

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Využití kinezioterapie při léčbě návykových nemocí

Jan Drbohlav

Diplomová práce

2015

Univerzita Pardubice  
Fakulta filozofická  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jan Drbohlav**  
Osobní číslo: **H12567**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Resocializační pedagogika**  
Název tématu: **Využití kinezioterapie při léčbě návykových nemocí**  
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 :

Diplomová práce má za cíl analyzovat, jakým způsobem klienti léčebny návykových nemocí interpretují svoji zkušenost s kinezioterapií. Dále práce vyhodnotí, jaký význam klienti této zkušenosti přikládají a jak se proměňují jejich pocity před programem kinezioterapie a po jeho absolvování. Na základě získaných poznatků se práce zaměří na pozitiva, negativa a možnosti dalšího vývoje, které u programu kinezioterapie klienti spatřují. Teoretická část se orientuje na vymezení základních pojmů, stručně charakterizuje kinezioterapii jakožto druh terapie a uvádí další směry, které k léčbě využívají pohybové, či sportovní aktivity. Výzkumná část bude realizována pomocí kvalitativního výzkumu, sběr dat proběhne prostřednictvím rozhovorů s klienty léčebny návykových nemocí a analýza těchto dat bude provedena zakotvenou teorií.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

**GASS, M. A., GILLIS, H., RUSSELL, K. C., 2012. Adventure therapy: theory, research, and practice. 1. vyd. New York: Brunner-Routledge. ISBN 978-041-5892-902.**

**HÁTLOVÁ, B., 2003. Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0719-0.**

**HENDL, J., 2008. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 2.áaktual. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.**

**NEŠPOR, K., 2000. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál. ISBN 80-717-8432-X.**

**SCHOEL, J., PROUTY, D., RADCLIFFE, P., 1989. Islands of healing: a guide to adventure based counseling. 2. vyd. Hamilton: Project Adventure. ISBN 09-343-8700-1.**

**STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J., 1999. Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie. 1. vyd. Boskovice: Albert. ISBN 80-858-3460-X.**

Vedoucí diplomové práce:

**prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.**

Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce:

**28. května 2013**

Termín odevzdání diplomové práce:

**30. března 2015**



prof. PhDr. Petr Vorel, CSc.  
děkan



L.S.



Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. května 2014

Prohlašuji:

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

Byl jsem seznámen 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 Jablonci nad Nisou dne 26. března 2015

Jan Drbohlav

## PODĚKOVÁNÍ

Chtěl bych poděkovat zejména svému vedoucímu diplomové práce prof. PhDr. Karlu Rýdlovi, CSc. za trpělivost, odborné vedení a vstřícní přístup. Dále pak MUDr. Pavlu Krákorovi a MUDr. Jele Hrnčiarové za umožnění realizace výzkumné části v jejich léčebných zařízeních a samozřejmě také všem respondentům pro jejich ochotu spolupráce.

## ANOTACE

Diplomová práce Využití kinezioterapie při léčbě návykových nemocí analyzuje, jakým způsobem klienti interpretují svoji zkušenost s kinezioterapií, jaký význam této zkušenosti přikládají a jak se proměňují jejich pocity před programem kinezioterapie a po jeho absolvování. V rámci teoretické části dochází k vymezení závislosti a návykového chování, seznámení s problematikou léčby těchto nemocí a dále je zde prostor věnován samotné kinezioterapii a s ní související psychologii dobrodružství. Výzkumná část se zaměřuje na zmíněné cíle práce, přičemž formuje nejdůležitější kategorie ovlivňující zkušenost klientů a stanovuje hlavní fenomén – Substituci.

**Klíčová slova:** kinezioterapie, závislost, návykové chování, léčba závislosti, dobrodružná terapie, osobní rozvoj, substituce, kompenzace

## ANNOTATION

The diploma thesis Utilization of Kinesiotherapy in the Treatment for Addictive Diseases analyses clients' interpretation of their own experiences with kinesiotherapy, particularly of how significant they think those experiences are and how their feelings change from before the program to after. The theoretical part is focused on defining addiction and addictive behaviour and on introducing addiction treatment issues. Subsequent chapters discuss kinesiotherapy itself and the psychology of adventure. The research part concentrates on the mentioned goals so the most important categories affecting clients' own experiences and the main phenomenon called Substitution are determined.

**Key words:** kinesiotherapy, addiction, addictive behaviour, addiction treatment, adventure therapy, personal development, substitution, compensation

# OBSAH

|   |    |
|---|----|
| OBSAH.....  | 7  |
| SEZNAM ILUSTRACÍ.....                                   | 9  |
| SEZNAM TABULEK.....                                     | 9  |
| ÚVOD.....   | 10 |
| TEORETICKÁ ČÁST.....                                    | 11 |
| 1 VYMEZENÍ POJMŮ.....                                   | 11 |
| 1.1 ZÁVISLOST.....                                      | 11 |
| 1.1.1 ZNAKY ZÁVISLOSTI.....                             | 11 |
| 1.1.2 DRUHY ZÁVISLOSTI.....                             | 15 |
| 1.2 NÁVYKOVÉ CHOVÁNÍ.....                               | 16 |
| 2 LÉČBA A REHABILITACE.....                             | 20 |
| 2.1 PROCES VZNIKU.....                                  | 20 |
| 2.2 LÉČEBNÉ PROGRAMY.....                               | 22 |
| 2.3 TERAPIE.....  | 24 |
| 3 KINEZIOTERAPIE.....                                   | 26 |
| 3.1 KINEZIOTERAPIE V LÉČBĚ NÁVYKOVÝCH NEMOCÍ.....       | 27 |
| 3.1.1 PŘÍKLAD FORMY KINEZIOTERAPEUTICKÉHO PROGRAMU..... | 28 |
| 3.2 DOBRODRUŽNÁ TERAPIE.....                            | 29 |
| 4 PSYCHOLOGIE DOBRODRUŽSTVÍ.....                        | 31 |
| 4.1 PROŽITEK.....                                       | 31 |
| 4.2 RIZIKO A DOBRODRUŽSTVÍ.....                         | 32 |
| 4.3 ODOLNOST A ZDATNOST ORGANISMU.....                  | 33 |
| 4.3.1 STRES.....  | 33 |
| 4.4 ROZVOJ OSOBNOSTI NA ZÁKLADĚ PROŽITKU.....           | 35 |
| 4.4.1 TEORIE KOMFORTNÍ ZÓNY.....                        | 35 |
| 4.4.2 STAV FLOW.....                                    | 36 |

|  |    |
|--|----|
| VÝZKUMNÁ ČÁST .....                                | 38 |
| 5 METODOLOGIE VÝZKUMU.....                         | 38 |
| 5.1 VÝZKUMNÝ VZOREK .....                          | 39 |
| 5.2 SBĚR DAT.....                                  | 39 |
| 5.3 ANALÝZA DAT .....                              | 40 |
| 5.4 VALIDITA A ETIKA.....                          | 41 |
| 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ .....                        | 43 |
| 6.1 SHRNUÍ .....                                   | 62 |
| ZÁVĚR .....  | 64 |
| POUŽITÁ LITERATURA .....                           | 66 |
| PŘÍLOHY .....                                      | 68 |
| PŘÍLOHA A – PREPIS ROZHOVORU S KLIENTEM.....       | 69 |
| PŘÍLOHA B – FORMULÁŘ O INFORMOVANÉM SOUHLASU ..... | 74 |

## SEZNAM ILUSTRACÍ

|  |    |
|--|----|
| <b>Obr. 1</b> Kolbův zkušenostní model učení (zdroj: upraveno Hanuš a Chytilová, 2009) ..... | 27 |
| <b>Obr. 2</b> Dobrodružství - pojmová mapa (zdroj: Másilka in Kirchner, 2009) .....          | 33 |
| <b>Obr. 3</b> Komfortní zóny (zdroj: upraveno Vecheta, 2009).....                            | 35 |
| <b>Obr. 4</b> Stav FLOW (zdroj: upraveno Priest a Gass, 2005) .....                          | 37 |
| <b>Obr. 5</b> Paradigmatický model .....   | 43 |

## SEZNAM TABULEK

|  |    |
|--|----|
| <b>Tab. 1.</b> Odvykací stavy různých látek (zdroj: Nešpor in Kalina, 2003).....                   | 14 |
| <b>Tab. 2.</b> Diagnostická kritéria pro patologické hráčství dle DSM-IV (zdroj: Smolík, 1996).... | 17 |
| <b>Tab. 3.</b> Výzkumný vzorek (rozdělení dle návykových nemocí) .....                             | 39 |
| <b>Tab. 4.</b> Výzkumný vzorek (rozdělení dle pohlaví) .....                                       | 39 |

## ÚVOD

Problematika návykového chování či závislostí je jistě téma aktuální, neboť se může týkat každého z nás. Sáhne-li si do svědomí, myslím, že každý nalezne alespoň jednu činnost, či zájem, kterému věnuje možná až nezdravě mnoho času. Přestože tím splňuje naše chování pouze jeden ze znaků závislosti, potažmo pak návykového chování, je zřejmé, že tvrzení typu: „Věnuje se tomu, co ho baví, má sociální okolí, jež ho podporuje...“ nemusí být zárukou stoprocentní prevence před problémem se závislostí. V dnešní dynamicky se vyvíjející době, která často dokáže zamíchat životem v jediném momentu, je jistě lepší strategií být si všemožných rizik a problémů vědom, protože pouze tehdy jsme krok napřed v prevenci před těmito vlivy.

S ohledem na autorův zájem o sportovní aktivity není překvapivé zaměření právě na problematiku kinezioterapie, jako jedné z forem léčby návykových nemocí. Z teoretického hlediska se jedná o smysluplný koncept nejen kompenzace psychicky založených programů, ale také staví na tezi, že fyzicky zdravý jedinec má lepší predispozice k lepšímu sebepoznání a sebekontrolě, což je stěžejní pro úspěšnou léčbu. Možný vliv je tak veliký a cílem této práce je ověřit míru využití potenciálu této metody v praxi.

Práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část je zaměřena na vymezení základních pojmů, jakými jsou závislost a návykové chování. Dále se pak zabývá samotnou léčbou těchto nemocí a v neposlední řadě blíže definuje kinezioterapii a její aplikaci do prostředí léčby. S ohledem na hlubší význam kinezioterapie a s ní související dobrodružné terapie je zde prostor věnován také psychologii dobrodružství, která shrnuje prožívání jedinců, vliv rizika a stresu v učebním procesu, ale také rozvoj osobnosti jako jeden z možných výstupů právě sportovních aktivit.

Část výzkumná pak kvalitativní metodou analyzuje způsob, jakým klienti léčených návykových nemocí interpretují svoji zkušenost s kinezioterapií, jaký význam jí přiřkládají, a také se zaměřuje na proměnu jejich pocitů. Klienti se v rámci rozhovorů také orientují na pozitiva, negativa a možnosti ke zlepšení, které vnímají v souvislosti s programem pohybových aktivit. Na základě získaných poznatků pak výzkumník navrhne doporučení optimalizace těchto programů.

## 1 VYMEZENÍ POJMŮ

První teoretická kapitola se věnuje vymezení základních pojmů. Definuje závislost, blíže popisuje její znaky a zároveň je prostor věnován popisu vztahu závislosti a návykového chování.

### 1.1 ZÁVISLOST

V České republice je od roku 1994 platná desátá revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), která mimo jiné také formálně definuje závislost. Podle WHO a ÚZIS ČR (2014) je syndrom závislosti „*soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita 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*“. I přes poněkud komplikované znění je patrné, že syndrom závislosti se úzce pojí s užíváním různých typů látek, které spojují následné nežádoucí stavy z oblasti chování a poznávání, z oblasti somatické, ale i ze samotných fyzických reakcí tělesné stránky jedince. Zároveň touha po opakovaném užívání této látky je zpravidla přednější než jednání, které bylo důležité dříve. Potřebná dávka má stále se zvyšující tendenci. Po jejím nedodání zpravidla následuje odvykací stav, který může být jak psychického, tak somatického charakteru.

#### 1.1.1 ZNAKY ZÁVISLOSTI

Smolík (1996) v návaznosti na MKN-10 doplňuje, že diagnóza závislosti by měla být stanovena pouze v případě, že se u jedince projeví během jednoho roku alespoň tři z následujících šesti znaků:

1. silná touha užívat látku,
2. potíže v sebeovládání v průběhu užívání,
3. somatický odvykací stav,

4. tolerance k účinku látky,
5. postupné zanedbání jiných potěšení nebo zájmů,
6. pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků.

### **Silná touha užívat látku (craving, bažení)**

Bažením myslíme touhu jedince po látce, která je objektem závislosti, respektive po jejich účincích. Nešpor a Csémy (1999) zmiňují rozdíl mezi bažením tělesným a psychickým, u nichž lze empiricky dokázat rozdílné projevy dle jiné mozkové aktivity. Tělesné bažení se objevuje v průběhu slábnutí účinku látky, zatímco psychické bažení může být přítomno i po delší abstinenci. Mezi některé objektivní projevy psychického bažení řadíme: slábnoucí paměť, slabší postřeh, ale zároveň delší reakční čas, zvýšenou aktivitu potních žláz, vyšší slinění u osob závislých na alkoholu a snížení kožní teploty, které aktivizuje spouštěče závislosti. Projevy mohou být ale také subjektivní, čímž máme na mysli například vzpomínky na pocity pod vlivem návykové látky, svírání hrudi, bušení srdce, sucho v ústech, silnou touhu po návykové látce, úzkost, zhoršené vnímání okolí a mnohé další. Nešpor (in Kalina, 2003) poukazuje na podobnost mnohých ze zmíněných projevů se symptomy stresu. Bažení má také nepříznivý vliv na kognitivní funkce, čímž se zvyšuje pravděpodobnost recidivy. Na druhou stranu může být přítomnost bažení jakousi prevencí vedoucí k větší opatrnosti před nebezpečnými situacemi, před lákadly. Jedinec s nimi dopředu počítá a je tak schopný se na ně připravit a odolat jim.

### **Potíže v sebeovládání v průběhu užívání**

Zhoršené sebeovládání je do jisté míry velmi podobné s bažením, nicméně nejedná se o totožné pojmy. „*Bažení je příznakem spíše subjektivním, kdežto zhoršené sebeovládání se jasně týká chování*“ (Nešpor, 2011, s. 14). Současně se nejedná o veličiny vzájemně podmíněné, tudíž si závislý může uvědomovat přítomnost bažení, ale nemusí mít potíže se sebeovládáním a naopak. Vztah bažení a sebeovládání lze popsat třemi možnostmi:

1. Spouštěč (nebezpečná situace, lákadlo) vyvolá bažení, které zapříčiní potíže v sebeovládání.
2. Spouštěč vyvolá bažení, závislý však odolá, bažení ovládne, čímž dochází k posílení rezistence vůči spouštěčům a zlepšení sebeovládání.
3. Spouštěč vyvolá bažení, které je zvládnuto pouze dočasně, nicméně jedinec potlačení spouštěčů vidí jako permanentní a tak dochází k jejich dalšímu podcenění.

Tím nastává riziko budoucí silnější formy bažení a případných možných potíží v sebeovládání (Nešpor, 2011).

### Somatický odvykací stav

Dle Nešpora (2011) jsou k možnosti diagnostikovat abstinenční stav potřeba tři příznaky:

1. nedávné snížení či úplné vysazení látky, která se stala objektem závislosti;
2. symptomy korespondující s abstinenčními stavy typickými pro jednotlivé druhy látek;
3. tyto symptomy nejsou zapříčiněné jiným zdravotním onemocněním (nepramenícím ze závislého chování).

Charakteristické znaky odvykacích stavů jednotlivých látek v kombinaci s jejich riziky shrnuje následující tabulka.

| LÁTKA                       | SYMPTOMY ODVYKACÍHO STAVU   | RIZIKA ODVYKACÍHO STAVU   |
|-----------------------------|---|---|
| <b>Alkohol</b>              | Bolesti hlavy, pocení, zrychlený tep nebo vyšší krevní tlak, velké epileptické záchvaty, nevolnost, přechodné halucinace, psychomotorický neklid, pocit slabosti, nespavost, třes (jazyka, víček, prstů).           | Těžké odvykací stavy s epileptickými záchvaty nebo deliriem život ohrožující.                                     |
| <b>Opioidy</b>              | Slzení, zívání, výtok z nosu, bolesti svalů (někdy i křeče), pocení, zrychlený tep nebo vyšší krevní tlak, nevolnost, neklidný spánek, rozšíření zornic, silné bažení.  | Sám o sobě život neohrožuje, pokud nejsou přítomné sebevražedné tendence nebo souběžně neprobíhá jiné onemocnění. |
| <b>Kanabinoidy</b>          | Úzkost, podrážděnost, třes rukou, pocení, svalová slabost.  | Neohrožuje život, většinou je slabý.  |
| <b>Sedativa a hypnotika</b> | Zrychlený tep, bolesti hlavy, insomnie, velké epileptické záchvaty, třes (jazyka, víček, prstů), přechodné halucinace, pokles svalového tonu ve stoji, psychomotorický neklid, nevolnost, pocit slabosti, paranoia. | Těžké odvykací stavy po vysokých dávkách mohou život ohrozit (např. kumulovanými epileptickými záchvaty).         |

|                                    |  |   |
|------------------------------------|--|---|
| <b>Kokain</b>                      | Letargie a únava, nepříjemné sny, zvýšená chuť k jídlu, zpomalení psychomotoriky či neklid, silné bažení, nespavost či naopak nadměrná spavost.                      | Odvykací stav sám o sobě život neohrožuje.  |
| <b>Jiná stimulancia (pervitin)</b> | Letargie a únava, nepříjemné sny, zvýšená chuť k jídlu, zpomalení psychomotoriky či neklid, silné bažení, nespavost či naopak nadměrná spavost.                      | Odvykací stav sám o sobě život neohrožuje.  |
| <b>Halucinogeny</b>                | Zpravidla odvykací stavy nevyvolávají.   | Zpravidla odvykací stavy nevyvolávají.  |
| <b>Tabák</b>                       | Úzkost, nespavost, kašel, obtíže se soustředěním, vředy na sliznici úst, rozladěnost, zvýšení chuti k jídlu, podrážděnost nebo neklid, pocit slabosti, silné bažení. | Odvykací stav neohrožuje život (ale oslabuje kognitivní funkce, což je spojeno např. s vyšším rizikem úrazů). |
| <b>Těkavé látky</b>                | Bažení, úzkostný stav, zvýšená dráždivost, nevolnost, třes, bolesti hlavy.   | Odvykací stav neohrožuje život.   |

**Tab. 1.** Odvykací stavy různých látek (zdroj: Nešpor in Kalina, 2003)

### **Tolerance k účinku látky**

Tolerance k účinku látky, respektive její růst znamená potřebu vyšší dávky k získání stejného účinku, ke kterému dříve stačila dávka menší. Stejně množství látky pak znamená účinek nižší. Přesné důvody vzniku vyšší tolerance nejsou prokazatelně známé, nicméně existují dva dohady jevící se nejpravděpodobněji. Zvýšená tolerance vzniká v reakci na nižší reaktivitu centrálního nervového systému na návykovou látku, nebo může být důvodem rychlejší odbourávání látky (Nešpor, 2011).

### **Postupné zanedbání jiných potěšení nebo zájmů**

Omezování aktivit a zájmů jedince závislého na užívání nějaké látky úzce souvisí právě z předchozích znaků závislosti. Neustálá touha po droze vedoucí k zhoršenému sebeovládání v kombinaci s nepříjemnými abstinenci stavy pouze posilující nové bažení uživatele vtáhnou do stále opakujícího se cyklu. Veškerý čas tak vyplní shánění látky, užití a účinky, po jejichž vyprchání a odvykacích příznacích způsobujících nejen fyzické obtíže se uživatel dostane opět do bodu číslo jedna a začne analogicky shánět novou dávku. Tento koloběh se

stane prioritou a na jiné aktivity jednoduše nezbyde čas. Nešpor (2011) poukazuje na nutnost vhodného vyplnění abstinencí vzniklého volného času, aby nedošlo k relapsu. Tento fakt vyplývá i z praktické části této práce, kdy respondenti jako jeden z přínosů sportovních aktivit vidí právě inspiraci pro trávení volného času a tak snížení možnosti recidivy.

### **Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků**

*„Aby byl tento příznak diagnosticky validní, musí být pacient o škodlivých následcích informován“* (Nešpor, 2011, s. 11). Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků se tak stane znakem závislosti až v případech, kdy je uživatel na tento fakt upozorněn například lékařem a i přes veškerá doporučení ve své činnosti pokračuje. Nestačí tak pouhé domněnky, důležité je právě potvrzení uživatelových dohadů odborníkem. Zároveň se tak jedná o nejpokročilejší fázi závislosti, ve které jsou většinou obsaženy všechny znaky předchozí a závislost je již v tak pokročilém stádiu, že jedince od užívání neodradí ani psychosomatické problémy. Touha po droze je silnější.

