

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**VLIV PRAVIDELNÉHO BĚHU NA ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST
KLIENTŮ TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI
V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI MARIANNY ORANŽSKÉ**

THE IMPACT OF REGULAR RUNNING ON LIFE SATISFACTION OF
THERAPEUTIC COMMUNITIES' CLIENTS IN REGARD TO ADDICTIONS
TREATMENT IN MARIANNA ORANZSKA PSYCHIATRY



Rigorózní práce

Autor:

Mgr. et Mgr. Lukáš Man

Olomouc

2015

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma: „Vliv pravidelného běhu na životní spokojenost klientů terapeutických komunit pro léčbu závislosti v Psychiatrické nemocnici Marianny Oranžské“ vypracoval samostatně a uvedl všechny použité podklady a literaturu.

Ve Zlíně dne 01. 09. 2015

Podpis

Poděkování

Upřímné poděkování míří především vedoucím terapeutické komunity FIDES Gábině Mahrové a Márovi Laštovicovi za jejich podpůrný přístup ke studentům, potažmo stážistům, kterým jsem byl i já. Dále děkuji všem terapeutům zúčastněných komunit a samozřejmě samotným klientům a účastníkům výzkumu, respektive běžcům. Bez vás by to nešlo!

V neposlední řadě děkuji Katedře psychologie FF UP za projevenou podporu při realizaci projektu. Nezapomínám ani na pomoc Lucky Viktorové při zpracování statistické části výzkumu a děkuji.

Thx to run.

Obsah

Úvod	5
------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1. Diagnóza závislosti	8
1.1 Drogová závislost	10
1.2 Závislost na alkoholu	13
1.3 Vybrané diagnostické kategorie syndromu závislosti	15
1.4 Léčba závislosti	17
1.5 Terapie během v léčbě závislosti	20
1.6 Duální diagnózy	24
1.7 Craving	26
1.8 Recidiva	28
2. Význam pohybu a běhu v životě jedince	31
2.1 Sportovně pohybová aktivita jako prostředek zdraví	32
2.2 Dělení běhu	34
2.3 Pozitivní vliv běhu na tělesné zdraví	37
2.4 Běh a psychika	39
2.5 Jak se běh projevuje v našem těle	41
3. Význam pravidelného běhu pro psychiku člověka v léčbě závislosti	43
3.1 Psychohygiena	44
3.2 Aktivní odpočinek a relaxace	46
3.3 Sebevýchova	47

3.3.1. Sebepoznání	48
3.3.2. Time management	49
3.4 Spánek	51
3.5 Stres	54
3.6 Mezilidské vztahy	57
3.7 Sebepojetí	59
3.8 Spokojenost	61
4. Komunitní léčba	63
4.1 Terapeutické komunity pro léčbu závislosti v České republice	66
4.2 TK Fides	68
4.3 TK Fénix	70
4.4 TK Harmonie	71
5. Dosavadní výzkumy	72

VÝZKUMNÁ ČÁST

6. Předmět výzkumu a výzkumné otázky	77
6.1 Výzkumné cíle	77
6.2 Výzkumné otázky	78
7. Hypotézy	70
8. Metodologický rámec a realizace výzkumu	80
8.1 Dotazník životní spokojenosti	80
8.2 Škála životní spokojenosti	81
8.3 Strukturované interview	82
8.4 Průběh výzkumu	83
8.5 Etika výzkumu	85

9. Výzkumný soubor	86
10. Analýza dat, prezentace a interpretace výsledků	88
11. Diskuse	104
12. Závěr	112
Souhrn	114
Seznam použitých zdrojů literatury	118
Abstrakt rigorózní práce	
Abstract of Thesis	
Seznam tabulek a obrázků	
Přílohy	

Úvod

Jedním z účelů této rigorózní práce je představit možné přínosy pravidelného vytrvalostního běhu pro léčbu závislosti v terapeutické komunitě Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské. Pokud mluvíme o přínosech, tak máme na mysli především možný vliv na zkvalitnění života ve střednědobě až dlouhodobé léčbě závislosti, případně zvýšení životní spokojenosti v rámci terapie závislosti. Z těchto důvodů řadíme téma především do kategorie klinické psychologie a psychohygieny. Dále také do psychologie zdraví či psychologie sportu.

Z určitého hlediska touto prací navazujeme na naši diplomovou práci (Man, 2014), která se zabývala vlivem pravidelného běhu na životní spokojenost jedince. Některé kapitoly teoretické části tedy pocházejí přímo z diplomové práce a několik z nich je pak upraveno pro konkrétní účely této rigorózní práce.

Téma vytrvalostního běhu je nám osobně blízké a jeho potenciální přínosy máme vyzkoušeny nejen sami na sobě, ale v rámci výzkumu k diplomové práci také na populaci vybraných pravidelných běžců. Shodou několika okolností jsme se dostali do bližšího kontaktu s vedením terapeutické komunity Fides, která je součástí Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské, a zabývá se léčbou závislých klientů / pacientů (v celé práci používáme oba tyto termíny promiscue). Vedení terapeutické komunity Fides oslovil náš návrh na spolupráci v rámci projektu společného pravidelného běhání s pacienty PN Marianny Oranžské, na kterém později významnou měrou participovalo. To byl prvopočátek výzkumného projektu, který zpracováváme a představujeme v této práci. Našeho výzkumu se ve finální části zúčastnily tři terapeutické komunity, z nichž každá se primárně zaměřuje na klienty s jinou závislostí. Stanovené diagnózy účastníků výzkumu se ovšem prolínají napříč všemi komunitami. Pro větší přehlednost však uvádíme v teoretické části práce kapitoly o alkoholových a nealkoholových drogách zvlášť.

Zavedením pravidelné vytrvalostní běžecké aktivity do strukturovaného programu léčby závislosti navazujeme na význačného českého alkoholologa Skálu, jehož pacienti běhali v léčbě závislosti již v druhé polovině minulého století. Jde samozřejmě o doby minulé, nicméně problém závislosti se v devadesátých letech minulého století stal možná ještě palčivějším než dřív. S otevřením hranic se na český trh dostaly psychoaktivní látky, s nimiž do té doby neměla česká veřejnost přílišnou zkušenost. Na přelomu tisíciletí uváděl Popov (2001), že

situace v České republice je charakterizována vysokou spotřebou legálních drog (alkohol, tabák, návykové léky) a trvalým nárůstem počtu osob zneužívajících ilegální drogy (především marihuanu, pervitin a heroin). Aktuálnost tématu v celé své složitosti potvrzuje Nešpor (2015), který uvádí, že dospívající v České republice patří ve vztahu k alkoholu a k jiným psychoaktivním látkám k nejohroženějším na světě. To, zda je možné využít při prevenci a léčbě vzrůstajícího počtu závislých lidí v České republice, pravidelný vytrvalostní běh, jsme se pokusili podrobněji prošetřit výzkumem této rigorózní práce.

V první části práce se věnujeme teoreticko-kritické analýze dosavadního poznání v relevantních oblastech klinické psychologie, psychohygieny a psychologie zdraví. V empirické části následně prezentujeme kvantitativně-kvalitativní výzkum realizovaný za pomoci standardizovaného Dotazníku životní spokojenosti, Škály životní spokojenosti a strukturovaných interview s účastníky výzkumu. Všechny tyto metody nám dopomáhají k tomu, abychom byli s to hlouběji nahlédnout do spletité problematiky závislosti na psychoaktivních látkách v součinnosti s pravidelným během a jeho vlivem na spokojenost v léčbě.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Diagnóza závislosti

Podle Miovskeho et al. (2008) je snaha ovlivnit lidské prožívání a chování prostřednictvím návykových látek stejně stará jako lidstvo samo. Děje se tak více či méně ritualizovaně a bude se tak dít i do budoucna, jelikož nás návykové látky doprovázejí na každém kroku a naše společnost využívá jejich účinků v mnoha rozličných odvětvích. Popov (2001) mezi návykové nemoci zahrnuje poruchy, vyvolané zdravými škodlivými návyky (zejména alkoholem, drogami či gamblingem).

Závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Člověk od pradávna hledá způsoby, jak zintenzivnit prožitek euforie, radosti a slasti, jak uniknout před bolestí, pocity samoty a izolace. Za určitých okolností tato přirozená touha může přejít v nutkavost a změnit se tak v příčinu rozvoje chorobných znaků. Ty se projevují, vedle nutkavého dychtění po změně prožívání, rovněž narušením až ztrátou kontroly nad nutkavým chováním. Dále také pokračováním v dosavadním vzorci chování i přes narůstající důsledky a prohloubením stavu nelibosti při přerušení tohoto vzorce (Kudrle, 2003a). Řehan (2007) chápe závislost jako onemocnění, které se postupně rozvinulo u původně zdravého jedince a vykazuje řadu příznaků, podle nichž je možno diagnózu závislosti stanovit. Terminologie v této oblasti je podle něj neustále zpřesňována.

Nahlížení na podstatu závislosti procházelo v dějinách různým vývojem a rovněž změnami výchozích paradigmat. Koncept závislosti byl postaven na různých výkladových modelech, až dospěl k dnešnímu bio-psycho-sociálně-spirituálnímu pohledu (Procházka, Šmahaj, Kolařík, Lečbych, 2014).

Dle Nešpora a Csémyho (1996) je závislost jen jedním z mnoha problémů, které alkohol a jiné návykové látky působí. K dalším patří např. četná interní neurologická i jiná onemocnění, úrazy, dopravní nehody, trestná činnost pod vlivem návykových látek, vyšší nemocnost u dětí a dalších členů rodiny, kde někdo alkohol nebo drogy užívá škodlivým způsobem atd.

Marhounová a Nešpor (1995) uvádí, že někteří posuzovatelé pokládají za drogu všechno, co už ve svých potřebách uspokojený organismus nepotřebuje. Může jít o jídlo (sladkosti) či nealkoholické pití (zejména chuťové dráždivé nápoje působící na činnost vyšší nervové

soustavy), ale i leccos jiného, např. sexualitu (její projevy a frekvence koitů, či některé emočně nabitě vztahy mezi lidmi). Drogou v tomto pojetí může být i pracovní činnost či hobby. Nejčastěji se však drogou rozumějí psychoaktivní látky, včetně alkoholu. V České republice jsou nejvíce užívanými drogami kofein (obsažený v kávě i čaji), nikotin (v cigaretách, doutnících) a alkohol.

Drogy vyvolávající závislost jsou nebezpečné tím, že ovlivňují prožívání razantně, většinou extrémně silně, s pocitem neobvyklé intenzity a hloubky. Jsou tím nebezpečnější, čím rychleji působí. Čím předvídatelnější je tento účinek, tím silnější se vytváří pozitivní zpětná vazba a touha tento zážitek zopakovat. Intenzita účinku, prediktabilita a rychlost nástupu určují „tvrdost drogy“. Dále pak schopnost drogy vyvolávat syndrom z odnětí po odeznění účinku. Závislost vyvolávají tedy zejména drogy se stimulačním nebo opojným, tlumivým účinkem. Změna prožívání se postupně stává kýženou, vytouženou, protože často kompenzuje negativní prožitky či zkušenosti daného člověka (Kudrle, 2003a).

Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, pokud v rámci jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- potíže v sebeovládání při užívání látky,
- tělesný odvykací stav,
- průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami,
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku,
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (poškození jater, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení) (Nešpor, 2011).

Pokud bychom se rozhodli pátrat po hlubších kořenech vzniku závislosti, bylo by nutno se zabývat podstatou životních dilemat. Tedy tím, že život žijeme ve světě vztahu protikladů – jako je zrození a smrt, světlo a temnota, radost a žal, láska a nenávisť, štěstí a utrpení apod. Vztah těchto dualit je antagonistický, vyvolává napětí, je zdrojem neklidu, tužeb a hledání. Je také zodpovědný za základní dynamiku vývoje vůbec. V tomto hledání můžeme nalézt následující lidské motivace a potřeby:

- potřebu vyhnout se bolesti či nalézt zklidnění, ulevit si od bolesti fyzické i duševní na individuální či na kolektivní úrovni. Patří sem i bolest z prožívané nudy, z neuspokojení, bolest z pocitů odlišnosti od druhých, z nízkého sebevědomí;
- potřebu cítit se energický, výkonný, kompetentní, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti;
- potřebu transcendence utrpení v zážitku splynutí a/nebo sebezpřekročení, jednoty se sebou samým a s druhými, jednoty s Bohem a podobně (Kudrle, 2008).

Všechny tři vektory jsou dle Kudrleho (2008) zčásti nevědomé a z části uvědomované. Všechny tři nacházejí i své korespondující drogy, které tyto prožitky umocňují:

- opioidy – látky tlumící bolest,
- stimulantia – látky přinášející slast a euforii,
- psychedelika – látky zjevující cosi z nehlubších úrovní lidské psychiky.

V této úvodní kapitole jsme se zabývali rozlišením a rozvojem přirozených návyků v chorobné jednání, které člověka nezdědka ohrožuje na životě. Současně jsme se pokusili nastínit možné kořeny vzniku závislosti. V následující kapitole se zaměříme již na konkrétní látku způsobující chorobnou závislost, a sice na nealkoholické drogy.

1.1 Drogová závislost

Skála (1988) za drogy označuje látky, které mohou vyvolat závislost. Psychotropní vlastnosti takových drog spočívají v ovlivnění psychiky člověka ve smyslu změny nálady, vnímání, prožívání, ale i chování, zájmů a stavů vědomí. Pokud jsou pro zneužívajícího jedince žádoucí jen některé účinky drog, nemůže se vyhnout ani účinnům nežádoucím, včetně záporných zdravotních důsledků. Kavenská (2012) doplňuje, že základní terminologie rozlišuje termíny úzus (užívání, které nevede k poškození uživatele), abúzus (škodlivé užívání, kde již dochází k poškozování jedince) a syndrom závislosti.

Dle Illese (2002) existuje na otázky proč a jak vzniká drogová závislost mnoho různých názorů. Svědčí o tom také skutečnost, že se až dosud nepodařilo najít jednu jedinou příčinu, která by vysvětlovala vznik, trvání, případně ukončení drogové závislosti. Jde o velmi složitý

jev, který se brání jakémukoliv zjednodušení. Janík a Dušek (1975) vidí příčiny nejen v droze samotné, ale i v osobnosti člověka a dalších společenských činitelích, jako je např. užší sociální okolí, kulturní úroveň a přístupnost drogy. Další důvody vzniku spatřují v tzv. vyvolávajících faktorech, k nimž řadíme zátěžovou situaci tělesného i duševního původu. Faktory, které vedou ke vzniku, udržování (případně i ukončení drogové závislosti) dělíme do několika skupin. Všechny následující příčiny je nutno brát v úvahu nejen při prevenci, ale i případné terapii:

- faktory farmakologické (droga),
- faktory somatické a psychické (osobnost),
- faktory environmentální (prostředí, rodina),
- faktory percipitující (podnět) (Illes, 2002).

Arterburn a Burns (2001) dále např. vyzdvihují jako důležité příčiny drogové závislosti změny v naší západní kultuře. Řadí k nim mediální a sexuální revoluci, rozvoj konzumní kultury, zvýšení vlivu vrstevníků a v neposlední řadě revoluci rodinného systému a obecné snížení sebevědomí u mladistvých.

Obdobně jako v případě dlouhodobého návyku na alkohol, dochází také při abúzu nealkoholických psychoaktivních látek ke vzniku psychotického onemocnění. Po prvním kontaktu s drogou dochází k jeho výskytu za mnohem kratší čas, než je tomu v případě alkoholové závislosti. Při chronickém onemocnění nalézáme značný úbytek inteligence, apatii, bezradnost a paranoiditu. Velmi často bývají rovněž přítomny bludy a halucinace.

Vondráček a Holub (2012) mluví spíše o toxikomanii než narkomanii, jelikož mnoho látek užívaných k toxikomanickým účelům není jen „narkotických“, ale jsou i vzpružující (kofein, ritalin aj.). Toxikomanií, kterou lze pozorovat i u zvířat, pak rozumí používání jedů za účelem vyvolání příjemných pocitů, které vede k návyku.

Významným rizikovým faktorem, který doprovází užívání nealkoholických drog, je kriminalita. Toxikomani se dopouštějí trestné činnosti z několika důvodů. Prvním důvodem je, že nedovoleně manipulují s omamnými prostředky. Za druhé se jedná o manipulaci s prostředky vedoucími k výrobě omamných látek. Třetí velkou skupinou trestních činů jsou činy páchané pod vlivem drogy, a to nejen po požití, ale také v rámci abstinenčních příznaků (Marhounová, Nešpor, 1995).

Vantuch (1990) uvádí, že předpokladem pro vznik drogové závislosti je soustavné užívání drogy. Závislost na ní se vyvíjí nejdříve v oblasti psychické, přičemž jejím nejnápadnějším projevem je touha po účinku drogy a po opakování neobvyklých pocitů, zážitků a stavů, vyvolaných požitím drogy. Göhlert a Kühn (2001) k tomu dodávají, že vedle závislosti psychické může vzniknout také závislost fyzická (somatická), která v případě, kdy substance chybí nebo se redukuje její dávka, vede až k mučivým abstinenčním jevům. Vantuch (1990) zmiňuje následující příznaky po odejmutí drogy: nespavost, úzkost, třes, neklid, halucinace, epileptický záchvat, zvýšená teplota aj.

Bayer (2003) uvádí následující nealkoholové psychoaktivní látky, na nichž vzniká drogová závislost:

- opioidy,
- kanabinoidy,
- hypnotika a sedativa,
- kokain a stimulancia (především metamfetamin – pervitin),
- halucinogeny,
- těkavé látky.

