazy, dopravní nehody, trestná činnost a podobně. Proto Světová zdravotnická organizace hovoří o „problémech působených alkoholem“ v širších souvislostech než je pouze závislost na dané látce.

Teprve roku 1964 formulovala Světová zdravotnická organizace (WHO) pojem závislost, a ten tak vešel do lékařské vědy. Göhler a Kühn (2001) uvádí, že návyk je definován jako tendence k určité činnosti vytvořená učením, zkušeností a opakováním. Při tom se dospělo k poznatku, že návyk je primárně psychický děj – i když s možnými sekundárními tělesnými a sociálními následky. U návyku na léky, drogy a alkohol přistupují k psychickým a sociálním faktorům ještě biologicko-organické faktory škodlivých účinků těchto látek na organismus a nervový systém.

V roce 1969 byla závislost definována jako psychický a někdy též somatický stav vyplývající z interakce organismu a dané látky a charakterizovaný reakcemi chování a jinými reakcemi, které vždy obsahují nutkání používat danou látku. (Janík a Dušek, 1990)

Syndrom závislosti je podle Mezinárodní klasifikace nemocí: „Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritou v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.“³

² JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK. *Drogy a společnost: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990, s. 46. Život a zdraví. ISBN 80-201-0087-3.

³ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10)* [online]. Ženeva, 2004, s.198, [cit. 2013-12-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, pokud během jednoho roku dojde ke třem nebo více z následujících jevů: (Nešpor 2011)

- a) silná touha po látce
- b) zhoršené sebeovládání při požití látky
- c) tělesný odvykací stav – užití látky pro zmírnění odvykacího stavu
- d) zvýšená tolerance k účinku látky
- e) ztráta zájmu o oblíbené činnosti, věci
- f) další užívání přes jasný důkaz škodlivosti na organismus

1.1.Znaky závislosti

Primář PL Bohnice, Karel Nešpor (2011) uvádí 6 znaků závislosti. Shodu můžeme najít s Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN – 10) i s Diagnostickým a statistickým manuálem Americké psychiatrické asociace (DSM – IV).

1.znak: Silná touha po látce nebo pocit bažení užívat látku (craving)

Bažení je tělesné (bezprostředně po požití látky nebo při odeznívání účinku látky) i psychické (objevuje se i po delší abstinenci) a v mozku se projevuje rozdílně, což lze poznat. Nešpor (2011), uvádí některé objektivní projevy při psychickém bažení. Jsou jimi například nálezy týkající se aktivace určitých částí mozku (limbický systém, mozeček,...), oslabení paměti, delší reakční čas – horší postřeh, abnormální nález na elektroretinogramu (záznam elektrické aktivity sítnice), zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku, vyšší aktivita potních žláz, atd.

„Řada z uvedených změn se kryje s příznaky stresu. Nepříjemné je také to, že bažení zhoršuje kognitivní funkce, tedy i schopnost správně se rozhodovat. Bažení obvykle zvyšuje riziko recidivy, ale jak správně poznamenávají Rohsenow a Monti (1999), nemusí tomu tak být vždy. Za určitých okolností může vést bažení k větší opatrnosti a k tomu, že se závislí v budoucnu vyhýbají nebezpečným situacím nebo že se na ně lépe připraví.“⁴

⁴ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, s.13. ISBN 978-807-3679-088.

2.znak: Zhoršené sebeovládání

Bažení je spíše subjektivním příznakem, kdežto zhoršené sebeovládání se týká chování. Nejedná se o stejný znak, ale jsou spolu úzce spjaty. To, že bažení evidentně zhoršuje sebeovládání je již zmíněno, ale na druhé straně mohou být i lidé, kteří trpí silným bažením, ale mají zachované sebeovládání. Zároveň jsou i lidé, kteří si bažení plně neuvědomují a mohou se přestat ovládat (ve vztahu k návykové látce). Toto se objevuje v případech, kdy si pacient špatně uvědomuje sám sebe a své emoce, může to souviset i s nadměrnou únavou a s dlouhodobým vyčerpáním, v případech, kdy k recidivě došlo rychle a automaticky ve vysoce rizikovém prostředí. Někdo může mít sklon bažení potlačovat, ale to jej může ještě posílit a ještě dále oslabit sebeovládání.

3.znak: Somatický (tělesný) odvykací stav

Pro diagnózu odvykacího stavu musí být splněna následující kritéria:

- Nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání
- Příznaky jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu (např.: bolesti hlavy, bolesti svalů či křeče, nevolnost či zvracení, třes, pocení, halucinace, atd.)
- Příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním a nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou.

4.znak: Růst tolerance

Tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je potřeba vyšší dávky popř. že stejné množství látky vyvolá nižší účinek. Není zcela jasné, jak tolerance vzniká. Může to být v důsledku nižší reaktivity centrálního nervového systému na návykovou látku. Další variantou je, že látka může být rychleji odbourávána.

5.znak: Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů

Jedná se o zanedbávání ve prospěch užívané psychoaktivní látky. Ve starší literatuře můžeme najít popisy jako zúžené spektrum chování nebo stereotypní chování ve vztahu k návykové látce. Je zde zřejmá souvislost s bažením, zhoršeným sebeovládáním i s odvykacími obtížemi.

Při dotázání se několika uživatelů, kteří již odvykají, kolik času jim zabralo shánění látky, její aplikace, zotavení se atd., odpovídali, že prakticky všechen, však i u méně extrémních případů se jednalo řádově o desítky hodin týdně. To bývá problém po skončení léčby, protože tento čas je potřeba vhodně vyplnit, a to nejen prací, už s ohledem na regeneraci sil a udržování celkové odolnosti.

6.znak: Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků

Podmínkou u tohoto příznaku je, že pacient ví o škodlivých následcích při užívání návykové látky. Například u člověka, který si návykovou látkou poškozuje funkčnost jater, se nebude jednat o znak závislosti až do chvíle, kdy ho na tento fakt upozorní lékař. Jestliže bude pacient v návykovém chování pokračovat i přes to, že byl náležitě informován o svém zdravotním stavu, bude se jednat o znak závislosti. I u tohoto znaku závislosti je jasná souvislost s předchozími znaky.

Podle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM- IV) se diagnóza závislosti stanovuje takto:

Pacient by měl vykazovat alespoň tři ze sedmi uvedených příznaků v období 12 měsíců.

1. „Růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování)
2. Odvykací příznaky po vysazení látky
3. Přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu
4. Dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky
5. Trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků
6. Zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení
7. Pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky“⁵

⁵ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, s.22-23. ISBN 978-807-3679-088.

Uvedená kritéria mají velmi blízko ke kritériím Světové zdravotnické organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 10). A například body číslo 1., 2. a 7. DSM – IV jsou totožné se známkami MKN – 10.

1.2.Poruchy duševního zdraví v důsledku užívání drog

Závislost není jedinou poruchou duševního zdraví, kterou návykové látky vyvolávají. Karel Nešpor (2011) definoval další poruchy duševního zdraví vyvolané v důsledku užívání návykové látky.

Akutní intoxikace – Jsou patrné známky aplikace v blízké minulosti. Příznaky jsou shodné se známým účinkem látky a nelze je vysvětlit tělesným onemocněním nezávislým na užití látky.

Škodlivé užívání návykových látek – Dochází k tělesnému nebo duševnímu poškození v důsledku užívání návykové látky. Příznaky trvají nejméně jeden měsíc nebo se vyskytovaly opakovaně během dvanácti měsíců. Nejsou zde splněna kritéria jiné duševní poruchy nebo poruchy chování v souvislosti s užíváním návykových látek (kromě akutní intoxikace).

Závislost na návykových látkách – viz. dříve

Odvyskací syndrom – Nutnost nedávného vysazení či snížení dávky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání tak, aby byly příznaky shodné se známými známkami odvykacího syndromu.

Odvyskací syndrom s deliriem – Odvykací stav je zde komplikován deliriem, patří sem hlavně delirium tremens u závislých na alkoholu.

Psychotická porucha podmíněná psychotropními látkami – Začátek poruchy nastane během užívání nebo nejpozději dva dny po něm a psychotické známky přetrvávají déle než 48 hodin, ale kratší dobu než 6 měsíců.

Amnestický syndrom – Syndrom spojený s chronickým výrazným zhoršením krátkodobé paměti. Například se jedná o Korsakovovu psychózu, kdy jedinec nahrazuje výpadky paměti konfabulacemi, tudíž je problém hůře rozpoznatelný při povrchním kontaktu.

Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem – Začátek poruchy nastává během požívání látky nebo lze poruchu přičíst látce. U této diagnostické kategorie se lze setkat s psychotickou reminiscencí (tzv. flashback). Jedná se o opakování prožitků při užití návykové látky i přes to, že droga nebyla požitá. Flashbacky vymizí nejpozději do roka až dvou let při abstinenci.

1.3. Typy závislostí

Závislost se dělí na fyziologickou a patologickou závislost a potom na psychickou, fyzickou a sociální závislost. Rozdíl mezi fyziologickou a patologickou závislostí je popsán na internetové stránce <http://www.ostrovzl.cz/prevence/zavislost/>. Definici psychické a fyzické závislosti popisují podle Göhlerta a Kühna (2001).

Závislost fyziologická

Fyziologická závislost je stav, kdy jedinec potřebuje osobu, věc nebo činnost (nebo si myslí, že ji potřebuje) ke své existenci. Závislostí na osobě se rozumí obvykle závislost na její péči, lásce nebo přítomnosti: typicky za normálních okolností je například malé dítě závislé na svých rodičích. Lidé i jiné živočišné druhy jsou závislé např. na dostatku kvalitní potravy, vzduchu atd. Fyziologická závislost je tedy přirozená, normální závislost.

Závislost patologická

„Vznik závislosti je pravděpodobný u většiny látek nebo chování, které přímo způsobují intenzivní pocit úlevy a potěšení nebo zbavují bolesti. Pokud však tento přínos je spojen s výraznými škodami na zdraví nebo na společenských vztazích a člověk ztrácí schopnost přínosy a rizika racionálně zvažovat, jde o patologickou závislost.“⁶

Pro diagnózu patologické závislosti je potřeba, aby byly přítomny alespoň některé z těchto příznaků:

- Silná touha (tzv. craving) vůči předmětu závislosti.

⁶ Závislost. *Ostrov radosti* [online]. [cit. 2013-12-25]. Dostupné z: <http://www.ostrovzl.cz/prevence/zavislost/>

- Potíže se sebeovládáním zaměřené ve vztahu k předmětu závislosti, tj. například užívání látky i přes jasné vědomí o její škodlivosti (tělesné, duševní, společenské, finanční).
- Vytlačování a zanedbávání jiných potřeb a potěšení, např. přátel, koníčků, práce, apod.
- Zvyšování tolerance - tj. že osoba „snese“ čím dál větší množství a účinek je ve vztahu k množství čím dál menší, takže se zvyšuje potřeba.
- Abstinenční (odvykací) příznaky po změně rizikového chování (např. vysazení užívání návykových látek) a následný návrat k rizikovému chování (např. užívání návykových látek) k odstranění tělesných i psychických odvykacích příznaků.⁷

Závislost psychická

Psychická závislost vzniká určitým druhem „návykové paměti“, která se vytváří v mozku opakovaným požitím a funguje právě tak, jako když se člověk učí nazpaměť básničku. Chemické látky, které předávají informaci v mozku, vytvářejí „cestu“. Opakováním, se z malé cesty k transportu informací stává dálnice a každým užitím je lépe vybavena. Touha zažít znovu stav po požití návykové látky vede k častějšímu užívání a nakonec vede k psychické závislosti. Při tom si může být jedinec vědom, že tím ohrožuje své zdraví, život i sociální postavení. Tlak k pravidelnému užívání se označuje také jako psychická žádostivost – „craving“.

Závislost fyzická (tělesná)

Základem fyzické závislosti je fakt, že se biochemické hospodářství uživatele nastaví na substanci a po určité době může jedinec fungovat jen s drogou. Vytvořená „dálnice“ potřebuje substanci, protože v mozku je na ni vše již nastavené. Projevuje se tzv. fenomén tolerance. V případě, že substance chybí, zhroutlí se biochemické hospodářství a dochází k abstinčním příznakům. Jelikož se zvyšuje tolerance, uživatel si musí dodávat stále více návykové látky, aby dosáhl stejného účinku. Při absolutní nebo relativní abstinenci dochází k mučivým abstinčním příznakům.

⁷ Závislost. *Ostrov radosti* [online]. [cit. 2013-12-25]. Dostupné z: <http://www.ostrovzl.cz/prevence/zavislost/>

Závislost sociální

Závislost sociální je založena na tom, že jedinec opakovaně užívá návykovou látku jen v určitém prostředí a společnosti. Příkladem jsou tzv. „sváteční“ kuřáci, kteří běžně nekouří, ale jakmile se ocitnou v prostředí (restaurace, kavárna,...) a kolektivu, který mu evokuje chuť na cigaretu, neváhá a „šáhne po ní“. Proto se nejedná o závislost psychickou ani fyzickou, protože člověk danou látku či činnost nepotřebuje ke každodennímu životu.

2. Alkohol a alkoholismus

2.1. Alkohol v dějinách

Tématu alkohol v dějinách se ve svém díle věnují Göhlert a Kühn (2001) a Janík a Dušek (1990).

Z historie se po tisíciletí dozvídáme, že lidé měli vždy touhu a potřebu překračovat meze, získat nové zážitky, nové extáze. Z toho se dá usoudit, že člověk měl odjakživa zájem na tom, aby si měl čím ulehčit a zkrášlit svoje žití, aby z nevlídné reality mohl občas uniknout do třpytného světa snů a fantazie. K tomu využíval vlastností určitých rostlin i uměle získaných substancí, které se naučil v průběhu tisíciletí vyrábět. Alkohol a jiné návykové látky byly prokazatelně konzumovány již v kulturách mladší doby kamenné. Příslušníci různých náboženství věřili, že látky, díky kterým mají uživatelé povznesenou náladu a zapomnění nebo navozují různé extatické stavy, jsou darem bohů. Nápoje podobné vínu z datlí, fiků a medu se vyrábějí už alespoň 10 000 let a víno z hroznů alespoň 5 000 let. Zhruba ze stejné doby pochází egyptský papyrus s popisem pivovaru. Některé substance, například víno, se užívaly během náboženských obřadů, všechny se používaly v léčitelství, některé byly konzumovány jako dovolené pochutiny. Dějiny alkoholu jsou bohaté. Ve střední Evropě v 16. století bylo pití velikým problémem ve všech vrstvách, že byly opakovaně vydávány císařské výnosy, ale bez jakéhokoliv efektu. V USA se v polovině 19. století pilo nadměrné množství kořalky a tak došlo ve dvacátých až třicátých letech 20. století k úplnému zákazu alkoholu, prohibici. Ve Švédsku bylo v roce 1892 nařízeno vyučovat o alkoholu a jeho účincích a nebezpečích. Podobná nařízení byla vydána například i v Německu v roce 1905.

„Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována jako **alkoholismus**. Tento termín poprvé použil švédský lékař *Magnuss Huss*, a to v roce 1849. Alkohol začal být chápán jako medicínský problém až o sto let později (WHO v roce 1951).“⁸

⁸ Alkoholismus. *Vitalion: Lepší informace, lepší zdraví*. [online]. 2012 [cit. 2014-01-31]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/alkoholismus/>

2.2. Alkohol a alkoholismus dnes

Alkoholismu se ve svých dílech věnují profesor psychiatrie Alojz Janík a spisovatel Karel Dušek (2001), Göhlert a Kühn (2011), Kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007), neurolog MUDr. Zbyněk Mlčoch na svých odborně vedených internetových stránkách zaměřených výhradně na alkoholismus a další.

Evropa je největším výrobcem i spotřebitelem alkoholu. Alkoholismem se nedá nazvat každé požívání alkoholu. O alkoholismu se dá hovořit ve chvíli, když závislost na alkoholu dosáhne takového stupně, že škodí jedinci, společnosti nebo oběma.

Alkohol se zdá být méně nebezpečnou látkou, než doopravdy je. Je to hlavně z toho důvodu, že je obecně tolerován, ač je jeho užívání omezeno, je dostupný většině populace. Alkohol má ve společnosti své pevné místo a nelze ho jednoduše vykrátit. Co se týká návykového potenciálu a rizik užívání alkoholu, pohybuje se v rovině tvrdých drog a je o to nebezpečnější, že je právě tolerován společností.

MUDr. Zbyněk Mlčoch (2009) na svých internetových stránkách uvádí, že závislími na alkoholu jsou v České Republice desítky tisíc lidí. „Problém“ s alkoholem má dle statistik v ČR 25% mužů a 10% žen. Statistiky z března roku 2010 vedené MUDr. Csémyim ukazují, že je v ČR zhruba 550 tisíc lidí závislých na alkoholu (4x více než se doposud předpokládalo). Alarmující je i velmi rozšířené pití dětí do 18 let.

„Z medicínského hlediska se používá termín *úzus*, kdy se jedná o požívání alkoholu při různých společenských událostech nebo jako doplněk jídla. Alkohol je požíván v takových dávkách, které nemají podstatnější vliv na psychickou nebo fyzickou činnost člověka. Jde o pití alkoholu v takovém množství a v takových časových odstupech, že se nevytváří závislost. Dalším stupněm je *abúzus*, kdy se jedná o zneužívání či nadměrné užívání nebo užívání alkoholu v nevhodnou dobu a v nevhodném množství. Ale v tomto případě se vždy nemusí vytvářet závislost na alkoholu. Může jít sice o časté pití alkoholu, ale v menších dávkách, takže nedochází k opilosti ani podnapilosti. Obdobným termínem je *misúzus*, ale ten se spíše používá v souvislosti se zneužíváním jiných drog než alkoholu. Jestliže je alkohol zneužíván v nadměrném množství a pravidelně, dochází po různé dlouhé době k vytvoření závislosti.“⁹

⁹ JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK. *Drogy a společnost: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990, s. 58-59. Život a zdraví. ISBN 80-201-0087-3.

V alkoholu jsou spojeny čtyři vlastnosti, které se jinak nesetkávají. Alkohol uvolňuje, uklidňuje, povzbuzuje náladu, podporuje komunikaci, a další. Akutní působení alkoholu se obvykle projevuje prostou opilostí. Počátečním projevem je euforie – uvolněná a povznesená nálada, zvýšená aktivita. Ne vždy je počáteční fáze stejná, někteří jedinci i po lehkém napití alkoholu upadají do depresivní nálady. V dalším průběhu se snižuje kritičnost, zvyšuje se sklon k navazování známostí, nadměrná sdílnost, zvyšuje se sebejistota, podnikají se závažné kroky nebo rozhodnutí apod. Později se intoxikace prohlubuje a bývá zde typické střídání nálad a jindy i agresivita. Pokud mluvíme o komplikované opilosti, vznikají někdy tzv. „alkoholová okénka“ (palimpsesty). Akutní otrava alkoholem může v krajních případech končit smrtelně. Jiným projevem akutní intoxikace alkoholem je patická opilost. Jde o patologickou reakci organismu u lidí již nějak psychicky narušených. Charakteristický je mráкотný stav s náhlým začátkem i koncem s následnou ztrátou paměti (krátkodobé). Alkoholová intoxikace se dá rozdělit na tři stádia: Lehká opilost při asi 0,6 – 1,5 promile, opilost středního stupně 1,5 – 2,5 promile a těžká opilost, resp. otrava alkoholem nad 2,5 promile.

Užívání alkoholu způsobuje společnosti značné výdaje ve ztrátě produktivity, nákladech na zdraví, sociální zabezpečení, dopravu a orgány činné v trestním řízení.

- Zátěž pro systémy zdravotní péče: úmrtí, akutní přijetí do nemocnice, zdravotní problémy (zvýšený krevní tlak, cirhóza jater, ...)
- Alkohol figuruje při více než jedné třetině dopravních nehod a úmrtí v důsledku těchto havárií a také se významně podílí na úrazech v domácnosti, při rekreaci a v pracovním procesu.
- Užívání alkoholu je součástí značné části problémů s veřejným pořádkem včetně kriminálních činů, zabití a násilí.
- Užívání alkoholu je jednou z hlavních příčin rozpadu rodiny, domácího násilí a zneužívání dětí, a proto silně zatěžuje systém sociální péče.
- Alkohol snižuje produktivitu práce v důsledku absencí, nehod a sníženého pracovního výkonu.
- Pití alkoholu je spojeno s užíváním jiných látek a synergicky s dalšími rizikovými faktory vede ke zvýšení nemocnosti a úmrtnosti.¹⁰

¹⁰ SOVINOVÁ, Hana, Ladislav CSÉMY a Karel NEŠPOR. *Komunitní přístupy k řešení problémů s alkoholem*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. s. 7-8.

Alkohol má vlastnosti drogy, na níž vzniká závislost se všemi jejími charakteristickými projevy. V prvním období se vytvoří psychická závislost, postupně také závislost somatická. Tolerance na alkohol má v prvních obdobích vzestupnou tendenci, která se postupně snižuje.

2.3.Fáze alkoholismu

Jak uvádí Janík a Dušek (2001) kanadský alkohololog Jellinek zavedl rozdělení alkoholismu na čtyři fáze.