#### 1.1.2 DRUHY ZÁVISLOSTI

V úvodu této kapitoly byl zmíněn dokument MKN-10, který kromě definice závislosti také určuje její druhy dle typů látek. Závislost je pouze jedno z doplnění diagnóz širšího spektra nemocí spadajících do kategorie „Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek“, jež jsou evidovány pod čísly F10–F19 s rozšířením právě o „2“ na čtvrtém místě symbolizující závislost.

WHO a ÚZIS ČR (2014) závislosti tedy člení na následujících deset druhů:

- F10.2 Závislost na alkoholu
- F11.2 Závislost na opioidech
- F12.2 Závislost na kanabinoidech
- F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnoticích
- F14.2 Závislost na kokainu
- F15.2 Závislost na stimulantcích včetně kofeinu
- F16.2 Závislost na halucinogenech
- F17.2 Závislost na tabáku
- F18.2 Závislost na prchavých rozpouštědlech
- F19.2 Závislost na více drogách a jiných psychoaktivních látkách

## 1.2 NÁVYKOVÉ CHOVÁNÍ

Z oficiálního členění závislostí výše je patrné, že další používané označení závislosti není formálně správné, a proto u jiných druhů vykazujících podobné znaky jako závislost je lepším označením návykové chování.

S novými trendy společnosti vzniká i stále více hrozeb, které mohou být potenciálním zdrojem návykového chování. Rysy podobné charakteristikám závislosti tak můžeme pozorovat i při vztahu k technologiím – může se jednat o „závislost“ na televizi, počítači, ale i internetu. Mezi poněkud tradičnější druhy návykového chování řadíme například patologické hráčství, poruchy příjmu potravy, nebo workoholismus. K demonstraci příbuznosti projevů návykového chování a závislosti postačí, budeme-li se více věnovat patologickému hráčství a poruchám příjmu potravy, což jsou také z výše zmíněných nejčastější diagnózy zastoupené v léčebnách návykových nemocí.

### **Patologické hráčství**

Patologické hráčství je těžká forma hráčství, což je zpravidla vsazení určité částky s rizikem její ztráty, nebo naopak s vidinou zisku částky větší. Hráčství může být kromě intenzity (hráčství, problémové hráčství a patologické hráčství) rovněž dále děleno dle forem hraní na tradiční – kasina, loterie, dostihy, a na nové, kam patří zejména internetové hraní či video poker (Šerý, 2001). Protože problematika patologického hráčství se objevuje až v aktuální desáté revizi MKN, tak zde uvedeme diagnostiku podle Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace, která se hráčstvím zabývá již delší dobu.

|   |
|---|
| A. Neustálé a opakované maladaptivní hráčské chování vyznačující se nejméně pěti z následujících příznaků:  |
| 1. zaujetí hráčstvím (např. snaha o znovuprožití minulých hráčských zkušeností, následků hazardu nebo plánování nového hazardu nebo přemýšlení o způsobech, jak získat peníze na hraní) |
| 2. potřeba hrát se stále většími částkami peněz za účelem dosažení vzrušení   |
| 3. opakované neúspěšné snahy kontrolovat, přerušit nebo vzdát se hraní  |
| 4. neklid nebo podrážděnost při pokusu přerušit nebo vzdát se hraní   |

|  |
|--|
| 5. hraní jako způsob útěku od problému nebo snaha zbavit se dysforické nálady, např. pocit bezmoci, viny, úzkosti, deprese |
| 6. po prohře peněz ve hře se často další den vrací, aby je znovu získal („hon za penězi)                                   |
| 7. lže členům rodiny, terapeutům nebo jiným, aby zastřel rozsah svého hráčství   |
| 8. páchá nelegální činy, jako padělání, podvody, krádeže nebo zpronevěry, aby získal peníze na financování hráčství        |
| 9. hráčstvím ohrozil nebo ztratil významné přátele, práci nebo příležitosti ke vzdělání a kariéře                          |
| 10. spoléhá se na jiné, že poskytnou peníze a napraví špatnou finanční situaci způsobenou hráčstvím                        |
| <b>B. Nelze přiřadit k manické epizodě</b>   |

**Tab. 2.** Diagnostická kritéria pro patologické hráčství dle DSM-IV (zdroj: Smolík, 1996)

V kontextu jednotlivých znaků uvedených u závislosti tak lze nalézt značné podobnosti. Zejména se jedná o množství času, které návykové chování vyžaduje, stálé bažení a s ním spojené snížené sebeovládání, zvyšující se toleranci, abstinenční příznaky a v neposlední řadě pokračování v činnosti i přes patrné psychosociální dopady (Nešpor, 2011).

### **Poruchy příjmu potravy**

Pod poruchy příjmu potravy shodně jak MKN-10, tak DSM-IV řadí dva hlavní návykové problémy – mentální anorexii a mentální bulimii. Přestože se oba dokumenty věnují i atypickým poruchám, či poruchám u specifických skupin, tato práce má za cíl poskytnout spíše základní vhled a poukázat na znaky příbuzné závislosti, proto bude prostor věnován výše zmíněným. Na první pohled se vyhublí pacienti trpící mentální anorexií od osob s diagnostikovanou mentální bulimií značně liší, zdání ale klame, obě poruchy jsou si velmi podobné. Spojujícím prvkem je strach z nadměrné hmotnosti a velká pozornost věnovaná vlastnímu tělu, stejně tak jako nízké sebevědomí nebo sociální problémy. Obě skupiny se neustále snaží buď zhubnout, nebo alespoň nepřibrat na váze. Liší se zejména závažností podvýživy a metodami, které využívají ke kontrole své váhy (Krch, 1998).

#### Mentální anorexie

Podle Krcha (1998) je mentální anorexie charakteristická především záměrným snižováním tělesné hmotnosti. Zajímavé však je, že často s anorexií stigmatizované nechutenství může být

způsobené až vlivem dlouhodobých přísných diet, hladovění. Je ale chybné ho brát jako jeden z hlavních znaků, protože u mnoha klientů se dokonce vyskytuje velký zájem o jídlo a věci s jídlem spojené, nicméně z důvodu svého postoje k tělesné hmotnosti a proporcím se rozhodnou nejíst.

Kritéria určená k diagnostice mentální anorexie v případě jak DSM-IV, tak MKN-10 lze shrnout následujícími třemi body:

1. aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti,
2. přetrvávající strach z tloušťky i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost,
3. vynechání menstruace u žen (Krch, 1998).

Dramatické snížení váhy doprovází mnoho zdravotních problémů, například zvýšená citlivost na chlad, chudokrevnost, srdeční potíže, odvápnění kostí, nebo vypadávání vlasů a lámání nehtů. Navíc u bulimického typu anorexie<sup>1</sup> je zvýšené riziko drogové závislosti, sebevražd, či sebepoškozování (DaCosta a Halmi in Krch, 1998).

### Mentální bulimie

Pro mentální bulimii, stejně jako pro mentální anorexii, je typická přehnaná kontrola své hmotnosti. Mentální bulimie je dále charakteristická přejídáním, jehož následky v návaznosti na první bod bývají redukovány vyvolávaným zvracením, či užitím různých projímadel.

Diagnostická kritéria, stejně jako v případě mentální anorexie, lze shrnout do těch hlavních bodů:

1. opakující se epizody přejídání,
2. opakující se nepřiměřená, někdy až extrémní, kontrola tělesné hmotnosti,
3. přítomnost charakteristického a nadměrného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost (Krch, 1998).

Přestože byly zmíněné dva způsoby kontroly tělesné hmotnosti – vyvolané zvracení a užití projímadel, dle DSM-IV mohou být i pacienti, kteří druhého diagnostického bodu dosáhnou extrémním cvičením. Zároveň z DSM-IV vyplývá, že pokud projevy diagnostikovaného jedince korespondují s mentální bulimii, ale zároveň i mentální anorexii, pak má v diagnostice

---

<sup>1</sup> „Během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání“ (Krch, 1998).

přednost mentální anorexie. Důvodem je potenciální dopad, zejména drastický úbytek hmotnosti a u žen možné trvalé vynechání menstruace.

Časté zvracení doprovází mnoho rizik, například: zvýšená svalová dráždivost, epileptické záchvaty, srdeční arytmie, nebo svalová slabost (Nešpor, 2011).

Nezřídka se tyto dvě poruchy vzájemně doplňují, výjimkou tak nejsou pacienti, kteří mají v anamnéze obě poruchy. Bohužel u osob léčených s anorexií je riziko, že v průběhu léčení, a s tím spojeným přibíráním na váze, opět převládne strach z tloušťky. Následuje ukončení léčby, z pohledu pacienta nutné rychlé snížení hmotnosti – zvracení, sportování a tím se může rozvinout bulimie.

U poruch příjmu potravy tak můžeme rovněž sledovat rysy podobné závislosti. Opět je tu silná touha, ztráta sebekontroly, změna životního stylu a v případě nedostatečně včasné léčby pokračování v návykovém chování i přes jeho špatné dopady, a to jak fyzického, tak psychického charakteru.

## 2 LÉČBA A REHABILITACE

Předchozí kapitola poukázala na podobnost projevů návykového chování s jednotlivými znaky závislosti. Samozřejmě vše má svá specifika, ale obecně lze říci, že princip léčby je podobný jak u jednotlivých typů závislosti, tak u druhů návykového chování. Protože úspěšné léčbě jistě pomůže i vývoj daného problému, bude zde alespoň krátce zmíněn proces vzniku těchto nemocí. Zároveň se zaměříme na jednotlivé přístupy a terapie využívané v rámci léčby.

### 2.1 PROCES VZNIKU

Jak je tomu zvykem, v současné době převládá názor, že na zkoumaný problém je třeba se podívat z širšího úhlu pohledu, a proto se ve většině případů využívá multidimenzionálních principů. Jinak tomu není ani v problematice vzniku a průběhu závislosti. „*V současnosti je obecně přijímán model biopsychosociospirituálních následků*“ (Hátlová, 2003, s. 78). Tento model tak bere v potaz především interakci biologických, psychologických, sociálních a spirituálních dimenzí a nepřikládá tak velkou váhu zdravotním obtížím. Zároveň je pro tento přístup vlastní orientace na faktory, jež se zásadně zasazují o změnu závislého chování. Kudrle (in Kalina, 2003) vnímá důležitost působení tohoto přístupu po celý život, neboť samotné prostředí přináší konfrontace s tématem závislosti téměř dennodenně a je tedy nutné tento model zahrnout i do primární, sekundární a terciální prevence.

**Biologická dimenze** se zabývá chemickými reakcemi drog v mozku. Vstupováním drogových látek do chemického prostředí mozku se spouštějí reakce, jejichž výsledkem jsou změny prožívání a emocí. Látky nejprve svou přítomností spouštějí pozitivní prožívání, nicméně to se změní na negativní při snížení množství látky. Toto negativní prožívání pak nutí jedince znovu vyhledat drogu, aby dosáhl pozitivních stavů. Biologická dimenze tak reflektuje první znak závislosti – bažení, přičemž je očividné, že odbourat negativní prožívání a přinutit mozek k jiným reakcím je velmi obtížné a proto často vede ke ztrátě sebekontroly a pokračujícímu užívání (Hátlová, 2008). Předjetí vzniku závislosti nejvíce napomáhá primární prevence, která na úrovni biologické znamená starost o výživu a zdraví, včasnou léčbu nemocí, prevenci úrazů, ale také efektivní rehabilitaci různých handicapů (Kudrle in Kalina, 2003).

„*Změny v chemismu mozku a v chemických procesech se sdružují s poruchami nálady a emocí. Pacienti přijatí do léčby se na jejím počátku vykazují silnými úzkostnými a depresivními syndromy*“ (Hátlová, 2008, s. 79). Dalšími negativními následky spojenými s **psychologickou dimenzí** může být problém v autoevaluaci, zlost, či zášť vůči ostatním. Zároveň se zde objevují

obránné mechanismy v podobě popření, vyhýbání se problému, nechuti sdílet své emoce, nebo přijímat zpětnou vazbu od okolí. Rotgers (in Hátlová, 2008) rovněž upozorňuje na možnost narušení emoční stability, u pacientů se může objevovat sebelítost, přecitlivělost, nebo různé obavy. Samotný vznik závislosti je často způsoben nedostatečně atraktivní náplní volného času, jedinci se nudí, chtějí zažít něco nového, mimořádného, touží po mimořádném zážitku<sup>2</sup>, který jim drogy mohou nabídnout (Kudrle in Kalina, 2003).

**Dimenze vnímání vlastního těla**, lépe řečeno pozitivní vnímání vlastního těla je dle Hátlové (2008) klíčová k pozitivní změně drogově závislých osob. Vlivem často dlouholetého užívání se tělo dostává do velmi zuboženého stavu a pro závislého je tak zdrojem nepříjemných pocitů vycházejících z neschopnosti a nefunkčnosti, zkrátka celkového oslabení. Tyto nepříjemné pocity jsou doprovázeny celkovým fyzickým stažením a snahou získat odstup od druhých. Nápadný je i samotný pohyb závislého, který se i přes přítomnost svalového napětí projevuje spíše klidnými kývavými pohyby. Ty však vlivem náhlého vzrušení mohou být přerušeny pohyby rychlými trhavými. V některých případech se může negativní vztah ke svému tělu vyvinout ve stavy úzkosti, či deprese, což může vyústit až v sebepoškození. Poněkud více vyhraněná je situace u žen, které velmi často mají zkušenost s násilím, týráním a dalším špatným zacházením, jehož vlivem je jejich sebepojetí ještě o něco níže a obranné mechanismy silnější.

*„Problémy v oblasti sociální postupně narůstají. Nejprve trpí systém blízkých osobních vztahů provázených z obou stran frustracemi a zlostí ústící ve zklamání, lítost, pocit viny a beznaděje, bezmoci“* (Hátlová, 2008, s. 82). Problémy v **sociální dimenzi** způsobené závislostí jistě nejsou překvapující, závislému se často sociální okolí otočí vzhůru nohama, nenachází podporu u nikoho z blízkých a zůstává na řešení situace sám. Jeho sociální okruh tvoří lidé se stejným problémem a tak se závislost pouze utužuje. Zároveň sociální okolí může mít velký vliv na zapříčinění vzniku závislosti, kdy vlivem pocitu vyčlenění, jiné rasové odlišnosti, či jiného sociálního statutu jedinec hledá unik a návykové látky mu ho poskytnou (Kudrle in Kalina, 2008).

---

<sup>2</sup> Mimořádnému zážitku se více věnuje 4. kapitola – Psychologie dobrodružství.

**Spirituální dimenze** představuje morálku jedince, kdy u závislého se morální hodnoty mění pro vlastní ospravedlnění návykového chování. Často se objevuje také otázka smyslu a významu života.

## 2.2 LÉČEBNÉ PROGRAMY

V případě závislých osob je léčba vnímána v širším slova smyslu, náleží sem celková práce s klientem, která směřuje k jeho abstinenci. Léčbou v tomto pojetí jsou tedy i léčebné programy mimo zdravotnictví. Využívaných metod je celá řada, patří sem farmakoterapie, poradenství, sociální práce a samozřejmě také psychoterapie<sup>3</sup>. Léčbu můžeme rozdělit na ambulantní a rezidenční dle docházení či pobytu, druhým způsobem dělení je délka léčby – krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá. Samotnou léčbou ale vše nekončí, pro utužení nových návyků by mělo následovat patřičné doléčení a následná péče (Sananim, 2009).

### **Ambulantní léčba**

Ambulantní léčba představuje typ léčby, který nevyžaduje změnu prostředí. Klient je tedy schopný nadále chodit do práce či do školy a do ambulantní léčby pouze dochází. Frekvence návštěv zařízení záleží na dohodě mezi klientem a institucí, zpravidla to však bývá alespoň dvakrát týdně, dle potřeb častěji. Aby byla léčba efektivní, je třeba frekvenci těchto návštěv udržet alespoň po dobu tří měsíců. Výhodou tohoto typu léčby je právě nepřerušovaný kontakt s okolím, na druhou stranu v případě dlouholeté závislosti může toto přirozené prostředí být velmi rizikové a ambulantní léčba tak patrně nebude řešením. V České republice ambulantní léčbu provozují AT poradny zaměřující se na alkoholové a drogové závislosti. Zde léčba probíhá formou poradenství a pravidelných rozhovorů s lékařem. Dále existují i svépomocné skupiny, nejznámější z nich „Anonymní alkoholiky“ doplňuje skupina „Anonymních narkomanů“. Druhou formou ambulantní léčby je denní stacionář, který již nabízí intenzivnější podoby léčby. Návštěvy stacionáře se mohou podobat klasické pracovní době, čímž logicky odpadá možnost nenarušené pracovní či školní docházky. Jedná se tedy o jakýsi mezikrok mezi léčbou ambulantní a rezidentní. Z časových důvodů jde o bohatší náplň léčby, rozhovory s terapeuty a poradenství doplňují skupinové terapie a volnočasové aktivity. Stále se však klient vrací večer ze zařízení domů a nepřichází tak o své sociální okolí (Sananim, 2009; Nešpor a Müllerová, 2006).

---

<sup>3</sup> Jednotlivým druhům terapií se věnuje následující podkapitola 2.3 – Terapie.

Na pomezí ambulantní a pobytové léčby se pohybují **detoxifikační jednotky**, jež mohou mít obě podoby. Principem detoxifikace je zbavení těla návykových látek. Léčba zároveň pomůže překonat odvykací stav a diagnostikou může odhalit další fyzické, či psychické problémy. Pro mnoho klientů bývají tyto jednotky „pouze“ prostředkem k odpočinku či snížení tolerance k užívané droze a tím paradoxně usnadněním dalšího užívání zapříčiněného nižší finanční náročností. Z tohoto důvodu mnohá zařízení nabízející detoxifikaci nepřijímají pacienty, pokud nemají domluvené další doléčení, čímž předcházejí nechtěnému jevu (Nešpor a Müllerová, 2006; Nešpor in Kalina, 2003).

### **Pobytová léčba**

Jak již z názvu vyplývá, v rámci pobytové léčby klient žije v prostředí nějaké léčebné instituce. *„Tento typ léčby se snaží vytvořit pozitivní prostředí bez drog, vytváří jasný režim a pravidla pobytu a využívá různých terapeutických metod, které mají pomoci klientovi ujasnit si své postoje“* (Sananim, 2009). Klient je tak nejenže pobízen ke změně svého přístupu k návykovým látkám, ale také je zde prostor pro řešení dalších problémů a zdokonalovány jsou komunikační a sociální kompetence. V rámci léčebného programu je využíváno psychoterapií, pracovních terapií, ale také volnočasových aktivit. Samozřejmostí je poradenská činnost a spolupráce s rodinou. Pobytovou léčbu můžeme rozdělit dle délky a charakteru na dvě kategorie – ústavní a rezidenční.

#### Ústavní léčba

Ústavní léčba je zejména krátkodobého (do 2–3 měsíců) nebo střednědobého (od 2–3 měsíců do 6 měsíců) charakteru a probíhá standardně v lékařských zařízeních, především v psychiatrických léčebnách. Probíhá tedy pod lékařským dohledem a vlivem své délky je zaměřená především na řešení problému závislosti, přičemž přidružené problémy spojené s klientovou resocializací ponechává na doléčovacích službách. Pro ústavní léčbu je typický přísně organizovaný denní režim, ale také využití organizace jednotlivých oddělení na principu terapeutických komunit. Toto léčebné společenství tak vytváří bezpečné prostředí jak pro samotné terapie, tak i pro další interakce mezi klienty (Dvořáček in Kalina, 2003; Sananim, 2009).

#### Rezidenční léčba

Rezidenční léčba, také označovaná jako léčba v terapeutických komunitách je klasickou formou dlouhodobé léčby (6–18 měsíců, ve výjimečných případech může být doba léčby i 2 roky),

příčemž pro ni není typický statut zdravotnického zařízení. Jedná se o bezpečné prostředí, které kombinuje realitu a terapii. Terapeutické komunity jsou charakteristické následujícími osmi pravidly:

1. základním bodem je motivace klienta ke změně;
2. podmínky soužití v komunitě se v maximální možné míře přibližují reálnému životu;
3. důraz je kladen na rozvoj odpovědnosti, který tvoří předpoklad pro další resocializaci;
4. účast v komunitní léčbě je dobrovolná, tudíž klient může kdykoliv odejít;
5. terapie je zaměřena na skupinu z důvodu přirozenosti života ve společnosti a rozvoje sociálních vztahů;
6. s přihlédnutím k náročnosti léčby závislosti je třeba, aby byl přechod z komunity do běžného života co nejplynulejší;
7. strukturovaný život v komunitě upevňuje nové návyky a režim;
8. terapeutický tým je pouhým pomocníkem, poradcem, nikoliv soudcem, či osobou, jež bude druhé poučovat, jak žít svůj život (Kalina a kol., 2003).