Pro zajímavost uvádíme, že Vantuch (1990) doplňuje Bayerovo (2003) dělení ještě o následující typy závislostí:

- kathyový typ (nazván podle kathy, jedné z nejstarších drog rostlinného původu),
- tabakismus (nikotin způsobuje prudkou otravu, projevující se bledostí, studeným potem, zvracením, závratí, bolestí hlavy a skleslostí),
- kofeinismus (nadužívání zapříčiňuje poruchy spánku, případně nespavost, neklid, dráždivost, nepříjemné pocity v srdeční krajině, nechutenství, deprese aj.),
- závislost na analgetikách – antipyretikách.

V této kapitole jsme se zaměřili na příčiny a projevy závislosti, především pak té, která se týká nealkoholových drog. Rovněž jsme vymezili možné typy závislostí, respektive účinných látek, na nichž může závislost vzniknout. V následující kapitole se zaměříme na drogy alkoholového typu.

1.2 Závislost na alkoholu

Alkohol je nejčastěji užívaná psychoaktivní látka, a to jak duševně zdravými, tak duševně nemocnými jedinci. Působí útlum a intoxikaci centrálního nervového systému. Dostí obtížné bývá rozlišení mezi rekreačním (tzv. sociálním) pitím a abúzem (Smolík, 1996). Podle Skály (1988) je člověk závislý na alkoholu někdo, komu požívání alkoholických nápojů zavinuje trvající problém v některé oblasti jeho života. Marhounová a Nešpor (1995) dodávají, že první krok k chronickému alkoholismu neboli závislosti na alkoholu dělá člověk tehdy, kdy si nedokáže odříct svou obvyklou dávku. Alkohol je podle nich tedy droga, která je nejdříve příjemná, ale při pravidelném užívání výrazně mění naši psychiku. Zprvu člověk pije alkohol, aby se zbavil špatné nálady, úzkosti či myšlenek na problém. Jenže při vytvoření závislosti se špatná nálada dostaví, jakmile abstinuje. Tím se okruh uzavírá.

Kvapilík, Svobodová et al. (1985) uvádějí, že příčiny a okolnosti rozvoje zneužívání a závislosti na alkoholu jsou, stejně jako u nealkoholových drog, mnohočetné (genetické, psychologické, společenské aj.). Dále dodávají, že jedním z hlavních rysů závislosti na alkoholu jakožto nežádoucího společenského jevu i jako nemoci je jeho rezistence. Lidé, kteří jsou na alkoholu závislí a také jejich okolí se obvykle za tento stav stydí. Přesto je již několik let Česká republika na prvním místě ve spotřebě piva na hlavu ročně a v první desítku spotřeby 100 % lihu na hlavu ročně. Výzkumy a literatura vytrvale dokazují, že důsledky související s takovou návykovou látkou jako je alkohol, postihují významně větší část populace, než je tomu u nelegálních drog (Skála, 2003).

Skála (1986) dělí „píjáčskou kariéru“ na čtyři období či vývojová stádia, přičemž každé z nich je vyznačeno určitými příznaky:

1. *Stádium – počáteční (iniciální)*: alkohol si piják ordinuje sám, buď aby potlačil nepříjemné psychické stavy, nebo aby dosáhl ve společnosti příjemného stavu a nálady. Frekvence abúzu alkoholu a jeho dávky během času stoupají, nicméně nedochází k alkoholické intoxikaci.
2. *Stádium – varovné (prodromální)*: tolerance stále stoupá a dochází již ke stále častějším stavům opilosti (alkoholické intoxikaci).

3. *Stádium – rozhodné (krucální)*: nadále roste tolerance. Charakteristické jsou v této fázi palimpsesty, doprovázeny nejistotou a strachem. Abuzér ztrácí nad svým pitím kontrolu. Taktéž se začínají hromadit problémy, které si vynutí dočasnou abstinenci.
4. *Stádium – konečné (terminální)*: výrazným znakem je snížení tolerance na alkohol. Opilost nezřídka trvá i několik dní (tahy) a alkoholik často začíná pít již od rána, dochází tedy k tzv. „ranním douškům“. Dostavují se příznaky alkoholických psychóz (např. delirium tremens).

Orel (2012) zmiňuje pět typů závislosti na alkoholu dle Jellinka, které jsou označovány písmeny řecké abecedy α , β , γ , δ , ϵ . Dle tohoto značení může být konzumace alkoholu průběžná během delšího období nebo také koncentrovaná do kratších období (v podobě tzv. kvartálního pijáctví). Alkohol bývá popíjen osamoceně nebo ve společnosti.

Kvapilík, Svobodová et al. (1985) uvádějí typické genderové rozdíly u abúzu alkoholu a závislosti na něm:

- abúzus žen začíná později, ale škody se dostavují po kratším trvání než u mužů (cirhóza, demence, psychózy aj.),
- ženy nacházejí méně často projektivní prostředí v rodinách než muži a jejich rodiny jsou více destruovány
- sexualita, nespokojenost s feminní rolí u žen více ovlivňuje rozvoj abúzu a závislosti.

Skála (1986) vyjmenovává některé důsledky opakovaného dlouhodobého abúzu alkoholu, jenž vede dříve či později k poškození řady orgánů. Patří sem např.: alkoholická myokardiopatie, sekundární hypertenze (v rámci odvykacího syndromu), rakovina jater, akutní gastritida, sexuální poruchy, infekční choroby aj. Protialkoholní péče může probíhat buď ambulantně, nebo na lůžkovém oddělení.

Péči o osoby závislé na alkoholu i jejich rehabilitaci lze rozdělit do čtyř ne vždy přesně ohraničených fází: *fáze kontaktu*, *fáze detoxikační* (2 – 4 týdny v lůžkovém zařízení), *fáze odvykací* (intenzivní péče a léčba) a *fáze následné péče* neboli doléčování (Kvapilík, Svobodová et al., 1985). O třetí fázi, která trvá zpravidla řadu měsíců a může probíhat jak ambulantně, tak především ústavně či komunitně, pojednáváme ve čtvrté kapitole. Na závěr spolu s Kalinou (2008) dodáváme, že v České republice je přínos modelu léčby terapeutickou komunitou v léčbě alkoholismu a lékových závislostí dlouho známý a obecně uznávaný.

Následující kapitola se zabývá konkrétní vybranou diagnostickou kategorií dle MKN-10, která je relevantní z hlediska našeho výzkumného vzorku.

1.3 Vybrané diagnostické kategorie syndromu závislosti

Vzhledem k omezenému počtu diagnóz, které byly přiřazeny respondentům našeho výzkumu, zaměřujeme se v této kapitole pouze na syndrom závislosti u alkoholu (F10.2) a stimulancií (F15.2). Současně zmíníme diagnostickou kategorii, která se zabývá účinkem několika látek zároveň (F19.2). Pro přiblížení zařazení vybraných diagnostických kategorií však uvádíme přehled dílčích kategorií duševních poruch a poruch chování vyvolaných účinkem psychoaktivních látek ve víceosém způsobu diagnostiky 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10):

- *poruchy vyvolané účinkem alkoholu (F10.1-9),*
- *poruchy vyvolané účinkem opioidů (F11.1-9),*
- *poruchy vyvolané účinkem kanabinoidů (F12.1-9),*
- *poruchy vyvolané účinkem sedativ nebo hypnotik (F13.1-9),*
- *poruchy vyvolané účinkem kokainu (F14.1-9),*
- *poruchy vyvolané účinkem stimulancií (F15.1-9),*
- *poruchy vyvolané účinkem halucinogenů (F16.1-9),*
- *poruchy vyvolané účinkem tabáku (F17.1-9),*
- *poruchy vyvolané účinkem organických rozpouštědel (F18.1-9),*
- *poruchy vyvolané účinkem několika látek zároveň a jiných psychoaktivních látek (F19.1-9) – jedná se o kombinaci více látek působících na mozek a psychické funkce nebo psychoaktivních látek nezařazených výše (Orel, Šimonek, 2012).*

Nešpor (2011) definuje syndrom závislosti (F1x.2, kdy „x“ v kódovém označení určuje typ psychoaktivní látky) podle MKN-10 jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (silná či přemáhající) brát psychoaktivní látky,

alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.

Orel (2012) definuje syndrom závislosti jako silnou až palčivou touhu nebo puzení brát opakovaně danou látku. Dále je charakteristickou problematickou kontrolou a problematickým až nemožným zastavením užívání této látky a nárůstem tolerance (s požadavkem zvyšujících se dávek). Jasným důkazem závislosti je pak odvykací stav, který se objevuje v případě, že látka není dodána. Závislý jedinec zanedbává postupně dřívější zájmy i vztahy a pokračuje v užívání psychoaktivní látky přes jasné a zjevné projevy negativních důsledků. Pro ilustraci Řehan (2007) dodává srovnání kritérií pro syndrom závislosti v MKN-10 a v DSM-IV (předposlední revize Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch využívána Americkou psychiatrickou společností). Uvádí, že se jedná prakticky o totéž, avšak pozastavuje se nad absencí kritéria cravingu po psychoaktivní látce v DSM-IV.

Identifikace psychoaktivní látky či substance při diagnostice by měla být založena na tolika informačních zdrojích, jak je jen možno. To znamená údaje získané od pacienta, analýza krve nebo jiných tělesných tekutin, charakteristické psychické a somatické příznaky, klinické znaky a chování a další důkazy (drogy v pacientově vlastnictví, zprávy od informovaných třetích osob apod.). Jako důležitý fakt je třeba si uvědomit, že mnoho uživatelů drog bere více než jeden typ psychoaktivní látky. Hlavní diagnóza by pak měla být klasifikována, pokud možno, dle substance, která způsobila, nebo se nejvíce podílela na současném klinickém syndromu. Pouze v případech, kde způsoby braní psychoaktivní substance jsou chaotické a nevybíravé nebo když je podíl různých psychoaktivních látek neřešitelně smíšený, měla by být použita diagnóza poruchy způsobené užitím mnohočetných drog (WHO/ÚZIS ČR, 2014). Právě tato kategorie (F19.2) byla nejčastější diagnózou u našich respondentů. Druhou nejčastější kategorií byla závislost na alkoholu (F10.2), o níž Popov (2003) tvrdí, že se vyskytuje u 30 – 40 % celkového počtu pacientů psychiatrických lůžkových zařízení a u nás v ČR se týká přibližně 25 % dospělé mužské populace a 5 % žen. Třetí diagnostickou kategorií byla závislost na stimulantech (F15.2). Psychostimulancia Minařík a Páleníček (2003) charakterizují jako látky s nefyziologickým budivým efektem na centrální nervový systém (CNS). Mezi zástupce řadí pervitin (metamfetamin), amfetamin, kofein či extázi.

V této kapitole jsme se zaměřili na konkrétní diagnostické kategorie syndromu závislosti, které jsou relevantní, a to ve vztahu k naší výzkumné populaci. Zároveň jsme vymezili

diagnózu syndromu závislosti dle MKN-10. Následující kapitola se zabývá možnostmi terapeutického působení na syndrom závislosti.

1.4 Léčba závislosti

Popov (2001) uvádí, že léčba návykových nemocí může být úspěšná, jestliže je v terapii respektována komplexnost léčby a jeli zajištěna dostupnost a odpovídající délka léčby. Současně považuje za důležité, aby byly voleny odpovídající metody a prostředky léčby a aby fungovala spolupráce s dalšími institucemi (často nezdravotnickými). Nešpor, Matanelli a Karbanová (2013) upozorňují, že závislost je chronická nemoc a její léčba je úspěšná pouze tehdy, když se tak i léčí. S ohledem na obsah a rozsah práce nepovažujeme za nezbytné zabývat se všemi otázkami léčby závislosti. V této kapitole si klademe za cíl zmínit a popsat nejdůležitější formy terapie, které se využívají při léčbě alkoholových i nealkoholových závislostí.

Nešpor (2011) uvádí, že z důvodu toho, že závislost nemá jedinou příčinu, tak se také při její léčbě používá více postupů. Ilustruje to na příkladu vývoje přístupu k závislostem, jenž zprvu začínal jedinou metodou averzivního podmiňování. Miller (1976) také referuje o averzivní terapii jako o nejčasnějším vědeckém přístupu k léčbě závislosti na alkoholu, který byl kdy užíván. Postupně přibývaly další komponenty jako je skupinová terapie, socioterapeutický klub, rodinná terapie atd. Tímto způsobem vznikl komplexní a účinný program (Nešpor, 2011). Millerová (2011) k tomu dodává, že se modely léčby závislosti v poslední době prezentují jako bio-psycho-sociální a kombinují tedy biogenetické rysy s psychosociálními faktory ve snaze o poskytnutí integrovaného komplexního modelu.

Kathleen (1999) vyzdvihuje integraci psychoterapie a farmakoterapie v léčbě užívání návykových látek a poukazuje na to, že důkazy založené na výzkumech prokazují nejlepší výsledky léčby právě u kombinace těchto dvou přístupů. Nešpor a Csémy (1996) upozorňují na to, že při léčbě závislosti pomocí psychofarmak je nutno pamatovat na okolnost, že velká část psychofarmak je zároveň návykovými látkami. Z tohoto důvodu hrozí při dlouhodobější farmakoterapii vznik kombinovaných závislostí. Jedním z následných problémů je vznik

duální diagnózy. Tomuto fenoménu se věnujeme v kapitole 1.6, a proto se jím nebudeme nyní hlouběji zabývat.

Jelikož se naše práce zaměřuje na léčbu závislosti v rámci terapeutických komunit (TK), uvádíme zde teze, o něž se koncept závislého člověka – klienta TK opírá, a který umožňuje pohled na léčbu závislosti jako na specifickou formu léčby poruch osobnosti:

- zneužívání návykových látek má své kořeny v jiných, obecnějších problémech (psychologických nebo vývojových),
- zneužívání návykových látek odráží obecnější problém zvládnání životních situací,
- zneužívání návykových látek je projevem, nikoliv podstatou poruchy,
- zneužívání návykových látek je poruchou celé osoby,
- vzorce užívání drog jsou méně podstatné než psychologické problémy a problémy s chováním,
- typickým psychologickým rysem problémových uživatelů a závislých je nezralost, nízké sebehodnocení a problémy spojené s charakterem a životním scénářem (Kalina, 2013).

Terapeutickým komunitám a jejich přístupu k závislým pacientům, respektive klientům věnujeme celou jednu kompletní kapitolu.

Důležitým fragmentem v léčbě závislosti je dle Řehana (2009) celosvětově rozšířené laické hnutí Anonymní alkoholici, které vzniklo v USA. Jeho podstatou je anonymita členů. Hlavní zásadou je pak otevřené přiznání se k závislosti na alkoholu a vzájemná podpora v dodržování naprosté abstinence.

Nešpor (2011) nabízí třináct principů efektivní léčby závislosti na drogách, které podle něj představují jakýsi ideál, kterému je třeba se přibližovat:

1. Ne každá léčba je vhodná pro každého. Pro pacienta je třeba zvolit právě takovou léčbu, která je pro něj nejvhodnější.
2. Léčba by měla být rychle dostupná.
3. Léčba by měla reagovat na různé potřeby pacienta včetně zdravotních, psychologických, sociálních a právních.
4. Léčba by měla být dostatečně pružná a reagovat na měnící se potřeby pacienta.
5. Pro efektivitu léčby je velmi důležité její trvání (delší léčba obvykle přináší lepší výsledky).

6. Léčba by měla zahrnovat individuální nebo skupinové poradenství a kognitivně-behaviorální postupy.
7. U mnohých je podstatnou součástí léčby podávání vhodných léků.
8. Pacienti, jež trpí kromě závislosti i jinou duševní chorobou, by měli být integrovaně léčeni pro obojí.
9. Detoxikace, která pomáhá překonat odvykací stav, je pouze prvním stádiem léčby, ale sama o sobě má malý efekt.
10. Efektivní léčba nemusí být dobrovolná. Přijetí léčby, setrvání v ní a zároveň její výsledek může často ovlivnit tlak ze strany rodiny, zaměstnavatele nebo úřadů.
11. Během léčby je třeba zjišťovat, zda nedochází k porušování abstinence.
12. Léčba by měla zahrnovat i vyšetření na HIV/AIDS, žloutenku, tuberkulózu a další infekční nemoci, které jsou v populaci závislých častější.
13. Překonávání závislosti může být dlouhodobý proces a může vyžadovat opakování léčby. Účast na svépomocných skupinách po léčbě, zlepšuje výsledky léčby (NIDA, 1999).

Kudrle (2003b) za léčbu, respektive sekundární prevenci u závislostí, považuje:

- zastavení se,
- odpoutání se od prostředí, které umožňovalo žít závislým způsobem života,
- detoxifikaci v širším slova smyslu (substance, vztahy, návyky),
- pohled zpět na uplynulé životní události,
- konfrontaci s tím, co mě poškozovalo a zraňovalo a také s tím, co jsem já sám poškodil nebo koho jsem zranil,
- rozpoznávání, pochopení a přijetí odpovědnosti za svůj život,
- vytváření si náhledu na souvislosti abúzu návykové látky a špatné životní strategie,
- znovuobjevení pocitů a emocí a učení se jejich adekvátnímu vyjadřování,
- možnost uvědomit si reálné vztahy a vazby ke svému okolí (rodina, přátelé, pracoviště),
- hledání smyslu života a životních hodnot,
- hledání vztahu k nějakému vyššímu ideálu, principu, k pravému Já,
- hledání nástrojů k provádění změn a jejich udržení v každodenním životě,
- upevňování hodnot souvisejících s nabytou abstinencí.