1. *„Počáteční fáze alkoholismu* se projevuje tím, že požívání alkoholu má společenský motiv. Pití přináší úlevu, euforii, schopnost společenských kontaktů. Zpočátku je pití jen příležitostné, postupně častější a pravidelnější. Většinou nedochází k opilosti, ale jen k opojenosti, kdy člověk zapomíná na starosti. V tomto období se vytváří psychická závislost, zvyšuje se tolerance.
2. *Prodromální (varovná) fáze alkoholismu.* V tomto období se začíná stále výrazněji projevovat vazba na alkohol jako drogu. Vzniká pocit potřeby alkoholu bez ohledu na druh nápoje. Opilost se stává běžnou a někdy se objevují tzv. „okénka“. Je plně rozvinutá psychická závislost a začíná se vytvářet somatická závislost. Nadále se zvyšuje tolerance.
3. *Krucialní (rozhodující) fáze alkoholismu.* Dochází ke ztrátě kontroly, jedinec své pití racionalizuje, hledá vysvětlení, ovšem mimo sebe. Vytváří se složitý systém alibismu, který jedinci dovoluje v pití pokračovat. Je vytvořena jak psychická, tak somatická závislost. Tolerance se z počátku ještě zvyšuje, ale postupně začne docházet k jejímu snižování. Při vynechání alkoholu se dostavují abstinenci příznaky nebo abstinenci syndrom. Alkoholik už není schopen zvládnout svoji závislost sám a potřebuje odbornou pomoc, ať ve formě ambulantní či ústavní léčby.
4. *Terminální (konečná) fáze alkoholismu* se vyznačuje soustavným požíváním alkoholických nápojů v kteroukoliv denní dobu. Snižuje se kritičnost, jedinec pije cokoliv, jen aby uspokojil svou potřebu drogy. Fyzicky i psychicky chátrá, objevují se různé psychické poruchy, mění se osobnost jedince, dochází k jeho

deprivaci. Tolerance se výrazně snižuje, k opití stačí jen malé dávky alkoholu.¹¹

Göhler a Kühn (2001) uvádí, že v lékařství se rozlišuje pět typů stádií, resp. fází alkoholové závislosti.

1. *Typ alfa* se vyznačuje dočasnou psychickou závislostí bez ztráty kontroly, bez neschopnosti abstinence a bez známek zesíleného pití. Občas může docházet k lehkým rodinným a sociálním konfliktům.
2. *Typ beta* se vyznačuje nadměrným, nikoli pravidelným konzumem alkoholu. Dochází k fyzickým komplikacím, jako například gastritidě, cirhóze jater atd.
3. *Typ gama* je podskupinou alkoholismu. Důležitým znakem je již zjevná ztráta kontroly nad užívání látky. Tato ztráta začíná rychle a je spojená s psychickou závislostí. Avšak u tohoto typu není problém s abstinencí. I přes to se zvyšuje tolerance.
4. *Typ delta* se od typu gama liší výskytem ztráty abstinence. Avšak je stále zachována kontrola nad konzumováním látky, tudíž nedochází k nadměrnému pití s těžkými intoxikacemi.
5. *Typ epsilon* je velmi vzácný. Dochází k vícedenním pijáckým excesům a to periodicky každých pár měsíců. Ty jsou spojeny se ztrátou kontroly a jsou občas spojeny se stavy rozladění.

Při klasifikaci je třeba brát ohled na to, že se typy překrývají. Tak se typ alfa považuje za předstupeň typu gama a typ beta jako předstupeň typu delta. Oba typy ale mohou existovat izolovaně. Alkoholová závislost v užším slova smyslu znamená typ gama nebo typ delta, které se vyskytují nejčastěji.

2.4.Léčba alkoholismu

Informace o léčbě alkoholismu jsou podrobně zpracované na internetových stránkách Psychiatrické léčebny Bohnice, na internetových stránkách MUDr. Mičocha alkoholik.cz, na internetových stránkách Laxus o.s. a v literatuře Göhlert a Kühn (2001), Nešpor (2011) a jiní.

¹¹ JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK. *Drogy a společnost: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990, s. 62-64. Život a zdraví. ISBN 80-201-0087-3.

Léčbu alkoholismu lidé podstupují ve dvou případech. První je dobrovolný (z dobrovolného rozhodnutí pacienta) nebo na základě rozhodnutí soudu (tzv. detence). Problém je ten, že spousta alkoholiků se za svou závislost stydí a tak odbornou pomoc nevyhledává. Tím sobě i svému okolí prodlužuje trápení a problémy. Další problém je ten, že lidé nejsou dostatečně informováni, co taková léčba obnáší a bojí se.

V České Republice existuje poměrně široký systém nabídek pomoci. Jde o síť poraden, ambulantně pracující terapeutky i zařízení s možností stacionární odvykací léčby a dlouhodobé terapie. Pojem terapie je v pomoci závislým způsobem léčení závislých pacientů.

Z hlediska celospolečenského jsou nejdůležitější postupy, kdy se pomůže co největšímu počtu lidí s využitím relativně malých nákladů a s malými nároky na čas odborníků. V tomto případě se jedná o svépomocné organizace typu Anonymních alkoholiků, socioterapeutický klub, práce s velkou skupinou (hromadná terapie), svépomocné příručky (doplňk k odborné péči) i časná a krátká intervence. V léčbě se využívá terapie nebo poradenství v protialkoholních léčebnách nebo na psychiatrických klinikách a dále v poradnách. Léčba může být ambulantní (v naprostých počátcích závislosti nebo po léčbě v protialkoholní léčebně) nebo stálá při hospitalizaci. Trvá asi 3 měsíce. Problémem však je, že se na protialkoholní léčbu čeká dlouho. Pokud se tedy alkoholik rozhodne jít se léčit, do doby než nastoupí (několik měsíců) si to většinou již dávno rozmyslí a alkohol mu "vyhovuje." Po protialkoholním léčení při hospitalizaci je nutná striktní doživotní abstinence, jinak je vysoká pravděpodobnost exacerbace (znovu vypuknutí) alkoholismu. Při léčbě se využívají různé způsoby odvedení pozornosti - např. pracovní terapie, arteterapie, psychoterapie, atd.

Jak by se mohlo zdát, terapie není „procházka růžovým sadem“. Člověk se musí odpoutat od svých zvyklostí, vše musí zahodit. Konflikty musí řešit konkrétně, nepoužít staré pohodlné „rychlé řešení“. Také jsou jedinci stále vysvětlovány a ukazovány všechny chyby, které přes den udělá. Problémem je, že se lidé terapie bojí v důsledku informací z médií apod. o zneužívání pacientů a pacientek. Dalším těžkým místem je určitý krok do neznáma. „Co se stane, když se vrátím změněný? Jak mě přijme mé okolí?“ a podobně.

Po druhé světové válce došlo k rozvoji v léčbě alkoholismu. Jednalo se o podávání léků, které vyvolávaly v kombinaci s alkoholem různé „zdravotní“ problémy. Nejznámějšími léky jsou *apomorfín*, *disulfiran* apod. Apomorfín v kombinaci s alkoholem vyvolává zvracení. Opakovaným podáváním léku a alkoholu se u jedince vypěstuje

podmíněný reflex, takže dochází ke zvracení po požití alkoholu i bez předchozího podání léku. Na podobném principu fungují i ostatní medikamenty tohoto typu.

Podle Nešpora (2011) v USA vznikaly terapeutické komunity pro závislé na návykových látkách po druhé světové válce. Ty nejspíše vycházely ze zkušeností Anonymních alkoholiků. Jsou zde podobné rysy s klasickými terapeutickými komunitami, jako například aktivní podíl pacientů na léčení, vytvoření dobré komunikace na všech úrovních, podíl na rozhodování, kolektivnost a využívání sociálního učení. Známý švýcarský psychoterapeut C.G.Jung byl přesvědčen, že jednou z příčin závislosti je nenaplnění duchovních potřeb. Proto doporučil svému známému Billovi Wilsonovi, neúspěšně léčenému pro závislost na alkoholu, účast v Oxfordských kroužcích, kde účastníci vedli duchovně orientované diskuze. Organizace Anonymních alkoholiků vznikla v roce 1935, dlouho před tím, než se objevily první terapeutické komunity. Po vzoru Anonymních alkoholiků vznikla spousta dalších organizací, jako například Alateen, Al-Anon a další. Při léčbě se uplatňuje program 12 kroků.

1. „Přiznali jsme svoji bezmocnost vůči alkoholu – naše životy začaly být neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše nás může vrátit duševnímu zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho chápeme.
4. Provedli jsme důkladné a nebojácné sebezpytování, inventuru sebe samých.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela svolní s tím, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.
9. Rozhodli jsme se provádět tyto nápravy ve všech případech, kdy to situace dovolí, s výjimkou těch situací, kdy by takové počínání druhým ublížilo.
10. Pokračovali jsme v provádění morální inventury, a když jsme pochybili, pohotově jsme to přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostávalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.

12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili, snažili jsme se předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech.¹²

Na začátku každé léčby probíhá vždy detoxifikace. „Detoxifikace znamená léčení odvykacího syndromu neboli abstinčních příznaků spojených s přerušением užívání návykové látky. Na oddělení 1 provádíme detoxifikaci nekomplikovaných odvykacích stavů (nejsou ohroženy vitální funkce organismu). Hlavním cílem detoxifikace je stabilizace pacienta po stránce tělesné a psychické a příprava na nástup na ústavní odvykací léčbu nebo do terapeutické komunity... V případě odvykacího stavu na alkoholu podáváme benzodiazepiny, což jsou látky se zkříženou tolerancí k alkoholu. Už během detoxifikace se snažíme pacienty zapojit do programu na oddělení, pacienti se účastní psychoterapeutických skupin, mají možnost přímé podpory od terapeuta, jsou motivováni k následné léčbě. Během detoxifikace nemají pacienti možnost návštěv, jsou omezeni v komunikaci s okolím, mohou přijímat poštu a telefonáty, sami mohou pouze posílat dopisy. Délka detoxifikace zpravidla nepřesahuje 14 dnů. Je nutné si uvědomit, že samotná detoxifikace nepředstavuje konec závislosti jako takové a je třeba ji chápat jen jako počátek léčebného procesu. Kromě fyzické závislosti (projevující se právě odvykacím stavem) se vyskytuje i závislost psychická, která bez léčby zpravidla vede k recidivě návykového chování.“¹³

Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je na internetových stránkách laxus.cz popsána jako léčebný program pro uživatele návykových látek, kdy klient zůstává ve svém přirozeném prostředí. Ta má ty výhody, že mohou fungovat v běžném životě - např. chodit do práce a starat se o rodinu. Klient dochází v pravidelných intervalech na konzultace. Cíle jsou domlouvány individuálně s klientem. Další výhodou je, že nedochází k adaptačním komplikacím spojeným se změnou prostředí (po výstupu z pobytové léčby). Ambulantní léčba může být obtížnější, pokud je klientovo přirozené prostředí plné patogenů – alkohol či lidé konzumující alkohol – při každodenním styku s okolím. Program je určen pro klienty užívající návykové látky, klienty usilující o abstinenci a změnu životního stylu, klienty od

¹² NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, s.103-106. ISBN 978-807-3679-088.

¹³ Detoxifikace. *Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod* [online]. 25.1.2013 [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/detoxifikace>

17 let. Rozhodující pro přijetí do programu a jeho úspěšné absolvování je dobrovolnost a ochota klienta měnit sebe i svůj životní styl. Výhodou je i spolupráce rodinných příslušníků – jejich účast v programu je domlouvána společně s klientem, dle možností a zájmu obou stran. Pokud nemá klient kontakty s rodinou, může být cílem léčby znovuzkontaktování s nimi a následná pomoc z jejich strany. Délka ambulantní léčby je minimálně 6 měsíců a nejdéle 1 rok. Během první poloviny (např. 3 měsíce) jsou sezení jednou týdně. V druhé polovině jsou sezení jednou za 14 dní nebo i méně. To se odvíjí podle toho, jak se klientovi daří dosahovat stanovených cílů. Léčba probíhá formou individuálních sezení – konzultací, které trvají 45 – 60 minut. Celým léčebným procesem provádí klienta poradce.

„Na počátku by se měl navázat vztah s dostatkem důvěry mezi terapeutem a pacientem. Později může pacient docházet i do skupinové terapie.“¹⁴

„V rámci první konzultace je mapována situace a zakázka klienta - to, s čím přichází. Dále klient obdrží informace o programu a společně s poradcem se domluví na dalším průběhu setkávání. Tzn.: klient se rozhoduje pro vstup do ambulantního programu nebo dostává možnost využít programu jiného (v rámci Ambulantního centra či jiného zařízení). Je domlouvána doba trvání programu a frekvence schůzek. Následně nastává období (cca do 5 konzultací), kdy klient společně s poradcem pojmenovává cíle a témata léčby, to, k čemu chce v jejím průběhu směřovat. Po uzavření kontraktu, nastává období vlastních intervencí, zaměřených na řešení aktuálních situací klienta, jeho problémů, překážek v dosahování vytyčených cílů, v aktuálních tématech či tématech a cílech dlouhodobých.“¹⁵

Ambulantní centra nabízejí: individuální poradenství, prevenci relapsu, právní, sociálně-právní a pracovní poradenství, rodinné poradenství i farmakoterapii. V průběhu léčby klient zpracovává tzv. individuální plán péče, ve kterém směřuje k naplňování krátkodobých cílů, které si stanovuje na začátku léčby, průběžně dochází k zhodnocování a reflektování situace, zhodnocování naplňování jeho cílů a dle toho se vývoj léčebného procesu mění. Témata, cíle léčby jsou vytvářena společně s klientem. Tato témata bývají: udržování abstinence a komplikace s tím spojené, definování rizikových situací a jejich

¹⁴ GÖHLERT, Fr a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2001, s. 107. Z pohledu lékaře. ISBN 80-720-2950-9.

¹⁵ Laxus o.s. *Ambulantní léčba* [online]. 2006 [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://www.laxus.cz/index.php?page=>

zvládání, hledání vhodného zaměstnání, bydlení, volnočasové aktivity, dluhy, vztahová témata - v rámci rodiny, partnerských a přátelských vztahů apod., osobní témata – důvěra, hodnoty, otázky týkající se smyslu života apod.

Ambulantní léčba končí dosažením stanovených cílů či uplynutím stanoveného času. Léčba může být ukončena i ze strany zařízení pro nespolupráci (klient nedochází na domluvené konzultace) nebo pro neplnění základních dohodnutých pravidel. Klient může léčbu na základě svého rozhodnutí kdykoliv ukončit. Případné relapsy či neplnění pravidel kontraktu je předmětem konzultací, nemusí ihned znamenat vyloučení z programu.

Ústavní léčba

Na internetových stránkách Psychiatrické léčebny Havlíčkův Brod a v literatuře Göhlert a Kühn (2001) se uvádí, že ústavní léčbu nabízí množství zařízení v ČR. Všechna zařízení nabízejí velice obdobný program. Ústavní léčba je vhodná pro jedince, kteří ambulantní léčbu nezvládají, špatně spolupracují a opakovaně porušují abstinenci. Výhodou je možnost nepřetržité odborné péče. Ve většině zařízení je doba léčby pevně stanovena, nejčastěji na 3 měsíce. Ovšem někde může být doba léčby upravena v závislosti na zdravotním, tělesném i psychickém stavu pacienta a na jeho životní situaci. Může být i formou krátkodobého pobytu, například 10 dní k překonání odvykacích potíží a zlepšení fyzického stavu (tzv. detoxikační pobyt).

Některá zařízení nabízí 2 typy léčebných pobytů lišících se časovými nároky a intenzitou intervence.

Jedním typem je *Stabilizační pobyt*. „Stabilizační pobyt navazuje na detoxifikaci a je určen pro pacienty, kteří nemají zájem o nástup na střednědobou ústavní odvykací léčbu nebo je pro ně z časového hlediska příliš dlouhá (pracovní, rodinné důvody), přičemž by rádi alespoň krátkodobý program absolvovali. Délka tohoto pobytu je maximálně 6 týdnů. Stabilizační pobyt není protialkoholní léčbou v pravém slova smyslu ani ji nenahrazuje, délka pobytu je zpravidla příliš krátká na to, aby mohlo být dosaženo trvalejších změn v chování závislého člověka. Proto, pokud má být cílem pobytu trvalá abstinence, doporučujeme absolvovat střednědobou léčbu. Cílem stabilizačního pobytu je především zprostředkování informací o závislosti a o možnostech léčby, vytváření náhledu na návykový problém, podpora motivace ke změně, přijetí zodpovědnosti za své chování. Stabilizační pobyt je určen pro pacienty, muže i ženy se závislostí na alkoholu nebo jiných

nealkoholových drogách a patologické hráče. Na oddělení pracuje s pacienty tým tvořený lékaři, psychologem, sociální pracovníci a zdravotníky specialisty. Vedle práce s návykovým problémem se zaměřujeme i na léčbu přidružených psychiatrických a somatických poruch, nabízíme pomoc při řešení sociálních problémů. Léčba probíhá na uzavřeném oddělení, návštěvy jsou omezeny na víkendy, možnost telefonovat a chodit samostatně na vycházky je až v poslední třetině pobytu, je kladen důraz na bezpečné bezdrogové prostředí, pacienti jsou pravidelně kontrolováni a pomocí altestu event. testováni na přítomnost drog. Léčba je typem režimová, komunitní, na oddělení se pacienti účastní např. ranních komunit, motivačních psychoterapeutických skupin, píše deník, účastní se tematických přednášek, chodí do pracovní terapie, sportují, chodí na vycházky do okolní přírody.“¹⁶

Druhým typem je *Střednědobá léčba*. „Léčba u nás trvá minimálně 13 týdnů. Jste v chráněném a bezpečném prostředí, kde nemáte přístup k návykovým látkám ani k rizikovým místům. Jste určitým způsobem omezeni ve volném pohybu, je to však nutné k Vašemu uzdravení. Po přijetí máte 3 dny na adaptaci, kdy se seznamujete s lidmi v komunitě, s programem. Poté jste oficiálně přijímáni za člena komunity a podepisujete, že se chcete léčit a za jakých podmínek. Léčba je rozdělena do stupňů. Nejprve se zaměřujete na sebe, na svou minulost. Poznáváte své problémy, své chování v určitých situacích a hledáte možnosti, jak změnit to, co vám škodí. V průběhu léčby se soustředíte na to, co se děje „tady a teď“, řešíte problémy a učíte se novým způsobům jednání. Koncem léčby si ujasňujete svou budoucnost, co budete dělat, kde budete žít, kde se budete doléčovat apod. Rámecem celé léčby je režimová léčba. Podstata tkví v tom, že jsou dána určitá pravidla, která je nutné dodržovat. Jejich dodržování Vás vede k zodpovědnosti, můžete poznat své reakce ve stresových situacích a event. své chování měnit. Významnou částí léčby je skupinová psychoterapie. Na skupině můžete hovořit o sobě, o svém životě, o svých problémech, reagovat na to, co říkají druzí a tím si ujasňovat své postoje. Jste členy tzv. komunity, to znamená, že jste součástí určité skupiny lidí, která má za cíl léčbu – změnu svého životního stylu – a která si v potřebných změnách navzájem pomáhá. Každý den píšete zápisy do deníků, tím si ujasňujete své myšlenky, komunikujete se svým terapeutem. Důležitou součástí programu je relaxační cvičení, které Vám může dát návod, jak pracovat se svým vnitřním napětím. Terapeutické aktivity, jako zdravotní přednášky,

¹⁶ Stabilizační pobyt. *Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod* [online]. [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/stabilizacni-pobyt>

tematické skupiny, Vám pomáhají získat lepší náhled na svou závislost, poskytují Vám více informací, které mohou být ve Vašem dalším životě v abstinenci prospěšné. Pracovní terapie si klade za cíle např. aktivizaci, učení se novým dovednostem, strukturovat si čas apod.“¹⁷

Některé prvky léčebných programů:

- Psychoterapie individuální, skupinová (detailní rozbor ve skupině, proč, kolik, jak dlouho, co mu to způsobovalo v normálním životě, komu tím ublížil, atd.), komunitní, partnerská, rodinná (zapojujeme i děti)
- Nácvik sociálních a jiných relevantních dovedností
- Odborné přednášky
- Pracovní terapie, práce s motivací
- Farmakoterapie
- Psaní deníku (pocity, názory)
- Relaxační techniky, jóga a další nefarmakologické způsoby zvládnání stresu a úzkosti
- Pevný režim s důrazem na důsledné dodržování stanovených pravidel a povinností
- Návštěva klubů, komunit (Anonymní alkoholici, Klub usilující o střízlivost,...)

Janík a Dušek (1990) uvádí, že pacient si během léčby vytváří nový systém hodnot, nové sociální vztahy (i obnovené) a návyky. Dochází k psychické i fyzické rehabilitaci jedince. Úspěšnost léčby alkoholiků závisí nejen na léčbě samé, ale na vzájemné spolupráci jak léčených, tak zdravotníků a okolí léčeného (rodiny, spoluzaměstnanců). U dobrovolně léčených s dobrou spoluprací a dobrým zázemím jsou pochopitelně výsledky léčby lepší.

¹⁷ Střednědobá odvykávací léčba, dříve nazývaná protialkoholní léčba. *Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod* [online]. [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/strednedoba-odvykaci-lecba-drive-nazyvana-protialkoholni-lecba>

3. Drogy a drogové závislosti

3.1. Drogy v dějinách

Historický pohled na drogy nám nabízí spousta autorů. Toto téma je přehledně rozepsané na internetové stránce antidrog.webzdarma.cz a drogy1.webnode.cz. Drogy provázejí lidstvo po tisíciletí. Narkotika jsou stará jako lidstvo samo. Dříve se drogy užívaly k léčebným a duchovním účelům anebo pro radost, útěchu a povzbuzení. Každá kultura měla svou drogu. Ta bývala běžnou součástí legend, mýtů, tradic. Ovšem ve většině případů nevyvolávala žádné nepřijatelné důsledky, byla součástí dané kultury. Droga měla svou jasně vymezenou úlohu (např. jihoameričtí Indiáni žvýkali koku, aby přežili určitá období svého života, opium bylo součástí meditací čínských filozofů a učenců, halucinogeny hrály významnou úlohu v rituálních obřadech většiny kultur). Vědělo se také, jak regulovat její nadměrné užívání. Droga tolerovaná danou kulturou či společenstvím se prakticky nedostala za její hranice.