Z výčtu pravidel je znatelný posun k resocializaci jedince, kdy v jednotlivých fázích léčby je klient různě konfrontován se svým problémem a připravován na návrat do běžného života. Pozitivní vliv má jistě i prostředí komunit, které je spíše společným soužitím terapeutů a klientů, než léčebným zařízením v klasickém pojetí. Terapeutické komunity také kladou velký důraz na intenzivnější pojetí volnočasových aktivit, které jsou rovněž chápány jako formy terapií a mohou tak zprostředkovat mimořádný prožitek. Jeho docílení je jedním z mnoha důvodů užívání návykových látek. Rezidenční léčba tak má větší potenciál inspirovat své klienty k novému způsobu trávení volného času než léčba ústavní, je to logické nejen z důvodu částečně odlišného pojetí ale i z délky oné léčby.

## 2.3 TERAPIE

V souvislosti s druhy léčebných zařízení již byly zmíněny některé terapie, které se v rámci léčby závislosti a jiných návykových nemocí využívají. Jsou i další přístupy, které nemusí být chápány jako klasické terapie, nicméně mají pozitivní terapeutický vliv. Dle množství jednotlivých návykových problémů je patrné, že neexistuje univerzální léčebný program. K dispozici je proto celá řada nástrojů, která nám pomůže ho částečně uzpůsobit dle potřeby. To je také důvodem, proč se náplň léčby může instituce od instituce lišit. Přitom i samotná skladba terapií může být jedním z důvodů pro volbu takové léčebny, která může klientovi nejlépe vyhovovat.

**Psychoterapie** jsou pravděpodobně nejvíce užívanými technikami využívanými při léčbě jako nástroj změny. Probíhají buď individuálně (formou rozhovorů s terapeutem), nebo skupinově (interakce mezi terapeutem a členy a členy navzájem). Cílem psychoterapie je v obou případech překonání duševních či životních problémů, zároveň zlepšení sebepoznání, sociálních vztahů a empatie. Ve fungující skupině jedinec nachází oporu, pomoc, pochopení, zpětnou vazbu i další motivaci. Psychicky orientované terapie tak tvoří velkou část léčebné náplně a její různé orientované typy můžeme nalézt v režimu dne i vícekrát (Nešpor a Müllerová, 2006).

Další z terapií vyskytujících se v různých formách téměř v každé léčebně je **pracovní terapie**. Jedná se o léčebnou metodu, která využívá pracovní činnosti jako prostředek k navození režimu a žádoucích návyků. Samotným pohybem může být chápána jako kompenzace k duševně náročné psychoterapii. Navíc pracovní činnost je motivací, neboť je zde viditelný výsledek. Dále přispívá ke skupinové soudržnosti a je jakýmsi neformálním prostorem pro komunikaci a tvorbu nových sociálních vztahů.

Další z terapií, jež se vyskytují v každém zařízení, jsou **sportovní aktivity**, ať organizované přímo jako terapeutický program, či jako volnočasové aktivity<sup>4</sup>. Dále již záleží spíše na jednotlivých zařízeních, jaké formy jsou jim do celkového léčebného programu bližší, můžeme se tak setkat například s **arteterapií** (využití výtvarného projevu jako prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů), **muzikoterapií** (forma relaxace, často vedoucí k imaginaci; skrz hudební improvizaci také umožňuje dát otevřený průchod emocím) nebo například **dramaterapií** (příležitost k vyzkoušení chování nezbytného pro abstinenci; možnost ventilace negativních pocitů; pro někoho také jednodušší způsob, jak vyjádřit svůj problém). Každé zařízení se snaží denní, potažmo týdenní režim co nejvíce zatraktivnit, aby maximalizovali rozdílnost působení na jedince a tím i dosáhli co nejefektivnější léčby.

---

<sup>4</sup> Specifika kinezioterapie – terapie využívající pohybových aktivit se věnuje blíže 3. kapitola, proto zde tato problematika není více rozvedena.

### 3 KINEZIOTERAPIE

Kinezioterapie je léčebná metoda, která k dosažení kýžených výsledků využívá aktivně prováděné pohybové aktivity. Pod pojem kinezioterapie tedy mohou být zařazeny jakékoliv sportovní aktivity, relaxační cvičení, nebo také různé procházky a výlety. Důležité je, aby onen pohyb byl záměrný a nepracovního charakteru. „*Pomáhá člověku dosáhnout pocitu somatopsychické normality*“ (Hátlová, 2003, s. 34). Pohybové aktivity jsou prostředkem k bližšímu poznání svého těla, vlastních možností, což dále pozitivně ovlivňuje rozvoj osobnosti a sebekontroly.

Kirchner a Hátlová (2015) definují zaměření kinezioterapie, kterými se odlišuje od jiných způsobů léčby:

1. kinezioterapie prostřednictvím pohybových programů cíleně působí na psychiku jedince, jeho duševní procesy a osobnost, a to pomocí: zmíněného záměrného aktivního pohybového programu, vytvoření terapeutického vztahu, neverbální komunikace, emocí a interakce ve skupině;
2. cílem kinezioterapie je podílení se na zmírnění či úplném odstranění psychických a psychosomatických obtíží;
3. kinezioterapie se snaží inspirovat jedince k získání nového náhledu na svůj problém;
4. pro maximalizaci výsledků je nutné, aby kinezioterapie byla prováděna kvalifikovanou osobou.

V návaznosti na výzkumnou část a zjištění, že sportovní aktivity bývají ve velké části organizovány zvoleným sportovním referentem samosprávy, vzniká rozpor právě se čtvrtým bodem, neboť zde chybí ona kvalifikovaná osoba, která by zajistila cílenost daných aktivit. Proto je z praxe evidentní, že právě plný terapeutický potenciál programů využívajících pohybových aktivit jako prostředku léčby nebývá často využit v takové míře, jak je možné. Mluvíme-li o terapeutickém potenciálu, kinezioterapie pomáhá jedincům znovu nalézt:

1. vědomí pohyblivosti – souvisí s poznáním svého těla a jeho možnostmi;
2. psychosomatickou jednotu – pohyb je chápán jako spojující prvek fyzické a duševní stránky, zároveň také rozvíjí obě složky a je prostorem k jejich vyjádření se, nejedná se tak pouze o fyzickou aktivitu;
3. obnovu pozitivního sebepřijetí – subjektivní vnímání svého těla se často liší od reálného stavu, aby bylo dosaženo co nejmenších rozdílů, je třeba volit taková cvičení, u kterých

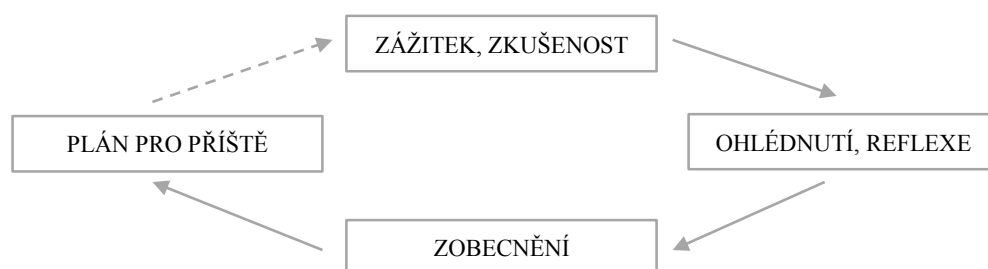
jedinec bude schopen kontrolovat své tělo a jeho reakce, důležité je tedy nastavit obtížnost úměrnou ke schopnostem, aby nedošlo k většímu zablokování;

4. sebezpřijetí a integritu – pohybová cvičení podněcují k vnímání pohybů svých, ale i ostatních, na jejichž základě rozvíjí schopnost seberegulace, což je velmi důležité zejména u psychotických klientů;
5. tělesnou symboliku – pohyb může být také sám o sobě způsobem vyjádření se, způsobem komunikace, čehož využívá například taneční terapie a dramaterapie;
6. emoční spontaneitu – běžný život velmi často omezuje čisté emoční vyjádření, čehož opakem jsou často právě pohybové aktivity, které k emoční spontaneitě vybízejí, je tak možným odreagováním ve smyslu odblokování svých emocí;
7. tvořivost – pohyb kromě spontánnosti rozvíjí také tvořivost, což je v některých případech rovněž jedním z cílů (Hátlová, 2003).

### 3.1 KINEZIOTERAPIE V LÉČBĚ NÁVYKOVÝCH NEMOCÍ

V přípravě kinezioterapeutických programů se vychází z jednotlivých znaků závislosti, zejména pak z bažení, jehož potlačení, překonání vede k utužení abstinence a rezistence vůči škodlivým vlivům a tím také k prevenci relapsu. „Z hlediska vědecké průkaznosti efektivity jsou nejúspěšnější léčebné techniky a metody rozvinuté na podkladě modelů teorie učení. Směřují k některým obtížně ovlivnitelným aspektům drogové závislosti, např. motivaci závislého změnit své chování, prevenci relapsu“ (Miller, Van Bilsen a Childres in Kirchner a Hátlová, 2015).

Praxe nejen v léčbě návykových nemocí ukazuje, že jeden z nejvíce využívaných modelů učení je čtyřstupňový Kolbův cyklus, také nazýván jako Kolbův zkušenostní model učení, a to díky svému důrazu na zážitek a jeho dalšímu sdílení jako způsob učení.



**Obr. 1** Kolbův zkušenostní model učení (zdroj: upraveno Hanuš a Chytilová, 2009)

Čtyři části modelu reflektují právě novou zkušenost a její víceúrovňové sdílení, které vede k zobecnění a možnosti dalšího využití řešení v situaci jiné, však podobné. Základním vstupním prvkem je aktivita, která umožní získat zážitek, či novou zkušenost. Tato zkušenost je dále

předmětem reflexe, v jejímž průběhu si účastníci připomenou průběh a důležité momenty. Druhou úrovní zpětné vazby je zobecnění řešení problémových situací, v případě jejich nevyřešení se zaměřujeme na důvody a případné změny vedoucí k budoucímu úspěšnosti. Závěrečná fáze přinese promítnutí této zkušenosti do běžného života, srovnání podobných situací a jakýsi návod pro jejich budoucí řešení (Hanuš a Chytilová, 2009).

Z hlediska aplikace pohybových aktivit do léčby návykových nemocí se nejedná o žádnou novinku. Docent Skála začal již na konci padesátých let dvacátého století zapojovat rozcvičky do denního režimu u pacientů závislých na alkoholu. Další sportovní činnosti na sebe nenechaly dlouho čekat. Jeho názor o nevhodnosti kontaktních sportů, které mohou být potenciálním spouštěčem agresivních projevů, přetrvává dodnes (Skála, 1998). Hátlová (2003) upozorňuje na odlišnost závislých na alkoholu od jedinců závislých na drogách, přičemž největším rozdílem nejsou specifika jednotlivých látek, jako samotný věk uživatelů. Drogově závislí jsou obecně mladší a mají tak mnohdy jiný vztah k pohybovým aktivitám. Současný přístup předpokládá, že zlepšením fyzické kondice jedince dáme za vznik odolnosti vůči zátěži nejen fyzické, ale i psychické. Přitom se stále více experimentuje se zapojením pohybových her a outdoorových aktivit s důrazem na prožitky. Tento typ aktivit také tvoří vlastní terapeutické odvětví – dobrodružnou terapii<sup>5</sup>.

### 3.1.1 PŘÍKLAD FORMY KINEZIOTERAPEUTICKÉHO PROGRAMU

Kinezioterapeutický program se dle jednotlivých stadií léčby dělí do tří fází, ve kterých se také setkáváme s rozdílným zaměřením volených aktivit. Hátlová (2003) tak navrhuje následující formu:

- 1. fáze** – začátek mezi druhým až čtvrtým týdnem léčby (dle psychosomatického stavu pacienta); důraz především na relaxaci: zapojení relaxačních cvičení, jógy, aktivních cvičení s relaxujícími účinky, nekontaktních cvičení, taneční terapie;
- 2. fáze** – po detoxifikaci; zaměření na: autoregulaci skrz cvičení koncentrace, relaxaci a autogenní trénink, dále se druhá fáze zaměřuje na: zvýšení důvěry (v sebe i druhé) a spolupráci, k čemuž využívá zejména her v přírodě, kooperačních her a iniciativních problémových her; důvod zařazení: možnost prožít něco pozitivního, intenzivního bez pomoci drog, motivace mimořádným prožitkem;

---

<sup>5</sup> O ní ve stručnosti více v podkapitole 3.2.

3. fáze – po absolvování prvních dvou fází, trvá až do konce léčby; nácvik sensitivity, sebekontroly, sociálních dovedností, sebeprosazení.

## 3.2 DOBRODRUŽNÁ TERAPIE

Dobrodružná terapie „zahrnuje fyzicky a psychicky náročné činnosti, odehrávající se většinou v odlehlem, přírodním prostředí nebo prostředí, které navozuje dobrodružné situace“ (Kirchner a Hátlová, 2004, s. 21). Gass, Gillis a Russel (2012) tuto definici rozšiřují o nutnost odborného vedení profesionály, kteří klienty zapojují na úrovni jak kognitivní, emoční tak behaviorální. Pro dobrodružnou terapii je dále typický prožitkový přístup ke skupinové psychoterapii, využití skupinových her, lanových a outdoorových překážek, nebo expedic do divočiny. (Gillis a Thomsen in Kirchner a Hátlová, 2004). Změn na behaviorální úrovni je dosahováno skrz zdánlivé či reálné riziko (psychického i fyzického rázu) a pomocí instrukcí před a po aktivitě. Je tedy kladen důraz na náležitě uvedení aktivity včetně jejího kontextu a následné reflexi, což dle Kolbova cyklu vede k dalšímu učení. Celkově se dá říci, že dobrodružná terapie vychází z principů prožitkové pedagogiky a zážitkového učení, pouze aplikovaným do prostředí závislosti<sup>6</sup>. Newes (2001) shrnuje hlavní znaky do následujících bodů:

1. zaměření na skupinu;
2. zpracování – víceúrovňová reflexe vedoucí k zobecnění a vztažení situace ke každodennímu životu;
3. uspořádání aktivit – reflektuje teorii FLOW a s ní související nastavení obtížnosti jednotlivých aktivit;
4. vnímané nebezpečí – chápáno jako prostředek k učení, k získání nových návyků po překonání těchto subjektivních rizik;
5. neznámé prostředí – podporuje instinktivní chování;
6. výzvu – znamenající výstup z komfortní zóny do zóny učení;
7. poskytnutí konkrétních následků – pozitivních i negativních ve vztahu ke klientovu jednání;
8. stanovení cílů;
9. budování důvěry;
10. prožitek; problematice

---

<sup>6</sup> Protože se jedná o obsáhlejší oblast, tak je zde obsažen pouze výčet jednotlivých principů a blíže se celé problematice věnuje následující čtvrtá kapitola.

11. vrcholný zážitek – jakožto rekapitulace všech předchozích bodů, jakési vyvrcholení závěrečnou aktivitou, výzvou, jež umožní otestovat, co si klient z programu odnesl.

Programů využívajících prvky dobrodružné terapie je celá řada, nicméně je spojují důvody využití. Patří mezi ně například vznik pocitu odpovědnosti za vlastní rozhodnutí, sounáležitost se skupinou, rozvoj sebekontroly a pocit vlastní hodnoty. Klíčem k úspěchu je změna chování, respektive přeučení starých zvyků, čímž může dojít k odstranění nežádoucího chování (Chytilová, 2005). Zapojení dobrodružných programů také kvitují klienti léčeben návykových nemocí, neboť svou intenzitou zprostředkují silnější zážitky, čímž je umocněna výsledná zkušenost.

## 4 PSYCHOLOGIE DOBRODRUŽSTVÍ

Sportovní programy nepřinášejí pouze fyzickou aktivitu, ale jsou spjaty s více faktory, ať máme na mysli výzvodové situace, stres, úspěch či zklamání, nebo také samotný pobyt v přírodě a dobrodružství. Proto je třeba tyto programy představit v širších souvislostech, abychom získali ucelený pohled a mohli využít jejich plný terapeutický potenciál.

### 4.1 PROŽITEK

K pochopení rozdílnosti způsobů trávení volného času, důvodům, proč se někdo věnuje umění a jiný sportům, je třeba se blíže podívat na prožívání jedinců.

Podle Kirchnera (2009) totiž existuje takzvaná saturace prožitkem, což je vlastně determinace intenzity prožívání u jedince, určuje míru intenzity prožitku u každého z nás, abychom se cítili ve svém životě šťastní. Jsou lidé, kteří potřebují intenzitu prožitku vyšší, označovanou za mimořádnou. Je tedy částečně předem určeno genetikou jedince, k čemu bude mít predispozice. „Mezi lidmi s potřebou mimořádného prožitku patří především sportovci“ (Kirchner, 2009, s. 11). Navíc Kirchner (2009) doplňuje, že je zde ještě jedna zvláštní skupina, která má dokonce velmi silnou potřebu mimořádného prožitku. Drogově závislí. Byť by se tedy mohlo zdát zvláštní, že sportovci a drogově závislí mají z hlediska prožívání mnoho společného, při hlubším zamyšlení to není příliš šokující. Představíme-li si vrcholový sport, co si asociujete jako první? Vítězství? Prohru? Zranění? Peníze? Doping? Pro někoho může být nepochopitelné, proč jsou tito lidé ochotni obětovat jejich práci/zábavě tolik, ale je v tom ukryta právě i zmíněná podobnost s drogově závislými. I sportovci chtějí tento mimořádný prožitek zažívat stále častěji a častěji, stane se pro ně tzv. drogou. Toto tvrzení o potřebě mimořádného prožitku (laiky mnohdy nesprávně označovaným jako adrenalinem) je rovněž jednou ze základních tezí dobrodružné terapie, která nahrazuje mimořádné prožitky spojené s užíváním návykových látek za prožitky pozitivní, spojené se sportovními programy.

Z pedagogiky víme, že nejefektivnější učení je pomocí osobní zkušenosti, neboť 80 % našich poznatků získáme právě prostřednictvím našich zážitků, které jsou i déle zapamatovatelné (Svatoš, 2005). Stejně tak je tomu s prožitky, kdy nejcennější jsou ty, jež si sami získáme na vlastní kůži. Existuje rovněž poměrně specifický druh aktivit, u kterého dochází k vyvolání mimořádně intenzivního prožitku specifickými podmínkami – velkou rychlostí, výškou, exponovaností terénu, náročností. „Jednoduše se jedná o aktivity, během nichž člověk balancuje na hranici života a smrti a každá sebemenší chyba v provedení dané dovednosti se

*může stát osudnou*“ (Kirchner, 2009, s. 12). Tyto aktivity nazýváme outdoorové, chcete-li adrenalinové, či extrémní. Pro představu sem můžeme zařadit například parašutismus, horolezectví, nebo kanoistiku na divoké vodě.

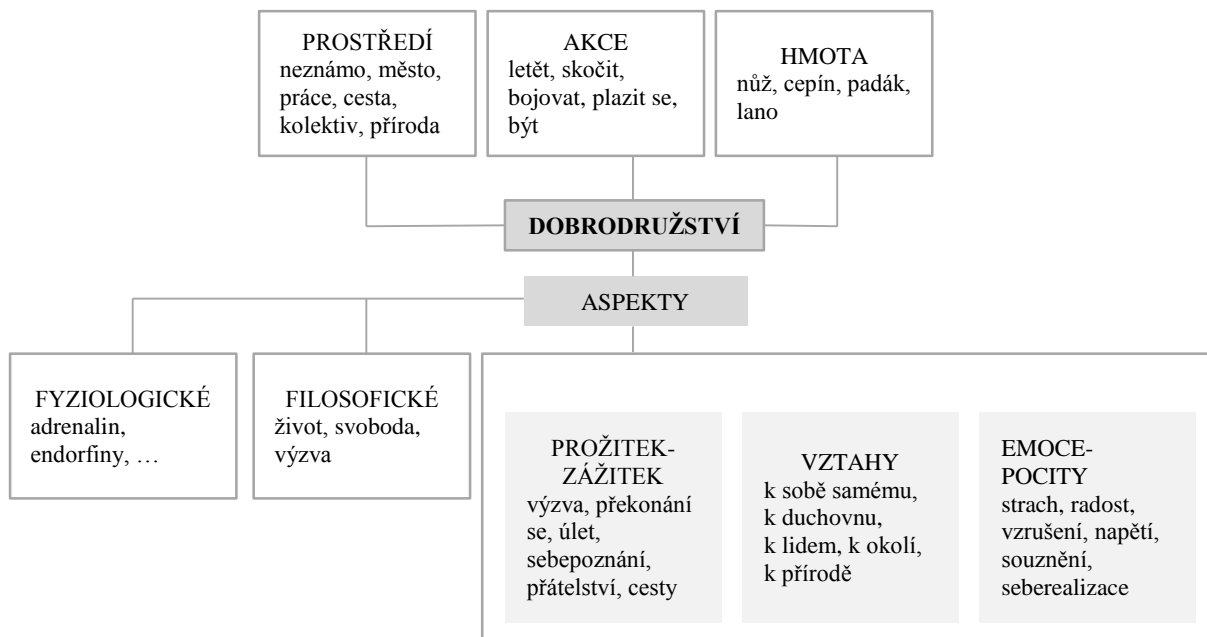
## 4.2 RIZIKO A DOBRODRUŽSTVÍ

Riziko a dobrodružství jsou nedílnou součástí outdoorových sportů, určují celou jejich podstatu. Rizikem myslíme možné nebezpečí, potenciální ztrátu něčeho pro nás cenného. *„Riziko představuje nebezpečí nezdaru, nějaké ztráty, fyzické újmy (zranění), duševní újmy, nebezpečí v emoční stránce (strach), intelektové či sociální nebezpečí (nevědomost, trapná situace), nebo finanční nebezpečí (ztráta nebo zničení vybavení) umocněné velikostí této ztráty*“ (Kirchner, 2009, s. 27). Není tedy pochyb, že intenzivní prožitek získaný provozováním těchto aktivit je vykoupený právě možnými riziky, a to jak duševního, fyzického, nebo hmotného charakteru. Zřejmá je tu tedy provázanost i s naším zdravím, nejedná se však pouze o možnost zranění, která je přítomna u většiny sportovních aktivit, ale také o možný dopad na naše duševní zdraví spojený s působením strachu a stresu. Rohnke (1989, s. 13) situace, při kterých pracujeme s rizikem, nazývá výzvou. *„Výzva je meč, který má dvě ostří. Zatímco představuje možnost změny a úspěchu, také ale odhaluje témata, z kterých máme strach: ztrátu respektu, selhání, a zranění*“. Zvládnuté výzvodvé situace pomáhají překonat nezdar a zvyšují pozitivní sebepojetí jedince a právě schopnost přijímat riziko (Schoel, Prouty a Radcliffe, 1989).