Podle Blahušové (2005) trvá léčba všech typů závislostí mnoho měsíců a někdy i roky. Nejprve si totiž musí závislý člověk uvědomit svůj problém a musí mu „dojít“ kolik ztratil životních hodnot a komu svojí závislostí ublížil. Pokud je těchto ztrát pro něj již nesnesitelně mnoho, tak se nalézá ve stavu, kdy chce začít nový život, což je ideální doba pro začátek léčení. Rovněž dle Nešpora (2011) by měla být léčba závislosti dlouhodobá a intenzivní. To však často vyžaduje, aby pacient využíval nabídek mnoha různých zařízení. Např. na střednědobou léčbu pro závislost na drogách může navazovat dlouhodobý pobyt v terapeutické komunitě a posléze využití služeb doléčovacích programů či svépomocných skupin. I proto je důležité, aby o sobě dílčí zařízení věděla a aby dobře spolupracovala.

V této kapitole jsme se pokusili nastínit základní východiska léčby závislosti. Existuje mnoho přístupů, které jsou využívány při léčbě této specifické diagnózy, především pak psychoterapeutické systémy nabízejí širokou škálu metod a postojů k závislostem. Jednou ze specifických metod, která je praktikována a začleněna do léčby závislosti již mnoho let je aktivní pohybová terapie. Tím, jak je pravidelný pohyb a především pak běh využíván v rámci léčby závislosti, se zabýváme v následující kapitole.

1.5 Terapie během v léčbě závislosti

Doležal et al. (1964) tvrdí, že je vždy snazší užívání drog předcházet, než je následně odstraňovat. Těžiště našich snah by tedy mělo být vždy v prevenci. Morgan (1997) řadí fyzickou aktivitu jednak do primární prevence zdravotních problémů a současně má podle něj významný vliv na mentální zdraví jedince. Míček (1984) uvádí, že pohyb ve všech formách je nejdůležitějším prvkem autoregulace pro zachování tělesného a duševního zdraví. Současně zdůrazňuje, že pěstování sportu vytváří fyzickou zdatnost, která je spojena s dobrým emocionálním zdravím, zatímco nedostatek zdatnosti se pojí se slabým emočním zdravím. Kvapilík, Svobodová et al. (1985) k tomu dodávají, že tělesná výchova na školách i sportovní příprava vedou k přemáhání nejrůznějších obtíží a k ovládnutí různých neukázněných nápadů a přání. V tomto kontextu vyzdvihují Vážanský a Smékal (1995) funkci volného času, který má rozvíjet vědomí vlastní individuality, být prospěšný jedinci i společnosti a neumožňovat negativní zážitky. Naopak by měl podněcovat tvůrčí síly v člověku. Hofbauer (2004) např. vymezuje zvláštní místo v rámci aktivit volného času právě kompenzaci tělesných či

psychických nedostatků, relaxaci a emočnímu vyžití. Duhigg (2012) uvádí, že když začnou lidé pravidelně cvičit, a to třeba i jednou týdně, začnou se změnami i v jiných oblastech života, často aniž by si to uvědomovali. Typické je, že tito lidé začnou zdravěji jíst a v práci roste jejich produktivita. Méně kouří, mají více trpělivosti a prožívají méně stresu. Pravidelné cvičení tedy usnadňuje ostatní dobré zvyky.

Do léčby duševně nemocných lidí zařadil pohybovou aktivitu nejprve francouzský lékař Pinel. V naší zemi se pak začal ten způsob terapie používat od roku 1844 zásluhou psychiatra Riedla. V současnosti se používají tělesná cvičení v psychiatrické léčbě zcela běžně a jsou nezbytným doplňkem léčení u řady chorob. Tím, že jedinec pomalu získává určitou fyzickou výkonnost, mění se i jeho psychický postoj k životu (Vítková, Vítek, 1973). Dle Doležala (1964) bylo zjištěno, že léčebnou tělesnou výchovou se u duševně nemocných zkracuje doba hospitalizace, snižuje se potřeba užití farmakoterapie a urychluje se návrat pacientů k normálu. Hlavním přínosem je ovlivňování psychického stavu, sebedůvěry a sociálních postojů klientů psychiatrických nemocnic.

Nešpor, Pernicová a Csémy (1999) uvádějí výhody pohybové aktivity, které mohou být prospěšné v prevenci problémů způsobených návykovými látkami:

- možnost navození pocitu libosti (euforie),
- možnost mírnění úzkosti a deprese,
- posílení imunity,
- správné provádění sportovní aktivity zlepšuje držení těla, kardiovaskulární a svalovou zdatnost,
- možnost dostat se do společnosti, která drogy odmítá.

Skála (1988) považuje pravidelný vytrvalostní běh jako nejpraktičtější pohybovou aktivitu, a to jak z hlediska dosažitelnosti, tak z hlediska časové nenáročnosti. Kondiční běh je, podle něj, na rozdíl od závodního běhu přístupný každému a lze s ním začít v kterémkoliv věku. Nevyžaduje naprosto žádné zvláštní zařízení či vybavení (vhodné jsou však běžecké boty) a je prospěšný, především je-li provozován v přírodě a v čistém ovzduší. Obě tyto podmínky byly splněny také v rámci našeho výzkumu, při společném vytrvalostním a pravidelném běhání s klienty terapeutických komunit v PN Marianny Oranžské.

Skála a Maťová (1989) popisují následující aspekty a účinky vytrvalostního běhu na závislého člověka:

- musí spoléhat sám na sebe,
- v akci se učí poznávat, kolik je v něm ještě sil a přesvědčuje se o aktuální omezenosti těchto sil,
- sám a vědomě si může vytvářet model krize (tj. okolnost selhávání a rezignace),
- uvědomuje si, že ve chvílích krize je velmi často sám (ne-li vždycky),
- podlehe-li krizi, nemá to tragické důsledky, protože ono podlehnutí může být motivací a popudem, aby příště nepodlehl,
- překonává krizi, a pokud ji překoná, tak získává vysoce posilující, gratifikující a euforizující prožitek,
- vzniku této krize může předcházet a učí se jí předcházet vlastní aktivitou (tj. přípravou a tréninkem),
- učí se schopnosti oddálit a odložit puzení k rezignaci, učí se nevyhovět impulsům (vzepřít se jim),
- pracuje opakovaně v situacích náročných, nepříjemných a frustrujících a má možnost si to znovu a znovu uvědomovat,
- hromadí zkušenosti, které vedou ke zvýšení sebedůvěry a sebeúcty.

Ferienčík a Hrčka (1977) však upozorňují, že dřív než se někdo začne věnovat běhu, měl by se poradit s lékařem. Ten se potřebuje dozvědět určité informace a udělat vyšetření, podle nichž si udělá obrázek o aktuálním zdravotním stavu potenciálního běžce. I tato podmínka byla v našem výzkumu splněna a všichni respondenti konzultovali svou účast na výzkumu s lékařem.

Skála (2011) využíval pravidelný běh v rámci terapie svých pacientů v protialkoholní léčebně U Apolináře a komentuje to slovy: „Již v roce 1965 jsme U Apolináře začali s joggingem. Pacienti běhali přímo v členitém terénu apolinářské zahrady. Nešlo o žádné závodění, mnozí pacienti ale začali brzy pociťovat zlepšení tělesné i duševní kondice. Postupně zjišťovali, jakou radost jim pravidelný běh přináší.“ (pozn. autora: z rozhovoru, který vedla Luňáková, 2011). Koncem sedmdesátých let minulého století naběhal „apolinářský pacient“ během svého 13týdenního pobytu kolem 100 km (Skála, 1997).

Empiricky ověřenou pozitivní zkušenost s pravidelným během při léčbě závislosti má také psychiatr D. Randák (e-mailová zpráva 9. října 2014), který tvrdí, že ti závislí pacienti, které se mu v rámci jeho psychiatrické léčby „podařilo rozběhat“, to mají se zvládnutím své závislosti jednodušší, případně recidivují méně často a ne tolik dramaticky. Za hlavní přínos

však Randák považuje skutečnost, že jsou tito běžci obecně spokojenější, což, podle něj, není dáno pouhou abstinencí od alkoholu. Dále Randák dodává, že pokud se závislími pacienty hovoří opakovaně a zjistí, že sportují, tak jejich pohybovou aktivitu ustavičně podporuje. Na terapeutických skupinách i při individuální terapii pak zisky z dlouhodobé abstinence přirovnává k ziskům z pravidelného běhu. Tyto paralely svým pacientům opakovaně nabízí. V neposlední řadě jde Randák hospitalizovaným závislým pacientům příkladem tím, že sám během svých služeb běhá a klienti se k němu mohou přidat. Následně společný běh reflektují (D. Randák, e-mailová zpráva 15. října 2014).

J. Strnádková (e-mailová zpráva 24. listopadu 2014), psychologka na Oddělení následné režimové péče pro muže léčící se ze závislosti na návykových látkách (pavilon 18) v Psychiatrické nemocnici Bohnice, rovněž uvádí, že nad rámec běžného harmonogramu oddělení dvakrát týdně nabízí pacientům pravidelný běh. Aktivita je dobrovolná, pokud se však na ni pacient přihlásí (při ranní komunitě), stává se programem závazným. Jedná se o „režimovou filozofii“, respektive o cíl dostát vlastním závazkům, v horizontu vlastního plánu dne. Strnádková vidí v pravidelném běhu značný potenciál. Běh by měl, podle ní, patřit do léčebných programů závislých pacientů standardně. Jako hlavní výhody uvádí:

- *navýšení prostoru pro pravidelný pohyb v rámci léčby*, která je (i přes pracovní terapie) hodně „sedavá“,
- *abreaktivní funkce* (možnost „vyběhat“ některé negativní či agresivní pocity),
- *nácvik dobrovolné pravidelnosti*, které nejsou pacienti často schopni dostát v nechráněném prostředí,
- *zkouška rozvrhnutí si vlastních sil*, což pacientům opět dělá běžně potíže, pokud se ocitnou mimo chráněné prostředí („nechtít urvat vše a hned“),
- *možnost vidět v čase vlastní pokroky*, což má význam pro narušené sebevědomí (J. Strnádková, e-mailová zpráva 23. listopadu 2014).

Také T. Fiala (e-mailová zpráva 4. listopadu 2014), terapeut na pavilonu 31 v PN Bohnice, považuje pravidelný běh v terapii závislosti za významný. Podle Fialy je běh pro závislé pacienty příležitostí k relaxaci a poznání sebe sama. Rovněž napomáhá k rozvoji osobnostní zralosti a k navázání vztahu mezi pacienty navzájem, ale i mezi pacientem a terapeutem. Na Fialově oddělení je jogging aktivitou povinnou a pacienti se jej účastní dvakrát týdně.

V. Kajuková (e-mailová zpráva 5. srpna 2015), psychologka na Oddělení pro ženy léčící se ze závislosti na návykových látkách (pavilon 8) v PN Bohnice rovněž potvrzuje, že se do

programu léčby rozhodli vytrvalostní běh zařadit a to z toho důvodu, že tato tělesná aktivita vede ke zkvalitnění zdraví, zvyšuje odolnost organismu a pomáhá ke zvládnutí stresu. Dále, podle Kajukové, běhání posiluje sebedisciplínu, sebeřízení, tendenci překonávat překážky i zvládat určitou míru frustrace. Soustavný trénink, dle ní, vede ke zvýšení kondice, sebedůvěry i sebevědomí, jehož důležitou složkou (zvláště u žen) je právě spokojenost se svým vzhledem. A právě běh považuje za prostředek pro udržení optimální postavy. Kajuková také potvrzuje abreaktivní funkci běhu, který může sloužit ke zmírnění negativních emocí (např. úzkosti) nebo k odreakování hněvu (V. Kajuková, e-mailová zpráva 5. srpna 2015).

Na závěr společně se Skálou (1988) uvádíme, že tělesně zdatný jedinec má vyšší úroveň funkčních možností, z nichž však užívá při běžném životě jen část. Čím menší procento mu vystačí, tím méně se pak cítí unaven, tím lépe vypadá a žije si snadněji.

V této kapitole jsme se zaměřili na význam pohybové aktivity, respektive pravidelného vytrvalostního běhu v rámci léčby závislých pacientů či klientů. Popisujeme zkušenosti rozličných osobností, které se zabývaly terapií závislostí, a to jak před mnoha desítkami let, tak v aktuální době. Domníváme se, že právě tento rozsáhlý časový horizont ilustruje smysl a důležitost pravidelného běhu v léčbě závislosti. Ne vždy je však nutno léčit pouze závislost u klienta, jelikož u osob závislých je častá komorbidita i dalších diagnóz. Touto problematikou se zabývá následující kapitola.

1.6 Duální diagnózy

O duální diagnóze hovoříme tehdy, pokud má klient jak psychiatrické problémy, tak současné potíže s užíváním návykových látek (Solomon, Zimberg, Shollar, 1993). Kalina (2008) tvrdí, že vzrůstající poznání skutečnosti, že mnoho lidí zneužívajících návykové látky má také vážné problémy s duševním zdravím, bylo jedním z nejdůležitějších impulzů pro reformy tradičních terapeutických komunit. Značná část klientů TK, dle Kaliny (2008) trpí fobiemi, depresemi, úzkostmi, psychosexuálními poruchami a především pak poruchami osobnosti. Leshner (1999) uvádí, že 30 – 60 % uživatelů návykových látek trpí současně nějakou duševní poruchou. Bayer (2003) dodává, že nejčastější diagnostickou skupinou u mužů je porucha osobnosti, u žen neurotické a afektivní poruchy v případě závislosti na alkoholu.

Nešpor (2003) poukazuje na dvojí vztah mezi duševní poruchou a návykovou nemocí:

- závislost na návykové látce se objevila u klienta, jenž už předtím trpěl jinou duševní poruchou,
- duševní nemoc manifestovala u jedince, který návykové látky zneužíval nebo byl na nich závislý.

Souvislosti mezi abúzem návykových látek a duševní chorobou si ovšem nelze představovat takto zjednodušeně. V obou případech jsou totiž příznaky duševní choroby a závislosti v interakci a navzájem se ovlivňují (Nešpor, 2003).

Vzhledem k povaze problémů klientů s duální diagnózou je zcela nezbytná týmová práce odborníků jak v oboru duševního zdraví, tak adiktologie. Klienti či pacienti s duální diagnózou potřebují psychiatra, adiktologického poradce a zároveň poradce v oblasti duševního zdraví. Všichni tito odborníci musí být schopni pružně a vstřícně spolupracovat na naplnění potřeb klienta. V určitém bodě procesu pacientovy údravy může mít např. prvořadý význam psychiatrický problém, zatímco v jiném bodě může nejvyšší prioritu získat problém závislosti na návykových látkách. Taková flexibilita ze strany poradců vyžaduje velkou míru otevřené komunikace, důvěry a spolupráce (Millerová, 2011).

Kalina (2008) uvádí, že léčba klientů s duální diagnózou může být:

1. *Následná* (obvykle nejprve v jednom zařízení pro návykový problém a pak v jiném pro duševní poruchu, jelikož závislost je často naléhavější a jeho zvládnutí podmiňuje spolupráci při psychoterapii či farmakoterapii).
2. *Souběžná* (současně v zařízení pro léčbu návykových problémů a zároveň v jiném psychiatrickém zařízení).
3. *Integrovaná* (v jednom zařízení a jedním terapeutickým týmem, který je s to léčit oba problémy).

Podle Nešpora (2003) je nejlepší z uvedených možností právě léčba integrovaná. Millerová (2011) dodává, že aby byla zjištěna přítomnost duální poruchy, je nutno si všimnout chování, které přesahuje projevy obvyklé u běžné populace závislých. Patří sem rozdíly ve způsobu klientovy interakce s okolím a také jeho odezva na léčbu. Na diagnostické problémy poukazuje také Nešpor (2003) když tvrdí, že závislost na návykových látkách, odvykací stav, toxická psychóza apod. mohou napodobovat prakticky jakoukoliv jinou duševní nemoc včetně

např. schizofrenie nebo poruchy osobnosti. Závislost ovšem na druhou stranu často překrývá další duševní poruchu a znesnadňuje její rozpoznání.

Kalina (2008) dále uvádí, že řada klientů TK pro drogově závislé, má také závažné problémy s alkoholem. Tuto informaci jsme si měli možnost ověřit rovněž během našeho výzkumu, kdy řada účastníků výzkumu měla diagnostikovanou závislost smíšenou.

Duální diagnózy ovšem nejsou jediným problémem, s nímž se musejí nejen terapeuti, ale především sami klienti terapeutických komunit vypořádat. Další potíží je tzv. bažení, které léčbu závislosti velmi znesnadňuje. Tímto fenoménem se zabývá následující kapitola.

1.7 Craving

Craving neboli bažení je typický znak návykových nemocí. Charakteristickým rysem bažení je, že bývá vyvoláno rozpoznatelnými podněty, tzv. spouštěči. Bývá doprovázeno stresem a dalšími subjektivními a objektivními příznaky. Craving zhoršuje sebeovládání ve vztahu k návykovému chování a dochází při něm ke zhoršení kognitivních funkcí (Nešpor, Matanelli, Pekárková, Gregor, 2011). Dvořáček (2008) doplňuje, že bažení se projevuje nutkavou touhou užít drogu, která je spojená s kompulsivním užíváním drog. Přesný mechanismus cravingu zatím není znám, nicméně je zřejmé, že bažení (alespoň jeho typ odpovídající nejvíce pojmu touha) souvisí s dysbalancí dopaminergního systému. Dva nejvýznamnější neurobiologické mechanismy bažení dle Fišerové (2003) jsou:

1. *Mechanismus „pozitivního posilování“* – navozený prožitek, psychotropní účinek drogy navodí silný zájem o opakování tohoto prožitku (droga různými mechanismy většinou zvyšuje dopaminergní transmissi ve ventrální tegmentální oblasti a v nukleus accumbens – stimulace center blaženosti),
2. *Mechanismus nepříjemného odvykacího syndromu* – vysazením drogy, po jejím opakovaném podávání, jsou vyvolány nepříjemné stavy, často závažné, které vyvolají snahu tyto obtíže odstranit další dávkou.