Z 15. a 16. století se dochovaly doklady o přípravách čarodějnických nápojů a mastí v Čechách. S cílem dosáhnout psychických i fyzických požitků se omamné látky začaly více využívat v 17. století. V polovině 19. století u nás byl na vzestupu společenský fenomén derivát opia – morfin. 20. století je ještě ve znamení „Morfeova přípravku“, nicméně následující období zaznamenalo prudký rozvoj „moderních forem“.

O situaci u nás se zmiňují Janík a Dušek (1990) v kapitole „Jak to bylo u nás“. Nejprve se bojovalo proti alkoholismu a tak vznikl Zákon č. 120/1962 Sb. o boji proti alkoholismu. Později se ale ukázalo, že je potřeba společnost bránit nejen před alkoholismem, ale i jinými toxikomaniemi a kouřením. Problém byl ten, že postih mnoha toxikomanů nebyl možný. Současně s tím, jak se u nás po roce 1970 začaly zvyšovat počty nealkoholových toxikomanů, se došlo k závěru, že bude nutné připravit novelizaci zákona č. 120/1962 Sb. Ukázala se potřeba řešit otázku závislostí komplexně. Nakonec bylo rozhodnuto, že novelizace není dostatečná a tak začal vznikat nový zákon, který měl chránit společnost před alkoholismem, jinými toxikomaniemi a kouřením. Práce na první verzi zákona začaly v roce 1972. Jeho zásady byly ministerstvem zdravotnictví připraveny a schváleny vládami obou republik v roce 1975. Po schválení vládami byl zákon vrácen s celou řadou připomínek. Vzhledem k tomu, že příjmy, které plynuly z výroby alkoholových nápojů a tabákových výrobků byly určující, se škodami, které toxikomanie a alkoholismus nikdo nekalkuloval, pracovalo se na zákoně jen „jakoby“. Parafované znění

zákonu bylo schváleno oběma vládami republik v roce 1980. Ale zákon skončil opět v „šuplíku“ a nic se nedělo. V roce 1985 se začalo na zákoně intenzivně pracovat podle vzoru Sovětského svazu, kde začala kampaň proti zneužívání alkoholu a opilství. Za rozhodující je rok 1988, kdy dalo předsednictvo ÚV KSČ souhlas k jeho schválení. Tak byl zákon po několika letech přípravy schválen v roce 1989 ČNR (zákon č. 37/1989 Sb.) a SNR (zákon č. 48/1989 Sb.) pod názvem „Zákon o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi“. V platnost vstoupil v témže roce.

3.2. Drogy a drogové závislosti dnes

„Drogu zkusí spousta lidí a nepropadnou jí. Je pořád ještě většina těch, kteří zkusí perník, vykouří si jointa a už se k tomu nikdy nevrátí. Řeknou si, že to byla zkušenost, ale oni v tom dál nepojedou. Toxikomanem se nikdo nestane po první dávce.“¹⁸

„Jestli se drogy užívají perorálně, inhalací, insuflací, nebo intravenózně, dostanou se do cirkulačního systému a jsou distribuovány do různých částí těla, včetně centrálního nervového systému, kde mohou vyvolat různé reakce, jako je nevolnost, ztráta paměti, euforie a halucinace.“¹⁹

„Po celém světě člověk mění své způsoby myšlení a cítění užíváním drog ovlivňujících mysl na více než stovky různých variant. Někteří lidé jsou „hledáči potěšení“, kteří chtějí jenom vzrušení, nakopnutí, show, která změní jejich vnímání a zvýší jejich povědomí na krátkou dobu. Někteří uživatelé drog jsou na tom tak špatně, že nemůžou čelit životu bez berličky. V této skupině jsou mladí a staří, bohatí a chudí, zemědělci a průmyslníci“...“Zástupce pro štěstí získané užíváním drog ovlivňujících mysl je součástí života americké ženy v domácnosti, která polyká amfetamin kvůli dietě a sedativa pro zmírnění úzkosti. Drogy ovlivňující mysl jsou součástí života chudého muže v Indii, který kouří svoji opiovou dýmku a pracovníka v Hongkongu, který „chytá draka“ s výpary ze směsi drog zahříváných na kusulobalu.“²⁰

¹⁸ RETTOVÁ, Vlasta. *Droga účty neskládá*. Ostrava: Montanex, 1998. ISBN 80-722-5001-9.

¹⁹ ADAMOVIČS, John A. *Analysis of addictive and misused drugs: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. 1. vyd. Praha: M. Dekker, c1995, s.8-9, obr. Rádci pro zdraví. ISBN 08-247-9238-6.

²⁰ HYDE, Margaret O. *Mind Drugs*. USA: MCGRAW-HILL BOOK COMPANY, 1968, s. 9.

„Přirozenou touhou lidstva je snaha překonávat staré a vytvářet nové. Ve sportu převládá úsilí dosahovat lepší výkony, zlepšovat rekordy, vítězit v závodech.“²¹ To je jedním z podnětů pro vznik závislosti. Jak uvádí Janík a Dušek (1990), nejprve se při sportu zneužívaly látky, které člověka povzbuzovaly. To byl například amfetamin, efedrin a další psychostimulancia. Tyto léky se uchytily převážně mezi závodníky cyklistiky. Ale to není problémem dneška. Drogy se při sportu používaly už v antickém Řecku, zvláště mezi zápasníky. Termín užívání drog ve spojitosti se sportem je označován doping. Avšak není jen problémem sportovců, ale můžeme se s ním setkat i mezi herci či jinými umělci. Většina populace se domnívá, že tyto drogy zvyšují výkonnost a dál už nic. Opak je ale pravdou. Většina dopingových látek sice vydráždí prostřednictvím centrální nervové soustavy některé funkce organismu, takže vybičuje tělesnou sílu, povzbudí oběh a zastírá pocit únavy, ale zároveň dochází k vyčerpávání výkonnostních rezerv, vysilování a následnému trvalému snižování výkonnosti.

V roce 1963 vznikla tzv. Strasbourská definice dopingu, která říká: „doping je poskytnutí nebo použití jakýchkoli látek cizích lidskému tělu nebo fyziologických látek v nadměrném množství zdravými osobami za účelem dosažení umělého a nečestného zvýšení výkonu při sportovních soutěžích“. Tím začaly rozsáhlé protiakce proti dopingu, kde bylo Československo mezi prvními státy, které se zapojily. Československý svaz tělesné výchovy zpřesnil v roce 1971 definici dopingu takto: “doping je podání látky (která je tělu cizí) zdravému jedinci jakýmkoli způsobem, případně její použití jednotlivcem k dosažení aktuálního zvýšení výkonnosti během sportovních závodů. Závodník je usvědčen z dopování tehdy, když se jednoznačně určí použitá látka“. Zároveň byl vypracován seznam látek, které sportovci nesměli užít před závody. Jednalo se především o psychostimulancia, látky působící na vegetativní nervový systém, látky povzbuzující centrální nervový systém a látky uklidňující. V seznamu nebyla zapsána anabolika, jelikož neexistovala metoda pro jejich zjištění. Stalo se tak po vypracování metody na zjišťování anabolik.

U nás se pro označení lidí drogově závislých používá termín narkoman nebo toxikoman. Většina toxikomanů používá více substancí zároveň a to v oblasti legální i ilegální.

²¹ JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK. *Drogy a společnost: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990, s. 195. Život a zdraví. ISBN 80-201-0087-3.

Specifická prostředí šíření toxikomanie

Podle autora knihy „Svět drog v Čechách“ PhDr. Miroslava Nožiny, výzkumného pracovníka Ústavu mezinárodních vztahů (1997).

- a) Drogy na základních školách – největší obavou je šíření mezi školní mládeží; problematické jsou party; děti mají zkreslené představy a informace
- b) Drogy mezi středoškoláky – nejvíce je drogami ohrožena městská mládež; rizikové jsou koncerty, kluby, diskotéky ale i chaty či domovy
- c) Drogy ve vězení – do vězení se dostává spousta mladých delikventů se závislostí na tvrdých drogách; problém je agresivita a následné konflikty
- d) Drogy v armádě – nejčastější je marihuana; dochází k namátkovým kontrolám
- e) Drogy v romském prostředí – problém se dostat do komunity, nevyhledávají pomoc, jen minimálně

3.3. Dělení drog

Drogy se mohou dělit podle různých kritérií. Podle účinku jsou např. drogy aktivní a drogy uklidňující (tlumivé). Již podle názvu je jasné, jaké účinky se dostávají po požití takové látky. Další možností je dělit drogy na legální (alkohol, nikotin,...) a ilegální (marihuana, LSD,...), ale zde se jedná o dělení politické, nikoliv lékařské. Také se drogy dělí na měkké a tvrdé a to podle míry rizika vzniku závislosti. A spousta dalších možností, jak lze drogy dělit.

Janík a Dušek (1990) uvádí, že komise expertů Světové zdravotnické organizace navrhla rozdělení, které se používá v seznamu nemocí.

- *Alkoholo-barbiturátový typ*: u nás nejčastější typ; patří sem alkohol, barbituráty, hypnotika, sedativa
- *Amfetaminový typ*: mají povzbuzující účinek; Pervitin, Extáze
- *Kanabisový typ*: v dnešní době velice rozšířený (vlastní pěstírny); Marihuana, hašiš
- *Kokainový typ*: dříve více ve světě než u nás; Kokain, Crack

- *Halucinogenní typ*: v roce 1943 vyrobil A.Hofmann LSD; v přírodě lysohlávky, „houbičky“
- *Kathový typ*: rozšířené ve východní Africe a na Arabském poloostrově; „jedná se o rostlinu, kdy se čerstvé listy žvýkají jako tabák, může se též kouřit nebo přidávat do jídla“²²
- *Opiátový typ*: dříve používané v lékařství; opium, morfin, kodein, heroin
- *Solvenciový typ*: rozpouštědla, prchavé látky, které jsou čichány (sniffing)
- *Tabákový typ*
- *Kofeinový typ*: káva, čaj; dnešní společností není považováno za drogu

Jiné dělení uvádí Göhler a Kühn (2001). Hlavní rozdíl je dělení na aktivní a uklidňující drogy.

Aktivní drogy – působí spíše povzbudivě, zvyšují výkonnost, zintenzivňují momentální stav

- *Konopné drogy*: hašiš, konopí; pochází ze střední Asie, asi v 8. století př. n. l. byl rozšířen do Indie; účinná látka je THC
- *Amfetaminy a jejich deriváty*: ecstasy, speed; první chemicky získaný v roce 1887 původně pro lékařství, ale kvůli vedlejším účinkům nemohl být používán; droga manažerů
- *Halucinogeny*: LSD, Fencyklidin, Lysohlávky; v přírodě je obsažen v námelu na obilí, první výroba v roce 1943 synteticky jako diethylamid kyseliny lysergové; účinná látka je kyselina lysergová
- *Kokain*: kokain, crack; získává se z listů keře koky, původně ze severních svahů And, poprvé vyroben v roce 1835 a později použito jako lokální anestetikum

Uklidňující drogy – zklidňující prostředky, prášky na spaní

- *Heroin a další opiáty*: heroin, opium, morfin; léčebné užití už v historii, v roce 1804 získal německý lékárník F.W.Sertürner morfin, což byl počátek moderní anestezie; vyrábí se z morfinu, který se získává z opia
- *Benzodiazepiny*: uvolňují úzkost a mají uklidňující účinek, první substance byla vyvinuta v roce 1946 – cílem získat myorelaxant

²² Drug giude. *The Partnership at Drugfree.org* [online]. 2013 [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://www.drugfree.org/drug-guide/khat>

- *Rajský plyn*: oxid dusný objeven v roce 1771, účel v lékařství jako anestezie; jako droga se inhaluje, nebezpečí kvůli nekontrolovatelnosti dávky
- *Barbituráty a alkohol*: zklidňující, prášky na spaní – stejný efekt jako alkohol; barbituráty nehrají na drogové scéně téměř žádnou roli, alkohol je nebezpečnější

Další dělení drog uvádí například M. Nožina (1997). Jeho dělení je velice podobné výše zmíněným dělením.

1. *Opiáty* – opium, morfin, kodein, heroin
2. *Stimulační drogy* – koka, crack, khat, amfetaminy, pervitin, efedrin, extáze
3. *Kanabis a jeho deriváty* – marihuana, hašiš
4. *Halucinogeny* – meskalin, houbičky, durman, LSD
5. *Těkavé látky* – rajský plyn, éter, chloroform, technický benzín, iron
6. *Syntetická narkotika využívaná v léčbě* – petidin, metadon, propofylen
7. *Zneužívání léků* – léky na spaní, barbituráty, neuroleptika, antidepressiva, ...

3.4.Fáze drogové závislosti

O fázích drogové závislosti se zmiňují Göhlert a Kühn (2001), Kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007) a na internetových stránkách <http://drogy1.webnode.cz>.

Kritická doba pro začátek konzumace drog je většinou mezi 12 a 14 lety, někdy i dříve. Jestliže se mladí lidé cítí díky droze jistější a silnější, může se jim to stát velice brzy nebezpečné. Důvodů, proč se drogy užívají je celá řada. Mladí užíváním drog protestují proti společenským konvencím, mají potřebu se začlenit do skupiny, být jimi akceptováni. Jde o to vyzkoušet něco nového, dobrodružného, zahnat nudu. Lidé se pomocí drog snaží uniknout ze stresové situace, uvolnit napětí, dodat si odvalu. K těmto obecným faktorům patří i určité psychické dispozice, které zvyšují pravděpodobnost vzniku závislosti. Jedná se o nejisté a labilní jedince, kteří snad podléhají stresu a mají horší schopnost se orientovat v problémech a hledat adekvátní řešení. Lidé s narušeným sebehodnocením a s nízkou sebedůvěrou. Nezdrženliví a impulsivní jedinci, lidé s nižší sebekontrolou.

Podle výzkumů je bohužel zřejmé, že čím dříve se člověk seznámí s alkoholem a tabákem, tím je větší pravděpodobnost, že se dostane k nelegálním drogám. To vyvrací teorie, že marihuana je tzv. vstupní drogou. Je pravdou, že kdo začal brát tvrdé drogy, užil

jako první nelegální drogu marihuanu. Ale rozhodně ne každý, kdo užije marihuanu, začne brát tvrdé drogy.

Někdy stačí dotyčnému jedna zkušenost a dál už nezkouší. Někdo drogy užívá občas, např. kouří marihuanu jen o víkendech. To jde i několik let bez závažnějších důsledků nebo s důsledky, které se dají zvládnout bez odborné pomoci. Pak se také může stát, že člověk začne užívat i v týdnu, vynechává školu nebo práci a najednou zjistí, že většinu svého času věnuje shánění a konzumaci drogy. Zároveň se okruh jeho přátel zúžil na lidi, kteří také berou.

Od prvního konzumu až k úplnému obrazu závislosti uplyne většinou několik let. Návyk se vytvoří postupně, můžeme vymezit čtyři různá stádia.

1. fáze *Experimentální* (tzv. počátek)

Závislost začíná počátečním euforickým stádiem, účinek je téměř jen pozitivní. Člověk je drogou nadšen - zažívá pocity, které nikdy před tím nezažíval, má najednou mnohem bohatší sny, nápady, pohled na svět. Vše mu jde lehce, s nadhledem, nic mu nedělá starosti. Konzum drogy umožňuje snadný přístup ke skupině stejného smýšlení.

V této fázi ještě není těžké utajit před okolím, že člověk bere drogu. Je to poznat jen náznakově - časté střídání nálad, euforie, laxní přístup k problémům. Droga v této době ještě nedává najevo žádné negativní účinky, člověk tedy může být přesvědčený, že výroky o škodlivosti drog jsou jen výmysl na odstrašení. Člověk také v této době ještě nepocítí takovou finanční zátěž, jelikož mu stačí k uspokojení malé dávky drogy. Také v práci nebo ve škole zatím člověk nemá žádné problémy, ba naopak, vlivem drogy se mu může dařit lépe - může být soustředěnější a lépe mu může fungovat paměť. Droga spolehlivě pomáhá "utápět" problémy a unikat z reality do ideálního světa, kde problémy neexistují. Přestože je v této fázi ještě relativně lehké přestat (nevytvořila se ještě fyzická závislost), většina lidí v této fázi nepřestane, jelikož vnímají jen pozitiva, které jim droga přináší.

2. fáze *Sociální užívání*

Druhé stádium závislosti na drogách bývá označováno jako kritické stádium navykání. Pro stejný účinek potřebuje jedinec větší množství drogy a častější užívání. Tato fáze je nebezpečná, protože po této fázi jsou orgány vždy nějak poškozeny. Droze se

začínají přizpůsobovat i přátelé, protože člověk, který bere drogu, už si nemá co říct se svými bývalými přáteli a hledá si nové mezi narkomany.

Velkým problémem v tomto období se stává škola či zaměstnání. Člověk již začíná být drogou otupován a zhoršují se jeho schopnosti přemýšlet a pamatovat si. Proto se snižují jeho pracovní či studijní výkony. Rovněž může mít problémy s tím, že do školy nebo do zaměstnání chodí pod vlivem drogy a jeho reakce se mohou ostatním zdát divné. V této fázi má člověk problém se zvyšující se absencí ve škole či zaměstnání, a proto je donucen často lhát, vymlouvat se, vymýšlet si. Množí se rovněž konflikty s okolím - s rodinou, s učiteli, se spolupracovníky a přáteli.

3. fáze *Každodenní užívání*

Tato fáze je stádium návyku či závislosti. Dochází ke značnému stupňování dávek na základě ještě většího vývoje tolerance. Uživatel ztrácí kontrolu nad drogou i závislostí. Už není možnost s drogou skoncovat bez odborné pomoci. Návrat k normálnímu životu z této fáze je již velmi náročný, člověk má úplně jiný žebříček hodnot a přátele, rodina už ho často zavrhla a jeho závislost k droze je již velmi silná. Jedinec vykazuje tělesné i psychické abstinenční příznaky.

Celý život se začíná točit kolem drogy, jedinec myslí jen na to, kdy si dá příští dávku. Vše se podřizuje droze - denní režim, morální hodnoty, zaměstnání, přátelé. V tomto období se často dostávají už i finanční problémy, protože se často už na závislost přijde a člověk je vyhozen ze školy či zaměstnání. Získávání peněz na drogy je v tomto období různé - jedinec se často uchyluje ke krádežím, podvodům či prostituci.

Velice nápadné jsou zde změny osobnosti, jako náladovost, podrážděnost, přechod od agresivity k sebelítosti. Ukazuje se další úbytek tělesné i duševní výkonnosti, dochází k úbytku na váze, u některých žen dokonce dojde ke ztrátě menstruace. Se ztrátou váhy souvisí i snížení či ztráta imunity a to může vést k dalším onemocněním.

4. fáze *Užívání k dosažení normálu*

Tato fáze se označuje jako chronické stádium rozkladu. To proto, že často končí smrtí předávkováním nebo naprostým selháním organismu. Snášlivost na drogu postupně ubývá, orgány potřebné k odbourávání a vylučování jedovatých substancí přestávají fungovat. Droga už uživateli nepřináší nic jiného než úlevu od fyzické a

psychické bolesti. Život jedince se točí jen kolem drogy a jejího získání. Právě se získáváním bývá velký problém, jelikož člověk je již ve velmi špatném stavu, je vyčerpaný a také jeho pobyt v bídných sociálních podmínkách se na něm začíná podepisovat. Člověk je schopen udělat cokoli pro získání drogy - krást, prostituovat, ale klidně i vraždit. To vše dělá proto, že ho k tomu nutí droga, on sám často ani nechce. Uživatel si ještě pamatuje, jak příjemná byla aplikace drogy v první fázi a snaží se o navození stejného stavu, ale marně. Typický je také pocit viny po použití drogy. Člověk to potom řeší tak, že si musí dát další dávku, aby zapomněl na pocit viny. V této fázi již není možné, aby se člověk vymanil vlastní vůlí, proto je jednoznačně nutná odborná pomoc zvenčí.

Přichází tzv. „deprivační syndrom“, kdy dochází k rozpadu osobnosti. Tím se myslí, že postižený ztrácí svou celkovou podobu jako člověk, kterým byl dříve. Stává se lhostejným, povrchním, neumí se radovat, ale ani zlobit. Dochází k duševnímu úpadku. Okolí člověkem závislým na drogách v tomto stádiu opovrhuje. Ten již není schopný se o sebe postarat, chudne, je osamělý a zpustlý, což vyřazením ze společnosti probíhá v rámci ilegality rychleji a intenzivněji.