Důležité je rozdělení rizika na skutečné a zdánlivé (subjektivní, nepřítomné). Právě riziko zdánlivé je nezbytné, pokud chceme, aby pro nás byla aktivita více než zábavou. Je-li cílem osobní rozvoj, je třeba překročit naši komfortní zónu a čelit výzvám, rizikům a nejistotám, jež s sebou nese zóna učení. Pouze ochotou zkoušet nové věci se dále rozvíjíme<sup>7</sup>. Právě toto zkoušení nového, nejistého je jedno z možných vymezení dobrodružství. Dále můžeme dobrodružství definovat jako něco, co má nejistý výsledek, nebo může být dobrodružstvím jakýkoliv vzrušující neobvyklý prožitek, či výzvodvé situace, někdy až na samé hranici našich možností (Kirchner, 2009). Másilka (in Kirchner, 2009) se svými studenty na FTK v Olomouci sestavil pojmovou mapu, která představuje asociace studentů k pojmu dobrodružství.

---

<sup>7</sup> Problematice teorie komfortní zóny se blíže věnuje kapitola 4.4.1.



**Obr. 2** Dobrodružství - pojmová mapa (zdroj: Másilka in Kirchner, 2009)

Podle Kirchnera (2009) lze tyto asociace považovat jako nejpřesnější vymezení dobrodružství, neboť neexistuje definice, která by zohledňovala dobrodružství v takto širokém kontextu a nevztahovala se pouze ke specifické situaci. Za bližší zmínku stojí fakt, že studenti brali v ohledu jak pozitivní psychologické aspekty (sebezpoznání, přátelství, seberealizace, souznění), tak výše zmíněný strach, jako jedno z možných rizik.

### 4.3 ODOLNOST A ZDATNOST ORGANISMU

Důležitými pojmy k vymezení jsou také odolnost a zdatnost. Byť jsou to pojmy, které se vzájemně prolínají, obecně se dá říci, že zdatnost je více fyzického charakteru, hovoříme tedy o fyzické zdatnosti, o schopnosti organismu vykonávat jakoukoliv činnost. Z toho již vyplývá, že odolnost je oproti tomu více spojená s psychickou stránkou, je to schopnost jedince vyrovnat se s určitými zátěžovými situacemi a v neposlední řadě schopnost čelit stresu.

#### 4.3.1 STRES

Stres se postupem času stal nedílnou součástí našeho života. Jedná se o soubor reakcí na vnitřní a vnější změny, které narušují běžný chod organismu (Hátlová, 2003). Stres podle své povahy můžeme rozdělit do dvou kategorií: psychický a fyzický. Dle Kirchnera (2009) se se stresem setkáváme tehdy, zažíváme-li mimořádnou zátěž, čímž rozumíme zátěž, která vede k využívání našich rezerv. Z důvodu jedinečnosti každého z nás má také každý rozlišnou toleranci těchto

stresových situací, má rozdílnou dříve popsanou psychickou odolnost. Reakce na tyto situace můžeme rozdělit do následujících třech fází:

1. *„Poplachová reakce (alarm) – znamená mobilizaci všech pomocných mechanismů zachování života.*
2. *Fáze odolávání (rezistence) – znamená rozvoj specifických způsobů obrany organismu. Zmatek z poplachové reakce je zmírněn a tělo se brání za cenu likvidace rezerv. Selye hovoří o rezervoáru adaptační energie.*
3. *Fáze destrukce a vyčerpání (exhausce) – znamená selhání organismu po vyčerpání rezerv“ (Kirchner, 2009, s. 37).*

Tyto fáze provází schopnost jedince reagovat na stresové situace a zároveň určují druh prožívaného stresu. První fáze dává impuls k reakci na novou situaci, snaží se ji zvládnout zaběhnutými metodami. Oproti tomu fáze druhá již tyto metody rozvíjí, setkáváme se zde se snahou situaci se přizpůsobit. Toto odolávání, bojování s novým je popisováno jako pozitivní stres – eustres. Zatímco fáze třetí je překročení našich možností, neodhadnutí naší jak fyzické zdatnosti, tak psychické odolnosti a prožívaná situace je nezvladatelná, dochází k selhání, vyvolávaný stres je negativní a nazýváme ho distres (Hátlová, 2003). Dle Kirchnera (2009) je variabilita zvládnání těchto situací nejen interindividuální, ale také intraindividuální. Jednotlivé stresory se tak liší nejen u jednotlivých osob, ale také u samotného jedince, někdy stresor<sup>8</sup> může stres navodit, jindy nikoliv. Každá situace je tedy částečně unikátní a jiná souhra podmínek (prostředí, aktuální stav organismu atd.) může pro nás znamenat stres i v případě, že se jedná o situaci již dávno adaptovanou.

### **Stres a pohybová aktivita**

Hátlová (2003) potvrzuje, že stres a pohybová aktivita patří k sobě a zároveň poukazuje na somatické reakce – zvýšení tepové frekvence a spotřeby kyslíku, nebo zpomalení metabolismu. *„Současně funguje jako jakási mentální odbočka, jako prostor pro uvolnění emocí“ (Šolcová in Hátlová, 2003).* Pouhá změna koncentrace z původních stresorů na pohybovou aktivitu přináší uvolnění napětí. Nejenže má kladný vliv na psychickou pohodu jedince, a to z krátkodobého i dlouhodobého hlediska, ale také ovlivňuje sebeúctu, depresi, percepce strachu a v neposlední řadě výrazně zlepšuje reaktivitu na stres a snižuje agresi. Pohybové aktivity

---

<sup>8</sup>Jako stresor nazýváme prvek, který vyvolal stresovou situaci.

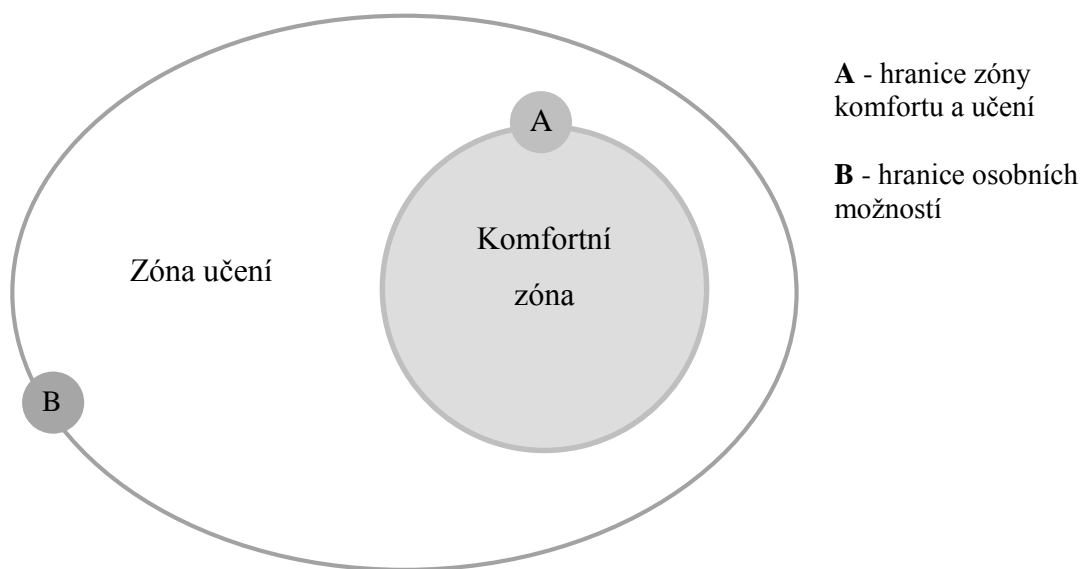
tedy pomáhají dosáhnout psychické rovnováhy (Kirchner, 2009). Zajímavé je zjištění, že intenzivnější účinky probíhají u osob, které pohybové aktivity neprovozují pravidelně (Hátlová, 2003).

#### 4.4 ROZVOJ OSOBNOSTI NA ZÁKLADĚ PROŽITKU

Bylo zmíněno, že nejefektivnější prožitky, jsou prožitky, které si sami zažijeme. Zároveň větší míru zastoupení intenzivních forem těchto situací přináší outdoorové aktivity, které pracují s rizikem a dobrodružstvím, chcete-li s výzvodnými situacemi. S úspěšným absolvováním výzvy souvisí teorie komfortní zóny a stav „plynutí“ – flow. Nešpor (2011) potvrzuje rozvoj osobnosti jedince jako jeden z přínosů pohybových aktivit. Konkrétně zmiňuje lepší vnímání psychiky, emocí a celkové dobré vnímání sebe i okolí, což spatřuje jako jeden z efektivních nástrojů změny při léčbě návykových nemocí.

##### 4.4.1 TEORIE KOMFORTNÍ ZÓNY

Teorie komfortní zóny jde ruku v ruce s jednotlivými fázemi stresu. Svatoš (2005) definuje komfortní zónu jako oblast, která je nám vlastní, ve které se cítíme pohodlně. Řadíme sem tedy situace, které nám nečiní problémy, situace v kterých jsme uspěli a nepředstavují pro nás riziko. Pro naši psychickou pohodu je důležité mít takovýto soubor situací, osob, lokalit, u kterých



**Obr. 3** Komfortní zóny (zdroj: upraveno Vecheta, 2009)

víme, co můžeme očekávat, na druhou stranu tato zóna pro nás nepředstavuje prostor pro změnu, pro další rozvoj, a co více, může se nám stát natolik známou, že je zde nebezpečí

stagnace a následného poklesu. „*Zóna se chová jako dynamický systém, takže pokud některou již uskutečněnou, uchopenou, poznanou skutečnost nepoužíváme, nevyužíváme, necvičíme, pak se tato daná oblast z orientace růstové změny v orientaci klesající*“ (Hanuš a Chytilová, 2009, s. 86).

V případě, že pro nás již pobyt na hranicích komfortní zóny přestává být dostačujícím a člověk chce zažít něco nového, je třeba překročit hranici zóny komfortu a učení. Dostáváme se do oblasti, která nám nabízí situace, jež jsou pro nás nové, které jsme dříve nezažili a prozatím na ně neumíme reagovat. Toto území nazýváme zónou učení. Právě nové situace mohou být impulzem k dalšímu rozvoji. Prvky neznámého s sebou přinášejí výzvu, která dále ovlivňuje naše další chování. Pokud výzovou situaci zvládneme, přichází růst spojený s velmi příjemnými pocity a podpoření sebedůvěry. Skutečnost, že uspějeme v situaci, které jsme se obávali, nebo jsme nevěděli, zda jsme schopni ji zvládnout, je silnou motivací pro budoucí jednání a další učení (Svatoš, 2005). Samozřejmě, ne vždy se nám tento krok mimo komfortní zónu vydaří, můžeme být konfrontováni s neúspěchem, selháním a tím vzroste naše demotivace pro další podobné činy.

Důležité je naučit se odhadnout míru výzvy, abychom nečelili výzvě, která je již daleko za hranicemi zóny učení a nachází se za hranicemi osobních možností, což je samo o sobě značně rizikové, nejen z psychického pohledu, ale i fyzického. Šance úspěchu zde není velká, možný neúspěch a následky jsou všudypřítomné a námi zažívaný stres je negativní povahy. Z tohoto důvodu je třeba volit výzvu s rozumem a s vědomím našich možností (Vecheta, 2009).

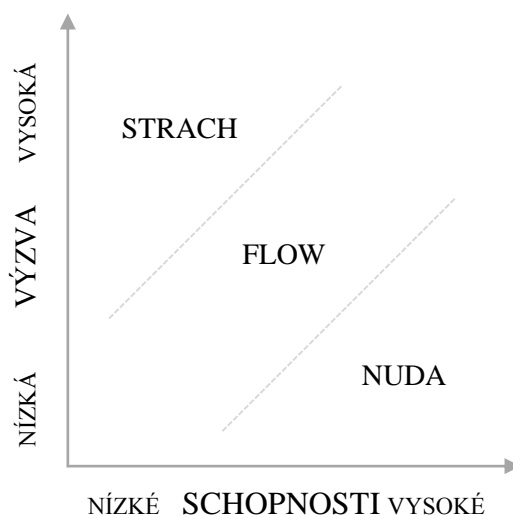
#### 4.4.2 STAV FLOW

S teorií komfortní zóny a volbou míry výzvy souvisí stav plynutí – flow. Jedná se o naprosté zaujetí pro danou aktivitu. V tomto stavu jsou čas, emoce i jednání jedince subjektivně změněné. Jedinci ve stavu flow se cítí soustředěnější, pozornější, aktivnější, přičemž nezáleží na povaze úkolu, ani dané aktivity (Činčera, 2007).

Pro stav flow platí, že je přítomen, pokud je nastavena rovnováha mezi našimi schopnostmi a dovednostmi a danou výzvou. Pokud jsou schopnosti na úrovni vyšší, než nastavená výzva, dochází pak k nudě a stagnaci. Na druhou stranu pokud daná výzva převyšuje naše schopnosti, můžeme se setkat s obavami ze situace, mnohdy strachem, v krajní možnosti i negativní formou stresu – distresem (Hanuš a Chytilová, 2009). Činčera (2007) flow vnímá nejen jako pohlcení aktivitou, ale také jako přetrvávající zájem o aktivitu, spojený s neustálou motivací do dané

aktivity a s možností úspěchu. Důležitým prvkem je zábava spolu s pocitem satisfakce, který s ní souvisí, což je mnohdy důvodem, proč lidé znovu absolvují tento typ aktivit – chtějí jimi prožité pozitivní pocity zažít znovu. „Z výzkumů zabývajících se pojmem flow vyplývá, že lidé jsou motivováni k získávání dobrodružných zkušeností z důvodu, že jsou doplněny pocity radosti, fyzického i duševního zdraví a dosažení osobnostních kompetencí“ (Priest a Gass, 1997, s. 43).

Stav flow je také častým důvodem vyhledávání pohybových aktivit u osob léčících se se závislostí, neboť dle jejich slov pak dokáží eliminovat stresory a negativní myšlenky, s kterými bojují v rámci léčby, a získají tak čas „pro sebe“, kdy si mohou opravdu odpočinout a uniknout střetu s realitou.



**Obr. 4** Stav FLOW (zdroj: upraveno Priest a Gass, 2005)

## 5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Cílem práce je analyzovat, jakým způsobem klienti interpretují svoji zkušenost s kinezioterapií. Vyhodnotit, jaký význam klienti této zkušenosti přikládají a jak se proměňují jejich pocity před programem kinezioterapie a po jeho absolvování. Současně se zaměřit na pozitiva, negativa a možnosti dalšího vývoje, které u programu kinezioterapie klienti spatřují. Na jejich základě vytvořit doporučení optimalizace pro další realizaci této terapie.

Výzkumná část práce byla zpracována kvalitativní metodou z důvodu osobního kontaktu s respondenty. Právě osobní kontakt umožnil získat přesnějších a významově hlubších dat a zároveň pomocí neverbální komunikace dokreslil skutečnou povahu respondenty prezentovaných informací. Bylo tak možné sledovat emoce, které respondenty přepadaly při vzpomínkách na situace spojené se sportovními programy a které tak pomohly odhalit skutečné pocity, které jednotliví respondenti mají s programy asociované, nebo které jim přinášejí. Data tohoto charakteru jsou velmi hodnotná a kvantitativní metodou bychom je nebyli schopni získat.

Creswell (in Hendl, 2008, s. 48) kvalitativní výzkum definuje jako „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí pozorování v přirozených podmínkách*“. Jedním z hlavních znaků kvalitativního výzkumu je jeho přizpůsobivost, skutečnost, že na základě probíhající analýzy dat, je možné upravit výzkumný plán. Tímto krokem jsme schopni se zaměřit na nově vzniklé oblasti zájmu, či upřesnit nebo rozšířit ty stávající. Strauss a Corbinová (1999) dále poukazují na využití kvalitativních metod při zkoumání oblastí, o kterých toho mnoho nevíme, nebo naopak získání nového pohledu na oblasti námi známé. Existují také oblasti, pro které je použití kvalitativního výzkumu ze své podstaty celkově vhodnější. „*To je třeba případ výzkumu, který se snaží odhalit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem, např. nemocí, přestoupením na jinou víru nebo závislostí*“ (Strauss a Corbinová, 1999, s. 11).

Za použití kvalitativních metod výzkum odpovídá následující výzkumné otázky:

1. Jaký význam klienti přikládají absolvování programu kinezioterapie?
2. Jak se liší interpretace významu kinezioterapie před a po absolvování?

## 5.1 VÝZKUMNÝ VZOREK

Respondenty byli klienti Léčebny návykových nemocí v Nechanicích a klienti Oddělení návykových nemocí Psychiatrické léčebny Kosmonosy. Výzkumný vzorek čítal celkem dvanáct respondentů, kdy z obou léčeben jich bylo náhodně vybráno po šesti. V průběhu výzkumu bylo zjištěno, že přestože má věk velkou váhu na volbu sportovní aktivity, není důležitým při kvalitě prožívání těchto aktivit. Proto jsou respondenti rozděleni nikoliv podle věku, ale dle typu návykových nemocí, jejichž specifika mají pro získaná data větší váhu.

| NÁVYKOVÁ NEMOC | ALKOHOLISMUS | DROGOVÁ ZÁVILOST | PORUCHA PŘÍJMU POTRAVY | ZÁVISLOST NA LÉCÍCH |
|----------------|--------------|------------------|------------------------|---------------------|
| POČET          | 7            | 6                | 2                      | 2                   |

Tab. 3. Výzkumný vzorek (rozdělení dle návykových nemocí)<sup>9</sup>

Výzkumný vzorek je možný také rozdělit dle dalšího kritéria – pohlaví. Přestože je vzorek heterogenní, nepodařilo se zajistit jeho vyváženost, a to především z důvodu absence ženského oddělení závislosti v Psychiatrické léčebně Kosmonosy.

| POHLAVÍ | MUŽ | ŽENA |
|---------|-----|------|
| POČET   | 9   | 3    |

Tab. 4. Výzkumný vzorek (rozdělení dle pohlaví)

## 5.2 SBĚR DAT

Sběr dat proběhl v již zmíněných dvou léčebných zařízeních v průběhu prosince 2014 a ledna 2015 pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

Polostrukturovaný rozhovor je jeden z hlavních dvou typů hloubkových rozhovorů ve výzkumu a vychází z předem připravených témat a otázek. Zároveň se jedná o typ rozhovoru, jehož použití je velmi běžné například u zakotvené teorie (Švaříček a Šed'ová, 2007). Hendl (2008) doporučuje tento typ rozhovoru použít v případě, že je potřeba u jednotlivých rozhovorů zajistit jejich co největší strukturální neměnnost. Jedná se také o bezpečný způsob získání potřebných

---

<sup>9</sup> Z tabulky je patrné, že součet výskytu nemocí není výsledných dvanáct, jako počet respondentů – je tomu tak z důvodu, že někteří absolvovali léčbu více návykových nemocí, což se promítlo i v jejich odpovědích; proto byly rovněž zaznamenány i nemoci minulé.

dat v případě, že nemáme možnost rozhovor opakovat, či máme omezené množství času. Na druhou stranu s sebou nese i jistá omezení. Přípravená struktura otázek přináší úzké zaměření na dané oblasti, nedává tolik volnosti respondentovi a nezohledňuje individualitu respondenta a okolí do takové míry jako jiné typy. Zároveň ale přináší jasnější odpovědi na daná témata a lépe analyzovatelná data.