Nešpor (2011) k tomu dodává, že existuje bažení jak tělesné (vzniká při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm), tak psychické (objevuje se i po delší abstinenci).

Oba typy cravingu se v mozku projevují jiným způsobem. Řehan (2007) rovněž uvádí, že byly zjištěny některé prokazatelné projevy při psychickém bažení jako např. aktivace některých částí mozku, zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku, vyšší aktivita potních žláz aj. Dle Fišerové (2003) přispívají poznatky o neurobiologických mechanismech vzniku a udržení drogových závislostí ke komplexní léčbě drogových závislostí a zlepšují především její farmakoterapeutickou složku.

Kalina (2008) uvádí, že bažení je silná touha nebo pocit puzení užívat návykovou látku a současně považuje craving za běžnou komplikaci abstinence, která je častým spouštěčem či příčinou relapsu. Kuda (2003) dokonce považuje craving za „hybnou sílu“ celého procesu relapsu a uvádí, že je přítomen u 100 % relapsů. Zároveň upozorňuje, že bažení v různé intenzitě zažívá v prvních měsících abstinence naprostá většina závislých, přesto u nich k relapsu nemusí vždy dojít. Můžeme však, podle něj, craving vnímat jako signál nevyváženosti životního stylu závislého. Kalina (2008) dodává, že se craving objevuje u klientů terapeutických komunit nejen na počátku léčby, ale přetrvává dlouho v jejím průběhu a může zaskočit a znejistit klienta i těsně před jejím ukončením.

Kuda (2003) považuje téma cravingu za často mytologizované. Dokonce i sami závislí pacienti si téma svého bažení často zapovídají. Ztrácí tak ale možnost naučit se svůj craving účinně redukovat. Po opuštění léčby jsou konfrontováni s nároky každodenního života a tudíž i vystavováni vysoce rizikovým situacím. Zákonitě se proto musí dostavit silný craving a závislý se může cítit zaskočen. Naproti tomu pacient, jenž je na toto téma připraven a současně schopen vnímat tuto situaci jako varování, že něco není v pořádku, dokáže otevřeně o tématu mluvit a řešit jej. Nešpor (2011) uvádí, že se postupy jak zvládat bažení v praxi často doplňují či přímo překrývají s postupy posilování sebeovládání.

Kalina (2008) dodává, že velmi důležité je, aby si klient craving vůbec připustil a uvědomil již v rámci léčby. Nedostatečně uvědomovaný a rozpoznávaný craving může totiž představovat značné riziko pro recidivu, o níž pojednává následující kapitola.

1.8 Recidiva

Millerová (2011) uvádí, že pro porušení abstinence u závislé osoby je možné užít různé termíny či definice, především pak v kontaktu s klientem je důležité volit správně slova. Mezi běžně užívané termíny patří recidiva, relaps, laps či „uklouznutí“. Stejně tak Hartl a Hartlová (2009) nerozlišují rozdíl mezi recidivou a relapsem, který definují jako zvrát či návrat choroby k předchozímu stavu.

Marlatt a Gordon (1985) uvádějí, že relaps je u závislých jedinců poměrně běžný a do jednoho roku od skončení léčby dochází k relapsu u 20 až 80 % z nich. Za faktory, které přispívají k recidivě, se v současné době považuje např.: duální diagnóza, bolest, finanční problémy, sexuální zneužívání, poruchy příjmu potravy či zármutek (Millerová, 2011).

Kalina (2008) nevidí relaps jako jednorázovou záležitost, ale jako proces, v němž se vzájemně podmiňují behaviorální, kognitivní a afektivní složky. Tento děj často začíná již týdny před samotným opětovným užitím drogy. Jeho širší základnou je celková nerovnováha životního stylu, z níž vyplývají konkrétní, tzv. vysoce rizikové situace, v nichž je ohrožena sebekontrola individua. Tyto situace bývají velmi rozmanité, obecné i specifické pro danou osobu. Marlatt a Barrett (in Kuda, 2003) definují na základě výzkumu a klinické praxe tři obecnější skupiny těchto situací:

1. *Negativní emoční stavy*: nalézáme je až u 35 % všech relapsů. Příčiny těchto stavů bývají většinou intrapersonální. K těm nejčastějším patří frustrace, vztek, deprese, úzkost a nuda.
2. *Interpersonální konflikty*: příčinou 16 % všech relapsů. Řadíme sem negativní konfliktní vztahy s partnery, přáteli, členy rodiny nebo konfrontace v zaměstnání.
3. *Sociální tlak*: vyskytuje se u 20 % všech relapsů. Sociální tlak může být přímý (např. setkání s drogovým dealerem, který nabízí drogu) nebo nepřímý (závislý se nachází v blízkosti osoby či skupiny, která užívá drogy).

Nešpor (2011) upozorňuje také na recidivu bez bažení, která nastává např. proto, že se abstinující ocitnou v rizikové situaci (např. v hospodě) a začnou jednat automaticky (tj. objednájí si pivo). Podle něj nastává recidiva bez bažení v následujících situacích:

- když člověk jedná automaticky, jak se to děje především v rizikovém prostředí či situaci,
- když člověk špatně vnímá sebe sama (respektive to, co se v něm děje),
- když si jedinec nepřizná závislost a craving mylně považuje za projev svobodné vůle.

V případě, kdy člověk nemá dostatečnou schopnost řešit své problémy a nezvládá své negativní emoční stavy a konflikty, podléhá impulsu okamžitého dosáhnutí uspokojení prostřednictvím drogy. Vyhledání drogy je často spojeno se sérií neuvědomovaných kroků, které bývají nezdědka považovány za nezávažná rozhodnutí, která však člověka vedou stále blíž k exponované situaci, kdy sociální tlak nabývá na intenzitě a schopnost mu čelit se už obtížně vyvolává. Ani setkání s „drogovým známým“, s dealerem nebo svádějící skupinou nebývá náhodné a často k němu vede řetězec událostí, v nichž nepřiznané přání užít drogu hraje podstatnou roli (Kalina, 2008).

Nešpor (2011) proto považuje zhoršené sebeovládání za spouštěcí mechanismus, který roztáčí bludný kruh návykového chování. I z toho důvodu doporučuje, aby způsoby jak zlepšit sebeovládání byly jednoduché, aby si je člověk byl schopen vybavit i v situaci silného bažení. Rovněž by se postupy měly dlouhodobě a často opakovat, aby byly pevně vštípeny do paměti. A v neposlední řadě považuje za vhodné umět více způsobů, jak zlepšit sebeovládání, jelikož ne v každé situaci se dá každý použít, případně se naskytuje možnost je kombinovat.

Kalina (2008) uvádí, že k relapsům může docházet i během léčby v TK, a to např. při výjezdu za rodinou, do nejbližšího města, při vycházce či sportovní aktivitě (běh) po okolí nebo při vnesení návykové látky do zařízení. Po lapsu obvykle nastupuje tzv. „syndrom porušení abstinence“. Klient je zahlcen pocity viny z vlastního selhání, které jsou přímo úměrné postojům osvojeným v předchozí léčbě. Jedná se o pocity zaměřené proti sobě samému (vina, hanba, hněv aj.), ale i proti zařízení a terapeutovi (Kuda, 2003).

Prevenici relapsu v TK nezajišťuje žádná dílčí metoda, ale léčebný proces jako celek. V bezdrogovém prostředí na klienta silně doléhají vnější i vnitřní impulzy, které dříve pravidelně spouštěly vzorce chování směřující k vyhledání a užití drogy. Avšak v podmínkách, kdy je droga nedostupná, působí psychoterapeutický průzkum a zpracování těchto situací (podobně jako u cravingu) jako katalyzátor sebepoznání, které zahrnuje i hlubší vrstvy osobnosti (Kalina, 2008).

V této kapitole jsme se pokusili blíže popsat téma, které je v léčbě závislosti aktuálním a nadmíru důležitým. Jelikož z vlastní zkušenosti víme (Man, 2014), že pravidelná pohybová aktivita má vliv na posílení sebeovládání a změnu životního styl, tak se domníváme, že má potenciál ovlivnit také recidivu u abstinujícího člověka. Z důvodu toho, že vnímáme pravidelný a aktivní pohyb jako podstatnou složku v životě dnešního člověka, rozhodli jsme se následující kapitolu věnovat právě významu pohybu v každodenním životě jedince.

2. Význam pohybu a běhu v životě jedince

„Tomu, kdo má své tělo raději

než vládu nad impériem,

lze svěřit správu impéria.“

(Lao C', Tao-te-t'ing)

Samotný život se projevuje pohybem a člověk posuzuje jeho smysl především z hlediska svých potřeb a přání. S pohybem jsou spojeny jak příjemné (radost, uvolnění), tak nepříjemné prožitky (únava, bolest či frustrace). Pozitivní i negativní zkušenosti s pohybem mají pro člověka nemalý význam. Překonáváním zátěže stoupá jeho odolnost, vůle i trpělivost a vlastností, které dnešnímu člověku výrazně chybí. Proto pohybovou námahu nelze chápat jako oběť, ale jako zálohu a investici pro pozdější prožitek (Štílec, 2010). Nedostatek pohybu lze považovat za velmi významný rizikový faktor, jelikož lidé mají stanovenou určitou minimální dávku pohybu, které by měli dosáhnout, aby si udrželi funkční svaly a orgány. Pokud je tento práh překračován jen sporadicky, utváří se prostředí pro četná onemocnění. Mezi tyto řadíme např.: onemocnění srdce a oběhového systému, poruchy látkové výměny, nadváha, ale také psychické poruchy (úzkosti, deprese aj.) (Wöllzenmüller, 2006).

Jedním z nejpřirozenějších pohybů člověka je běh. Ten je pevně spjat s dějinami lidstva již od počátku, kdy lze z dochovaných kreseb usuzovat, že v pravěku byl běh a chůze existenční nutností spojenou se sběrem potravy, lovem a přenosem informací. Běžec, jako posel, byl tehdy jediným relativně spolehlivým prostředkem pro předávání zpráv na delší vzdálenosti. Pohybový režim pravěkých lidí byl tedy poměrně bohatý a jen málokdo z našich netrénovaných současníků by byl schopen s našimi předchůdci držet krok. Určitou výhodou pro dnešního člověka je tedy dobrý genetický základ (Tvrzník, Škorpil, Soumar, 2006).

Tvrzník a Soumar (2012) dokonce tvrdí, že začít běhat je pro jedince taková událost, která mu změni život. Jejich laboratoři prošli lidé, jimž běh často pomohl v kritických životních situacích. Někteří ho vyměnili právě za závislost, jiní zhubli či nabrali kondici a další díky

běhu našli nové přátele či třeba životního partnera. Společným jmenovatelem je u této skupiny lidí vitalita, zdraví a životní optimismus. Běh se pro ně stal přirozenou součástí jejich života, dalo by se říci až „prospěšnou drogou“, bez které si svůj život již nedovedou představit (Tvrzník, Soumar, 2012).

Současně nutno konstatovat, že běh jako fyzická aktivita není zcela pro každého a existují jistá omezení, která nedovolují běhat všem těm, kteří by o to stáli. Při výběru pohybové formy je skutečně nutné vycházet z vlastní situace, uvědomit si z jakého důvodu chceme začít sportovat a zvážit naše individuální předpoklady a cíle. Vytyčení základní mety je důležité zejména proto, aby pohyb na jedince působil terapeuticky a nikoliv antagonisticky, jak se tomu někdy zbytečně děje (Tvrzník, Soumar, 2012). Pokud jedinec usoudí, že je pro něj běh vhodnou pohybovou aktivitou, měl by se dále rozhodnout, jakému typu běhu by se rád věnoval. Tvrzník et al. (2006) dělí běh do více kategorií. Od joggingu, přes rychlostní a výkonnostní běh až po závodní atletické běhy.

2.1 Sportovně pohybová aktivita jako prostředek zdraví

„Bez pohybu je život pouze letargickým snem.“

(Jean-Jacques Rousseau)

Sportovně pohybová aktivita je velmi významná pro zdraví jedince a je označována jako základní prvek zdraví. I proto je alarmující fakt, že v naší společnosti převládá hypokinetický životní styl (Mužík, Krejčí, 1997). Dle Dostála (1981) již před třiceti lety byl způsob mnoha zaměstnání sedavý. Člověk seděl při práci, cestou do práce i po práci. Velký vliv na omezení pohybu již tehdy měla moderní forma dopravy. V současné přetechnizované společnosti je vytvářen zásadní nepoměr mezi kvalitou pohybové aktivity geneticky zakódovaných pohybových vazeb dřívějších generací a dnešní skutečností (Kučera, Dylevský, 1997).

Křivohlavý (2001) rozděluje z fyziologického hlediska cvičení na pět různých druhů:

- izometrické cvičení (tlak proti pevné překážce),

- izotonické cvičení (stahování svalů i kloubů, např. zdvihání činek),
- izokinetické cvičení (ke cvičení síly a pohybu kloubů přidává možnost regulace odporu),
- anaerobní cvičení (krátkodobý výbuch svalové energie),
- aerobní cvičení.

Pro naše potřeby je právě poslední druh cvičení tím nejdůležitějším. Aerobní cvičení vyžaduje výrazně zvýšenou spotřebu kyslíku, a to v průběhu relativně delší doby (např. běh na dlouhé tratě, běžkování apod.). Charakteristické je výrazné zvýšení činnosti srdce, které se projevuje např. zvýšením srdečního tepu (Křivohlavý, 2001).

Důležitou součástí wellness životního stylu je tzv. fitness, čímž se rozumí dobrá tělesná kondice, respektive dobré zdraví (Křivohlavý, 2001). Sportovně pohybová aktivita je v podstatě stimulatorem bio-psycho-sociálně-duchovní adaptace na pohybové zatížení. Prostřednictvím těchto adaptačních mechanismů dochází k somatickým, morfologickým, psychickým změnám, ke změnám sociálního chování a v konečném důsledku ke zvyšování motorické výkonnosti, tělesné zdatnosti, formování pohybových dovedností a v neposlední řadě rovněž k upevňování zdraví. Tyto prvky bývají často označovány jako zdravý životní styl, který je společensky chápán jako wellness styl. Můžeme říci, že je symbolem i měřítkem veřejného zdraví populace (Blahutková, Řehulka, Dvořáková, 2005).

Považujeme za důležité zmínit, že také psychické faktory mají podíl na vzniku některých onemocnění, typu hypertenze, cévních příhod, ale třeba i závislostí. Potvrzují to např. zjištění z druhé světové války, kdy v době obležení Leningradu nápadně vzrostl výskyt hypertenzní choroby, často zhoubného průběhu, u mladých lidí vystavených dlouhodobému napětí a strádání (Doležal et al., 1961). Protože je ovšem léčení pokročilé hypertenze a jejich komplikací nesnadné, je dle Doležala et al. (1961) třeba zaměřit úsilí směrem preventivním. Lékařskými výzkumy bylo zjištěno, že např. běžecký trénink postupně zvyšuje sílu srdce, především jeho pravé poloviny. Po dobu několika let byla kardiologicky sledována skupina lidí ve věku 50 – 70 let, kteří systematicky sportovali a denně běhali 1 až 3 kilometry rychlostí 1 kilometr za 6 minut. Dle následných vyšetření se u nich vlivem soustavného tréninku zlepšila síla stahu srdečního svalu. Rovněž po delším tréninku klesá krevní tlak a snižuje se pulz asi na 50 úderů za minutu (Ferienčík, Hřčka, 1977).

V této kapitole jsme upozornili na význam aktivního pohybu v životě člověka. Jak tvrdí Křivohlavý (2001), tak se nejedná pouze o význam v rovině tělesné (dobrá kardiovaskulární

kondice, regulace váhy a snižování obezity aj.), ale cvičení má vliv i na zlepšení řady psychických projevů (snižování anxiety, zvyšování kladného sebehodnocení, posilování psychiky v boji se stresem aj.), které jsou při vzniku závislosti stěžejní. Následující kapitola se zabývá odborným rozdělením běhu a poukazuje na skutečnost, že „není běh, jako běh“.

2.2 Dělení běhu

Běh v dnešní době neznamená jen závody či honbu za limity, případně překonávání rekordů, jak by se nám mohlo zdát při sledování veřejných médií. Vrcholový a profesionální běh představuje pouze pomyslný vrchol ledovce, jehož „skrytou“ základnu tvoří desetitisíce a v celosvětovém měřítku miliony rekreačních běžců (Tvrzník, Škorpil, Soumar, 2006).