Pro diagnózu závislosti je potřeba, aby v posledních 12 měsících byly splněny alespoň tři z následujících příznaků podle Kolektivu autorů sdružení SANANIM (2007):

- silná touha a nutkání užívat látku
- potíže v kontrole užívání látky
- užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků
- důkaz tolerance (potřeba vyšších dávek drog k dosažení očekávaného stavu)
- zanedbávání jiných zájmů a potěšení než užívání drogy
- pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stavy, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci)

3.5.Léčba drogových závislostí

„Cesta ze závislosti na droze je většinou velice těžká. Léčit s cílem uzdravit se, se nechá jen toxikoman, který se cítí nemocen nebo špatně – a v tom je již první problém. Tento pocit totiž většinou u toxikomanů v prvních letech neexistuje. Tak potřebuje systém

pomoci drogově závislým možnosti, které nejsou vždy hned vázány na nemocnici nebo lékaře.²³

Janík a Dušek (1990) uvádí, že léčba rozvinutých závislostí je nejméně přínosným příspěvkem k řešení problematiky „drogy a společnost“. Jde o medicínské řešení již vzniklých následků něčeho, co už existuje a co je patologicky chorobný stav, jehož vzniku se nepodařilo zabránit. Při léčbě se jedná o odstraňování následků, které ve vlastní terapeutické fázi řešení už neumožňuje odstranit příčiny daného stavu. Navíc neexistuje a nikdy nebude existovat jediný léčebný postup, díky němuž bychom mohli léčit všechny druhy drogových závislostí. Byly vytvořeny speciální léčebné metody na základě rozdělení, pochopení, definování a rozřídění různých stavů a stádií drogové závislosti. Tyto postupy se také liší podle druhu užívané drogy. I přes to zde platí některé všeobecné zásady. Jednou z těchto všeobecných zásad je například úplné odnětí drogy, které se podle druhu zneužívané drogy provádí náhle nebo postupně. Následuje kontrolovaná abstinence, která musí mít dostatečnou délku trvání. Ta je různá a závisí na zneužívané látce, ale i osobnosti narkomana a na sociálních faktorech. V tomto období se musí závislý vyrovnat s abstinenčními příznaky. V léčení se používají některá neuroleptika a to v případě, že se abstinenční syndrom projevuje neklidem, halucinacemi či jinými psychickými poruchami. Už v prvním období léčení je důležitou součástí intenzivní psychoterapie a zároveň se začíná s rehabilitací pro obnovení sociálních a pracovních návyků. Při tom se navazuje na období před vznikem závislosti.

Po odeznění abstinenčních příznaků se v abstinenci pokračuje vlastním léčením drogově závislého. Tato fáze spočívá především v dlouhodobé resocializaci, kdy se postupně mění stávající návyky a vzorce chování, které vedly ke vzniku závislosti a vytváří se nové, které by léčeným umožnily opětovné zapojení do společnosti.

Léčení je založeno na dobrovolnosti a vyžaduje se spolupráci jak léčeného, tak i jeho okolí, hlavně rodiny, případně i pracovního kolektivu. To je důležité proto, aby se mohl jedinec vrátit do svého původního sociálního prostředí.

²³ GÖHLERT, Fr a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2001, s. 104. Z pohledu lékaře. ISBN 80-720-2950-9.

Proces léčby, rehabilitace a resocializace není jen medicínská nebo psychiatrická záležitost. V rámci ochrany společnosti zde zasahují i faktory mimo medicínu, jako právní opatření, sociální opatření, ekonomické opatření a jiné.

Tělesnou závislost lze s pomocí lékařské léčby překonat v poměrně krátké době, během dvou až čtyř týdnů. Kdežto psychická závislost v pojetí klinické psychiatrie přetrvává po celý život. Člověk se však může pomocí terapií naučit, jak žít „čistý“.

K. Nešpor (2011) uvádí třináct principů efektivní léčby závislosti na drogách. Tyto principy neodpovídají stavu u nás, ale spíše představují jakýsi ideál, kterému je třeba se přibližovat.

1. „Ne každá léčba se hodí pro každého. Pro pacienta je třeba zvolit právě takovou léčbu, která je pro něj nejvhodnější.
2. Léčba by měla být rychle dostupná.
3. Léčba by měla reagovat na různé potřeby pacienta včetně zdravotních, psychologických, sociálních a právních.
4. Léčba by měla být dostatečně pružná a reagovat na měnící se potřeby pacienta.
5. Pro efektivitu léčby je kriticky důležité její trvání (delší léčba obvykle přináší lepší výsledky).
6. Léčba by měla zahrnovat individuální nebo skupinové poradenství a kognitivně-behaviorální postupy.
7. U mnoha pacientů je důležitou součástí léčby podávání vhodných léků.
8. Pacienti, kteří trpí kromě závislosti i jinou duševní chorobou, by měli být integrovaně léčeni pro obojí.
9. Detoxikace, která pomáhá překonat odvykací stav, je pouze prvním stádiem léčby, ale sama o sobě má malý efekt.
10. Efektivní léčba nemusí být dobrovolná. Přijetí léčby, setrvání v ní a její výsledek může často příznivě ovlivnit tlak ze strany rodiny, zaměstnavatele nebo úřadů.
11. Během léčby je třeba zjišťovat, zda nedochází k porušování abstinence.
12. Léčba by měla zahrnovat i vyšetření na HIV/AIDS, žloutenky, tuberkulózu a další infekční nemoci, které jsou v populaci závislých častější.

13. Překonávání závislosti může být dlouhodobý proces a může vyžadovat opakované léčby. Účast ve svépomocných skupinách po léčbě zlepšuje výsledky léčby.“²⁴

Nejčastěji používaný model při odvykání drogových závislostí podle internetových stránek drogy.doktorka.cz je tzv. **Minnesotský model** (původně vyvinutý pro závislost na alkoholu), který se skládá ze čtyř programů:

1. *Poradenství* – Navštívit kontaktní centrum se doporučuje tehdy, když toxikoman zatím není schopný ani ochotný k systematictější práci na změně. V kontaktním centru se mu nabízí to, o co při svém současném životním stylu stojí (injekční stříkačky, jídlo, teplo, možnost umytí, převléknutí atd.). Kontakt je využíván k podchycení, diagnostice a k motivování ke změně. Pokud toxikoman souhlasí, je zařazen do adekvátního programu. Některé z nich provádějí přímo kontaktní centra.
2. *Detoxifikace* – Jedná se o procesy, při kterých se tělo zbavuje nechtěných látek. Je často provázena psychotickými stavy, proto se provádí v psychiatrických léčebnách. U některých drog je možné se obejít bez farmakoterapie, ale u některých drog, například u barbiturátů hrozí nebezpečí epileptických záchvatů, takže se farmaka používají. Při detoxifikaci je dalším cílem motivovat jedince a jeho blízké okolí k přijetí léčby nebo alespoň k rozhodnutí o změně životního drogového stylu.
3. *Prevence relapsu* – Relaps je opětovné objevení se příznaků nemoci. Každý program by se měl věnovat této prevenci. Jedná se o stav, který určitě přijde a je potřeba na něj být připraven. Lze rozpoznat prodromální symptomy (příznaky ohlašující příchod nemoci), které probíhají ve třech fázích. V první fázi je narušena struktura, ve které se jedinec doposud pohyboval. V druhé fázi se jedinec zmocňuje strach, úzkost, panika, nekontrolovatelné změny nálad a pocit osamocení. V poslední fázi dochází již k plnému kolapsu, jedinec "to vzdává", má sebevražedné myšlenky.
4. *Začlenění rodiny* – Jde-li o rodiče toxikomana, odmítají ze začátku uvěřit, že se to přihodilo právě jim. Když tomu nemohou uniknout, reagují agresí vůči dítěti,

²⁴ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, s.101-102. ISBN 978-807-3679-088.

což může vést až k úplnému rozchodu s dítětem. Až později dochází ke smíření se s realitou a rodiče začínají konstruktivně spolupracovat bez očekávání okamžitých výsledků.

Při léčbě drogových závislostí může být komplikujícím problémem i životní filosofie toxikomana. Ta je popsána na internetových stránkách drogy.doktorka.cz. Jde však spíše o průvodní symptom, který má zhruba tři podoby.

První podobou je „role nadutého a pyšného“. Jedinec pohrdá konzumním způsobem života bez nějakého smyslu. U druhých lidí vyvolává agresi svým chováním jako výsměchem, manifestační nespoluprací a to mu poté slouží jako důkaz toho, že je něco v nepořádku s ostatními a ne s ním samým.

Druhou podobou je „role nemocného“, kdy jedinec vyžaduje léčebnou péči s pozorností při svém zdraví poškozujícím chování. Pokud se mu péče a pozornosti nedostane, je to pro něj důkaz toho, že člověk, který ho odmítl je zlý.

Třetí podobou je „role šíleného“, která mu povoluje nezodpovědné chování s právní nepostižitelností. Může dělat, co chce, protože okolí přeci ví, že právě on má problémy s kontrolou. Následky svého chování vnímá jako důkaz toho, že je obětí agresivity, nemorálnosti apod.

Většina populace se domnívá, že léčbou vše končí, člověk je čistý. Ale opak je pravdou. Jak uvádí kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007), člověk sice drogy nebere, ale v průběhu „drogové kariéry“ dojde téměř vždy k tomu, že si člověk opatří také řadu dalších potíží. Mnohdy se jedná o právní problémy, finanční či bytové a také problémy ohledně zaměstnání. V neposlední řadě bývá nutné se hodně snažit u rovnání rodinných a přátelských vztahů. I když to může trvat dlouho, ve většině případů se to zdaří.

Primární prevence závislostí

O prevenci se ve svém díle zmiňují Karel Nešpor (2011), Göhlert a Kühn (2001) a Dušek a Janík (1990).

Výchova je začátkem boje proti drogám. Rodina je systém vztahů, kde pouze celek má smysl. Otázka mnoha rodičů zní: „Jak se to mohlo stát, když jsme pro naše dítě dělali všechno a odstraňovali mu z cesty všechny překážky?“. Vše je postaveno na vlastní zkušenosti, protože jen díky tomu, že problémy zvládneme sami, vzniká důvěra ve vlastní

schopnosti. Z toho vzniká sebejistota, hrdost za vlastní výkon a pocit vlastní hodnoty. Motto pro prevenci toxikomanie je „Požadavky místo rozmazlování“. V tomto případě znamená výchova, že pomohu svému dítěti, aby na mě bylo nezávislé. V opačném případě se vyskytuje nesamostatnost a pocity selhání, které se mohou stát rizikovými faktory užívání. S poučením o drogách se nemá zbytečně čekat a využít vhodné situace, např. když na procházce s dítětem potkáme člověka pod vlivem drogy, kterého si dítě všimne.

Zásady efektivní primární prevence jsou:

- „Program začíná pokud možno brzy a odpovídá věku
- Program je malý a interaktivní
- Program zahrnuje podstatnou část žáků
- Program zahrnuje získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život včetně dovedností odmítání, zvládání stresu, atd.
- Program bere v úvahu místní specifika
- Program využívá pozitivní vrstevnické modely
- Program zahrnuje legální i nelegální návykové látky
- Program zahrnuje i snižování dostupnosti návykových rizik i poptávky po nich
- Program je soustavný a dlouhodobý
- Program je komplexní a využívá více strategií (např. prevenci ve školním prostředí i práci s rodiči)
- Program počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti, jak je zvládat
- Selektivní a indikovaná prevence je náročnější na čas, kvalifikaci i prostředky a často vyžaduje individuální přístup a pomoc s ohledem na specifické individuální potřeby“²⁵

V dnešní době je poměrně velký problém se sdělovacími prostředky. Reklamy na tabákové výrobky a alkohol, požívání návykových látek ve filmech, rozebírání alkoholových a drogových skandálů různých hvězd. Avšak větším problémem je v dnešní době dostupnost návykových látek.

²⁵ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, s.157. ISBN 978-807-3679-088.

4. Gamblerství

„Hra je nejpřirozenější projev činnosti. Je to základní aktivita života, která člověka provází po celý život, uvolňuje jeho tvůrčí potenciál, slouží k duševní relaxaci. Hra má hodnotu sama o sobě. Je cílem sama sobě a nikoli jen pouhým prostředkem k dosažení cíle. Hra plní funkci pohybovou, poznávací, emociální, motivační, procvičovací a diagnostickou a má funkci fantazijní, imaginativní, kreativní, formativní, terapeutickou, rekreační, sociální, pedagogickou.“²⁶

Ne vždy se však jedná o hry, které člověka rozvíjejí, ne vždy obohacují život jedince či jeho okolí. Vysokoškolský pedagog a psycholog Pavel Prunner (2008) uvádí, že od devadesátých let minulého století významně vzrostl počet osob v naší republice, kteří nezvládají své sázení. Navíc hraní a sázení u nás není na ústupu, jak dokazuje dynamický nárůst investovaných peněz.

Gamblerství, hráčské závislosti a podobné stavy nejsou žádnou novinkou dnešní doby. Důkazem toho je například ruský spisovatel Fjodor Michajlovič Dostojevskij, který v roce 1866 ve svém díle „Hráč“ ztvárnil řadu psychologických, ekonomických i sociálních aspektů vázaných na tento lidský nešvar (Prunner, 2008).

4.1. Patologické hráčství

„Gambling je výraz, který je převzat z angličtiny a je ho možno překládat jako hraní, hráčství, hazardní hráčství, karban, případně také jako chorobné, nutkavé hráčství. Používá se především tam, kde máme co do činění s člověkem nebo lidmi, kteří propadli hazardní hře, ke hraní jsou vnitřně nutkáni, musejí ve hraní z řady důvodů pokračovat a svoji hru přestávají kontrolovat.“²⁷

„Škodlivé hráčství definujeme jako jakýkoli druh opakovaného hraní hazardních her jedincem, které způsobuje (nebo zhoršuje) negativní důsledky, jako jsou vážné finanční problémy, závislosti, ale i problémy fyzického a duševního zdraví.“²⁸

²⁶ MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s.89. ISBN 978-802-1045-507.

²⁷ AUTORŮ, Kolektiv. *Sociálněpatologické jevy*. Vyd. 2. Brno: Drom, 2004, s.5. ISBN 80-903-4724-X.

²⁸ *Koncepční rámec škodlivého hráčství: projekt mezinárodní spolupráce financovaný Centrem pro výzkum problémového hráčství v Ontariu*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, 2013, s.11. ISBN 978-807-4400-841

„Postupně začali lidé vnímat nadměrné hraní, jako psychologický nebo psychiatrický problém. Patologické hraní v pojetí některých psychologicky orientovaných autorů bylo spojováno například s tím, že dané osoby nevykazovaly potřebnou osobnostní strukturu. Případně neměli v osobnostní konfiguraci vybudovány dostatečné autoregulační mechanismy, které by adekvátním způsobem brzdili jejich touhu hrát. V poslední době sílí hlavně mezi zahraničními odborníky tlak nahlížet na patologické hráčství jako na neurobiologický problém.“²⁹

Jak uvádí Nešpor, Csémy (1996) lidé, kteří trpí poruchou gamblerství, riskují své zaměstnání, zadluží se a lžou nebo porušují zákon, aby získali peníze, případně unikli od placení dluhů. Postižení popisují intenzivní nutkání ke hře, které těžko ovládají. Jsou zaujati myšlenkami a představami hraní, které tuto činnost doprovázejí. V době, kdy je pro ně život stresující, se zvyšuje toto nutkání a zaujetí.

Protože je hraní hazardních her často vnímáno jako možnost trávení volného času a zábava, může mít pro jednotlivce, rodiny i celou společnost vážné dopady. Škodlivé účinky hazardních her byly a jsou pozorovány a studovány ve snaze pochopit individuální rozdíly v hraní hazardních her a vývoje problémů s ním souvisejících. Dnes mají hazardní hry mnoho různých podob, jako například stolní hry, elektronické hry v reálném prostředí, internetové hry, loterijní hry a koňské dostihy (Ontario Problem Gambling Research Centre, 2013).

„Obecně hraní hazardních her zahrnuje jakékoli jednání, které vyžaduje nevratné investice (peněžní nebo hmotný statek, který má nějakou hodnotu) s vidinou zisku založeného na náhodě nebo nejistém výdělku (což je případ her, které vyžadují určitou dovednost).“³⁰

Od patologického hráčství je potřeba rozlišovat hráčství a sázkařství, které se vyznačuje častým hraním pro vzrušení nebo jako pokus vyhrát peníze. Pokud lidé z této kategorie budou muset čelit těžkým ztrátám nebo jiným nepříznivým důsledkům, budou svůj zvyk pravděpodobně držet na uzdě. Tato diagnostická kategorie se neřadí mezi

²⁹ PRUNNER, Pavel. *Psychologie gamblerství, aneb, Sázka na štěstí*. 1. vyd. Plzeň: Masarykova univerzita, 2008, s.60-61. Spisy Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity, sv. č. 112. ISBN 978-807-3800-741.

³⁰ *Koncepční rámec škodlivého hráčství: projekt mezinárodní spolupráce financovaný Centrem pro výzkum problémového hráčství v Ontariu*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, 2013, s.11. ISBN 978-807-4400-841.

duševní poruchy, ale do skupiny „faktory ovlivňující zdraví a kontakt se zdravotnickými zařízeními“ (Nešpor, 2011).

V případě gamblingu je obtížné odlišit příčiny od důsledků (Prunner, 2008).

4.2.Faktory přispívající ke škodlivému hráčství

Faktory, které ovlivňují hráčskou závislost, podle Prunnera (2008) působí stimulačně nebo inhibičně, tudíž mohou vznik hráčské závislosti a její průběh posilovat. Ve formě prevence nebo léčby ji však mohou utlumovat. Jednotlivé sociální systémy obsahují „ochranné“ faktory i rizikové faktory (vznik hráčských závislostí). Odborník, který takto uvažuje je i Prim. MUDr. Karel Nešpor. Ten se domnívá, že jakékoliv závislosti jsou chorobou. Ta nemá jedinou příčinu a vzniká a udržuje se ve své existenci nepřetržitým vzájemným a často i zpětnovazebným působením různých systémů. V modelu uvažuje o působení 4 základních systémů. Ty se v různé míře u různých lidí podílí na vzniku patologického hráčství.

Prunner (2008) udává Nešporův model (1995), který obsahuje:

„**1. Psychický systém** (někteří lidé jsou zranitelnější, například v důsledku těžké životní situace nebo případně v souvislosti s určitými osobnostními charakteristikami – například tendence vyhledávat vzrušení a riziko za každou cenu).

2. Fyzický systém (patologické hráčství sice nezpůsobuje silné tělesné odvykací příznaky jako je tomu u drog, ale psychiku a celkovou kondici však ovlivňuje).

3. Rodinný systém (rodina sice může člověka před vlivem patologického hráčství ochránit, ale může také vzniku choroby napomáhat).

4. sociální systém (na vzniku nebo prevenci má svůj podíl společnost, která legalizuje zákony a upravuje formy hazardní hry).“³¹

Podle The Ontario Problem Gambling Research (2013) jsou faktory rozděleny do dvou podskupin – specifické a obecné faktory, které se i tak mohou navzájem ovlivňovat. Obecné faktory jsou hlavní oblastí vědeckého výzkumu.

³¹ PRUNNER, Pavel. *Psychologie gamblerství, aneb, Sázka na štěstí*. 1. vyd. Plzeň: Masarykova univerzita, 2008, s.63. Spisy Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity, sv. č. 112. ISBN 978-807-3800-741.

1. Obecné faktory

- a) **Kulturní faktory** – Kultura je sdílený systém myšlení, smyslu a morálky určité skupiny. Vnímání hazardních her, se v rámci skupin liší, kdy někde jsou považovány za individuální zábavu, společenskou aktivitu, únik z každodenního života a podobně a jinde se jedná o něco hanebného. Některé kulturní významy a hodnoty zvyšují riziko vzniku škodlivého hráčství a jiné jej naopak snižují.
- b) **Sociální faktory** – Zahrnují interakci mezi jednotlivci a zároveň jejich kolektivní soužití. Zahrnují celou oblast od mezilidských vztahů na „mikro“ úrovni sociálních vztahů až po skupiny faktorů prostředí a kultury na „makro“ úrovni sociálních struktur a institucí.
- c) **Psychologické faktory** – V závislosti na osobnosti a hodnotách, které jedinec vyznává, existuje možná pravděpodobnost, že bude náchylnější k rozvoji škodlivých návyků hraní hazardních her. To může být ovlivněno i jinými psychickými poruchami a závislostmi. Psychologické faktory jsou ovlivňovány i biologii a širším prostředím jedince.
- d) **Biologické faktory** – Na chování hráče mohou mít vliv biologické rozdíly ve struktuře a chemii mozku i dědičná tělesná či duševní onemocnění. Biologickými faktory jsou genetická dědičnost, neurobiologie a pohlaví.

2. Specifické faktory

- a) **Prostředí hazardních her** – Prostředí, ve kterém jedinec žije, může mít vliv na povahu a četnost hraní a tím je dále ovlivněn stupeň výsledných škod spojených s jejich hraním. Jedná se o širokou škálu faktorů, například ekonomika, makroekonomika, životní prostředí, kultura, dostupnost volnočasových aktivit a jiné.
- b) **Expozice hazardním hrám** – Může být definována jako míra toho, v jaké populaci nebo části populaci přicházejí do styku s hazardními hrami. Expozice je ovlivněna dostupností a přístupností her. Měření zahrnuje posouzení četnosti, trvání a výdajů. Hraní se stává problematickým, jestliže hráč nebo jiní lidé utrpí v důsledku této hry škodu.
- c) **Typy hazardních her** – Lidé se většinou zaměřují na jeden primární typ her. Faktory ovlivňující výběr her je přání vyhrát peníze, potřeba vzrušení, potřeba

úniku, hledání výzev, společenskost nebo hledání prostředku k relaxaci formou hry, jako je bingo nebo hraní na elektronických herních automatech.