Přibližně ve třetině sběru dat došlo k mírné úpravě připravených otázek, neboť se z průběžné analýzy vynořily nové oblasti. Výsledkem bylo třináct otázek:

- 1) Mohl/a byste mi popsat, jakým způsobem tady u vás fungují sportovní programy?
- 2) Co vás první napadne v souvislosti se sportovními programy?
- 3) Co očekáváte, že získáte absolvováním těchto programů?
- 4) Vzpomenete si na nějaký pozitivní moment, který jste zažil/a v rámci těchto programů?
- 5) Vzpomenete si na nějaký negativní moment?
- 6) Co pomohlo k jeho překonání?
- 7) Co vám tyto programy přinášejí nového?
- 8) Kdybyste měl/a možnost, jak byste tyto programy uzpůsobil/a, abyste je hodnotil/a lépe?
- 9) Co se vám na programech líbí nejvíce?
- 10) Co se vám na programech líbí nejméně?
- 11) Jak tyto programy přispívají k léčbě?
- 12) Jaké máte z těchto programů pocity?
- 13) Jak hodnotíte tyto programy v souvislosti s dalšími programy, které absolvujete?

### 5.3 ANALÝZA DAT

Data byla analyzována pomocí zakotvené teorie, což je velmi flexibilní metoda vycházející přímo ze zkoumané oblasti. Právě postupným sběrem dat a jejich analýzou se objevuje to, co je pro danou oblast charakteristické. Velmi důležité je prolínání jednotlivých fází, fáze sběru dat, analýza a vytvářené teorie tak nejsou jasně ohraničeny, nýbrž se dle potřeby k jednotlivým fázím znovu vracíme, dokud nejsou data teoreticky nasycena (Strauss a Corbinová, 1999; Švaříček a Šed'ová, 2007). Oproti jiným designům kvalitativního výzkumu tak není přítomna teorie, kterou ověřujeme, ale vytváříme teorii novou právě na základě získávaných dat.

Kódování dat, jak analýza bývá v případě zakotvené teorie často označována, probíhá ve třech stadiích – otevřené, axiální a selektivní. Otevřené kódování je tedy prvním krokem, který má

za úkol z analyzovaného textu vybrat významné jednotky a těm přiřadit nejlépe reprezentující kódy. Ty nazýváme koncepty a záleží již na samotné interpretaci výzkumníka, zda se bude jednat o slovo či krátkou frázi. Po pojmenování jednotek koncepty je potřeba na data nahlédnout z jiného úhlu a vytvořit kategorie, které by jednotlivé koncepty zaštitovaly (Švaříček, Šed'ová, 2007). Stádiem druhým je axiální kódování, které více zkoumá vztahy mezi jednotlivými kategoriemi a koncepty. Některé kategorie či koncepty mohou být v této fázi vyřazeny, jiné naopak zkoumány detailněji (Hendl, 2008). Druhé stádium tak dává základ samotné teorii a postupně vzniká paradigmatický model, jehož upřesnění je předmětem posledního třetího stádia – selektivního. V posledním stádiu rovněž vzniká centrální kategorie, nebo-li ústřední fenomén a je zkoumán jeho vztah k ostatním kategoriím. „*V průběhu selektivního kódování je výzkumník veden snahou vyhledat hlavní témata a kategorie, které budou ústředním bodem vznikající teorie*“ (Hendl, 2008, s. 251).

Tento systém o třech stádiích kódování výzkumníka provází všemi procesy analýzy získaných dat od prvotního vytváření kódů, jejich další kategorizování až po vznik nové teorie charakteristickou pro danou oblast

#### 5.4 VALIDITA A ETIKA

Z důvodů dostatečné validity výzkumu byl vzorek respondentů vybrán takovým způsobem, aby byly zohledněny různé typy návykových nemocí. Tato skutečnost přispěla k širšímu pohledu na zkoumanou problematiku. Validitě výzkumu rovněž pomohla orientace na dvě léčebná zařízení, čímž byla alespoň částečně eliminována subjektivita. Výstup tak může být považován za obecnější, než by tomu bylo v případě jednoho zařízení. Aby nedošlo ke zkreslení výpovědí respondentů, již v průběhu rozhovorů docházelo k ověřování získaných informací a u některých z nich došlo ke konzultaci i při analýze.

Etické otázky výzkumu byly přizpůsobeny specifikům vyplývajícím z míst sběru dat. Každý z respondentů byl před samotným rozhovorem seznámen s jeho cílem a rovněž ubezpečen o zachování anonymity. Pro snazší analýzu dat bylo využito přepisů rozhovorů s tím, že každý respondent byl požádán o souhlas s nahráváním rozhovoru. Získané informace nejsou sdílené jinde, než je nezbytně nutné v rámci této práce. Samotná struktura otázek byla nastavena takovým způsobem, že pro nikoho z dotazovaných nebylo problematické na tato témata hovořit. I tak byla míra zapojení a ochota zodpovědět čistě ponechána na samotných respondentech. V Léčebně návykových nemocí v Nechanicích byly tyto etické aspekty také stvrzeny podpisem

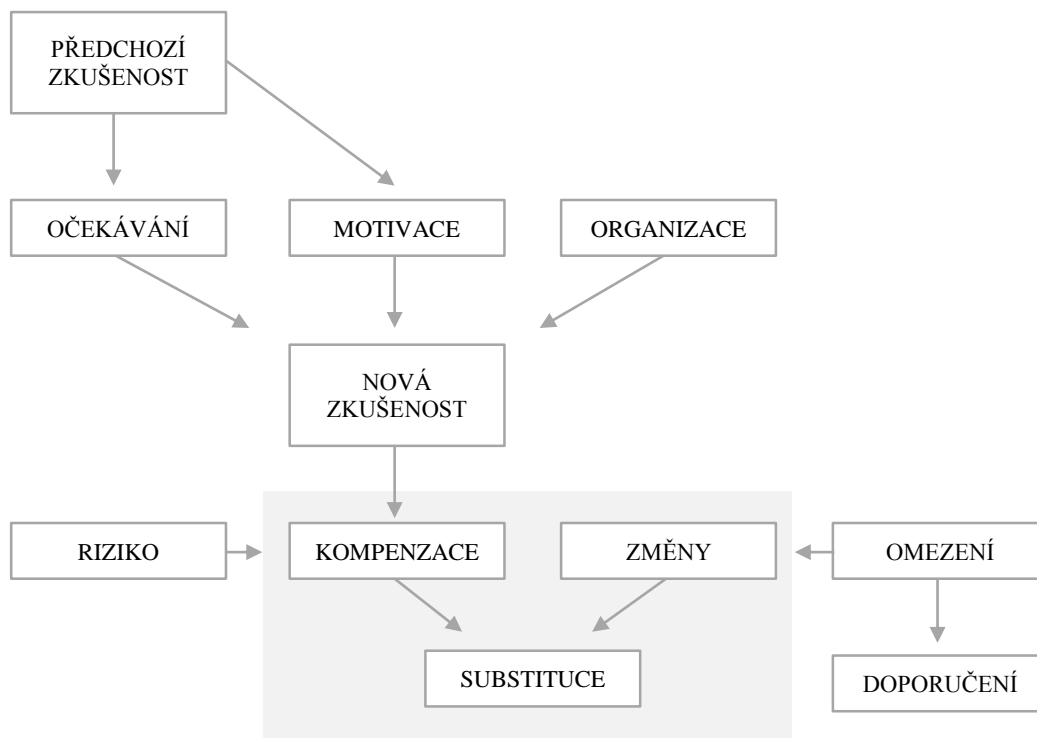
formuláře o informovaném souhlasu<sup>10</sup>, který byl rovněž požadován zařízením z důvodu interních směrnic.

---

<sup>10</sup> Ukázku formuláře obsahuje příloha B.

## 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Výzkumná část odhalila proměnné, které vysvětlují, jak klienti léčebny návykových nemocí interpretují svoji zkušenost s kinezioterapií a jaký význam jí přiřkládají.



Obr. 5 Paradigmatický model

Z výzkumu vyplývá ústřední oblast, která rozděluje účastníky vnímaný přínos sportovních aktivit při léčbě do třech kategorií – kompenzace, změny a substituce. Právě kategorii substituce je možné označit jako hlavní fenomén, který symbolizuje kýžený výstup celého programu. Tento soubor kategorií je dále ovlivňován všudypřítomnými riziky a omezeními, jež mohou svým působením snížit míru přínosu samotných aktivit. Ony aktivitu představuje kategorie nová zkušenost, která je determinována motivací klientů a organizací. Poslední kategorií, která má možnost předem ovlivnit prožívání dané zkušenosti, jsou očekávání klientů. Patrně není překvapením, že tato očekávání a motivace klientů souvisejí s předchozí zkušeností. Ve zkratce řečeno, model popisuje různé úrovně přínosu sportovních aktivit pro klienty léčebny návykových nemocí, zároveň bere ohled na možná rizika a neopomíjí ani vliv vstupních faktorů. Závěrem přináší soubor doporučení pro kvalitnější prožívání a působení programů využívajících pohybových aktivit jako terapie.

Jednotlivé kategorie a jejich vztahy jsou blíže specifikovány dále.

### **Kategorie: Předchozí zkušenost**

Kategorie Předchozí zkušenost představuje zkušenosti účastníků, jež jsou relevantní ve vztahu ke sportovním aktivitám a mohou být rozděleny do tří subkategorií – aktivní sportovec, předchozí léčba a vzpomínky. Každá ze subkategorií jiným způsobem ovlivňuje očekávání a motivaci klientů, sekundárně pak průběh samotné aktivity.

#### Kategorie: Předchozí zkušenost, Koncept: Aktivní sportovec

Příklady:

*„Věnuju se bojovým sportům od 18 let. Mám i černý pásy a tak...“*

*„Já jsem hrála závodně basket, takže mi to chybělo.“*

*„...baví mě spíš běžky, kolo, výlety.“*

Klienty je možné rozdělit do různých kategorií dle jejich vztahu ke sportu a míry sportovní aktivity provozované před nástupem do léčby. Skupina, která je pro pohybové aktivity a priori více zainteresovaná, je skupina aktivních sportovců. Sem nepatří pouze lidé, kteří provozovali sport vrcholově, ale také ti s celkově kladným vztahem ke sportu, lidé, pro které je sportování koníčkem. Pro tyto klienty jsou sportovní aktivity často hledanou formou odreagování nejen od léčby samotné. Rovněž jde o skupinu, která mnohdy spatřuje nabízené možnosti jako nedostačující a ke sportování se ubírá i v rámci osobního volna. Výsledný přínos je většinou multidimenzionálního charakteru a kromě požadované zábavy tito sportovci vidí ve sportu možnost seberealizace. Sportovní aktivity pro ně nejsou prostředkem, ale motivací a samotným cílem. Zvýšená sportovní orientace s sebou často nese riziko vzniku nové formy návykového chování – „závislosti“ na sportu<sup>11</sup> (mnohdy v jeho extrémnějších formách).

#### Kategorie: Předchozí zkušenost, Koncept: Předchozí léčba

Příklady:

*„Mám celkem zkušenosti z předchozí léčebny, kdy jsem byl v Němčicích. Tam to bylo hodně o tom sportovním vyžití a fyzický zátěži.“*

---

<sup>11</sup> Tato kontroverzní forma substituce je obsažena jako samostatný koncept a je popsána níže.

*„Takže jsme třeba jeli z Olomouce na Slovensko čtyři dny na kole. Prošli jsme Nízký Tatry. Rychleby jsme prošli. To bylo bezvadný. To se mi hodně líbilo.“*

*„A i ty zážitky celkově jsou intenzivnější...“<sup>12</sup>*

Fakt, že zvládnout závislost není snadné, potvrzuje i množství klientů recidivistů, klientů, kteří se bohužel opakovaně ke své závislosti vracejí. Nemálo klientů také z jednoho typu závislosti utečou do závislosti jiné, dalo by se říci mírnější. Příkladem může být například vystřídání drogové závislosti alkoholismem. Takto vzniká skupina klientů, kteří mohou porovnat různá léčebná zařízení a různé typy léčby. Mnozí z nich tak mají i předchozí zkušenosti, které mohou významně ovlivnit jejich přístup ke sportovním terapiím. V případě negativní předchozí zkušenosti spojené s léčbou se můžeme setkat s prvotním odporem, máme však šanci jejich postoj zvrátit, nebo je nadchnout například atraktivnější nabídkou aktivit, či jinými možnostmi. Obtížnější situaci máme v opačném případě, kdy klienti byli spokojeni s nabídkou předchozího zařízení, a léčebna nová není schopna tyto podmínky zajistit. To je případ především závislých osob, které absolvovaly léčbu v terapeutických komunitách, kde je orientace na sportovní aktivity mnohem větší. Respondenti si vychvalovali zejména intenzivnější prožívání takových aktivit. Přestože nastavená obtížnost byla mnohdy vyšší, sami pak v případě zdolání aktivit prožili intenzivnější emoce a výsledná zkušenost se jim do paměti vryla hlouběji. Nejméně „problémovou“ skupinou mající dřívější zkušenost s léčbou jsou lidé, kteří buď nemají přílišné požadavky, tím pádem ani očekávání, nebo si v předchozí léčbě našli aktivitu, která je zajímavá, takže v ní pokračují bez problému i nadále (z výpovědí se velmi často jedná například o běhání či posilování).

Kategorie: Předchozí zkušenost, Koncept: Vzpomínky

Příklady:

*„...venku nohejbal a to mě hodně bavilo. Hrál jsem ho odmala s tátou.“*

*„Na druhou stranu ale mám tyto místa, třeba tu Hrubou Skálu, spojený s tím, že jsem tam byl hodněkrát opilej se svojí holkou, která se na mě vyprdla po pěti letech, když jsem šel do léčby... různý ty vzkazy vyrytý do té skály, tak jsem si říkal, že půjdu kolem toho a budu vyřizenej.“*

---

<sup>12</sup> V reakci na své zážitky z léčby v terapeutické komunitě.

*„Nebo si naopak vzpomenou, že tam už dřív jezdili.“*

Vzpomínky jsou velmi silným faktorem ovlivňující jak očekávání, tak motivaci klientů. Zpravidla se týkají nejužšího okolí a jsou tak velmi osobního charakteru, čímž celá situace získává vyšší prioritu. Vzpomínky mohou představovat například společné rodinné aktivity, což může být pozitivní hnací síla pro opakování těchto aktivit i mimo rodinný kruh. Zároveň s sebou ale nesou trpký střet s realitou, a sice uvědomění odloučení, někdy až ztráty. Z důvodu často dlouholeté závislosti vycházejí na povrch vzpomínky spojené s užíváním návykových látek a přinášejí tak pocity nejistoty, obavy ze zvládnutí této konfrontace. Toto jsou jen střípky v rozmanitosti možných vzpomínek, jedná se o natolik širokou oblast, že není ani v možnostech této práce všechny popsat a uvést jejich působení. Je ale očividné, že se jedná o velmi důležitý typ vstupních faktorů, které mohou ovlivňovat celkový přístup klientů. Pozitivně i negativně.

### **Kategorie: Očekávání**

Pod kategorií očekávání je možné zahrnout výstupy, které klienti předpokládají, že jim absolvování těchto aktivit přinese. Kategorii je možné opět rozdělit na následující menší celky: psychický odpočinek, změna prostředí a zábava. Spojení sportovních programů a zábavy je poněkud automatické, oproti tomu aspekty psychického odpočinku či změny prostředí si pravděpodobně mnozí z nás ani neuvědomují. Vycházejí na povrch až v konkrétních případech, například při nástupu do léčby. Důležité je také velké propojení očekávání klientů a jimi vnímaný přínos. Proto někdy záleží pouze na interpretaci, do jaké kategorie ten který výrok zařadíme. Pravděpodobně díky množství psychicky orientovaných terapií nemají klienti problém hovořit o svých pocitech a dojmech, dokáží dobře popsat, co jim program přinesl v minulosti, a z toho vyhodnotit svá další očekávání.

### Kategorie: Očekávání, Koncept: Psychický odpočinek

Příklady:

*„Já to беру jako takový relax.“*

*„Takže člověk, když má volno, tak alespoň nemusí řešit tohle, ale jde se normálně projít...“<sup>13</sup>*

---

<sup>13</sup> Výrokem klient poukazuje na všudypřítomnost režimu v průběhu léčby.

*„Jiný účel bych já v tom ani neviděla, než tu kompenzaci, uvolnění a relax. Což je ale strašně důležitý. Oddechnout si a dělat si něco jinýho.“*

Oddechnutí, uvolnění, odreagování – toto jsou často skloňované termíny, které respondentům přišly na mysl jako první při otázce týkající se jejich očekávání. Psychický odpočinek může být rovněž chápán jako jedna z forem kompenzace jinak psychicky náročné náplně léčby. Z tohoto důvodu jsou sportovní aktivity vyhledávány téměř všemi a to i v případě, že se nejedná o příliš sportovně aktivní jedince. Tuto tezi potvrdil i jeden z respondentů: „Myslím, že tady si to lidi nepřiznávají, nebo neuvědomují, ale 70 % lidí tu chodí hrát ping pong, chodí si zacvičit, hledají si to sami“. Zaměření pozornosti na aktivity orientované jiným způsobem, a s tím spojený prostor k odreagování, je tedy nejčastějším důvodem k vyhledávání těchto aktivit.

Kategorie: Očekávání, Koncept: Změna prostředí

Příklady:

*„Mně se třeba líbí už i to, že jedeme vlakem, že se dostaneme ven z ústavu...“*

*„Já to беру jako takový relax, že budu na čerstvém vzduchu, že budu venku. Že nebudu tady.“*

*„Navíc v té přírodě si vlastně lidi můžou odpočinout o něco víc, protože podobných lákadel je tam o něco míň a tak to i neodvádí jejich myšlenky tímhle směrem.“*

*„Výlety do přírody se líbí všem.“*

Další charakteristickou subkategorií vyplývající z dlouhodobého pobytu v instituci je samozřejmě kýžená změna prostředí. Ta nejenže umožňuje kontakt s okolním světem, tedy jakýsi únik z prostředí asociované s léčbou, ale také sama o sobě může být inspirací a motivací. Respondenti rovněž vidí přírodu v její čisté formě, jako nezkaženou, postrádající rizikové faktory, které by je mohli znovu lákat na scestí. Proto je zde i úzký vztah mezi změnou prostředí a zmíněným psychickým odpočinkem. V neposlední řadě změna prostředí vytváří prostor pro neformální setkávání a komunikaci, což je také velmi vítanou změnou oproti velmi důslednému režimu léčení.

Kategorie: Očekávání, Koncept: Zábava

Příklady:

*„Je to dobrý a fakt mě to baví.“*

*„Je to zábava.“*

*„Je tam u toho i sranda.“*

Jak již bylo naznačeno, zábava jde ruku v ruce s volnočasovými aktivitami. Z toho vyplývá, že pokud si klienti vyberou z vlastní vůle trávit volný čas sportovní činností, je téměř jisté, že aktivitu budou hodnotit jako zábavnou. To nelze jednoznačně tvrdit o povinných sportovních blocích v rámci režimu léčby. Zde již záleží na možnostech jednotlivých zařízení, jak je mají organizované a jaká je nabídka aktivit. Že ne vždy je možné najít řešení uspokojující všechny, podporují slova jednoho z respondentů, který se nudil, protože nebylo možné uzpůsobit aktivitu takovým způsobem, aby pro něho byla atraktivní. Spíše se však jedná o výjimky a klienty pohybové aktivity baví.

### **Kategorie: Motivace**

Kategorie motivace se zabývá faktory, které klienta podporují v aktivní účasti na sportovních programech. Do kategorie patří dvě širší oblasti a sice: osobní rozvoj a sociální okolí. Pod osobní rozvoj může být dále zařazen jak rozvoj fyzické kondice, tak i seberealizace v oblasti sportu. Také subkategorie sociálního okolí skrývá dvě skupiny, a to lidi nejbližší – rodinu a osoby, se kterými klienti tráví aktuálně nejvíce času – ostatní klienty.