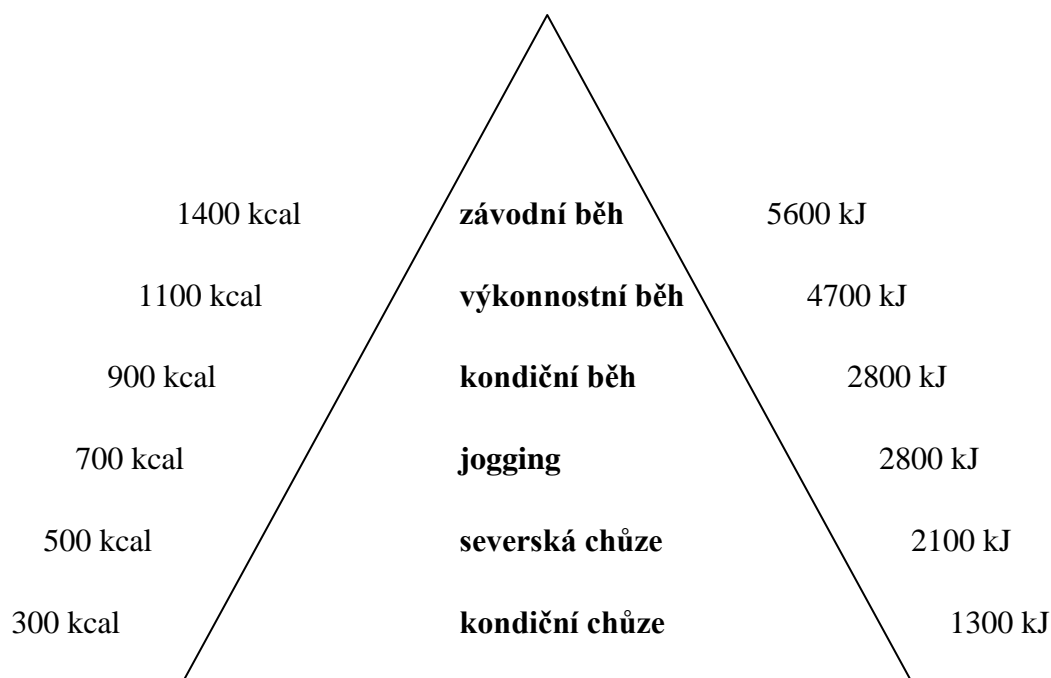
Pokud bychom se krátce zaměřili na svět profesionálních běžeckých závodů, tak zde trenéři při výběru talentů pro jednotlivé disciplíny vycházejí z následujících nejdůležitějších charakteristik:

1. Tělesná výška a hmotnost,
2. Celkový zdravotní stav,
3. Aerobní a anaerobní předpoklady,
4. Morfologické charakteristiky – somatotyp,
5. Hodnoty podkožního tuku,
6. Psychické a morálně-volní vlastnosti,
7. Celková odolnost, schopnost adaptace na velké zatížení,
8. Poměr svalových vláken (Kučera, Truksa, 2000).

Pomineme-li rychlejší chůzi, jakožto jakýsi „bazální základ“ běhu, dostaneme se k tzv. joggingu. Původní význam anglického slova „jogging“ znamenal střídání pomalého běhu (klusy) s chůzí (Tvrzník, Škorpil, Soumar, 2006).

Jednotlivé formy běhu, respektive chůze, demonstruje následující běžecká pyramida. Jednotlivá patra zobrazují rovněž počty běžců, kteří spadají do specifických kategorií. Samozřejmostí je, že spodní patra ve skutečnosti početně mnohonásobně převyšují patra vyšší.

Obrázek 1: Běžecká pyramida (dle Tvrzník et al., 2006), upraveno



Pozn.: Běžecká pyramida zobrazuje také energetickou náročnost (přibližný energetický výdej 70 kg vážícího člověka za 1 hodinu pohybové aktivity); kcal = kilokalorie; kJ = kilojouly
Zdroj: Tvrzník, Škorpil, Soumar, 2006, upraveno.

U kondičního běhu je hlavním motivem rozvoj kondice. Oproti joggingu se příprava začíná podobat klasickému běžeckému tréninku, který občas může i bolet. Důležitá je systematika přípravy, kterou můžeme vzdáleně přirovnat k systematickému způsobu léčby v terapeutických komunitách (Kalina, 2008). Největší odměnou bývá běžcům v této kategorii dobrý pocit z překonání tratě a mnohdy i sebe samotného (Tvrzník, Soumar, 2012). V případě výkonnostního běhu se jedná již o trénink v pravém slova smyslu. Hlavním cílem výkonnostního běžce je udržování a především pak zvyšování sportovní výkonnosti. Při nesprávně řízeném tréninku již vzhledem k poměrně vysokým tréninkovým dávkám hrozí běžcům zdravotní komplikace. Výkonnostní běh je časově velmi náročným koníčkem a z praxe jsou známy i případy „totální závislosti“ kdy někteří atleti dávají běhu přednost před vším ostatním, čímž nejvíc trpí jejich rodina. Běžci v této kategorii se celoročně systematicky

připravují na jeden nebo dva závody a primárně se snaží o dosažení lepšího pořadí nebo výsledného času (Tvrzník, Škorpil, Soumar, 2006). K charakteristickým znakům kondičního i výkonnostního běhu patří vytrvalost, kterou společně s Míčkem (1969) řadíme mezi charakterové vlastnosti, které podporují realizaci rozhodnutí. Vytrvalost v léčbě je pak principiálním požadavkem na abstinujícího klienta terapeutické komunity. Z toho důvodu jí nyní věnujeme krátkou podkapitolu.

Vytrvalost

Podle Míčka (1969) jde o schopnost dovádět rozhodnutí do konce, dosahovat stanoveného cíle překonáváním komplikací a obtíží na cestě k němu. Při neúspěch neklesá vytrvalý člověk na mysl, ale je ještě jím ještě více povzbuzen. Práce nudná, obtížná a namáhavá není pro skutečně vytrvalého člověka překážkou.

Vytrvalost je typická především dlouhodobým prováděním pohybové činnosti odpovídající intenzity a schopností překonávat únavu. Vytrvalost jako takovou lze uplatnit v různých odvětvích lidské činnosti (např. pracovní vytrvalost), pro nás je však podstatná vytrvalost ve sportu a též v léčbě. Lehnert et al. (2010) definují vytrvalost jako schopnost podržet požadovanou intenzitu pohybové činnosti po delší dobu bez snížení efektivity této činnosti. Energetické krytí pohybu při vytrvalostním tréninku je ovlivněno především intenzitou zatížení a rovněž časovým intervalem, po který výkon trvá. Při krátkodobé a rychlostní vytrvalosti má významnou úlohu systém anaerobní, ale v zásadě je vytrvalostní výkon hrazen především aktivací systému aerobního (Grasgruber, Cacek, 2008).

Stejně jako např. cílevědomost, sebeovládání či iniciativu řadíme vytrvalost mezi tzv. volní vlastnosti, které jsou tolik potřebné nejen při sportu, ale i v životě. Při běhu jsou všechny úkoly týkající se vůle spojeny s překonáváním překážek a úsilím o dosažení cíle (tj. překonávání psychické a fyzické zátěže). Významnou roli sehrává volní úsilí při ztížených podmínkách, jakými jsou např. chlad, déšť, stoupání, finiš aj. Z toho důvodu jsou potřebná i taková cvičení, jako je např. zdánlivě nesmyslné trvání na dokončení těžkého tréninku i přes nadměrnou únavu, trénování s občasným pocitem bolesti, nepohodlí (např. pravidelný běžecký trénink v zimních měsících v ČR) apod. V tréninkovém procesu běžce je třeba cvičit volní úsilí plánovitě, jelikož takto připravený jedinec je pak schopen zapojit svou vůli ve všech obtížných a mezních situacích (Kučera, Truksa, 2000). Jako příklad obtížné situace pro

závislého jedince může sloužit moment, kdy se u člověka vyskytne bažení po psychoaktivní látce.

Přínos vytrvalosti nelze tedy spatřovat výlučně v přímé podpoře rozvoje sportovní výkonnosti. Význam tréninku vytrvalosti je také v oblasti zvyšování zatížitelnosti (urychlení zotavovacích procesů), aktivního zotavování pohybovou činností a v širších souvislostech také zdravotní prevence. Podceňovat nelze rovněž psychologické aspekty (Lehnert et al., 2010).

2.3 Pozitivní vliv běhu na tělesné zdraví

Zcela si uvědomujeme, že tzv. „tělo nelze oddělit od hlavy“, respektive, že tělesné zdraví je propojeno se zdravím duševním. Ačkoliv však respektujeme komplexní přístup ke člověku, pro větší přehlednost jsme se rozhodli popsat jednotlivé pozitivní účinky běhu odděleně. V této kapitole se tedy zabýváme kladnými účinky běhu na tělesnou stránku člověka, v následující kapitole pak popisujeme pozitivní vliv na psychickou stránku běžce. Samozřejmostí však zůstává, že pozitivní vlivy se mezi těmito dvěma lidskými modalitami proplétají a v reálném prostředí je není vhodné diferencovat.

Podle Tvrzníka, Škorpila a Soumara (2006) byl člověk zrozen k chůzi, potažmo k běhu. Tyto pohybové aktivity pro něj byly vždy nejpřirozenější. V současné industrializované době tento, po tisíciletí přetrvávající fakt, přestává platit. Přesouvání se z místa na místo nám dnes usnadňují rozličné dopravní prostředky, a dokonce i naše pracovní vytížení se čím dál tím častěji redukuje na sezení za počítačem. Tyto zásadní charakteristiky naší doby mají za následek mj. ochabování svalstva, snižování výkonnosti srdce a cév či řídnutí kostí. Obecně bychom tyto neduhy mohli nazvat „civilizačními chorobami“. Vlivem nesprávného životního stylu za bývalého režimu přibýval v našich krajinách počet civilizačních onemocnění (zejména kardiovaskulárních a rakoviny tlustého střeva) až do devadesátých let minulého století. Výjimkou nebyly případy lidí krátce po třicítce. Po roce 1989 přišel potěšitelný obrat, kdy zejména v důsledku kvalitnější stravy s větším obsahem zeleniny a ovoce a s menším množstvím živočišných tuků, začal výskyt civilizačních chorob klesat (Tvrzník, Škorpil, Soumar, 2006).

Hlavní přínosy běhu pro zdraví člověka jsou známy a od sedmdesátých let minulého století rovněž vědecky podloženy. Tyto znalosti jsou neustále doplňovány, a ačkoliv se to nezasvěcenému na první pohled nemusí zdát, jedná se o multifunkční vědecký obor zahrnující fyziologii, anatomii, biomechaniku a psychologii. Jako celek mají tyto vědecké poznatky nejbližší k preventivní medicíně (Tvrzník, Soumar, 2012).

Karmisholt a Gotzsche (2005) uvádí, že je tělesná aktivita často zmiňována v souvislosti s primární i sekundární prevencí řady tělesných chorob, např. srdečních onemocnění, nemocí krevního oběhu, hypertenze, artritidy, diabetu 2. typu, obezity, osteoporózy u dětí (in Linden, 2006) i u dospělých atd.

Pozitivní vliv běhu na fyzické zdraví člověka tedy zahrnuje:

- větší a výkonnější srdce,
- vyšší pružnost a funkčnost cév,
- nižší tepovou frekvenci,
- snižování a stabilizaci krevního tlaku,
- zlepšení kapilárního prokrvení organismu,
- větší výkonnost plic (zvýšení jejich kapacity),
- lepší přenos kyslíku a zásobení živinami,
- zlepšení látkové výměny,
- větší spotřeba a využití energie (snižování nadváhy),
- silnější a výkonnější svalstvo,
- zlepšení pohybové koordinace,
- lepší držení těla,
- prevence plochých nohou (Tvrzník, Soumar, 2012).

Z předchozího výčtu lze usuzovat, že běh má podstatný vliv na srdce a krevní oběh. Zásadní jsou dva efekty: zlepšení prokrvení srdečního svalu a jeho zásobování kyslíkem a zároveň snižování spotřeby kyslíku srdcem. Pro názornost lze použít následující příklad: srdce netrévaného jedince tluče v klidovém stavu 70-80krát za minutu. U trénovaného jedince je to pak 50-60krát za minutu. Za hodinu je to cca o 1200, za den o 29 000 a za rok o 10,5 milionu úderů více. K tomu můžeme připočítat ještě navíc enormní úsporný efekt pro trénované srdce: vlivem snížení srdeční frekvence o 10 úderů za minutu se ušetří zhruba 15% kyslíku (Wöllzenmüller, 2006).

Dalším významným pozitivním aspektem běhu, o němž se blíže zmíníme, je zlepšení kondice svalů a formování postavy. Je pravdou, že běh sám o sobě svalový aparát nerozvíjí zcela rovnoměrně, nicméně nepůsobí (jak by se mohlo na první pohled zdát) pouze na svaly dolních končetin. Vedle dynamicky pracujících paží ovlivňuje běh také svalstvo trupu, které zapříčiňuje vzpřímenou polohu při běhu. Dalším přínosem je zlepšení držení těla, resp. vyrovnávání svalových dysbalancí, které jsou častou příčinou bolestivosti zad, šíje i hlavy (Tvrzník, Škorpil, Soumar, 2012).

Je třeba si však současně uvědomit, že „když dva běžci dělají totéž, není to vždy totéž“, a tak v běhu, stejně jako v jiných lidských činnostech, je nutno respektovat individuální charakteristiky jedince a případné kontraindikace běhu. Nelze tedy opomenout zohlednit zdravotní stav (především pak u závislých pacientů) před výběrem sportovní aktivity. Pravidelný běh ovšem nabízí více pozitivních než negativních vlivů, z velké části pak působících nejen na tělo běžce, ale i na jeho niterný život. Těmito účinky běhu se zabýváme v následující kapitole.

2.4 Běh a psychika

Běh však blahodárně působí nejen na tělesnou schránku člověka, ale i na jeho psychiku. Běžci uvádějí častější pocity štěstí, jelikož díky své běžecké aktivitě zvyšují kladné sebehodnocení a snáz uvolňují napětí a odbourávají stres (Křivohlavý, 2001). Běh současně pozitivně působí proti nervovým poruchám. V návaznosti na tento svůj vliv snižuje podrážděnost, nespavost, poruchy potence, zažívací potíže aj. (Tvrzník, Škorpil, Soumar, 2006). My se však nespokojíme s pouhým výčtem pozitiv, která působí na psychiku jedince, ale pokusíme se popsat vliv běhání z širší perspektivy.

Počet lidí, kteří v západních civilizovaných zemích musejí hladovět, mrznout nebo jinak trpět je velmi nízký. Životní standard, který i my v České republice, na přelomu dvacátého a jednadvacátého století zažíváme se minulým generacím ani nesnilo. Přesto si materiální blahobyť vybírá daň v podobě nátlaku na naši psychiku. Stres, nuda, rozmrzelost, tlak na výkon to jsou jen některé aspekty naší „rychlé“ doby, ve které žijeme. Moderní člověk se odnaučil naslouchat svému tělu a poruchy organismu se snaží co nejrychleji odstranit za

pomoci různých preparátů. Takto však naše tělo nefunguje a je třeba dbát mnohem více jeho potřeb, aby příliš nechradlo se všemi negativními důsledky (Wöllzenmüller, 2006).

Škorpil (2011) uvádí, že mezi hlavní motivy Evropanů pro to, aby začali běhat, patří:

- udržování kondice,
- hubnutí,
- zábava,
- odreagování se – zbavení se stresu.

To potvrzují i Tvrzník se Soumarem (2012), kteří tvrdí, že s cílem shodit nadbytečná kila k nim přicházejí poměrně často hlavně začínající běžkyně různého věku. Při správném hospodaření s příjmem a výdejem energie je běh spolehlivým prostředkem redukce nadbytečných kilogramů, což u mnohých jedinců má rovněž pozitivní vliv na vnímání sebe sama. Co se týče negativního působení stresu, který se na emoční úrovni projevuje zejména nervozitou, strachem, netrpělivostí a vyčerpáním (Wöllzenmüller, 2006), tak si můžeme všimnout, že se rovněž objevuje mezi čtyřmi hlavními motivy pro pěstování běžecké aktivity (Škorpil, 2011).

Další významnou změnou, kterou pravidelní běžci mohou zaznamenat je zlepšení kvality spánku. Právě v dnešní době, kdy po psychicky náročném pracovním dni, uleháme ke spánku a hlavou se nám „honí“ spousta osobních nebo pracovních problémů, bývá těžké usnout a ani tak nemusí spánek vždy přinést pravý odpočinek. Tím, že si půjdeme zaběhat, odbouráme stres, organismus se celkově uvolní a dostaví se i přirozená únava. Usínání je v takovém případě snazší a výrazně se zvýší i kvalita samotného spánku (Tvrzník, Škorpil, Soumar, 2006). Wöllzenmüller (2006) uvádí výzkumy Webera, který provedl vědecké studie na téma „duševní pohoda při běhu“. K jeho hlavním zjištěním patří:

- pravidelné a přiměřeně dávkované běhání ovlivňuje duševní rozpoložení a rovněž vede ke změně životního stylu v oblasti stravování a pitného režimu,
- lidé, kteří pravidelně běhají, se lépe cítí (vitálněji, výkonněji, sebevědoměji),
- běžci také lépe odhadnou své duševní rozpoložení. Snáze se vypořádávají s každodenními problémy, jsou vyrovnanější, méně depresivní a nepocit'ují strach.

To potvrzuje i Man (2014), který zjistil, že pravidelný běh přináší běžcům okamžitou dobrou náladu, uvolnění, vyrovnanost, pocit svobody a inspiraci. Tyto výsledky se netýkají pouze dospělých, ale Csémy, Krch, Provazníková, Rážová a Sovinová (2005) uvádí, že chlapci i

dívky, kteří se sportu či jiné pohybové aktivitě věnovali pětkrát týdně alespoň jednu hodinu, měli statisticky významně vyšší skóre na škále spokojenosti.