- d) Zdroje řešení problémového hráčství – Řešení problémů je systematický proces, který spočívá v identifikaci problému, analýzu jeho součástí, hledání a vyhodnocení možných řešení a překonávání překážek před rozhodnutím o dalším postupu.

4.3.Příčiny vzniku hráčské závislosti

Vnitřní příčiny – podle výzkumů se jedná spíše o jedince, kteří mají tendenci vyhledávat stále nové zážitky, jsou to častěji extroverti, mají větší sklon k riskování, bývají agresivnější a projevuje se u nich exhibicionismus. Také existují biologické teorie, které uvádí jako příčinu vzniku závislosti nedostatek endorfinu v mozku (vyvolávají pocit libosti).

Vnější příčiny – Jednou v takových příčin je příležitost ke hře. S herními automaty se můžeme setkat na mnoha místech, například v hernách, restauracích a podobně. Navíc jsou konstruovány tak, aby lákaly (světla, zvuky). Dalším vlivem může být okruh kamarádů, známých, kteří mají sami zkušenosti s hazardní hrou. Ti většinou vyzdvihují pozitiva a bagatelizují negativa a rizika hraní. Ne méně významným vlivem jsou peníze v hotovosti. Někteří jedinci začínají hrát proto, že si od hry slibují obohacení. Jiní potřebují využít peněžní hotovost a proto je také pozorována větší návštěvnost heren v termínech výplat a důchodů. Dále jsou více ohroženi lidé v povoláních, kde se častěji setkávají s automaty (číšníci, majitelé restaurací), lidé, kteří mají jednorázové vysoké příjmy (podnikatelé), osamělí jedinci žijící v určité společenské izolovanosti i osoby se špatným rodinným zázemím. Velkým problémem je vystavení mladých lidí tzv. nevýherním (zábavním) automatům, kteří později přecházejí na herní automaty (Smékal, 2004).

4.4. Diagnostická kritéria

„Diagnostická kritéria zahrnují aspekty psychologické, sociální a také biologické. Kombinací a vzájemným ovlivněním teprve vzniká problém patologického hráčství s následky a potřebou řešení, pomoci.“³²

Biologické aspekty – Kompulzivní poruchy chování, včetně hráčství, vykazují obdobnou dynamiku poruch afektivity, nálad a sebekontroly, stejně jako skupina drogových závislostí. Společným jmenovatelem je porucha serotoninového přenosu, který představuje významný humorální extracelulární přenos vzruchu, jeho snížená biologická dostupnost je spojena s depresí a určitým typem úzkosti s kompulzivitou a nutkavostí.

Sociální aspekty – Enviromentální charakteristika odpovídá ekonomické expanzi. Člověk potřebuje relaxaci, únik, redukce tenze je častější. Tuto možnost nabízí vzrušení ze hry, hráč nemá pocit nelegálnosti jednání. Rodina se snaží utajovat problémy a řešit dluhy. Berou na sebe závazky a osobní problémy gamblera, který nemá potřebu nést důsledky za své selhání a proto uniká do světa hry, mimo realitu.

Psychologické aspekty – V osobních charakteristikách lze konstatovat vyšší četnost specifických charakterových rysů: emoční instabilita a nezralost, nedostatek frustrační tolerance, proměnlivost postojů, nezdrženlivost, snaha odkládat řešení, nedostatek pevných vnitřních norem, nedbalost a lehkovážnost. Častou příčinou je problematický vztah k opačnému pohlaví, který se projevuje v ambivalenci až zábranách v sexuální interakci nebo závislosti na ženě.

Díky těmto aspektům je patologické hráčství definovaným problémem. Stává se podkladem pro terapeutické plány, které se shodují v nutnosti hru opustit a abstinovat. Nelze pouze stanovit prospektivní plány obrany před kompulzivitou hráčství, ale musí se také stanovit zdroje této nerovnováhy. Pokud budeme opomíjet souvztažné problémy deprese, matřimoniální tenze, úzkosti z pracovní či finanční situace, abúzu alkoholu či jiných návykových látek, případně další aspekty multifaktoriálnosti problému gamblingu, nebude redukce frekvence gamblingu úspěšná.

³² PRUNNER, Pavel. *Psychologie gamblersství, aneb, Sázka na štěstí*. 1. vyd. Plzeň: Masarykova univerzita, 2008, s.90. Spisy Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity, sv. č. 112. ISBN 978-807-3800-741.

Typologie patologického hráče

Psychiatr MUDr. Libor Chvíla (1996) ve své výzkumné práci uvádí následující typologii:

Typ A – V tomto typu se jedná o sociálně narušeného jedince, jehož osobnostní rysy jsou nezdrženlivost a sociální maladaptace. Charakterizuje se snahou zopakovat si své hazardní jednání, znovuprožití své hráčské zkušenosti, má rostoucí potřebu finančního vkladu do hry a stupňování prožitků. Tento typ se nezastaví ani před nezákonnými činy, jak získat další finance na hru.

Typ B – Tento hráč inklinuje k neurotickému řešení problémů, má zvýšenou anxiozitu a nejistotu v sebehodnocení. Má nejvýraznější potřebu k útěku od reality ke hře. Hledá si náhražku své úzkosti, pocitu viny a nedostatečnosti ve vztahu k okolí. Hráč se k problému neodkáže přiznat, proto lže a snaží se problémy zakrýt. Při řešení problémů a převzetí odpovědnosti ze své prohry spoléhá na pomoc svých blízkých.

Typ C – Tento typ má výraznou toxikomanickou dispozici a kompulzivitu v řešení situací. Není schopen kontrolovat hru, projevuje se u něho podrážděnost při myšlence či snaze o ukončení hraní. Hru považuje za svou potřebu, které se nemůže zbavit. Nepřipouští si sociální dopad, izolaci a ztrátu společenského postavení.

Patologické hráčství se podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 10 řadí mezi „návykové a impulzivní poruchy“. Nepatří tedy mezi závislosti.

Diagnostické známky podle MKN – 10 jsou:

1. „Během období nejméně jednoho roku se vyskytnou dvě nebo více epizod hráčství.
2. Tyto epizody nejsou pro jedince výnosné, ale opakují se přes to, že vyvolávají tíseň a narušují každodenní život.
3. Jedinec popisuje silné puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, a hovoří o tom, že není schopen silou vůle hře odolat.
4. Jedinec je zaujat myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí.

Jako screeningový nástroj patologického hráčství doporučují Johnson a kol. (1997) následující dvě otázky:

1. Cítil jste někdy potřebu vyhrávat více a více peněz?
2. Musel jste někdy lidem, kteří jsou pro vás důležití, kvůli hazardní hře lhát?

Dvě kladné odpovědi pravděpodobně znamenají patologické hráčství. Podobně jako jiná screeningová vyšetření i tento nástroj spíše ukáže falešně negativní než falešně pozitivní výsledek. Od patologického hráčství je třeba odlišovat hráčství a sázkařství.³³

Americká psychiatrická asociace zařadila patologické hráčství mezi duševní poruchy o deset let dříve než Světová zdravotnická organizace.

Diagnostické známky podle DSM – IV jsou:

„ **A.** Trvajících a opakujících se nepřizpůsobivé chování ve vztahu k hazardní hře, jak ukazuje 5 (nebo více) z následujících znaků.

1. Zaměstnává se hazardní hrou (například znovu prožívá minulé zážitky související s hazardní hrou, plánuje další hazardní hru, uvažuje o tom, jak si opatřovat prostředky k další hazardní hře).
2. Aby docílil žádoucího vzrušení, musí zvyšovat množství peněz vkládaných do hazardní hry.
3. Opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hru ovládat, redukovat nebo s ní přestat.
4. Když se pokouší snížit hazardní hru nebo s ní přestává, cítí neklid a podrážděnost.
5. Používá hazardní hru jako prostředek jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu (například pocity bezmocnosti, viny, úzkosti, deprese).
6. Po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět.
7. Lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou.

³³ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, s.27-28. Spisy Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity, sv. č. 112. ISBN 978-807-3679-088.

8. Dopustil se ilegálních činů jako je padělání, podvodů, krádeží nebo zpronevěry kvůli hazardní hře.
9. Ohrozil nebo ztratil kvůli hazardní hře významné vztahy, zaměstnání, vzdělání nebo kariéru.
10. Spoléhá na druhé, aby mu poskytovali finanční prostředky a mírnili tak zoufalou finanční situaci, do které se dostal kvůli hazardní hře.

B. Hazardní hraní nelze lépe vysvětlit manickou epizodou.

Při troše fantazie a dobré vůle zde najdete podobnosti se známkami závislosti, jakými jsou zvýšené množství času, které návykový problém zabírá, zvyšování tolerance, zhoršené sebeovládání, odvykací stavy a pokračování vzdor škodlivým následkům.

Lze tedy shrnout, že patologické hráčství, ačkoliv to není závislost v pravém slova smyslu, má se závislostí mnoho společných rysů.³⁴

4.5.Fáze závislosti na hazardních hrách

Zákonitosti kariéry patologického hráče lze rozdělit podle profesora v oboru sociální práce Pavla Mühlpachra (2008) a psychologa a psychoterapeuta Lubomíra Smékala (2004) do následujících tří stádií.

Stádium výher

V této rané fázi člověk mívá fantazie o možnosti velké výhry. Zkouší hrát a získává zkušenosti s výhrou, vyhrané peníze u něj vzbudí něco jako pocit štěstí. Tato zkušenost vede ke zvýšené touze to znovu zopakovat a vyhrát ještě více peněz. Člověk zvyšuje své sázky a přestává si uvědomovat výši vkladu, které do hry investuje. Postižený se projevuje optimismem a chlubí se svými výhrami přátelům, byť jsou nepravdivé nebo jsou pravdivé jen z části. Jestliže hráč splňuje alespoň část z uvedených charakteristik, mívá za sebou první stádium rozvoje úplné závislosti na výherních automatech, které se říká fáze výher.

³⁴ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, s.29. Spisy Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity, sv. č. 112. ISBN 978-807-3679-088.

Stádium prohrávání

V této fázi hráč myslí jen na hraní, myšlenky na hru u něj zaujímají důležité postavení a vytlačují ostatní zážitky. Cítí se jako zkušený hráč, přemýšlí o různých herních strategiích, zvažuje pravděpodobnost výhry na různých automatech, uvažuje o správném načasování hry na určitém automatu, má oblíbené a méně oblíbené automaty. Hráče hra zaměstnává, věnuje podstatně méně energie zaměstnání nebo škole. Jde o patologické hráčství. Hráč není schopen s hrou přestat, ztrácí kontrolu nad svým chováním. Před rodinou a blízkými hru skrývá. Půjčuje si peníze a splácení dluhů odkládá. Dochází k problémům v rodině i zaměstnání. Prohlubuje se hráčova osamělost, je neklidný, podrážděný, uzavřený a zanedbává své zdraví.

Stádium zoufalství

V tomto stádiu člověk ztratil většinu svých přátel, rodina již nefunguje, má výrazně poškozenou pověst a prožívá pocit osamělosti. Má tendenci obviňovat z odpovědnosti za své jednání druhé. V této fázi se může dopustit závažných trestných činů. Hráč upadá do těžkých duševních stavů, přemýšlí o sebevraždě, má za sebou suicidální pokusy. Většinou se postižený domnívá, že se mu podaří nad závislostí zvítězit samotnému.

Fáze závislosti patologického hráčství jsou doprovázeny vírou, iluzí, bludy a mýty. Hráč podléhá řadě iluzí a neopodstatněné víře, které pokračování hry podporují a činí ji opodstatněnou zdánlivě rozumnými důvody. Těm hráč věří a často je sdílí s ostatními gamblery, které zná, což tyto důvody činí ještě důvěryhodnějšími.

Podle Smékala (2004) k základní víře patří:

1. To, že má člověk výdrž, vědomosti a dovednosti a že je možné, aby z hraní získal větší obnos peněz.
2. To, že člověk může vyhrát, i přes to, že mnoho lidí neuspěje. Obzvláště k tomu dopomáhá, pokud hráč zakusí vyšší výhru na počátku hraní. Potom u něj vzniká víra, že může být úspěšným hráčem.
3. Pokud bude člověk vytrvalý, tak mu to jednou přece jen vyjde. Obzvláště silní hráči věří ve výraznější výhru.

Množství tzv. hráčských bludů souvisí s vírou patologických hráčů:

1. *Blud o rychlém zbohatnutí* – jestliže gambler zažije větší výhru, zpravidla velmi brzy po ní následuje stejně vysoká prohra. Zážitek z prohry bývá často potlačován, neboť hráč je více fixován na zážitek z výhry.
2. *Blud o zajímavosti hry, úniku od starostí a odreagování* – hráči zdůvodňují hru tím, že se jedná o zábavu. Hra ale bývá namáhavá a vyčerpávající. Stojí mnoho energie a sil. Spojuje se s napětím a stresem, který může organismus výrazně poškodit. Svými činy působí problémy na mnoha úrovních (rodina, zaměstnání, přátelé).
3. *Blud, že hráč musí vyhrát zpět peníze, které do hry vložil* – je to mylná představa banky, ve které hráč dostane zpět své peníze (případně i s úrokem), to co do ní v minulosti vložil.
4. *Blud o vlastní genialitě* – hráč žije v přesvědčení, že odhalil způsob, jak vyhrát na automaty. Blud není závislý na skutečné rozumové úrovni hráče. Dotýká se zcela jednoduchých lidí, tak i lidí s vysokoškolským vzděláním.
5. *Blud o tom, že hráč má hru pod kontrolou* – hráči, kteří jsou na hře závislí, jsou přesvědčeni, že do závislosti nemohou spadnout a že mohou přestat, kdykoliv budou chtít. Přítomnost tohoto bludu je jedním z dokladů toho, že daný člověk je na hře již závislý.
6. *Blud o tom, že se nikdo o mém hraní nic nedozví* – toto tvrzení je zcela nepravdivé, protože lidé, kteří opakovaně hrají, si kolem sebe postupně vytváří problémy. Těch si okolí samozřejmě nemůže nevšimnout.

Mezi patologickými hráči vznikají i mýty, které souvisí s bludy.

1. *Mýty o velkém hráči* – většinou se říkají o hráči, který objevil „bezpečnou strategii“. Jde o postavu, která vyhrává velké obnosy peněz, ve správnou chvíli dokáže přijít k automatu a v pravou chvíli od něj odejít. Mívá „čich“ na automaty, které dávají.
2. *Mýty o štědrých automatech* – v těchto mýtech hrají hlavní roli automaty, které jsou štědřejší, než ostatní.
3. *Mýtus o geniální strategii* – mezi gamblery kolují propracované návody, jak vyhrát. Někdy bývají vydávány i knižně.

4. *Mýtus o nutnosti mít zaplacený dluhy dříve, než se hráč rozhodne přestat s hraním* – naplnění tohoto mýtu bývá nereálné. Pouze udržuje hráče v začarovaném kruhu závislosti.

4.6. Léčba patologického hráčství

„Existují případy spontánního uzdravení, a naopak i při kvalifikované léčbě je možnost recidiv, které je třeba bez zbytečného moralizování efektivně zvládat. Léčba chorobného hráčství je možná, ale nemusí však být snadná. Chorobné hráčství se v mnoha ohledech podobá závislosti na návykových látkách. Proto i v léčbě používáme řadu postupů, které se osvědčili při léčbě jiných závislostí.“³⁵

Jak uvádí Nešpor a Csémy (1996) jsou používány postupy jako motivační trénink, kognitivně-behaviorální techniky, jako vícestupňová obrana, změna životního stylu, plánování příjemných aktivit a rozvoj bezpečných zájmů. Vzhledem k tomu, že patologické hráčství vede ke zvýšenému stresu, je proto vhodné používat relaxační techniky jako například jógu. Dále by se měl jedinec připravit na situaci recidivy a její zvládnutí, rozvíjet schopnost sebeuvědomění, zvládat negativní emoce a touhu po hře.

V roce 1994 vznikla v České Republice první organizace po vzoru Anonymních alkoholiků, s názvem Anonymní hazardní hráči. Byla založena pro pacienty na Oddělení pro léčbu závislostí v Psychiatrické léčebně v Praze 8.

V publikaci *Gambler a co s ním* od o.p.s. Magdaléna je popsán průběh léčby patologického hráčství.

Léčba patologického hráčství může probíhat ambulantní nebo ústavní formou ve specializovaných nebo zdravotnických zařízeních nebo ambulancích klinických psychologů nebo ambulancích adiktologů. K léčbě rizikových a problémových hráčů kolikrát postačí krátká intervence v ambulanci. Léčba patologického hráčství je ale dlouhodobý proces, který často vyžaduje opakování léčby. Musíme počítat s relapsy. U léčby není možné předpovědět, jaký bude výsledek. Na ten má vliv řada aspektů, jako jsou

³⁵ *Vesmír: přírodovědecký časopis Akademie věd České republiky* [online]. Praha: Vesmír, 1995 [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://www.vesmir.cz/clanek/hry-hazardni-i-nehazardni>

například, zda se hráč vrací do stejného prostředí, které před léčbou opustil nebo zda začal řešit sociální dopady, zda je schopen najít si zaměstnání, zda ho v abstinenci podpoří rodina či blízcí apod. Léčba probíhá v určitých fázích.

1. *„Inventura*

Po základním zklidnění a zajištění nemožnosti hrát zjišťujeme objektivní i subjektivní životní situaci pacienta, včetně jeho dluhů a možnosti je splácet. Zjišťujeme jeho náhled na jeho poruchu a ochotu spolupracovat na léčbě. Vyjednáváme léčebný kontrakt s ním a jeho příbuznými, kteří jsou velmi důležitým faktorem v úspěšnosti léčby.

2. *Informace*

V této fázi zajišťujeme přísun a adekvátní zpracování informací, které pacient potřebuje pro svou změnu. Pomáháme mu ujasnit si rizikové situace s ohledem na hraní a učíme ho zvládat stavy bažení („carving“) a jiných krizí. Učíme jej uvolnění a zvládání takových psychických stavů, jako je stres či upadání do transových stavů vášně, zlosti či deprese.

3. *Iniciativa*

Pacient přijímá hraní jako svůj problém a v této fázi již sám propracovává techniky, které ho učíme tak, aby mu vyhovovaly, a diskutuje s námi o jejich použití v každodenním životě. Hlavním programem této fáze je tzv. prevence relapsu, která je zaměřena na zvýšení sebekontroly v této oblasti do té míry, že nebude docházet k recidivě. Učíme pacienta řešit efektivně problémy a pracovat na zkvalitnění jeho myšlení a jeho obratu k myšlení pozitivnímu. Důležitý je nácvik sociálních dovedností, ve kterých má pacient obvykle některé typické deficity (komunikace, asertivita, zvládání krizí v partnerském stavu) z minulosti nebo které nově potřebuje (nácvik odmítání nabídek k hraní, zvládání výčitek druhých na jeho chování v minulosti apod.).

4. *Idea*

Pacient se snaží o zkvalitnění svého životního stylu a buduje svou novou identitu. Zabývá se možnostmi ovlivnění svého dalšího osudu, případně jeho kvalitního naplnění. Pracuje na sebepojetí v rámci rozvoje své profesionální

dráhy a svých zájmů. Učí se vytvářet a udržovat intimitu v partnerském vztahu, které spolu s důvěrou obvykle při patologickém hráčství bere za své.,³⁶

Po ústavní léčbě následuje léčení ambulantní. Pacient musí udržovat svoji abstinentskou kondici. Léčba je dlouhá cesta. Abstinence vyžaduje podstatné a trvalé změny způsobu života. Pacient by měl jinak trávit volný čas, musí se naučit nakládat s penězi, jinak bude vypadat jeho rodinný život apod. Stejně jako ve sportu i při překonávání patologického hráčství je důležité si udržovat kondici. Hráč si musí uvědomit své schopnosti a své silné stránky.

Základní součásti léčby

Léčba obsahuje čtyři základní části. Žádná nemůže při efektivní léčbě chybět.

1. *„Přerušeni hraní –* Někdy stačí omezení dostupnosti sázkové hry (omezení hospitalizací, dočasné přestěhování pacienta na místo bez sázkových her, omezení finančních zdrojů), je však vždy lepší, můžeme-li začít s tímto omezením za plného souhlasu pacienta. Při přerušeni hraní je důležitá psychoterapie, případně farmakoterapie.
2. *Změna při zacházení se svými financemi –* Je třeba otevřeně informovat zúčastněné o pacientově finanční situaci a naplánovat si rozpočet. Je dobré, může-li patologický hráč předat správu nad svými financemi někomu, kdo se o ně postará a kdo po zkontaktování věřitelů pomůže vypracovat plán splácení dluhů.
3. *Prevence relapsu –* Nejdůležitějšími strategiemi zvládat bažení („carving“), je z počátku zajistit nedostupnost sázkové hry, včetně známých spouštěčů (reklama na sázkové hry) a zvládat negativní duševní stavy a silné emoce. Dlouhodobější strategie se opírá o programové vědomé lpění na pocitu zlepšování a zvýrazňování negativních průvodních jevů hraní. V bezpečném terapeutickém rámci stav bažení vyvoláváme s přerušováním podmíněného reflexu tím, že přerušujeme automatismy s tímto stavem spojené. Jednoznačně přínosnou strategií je úsilí dodržovat denní režim tak, aby docházelo co

³⁶ Gambler: a co s ním?. [online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=198>

nejméně ke stavům nečekané únavy a vyčerpání, nebo naopak nečekaného přílivu energie (nepít alkohol v místech se sázkovou hrou, totéž platí o pití kávy, kouření cigaret), ve kterých by nejspíše pacient stav nového bažení nezvládl.