#### Kategorie: Motivace, Koncept: Osobní rozvoj

Příklady:

*„Začínal jsem na 2 km a teď už uběhnu 8 km.“*

*„Vidím, jak mi to pomáhá. Ta chůze. Bude mi 50 a vím, že třeba nebudu už lítat po horách jako dřív, ale může to být čím dál lepší.“*

*„Mám takovej cíl, že bych jednou chtěl uběhnout ten Pražskej maraton.“*

*„Hodně jsem ocenil to, jak se mi tam zvedla kondice. Hodně jsem si vlastně odpočinul ode všeho. Teď jsem tady začal posilovat a dělá mi to vyloženě dobře.“*

Úspěch motivuje každého z nás a jinak tomu není u sportovních aktivit. Jestliže klienti vidí svá zlepšení, pozorují rozvoj své fyzické kondice, podporuje je to k další činnosti a chtějí příjemné pocity spojené s úspěchem zažít znovu. Zároveň je skupina závislých osob velmi specifická dle právě fyzického stavu, který zpravidla při nástupu do léčby bývá velmi špatný. S tím chtějí

mnozí něco dělat a tak i ve svém volnu navštěvují posilovny, chodí na procházky, nebo běhat, zkrátka se snaží kondici zlepšit. Tento přístup se často přeneso i do celé léčby, kdy s lepšící se tělesnou schránkou získávají větší motivaci pracovat na sobě i psychicky. Je zde i skupina, která sport vnímá jako prostor k seberealizaci a klade si sportovní cíle daleko překračující hranice léčebny.

Kategorie: Motivace, Koncept: Sociální okolí

Příklady:

*„Cvičím pro sebe a za druhé cvičím i pro malou, pro rodinu.“*

*„Je to fajn pak vyjít tady ty schody, splavenej, utahanej a vidět tady ty, jak tady seděj a čuměj a hrajou si s telefonem, to je taková motivace...“*

*„To třeba, když jdeme s klukama do posilovny, tak oni se hodně podceňujou a vzniká mezi námi taková zdravá rivalita.“*

U popisu podkategorie vzpomínek byl prostor věnován důležitosti nejbližšího okolí a tak jako vzpomínky mohou velmi ovlivnit samotná očekávání, tak rodina (potažmo i vzpomínky spojené s ní) je jistě nezanedbatelným motivátorem. U mnohých byla právě rodina důvodem nástupu do léčby a rodina také bývá motivací při léčbě, kdy se kvůli ní chtějí vyléčit a pracují na sobě. Do další sociální skupiny, která má velký motivační potenciál, patří ostatní klienti. Záleží na konkrétní situaci, někdy je možné pozorovat značnou rivalitu a hecování u společné aktivity, ale jindy je laxní přístup ostatních spíše negativní a je již na každém, jak se mu rozhodne čelit. Někdo se nechá otrávit a po vzoru ostatních zvítězí pasivita, zatímco jiní se neaktivitou ostatních vyburcují k vlastnímu výkonu a radost ze sportu je pak umocněna radostí ze subjektivního vítězství nad skupinovou pasivní náladou a své resistance.

**Kategorie: Organizace**

Způsob, jakým jsou terapie využívající pohybových aktivit organizované, může mít velký vliv jak na množství aktivity jedinců, tak i na samotnou kvalitu prožívání oněch programů. Hlavní rozdělení organizace je provedeno dle míry dobrovolnosti, jsou zde povinné sportovní bloky, zpravidla organizované samosprávou a dále je možné být sportovně aktivní i ve svém volném čase, věnovat se sportu individuálně, dobrovolně. Do organizace samozřejmě patří i možnosti, jaké jsou klientům dostupné, nabídka aktivit, která se již liší zařízení od zařízení a v některých

případech bývá i jedním z rozhodujících faktorů při volbě té konkrétní instituce pro nástup do léčby.

Kategorie: Organizace, Koncept: Nabídka aktivit

Příklady:

*„V létě nohejbal, ti co chtěli, ti co nechtěli tak pétanque, nebo spíš ti starší.“*

*„A uvnitř to je ping pong a posilovna.“*

*„Je tu hlavní výlet, třeba 25 km pro ty, kteří to zvládnou fyzicky, a pak další procházky pro ty slabší, kteří mají třeba zdravotní potíže.“*

*„Když se dalo, tak se hrál volejbal, nohejbal, basket.“*

Protože byl výzkum realizován ve dvou léčebných zařízeních, je k dispozici alespoň malé srovnání, jaká je nabídka a zhodnocení přínosu. Obě léčebny nabízejí jak venkovní, tak vnitřní alternativy. V Kosmonosech je k dispozici venkovní hřiště na nohejbal a prostor pro pétanque a při nepříznivém počasí či v zimním období mohou klienti navštěvovat posilovnu, či hrát ping pong. Nechanice mají rovněž hřiště, však multifunkčně orientované, proto je zde možnost nohejbalu rozšířena o volejbal a basketbal. Mezi vnitřní možnosti opět patří ping pong a posilovna, rozšířená o rotopedy. Tyto klasické sporty pak doplňují různé procházky a výlety v Nechanicích označované jako terénní terapie. Bohužel, přestože název slibuje velká dobrodružství, opak je pravdou, cílem těchto procházek je mnohdy jen blízký rybník či nedaleká cukrárna. Oproti tomu v Kosmonosech je pravidelně dvakrát měsíčně organizován výlet, to jednou celodenní a jednou půldenní. Výlety bývají většinou cílené do přírodních oblastí a to jak bližších, tak mírně vzdálenějších (lokalita je omezena časovou dostupností a finanční náročností). Protože celodenní výlety se někdy promění i ve třicetikilometrovou túru, výsledná zkušenost je intenzivnější a výsledný efekt je silnější, rovněž i samotní klienti tyto výlety velmi dobře hodnotí.

Kategorie: Organizace, Koncept: Povinný sportovní blok

Příklady:

*„Teď v zimním období je to na patrech, každé patro má svého vedoucího rozcvičky, takže to pak odvisí od toho, kdo rozcvičku vede.“*

*„...na druhou stranu je fajn, že je to někdo ze skupiny, z té samosprávy, protože se lidi víc otevřou.“*

*„Spíše sami vymyslíme, kam třeba pojedeme, pan primář dohlíží na koordinaci, aby tempu stačili i slabší.“*

*„2x týdně jsou vyloženě sportovní terapie.“*

*„Máme v neděli sportovní dvě hodiny.“*

V každé léčebně je nějakým způsobem organizován povinný sportovní blok. Většinou doplňuje dny, které jsou více psychicky náročné a méně pohybově orientované. Zajímavé je, že tyto bloky bývají organizované samosprávou, konkrétně sportovním referentem, který je volen klienty. Je důležité, kdo tou osobou je, protože podle toho se mění i charakter jednotlivých bloků. I tak osoba sportovního referenta svými kompetencemi působí spíše jako dozor, zodpovědná osoba, než jako trenér, člověk zodpovědný za aktivitu ostatních klientů. Tento fakt je velkým omezením pro účinnost těchto programů a nabízí prostor pro zlepšení. Na druhou stranu fakt, že zde nefiguruje nikdo z personálu, je vnímán pozitivně a podporuje tak neformální vztahy, komunikaci a otevřenost ve skupině.

#### Kategorie: Organizace, Koncept: Individuální

Příklady:

*„Pak jsou ještě individuální vycházky pro ty, kteří jsou už ve 2. stupni, ti můžou jít ven sami, ale to už si jdou, kam chtějí.“*

*„Já sám si cvičím na pokoji. Sklapovačky, protáhnu se.“*

*„Jediný co se tu dá dělat je jít si zaběhat.“*

Pro jedince, kterým pevně dané sportovní bloky nejsou dostačující, pak volný čas nabízí další prostor pro sportovní realizaci. Jak bylo zmíněno výše, tohoto vědomě využívají především sportovně aktivně založení klienti, chodí ve svém volnu běhat, nebo posilovat. Nevědomě sportovní vyžití vyhledává i méně aktivní skupina klientů, která však volí klidnější aktivity jako ping pong nebo pétanque.

### **Kategorie: Nová zkušenost**

Nová zkušenost je kategorií stojící na rozhraní, je spojujícím prvkem mezi kategoriemi vstupními a výstupními, nehledě na to, zda znamenají přínos, rizika nebo omezení. Výpovědi respondentů potvrzují v outdoorové branži platný výrok, že „zážitek nemusí být pozitivní, ale intenzivní“. Právě klienti, kteří mají zkušenost s rezidenční léčbou, vzpomínají na mnohdy velmi drsné zážitky, které zpětně hodnotí jako zlomové a pro ně velmi důležité. Podobně si stojí hodnocení některých výletů organizovaných v rámci programu léčby v Kosmonosech. Nová zkušenost však není pouze spojujícím elementem, prostředníkem, ale také může být předmětem sdílení v rámci psychoterapeutických programů a tím tak metodicky uzavřít cyklus tohoto zážitku.

### Kategorie: Nová zkušenost, Koncept: Sdílení

Příklady:

*„No, že bych to mohl někomu doporučit...“*

*„Druhej den na ranní skupině, když padla otázka, jakej byl včerejší den, tak o tom všichni mluvili s úsměvem, jaká to byla paráda, tak to tak i celkově změnilo náladu a atmosféru.“*

*„Má to zpětný vazby i v rámci psychoterapií.“*

Sdílení zkušeností probíhá na dvou úrovních. Nejprve v rámci skupiny ve volném čase, v rámci sociálního okolí jedince a v úrovni druhé v rámci skupinové psychoterapie. Společný zážitek vede k uvolnění atmosféry a snazší komunikaci. Zároveň ale jeho sdílení a reflexe vede k poznání vlivu této zkušenosti a může být dle Kolbova cyklu učení zobecněna a vztažena na řešení podobných situací v běžném životě. Z tohoto důvodu je velmi důležité věnovat se sportovním programům i po jejich průběhu, nechat klienty o nich hovořit a zajímavé situace blíže rozebrat. Potenciál je veliký, stačí ho jen využít.

### **Kategorie: Kompenzace**

Kategorie Kompenzace je první ze tří kategorií představující přínos sportovních aktivit. Kompenzace je chápána jako odreagování od psychicky náročného programu léčby, což zahrnuje koncept psychického odpočinku. Druhou formou je kompenzace jakožto celkové uvolnění z mnohdy přísného režimu léčby. Nabízí rovněž neformální prostor pro komunikaci

a setkávání. Tyto možnosti jsou ohrožovány riziky a omezeními, které mohou míru kompenzace snížit.

Kategorie: Kompenzace, Koncept: Psychický odpočinek

Příklady:

*„Harmonická je kombinace psychoterapie a sportovních činností – psychicky náročnou terapii doplňuje sportovní, přináší uvolnění.“*

*„...za druhý nemyslím na nic jiného, vyčistím si hlavu.“*

*„Po tý psychický stránce je to fajn odpočinek.“*

*„Já mám třeba problém s agresí, tak mám určitě sport jako ventil pro sebe.“*

Psychický odpočinek je velmi žádaný a předem očekávaný přínos sportovních aktivit. Klienti v rámci léčby vyhledávají odreagování a pohybové aktivity jsou jedním z vhodných způsobů. Respondenti v kontextu s kompenzací vidí sportovní aktivity jako správně nasměrovanou energii. Fyzická náročnost tak vytváří rovnováhu energie jedince. Nejenže ji nasměruje správným způsobem, ale také pomůže odbourat tu přebytečnou. Jedinci mající problémy s agresí potvrzují, že sport je jejich jediným způsobem, jak znovu dosáhnout rovnováhy.

Kategorie: Kompenzace, Koncept: Neformální prostor

Příklady:

*„Já třeba ty výlety venku využívám k tomu, že si můžu s některýma lidma promluvit.“*

*„...i v tom, že si popovídáte s jinými lidmi. Na jiná témata. V jiném prostředí. Což je fajn.“*

*„na těch výletech se k vám terapeutický tým chová úplně jinak, je s nima víc legrace, je to víc přátelštější.“*

*„Je to uvolněnější než na terapiích.“*

Jak již bylo výše popsáno, povinné sportovní bloky bývají organizované samosprávou a tak s sebou nesou jisté uvolnění z léčebného režimu, stávají se neformálním prostorem. Prostorem, kde se střetnou lidé i z jiných skupin a mají možnost se více vzájemně seznámit, popovídat si. Respondent, který má problém s vyjadřováním, rovněž vnímá prostředí spojené se sportovními aktivitami jako bezpečné, nebojí se komunikovat a je pro něho i tréninkem pro jiné terapie, kde

je vystupování před ostatními vyžadováno. V případě výletů organizovaných v Kosmonosech také respondenti kladně hodnotí možnost méně formálního vztahu mezi klienty a personálem, což hodnotí jako přínosné i pro spolupráci na dalším programu. Zkrátka aktivity pomáhají klientům částečně odbourat realitu a fakt, že jsou v léčebně. Pomáhají jim na chvíli na všechno zapomenout a normálně se pobavit, jako by byli lidé, kteří se potkají na odpočinkovém místě někde v přírodě, nebo v posilovně pro veřejnost.

### **Kategorie: Změny**

Další z kategorií blíže popisující přínos sportovních aktivit při léčbě návykových nemocí jsou Změny, které vznikají absolvováním pohybových programů. Konkrétně jsou zde dvě oblasti – biochemické změny a změny myšlení.

#### Kategorie: Změny, Koncept: Biochemické změny

Příklady:

*„U pohybu se uvolním, dostanu ze sebe napětí, vyplavují se endorfiny.“*

*„Každopádně i to dobrodružství... těžko se to popisuje, ale tělo vyplavuje nějaký euforický látky, což představuje příjemnej stav.“*

*„Já si tady prostě zaběhám a vím, že mi je pak úplně hezky.“*

*„A i když beru antidepresiva, tak aspoň na chvíli si odpočinu i v tomhle smyslu. Naskočí tam pozitivum, dobrá nálada.“*

*„...byla celkově bezva nálada.“*

Biochemické změny jsou empirickým důkazem skutečnosti pozitivního vlivu fyzické zátěže na jedince. Endorfin, širokou veřejností také nazýván hormonem štěstí, který se uvolňuje při svalovém vypětí do mozku, způsobuje pocity štěstí, dobrou náladu, zkrátka celkový příjemný stav. Pozitivní pocity mají vliv nejen na samotné jedince, ale šíří se celou skupinou a ovlivňují tak i atmosféru ve skupině. Z tohoto důvodu je vhodné, aby se aktivit účastnili i jedinci, kteří nemají velkou touhu po fyzické aktivitě, neboť je nanejvýš pravděpodobné, že pozitivní nálada je zasáhne nezávisle na jejich vlastní intervenci.

#### Kategorie: Změny, Koncept: Změny myšlení

Příklady:

*„Člověk přijde na jiný myšlenky. Špatný myšlenky během toho sportu může odbourat.“*

*„Když jsem měl před tou vycházkou nějaký problémy, náladu špatnou, tak když jsem se vrátil, všechno jsem najednou viděl jinak.“*

*„Když cvičím, tak nemám nutkání myslet na ty negativní věci, myslím na ty pozitivní.“*

*„Nemyslí na to, že je v léčebně...“*

*„Potom se jdu osprchovat, smeju prostě tu špínu ze sebe...“*

Pozitivní přístup je při léčbě velmi důležitý a právě sportovní aktivity se všemi svými specifiky pomáhají v jeho dosažení. Respondenti pozorují změny myšlení absolvováním těchto aktivit, konkrétně odbourání negativních elementů a zaměření se na pozitivní. Zároveň zaujetím aktivitou je často dosaženo potlačení reality, skutečnosti, že se jedinci nacházejí v léčebně, žijí aktuálním momentem. Pro některé je také fyzická aktivita rituálem, pomůže jim odbourat negativní myšlenky, kdy vše je zakončeno hygienou a symbolicky ze sebe smyjí veškeré nečistoty.

### **Kategorie: Substitute**

Kategorii Substitute, představující nahrazení drog něčím jiným, v našem případě sportovní aktivitou, můžeme rozdělit na dvě hlavní oblasti – nahrazení adrenalinu a emocí spojené s užíváním návykových látek a nahrazení starého návyku návykem novým, návykem méně rizikovým. Jedná se tak o samotný výstup léčby, kdy si klient najde vlastní způsob, jak dále fungovat v běžném životě, jak vyplnit mezeru ve volném času, která abstinencí logicky vznikne. Zároveň z důvodu snížení pravděpodobnosti recidivy se hledají vhodné aktivity, které mohou klientům navodit stejné pozitivní stavy, které byly mnohdy důvodem jejich závislosti. Zda se podaří substitute dosáhnout, ovlivňují různá rizika a omezení, která na klienta působí v průběhu léčby.

### Kategorie: Substitute, Koncept: Adrenalin

Příklady:

*„On je tam i ten adrenalin a je to vlastně to samý, co mi dávaly ty drogy.“*

*„Takže to byl ten adrenalin a vyplavování endorfinů jako u drog skoro.“*

*„Já jsem se sice vztekala, byla jsem vyčerpaná. Adrenalin obrovské, ale pak ty pocity, to bylo neskutečný.“*

Adrenalin, toto slovo velmi často používají respondenti, kteří byli uživateli drog, pokud zmiňují nějaké dojmy ze své závislosti. Jejich označení adrenalin je však trochu zavádějící. Adrenalin, někdy označován jako hormon poslední záchrany, je posledním pokusem těla reagovat na nepříznivou situaci a zvrátit ji ve svůj prospěch, což může reflektovat právě dlouhodobé užívání návykových látek. Nicméně respondenti mají na mysli spíše pozitivní stavy navozené drogou, které mají na svědomí endorfiny, jež někdy bývají vyplavovány v reakci na adrenalin, což ale není podmínkou a spíše je to charakteristické pro netréňované jedince. *„S rostoucí vytrvalostní trénovaností začne mozek vylučovat endorfiny bez pomoci adrenalinu i při nižších než maximálních intenzitách zátěže i zážitku. Kýžené libé pocity tedy začneme pociťovat, aniž by nám neustále šlo o život či hrozilo totální vyčerpání“* (Vojtěchovský, 2010). Přesto je potřeba, aby klienti byli schopni tyto vzpomínané stavy navodit i jiným způsobem, než návykovou látkou a právě fyzické aktivity mnozí spatřují jako řešení. Náhradou předcházíme rizikům recidivy a podporujeme úspěšnost léčby.

Kategorie: Substitute, Koncept: Nový návyk

Příklady:

*„Nahradil jsem to pití, ty drogy tím sportem zase a to mi připadá ideální. Prostě asi to tak má být, že se nahradí to špatný něčím lepším.“*

*„No a já to třeba ještě beru tak, že třeba i když se mi nechce, tak se snažím donutit jít, hecovat se, abych pak třeba místo toho venku nešel na pivo nebo tak...“*

*„Jsem právě dost kouřil dřív, teď už 11 týdnů nekouřím a začal jsem právě běhat.“*

*„Úplně si představuju, že tam třeba budu v létě, to může být paráda.“*

*„Pro hodně lidí je to inspirace pro rodiny doma. Že si řeknou "tohle bylo hezký, sem bych je mohl vzít na výlet.“*

*„Ale vím, že sport je pro mě hodně důležitý. Pomáhá mi to. Ve spojení se závislostmi.“*

*„Musím se přiznat, že z toho běhání už trochu magořím, si furt říkám, no až budu mít auto, tak si tam budu vozit věci na běhání a pojedu třeba někam a hned si tam zaběhám.“*

V návaznosti na náhradu zažívaných příjemných stavů spojených se závislostí je potřeba dále vytvořit novou náplň volného času. Není tajemstvím, že život v závislosti ubíhá rychleji a uživatelé vlastně nemají čas se zabývat ničím jiným než jejich drogou. Jinak je tomu v období abstinence. Volného času je najednou mnoho, což může zapříčinit relaps. Aby tomuto neblahému řešení bylo předejito, je důležité získat nové návyky, nové zájmy. Mnoho respondentů vidí právě ve sportovních aktivitách velkou inspiraci pro budoucí trávení volného času. Vytváří si nový návyk, přichází na chuť novým zálibám. Riziko s tím spojené je možná gradace tohoto nového sportovního návyku až v novou závislost. I tak je jistě lepší vytvoření méně zdraví devastujícího návyku, než řešení jedné závislosti závislostí jinou. Je ale dobré vzít tuto vyhraněnou formu v potaz, neboť jsou známy případy, kdy se bývalí uživatelé návykových látek museli léčit se závislostí na extrémních sportovních zážitcích, které se staly život ohrožující. Z tohoto důvodu je potřeba nalézt kompromis, aby se podpora léčby nestala budoucím problémem.

### **Kategorie: Riziko**

Různé rizikové faktory můžeme vnímat téměř při jakékoliv situaci, jinak tomu není ani v případě sportovních aktivit. Každému zřejmě jako první vyvstane na mysli riziko možného zranění, což je také první podkategorie. Druhým konceptem spadající pod kategorii rizik je bažení, které je charakteristické právě pro klienty léčící se se závislostmi. Obě tyto kategorie mohou mít neblahý účinek na kvalitu získané zkušenosti a jejího možného přínosu. Byť je pojem riziko konotován především jako něco negativního, tak existence rizik může být ve výsledku posilující a naopak zkušenost utvrzující. Je však důležité nastavit hladinu rizika na takovou úroveň, aby nebyla již za hranicí akceptovatelné možnosti a schopnosti klientů rizikům čelit, aby nedošlo k selhání a následnému zablokování.