V neposlední řadě považujeme za důležité zmínit, že pohybová aktivita zlepšuje dlouhodobou koncentraci a vede ke zrychlení mentálních reakcí, což znamená, že sportující lidé jsou v myšlení flexibilnější. Dokonce i kritické situace jsou běžci řešeny klidnějším a racionálnější způsobem (Tvrzník, Škorpil, Soumar, 2012).

Pravidelným tréninkem lze rovněž „zpomalit“ proces stárnutí (Wöllzenmüller, 2012). Spojitost to má jistě s vyšší vitalitou pravidelně běhajících lidí. Ta ostatně ovlivňuje i pohlavní život jedince. Jelikož jsou běžci více fit a v kondici, vedou i kvalitnější sexuální život (Tvrzník, Škorpil, Soumar, 2012).

Souhrnně bychom mohli tedy říci, že pravidelný běh je vhodný pro zlepšení vitality, zvýšení sebeúcty, zlepšení duševní vyrovnanosti, získání životní energie a zvládnutí stresu (Wöllzenmüller, 2012). Právě zvládnutí stresu je u závislých jedinců důležitým bodem tohoto výčtu. Stres, kterému se blíže věnujeme v kapitole 3.5, totiž často stojí za recidivou klientů terapeutických komunit (Kalina, 2008).

2.5 Jak se běh projevuje v našem těle

Lidské tělo disponuje určitým potenciálem adaptačních schopností, pomocí něhož se dokáže neustále přizpůsobovat průběžně se měnícím nárokům vnějšího prostředí. Všechny vnější situace prostředí se ovšem sekundárně promítají do vnitřních situací, ať již fyzických či psychických (Dostál, 1981). V této kapitole zmíníme některé fyzické, respektive biologické účinky běhu na naše tělo.

Zehentbauer (2012) poukazuje na to, že někteří běžci dlouhých tratí (např. maratonští běžci) mají za sebou takovou zkušenost, že po několika kilometrech běhu zmizí případné počáteční obtíže nebo bolest. Běh se stává stále snadnějším a nálada se zlepšuje, až se může změnit v tzv. „běžeckou euforii“. Naprostá většina lidí, která tohoto stavu, ne nepodobného transu, dosáhne, ho popisuje jako velmi příjemný, což je biochemicky snadno vysvětlitelné: mozek a celé tělo běžců na dlouhé tratě je zaplaveno vysokými dávkami endorfinů. Jedná se o tělu

vlastní morfiny, neboli látky, které se napojují na receptory opia, případně morfia a které mírní bolest, snižují úzkost a vyvolávají euforii. Tento účinek běhu je obzvláště oblíben u jedinců, kteří jsou závislí na jakýchkoliv psychoaktivních látkách.

Endorfíny se rovněž uvolňují při krátkém běhu, zde vše převažuje stimulace noradrenalinu a dopaminu. Tzv. tělu vlastní droga „dobré nálady“ noradrenalin, mimo jiné výrazně zlepšuje náladu a celkově stimuluje. To jsou účinky, které by např. farmaceutický průmysl rád dosáhl u antidepresiv. Nedostatek noradrenalinu způsobuje únavu, apatii, ochablé držení těla, snižuje rozhodnost, tlak i puls. S nízkou hladinou noradrenalinu jsou rovněž spojována psychická onemocnění depresivního typu (Zehentbauer, 2012).

Co se týče posledního hormonu, který je pro nás tak zásadní a vyplavuje se při běhu, tak jde o základní signální látku při utváření nejrůznějších lidských vlastností – dopamin. Ten určuje výraz našeho obličeje, typ chůze, umožňuje vytvářet nové myšlenkové souvislosti a neobvyklé tvořivé nápady. Současně je vzpruhou pro psychiku a posiluje tělu vlastní imunitní obranu. O dopaminu můžeme tedy tvrdit, že:

- Snižuje úzkosti a má antidepresivní účinky (navození povznesené nálady a pocitů štěstí).
- Zvyšuje duševně-tělesnou motivaci a emocionální a motorickou spontaneitu.
- Zvyšuje schopnosti koncentrace a reakce (vysoká pozornost a bdělost, lepší smyslové vnímání, diferencované utváření názorů).
- Mírně zvyšuje sexuální touhu.
- Stimuluje tvorbu bílých krvinek (leukocytů) a následné posílení obranyschopnosti
- Harmonizuje tělesné pohyby (koordinace a zlepšení jemné motoriky, řízení instinktivní pohybové kontroly svalového tonu) (Zehentbauer, 2012).

V této kapitole jsme chtěli poukázat především na to, že běh má vlivem stimulace hormonů silný potenciál ovládat lidské konání a myšlení. Samozřejmě se však nejedná o jedinou pohybovou aktivitu, která tímto způsobem funguje a ovlivňuje endokrinní soustavu člověka. V následujících kapitolách se komplexněji zabýváme významem pravidelného běhu pro lidskou psychiku.

3. Význam pravidelného běhu pro psychiku člověka v léčbě závislosti

„Tělo je pouze obalem duše - když je duše zdravá, je i tělo zdravé, onemocní-li duše, onemocní i tělo.“

(Sokrates)

Beran (2001) uvádí sport a fyzickou činnost jako jednu z hlavních zásad pro podporu duševního zdraví, kterému je třeba věnovat soustavnou pozornost. Blahodárný vliv cvičení na zachování tělesné i duševní svěžesti však není pro lidstvo novum. S příznivým hodnocením pravidelných dávek tělesného cvičení se setkáváme jak u dávných východních národů, tak u starých Řeků i Římanů. I takové osobnosti jako byl např. Platon, Hippokrates, J. A. Komenský nebo I. P. Pavlov si uvědomovaly, že příznivý tělesný stav značně ovlivňuje také duševní činnost, a proto jsme u nich mohli pozorovat kladný vztah k tělesným cvičením (Vítková, Vítek, 1973).

V několika následujících kapitolách bychom se rádi zabývali empiricky ověřenými vlivy pravidelného běhu v rámci duševní hygieny na psychiku člověka. Míček (1984) uvádí dvojí základní pojetí duševního zdraví:

- užší pojetí ztotožňuje duševní zdraví s nepřítomností příznaků duševní nerovnováhy a poruch adaptace,
- širší pojetí nezdůrazňuje nepřítomnost poruch, ale naopak se snaží popsat projevy optimálního duševního zdraví.

Právě druhé hledisko, které popisuje výhodnou životní adaptaci (přizpůsobení), koresponduje částečně s následujícími kapitolami a projevy pravidelného běhu v životě jedince. Věnujeme se v nich sebevýchově a tzv. systematizaci životního stylu, stresu a jeho vlivu na život, mezilidským vztahům a v neposlední řadě sebepojetí běžce. Pod pojmem adaptace rozumíme proces, v němž se osobnost jedince přizpůsobuje měnícím se podmínkám vnějšího prostředí a

zároveň se snaží udržovat vnitřní homeostázu (Paulík, 2010). V kontextu závislosti Nešpor (2011) dokonce uvažuje o nemocech životního stylu jako např.:

- velmi vypjatý životní styl,
- prázdný životní styl,
- rizikový životní styl (člověk je vystavován spouštěčům návykového chování),
- anhedonický životní styl (příliš mnoho neradostných povinností),
- ponorkový životní styl (podnětově chudý),
- zmatený či chaotický životní styl.

Nešpor a Matanelli (2011) k tomu dodávají, že mnozí abstinující závislí považují za podstatný přínos léčby to, že si během ní osvojili pravidelnost a smysl pro pořádek. Změna životního stylu tedy může podstatným způsobem usnadnit léčbu závislosti.

Výše uvedená témata kapitol považujeme za významná pro tuto práci a budeme se jimi nyní zabývat z toho důvodu, že všechna souvisí s osobou běžce v rámci provozování pravidelného běhu. Můžeme na ně dokonce nahlížet jako na „spojité nádoby“, které od pravidelného běžce nelze oddělit. Tím, jak pravidelný běh může ovlivňovat přizpůsobování se člověka vnějšímu i vnitřnímu okolí, se zabýváme v následujících kapitolách.

3.1 Psychohygiena

Termín „hygiena“ je u nás dnes již obvyklý, a i běžné populaci dobře srozumitelný. Všeobecně se ví, že má blízký vztah ke zdraví a především pak k prevenci nemocí. Avšak termíny jako *mentální hygiena* – *hygiena duše* – *duševní hygiena* jsou oproti hygieně tělesné již méně známými pojmy (Křivohlavý, 2001). Přesto mají fyzická a mentální hygiena společný základní cíl, tj. udržovat zdraví a předcházet nemoci (Doležal et al., 1961).

Míček (1984, 9) podává tuto definici: „Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“

Bartko (1980) pod pojem psychohygiena zahrnuje mnoho problémů zdravotních, výchovných, politických, psychologických, etických, estetických atd. Udržet duševní zdraví je podle něj

víc než jen profylaxe či prevence. Duševní hygienu považuje za takovou úpravu životních podmínek člověka, která vyvolává pocit spokojenosti, osobního štěstí, fyzické a psychické zdatnosti a výkonnosti. Jde tedy nejen o to, aby člověk nějakým způsobem žil, ale aby se rovněž cítil zdravý, užitečný, potřebný a mravný. To vše nejen po krátkou dobu, ale stále, dnes i v budoucnosti, až do konce života. Pro naše účely budeme za psychohygienu v užším slova smyslu, společně s Kondášem (1985), považovat boj proti výskytu duševních nemocí, který se opírá o poznatky psychologických věd, psychopatologie, psychiatrie, pedagogiky a sociologie.

Podle Míčka (1984) je psychohygienu disciplína stojící na rozhraní věd psychologických, lékařských a sociálních. Čerpá poznatky jednak z všeobecného lékařství (obecné poznatky o zachování zdraví), jednak z filozofie, jež odedávna hledala cesty k co nejdokonalejšímu (a tedy i spokojenému a šťastnému) způsobu života. V první řadě je určena zdravým lidem, u nichž se snaží o upevnění a posílení duševního zdraví. Zabývá se však i lidmi na hranici zdraví a nemoci, jimž umožní lépe poznat sebe sama, rozebrat příčiny začínajících poruch a ukázat cesty ke znovunabytí rovnováhy a k posílení duševního zdraví. Velmi důležitou skutečností pro nás je, že se psychohygienu věnuje i lidem nemocným (či závislým), kde je její význam v potenciálním zkrácení doby léčení. Křivohlavý (2001) upozorňuje na to, že duševní hygiena se odlišuje od psychoterapie tím, že jí jde spíše o upevňování relativně dobrého duševního zdraví než o odstraňování jeho poruch. Při stanovování cílů, k nimž je činnost psychohygieny zaměřena, se často setkáváme s důrazem na sebevýchovu, zrání osobnosti a duševní klid. Pozornost bývá dále věnována otázkám sociální interakce, úpravě životního a pracovního prostředí a životosprávě.

Míček (1984) uvádí čtyři základní důvody zájmu o psychohygienu:

1. *Význam duševní hygieny pro prevenci somatických a psychických nemocí* (duševně zdravý člověk bývá odolnější proti somatickým chorobám).
2. *Mentální hygiena a sociální vztahy* (člověk s pevným duševním zdravím má blahodárny vliv na své sociální okolí, naopak lidé s narušenou duševní rovnováhou – neurotici – vnášejí do mezilidských vztahů zvýšené množství konfliktů).
3. *Pracovní výkon a duševní hygiena* (kvalita pracovního výkonu těsně souvisí s duševní rovnováhou).
4. *Subjektivní spokojenost a psychohygienu* (v naší společnosti jde zákonitě lidem o to, aby se subjektivně cítili dobře a žili spokojeným životem).

Není v možnostech této práce, abychom se zabývali všemi důvody pro aktivní užívání duševní hygieny. V následujících kapitolách se zaměříme na poslední bod, především pak na aktivní a pohybovou složku, která má zásadní význam pro subjektivní spokojenost člověka.

3.2 Aktivní odpočinek a relaxace

*„Zasej čin – a sklidiš zvyk,
zasej zvyk – a sklidiš charakter,
zasej charakter – a sklidiš osud.“*

(staré čínské přísloví)

Aktivní odpočinek je stejně důležitý jako ten pasivní (spánek). Dělna práce v moderní společnosti často vede k jednostrannému zatížení a u některých zaměstnání bývá pohyb omezen na minimum. Kromě této redukce pohybu má však taková práce další nepříjemný vliv – zatlačuje člověka do jednoho, často velmi omezeného okruhu motivů a činností, čímž se brzdí rozvoj ostatních složek osobnosti (Bartko, 1980). Tyto jednostrannosti se dají výhodně kompenzovat zvýšenou pohybovou aktivitou. Její nedostatek navíc výrazně podporuje emoční napětí a předpokládá se také, že přispívá k vytváření podmínek pro vznik řady psychosomatických onemocnění (Míček, 1984). Ani terapeutické komunity nepěstují konzumní životní styl, ale naopak podporují všemožné volnočasové aktivity, především pak sport a zátěžové akce (Kalina, 2008).

Bartko (1980) za aktivní odpočinek považuje vhodně zvolenou činnost v době pracovního klidu. Pro duševně pracujícího člověka je samozřejmě příhodný jiný aktivní odpočinek než pro fyzicky pracujícího. Nejvhodnější je zaměnit činnost v zaměstnání s činností, kterou v zaměstnání nekonáme, proto pro fyzicky pracujícího je vhodný aktivní odpočinek s převahou kulturního vyžití, naopak pro duševně zaměstnaného člověka je to tělesný pohyb. Pokud je čas v době pracovního volna stráven neužitečně (nevhodně zvolený aktivní odpočinek či zahálka), dostávají se pocity otrávenosti, únavy a absentuje pocit uvolnění.

Nutno zdůraznit, že obecný nedostatek pohybu představuje především výraznou zátěž psychiky. Zhoršuje se emoční stav a duševní rovnováha člověka, který žije vlastně nepřírodným způsobem a mohou se vyskytovat první příznaky neurotického onemocnění (Míček, 1984).

Další způsob uvolnění psychického napětí je relaxace. Jde o techniku, která je nápomocna při zvládnání životních těžkostí, obvykle se používá pro snazší zvládnání napjatého emocionálního stavu a znovunastolení duševního klidu. Principem relaxace bývá nejčastěji napínání a uvolňování svalů, dechová cvičení, soustředění pozornosti na různé fyziologické pochody v těle a výcvik sebeovládání. S rozličnými druhy relaxace se setkáváme v celé historii lidstva a mnohé ze starých relaxačních technik byly upraveny tak, aby odpovídaly představám a možnostem lidí v naší době (Křivohlavý, 2001).

V této kapitole jsme se pokusili nastínit význam zdravého životního stylu pro spokojenost jedince se svým životem, a to za použití sportovně pohybové aktivity, pravidel mentální hygieny a v neposlední řadě také aktivního využití volného času, případně relaxačních cvičení. Následující kapitola se zabývá sebevýchovou, protože každý jedinec, který chce pravidelně vytrvalostně běhat, musí nejprve dokázat řídit sebe sama.

3.3 Sebevýchova

„Život – to je kázeň, práce a vážné hledání pravdy.“

(Karel Čapek)

Sebevýchovou Míček (1969) rozumí úmyslné, plánovité řízení či působení subjektu na sebe sama. Vnitřně řízená osobnost si osvojuje schopnost citlivě zachovávat rovnováhu mezi požadavky, které klade její životní cíl a mezi podněty z vnějšího světa, s nimiž se musí vypořádat. Naopak z vnějšku řízená osobnost má jako zdroj své orientace vrstevníky, kamarády, kolegy či dokonce ty, které zná nepřímou prostřednictvím médií. Se změnami těchto vůdců se mění i životní cíle, o něž usiluje zvnějšku řízená osobnost (Riesman, 2007). Zvnějšku např. řídí klienty terapeutických komunit pravidla a řád komunity, který určuje

všem, co, kdy a za jakých podmínek mají dělat. Řád komunity není samoučelný, představuje vnější strukturu a jeho dodržování je procesem internalizace této struktury (Kalina, 2008).

V zájmu vyšší duševní rovnováhy může jedinec vést sám sebe např. ke stále adekvátnějšímu poznání sebe sama, ke stále objektivnějšímu poznávání druhých, ke zvládnutí citových tenzí, k ovládnutí svých myšlenek a představ, k posílení vůle nebo k vytvoření nových charakterových vlastností. Sebevýchova tedy představuje jednu z nejdůležitějších a nejbanálnějších cest k zisku duševního ekvilibria (Míček, 1969). Bez řádné sebevýchovy by tedy nebylo možné podstupovat takové náročné úkoly, jako je např. trvání na dokončení tréninku i přes nadměrnou únavu či běh s občasným pocitem bolesti, o nichž jsme se zmínili v kapitole o vytrvalosti.

Míček (1976) dále uvádí, že vlastní sebevýchova začíná sebepoznáním, které bývá psychology obecně uznáváno jako zvláště cenná cesta ke zlepšení adaptace a upevnění duševního zdraví. Podle Rogerse (2014) dokonce platí, že čím více se známe, tím lepší je naše adaptace.

Sebepoznávání činí člověka otevřenějším vůči zkušenostem a zvyšuje jeho ochotu k nápravě a sebevýchově. To znamená, že odmítání sebepoznávání nepřímě znamená odmítání sebevýchovy, jež je nejpozději v adolescenci hlavním pramenem pokroku ve vlastním vývoji jedince (Míček, 1976).