4. *Úprava svého životního stylu* – Opírá se o vědomí obrovské síly automatismů, které by měl pacient postupně budovat, a které by měli být co možná nejméně slučitelné s hraním. Snažíme se dodat životu pacienta nové smysluplnosti, která jedince naplňuje.³⁷

³⁷ Léčba patologického hráčství. [online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://www.problemgambling.cz/news/lecba-patologickeho-hracstvi/>

5. Hiporehabilitace

5.1. Hiporehabilitace v historii

Podle Kamily Krumpolcové a její závěrečné práce z Pražské vysoké školy psychosociálních studií s názvem „Hiporehabilitace, léčba pomocí koně“ a pediatričky, tělovýchovné lékařky MUDr. Jany Kulichové (1995) trvá soužití člověka a koně asi 6000 let. Kůň si získal v procesu soužití s člověkem výjimečné postavení, nese v sobě symbolický význam, který se odráží v pověstech, bájích, mýtech a legendách. Ve vrcholném filosofickém díle Marca Aurelia (121-180 n. l.) „Horovy mezi sebou“ se objevují nepřímé zmínky o léčebném využití koně. Další známé podklady z tohoto období jsou od Galenose z Pergamotu (130-199 n. l.), který byl císařův osobní lékař. Ze středověku je jen málo zmínek o pozitivním působení jízdy na koni. Bohatší na písemné podklady bylo až 18. století. Mezi osobnosti, které upozorňovali na pozitivní působení jízdy na koni patřil osobní lékař Marie Terezie - Van Swieten, dále doktor J.C.Tissot, který napsal „Léčebná a chirurgická gymnastika, neboli výzkum o využití pohybu“. V této knize je vůbec poprvé uvedeno, že nejdůležitějším chodem koně pro terapii je krok, což platí do dnes. Od konce 19. století začala vznikat první cvičební nářadí ve tvaru koně se sedlem, která sloužila k provádění mechanické zdravotní gymnastiky.

Mezi známé propagátory jízdy na koni pro upevnění zdraví byl na počátku 20. století i Ludovít Štúr, slovenský politik, jazykovědec, učitel, spisovatel a novinář. „K jízdě na koni měl aktivní postoj i první československý prezident T.G.Masaryk. Svůj pozitivní postoj projevil i velmi výstižným výrokem, který zaznamenal Karel Čapek v hovorech TGM: „Proč rád jezdím na koni?- protože je to nejrychlejší tělocvik. To se cvičí najednou celé tělo, ruce, nohy, plíce, srdce – jen to zkuste!“³⁸ Po 1. světové válce Dame Agnes Hunt (zakladatel ortopedické kliniky) použil koně k rehabilitaci válečných ortopedických zranění.

V naší republice začínala hiporehabilitace probíhat zvolna od roku 1947, a to především k léčbě pohybových poruch po polymyelitidě. Podobnému vývoji dochází i v Německu, Francii, Itálii, Velké Británii a dalších evropských zemích. Začátkem 60. let začínají v Evropě vznikat organizace zabývající se hipoterapií. Koně byly používány

³⁸ MIČICOVÁ, Lucia. *Paravoltiž: alternativní sport pro handicapované*. s.13. Pardubice, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Kříšťálová Jana.

pouze k terapeutickým účelům a jezdcí prováděli korekční cvičení ve speciálních polohách, tak aby na ně působil třídimensionální pohyb koně.

První mezinárodní kongres se konal v Paříži v roce 1972 a druhý v Basileji v roce 1975 vedený Dr. Baumanem, pediatrickým neuroortopedem. Na nich bylo odsouhlaseno, že všechny národní organizace budou podporovat rozmanité formy kontaktu s koněm za účelem zlepšení kvality života lidí s handicapem. Dále souhlasili s vypracováním standardů pro trénink kvalifikovaných osob vhodných k různému použití koně.

Novodobou hipoterapii v Československu začali provádět v roce 1976 v Hucul Clubu ve Zmrzlíku u Prahy. Na léčbu tam dohlížel neurolog Prof. MUDr. Karel Lewit DrSc. Dalším centrem byl rehabilitační ústav Chuchelná u Opavy. Zde se využívalo k léčbě dětí s dětskou mozkovou obrnou huculských koní. Od 80. let 20. století se hiporehabilitace rozšířila i na další místa naší republiky (např. Karviná, Zbůch, Jánské Lázně, Praha – Bohnice, Nové Baně, Bratislava).

5.2. Česká hiporehabilitační společnost

Česká hiporehabilitační společnost (ČHS) byla založená v roce 1991. Je to dobrovolné, nezávislé a nepolitické občanské sdružení. Cílem je šíření rehabilitace prostřednictvím koně, včetně psychoterapeutického přístupu, integrace a sportovního využití osob se zdravotním postižením. ČHS se snaží o uznání metodiky hiporehabilitace na nejvyšší možné odborné úrovni a napomáhá organizovat jejich výzkumy. Ve sdružení jsou lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, pedagogové a jezdeckí instruktoři. Významnou složku členské základny tvoří klienti a jejich rodinní příslušníci.

Více o tomto občanském sdružení se můžeme dozvědět na internetových stránkách <http://www.hiporehabilitace-cr.com/>. Součástí jejich aktivit je i publikace časopisu s názvem HIPOrehabilitace. Informuje o novinkách u české i zahraniční hiporehabilitace, o jednotlivých střediscích, metodách a aktivitách, jak pro laickou i odbornou veřejnost. Vychází 2x – 4x ročně v tištěné podobě a je také ke stažení na internetovém odkazu <http://www.hiporehabilitace-cr.com/vse-o-chs/dokumenty/?category=11>.

„V praxi existují 3 různé základní modely organizací zabývajících se léčebným ježděním na koni:

1. *Organizace zabývající se pouze hipoterapií*

Koně jsou využíváni pouze pro hiporehabilitaci. Ta probíhá pod lékařským dozorem a koně jsou ošetřováni a připravováni fyzioterapeutkami, které mají amatérskou jezdeckou licenci nebo jezdeckými cvičiteli. Koně nejsou využíváni k práci se zdravými jezdci, ale někdy jsou poskytovány klasické jezdecké hodiny postiženým. Nedochozí zde proto k integraci, což je jejich hlavní nevýhoda. Tento model u nás používají např. v ÚSP Zbůch, v lázních Luže – Košumberk. Je to model vhodný pro relativně uzavřená a oborově specializovaná zařízení, jakými jsou léčebny, neboť využití koní pro ježdění postižených je maximální. Jsou financovány zdravotní pojišťovnou, z nadací, sponzory apod.

2. *Integrační zařízení*

Kromě hipoterapie a výuky postižených k jezdeckví také slouží jako jezdecký klub či oddíl pro zdravé děti a vytvářejí tak neformální prostředí pro integraci. Financovány jsou jednak ze státních dotací, sponzorských darů, ale jsou schopny i částečně si na sebe vydělat poskytováním jezdeckých hodin (Respin Praha, Psychiatrická léčebna Bohnice Praha apod.).

3. *Vyloženě sportovně zaměřené oddíly na sport postižených*

V Německu jsou členy Sportovního svazu tělesně postižených. Kromě jezdeckví se snaží nalézt a provozovat i jiné sporty vhodné pro tělesně postižené, čímž se odlišují od ostatních modelů. U nás zatím neexistují takto zaměřené kluby zahrnující i jezdeckví.³⁹

Dnes již sportovně zaměřené oddíly na sport postižených existují i v České Republice. Bohužel jejich počet je velice nízký. Jedním z takových oddílů je například APA VČaS Olomouc (Aplikované Pohybové Aktivity Volný Čas a Sport).

³⁹ KULICHOVÁ, Jana. *HIPOREHABILITACE*.s.11. Praha: Nadace OF, 1995.

5.3. Hiporehabilitace

Jedná se o zastřešující název pro veškeré aktivity a terapie v oblastech, kde je kůň využíván ke kontaktu se zdravotně znevýhodněným člověkem popř. s člověkem se specifickými potřebami. Dle hipologů Hollého a Hornáčka (2005) můžeme pojem definovat takto: „Hiporehabilitací se rozumí včlenění vození se na koni nebo ježdění (hipických aktivit) do komplexu opatření zaměřených na obnovení ztracené funkce, zmírnění nebo minimalizování či odstranění fyzického, psychologického, sociálního nebo mentálního handicapu pacienta nebo klienta. Z tohoto úhlu pohledu se dá chápat také vztah pojmu hiporehabilitace k pedagogicko-psychologickému ježdění.“⁴⁰

„Je nejrozšířenější formou animalterapie – léčby využívající působení zvířat na člověka. Pacient na koni je z hlediska ovládání koně naprosto pasivní. Podstatou léčebného působení je využití přirozeného třírozměrného pohybu koně v kroku, kterému se pacient přizpůsobuje.“⁴¹

„Resocializační působení hiporehabilitace je komplexní. Zahrnuje oblast medicíny, psychologie, pedagogiky, sportu.“⁴² Dělí se na čtyři disciplíny. To je výstižně popsáno na internetových stránkách České hiporehabilitační společnosti www.hiporehabilitace-cr.com.

1. *Hipoterapie*

Speciální hiporehabilitační metoda, která probíhá pouze s doporučením lékaře. Jedná se o terapii na koni se speciálním výcvikem, který musí vést fyzioterapeut nebo ergoterapeut. Tato terapie je jedinečná tím, že spočívá ve využití trojrozměrného pohybu hřbetu koně v kroku. Ten probíhá v rovinách dopředu a dozadu, nahoru a dolů a do stran, při čemž každý kůň má tyto pohyby jiné. Klient reaguje na pohyby koňského hřbetu přenášením váhy, pohyby pánve a ramen.

Hipoterapie je určena k rehabilitaci pohybu u dětí i dospělých, kteří trpí poruchou koordinace, rovnováhy a vývoje vzpřimování. Jako prevence slouží, pokud dochází k onemocnění či degeneraci nervových drah řídících pohyb.

⁴⁰ HOLLÝ, K.; HORNÁČEK, K. *Hipoterapie : Léčbě pomocí koně*. s.19. Ostrava : Montanex, a.s., 2005.

⁴¹ KULICHOVÁ in MIČICOVÁ, Lucia. *Paravoltiž: alternativní sport pro handicapované*. Pardubice, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Křišťálová Jana.

⁴² HOLLÝ, K.; HORNÁČEK, K. *Hipoterapie : Léčba pomocí koně*. s.16. Ostrava : Montanex, a.s., 2005.

2. Psychoterapie pomocí koně

Využívá specifickou triádu terapeut – kůň – pacient/klient. Léčba se zakládá na působení psychologickými prostředky s využitím specifických vlastností koně. Používá se u klientů s duševními poruchami a s duševními onemocněními. Psychoterapie je vhodná pro klienty všech věkových kategorií.

3. Aktivity s využitím koní

Je metoda speciální pedagogiky a sociální pedagogiky a práce, která využívá prostředí pro chov koní a práci s nimi a kontaktu s koněm jako prostředku k motivaci, výchově a vzdělávání lidí se zdravotním postižením a specifickými potřebami.

4. Parajezdectví

Je to disciplína, která je zaměřená na sportovní výsledky a rekreaci, nejde o terapii. Parajezdec díky speciálním pomůckám může jezdit na koni. Jedinec se může účastnit různých sportovních soutěží. Mezi disciplíny patří: paravoltiž, paradresura, parawestern, paravozatajství a paraparkur. Cvičence musí vést člověk s licenci na určenou disciplínu. Cvičitel musí znát zdravotní stav svých klientů a přizpůsobit jim výcvik k dosažení výsledků. Jezdec může provozovat sport na základě lékařského doporučení a vyšetření fyzioterapeutem, který se podílí na tréninkovém plánu.

„Hlavním cílem terapie je co nejúplnější začlenění klientů se zdravotním postižením/znevýhodněním či specifickými potřebami do aktivního života, který má očekávanou kvalitu. Středem zájmu je vždy klient a jeho problém. Je určená pro širokou škálu klientů s fyzickými, psychickými nebo výchovnými potížemi. Kůň slouží jako prostředek v rukou terapeuta a plně se podřizuje potřebám metodiky terapie.“⁴³

⁴³ SVÁROVSKÁ. Hiporehabilitace: úvod do problematiky. In: *Hyjé: koně Zlínského kraje* [online]. 2013 [cit. 2014-03-28]. Dostupné z: <http://www.hyje.cz/turistika/20972/>

6. Aktivity s využitím koní

Přednášející na Mendelově univerzitě v Brně Iva Jiskrová a statutární zástupkyně ČHS Vladimíra Casková (2012) uvádí, že v českém jazyce neexistuje pojmenování metody, která využívá zvíře jako léčebného prostředku. Proto používáme označení přijaté z anglosaské terminologie – léčení prostřednictvím/pomocí/s využitím koní. V České hiporehabilitační společnosti se používal termín *Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění* (LPPJ). Toto pojmenování již nevyhovuje, protože se činnosti liší v různých oblastech využití koní, které působí na člověka. Oblasti dělíme na **a)** Aktivity s využitím koní (AVK) a **b)** Terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků (TVKPP).

AVK a TVKPP spolu v mnoha případech souvisí, neboť se jejich působení prolíná. Záleží na úhlu a profesi toho, kdo lekci nebo terapii vede a jaký cíl sleduje, protože prostředky AVK a TVKPP jsou ve své podstatě stejné. Jak uvádí vedoucí terapeutka z o.s. Epona Vanda Casková ve svém článku „AVK nebo TVKPP?“ v Časopise HIPOrehabilitace.

Kůň – zvíře, které žije ve stádě, má sociální vazby s jasně danými pravidly. Každý kůň má své charakteristické chování, temperament, zkušenosti, senzoricou výbavu, proto každý jinak reaguje na podněty z okolí. Pokud člověk nejedná se zvířetem hrubě a násilně, tak kůň nevnímá jeho chyby v životě. Bude-li klient hrubý, kůň na tento způsob odpoví nezájmem, případně se nějakým způsobem ohradí. Pokud klient své chování napraví a začne se chovat tak, jak mu poradí zkušený terapeut, kůň bude opět ochoten spolupráce. Pokud se nejedná o extrémní případy hrubosti a agrese, tak je kůň okamžitě svolný ke spolupráci a přátelství.

„Emoční neutralita zvířete hraje v léčbě závislých primární úlohu. Koně totiž nemůže žádný pacient obvinít z předpojatosti a instrukce terapeuta považovat za zásah do svých práv nebo osobní svobody.“⁴⁴

⁴⁴ HOLLÝ, K.; HORNÁČEK, K. *Hipoterapie : Léčba pomocí koně*. s.155. Ostrava : Montanex, a.s., 2005.

Kůň jako medium proniká do oblasti pedagogické, psychologické a psychoterapeutické. Cílem je podporovat pozitivní změny chování, odstranit nebo zmírnit projevy duševních poruch, vytvořit citové vazby apod. Kůň se využívá v léčebném procesu z těchto důvodů:

- Je konstantní ve svém chování
- Je empatický a ohleduplný
- Nepodbízí se, nemstí se
- Terapie probíhá v kontextu citového vztahu člověka s koněm
- Terapeut může stát v pozadí situace – korekci poruch zvládá kůň
- V jednom okamžiku zaměstnává všechny systémy lidského organismu

Působením koně jsou ovlivňovány:

„Komunikace – kůň se stává prostředníkem mezi klientem a terapeutem také při rozvoji vzájemné komunikace. Komunikace se rozvíjí i ve skupině mezi klienty navzájem.

Vztah – vytvářením kontaktů mezi klientem a terapeutem, rozvíjením jejich vzájemné komunikace a prostřednictvím vztahu klienta ke koni se může vytvářet vztah klienta a terapeuta, a tak se mohou otevřít dveře k další psychoterapeutické spolupráci. Důležitá je bezpečná atmosféra stále podporující odstranění úzkosti a nedůvěry.

Motivace – velké živé impozantní zvíře je silným motivačním činitelem pro spolupráci klienta s terapeutem a pro vzájemnou spolupráci ve skupině. Prostřednictvím koně často naváže terapeut spolupráci s dosud nespolupracujícím klientem. Zlepšují se také volní schopnosti klientů.

Pozornost – při intenzivním kontaktu s koněm je klient nucen k soustředění pozornosti, je velmi emočně angažován, jeho chování je neustále konfrontováno s jednoznačnými a okamžitými reakcemi koně. V takové situaci se často „ztratí“ problémový příznak (např. bolesti hlavy, koktavost, úzkost, stereotypní stesky atd.), protože pozornost je upřena na práci s koněm.

Emotivita – Při terapii s využitím koní dochází k významnému oživení emotivity u většiny klientů, kteří mají emotivitu plošší nebo jsou laděni depresivně. Kůň také díky své emoční neutralitě, nezaujatosti a nepřítomnosti předsudků umožňuje člověku získat emočně

korektivní zkušenost. Důležitou roli při práci s koněm hraje strach a jeho překonávání, což podporuje zvyšování sebehodnocení klienta a získávání pocitů jeho vlastní kompetence.

Chování – Při terapii lze pracovat na změně nepřiměřeně submisivního nebo naopak nepřiměřeně dominantního chování. Díky práci prostřednictvím koně se terapeut snadno vyvaruje kritiky klientova neadekvátního chování, protože kůň nekritizuje, ale má své jasné potřeby a projevy. Využívají se techniky, které vyžadují dominantní nebo naopak submisivní projev ze strany klienta. Klient pak může reflektovat svou zkušenost se vztahem ke koni a v práci s koněm, může objevovat své skryté rezervy či alternativy chování. Svým stabilním jednáním kůň usměrňuje nepřiměřené jednání klienta. Toho se využívá např. u dětí s poruchami chování. Pokud si dítě přinese „zlobení“ do stáje, nemůže lekce proběhnout, protože to kůň jednoduše nedovolí.

Nácvik kognitivních funkcí – Učením součástí jezdecké výstroje, opakováním různých informací o koních, využitím her s koňmi se nenásilně trénují kognitivní funkce.

Zlepšení kvality života – Možnost přicházet pravidelně ke koním do stáje a účastnit se terapeutických programů představuje pro klienty významné zlepšení celkové kvality jejich života.⁴⁵

Aktivity a terapie s využitím koní prostřednictvím psychologických prostředků nabízí mnoho způsobů práce. Terapeuti stojí v pozadí a kůň provádí korekci poruchy. Terapeut je prostředník k navázání komunikace. S klienty se pracuje buď individuálně, nebo ve skupině. Klient získává prostřednictvím koně důvěru k terapeutovi i k dalším členům terapeutické skupiny.

6.1. Oblasti působení aktivit s využitím koní

Terapeut při práci s klienty v oblasti AVK učí sebezpoznání, sebehodnocení svých dovedností a schopností. Využívá motivaci, kterou kůň klientovi nabízí. Učí klienty spolupracovat při péči o koně, při nasedání nebo sesedání z koně, učí poskytnout záchranu kolegům ze skupiny. U klientů vyvolává kontakt s koněm emotivní zážitky a podporuje jejich intelektovou složku a pozornost. Do cílové skupiny klientů, pro které je AVK přínosné, patří: děti s poruchami chování a učení, děti s vadami řeči, klienti s mentálním

⁴⁵ IVA JISKROVÁ, Vladimíra Casková. Hiporehabilitace. s.94-95. 2., přeprac. vyd. V Brně Mendelova univerzita, 2012. ISBN 80-737-5635-8.

postižením, klienti se smyslovými vadami, duševně nemocní klienti, klienti s diagnózou autismus, klienti trpící poruchami příjmu potravy, klienti se závislostmi na návykových látkách nebo hracích automatech, duševně nemocní klienti, klienti, kteří se obtížně sociálně začleňují, atd. (Jiskrová a Casková, 2012).

6.2. Působení aktivit s využitím koní na jedince

Podle Jiskrové a Caskové (2012) působí AVK na jedince ve třech složkách, a to na fyzickou, sociální a psychickou. Hollý a Hornáček (2005) uvádí, že: „Léčba koněm je komplexní. Působí jak na fyzickou, tak i na psychickou a sociální stránku objektu našeho působení.“⁴⁶

Fyzická složka

- působitelem jízdy na koni jsou mechanismy posturálních programů a mechanismy řízení pohybu koně dle potřeb jezdce
- ovládání koně uspokojuje jedince, protože mu umožňuje ovládání dle jeho představ
- klientovi zlepšuje funkci kardiovaskulárního aparátu
- posílení kondice, celkové posilování zdraví, zlepšování koordinace pohybů

Sociální složka

- začlenění do skupiny
- emoce
- pomoc druhým
- získání nových informací a sociálních dovedností
- zpětná vazba

Psychická složka

- navázání kontaktu
- emoce, edukace
- představa a pocit moci
- korektivní emoční zkušenosti
- zkouška a nácvik nového jednání

⁴⁶ HOLLÝ, K.; HORNÁČEK, K. *Hipoterapie : Léčba pomocí koně*. s.138. Ostrava : Montanex, a.s., 2005.