### Kategorie: Riziko, Koncept: Zranění

Příklady:

*„...kdybych se třeba nedej bože zranil, to ono to může být hned, něco si natáhnout, nebo zlomit.“*

*„Zkoušeli jsme to, ale ne, zranění, takže nazdar.“*

Hrozba zranění je bohužel u pohybových aktivit přítomna, lze ji minimalizovat, ale ne zcela vyloučit. V praxi se však léčebny uchylují k razantním krokům, zranění vede k restrikcím

a riziko jejich opakování je potlačeno úplným zákazem dané aktivity. Tím se koncept Zranění pohybuje na pomezí rizika a omezení. Nicméně i respondenti vidí toto řešení jako nešťastné, protože jim kvůli tomu byly často zakazovány oblíbené aktivity. Příkladem může být fotbal, který je zdrojem příjemných skupinových zážitků za působení přirozené rivality. Další pohled na koncept rizika zranění je z hlediska samotného klienta – aktivního sportovce, pro něhož případné zranění znamená období rekonvalescence, nemožnost sportovat a tím vlastně ztrátu svého nového návyku, své náhražky. Proto je nanejvýš nutné věnovat těmto jedincům zvýšenou pozornost a postarat se o nasměrování jejich energie jiným způsobem, inspirovat je k novému návyku v jiné oblasti, než je aktivní pohyb.

#### Kategorie: Riziko, Koncept: Bažení

Příklady:

*„Ono tam ani hodně lidí nechtělo, jak budou ty Vánoce, tak tam bylo všude hodně pít... Svařák... A jak jsou všichni alkoholici, tak je to takový bažení.“*

*„Postavil si před nás pivo, vedle mě seděl Pavel, ten už je teď taky zpátky, a tak jen koukal na to pivo, potil se, div neslintal a jen přemýšlel, jestli má to pivo čapnout nebo ne.“*

*„Člověk když jde městem kolem hospody, tak mu v hlavě něco zašustí, ale je to tak, že odsud stejně člověk odejde a musí to trénovat.“*

Bažení je hrozbou pro každého abstinujícího. Lákadla jsou všude okolo nás a je nutné se jim naučit čelit – nechat se touto hrozbou posílit a utvrdit sebe sama v abstinenci. Z tohoto důvodu jsou velmi vhodné skupinové výlety mimo prostředí zařízení. Na jedné straně se nabízí vhodnost přírodního prostředí pro jeho nezkaženost, prostředí, kde se mnoho nástrah nevyskytuje. Na stranu druhou je třeba klienty konfrontovat s realitou, se situacemi, které budou v běžném životě zažívat dennodenně a trénovat jejich resistenci vůči nim. Klienti hodnotí jako stěžejní, možnost trénovat svou odolnost v bezpečném prostředí léčebny.

#### **Kategorie: Omezení**

Jak bylo řečeno již v úvodu prezentace výzkumné části, rizika nejsou jedinou kategorií, která může mít nepříznivý dopad na úspěšnost léčby za pomoci sportovních programů. Druhou takovouto kategorií jsou různá omezení, konkrétně omezení materiální, režim zařízení, nemoci a samozřejmě počasí. Právě některé tyto koncepty jsou předmětem kategorie doporučení reprezentující možnosti ke změně, ke zlepšení.

### Kategorie: Omezení, Koncept: Materiální omezení

Příklady:

*„...oblečou si boty, jako když jdou na ples a to je pak záhul, pro tu nohu.“*

*„Není tady hala na fotbal.“*

*„Pro lidi, kteří jsou zaměřený na sport, jsou rádi venku, potřebují vyventilovat svoje problémy, tak je toho tady hodně málo.“*

Materiální omezení mohou být rozdělena do dvou celků – podle toho, zda se týkají jedince, nebo instituce. Mezi materiální omezení vztahující se na jedince řadíme především jeho připravenost na sportovní aktivity, schopnost je vykonávat v závislosti na jeho oblečení, obuvi. Z hlediska instituce sem patří vybavenost jednotlivých zařízení a z toho pramenící nabídka aktivit, respektive pro některé spíše nedostatečná nabídka aktivit.

### Kategorie: Omezení, Koncept: Režim

Příklady:

*„Na druhou stranu se mi nelíbí, a myslím, že nejen mně, že to je něco co musíme, že je to aktivita od-do a musíme jít.“*

*„Navíc nejsem zvyklý chodit v houfu, jsem spíš vlk samotář. Raději bych šel sám.“*

*„To mi tady docela vadí, že třeba když je ošklivý počasí, tak ten sportovní program je od-do a musíme jít, i když bych normálně doma ven nešel. Teda když prší, tak nejdeme, ale jinak pokaždý.“*

*„Určitě... ten řád je důležitý. Těžko se kolikrát dohodne pět lidí a co potom čtyřicet.“*

Režim neodmyslitelně k léčebnému zařízení patří, a i když může být v jistých ohledech omezující, je celkově potřebný a klientům patrně nezbyvá, než si na něj zvyknout. Režim jako částečné omezení spatřuje téměř každý respondent, po další úvaze na toto téma však většina z nich své tvrzení částečně dementovala s uznáním, že bez jeho přítomnosti by velká většina sama od sebe nic nedělala. Někteří se tak těžko sžívají s nutností přizpůsobení se kolektivu, nemožnosti se vždy rozhodovat sám za sebe. Zajímavé je, že na toto poukazují především klienti kliniky v Kosmonosech, konkrétně v souvislosti s celodenními výlety. Avšak v návaznosti na barvitě výpovědi nových zážitků získaných právě při těchto výletech si

nemyslím, že by výtky k režimu měly být podnětem k jakýmkoliv změnám souvisejícími s výlety.

Kategorie: Omezení, Koncept: Nemoc

Příklady:

*„Tady se hrajou turnaje v ping pongu proti dalším oddělením a teď byly dva zrušený, že byli nemocní.“*

*„Což ještě teď v omezeném režimu, jak tu je kvůli chřipkám, je to těžký.“*

*„Moc nesportuju, ne že bych nechtěla, ale kvůli somatickým potížím to nejde.“*

*„Tak i když bych chodil rád do posilovny, tak nemůžu, abych to nepřeháněl...“<sup>14</sup>*

Omezení v podobě nemoci částečně souvisí i s výše vzpomínaným rizikem zranění, které vede k zákazům aktivit. Podobně je tomu v případě nemocí, jejichž vyšší výskyt může ovlivnit realizace sportovních programů. Například v Nechanicích byly na dobu přibližně jednoho měsíce zrušeny jakékoliv sportovní aktivity, což nelibě nesla velká část klientů. Logický je argument vedení, kdy chtěli zamezit další námaze organismu a potažmo dalšího šíření chřipky. Lze však chápat i pohled klientů, kteří se mohou cítit zmatení, zakážeme-li sportovní aktivity z důvodu fyzické námahy, ale ponecháme úklidové a jiné činnosti, které také vyžadují jistou fyzickou aktivitu. Vše má však své pro a proti a je na posouzení kompetentní osoby, aby rozhodla. Stejně jako zranění i nemoc může mít vliv na samotného jedince a jeho osobní možnost vykonávat různé typy aktivit. Vlivem zdravotních problémů či omezení mohou být klienti odkázáni pouze k určité míře fyzické aktivity a tím i specifické volbě pohybových programů.

Kategorie: Omezení, Koncept: Počasí

Příklady:

*„Sportovní aktivity tady jsou hodně ovlivněny i počasím.“*

*„Míčový hry tu není možný hrát vzhledem k počasí.“*

---

<sup>14</sup> Klient nepřímo poukazuje na svou poruchu příjmu potravy.

*„Některý procházky teď v zimě jsou takový na nic.“*

Počasí je oblast, kterou neovlivníme jinak, než dostatečnou materiální připraveností instituce, dostatečnou nabídkou aktivit, které je možné provozovat nezávisle na počasí. Je tak samozřejmé, že pokud zařízení nedisponuje krytou halou, pravděpodobně tím bude omezena možnost hrát míčové aktivity v zimě. Roční období sama o sobě nabízí specifické možnosti, co se možností sportovního vyžití týče. Protože nedílnou součástí oblíbenosti sportovních aktivit je i změna prostředí a pobyt venku mimo zařízení, tak si v hodnocení respondentů nejhůře stojí zimní období, které pro většinu klientů znamená značné snížení venkovního sportovního vyžití.

### **Kategorie: Doporučení**

Doporučení ke zlepšení vycházejí především z vnímaných omezení, ale reflektují také všeobecná, někdy až utopistická, přání klientů. Pro přehlednost je kategorie rozdělena do dvou konceptů – organizace a zařízení. Organizace zahrnuje jak zaštitění aktivit, tak rozšíření samotné nabídky, zatímco pojmem zařízení rozumíme nová sportoviště. Přestože některá zmíněná doporučení jsou téměř nerealizovatelná, jiná pak opravdu vedou ke zvážení jejich implementace. Celkově je nejen pro vedení zmíněných dvou léčebných zařízení přínosné znát přání klientů a pokusit se alespoň zlomek z nich naplnit.

### Kategorie: Doporučení, Koncept: Organizace

Příklady:

*„Určitě bych třeba dneska, jak máme terénní terapii, tak bych místo toho jel třeba na 3 h na kolo.“*

*„Tak ta rozvíčka. No já bych k té ranní přidal ještě jednu dopoledne třeba půlhodinovou.“*

*„Ono by se hodilo, kdyby tu byl nějaký sportovní terapeut.“*

*„Jet na hory (v rámci komunity a terapie), jít na běžky, na brusle.“*

*„Jak to bylo pravidelný, tak to všechny začalo hodně bavit.“*

Největší respondenty spatřovaný prostor pro zlepšení z hlediska organizace patří k nabídce a pravidelnosti sportovních aktivit. V každém zařízení začíná denní režim ranní rozvíčkou, což někteří vidí jako rozproudění organismu a rádi by přidali ještě nějaké podobné krátké

protážení v průběhu dne. Dále klientům celkově chybí zimní vyžití a to by rádi změnili, z konkrétních návrhů zazněl společný výlet na hory, klasické lyžování, sjezdové lyžování, nebo brusle. V Nechanické léčebně přišel jeden respondent s nápadem na zlepšení nepříliš velké atraktivity takzvaných terénních terapií občasným zapojením cyklistických výletů po okolí. Celkově pak respondenti žádají o více prostoru pro sportovní programy a jejich pravidelnost, která podporuje pozitivní vztah klientů k těmto aktivitám.

Kategorie: Doporučení, Koncept: Zařízení

Příklady:

*„Kdysi, když jsem tu byl poprvé, tak vzadu bylo fotbalový hřiště. Byli jsme tam jednou nebo dvakrát hrát fotbal. A myslím si, že když by byla možnost areálu... jít si zakopat ven, tak to by bylo fajn.“*

*„Vím, že v některých léčebnách jsou třeba i tělocvičny, tak se dá hrát třeba basket, volejbal.“*

*„Líbil by se mi tu krytý plavecký bazén. Možnost plavat.“*

Nápady na zlepšení v oblasti vybavenosti jednotlivých léčeben jsou spíše zajímavostí a je jasné, že takováto změna podléhá složitějšímu plánování a financování. Nicméně i tak většině respondentů chybí tělocvična, kde by se daly hrát míčové sporty nezávisle na počasí. Častou aktivitou, která respondentům v léčebně schází, je plavání, zároveň si však jsou vědomi administrativní náročnosti realizace tohoto přání. Patrně nejvíce při zemi stojí nápad obnovení již neudržovaného malého hřiště na fotbal v prostorách Kosmonoské kliniky, což se domnívám, že by jistě stálo za hlubší promyšlení, neboť respondent zmínil i ochotu samotných klientů vzít si celou záležitost na starost – budou-li na to mít prostředky. Umím si tak představit, že by se celá realizace dala zařadit jako náplň pracovní terapie. Nejenže by navíc vzniklo nové sportoviště, ale také by se utužila nálada ve skupině.

## 6.1 SHRNUTÍ

Z výzkumu je patrné, že klienti hodnotí sportovní aktivity jako pozitivní a jako přínosné. Je jasné, že právě míra a způsob přínosu programů kinezioterapie k léčbě je předmětem zájmu a stává se také ústřední oblastí výzkumu. Můžeme ji rozdělit do tří různých úrovní: kompenzace, změny a substituce. Kompenzace reaguje především na režim léčby, přináší odreagování od psychicky zaměřeného programu a je také neformálním prostorem pro komunikaci, ale i sociální vztahy. Druhou úrovní přínosu jsou změny, které s sebou nese

absolvování pohybových programů, a to na jedné straně změny biochemické, a na straně druhé změny v myšlení orientované pozitivně oproti negativním. Ideálním způsobem podpory léčby a prevence recidivy je substituce, která je rovněž hlavním fenoménem výzkumu. Jednotlivé prvky substituce spojuje společná filosofie – náhrada závislosti něčím novým, méně škodlivým, v našem případě sportovní aktivitou. Důležité je tedy vytvoření nového návyku, který se stane inspirací k trávení volného času, jehož množství vlivem abstinence vzroste. Současně ke snížení rizika relapsu je důležitá i náhrada pozitivních stavů, vyvolávanými návykovými látkami. Tyto stavy a s nimi spojené mimořádné prožitky je možné získat také pomocí sportovních aktivit a vyplavovanými endorfiny. Zda se podaří jmenovaného přínosu dosáhnout, ovlivňuje celá řada faktorů. Můžeme je rozdělit do dvou kategorií – vstupní aspekty ovlivňující samotnou aktivitu a její působení ještě před samotným zahájením a rizika a omezení, která mohou negativně působit na efektivitu a výstup aktivity. Vstupními faktory jsou na aktivitu primárně působící očekávání, motivace a organizace a sekundárně pak předchozí zkušenost. Je jasné, že pokud má klient negativní přístup již před samotnou aktivitou, může to ohrozit její úspěch, na druhou stranu pokud se podaří klientův přístup změnit, často to vede k intenzivnějšímu zážitku a tím silnějšímu procesu učení. Kategorie, jež může značně ovlivnit prožívání dané aktivity, je samotná organizace. To jak ve smyslu nabídky aktivit, tak způsobu vedení daného programu. Bohužel z výzkumu je patrné, že většina povinných sportovních bloků je vedena sportovním referentem, tedy jedním z klientů a členové terapeutického týmu až na případy, kdy je v rámci programu nutné opustit areál zařízení, do chodu sportovních aktivit nezasahují. Tento fakt je v rozporu s doporučením odborníků, aby programy kinezioterapie byly vedené dostatečně kompetentní osobou, což je také odrazem postavení kinezioterapie v rámci celého programu léčby. Přestože se jedná o metodu, jež má bezesporu velký potenciál, v praxi je stále podceňována. Nedostatečné zastoupení v programu spatřují také samotní klienti. Mnozí z nich hodnotí současnou nabídku jako nedostatečnou, jako omezující a rádi by také zvýšili pravidelnost pohybových aktivit. Kromě těchto zmíněných omezení mohou kýžené změny v závislém či návykovém chování ohrozit i různá rizika. Nejobtížnější je zejména konfrontace s realitou a různými podněty spouštějícími bažení, rezistenci vůči nim však lze trénovat i v rámci pohybových aktivit. Programy kinezioterapie tak nabízejí mnoho možností jak přispět k udržení abstinence. Nejenže vedou k lepšímu fyzickému a psychickému stavu, ale jsou také celkovou inspirací a v neposlední řadě napomáhají čelit bažení. I přes tyto nesporně pozitivní aspekty je stále kinezioterapie chápána spíše jako volnočasová činnost, než jako seriózní terapie, čemuž odpovídá i nedostatečná časová dotace a nedokonalá organizace. Nabízí se zde tak prostor k zamyšlení a zlepšení.

## ZÁVĚR

V úvodu práce byl zmíněn potenciál využití kinezioterapie v léčbě návykových nemocí. Cílem práce tak bylo nejen tuto teorii ověřit, ale rovněž zodpovědět výzkumné otázky zkoumající klienty interpretovaný význam těchto programů a jeho rozdílnost s ohledem na absolvování kinezioterapie.

Výzkum ukázal, že respondenti vnímají sportovní programy a priori jako pozitivní a přínosné. Před samotnou aktivitou tak mají zpravidla očekávání ve formě psychického odpočinku, odreagování, změny prostředí nebo zábavy. V očekávání se odráží ve velké míře samotná náročnost léčby a její orientace zejména na psychicky náročné aktivity. Kinezioterapie je pro respondenty aktivním způsobem odpočinku od režimu instituce a fyzická únava je kompenzací k únavě psychické. Při zmínění kompenzace již narážíme na význam, který klienti definují po absolvování programu. Zde původní očekávání doplňují nové proměnné a uceleně tak dle své povahy tvoří tři oblasti. První je právě kompenzace, jež reaguje na program léčby a mimo psychický odpočinek klienti pohybové aktivity vnímají také jako neformální prostor. Druhou oblastí jsou změny, které na sobě klienti po programu pozorují. Kromě poněkud logických biochemických změn a z nich pramenících pozitivních změn nálad aktivity podněcují změny myšlení, konkrétně zaměřeni se na pozitivní myšlenky a částečné odbourání reality a s ní spojené negativní vzpomínky. Poslední oblastí reflektující význam kinezioterapie je substituce, která tvoří pomyslný vrchol všech tří kategorií. Substitucí je myšlena náhrada aspektů pojící se se závislostí za prvky nové, psychosomaticky méně ohrožující. Respondenti sport vnímají jako prostředek k získání mimořádných prožitků, které jim dříve přinášely pouze návykové látky, čímž zároveň snižují možnost recidivy z důvodu jejich absence. Další velmi důležitou formou substituce je získání nového návyku, nové inspirace k trávení nejen volného času, ale také k celému novému způsobu života.

Rozhovory s klienty byly mimo jiné zaměřeny také na negativa, které v souvislosti s programem kinezioterapie vnímají. Klienti jako nejvíce omezující spatřují samotnou organizaci těchto programů. Jako nedostatečnou hodnotí zejména časovou dotaci pohybových aktivit a v jistém ohledu i samotnou nabídku možností, přičemž s ohledem k počasí je často zmiňována nedostatečná vybavenost zařízení z hlediska realizace vnitřních aktivit. Druhou otázkou týkající se organizace je vedení těchto programů. Zde narážíme na střet teorie s praxí. Programy jsou z velké většiny vedeny zástupci z řad klientů, nikoliv způsobným personálem, jak doporučují odborníci ve svých publikacích.

Tento fakt negativně vnímá i řada respondentů, kteří se domnívají, že osoba sportovního terapeuta by přispěla ke zvýšení úrovně těchto aktivit, čímž se již dostáváme k samotným podnětům k zamyšlení a dalším doporučením. Výzkum ukazuje, že na problematiku vedení těchto programů se lze dívat dvěma pohledy. Sportovní referent z řad klientů podporuje prvek neformálního prostoru a větší otevřenosti klientů v rámci aktivit, na stranu druhou sportovní terapeut, jakožto člen terapeutického týmu, by byl zárukou odborného vedení a přispěl by k větší kvalitě prožívání. Domnívám se, že přítomnost sportovního terapeuta by nevyklučovala onu jistou nenucenost. Tento fakt lze pozorovat v průběhu prožívání klientů Kosmonoské kliniky v souvislosti s celodenními výlety. Ty nejenže jsou vedeny odborně a tak zprostředkují intenzivní zážitky, které by klienti sami nevolili, ale také dle výpovědí respondentů vedou k prohloubení vzájemného poznání se klientů s terapeutem. Nejen z tohoto důvodu by odborné vedení všech povinných bloků zvýšilo efektivitu celého programu, přičemž by zde byl zachován princip individuální organizace v rámci volného času klientů.

S přihlédnutím na výsledky výzkumu a dříve zmíněnou teoretickou úroveň této problematiky se domnívám, že by léčebny měly zvážit rozšíření svého terapeutického týmu o sportovního specialistu a dle individuálních možností zařízení uvážit kvalitnější zázemí pro vedení kinezioterapeutických bloků. Tím mám na mysli nejen technické zázemí, které je spojeno s větší finanční náročností, ale zejména větší pravidelnost sportovních programů s důrazem na ucelenější nejen teoretickou koncepci.

Nicméně k validnějšímu pohledu na tuto problematiku by jistě bylo přínosnější analyzovat situaci ve více než dvou léčebných zařízeních. Zajímavé by také bylo srovnat přístup léčby ústavní a rezidenční, což by možná vedlo k diskuzi nad zavedením některých fungujících principů nezávisle na typu léčby. To je v rámci této práce pouhou spekulací, jednalo by se však o možný podnět k další výzkumné činnosti.