3.3.1 Sebepoznání

Lidová moudrost tvrdí, že kdo chce sám sobě vládnout, musí se nejdřív poznat. Původně jde o známé Demokritovo a Sokratovo rčení „Gnóthi seauton“ neboli poznej sám sebe (Kondáš, 1985). Míček (1976) uvádí, že často bylo pozorováno, že ti kdo dosáhli malých výsledků v sebepoznávání, měli také více osobních problémů. Sebepoznání má ovšem pozitivní vliv i na zlepšení sociálního kontaktu, což souvisí s dokonalejším poznáním druhých. Tomuto tématu se budeme věnovat v samostatné kapitole.

Je mnoho způsobů k poznávání sebe sama, od těch velmi jednoduchých a časově nenáročných, až po ty velmi složité. Uvádíme zde některé metody sebepoznávání podle Míčka (1969, 1976):

- *pravidelná registrace vlastního jednání a chování*: registrujeme v duchu či písemně, co nejdůležitějšího jsme prožili v průběhu uplynulého dne; tato metoda je účelná i z praktického hlediska, jelikož má vliv na zlepšování plánování času,
- *pravidelná reflexe*: úvahy nad vlastními činy ve smyslu analýzy příčin, průběhu a následků jednání, které mohou probíhat také písemně; odpovídáme zde např. na otázky typu, pod jakými vlivy jednáme nebo zda naše chování odpovídá morálním normám,
- *mínění druhých lidí*: z postřehů a poznámek svého okolí poznáváme, jak se jim jevíme, avšak není každý úsudek druhých lidí o nás stejně přesný,
- *deník*: ideálním typem je takový, v němž naprosto upřímně popisujeme vše významné, co jsme zažili a zcela otevřeně zde vyjadřujeme své vnitřní stavy, řešíme své intimní problémy a hodnotíme sebe i druhé,
- *současné sebepozorování*: pozorování sebe sama v právě přítomné situaci – introspekce; může se zaměřovat na některé ze somatických funkcí nebo na naše emoční stavy.

Dle Kohoutka (2001) závisí úroveň sebepoznání na schopnosti reflexe a hodnocení sebe sama. V rámci sebevýchovy, k níž nám pravidelný běh dopomáhá, však není důležité jen a pouze sebepoznávání, tedy co děláme a proč to děláme. Neméně podstatným fragmentem je odpověď na otázku, kdy to děláme – tedy náš osobní time management.

3.3.2 Time management

Součástí sebepoznání je také poznání, že jako lidé podléháme rytmickým dějům a cyklickým změnám. A to jak ve fyziologických a psychických funkcích, tak v projevech našeho chování. Cykly a rytmy jsou přímo součástí regulačních pochodů v našem organismu a důležité je, aby je člověk dokázal vědomě usměrňovat a synchronizovat se svou výkonností (Kondáš, 1985). Kalina (2008) uvádí, že takřka všechny poruchy duševního zdraví, s nimiž klienti do

terapeutických komunit přicházejí, jsou spojeny s distorzí vnímání a prožívání času. V každodenním životě se to jeví jako chaotičnost, nedostatek struktury a proporcí v členění času a obecně jako neadekvátní hospodaření s časem vlastním i s časem druhých. To pochopitelně působí značné problémy v osobních vztazích i sociální integraci. Časový řád v TK tedy představuje důležitý prvek psychologické a sociální rehabilitace.

Život člověka má tedy určitý rytmus. Střídají se v něm období bdění a období spánku, období aktivit s obdobím odpočinku. V pravidelných cyklech přicházejí chvíle, v nichž přijímáme potravu, a střídají se s chvílemi, v nichž jsme nasyceni nebo přebytečné látky vylučujeme. Rytmičnost tedy patří k základním rysům a zákonitostem naše života a je pro člověka druhově charakteristická (Bedrnová, 2010).

Pro pravidelný běh si každý sportovec musí ve svém denním plánu najít čas. Tímto požadavkem má běhání v životě jedince nepřímý vliv na zvýšení pravidelnosti denního režimu, který je v dnešní hektické době důležitý. Souvisí totiž se zachováním přirozeného rytmu v životě i v přírodě (Urbanovská, 2012).

Dle Bedrnové (2010) vycházejí základní principy hospodaření s časem, respektive jeho řízení (time management) z toho, že je člověk schopen stanovovat si určité životní cíle. Ostatně i ty velké jsou uskutečnitelné pouze tehdy, jsme-li schopni si je naprogramovat do podoby dílčích etap. Jejich splnění vyžaduje značného volního úsilí zaměřené na vypracování řady praktických dovedností a návyků. Ačkoliv jejich vypěstování není snadné, tak umožňují člověku získat potřebnou míru automatizace v jednání a tím efektivněji dosáhnout i velmi náročných cílů. K těmto návykům a dovednostem řadí Urbanovská (2012) např.:

- rozumné plánování denních činností,
- schopnost stanovit si priority,
- být pánem svého času,
- naučit se odmítat úkoly a požadavky, na něž nemáte dost času a které jsou nad rámec vymezených povinností,
- správné střídání práce a odpočinku (aktivního),
- denně si vyhradit čas jen sám pro sebe,
- zajistit si dostatek kvalitního, ničím nerušeného spánku,
- dodržovat zásady zdravé výživy s dostatečným příjmem tekutin.

Míček (1976, 1984) k tomu dodává, že získat více volného času znamená především racionálněji využívat toho času, který máme k dispozici, což je umožňováno:

- zvýšením pořádku a koncentrace (dle některých výzkumných souborů se dokonce objevuje výrazná kladná korelace mezi stavem vyrovnanosti a schopností koncentrace),
- střízlivým odhadem vlastních časových možností a nepřebíráním nesplnitelných povinností,
- rozumným rozvrhem práce a povinností,
- správným posouzením závažností úkolů a omezením zbytečností,
- využitím nejcennějších chvil dne (ráno po probuzení a večer před spánkem),
- využitím rozdrobených časových úseků,
- a v neposlední řadě je to vytvořením pravidelného denního rytmu.

I v případě vytvoření pravidelného denního režimu však může docházet k časovým ztrátám, především pak v začátcích režimového opatření. Účinným pomocníkem je v takovém případě metoda, která zkoumá spotřebu času a zjišťuje časové rezervy. Nazývá se „snímek práce“. Jde o jakési schéma pracovního plánu jedince. Plán totiž vnáší řád a kázeň a odstraňuje shon a zmatek (Vítková, Vítek, 1973).

3.4 Spánek

„Nemoci nepadají z čistého nebe, ale nepozorovaně se v nás vyvíjejí z každodenních prohřešků proti přírodě. A jakmile překročí únosnou mez, propuknou navenek.“

(Hippokrates)

Lidský organismus nutně vyžaduje pravidelné střídání práce a odpočinku. Člověk, který nerespektuje tuto biologickou podmínku našeho žití a atribut zdravého životního stylu, poškozují svůj organismus. Únava zákonitě dopadá na každého jedince, jenž se déle věnuje určité aktivitě, ať už fyzické jako např. běh nebo psychické jako je třeba psaní vědecké práce.

Organismus postupně ochabuje, a to nejen fyzicky, ale i mentálně, tj. zpomaluje se myšlení, vybavování apod. Únava rovněž zapříčiňuje vnitřní tenzi, která se projevuje jako nepříjemný pocit (Vítková, Vítek, 1973).

Plháková (2010) uvádí, že většina lidí přibližně 16 hodin bdí a 8 hodin spí. Přesto však v potřebě spánku existují značné individuální rozdíly. Dle Míčka (1984) se nejčastěji setkáváme s tvrzením, že pro dospělého člověka je dostatečnou dobou ke spánku asi osm hodin, pro mladistvého devět hodin a pro děti ještě více. Ke stáří se naopak zkracuje doba potřebného spánku. Bartko (1980) k tomu dodává, že zdravý člověk spí denně 7 – 9 hodin, což znamená, že 75letý jedinec prospí 15 let svého života. Mnoha lidem bývá líto tohoto „ztraceného“ času a chtějí se vzepřít této železné zákonitosti, mýlí se však, když si myslí, že na úkor spánku ušetří čas. Nedostatečně vyspalý člověk se totiž snadno unaví, jeho pracovní schopnost klesá a kvalita života se stává méně hodnotnou.

Význam spánku je pro pravidelného běžce naprosto neoddiskutovatelný. Fyzická námaha a únava, kterou se běh projevuje na těle, jak pro člověka netrénovaného, tak pro vytrvalostního běžce se kompenzuje především spánkem. Je třeba si uvědomit, že únavou se organismus brání přetížení a že je to vlastně obranný mechanismus, který signalizuje, že něco není v pořádku a že by měla nastat změna v činnosti. Z toho důvodu je vysoce důležité správné dávkování běžeckého tréninku a není správné pravidelně překonávat únavu vůlí (Vítková, Vítek, 1973). Existují doklady o tom, že spánková deprivace a subdeprivace zhoršují exekutivní a kognitivní funkce, k nimž řadíme pozornost či schopnost se rozhodovat. To sebou nese rizika pro abstinenci. Spánková deprivace navíc může zvyšovat efekt intoxikace alkoholem a riziko srdečních arytmií (Nešpor, Matanelli, 2011).

Uvádíme definici spánku dle Blahušové (2009, 123): „spánek je stav vědomí, ve kterém tělo může odpovídat na vnější podněty, ale mnohem méně pohotově a s mnohem menším účinkem než ve stavu bdělém.“ Janečková (2014) k tomu dodává, že se dlouhou dobu věřilo, že v průběhu spánku se nic neděje. Díky vědě však dnes již víme, že spánek je aktivní děj. Dalo by se dokonce říci, že velmi aktivní, protože aby naše tělo mohlo vykonat tento složitý proces, tak je zapotřebí dokonalé souhry mnoha oblastí našeho mozku a dalších částí organismu. A nejen to, jelikož nesmíme zapomenout také na vliv vnějšího okolí (např. denní doba, prostředí určené pro spánek, kultura, společnost a další podmínky). Míček (1984) vyzdvihuje především význam prostředí ke spánku (tichá, temná místnost s přívodem čerstvého vzduchu

a teplotou asi 16 – 18 °C) a pravidelnosti usínání. Pro zvýšení účinku doporučuje tělesné přeladění omýváním nebo koupelí ve vlažné vodě.

Doplňujeme ještě definici spánku od Plhákové (2010), která spánek považuje za přirozený psychosomatický stav, který ve srovnání s bděním provází značné snížení psychické i tělesné aktivity, zejména motorického a senzomotorického systému. Dochází k jakémusi „odpojení“ mozku a psychického dění od vnější reality. K tomu napomáhá rovněž uspořádání vnějších podmínek. Člověku se nejlépe spí pod měkkou, hřejivou přikrývkou, v tiché, spíše chladné a zatemněné místnosti.

Blahušová (2009) referuje o možnostech, jak zlepšit kvalitu spánku. Následující návyky není obtížné vytvořit, avšak je třeba praktikovat je pravidelně:

- vstávat a chodit spát každý den ve stejnou dobu,
- pravidelně cvičit, ne však později než tři hodiny před spaním,
- přiměřená teplota v ložnici (ne více než 18 °C),
- nedávat si přes den „šlofíka“,
- nejíst velké jídlo před spaním,
- pořídit si zdravou matraci,
- zajistit dostatečný přísun vitamínu D, vápníku a minerálů,
- používat postel jenom na spaní a sex (nedívat se z postele na televizi a neodpočívat v ní během dne),
- dát tělu nějaký relaxační signál, že den je u konce.

Dle Bartka (1980) může dokonce nepravidelnost spánku a nevyspání, která trvá po delší dobu zapříčinit vznik poruch. K tomu Orel, Facová et al. (2009) dodávají, že potíže se spánkem ve smyslu obtížného usínání, probouzení v průběhu noci, časného buzení, zvýšené nebo naopak snížené potřeby spánku jsou velmi rozšířené. Uvádějí, že až třetina populace si na potíže se spánkem stěžuje a u zhruba 13 % lidí poruchy spánku negativně ovlivňují kvalitu života. Dle Nešpora a Matanelliho (2011) jde velká část poruch spánku na vrub nepravidelnému způsobu života, který člověka může rovněž uvádět do stresového stavu. O tom pojednáváme v následující kapitole.

3.5 Stres

Život není statický a vyžaduje neustálou adaptaci. Někdy nás trápí velký problém nebo se nahromadí více malých problémů, které naši schopnost adaptovat se překračují. To vede k prožívání silného stresu, což bývá spojeno s pocity úzkosti a ohrožení (Praško, 2003). Ačkoliv dle Baštecké a Goldmanna (2001) slovo stres dnes již ztratilo přesný význam, vymezíme si jej pro naše účely společně s Praškem a Praškovou (2013) jako reakci organismu na nadměrnou zátěž. Stresová odpověď se často objevuje po zátěžích (stresorech) v mezilidských vztazích. Nešpor a Scheansová (2010) dodávají, že u návykových nemocí může být stresem vyvolán craving. Pro abstijnutího závislého člověka bývá tedy stresová situace nezdědka tzv. spouštěčem recidivního chování.

Blahušová (2009) považuje za stres mentální, emocionální a fyziologickou odpověď lidského těla na mimořádně silný podnět neboli stresor. Cílem je příprava organismu na zvýšený výdej energie. Za důležitou považujeme skutečnost, že stres je neodmyslitelnou součástí každodenního života. Praško (2003) rozděluje nejčastější stresory do čtyř kategorií. Mezi důležité příčiny psychického stresu řadí rovněž kategorii závislosti:

- *Nemoci, závislosti a handicapy*: např. vlastní tělesná či psychická nemoc nebo u člena rodiny, závislost na drogách, alkoholu či lécích (a to jak vlastní, tak u partnera či dětí), hazardní hráčství,
- *vztahové stresory*: např. rozvod či rozchod s partnerem, společné bydlení s rodiči, žárlivost, nesoulad v sexuálním životě, odchod dítěte z rodiny,
- *pracovní a výkonové stresory*: např. ztráta nebo hrozba ztráty zaměstnání, neschopnost říci ne při přetěžování, nesmyslnost pracovní činnosti, workoholismus, velké dluhy a splátky,
- *stresory související s životním stylem*: např. nevyhovující bydlení, nedostatek příjemných aktivit, chybění koníčků a zájmů, nedostatek přátel a izolace, monotónní a stereotypní životní styl.

Předcházení, případně zvládání stresových situací jsou dovednosti, které zvyšují odolnost lidské osobnosti a mají velký zdravotní význam v tom smyslu, že zvyšují pohodu či spokojenost člověka. Ten je závislý na prostředí a na této jeho závislosti je založeno pojetí potřeb. Jejich neuspokojení je zátěží v prvotním smyslu. Proto také v historii řada pokusů o

stupňování odolnosti šla cestou rezignace na potřeby v co největší míře (poustevnictví, jóga, asketismus). Střídmost v potřebách je vysoce ceněna všemi filozofickými a náboženskými směry (Hošek, 1999). Nešpor (1998) dodává, že nadměrný stres zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, psychosomatických onemocnění i závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách. Současně je komplikujícím nebo příčinným faktorem u řady problémů, které zvyšují riziko návykového onemocnění. Týká se to např. úzkostných stavů, poruch spánku nebo chronické bolesti. V těchto případech je mírnění stresu užitečné jako léčba základního onemocnění i jako prevence návykových nemocí (Nešpor, Scheansová, 2010).

Urbanovská (2012) poukazuje na to, že stresový stav se projevuje jak změnou chování (celkové zvýšení aktivity nebo naopak útlum), tak charakteristickými psychickými projevy. K těmto projevům můžeme zařadit zkreslené vnímání reality (např. vidění světa černě), vtíravé představy (např. představa hrozícího nebezpečí), poruchy paměti, pozornosti apod. Míček (1984) naopak referuje o výzkumech, který potvrzují, že např. časový stresor dokáže u některých pokusných osob zvýšit výkon, u jiných jej však zhoršuje. To potvrzuje Hošek (1999), který tvrdí, že tentýž stresor může u jednoho člověka stres vyvolat a u druhého nikoliv. Dokonce tatáž zátěž může u téhož člověka jednou stres navodit a jindy nikoliv. Odolnost je křehký jev, determinovaný individualitou i situací. Důležitá je sféra prožívání a hodnocení zátěže.

Nelze opomenout skutečnost, že způsoby, jak zvládat stres (které blíže rozebíráme v následující podkapitole), by mohly být zároveň účinné i jako intervence mírnící craving. To může mít dalekosáhlé klinické důsledky. Využívání stejných či podobných postupů usnadňuje jejich spolehlivé osvojení. To je důležité vzhledem k tomu, že bažení a nadměrný stres dočasně oslabují kognitivní funkce. Za takové vypjaté situace si jedinec vybaví zpravidla pouze to, co má hluboce vštípeno do paměti častým opakováním (Nešpor, Scheansová, 2010).

Způsoby vyrovnání se stresem

Při působení nové zátěže se člověk zprvu chová náhodným způsobem. Později pozná, že při určitém způsobu chování je subjektivně negativní dopad zátěžové situace menší. Tak se člověk naučí zvládat určité typy zátěží tím, že si osvojí techniky chování pro určité situace a ty uplatňuje (Hošek, 1999). Podle Praška a Praškové (2013) je mnoho cest, jak zlepšit svou kvalitu života a vypořádat se stresem. Jednou z nich je asertivita, což považují za umění

prosadit se a zároveň respektovat potřeby druhých. Asertivita nás zároveň učí jak např. říkat ano či ne v souladu s tím, co doopravdy chceme; požádat o to, co potřebujeme; spolupracovat s druhými k oboustranné spokojenosti; přijmout kritiku bez vzdoru či sebeodsuzování a v neposlední řadě jak snášet bez stresu i komplikované mezilidské situace.