- sebereflexe
- relaxace

Hollý a Hornáček (2005) uvádí možný mechanismus účinku. Cílená příprava v jezdeckém sportu pěstuje vůli, která bývá u lidí s různými závislostmi oslabená. Jezdecký sport staví před pacienta stále náročnější cíle. Jejich překonávání souvisí s překonáváním sebe sama a s pěstováním vůle. Problémem závislých lidí bývá nedůvěra v terapeuta, čímž selhávají terapeutické i rehabilitační snahy. Tyto bariéry lze snadnou a přirozenou cestou překlenout prostřednictvím koně, který je emočně neutrální tvor. Terapeut má roli trenéra a díky tomu jej pacient nevnímá jako nepřítele. K deklarovanému terapeutovi má klient negativní podvědomý postoj, protože v něm vidí toho, kdo mu chce vzít „dudlík“. U pacientů opakovaně selhávajících, je nedostatek sebedůvěry. Pokud začne pacient zvládat základy jízdy na koni, získá v sedle důvěru v sebe sama, vidí na svět z vrchu, ovládá ho. Zjišťuje, že když se dokáže překonat v této jedné věci, dokáže to i v jiných.

„Naopak závislí s nedostatkem disciplinovanosti a s nezdravým sebevědomím se prostřednictvím koně stávají disciplinovanějšími, protože musí se zvířetem spolupracovat, jinak nedosáhnou výsledku. Jízda na koni upozorní tyto pacienty i na nedostatečnou fyzickou kondici způsobenou nezdravým způsobem života.“⁴⁷

6.3. Techniky aktivit s využitím koní

Jak již bylo zmíněno, AVK se netýká pouze jízdy na koni, ale i práce kolem něj. Ta se dělí na jednotlivé části, které na sebe postupně navazují. Rozdělení a popis činností uvádí Jiskrová a Casková (2012).

Práce ve stáji - za nejlepší možnost se považuje nabídnout klientovi nejen samostatné ježdění na koni, ale i možnost seznámení se s prostředím stáje a s prací, která je spjata s chodem stáje a životem koní. V rámci terapie je snaha, aby se klient podílel na péči o koně. Tím se buduje úzký vztah mezi klientem a koněm. Jedinec si tak koně více váží a nebere ho jen jako prostředek k jízdě, ale jako živou bytost, o kterou je nutné se pečlivě starat. Práce ve stáji umožní klientovi vytvořit si pracovní návyky a pocit

⁴⁷ HERMANNOVÁ in HOLLÝ, K.; HORNÁČEK, K. *Hipoterapie : Léčba pomocí koně*. s.155. Ostrava : Montanex, a.s., 2005.

zodpovědnosti. Je dobré pracovat ve skupině, vytvářet nové sociální vztahy a především komunikovat jak s koněm, tak s ostatními, kteří se podílejí na péči. Práce ve stáji má určená pravidla, aby nedocházelo ke zranění osob nebo koní. S pravidly se musí klient seznámit a být veden k jejich dodržování. Terapeut seznámí klienta s prostředím stáje, způsobem práce, naučí ho čistit a sedlat koně, rozpoznávat jednotlivé pomůcky a předměty, které se ve stáji používají. Je snaha začlenit klienta do skupiny a navodit podmínky k rozvoji komunikace.

Práce s koněm ze země – tato forma práce může být individuální i skupinová. Tuto práci volíme, pokud chceme, aby klient navázal s koněm kontakt a překonal strach z neznámého zvířete. Pokud se stane, že klient při prvním kontaktu s koněm odmítne jezdit, nenutíme ho a nabídneme mu jinou formu práce. Důležité je, aby klient navázal s koněm kontakt, například ho pohladil, aby dal koni nějaké podněty (nabídnout pamlskek, tlesknutí, zvednutí rukou apod.) a aby pozoroval, jak na tyto podněty kůň reaguje. Vycvičený kůň reaguje klidně, a tím ukáže klientovi, že se nemusí ničeho obávat. Mezi další činnosti práce s koněm ze země patří vedení koně a to buď v průběhu různých her, nebo vedení koně druhému klientovi, který na něm sedí. Tato činnost potřebuje naprostou soustředěnost a spolupráci mezi vodičem a jezdcem. Při práci ve skupině existují různé druhy her, které se dají s koněm ze země provádět.

Práce ze sedla – Klient sedí na hřbetu koně buď na měkké podložce a má k dispozici madla, nebo v sedle. Provádíme s ním jednoduché úkoly v kroku. Na začátek necháme klienta uvolnit, bez jakékoliv činnosti, aby si zvykl na pohyb koně. Během jízdy nacvičujeme správné držení těla a korektní sed. Pokud klient tyto cviky zvládne a cítí se při jejich provádění bezpečně, přejdeme ke složitějším úkolům. Například jízda se zavřenými očima, leh na koni, cvičení tzv. mlýnek apod., hry s míčem atd. Do jízdy se dají zařazovat další prvky, jako jsou logopedická cvičení, čtení písmen na jízdárně, hry na rozvoj komunikace atd. Tyto činnosti se dají zařadit buď do terapie individuální, nebo skupinové.

Aktivní ježdění a voltiž – Tento druh práce s koněm je určen pro klienty, kteří zvládají základní cvičení a chtějí pokračovat dále. Klient se zde učí vést koně sám, nejprve v kroku, postupně pak v klusu a ve cvalu. Pro aktivní ježdění je nutné pečlivě zvážit, které klienty do terapie zařadit. Musí být zajištěna bezpečnost jak lidí, tak koní.

Na závěr lekce by měl terapeut opakovaně dávat vysoce pozitivní hodnocení při prožívání úspěchů ať už při práci ze země nebo v sedle.

6.4. Cíle aktivit s využitím koní

Cíle se mohou rozdělit do sedmi oblastí, které jsou popsány na internetových stránkách České hiporehabilitační společnosti (www.hiporehabilitace-cr.com).

Rozvoj sociálních schopností a dovedností – posilování pozitivních osobnostních vlastností, možnost spoluvytvářet hodnotový systém, umění komunikace, vedení ke spolupráci, snaha o prožití pocitu sounáležitosti.

Snížení rizika sociálního vyloučení – navázání nových přátelství, posílení vztahů v rodině, pomoc při zapojení do běžného života, aktivizace jedince

Rozvoj psychické kondice – rozvíjení kognitivních funkcí, posilování sebevědomí, snaha o navození pozitivních změn v psychice, relaxace a odpočinek

Pozitivní ovlivnění chování – lepší schopnost sebekontroly, větší soběstačnost

Zlepšení zdraví a fyzické kondice – normalizace svalového tonu, zlepšení koordinace a rovnováhy, rozvoj fyzické zdatnosti

Uspadnění edukačních procesů – zážitková pedagogika

Pozitivní a smysluplné trávení volného času

Poslední bod, pozitivní a smysluplné trávení volného času, můžeme brát také jako terciální prevenci. Jak popisuje Hollý a Hornáček, jedná se o to, že mnoho závislých má problémy se po léčení zapojit do normálního života. Pokud se jim to povede, mívají problém s volným časem, kdy se před léčením věnovali své závislosti. Navíc ztratili kontakt se svým původním kulturním prostředím, které je po léčbě i odmítá. Mívají pocity samoty s následným přidružením depresivních stavů. Jestliže je jízda na koni zaujala, může tato aktivita vyplňovat jejich volný čas a tím předcházet možným recidivám.

V léčbě závislostí jsou cíle obdobné. Jsou popsány v článku Pavly Vitmajerové hlavní terapeutky v LP Kosmonosy ve sborníku *Zooterapie ve zdravotnických zařízeních* (2009). Klade se velký důraz na stimulaci prožívání (učení se uvolňování stresu, napětí a

negativních pocitů, navození dobré nálady, odpoutání pozornosti od venkovních zatěžujících vlivů a soustředění se na léčbu). Dále se snažíme klienta naučit správné držení těla, správnému dýchání a koordinaci pohybů rovnováhy, které vedou k uvolnění napětí jak duševního, tak i tělesného. U gamblersů je důležitá stimulace kognitivních funkcí, především stimulace pozornosti a paměti. Důležitá je podpora zdravého sebevědomí, správného sebehodnocení a zpětná vazba. Terapeut se snaží pozitivně formovat vztahy ve skupině a vede klienty k získání motivace, vůle a nových zájmů.

VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část měla být původně formou polostrukturovaného interview s klienty a lékaři z PL Bohnice. Při snaze o kontakt s pracovníky léčebny jsem se setkávala pouze s negativními odpověďmi či přesouváním kompetencí na jiné osoby. Měla jsem tedy možnost zjistit, jak velká je uzavřenost těchto míst. Vzhledem k tomu, že v PL Bohnice se zmenšovala šance na úspěch, začal jsem kontaktovat i další léčebny, využívající AVK při odvykání závislostí. Veškeré mé úsilí skončilo negativními výsledky. Jak jsem dále zjistila, některé z nich již metodu AVK nevyužívají, což snižuje počet léčeben využívajících tuto terapii na tři v celé České Republice. Jedná se o PL Bohnice, PL Havlíčkův Brod a PL Jihlava. V nedávné době se AVK využívala i v PL Kosmonosy a PL Nechanice, kde ke mně byli velice vstřícní, ale bohužel již tuto terapii v dnešní době nevyužívají.

Při zadání tohoto tématu na internet v anglickém jazyce mi bylo nabídnuto nespočetné množství různých rančů a organizací, kde je terapie pomocí koně využívána. To jen potvrzuje můj názor na to, že se u nás využívá koní při léčbě závislostí až znepokojivě málo a měly bychom jít po vzoru zahraničí. Tím by se vyřešil problém s dlouhými čekacími lhůtami pro nástup na odvykací léčby.

Dále jsem se chtěla zaměřit na zahraniční literaturu, ale vzhledem k tomu, že je u nás poměrně nesnadné sehnat českou a slovenskou literaturu na téma hiporehabilitace, sehnat zahraniční je o to těžší. To je spojené s tím, že u nás pořád není téma hiporehabilitace dostatečně známé. Důkazem toho je, že jsem se ne jednou setkala s otázkou: „Co je to ta hiporehabilitace?“.

Protože jsem chtěla zachovat podstatu výzkumné části, poslední variantou pro mě bylo najít zveřejněné články z praxe a kazuistiky a zpracovat je, vytvořit závěr. Po usilovném a dlouhém hledání se mi podařilo najít pouze tři kazuistiky a jeden článek o úvodní terapeutické hodině z praxe na téma AVK a závislost a jednu kazuistiku s klasickým postupem léčby. Oproti tomu jsem měla možnost nahlédnout do více kazuistik, kde je AVK využívána u lidí s handicapem. Což dokládá již zmíněné nedostatečné využívání této terapie při odvykání.

Výzkumná metoda

Jak jsem již zmínila, využila jsem obsahové analýzy textu. „Jde o analýzu a hodnocení obsahu písemných textů. Obsahová analýza je vhodným výzkumným nástrojem na ověřování (validizaci) zjištění uskutečněných pomocí jiných výzkumných metod. V každém případě by však i nekvantitativní obsahová analýza textu měla být objektivní, tj. nezávislá na osobních názorech a postojích toho, kdo analýzu uskutečňuje.“⁴⁸

Vymezení základního souboru textů

Výběr základních textů byl velmi omezen vzhledem k malému počtu článků z praxe a kazuistik, dostupných v literatuře a na internetu. Proto budu pracovat se čtyřmi kazuistikami z různých zdrojů i států a s jedním článkem z praxe.

Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit rozdíly mezi AVK a „klasickou“ metodou při léčení závislostí a která z těchto metod je lepší.

Výzkumné otázky

Jaký je rozdíl mezi AVK a „klasickou“ metodou při léčení závislostí?

Je lepší použít AVK nebo „klasickou“ metodu při léčení závislostí?

Výzkum

Příklad úvodní terapeutické hodiny z praxe na klientech se závislostí

Tento článek je k dispozici v časopise ČHS, HIPorehabilitace 4/2009, k dostání v elektronické podobě na internetovém odkazu <http://www.hiporehabilitace-cr.com/vse-o-chs/dokumenty/?did=13>.

„Příchod na první hodinu je doprovázen emocemi převážně ambivalentního charakteru. Klient se těší, ale zároveň toto těšení doprovází nejistota „jak to zvládnu“, tréma z neznámé činnosti a v neposlední řadě strach. Tyto ambivalentní pocity vyplývají již ze samotné představy koně, jako velkého zvířete, klienti jsou často poprvé u koní a neví, jak se kůň k nim bude chovat a jak se oni mají chovat ke koni, projevuje se snížená

⁴⁸ GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. s.117. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-859-3179-6.

sebedůvěra a sebehodnocení. Z tohoto pohledu považuji úvodní hodinu za stěžejní pro vybudování důvěry sobě samému, ke koni a k terapeutovi...

Nenahraditelné je uvolnění dosažené pomocí právě relaxačních technik (uvolnění, povolení, uklidnění)...Relaxaci provádíme na madlech a koně vede vodič. Poloha je dle mne podobná uváděné poloze „spícího vozky“ tj. nohy volně visí dolů, ruce jsou volně položeny na stehnech dlaněmi nahoru a hlava je zcela uvolněná a spuštěná jakoby dolů, oči jsou zavřené. Zavřené oči a uložení rukou na stehna si klienti vyzkouší ještě před začátkem relaxace, aby zvolená poloha pro ně byla opravdu pohodlná, samozřejmě se mohou držet madel a oči mohou mít pouze přivřené. Předem také navádím na několik hlubokých nádechů a výdechů, jejichž pomocí se dobře navodí uvolnění...

Po uskutečnění těchto fází dochází k celkovému uvolnění, zklidnění, zkoncentrování se na vlastní prožitky a velmi dobře se navazuje s imaginací, během které se navozuje představa krásné krajiny, zafixování si příjemného pocitu, který vydrží klientovi po zbytek dne.

Reflexe: ...na jízdárně jsme pomalu, ale jistě jezdili na koni a jak nám Pavla pozvolna, ale účinně ukázala, jak se odreagovat od věcí a starostí všedního dne. Krásně jsem cítil teplo přicházející z koně přes moje nohy a prodloužená záda a jak jde přímo do mě. K tomu ještě příjemný slovní doprovod a já se krásně odreagoval a přitom spojil svoje pocity s koněm a potažmo s přírodou...

...Pavla říkala, ať si sedneme, nohy necháme volně viset dolů a zhluboka dýcháme se zavřenýma očima. Potom jsem se měl pustit a ruce položit na stehna dlaněmi nahoru. V jednu chvíli jsem měl pocit, že z Navara spadnu, ale nestalo se tak, pořád nám vyprávěla a já měl stále zavřené oči. Zdálo se mi, že jedu tryskem ve smíšeném lese. Po chvílce jízdy jsem vyjel na zelenou rozkvetlou louku. Pásla se tam nějaká zvířata, ale bylo to moc ode mě, nevím, o jaké zvíře šlo. Navar se na louce zastavil sám a chvíli se pásł. Květiny byly bílé, žluté a některé oranžové. Jiná barva tam nebyla. Ve svém životě jsem nic krásnějšího nezažil, natož si sednout na tak krásné a ušlechtilé zvíře. Mám z toho jeden z nejnádhernejších pocitů, které ve svém životě jsem kdy mohl mít.⁴⁹

⁴⁹ HIPOrehabilitace [online]. Česká hiporehabilitační společnost, 2009 [cit. 2014-03-22]. Dostupné z: <http://www.hiporehabilitace-cr.com/vse-o-chs/dokumenty/?did=13>

Kazuistika I.

Kazuistika je k dispozici v elektronickém periodiku Addiction Today, v anglickém jazyce na internetovém odkazu www.addictiontoday.org/addictiontoday/2012/11/equine-therapy.html.

„Pro narkomana, jako je Bobby, byla závislost nefunkční strategie pro vyrovnání se se stresem života. Během jeho první terapie AVK se přibližoval ke koni, jako kdyby kráčel ulicemi Manhattanu v době dopravní špičky. Takže se kůň pohyboval od něj tím víc, čím víc se Bobby pokoušel přiblížit. Po dotazu na Bobbyho, co mu tato situace připomněla, byla jeho reakce mírně hlídána a defenzivní. Při dalším šetření jeho současné zkušenosti, byl schopen identifikovat strach a úzkost, něco, co kůň vycítil a reagoval jako na potencionální hrozbu.

Bobby byl schopen přirovnat zkušenost s koněm na jeho vztah s otcem, který byl alkoholik, znevažující a odmítavý. Bobby si uvědomil, že jeho závislost na opiátech byl způsob, jak uniknout z nesčetného množství emocí, jako je bolest, hněv, zraněnost a osamělost. Dozvěděl se o jeho dysfunkčním vzorci, jak se snaží spojit s ostatními, což bylo evidentní z mnoha krátkých neuspokojivých vztahů, které zažil ve svém životě, přes touhu po smysluplném přátelství a dlouhodobém partnerovi.

Jak Bobby pokračoval mluvením o svém životě poctivě, začal kůň chodit směrem k němu. Když si to Bobby uvědomil, na chvíli přestal mluvit a navázal s koněm oční kontakt. Kůň zhluboka vydechl, olízl si pysky – obě jsou známky relaxace – a posunul se blíž k němu. V tom okamžiku měl Bobby zkušenost být přijímaný a „přiblížil se“ k vnitřní upřímnosti a otevřenosti s jeho opravdovými pocity, což pro něj bylo něco velmi nebezpečného během vyrůstání s otcem.

Mnoho pacientů se závislostmi a jinými mentálními zdravotními problémy mají nesplněné vývojové potřeby jako je velký nedostatek podpory, povzbuzení, lásky a bezpečí. To často vede k problémům, které se ukotví v budoucím životě, jak tomu bylo v případě Bobbyho. Koně mají vlastnosti, které potřebujeme pro zdravé upevnění jako

např. být nekritický a emocionálně přítomný, což nám pomáhá rozvíjet vědomí sebe sama.⁵⁰

Kazuistika II.

Kazuistika je k dispozici v časopise ČHS, HIPorehabilitace 1/2010, k dostání v elektronické podobě na internetovém odkazu <http://www.hiporehabilitace-cr.com/vse-o-chs/dokumenty/?did=31>.

„Osobní anamnéza: Pacient je 28letý muž, svobodný, bezdětný, vyučený autoklempíř, nezaměstnaný, ale není veden na Úřadu práce, přeložen po krátkém detoxifikačním pobytu k plánované střednědobé protialkoholní léčbě. Ve škole odklad nástupu, problém dyslexie a dysgrafie, hyperaktivita, zhoršené známky z chování, hrozilo vyloučení, vymýšlel různé klukoviny.

Kriminalita: Rok byl zavřený „kvůli chlastu“, má dluhy na sociálním a zdravotním pojištění, v léčbě finančně podporován matkou.

Diagnóza: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu – syndrom závislosti, v anamnéze uvedeny kanabinoidy (látky, které se v přírodě vyskytují pouze v rostlinách konopí) a stimulancia (látky s budivými účinky). Přítomny jsou již projevy počínající deprivace osobnosti (zhoršení kvality osobnosti, nejčastěji v jejích morálních aspektech), a sociální projevy a nezdrženlivost ve více oblastech. Na oddělení má problémy s respektováním léčebného řádu, udržení koncentrace pozornosti při psychoterapeutických programech, demonstruje asociální chování.

TVKPP (terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků) zaměřeno zejména na zlepšení koncentrace a pozitivní změny chování

Průběh terapií: Vzhledem k zařazení do terapie 14 dní před ukončením jeho léčebného pobytu bylo využito pouze práce ze země a teoretických bloků zaměřených na trénink kognitivních funkcí.

1.účast na terapii – pacient se velmi ochotně a aktivně zapojuje do tematické přednášky o čištění koně a v praktické části ochotně vede kolegu, se kterým je ve skupině.

⁵⁰ DAMPSEY, Liz. EMOTIONAL MIRRORS: EQUINE THERAPY. *ADDICTION TODAY: Reclaiming lives for life* [online]. 2012, November 06 [cit. 2014-03-22]. Dostupné z: www.addictiontoday.org/addictiontoday/2012/11/equine-therapy.html

Záměrně byl pro něho vybrán kůň, který svým temperamentnějším chováním dokáže zaujmout jeho pozornost a nebude ho „nudit“. Při práci v hale byl opět velmi ochotný, aktivní a v dobré náladě, s koněm pracoval se zaujetím s pouze malými projevy pozornosti a ztráty koncentrace. Jeho chování v terapii v Hipocentru je protipólem k chování na oddělení. Je schopný dodržovat disciplínu, poslouchat vedení terapeuta i trenérky koní, aniž by nějakým způsobem odporoval.

2.účast na terapii – je zároveň jeho poslední a přichází s přáním opět pracovat se stejným koněm, i když skupina se již věnuje práci na madlech, on si opět za dozoru trenérky opakuje práci ze země se „svým“ koněm.

Písemná reflexe: ...dnešek se mě líbil hodně, začala hipoterapie, koně a zvířata...zvířata jsou někdy lepší než lidé...vždycky jsem je měl hodně rád, chtěl jsem s nimi i pracovat, ale neměl jsem na to známky...bylo mi fakt skvěle, ne jako na ostatních programech, byl tam i takový podobný koník, takový neposedá, jako já, ale byl fakt skvělejší...pak mi bude smutno po koních, hlavně po Bárným, je mi hodně podobnej, takový zlobidlo...⁵¹

Kazuistika III.

Kazuistika je k dispozici v knize Karola Hollého a Karola Hornáčka s názvem Hipoterapie: Léčba pomocí koně (Montanex, 2005).

„Přeložili ho k nám z ÁRA, kam se dostal z ulice, kde ležel otrávený heroinem. Mladík s vlasy zbarvenými do krvavě červena, s piercingem na těch nejnemožnějších místech, vyhublý, v bezvědomí, ale stabilizovaný. Nebylo mu kam zavést infuzi, protože měl žíly zničené opakovanými flebitidami po vpichu nesterilních jehel. Po zvládnutí těžkého abstinenčního syndromu jsme zjistili, že na Slovensku není ani jedno centrum, pro léčbu drogových závislostí, které by nebyl vyzkoušel. Klasická narkomanská kariéra. Rodina se ho už dávno vzdala. Prostředky na živobytí a drogy si obstarával krádežemi.