## POUŽITÁ LITERATURA

1. ČINČERA, J., 2007. *Práce s hrou: pro profesionály*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1974-0.
2. GASS, M. A., GILLIS, H., RUSSELL, K. C., 2012. *Adventure therapy: theory, research, and practice*. 1. vyd. New York: Brunner-Routledge. ISBN 978-041-5892-902.
3. HANUŠ, R., CHYTILOVÁ, L., 2009. *Zážitkově pedagogické učení*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4728-162.
4. HÁTLOVÁ, B., 2003. *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0719-0.
5. HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
6. CHYTILOVÁ, L., 2005. Dobrodružné aktivity ve výchově a vzdělání. *Gymnasion: Dobrodružství*. č. 3.
7. KALINA, K., 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
8. KIRCHNER, J., 2009. *Psychologie prožitku a dobrodružství pro pedagogiku a psychoterapii*. 1. vyd. Brno: ComputerPress, a.s. ISBN 978-80-251-2562-5
9. KIRCHNER, J., HÁTLOVÁ, B., 2004. Dobrodružná terapie: nově se rodící terapeutická metoda. *Gymnasion: Integrace*. č. 2.
10. KIRCHNER, J., HÁTLOVÁ, B. *Aplikace kinezioterapie a terapie dobrodružstvím v léčbě závislostí* [online]. [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: [http://www.osu.cz/zsf/sbornik/prisp\\_18.pdf](http://www.osu.cz/zsf/sbornik/prisp_18.pdf)
11. KRCH, D., 1999. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-627-7
12. NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.
13. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., 1999. *Bažení (craving): Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání*. Praha: Sportpropag. Dostupné z: <http://www.drnesport.eu>
14. NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M., 2006. *Jak přestat brát (drogy): Svépomocná příručka*. Praha FIT IN. Dostupné z: <http://www.drnesport.eu>

15. NEWES, S., 2001. *Adventure-Based Therapy: Theory, Characteristics, Ethics, and Research* [online]. [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://wilderdom.com/html/NewesAT3comps.htm>
16. PRIEST, S., GASS, M. A., 1997. *Effective leadership in adventure programming*. Champaign, IL: Human Kinetics. ISBN 08-732-2637-2.
17. ROHNKE, K., 1989. *Cowstails and cobras II: a guide to games, initiatives, ropes courses*. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Pub. Co. ISBN 08-403-5434-7.
18. SANANIM z.u., 2009. Léčebné programy. *Drogová poradna* [online]. [cit. 2015-03-19]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>
19. SCHOEL, J., PROUTY, D., RADCLIFFE, P., 1989. *Islands of healing: a guide to adventure based counseling*. 2. vyd. Hamilton: Project Adventure. ISBN 09-343-8700-1.
20. SKÁLA, J., 1998. *Lékařův maraton: ber a dávej*. 1. vyd. Praha: Český spisovatel. ISBN 80-202-0663-9.
21. SMOLÍK, P., 1996. *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-33-0.
22. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Albert. ISBN 80-858-3460-X.
23. SVATOŠ, V., LEBEDA, P., 2005. *Outdoor trénink pro manažery a firemní týmy*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0318-1.
24. ŠERÝ, O., 2001. Patologické hráčství. *Psychiatrie pro praxi*. č. 4. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/04/05.pdf>
25. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
26. VECHETA, V., 2009. *Outdoor aktivity: 50 aktivit pro trénink, školení i zábavu*. 1. vyd. Brno: Computer Press. ISBN 978-802-5126-509.
27. VOJTĚCHOVSKÝ, O., 2010. Endorfiny - nejsilnější povolená droga. *OutdoorGuide* [online]. [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: <http://www.outdoorguide.cz/endorfiny---nejsilnejsi-povolena-droga-852.html>
28. WHO, ÚZIS ČR, 2014. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize* [online]. [cit. 2015-03-16]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

## PŘÍLOHY

|   |    |
|---|----|
| PŘÍLOHA A – PREPIS ROZHOVORU S KLIENTEM .....     | 69 |
| PŘÍLOHA B – FORMULÁŘ O INFORMOVANÉM SOUHLASU..... | 74 |

## PŘÍLOHA A – PREPIS ROZHOVORU S KLIENTEM

*V – výzkumník, R – respondent*

Rozhovor proběhl 27. 1. 2015 na Oddělení léčby závislostí v Psychiatrické léčebně Kosmonosy. Jeho přepis je zaznamenán přesně, jak probíhal, to znamená v hovorové podobě.

**1V: Dobrý den, já bych vám nejprve rád řekl, proč tu vlastně jsem a jak celý rozhovor bude probíhat. Studuji magisterský obor Resocializační pedagogika a v rámci diplomové práce mám výzkum, který se týká sportovních aktivit při léčbě návykových nemocí. Chtěl bych se vás zeptat, jestli vám nebude vadit, pokud bych celý rozhovor nahrával, ono mi to pomůže pak v další práci s rozhovorem.**

1R: Jasně.

**2V: Díky moc. Ono celý rozhovor bude zaměřen především na sportovní aktivity, takže se toho nemusíte nijak bát. Mám tady pár připravených otázek, ale je to spíš takový must, nemusíte na vše odpovídat, pokud nechcete. Spíš to tedy bude takové povídání.**

2R: To je v pohodě, já už s něčím takovým mám celkem zkušenosti z předchozí léčebny, kdy jsem byl v Němčicích. Tam to bylo hodně o tom sportovním vyžití a fyzický zátěži. No a musím říct, že mě to tam hodně nadchlo. Nejsem vyloženě sportovec, baví mě spíš běžky, kolo, výlety, ale tam jsme hodně jezdili třeba na běžkách. Dělalí jsme delší zátěžový akce. Když jsem tam přišel, tak jsem byl hodně zhuntovanej díky dlouhodobému užívání drog a alkoholu. Tak když jsme jeli na první výlet do Volyně, což bylo asi 8 km, a když byl první kopec asi 4 km stoupání, tak jsem odhazoval kolo. Ale ta fyzička se během 14 dnů o hodně zvedla, tam to byl třeba denní výlet na kole 150 km. Tam to bylo opravdu hodně náročný. Jeden terapeut tam byl maniak do všeho, třeba na Silvestra jsme šli tzv. pochod smrti. Měli jsme nachystanou svačinu a pochod smrti měl být asi 25 km v noci na Šumavě v kopcích. Jenže nakonec jsme zabloudili a bylo to asi 43 km. A to musím říct, že byl fakt pochod smrti, že už tam ty holky seděly ve sněhu a odpadávaly jim ty zmrzlý slzy a říkaly, že tam radši umřou. Ale musím říct, že potom ten pocit byl úžasnej. A hodně jsem ocenil to, jak se mi tam zvedla kondice. Hodně jsem si vlastně odpočinul ode všeho. Teď jsem tady začal posilovat a dělá mi to vyloženě dobře. A tak jsem přesvědčenej o tom, že nahrazení něčeho takovýho u závislostí dělá strašně moc. On je tam i ten adrenalin a je to vlastně to samý, co mi dávaly ty drogy. Ta euforie tam prostě je.

**3V: Takže i to posilování je pro vás třeba takové?**

3R: Jasně. To spojení fyzický i psychický... ten pocit je pak takovej uvolňující a člověk se cítí dobře. Myslím si, že ty sportovní aktivity jsou výtečná věc.

**4V: Já jsem o tom právě přesvědčený, a proto to dělám. V Americe je to dobře fungující koncept. Sportovní adrenalin v léčbě drogových závislostí. Vnímají tam tu substituci. To tady možná až v takovém rozsahu není, ale zase tu jsou jiné koncepty léčby.**

4R: Ono právě tady je to přeci jenom nemocnice, takže ty možnosti takový nejsou. Byť musím říct, že ten koncept tady smysl má. Vítám i rozcvičky. A v létě určitě je to lepší. Ale myslím, že na to ty komunity hodně hrajou (ten americký koncept)... že se to osvědčilo. Ze začátku na to asi nadává každéj.

**5V: Tak ono to musí být ze začátku strašně těžký pro každého.**

5R: Právě. Ale pak jsme všichni zjistili, že ta fyzicka šla hodně rychle nahoru. Zaprvý taky jak byl člověk "čistej", nemíchal nic do toho... žádný alkohol, drogy. Ale jak to bylo pravidelný, tak to všechny začalo hodně bavit. Zjistili, že to jde. A jak to pomáhalo mně, tak jsem to viděl i na ostatních, co tam byli. A vím, že někteří z nich se tomu věnují i teď. Venku.

**6V: Ono je to i tak, že lidi, když jsou v těch závislostech, tak vlastně ztratí svůj volný čas, vyplní ho závislost. A když se snažíte abstinovat, tak tam je obrovská časová díra. A co dělat? Člověk se musí naučit to vyplnit něčím jiným.**

6R: Tak z každého nemůže být kulturista, ale teď jsou docela módní ty outdoorový sporty, lezení a tak... a je to třeba spojený s určitým stupněm dobrodružství a je to vlastně podobná euforie, kterou člověk mohl nacházet v drogách.

**7V: Takže vlastně pak ani nevnímáte to, že by vám něco chybělo?**

7R: Určitě. Já jsem pak vlastně díky tomu přestal ty drogy brát. Jiná věc je ta, že jsem si to kompenzoval tím pitím a tak jsem teď tady. Ale život jsem si pak vlastně srovnal daleko líp. Tak teď se zbavit ještě týhle poslední berličky v podobě pití. A tady jsem přidal právě to posilování, možná je to sice nějaká záměna závislostí, ale zlatá závislost na tomhle. Je mi už přes 40, mám malý dítě, jsou mu tři roky, chodíme na procházky, menší výlety. Už je to trochu jinak. Je to motivace do budoucna.

**8V: Slyšel jsem, že tady máte i nějaké výlety. A je to tak, jak říkáte, že ne každý chce být kulturista.**

8R: Já to neposuzuju jen podle sebe, ale vidím to i podle ostatních. Naposledy jsme šli na Drábský světničky, což byla taky makačka, ale všichni se vrátili strašně spokojený. Což je velkej rozdíl, než když sedíme pořád jen tady.

**9V: A když byste to teda měl shrnout, co byste řekl? Co vám to všechno přineslo? Ta změna pocitů, kterou jste zaznamenal.**

9R: Rozhodně jsem si teda odpočinul. Člověk přijde na jiný myšlenky. A i ta únava z toho byla taková bezvadná. Večer jsem padnul do postele a cejtil jsem se hodně dobře. A i to tělo se cejtlo líp, že ze sebe dalo energii jiným způsobem. A každopádně i to dobrodružství... těžko se to popisuje, ale tělo vyplavuje nějaký euforický látky, což představuje příjemnej stav.

**10V: A když vás třeba teď bude čekat nějaký výlet, tak už se na to budete těšit dopředu i díky tomu, že víte, jaké stavy budou následovat po...**

10R: Jo, jo... určitě. Je to samozřejmě i v tý zkušenosti, spousta lidí na to nadávalo. Ale když jsem to párkrát poznal, těšil jsem se na další.

**11V: A vidíte to teda i tady na ostatních, co se týče sportovních aktivit? V Němčicích to bylo asi intenzivnější a náročnější, ale...**

11R: ... ale tady bylo znát hned po tom výletu, jak se změnila nálada na celém oddělení. I druhej den na ranní skupině, když padla otázka, jakej byl včerejší den, tak o tom všichni mluvili s úsměvem, jaká to byla paráda, tak to tak i celkově změnilo náladu a atmosféru.

**12V: Takže myslíte, že ty sportovní aktivity je důležité mít i kvůli náladě, psychice celého kolektivu?**

12R: Určitě. Při té léčbě je to hodně náročný, ty sezení... tak pak ty sportovní aktivity jsou strašně důležitý, vypustit páru, přijít na jiný myšlenky.

**13V: A myslíte, že to takhle stačí, nebo byste to nějak změnil? Máte vlastně kromě výletů rozcvičku. Nebo vy tady máte ještě tu posilovnu, kam si můžete jít, jak chcete, to je na vás?**

13R: Přesně tak. Myslím, že tady si to lidi nepřiznávají, nebo neuvědomují, ale 70 % lidí tu chodí hrát ping pong, chodí si zacvičit, hledají si to sami.

**14V: Samozřejmě pro každého to není, někdo má rád uvolnění prostřednictvím hudby nebo něčím jiným. Ale myslím, že ten pohyb je hodně důležitý, že i chemicky probíhá v těle jiná výměna látek, je to jinak i v tomto pohledu.**

14R: I když je tady pracovní terapie, tak všichni jsou tu mnohem víc spokojení, když je to zaplněno nějakým fyzickým pohybem, než jenom někde stát a kouřit.

**15V: Takže i ty pracovky tady jsou oblíbený a jste za ně rád?**

15R: Jasně. I z těch pracovek přijdou lidi spokojený, když mají co dělat.

**16V: A když byste to měl nějak shrnout, co byste mi řekl? Co na tom hodnotíte úplně nejlíp, můžete to být i abstraktnější (pocity). Může to být i v rámci celé léčby. Máte-li tu nějaké psychoterapie, tak jak byste to celé zhodnotil?**

16R: Určitě je to uvolnění přebytečné energie. Potom ten euforický stav ze cvičení, výletů. Nejsem už taková sušinka. I moje žena si to pochvaluje, když mě na návštěvách vidí. A i v rámci kolektivu to lidi smeluje. Je to vlastně správně nasměrovaná energie. Lidi, kteří tady mají logicky tu psychickou zátěž větší, tak tou pouští někam ven, byť nevědomky, třeba i přes ping pong. A zároveň je tam u toho i sranda, pomůže to odreagovat.

**17V: Mně říkali i ostatní, že se jim líbily výlety i právě proto, že si popovídají s lidmi jinak, než když jsou tady uvnitř. Tím, že v jiném prostředí, venku, že je to všechno trochu jinak. Uvolněnější. Že to není jen obyčejný výlet, ale že je za tím spousta dalších aspektů, byť na první pohled skrytých. Už jen změna samotného prostředí udělá moc.**

17R: Ale i pro hodně lidí je to inspirace pro rodiny doma. Že si řeknou "tohle bylo hezký, sem bych je mohl vzít na výlet". Nebo si naopak vzpomenou, že tam už dřív jezdili. Je to spojený se spoustou dalších věcí.

**18V: A máte třeba nějaký negativní zážitek z toho?**

18R: Třeba když byl výlet do Prahy, tak zaprvé se pořád chodilo po dlažbě, tak to bylo organizačně hůř zvládnutý. Na to pak docela všichni nadávali, že z toho byli servaný a nic z toho vlastně ani neměli. Myslím, že výlety do přírody se líbí všem. Pak některý procházky teď v zimě jsou takový na nic, chodíme třeba na procházky jen po areálu, ale když jsou podmínky, tak se dají podnikat různý věci a to je fajn.

**19V: A teď mě napadlo jen něco, jak jste zmiňoval tu Prahu. Byli jste tam před Vánoce, což je třeba samý svařák a jak zvládnout i tohle? Je tam spousta lákadel tohoto typu, to musí být pro některé hodně náročný. A když jdete přírodou, tak to je přeci jenom o něco snazší.**

19R: To teda! Já jsem třeba Pražák a tam je to o něco složitější. Ale vlastně jsem díky tomu otrkanější. Pro lidi mimopražský to muselo být chvílemi hodně těžký. Navíc v té přírodě si vlastně lidi můžou odpočinout o něco víc, protože podobných lákadel je tam o něco míň a tak to i neodvádí jejich myšlenky tímhle směrem.

**20V: Na druhou stranu je ale určitě dobře vsunout do několika výletů v přírodě jeden do města, kde člověk ví, že musí zabojovat mnohem víc.**

20R: Určitě je to v léčbě důležitý. Tady jsme všichni izolovaný a pak když je ven, tak teprve narazí. Tady je to v těch skupinách, kdy nejdříve je člověk zavřený tady, pak jde třeba jen na vycházku do města, nebo si nakoupit do Tesca, kde je regál s alkoholem a je to přesně o tom překonávání. Tady si to můžou zkoušet postupně. A pak začnou jezdit lidi ven sami, třeba na víkend. O tom pak referují na skupinách. Ale je to tady pořád takovej trenažér na život venku. Myslím ale, že ty léčby jsou nastavený docela dobře, ty 3 měsíce jsou docela dobrej základ. Pak je to podle potřeby, někdo tady je třeba půl roku. A pak jsou třeba ty komunity jako v Němčicích, kde jsem byl 15 měsíců. Ale to je komunita, není to nemocnice, tam jsme se starali vlastně sami o sebe, o statek, spousta práce, takže ten čas byl hodně vyplněnej a náročnej. Poslední tři měsíce jsme třeba bydleli ve zvláštním baráčku, chodili jsme na skupiny, museli jsme si najít práci, žili jsme normálnější život, ale vraceli jsme se do komunity. Ale stejně šli lidi na doléčení třeba někam do chráněného bydlení.

**21V: Tak tam asi přijde člověk s tou fyzickou schránkou úplně zničený a musí se relativně rychle dostat do běžnějšího režimu, aby všechno zvládnul. Jinak s tím bojuje asi o hodně hůř.**

21R: A tam to bylo právě takhle postavený, že ta fyzická zátěž měla navrch. Člověk vypnul a nebyl schopen myslet na něco jinýho. A pak přišla skupina s obrovskou psychickou zátěží. Takže ta kompenzace byla a je nutná.

**22V: Tak to jsem rád, že to takhle říkáte. A je ještě něco, co byste chtěl třeba podotknout?**

22R: Já myslím, že ani ne...

## PŘÍLOHA B – FORMULÁŘ O INFORMOVANÉM SOUHLASU

### INFORMACE PRO PACIENTA

Vážený paní, vážený pane,

jsem studentem magisterského oboru na Univerzitě Pardubice a píši diplomovou práci na téma **Využití kinezioterapie při léčbě návykových nemocí**. Pod kinezioterapií si můžeme představit jakékoli sportovní, chcete-li pohybové aktivity, které jsou součástí léčby. Dle tuzemské i zahraniční literatury má tato terapie potenciál být velmi efektivní, neboť nejenže přináší nové inspirace jak trávit volný čas, ale také substituuje mimořádný prožitek z užívání návykových látek prožitkem z těchto sportovních aktivit, nebo samotného pobytu v přírodě. V teoretické rovině se celá problematika jeví jako logická a proto jedním z cílů mé práce je ověřit teorii praxí. **Zajímá mě, jakým způsobem klienti interpretují svoji zkušenost s kinezioterapií a jaký význam této zkušenosti přikládají. Současně bych se rád zaměřil na pozitiva, negativa a možnosti dalšího rozvoje, které u kinezioterapie klienti spatřují. Na jejich základě budu schopen vytvořit doporučení optimalizace pro další realizace této terapie.**

Prosím Vás o účast na mé práci formou rozhovoru, v průběhu kterého zodpovíme výše zmíněná témata. **Rozhovor** trvá přibližně **25 minut** (nicméně záleží na komunikativnosti každého respondenta).

Účastí na mém výzkumu máte možnost být jedním z impulzů k dalšímu přemýšlení o kinezioterapii, jakožto efektivní metodě a stálému zdokonalování jejich realizací. Výzkum obsahuje pouze zmíněný rozhovor, není spojen s žádným medicínským úkonem a je tak naprosto bez rizika. V případě nejistoty, či nezájmu máte samozřejmě naprostou volnost účast odmítnout. V případě Vašeho souhlasu bude pořízen **hlasový záznam rozhovoru** a to z důvodu další analýzy dat. Získané informace jsou přísně důvěrné. Zachována bude rovněž anonymita respondenta, nikde se neuvádí jména, ani jiné osobní údaje. Záznamy a poznámky mohou být v případě Vašeho zájmu zaslány ke konzultaci a kontrole, aby byla zajištěna správná interpretace.

## KONTAKT

Pokud máte jakékoliv doplňující otázky, či máte zájem zkontrolovat přepis rozhovoru, že nedošlo k desinterpretaci, neváhejte mě kontaktovat.

**Bc. Jan Drbohlav**

+420 739 547 424, [h.drbohlav@gmail.com](mailto:h.drbohlav@gmail.com)

## FORMULÁŘ INFORMOVANÉHO SOUHLASU

- Chápu a rozumím povaze a cíli tohoto výzkumu. Četl/a jsem informaci pro pacienty, byla mi vysvětlena a měl/a jsem příležitost klást otázky.
- Chápu, že má účast je naprosto dobrovolná. Pokud to učiním, nebude to mít žádné důsledky na obvyklou léčbu a péči, která je mi lékaři poskytována.
- Jsem si vědom/a, že všechna medicínská data, která mají nějaký význam pro tuto studii, budou využita pro vědecký výzkum a mohou být publikována. Souhlasím s tím, pokud bude zaručeno mé soukromí.
- Souhlasím, aby byl pořízen hlasový záznam rozhovoru, který bude sloužit pouze pro účely zmíněné diplomové práce.
- Podmínkou je, že je zaručeno soukromí a se všemi informacemi se zachází jako s důvěrným materiálem.
- Poskytuji tímto o své svobodné vůli informovaný souhlas s účastí v této studii.

Jméno pacienta: \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Stvrzuji podpisem, že jsem výše uvedenou studii vysvětlil panu/paní: \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_