V našem zařízení ho oslovili koně. Nejdříve tam začal chodit v rámci pracovní terapie, později v rámci psychoterapeutického ježdění a ještě později v rámci svého volného času. Tři týdny na akutním oddělení, tři měsíce na oddělení pro léčbu drogových

⁵¹ HIPOrehabilitace [online]. Česká hiporehabilitační společnost, 2010 [cit. 2014-03-22]. Dostupné z: <http://www.hiporehabilitace-cr.com/vse-o-chs/dokumenty/?did=31>

závislostí a tři roky v chráněném domově, z toho poslední rok, jako řádný zaměstnanec PN. Koně mu učarovali. Nejen, že se naučil jezdit, ale koupil si koně a na něm vyhrál mistrovství Slovenska. Dnes Milan dělá profesionálního trenéra a drogy v jeho životě představují jen nepěknou vzpomínku.⁵²

Kazuistika IV.

Kazuistika je k dispozici na odborných internetových stránkách pro lékaře, psychiatrie pro praxi a je volně dostupná ke stažení na internetovém odkazu <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/03/10.pdf>.

„Čtyřiaadvacetiletý muž. První kontakt s psychiatrií měl v květnu 2000, kdy byl přeložen do Psychiatrické léčebny v Opavě z interního oddělení nemocnice v Novém Jičíně. Tam byl přijat pro intoxikaci toluenem a po revitalizaci předán do PLO.

Zjišťujeme, že v rodině není psychiatrická zátěž, ale žije u matky po rozvodu rodičů, otec protialkoholně léčen. Sám nebyl vážněji nemocen, porod a raný vývoj byl v normě. Jako dítě měl jen operaci mandlí pro časté anginy. Později až v souvislosti s abúzem drog opakovaně ležel v nemocnici pro intoxikaci toluenem, vše v rozmezí 1999–2000. Absolvoval základní školu, pak byl krátce na učilišti, ale pro absence byl propuštěn. Pracoval u dvou stavebních firem a v Technických službách. Před nástupem do léčebny byl bez práce. Byl také opakovaně trestán, vždy podmíněně pro krádeže. Také byl stíhán pro vyhýbání se vojenské službě. Je svobodný, nemá vážnější známost, sexuální zkušenosti mnohočetné.

Drogová anamnéza byla velmi pestrá. Od jeho 15 let měl téměř denní abúzus těkavých rozpouštědel, mimo sniffingu také toluen několikrát pil a několikrát byl proto v nemocnici pro stav bezvědomí. Vyzkoušel marihuanu, pervitin, hašiš, heroin – ale ten jen šňupal, také LSD, tripy. Přednost ale dává toluenu a amfetaminu.

V prvních dnech hospitalizace byl detoxikován, došlo ke stabilizaci základních psychických funkcí. Také se upravil toxikologického nález v moči – kyselina hippurová jako metabolit těkavých rozpouštědel. V rámci detoxifikace byl přeložen na oddělení v Horních Holčovicích, kde byl zařazen do léčebného režimu. Po třech týdnech detoxifikace

⁵² HOLLÝ, K.; HORNÁČEK, K. *Hipoterapie : Léčba pomocí koně*. s.156. Ostrava : Montanex, a.s., 2005.

byl přeložen na léčebné toxikomanické oddělení a zařazen do psychoterapeutického léčebného programu. Od počátku měl problémy se sociální adaptací a chováním. Byl agresivní vůči spolupacientům, nerespektoval personál, nedocházel včas na terapeutické programy. Laboratorní nález, včetně toxikologického vyšetření, byl negativní a nebyla podávána psychofarmaka.

Pro uvedené problémy byl opět přeložen do H. Holčovic do režimu zaměřeného na rehabilitaci s pracovní aktivitou. V průběhu tohoto programu se rozhodl pro další léčebné zařazení do terapeutické komunity Renarkon na Čeladné. Po dohodě s pracovníky komunity je pobyt ukončen po 4 měsících hospitalizace a předán do tohoto typu péče.

V době jeho pobytu v terapeutické komunitě Renarkon navštívil Psychiatrický stacionář pro léčbu závislostí v Ostravě s tím, že se nedokáže v rámci komunity udržet. Má problémy se svou agresivitou, stále přemýšlí nad další dávkou drog, vyvolává konflikty s dalšími klienty komunity, izoluje se, je vztahovačný, stále má představu, že jej chtějí z komunity vyštvat.

V rámci ambulantní péče ve Stacionáři byl ordinován quetiapin v dávce 25 mg večer. Po týdnu byla dávka zvýšena na 2× 25 mg ráno a večer. Stav se stabilizoval, byl schopen komunikace s terapeutu i spoluklienty v komunitě. Není paranoidní nastavení vůči okolí, je sociabilní a je schopen dodržovat režim. Tato medikace byla ponechána po celou dobu pobytu v komunitě, celkem dva měsíce. Poté byly řešeny sociální problémy v rámci možného nástupu pracovního poměru. Zhodnocení pracovní aptibility si vyžádalo rehospitalizaci v PLO. Pacient byl proto opět přijat k diagnostickému psychologickému zhodnocení stavu. V průběhu dalších 15 dnů hospitalizace byl psychický stav pacienta kompenzován, nebylo paranoidity, nebyla sociální maladaptace na prostředí a dokázal dodržovat režim. Práceschopnost v rámci možného nástupu do stavební firmy byla zhodnocena pozitivně, včetně možnosti pokračovat v medikaci quetiapinem. Nebyl pozorován útlum, došlo ke stabilizaci sociálních projevů a vymizení hraniční bludné paranoidní produkce.

Pacient byl propuštěn jako práce schopen a byla mu doporučena ambulantní medikace quetiapinu 2× 25 mg pro die.⁵³

⁵³ CHVÍLA, Libor a Soňa STAŇKOVÁ. Schizotypní, schiozidní, schizomorfní. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2000, 2001/3 [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/03/10.pdf>

Závěr výzkumu

Jak je patrné z článku a kazuistik o využití metody AVK, nebyla pacientům podávána psychofarmaka, jelikož se patologické projevy mírnily při kontaktu s koněm. Oproti tomu je v poslední kazuistice, která je bez využití metody AVK patrné a přímo napsané, že pacient by své agresivní projevy a představy bez podávání psychofarmak nezvládl. I přes ukončení léčby je mu doporučeno psychofarmaka nadále užívat. Z toho lze usoudit, že hlavním rozdílem mezi metodou AVK a „klasickou“ metodou při léčení závislosti je užívání farmakoterapie. Zde dá domnívat, že AVK způsobuje menší zatížení pro organismus pacienta. Dalším rozdílem je, že díky AVK může klient získat podnět pro trávení volného času a to díky vlastní zkušenosti. Jak bylo zmíněno, je to jedna z možností terciální prevence případného relapsu.

AVK se jeví jako vhodná terapie právě pro uzavřené a agresivní pacienty, jelikož díky kontaktu s koněm a nepociťováním nenávisti vůči trenérovi se klienti otevírají, tudíž se začnou klientovi problémy řešit dříve a léčení může trvat kratší dobu než u „klasické“ metody. Díky reakcím koně mohou vnímat správnost svého chování a jednání. Kůň se na nic neptá, nesoudí, a když klient udělá chybu, kůň to dá citelně najevo, takže je kůň v pozici terapeuta vůči klientovi, což bývá u některých klientů vnímáno více pozitivně než při osobním kontaktu s terapeutem – člověkem. Vliv koně na klienta je zjevný již při prvním kontaktu s ním, při první terapeutické hodině.

V člancích s využitím AVK není zmínka o relapsech. V kazuistice III. je příběh muže, který si prošel nespočetné množství psychiatrických léčení, kdy se pokaždé vrátil k narkomanii. Až při použití AVK došlo k úplné změně jeho vnitřního vnímání a myšlení a k úplné resocializaci. Oproti tomu je v kazuistice IV. popsáno, že klient byl několikrát přeložen, měl problémy v různých kolektivech a pomohla až léčba psychofarmaky. Pro pracovní uschopnění byla potřebná další hospitalizace. Z toho všeho je patrné, jak je „klasická“ metoda zdlouhavá a časově náročná.

Výhoda AVK spočívá v trávení volného času na čerstvém vzduchu a v kontaktu s přírodou, což je pro člověka přirozenější, než sezení v uzavřené místnosti. Navíc má klient možnost získat nové pracovní návyky a vykonávat aktivitu, která ho baví a vidí ihned výsledek, tudíž je jeho aktivita smysluplná.

Nevýhodou AVK je značná finanční náročnost a potřeba odborníků pro práci se zvířaty i klienty. Navíc musí být vybírána vhodná zvířata, která si prochází náročným výcvikem. Problém při využití AVK by mohl nastat ve chvíli, kdy by měl terapii podstoupit klient s alergií na zvířecí srst, seno, slámu a další alergeny vyskytující se ve stájích a jejich okolí. V tu chvíli je AVK nevhodnou terapií.

ZÁVĚR

Cílem mé diplomové práce bylo nastínění problematiky návyku a závislosti a využití léčby pomocí koně při odvykání drogových a alkoholových závislostí a gamblersství. Teoretická část je rozdělena na jednotlivé kapitoly, které se zaměřují vždy na jeden typ závislosti. Vzhledem k tomu, že v dnešní době se spousta lidí potýká s různými typy závislostí a nikdy nevíme, kdy bude závislostí ohrožen někdo nám blízký, popisují u těch třech druhů závislostí jejich vznik, průběh a projevy a v neposlední řadě i možnosti léčby.

V dalších kapitolách se věnuji tématu hiporehabilitace. Jedná se o léčebnou terapii s využitím koní. Podávám náhled na hiporehabilitaci již od jejich počátků až do dnešní doby. Vzhledem k tomu, že hiporehabilitace je jen zastřešující název pro všechny léčebné aktivity s pomocí koní, uvádím rozdělení a využití jejich jednotlivých částí. V České Republice je tato aktivita podporována organizací ČHS (Česká hiporehabilitační společnost) a proto jí také věnuji část své práce. Aktivity s využitím koní jsou popsány v samostatné kapitole, protože jsou jedním z pilířů mé diplomové práce. Uvádím jejich působení na jedince a to v různých aspektech života. Dále popisují metody práce s koněm a v neposlední řadě i cíle AVK.

Ve výzkumné části bylo cílem zjistit, zda je AVK vhodnou léčebnou metodou při léčbě závislostí a jestli vykazuje lepší výsledky, než metody klasické. Výzkumná metoda byla změněna z důvodu uzavřenosti psychiatrických léčeben vůči laické veřejnosti, což mi znemožnilo provádět zde výzkum. Jelikož jsem chtěla zachovat podstatu původního výzkumu, zvolila jsem alternativní metodu, a to komparativní obsahovou analýzu textů. V literatuře a v internetových zdrojích se mi podařilo najít čtyři kazuistiky a jeden článek z praxe. Během výzkumu se potvrdily mé teorie o funkčnosti AVK při léčbě závislostí. Popisují zde výhody i nevýhody již zmíněné terapie i porovnání s klasickou metodou.

Téma závislostí je v dnešní chaotické a na psychiku náročné době hodně aktuální. Vzhledem k mnou zjištěným výsledkům výzkumu se domnívám, že by se měla věnovat větší pozornost léčbě s pomocí koní a měla by se více využívat. V zahraničí je metoda AVK velice oblíbená právě pro její úspěchy v léčbě závislostí a následné resocializaci jedinců. Proto bych byla velice ráda, kdyby má práce přispěla k popularizaci AVK při léčbě závislostí a do budoucna vznikla nová hiporehabilitační centra.

SLOVNÍK

Abúzus – nadměrné užívání, nadužívání, zneužívání

Adiktolog – odborník zabývající se prevencí, léčbou a výzkumem závislostí

Anxiozita – chorobný stav úzkosti

Aptibilita – způsobilost

Craving – bažení

Detoxifikace – léčebná metoda, při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození

Dysforická nálada – opak euforie, špatná nálada

Elektroretinogram – záznam elektrické aktivity sítnice

Exacerbace – zhoršení nebo nové vzplanutí nemoci

Extatický – daný stavem extáze (extaticky naladěný)

Extracelulární – mimobuněčný, nacházející se mimo buňku

Flashback – záblesk minulosti, při kterém se člověk chová, jakoby se v minulosti prožité situace či nepříjemná událost znovu opakovala

Flebitida – zánět povrchových žil

Insuflace – vpravení, zavádění plynu

Intravenózně – do žíly

Humorální – související se šťávami, tekutinami v organismu

Kardiovaskulární systém – oběhová cévní soustava

Kompulze – nutkání k nějaké činnosti a její realizace, často neracionální, absurdní

Konfabulace – chorobná obrazotvornost, smyšlenka

Kruciální – rozhodující

Maladaptace – nepřizpůsobení novým životním podmínkám

Matrimoniální – manželská

Misúzus – zneužívání, škodlivé užívání

Myorelaxant – látka snižující svalové napětí

Neuroleptika – psychofarmaka používaná pro antipsychotický účinek především při léčbě psychotických poruch, též antipsychotika

Palimpsesty – krátkodobý výpadek paměti („okénko“)

Patická – emocemi podložená

Polymylelitida – infekční obrna, proti které je naše populace již očkovaná

Posturální – související se svalovým tonem

Prodromální – soubor nespecifických příznaků ohlašující příchod nemoci

Psychotická reminiscence – viz.flashback

Relaps – návrat k návyku, či jednorázová epizoda v průběhu léčby nebo těsně po jejím ukončení

Reziduální – doznívající

Screeningový výzkum – nenáročné, rychlé, levné vyšetření na určitou chorobu, zjišťujeme odchylky od norem většiny

Signifikantní – důležitý

Sniffing – šňupání

Suicidální – sebevražedný, vztahující se k sebevraždě

Svalový tonus – svalové napětí

Synergický – společně působící

Úzus – zvyklost, obyčej, zaběhnutý postup

Validizace - ověřování

ZKRATKY

APA VČaS – aplikované pohybové aktivity volná čas a sport

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

AVK – Aktivity s využitím koní

ČHS – česká hiporehabilitační společnost

DSM – IV – Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace

EAT – Equine-Assisted Therapy

HIV/AIDS – virus způsobující ztrátu obranyschopnosti/syndrom získaného imunodeficitu

LPPJ – Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění

LSD – Diethylamid kyseliny lysergové

MKN – 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

PL – psychiatrická léčebna

PLO – psychiatrická léčebna Opava

PN – psychiatrická nemocnice

THC – hlavní psychoaktivní látka nacházející se především v květenství konopí

TVKPP – terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků

ÚSP – Ústav sociální péče

WHO – World Health Organisation

ZDROJE

Literatura:

ADAMOVIČS, John A. *Analysis of addictive and misused drugs: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. 1. vyd. Praha: M. Dekker, c1995, 347 s., obr. Rádci pro zdraví. ISBN 08-247-9238-6.

AUTORŮ, Kolektiv. *Sociálněpatologické jevy*. Vyd. 2. Brno. ISBN 80-903-4724-X.

CSÉMY, Ladislav a Karel NEŠPOR. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-851-2152-2.

Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3672-232.

EVANS, Keith. *Válka bez konce, aneb, Krátký smutný příběh o dlouhé válce proti drogám*. Vyd. 1. Překlad Jiří Krejčí. Volvox Globator, 2003, 110 s. ISBN 80-720-7508-X.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-859-3179-6.

GÖHLERT, Fr a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2001, 143 s. Z pohledu lékaře. ISBN 80-720-2950-9.

IVA JISKROVÁ, Vladimíra Casková. *Hiporehabilitace. 2., přeprac. vyd.* V Brně Mendelova univerzita, 2012. ISBN 80-737-5635-8.

JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK. *Drogy a společnost: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990, 342 s. Život a zdraví. ISBN 80-201-0087-3.

HARTNOLL, Richard. *Drogy a drogové závislosti: propojování výzkumu, politiky a praxe: co jste se už naučili a co bychom se ještě naučit měli*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, 96 s. Monografie (Úřad vlády České republiky), 6. ISBN 80-867-3445-5.

HOLLÝ, K.; HORNÁČEK, K. *Hipoterapie : Léčba pomocí koně*. Ostrava : Montanex, a.s., 2005. 293 s.

HYDE, Margaret O. *Mind Drugs*. USA: MCGRAW-HILL BOOK COMPANY, 1968, 149s.

Koncepční rámec škodlivého hráčství: projekt mezinárodní spolupráce financovaný Centrem pro výzkum problémového hráčství v Ontariu. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, 2013, 90 s. ISBN 978-807-4400-841.

KULICHOVÁ, Jana. *HIPOREHABILITACE*. první. Praha: Nadace OF, 1995.

MÍČICOVÁ, Lucia. *Paravoltiž: alternativní sport pro handicapované*. Pardubice, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Křišťálová Jana.

MŮHLPACHT, Pavel. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, ISBN 978-802-1045-507.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-807-3679-088.

NEŠPOR, Karel a Hana PROVAZNÍKOVÁ. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami: pro rodiče a pedagogy*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1996, 48 s. ISBN 80-707-1034-9.

NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. 1. vyd. Praha: KLP-Koniasch Latin Press, 2007, 198 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-859-1736-X.

PRUNNER, Pavel. *Psychologie gamblerství, aneb, Sázka na štěstí: projekt mezinárodní spolupráce financovaný Centrem pro výzkum problémového hráčství v Ontariu*. 1. vyd. v jazyce českém. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013, 273 s. Monografie, 23. ISBN 978-807-3800-741.

RETTOVÁ, Vlasta. *Droga účty neskládá*. Ostrava: Montanex, 1998. ISBN 80-722-5001-9.

SOVINOVÁ, Hana, Ladislav CSÉMY a Karel NEŠPOR. *Komunitní přístupy k řešení problémů s alkoholem*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002.

Internetové zdroje:

Alkoholismus. *Vitalion: Lepší informace, lepší zdraví*. [online]. 2012 [cit. 2014-01-31]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/alkoholismus/>

DAMPSEY, Liz. EMOTIONAL MIRRORS: EQUINE THERAPY. *ADDICTION TODAY: Reclaiming lives for life* [online]. 2012, November 06 [cit. 2014-03-22]. Dostupné z: www.addictiontoday.org/addictiontoday/2012/11/equine-therapy.html

Detoxifikace. *Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod* [online]. 25.1.2013 [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/detoxifikace>

Drogová závislost. *Drogy* [online]. 2011 [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: <http://drogy1.webnode.cz/drogova-zavislost/>

Drug guide. *The Partnership at Drugfree.org* [online]. 2013 [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://www.drugfree.org/drug-guide/khat>

Filosofie toxikomana. *Doktorka.cz: o zdraví a kráse* [online]. © 1999-2013 [cit. 2014-02-12]. Dostupné z: <http://drogy.doktorka.cz/filozofie-toxikomana/>

Gambler: a co s ním?. [online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=198>

HIPorehabilitace [online]. Česká hiporehabilitační společnost, 2009 [cit. 2014-03-22]. Dostupné z: <http://www.hiporehabilitace-cr.com/vse-o-chs/dokumenty/?did=13>

Historický pohled. *Drogy* [online]. [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://www.antidrog.webzdarma.cz/historie.htm>

Historie drog. *Drogy* [online]. 2011 [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://drogy1.webnode.cz/historie-drog/>

Laxus o.s. *Ambulantní léčba* [online]. 2006 [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://www.laxus.cz/index.php?page=>

Léčba patologického hráčství. [online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://www.problemgambling.cz/news/lecba-patologickeho-hracstvi/>

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) [online]. Ženeva, 2004 [cit. 2013-12-25]. Dostupné z:

<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

MLČOCH, Zbyněk. *Alkoholik.cz* [online]. 2009 [cit. 2013-12-25]. Dostupné z:

<http://www.alkoholik.cz/zavislost/>

Stabilizační pobyt. *Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod* [online]. [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/stabilizacni-pobyt>

Střednědobá odvykací léčba, dříve nazývaná protialkoholní léčba. *Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod* [online]. [cit. 2013-12-27]. Dostupné z:

<http://www.plhb.cz/content/strednedoba-odvykaci-lecba-drive-nazyvana-protialkoholni-lecba>

SVÁROVSKÁ. Hiporehabilitace: úvod do problematiky. In: *Hyjé: koně Zlínského kraje* [online]. 2013 [cit. 2014-03-28]. Dostupné z: <http://www.hyje.cz/turistika/20972/>

Závislost. *Ostrov radosti* [online]. [cit. 2013-12-25]. Dostupné z:

<http://www.ostrovzl.cz/prevence/zavislost/>

Periodika:

CHVÍLA, Libor a Soňa STAŇKOVÁ. Schizotypní, schiozidní, schizomorfní.

Psychiatrie pro praxi [online]. 2000, 2001/3 [cit. 2014-03-29]. Dostupné z:

<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/03/10.pdf>

DAMPSEY, Liz. EMOTIONAL MIRRORS: EQUINE THERAPY. *ADDICTION TODAY: Reclaiming lives for life* [online]. 2012, November 06 [cit. 2014-03-22].

Dostupné z: www.addictiontoday.org/addictiontoday/2012/11/equine-therapy.html

Vesmír: přírodovědecký časopis Akademie věd České republiky [online]. Praha:

Vesmír, 1995 [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://www.vesmir.cz/clanek/hry-hazardni-i-nehazardni>