Urbanovská (2012) označuje způsoby, jimiž se jedinec vědomě snaží vyrovnat se stresem jako strategie zvládnání stresu, respektive copingové strategie. Jde o vědomé a záměrné úsilí, jež zahrnuje všechny pokusy zdolat stres a zmírnit působení zátěže na organismus. Jedná se o proces vzájemné interakce člověka a stresové situace, kterou se člověk snaží vědomě řídit. Lazarus (1966, in Křivohlavý, 2001) vytipoval několik obecných pozitivních aspektů, které nám mohou být nápomocny v boji se stresem. Patří sem v první řadě dobrý zdravotní stav a dostatek sil. Dále pozitivní postoj daného člověka k možnostem úspěšného zvládnutí situace. Pomocí jsou i dobré znalosti a dovednosti zvládnání těžkostí a dovednosti sociálního chování. Rovněž je zahrnut důraz na kladný vliv sociální opory a materiální situaci daného člověka.

Nešpor (1998) vyjmenovává některé metody a podmínky, které zvyšují odolnost vůči stresu:

- umět zvládat negativní emoce jako hněv, strach nebo úzkost (osvědčuje se tělesné cvičení, některé psychoterapeutické postupy apod.),
- relaxační techniky,
- znalosti týkající se zdraví a jeho ochrany a informovanost o tom, kde hledat pomoc,
- pružnost a přizpůsobivost (schopnost podívat se na problém z jiné stránky),
- dobré sebeuvědomění na tělesné i duševní úrovni,
- vytvořit si kvalitní mezilidské vztahy,
- mít na sebe realistické nároky a dávat si dosažitelné cíle,
- umět včas vyhledat odbornou pomoc (včetně pomoci psychologické či psychiatrické)
- vhodná výživa.

Blahušová (2009) uvádí, že protikladem stresové odpovědi je relaxační odpověď, která namísto zvýšení tepové frekvence a krevního tlaku působí na svaly uvolněním, zpomaluje dýchání a snižuje celkové napětí. Relaxační odpověď má tedy regenerační účinek na tělo, normalizuje emocionální, fyzické i mentální procesy a přivádí tělo opět do homeostázy. Nejúčinnějším prostředkem vyrovnávání se stresem jsou lidé, tedy sociální opora. Chronický stres se často projevuje u těch jedinců, kteří neumějí efektivně hospodařit se svým časem. Dalším rizikovým faktorem je neprojevovat navenek své emoce nebo vynechat ze svého denního režimu fyzickou aktivitu, kterou řadíme k tzv. „aktivním technikám“. Tyto techniky

jsou odvozené od útočného řešení zátěžové situace a jsou v nich obsaženy momenty agrese a zvýšené aktivity. Z hlediska psychohygieny je ventilování agrese pro své katartické účinky považováno za žádoucí. Jednou z možností je tzv. sublimace agresivity ve sportu, kde je symbolizovaná a pravidly regulovaná agrese společensky schvalována (Hošek, 1999). K obdobným způsobům vyrovnávání se stresem řadíme tudíž i pravidelný běh. Ten však má jistý vliv na i rozvíjení interpersonálních vztahů, o čemž pojednává následující kapitola.

3.6 Mezilidské vztahy

„Každý závislý má na zadku otisk boty svého bližního.“

(Jaroslav Skála)

Podle Blahušové (2009) napomáhá umění vybudovat a udržet pozitivní vztahy mentálnímu i fyzickému zdraví. Na základě rozvíjení interpersonálních vztahů uspokojuje člověk svoje sociální potřeby. Působení negativních vztahů se zpravidla projevuje v duševní nevyrovnanosti jedince, což se zpětně odráží také v negativním vidění druhých lidí a odmítavém postoji k nim. Neshody a neurované vztahy představují pro zúčastněné osoby významný stresující faktor (Urbanovská, 2012). Jak jsme uvedli v kapitole o stresu, tak v takové situaci může být právě běh oním pomyslným ventilem, který upustí rostoucí napětí a z toho plynoucí agresi (Hošek, 1999). To potvrzují i Procházka, Šmahaj, Kolařík & Lečbych (2014), když vyzdvihují efektivní využívání volného času (např. pohybová aktivita), které podle nich přispívá k tělesnému i duševnímu zdraví a navíc podporuje mezilidské vztahy.

Urbanovská (2012) vymezuje základní pravidla, jak v rámci mezilidských vztahů neohrožovat své duševní zdraví:

- *utvořit si správný obraz druhých lidí: objektivní vnímání a posuzování druhých lidí, které zejména při stresu máme tendenci hodnotit jako horší nežli jsou a podezírat ze zlých úmyslů,*
- *rozvíjet a posilovat přátelské vztahy na základě důvěry a upřímnosti,*
- *chovat se asertivně,*

- *předcházet konfliktům zejména v prostředí nezdravé atmosféry*: v případě již vzniklého konfliktu je potřeba jej co nejdříve vyřešit a nenechat přerůst do chronické podoby.

Dle Vítkové a Vítka (1973) je třeba si uvědomit, že jednání s lidmi vyžaduje značnou dávku znalosti psychologie a taktu, který není každému vrozen. Rozpoznat povahu druhého člověka není snadné, avšak je v moci každého z nás, abychom pracovali na své povaze. Vyžaduje to dávku sebekritičnosti, vůle a sebeovládání. Tímto způsobem můžeme pak my sami do jisté míry ovlivnit vztahy ostatních jedinců k naší osobě. Blahušová (2009) považuje ve vztahu za nejdůležitější komunikaci. Můžeme považovat za ironii moderního života, že vytvářením technologií pro globální komunikaci (internet, smart phony apod.) se vzájemná komunikace na osobní úrovni stává čím dál obtížnější. Neúčinná komunikace může pak dokonce vytvářet problémy v mnoha oblastech života jako např. problémy v rodině, osamělost, stres, neúspěch v zaměstnání či dokonce nemoc.

Urbanovská (2012) zdůrazňuje význam sociální opory pro zachování duševního zdraví. Podle ní je nezbytné chránit si své přátelské kontakty, rozvíjet a posilovat své vztahy. Neméně důležité je vnímat tyto vztahy reálně, jaké doopravdy jsou a nemít nepřiměřená očekávání. Je třeba nepodezírat své blízké, naslouchat jim se zájmem a udělat si na ně čas.

Jedna z možností, kdy si vymezíme čas pro budování svých vztahů, může být společný běh. Ten má dle Kratochvíla (2012) spoustu výhod. Stále narůstající počet společně běžících partnerských či manželských párů má za následek nejen vylepšení fyzické kondice a upevnění zdraví, ale i utužení rodinných vztahů. Také Kalina (2008) dodává, že volnočasové aktivity (v jejichž rámci mohou klienti terapeutických komunit např. běhat) nejsou časem pro izolování od společnosti, ale především dobou pro neformální interakce v rozličných situacích. Při kolektivním běhu se rovněž dají probírat nejrůznější témata, nahlas uvažovat, diskutovat nebo se třeba i hádat. Fyzická zátěž člověka zbaví přebytku adrenalinu, a proto třeba i hádka, která by za jiných okolností mohla být agresivní či destruktivní, se může odehrát v přátelském a klidném duchu. To přirozeně zvyšuje spokojenost člověka.

3.7 Sebepojetí

Nakonečný (1998) uvažuje o sebepojetí jako o představách či smýšlení, které si jedinec vytváří o sobě samém a zároveň pocitech, které s tím souvisejí. Blatný a Plháková (2003) definují sebepojetí jako souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová. Současně s tím uvádějí, že lze sebepojetí charakterizovat třemi aspekty. Jedná se o aspekt kognitivní, který se týká obsahu sebepojetí a jeho organizace (struktury); afektivní, týkající se emocionálního vztahu k sobě (sebehodnocení); a konativní, který vyjadřuje skutečnost, že sebepojetí má motivační funkce a uplatňuje se v seberegulaci chování. Podle Rosenberga (1965, 1989) je sebepojetí pocit jedince, že je dostatečně dobrý a považuje ho za důležitou determinantu psychologicky vnímané osobní pohody. Blatný a Osecká (1994) udávají, že pro zjišťování úrovně sebehodnocení byla vytvořena řada metod a k těm nejpoužívanějším, zejména v USA, patří právě Rosenbergova škála sebehodnocení, která měří celkovou úroveň globálního vztahu k sobě. Cakirpaloglu (2012) k tomu dodává, že pojmy jako „sebepojetí“ „self“, „sebehodnocení“ či „sebeúcta“ se vyskytují především v humanistickém a existenciálním pojetí osobnosti. Jádro každé osobnosti tvoří sebevědomí a intencionalita určující zralost, duševní zdraví a pocit pohody a spokojenosti každého dospělého člověka. Taková osobnost je etická, sebeurčující a zároveň je schopna shrnout dílčí psychické vlastnosti, obsahy, procesy a tendence v jedinečný a funkční systém.

Podle Kohoutka (2001) dochází v dosavadní psychologické literatuře k záměně pojmů „sebepojetí“ a „sebepoznání“ (kterému jsme věnovali jednu z předešlých kapitol) nebo jsou dokonce používány promiscue. Lze ovšem říci, že sebepoznání je kognitivní složkou sebepojetí, tedy představou o svém těle, vlastnostech, schopnostech, plánech apod. Jde tedy o jakýsi kognitivní aspekt postoje člověka k sobě. Utváření sebepojetí je závislé na adekvátnosti sebepoznání a konstituované sebepojetí zpětně působí na sebepoznání. Příliš rigidní sebepojetí přitom adekvátnímu sebepoznání brání. Terapeutické komunity naopak právě poskytují zázemí a prostor pro dynamický a hladký průběh tohoto procesu (Kalina, 2008).

Míček (1984) referuje o výzkumu Jahodové z roku 1958, která upozornila na řadu charakteristik pozitivního duševního zdraví. Patří sem např. přiměřená percepce reality, dobrá míra autonomie, integrita osobnosti a její zaměření k určitému cíli, který dává životu smysl aj. Jednou z podmínek, které duševní zdraví vyžaduje, je podle ní i kladný postoj člověka k sobě

samému. Jedním z kritérií příznivého postoje ke své vlastní osobě je v dnešní době také fyzický vzhled, kterému se věnujeme v následující podkapitole.

Vzhled

Dle Říčana (1982) slouží člověku pojem a obraz, který o sobě má jako jakási sociálně psychologická mapa osobního světa. Zobrazuje se v ní naše vlastní společenské postavení, naše role, příslušnost k různým skupinám, ale také obraz vlastního těla. Není myšlena pouze anatomie těla, ale rovněž jeho síla, odolnost, zdravotní stav a vzhled. A to tak, jak se promítají do našich možností, plánů, obav a nadějí.

Fialová (2010) tvrdí, že sebepojetí můžeme vidět také ve smyslu odpovědi na otázku „kdo jsem jako člověk?“. Každý jedinec je podle ní utvářen komplexem fyzického, psychického a duchovního. Fyzická stránka se týká právě našeho zdraví, tělesné zdatností, mobility, aktivity a vzhledu. Naše tělo tedy bývá důležitou součástí našeho celkového obrazu o sobě. Vzhled bývá v tomto ohledu často spojován s vnímáním a hodnocením vlastní atraktivity a určitou péčí. Výrost a Slaměník (1997) rozdělují atraktivitu do dvou podob: atraktivitu fyzickou (vzhled) a atraktivitu osobnostní (osobnostní rysy, vlastnosti, postoje, zájmy nebo socioekonomický status). Fialová (2006) k tomu dodává, že právě tělesná atraktivita je významnou částí sebevědomí, a proto je důležité, aby člověk přijal sám sebe a považoval se také za akceptovatelného pro druhé. Vztah k tělu a také chování zaměřené na tělo jsou ovlivněny např. společenskou vrstvou, pohlavím, věkem, životním stylem apod. Tělo a jeho vzhled bývá v této souvislosti označováno za zrcadlo společnosti a kulturní produkt, ve kterém se mění sociální vztahy, společenské i pracovní postavení, ale i pohlavní rozdíly.

Rozpor mezi ideálem vzhledu a pocíťovanou skutečností může vést k nespokojenosti. A to nejen se svým tělem, nýbrž se sebou samým celkově. Nespokojenost pak někdy může vést až k užívání návykových látek. O jejím opaku, tedy o spokojenosti, kterou v životě jedinec prožívá, pojednává následující kapitola.

3.8 Spokojenost

„Štěstí tvého života závisí na druhu tvých myšlenek“

(Marcus Aurelius)

Hamplová (2006) uvádí, že ačkoliv pojmy jako „životní spokojenost“, „kvalita života“ či „štěstí“ patří mezi hojně využívané, jsou vymezeny pouze velmi vágně. Rodná a Rodný (2001) dodávají, že často jsou zaměňovány „životní spokojenost“, „subjektivní dobré zdraví“ a „kvalita života“ neboli „well-being“. Jednota však panuje v názoru, že kognitivní (bilanční) a afektivní komponenty všech oblastí života (např. zdraví, sociální vztahy aj.) mohou přispívat k životní spokojenosti. Hamplová (2004) k tomu poznamenává, že většina přístupů evaluujících životní spokojenost se také vzájemně shoduje ve zdůrazňování subjektivity hodnocení.

Šolcová a Kebza (2004) považují well-being za dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem. Vyznačuje se konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase. Křivohlavý (2013) rozumí tímto termínem v užším slova smyslu „blaho“ či také „pocit blaha“. V antické filozofii a psychologii se rovněž dnešnímu pojetí osobní pohody podobá nejvíce právě pojem blaženost (eudaimonia). Např. u Aristotela tato blaženost reprezentuje pro člověka nejvyšší dobro, jenž je uskutečnitelné lidským jednáním. Blaženost je tudíž více než štěstí (eutuchia), které může být někdy pouze náhodné. Eudaimonia obsahuje v Aristotelově pojetí též úsilí o mravní dokonalost. Jde tedy o každodenní uskutečňování a naplňování ctnosti (Šolcová, Kebza, 2004).

Hnilica (2004) uvádí definici celkové spokojenosti se životem jako lineární a aditivní funkce spokojenosti v jednotlivých oblastech, k nimž patří zdraví, rodina, přátelé, práce a další. K faktorům, které přispívají k životní spokojenosti, řadí Hamplová (2004) právě rodinu a práci, za méně významný činitel pak považuje vzdělání.

Kebza a Šolcová (2004) uznávají za významnou dimenzi komplexu well-beingu tělesnou zdatnost. Tvrdí, že především pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý příznivý účinek na psychickou pohodu. Zejména příznivě ovlivňuje náladu, sebeúctu, úzkost a depresi, tenzi a percepce stresu. Křivohlavý (2013) to potvrzuje, když referuje o pozitivním vlivu i relativně

volné chůze (procházka klidným tempem) na životní spokojenost. Dle něj působení jediného aerobního cvičení má pak za následek snížení depresivity a úzkosti, a to již během několika týdnů.

Dle Hamplové (2004) zůstávají mírně kontroverzní otázkou metody určeny pro zjišťování životní spokojenosti. Bývají vznášeny námitky týkající se rizika, že tyto metody odrážejí spíše momentální psychické rozpoložení než celkovou životní spokojenost. K tomu však Hamplová (2004) uvádí relativní stabilitu a dlouhodobost hodnocení životní spokojenosti. Současně však zdůrazňuje používání více otázek a škál, než použití jednoduché otázky mířící k pocitu spokojenosti. To respektuje námi vybraný a ve výzkumné části primárně užívaný „Dotazník životní spokojenosti“ (DŽS) autorů Fahrenberga, Myrteka, Schumachera a Brählera, který se skládá z deseti škál, z nichž každá je sycena sedmi položkami (Rodná, Rodný, 2001). Bližší informace k DŽS poskytneme v samostatné kapitole výzkumné části této práce. V této kapitole jsme chtěli poukázat na různorodost pojmů, které se zabývají životní spokojeností, respektive kvalitou života. Nyní můžeme konstatovat, že pojmy a definice jednotlivých konceptů se prolínají, což však neznamená, že spokojenost v rámci života jedince nelze zkoumat.

4. Komunitní léčba

„Přátelství zrozené v bolesti přetrvá navždy.“

(Ken Chlouber)

Terapeutická komunita (TK) je „strukturované prostředí“, ve kterém klient žije a absolvuje program léčení či rehabilitace. TK nabízí bezpečné a podnětné klima pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Léčebný potenciál TK lze spatřit ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé (Kalina et al., 2001). Popov (2001) považuje za hlavní aspekt léčby v TK přebírání stále větší zodpovědnosti za sebe a za chod komunity.

Kratochvíl (1979) rozlišuje dvě základní pojetí terapeutické komunity. Širší pojetí TK jako formy organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i pacienti. Kalina (2008) dodává, že významnou složkou této formy organizace jsou schůzky personálu s pacienty, při nichž dochází k výměně informací a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích, a schůzky personálu, ve kterých se usiluje o pochopení interpersonálních procesů a objasnění reakcí členů léčebného týmu vůči pacientům i vůči sobě navzájem.

V užším pojetí TK dle Kratochvíla (1979) jde o psychoterapeutickou metodu, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů chování a prožívání. Společné soužití pacientů v každodenním bezprostředním styku, kdy jsou zajištěny různorodé činnosti a možnost diferencování rolí, poskytují vzájemné interakce a konflikty určitý materiál, na němž se pacienti učí poznávat svůj podíl ve vytváření, udržování a opakování svých životních problémů. Současně si mohou osvojovat nové, diferencovanější a flexibilnější formy chování (Kalina, 2008). Zasluky o rozvoj koncepce terapeutické komunity přisuzuje Kratochvíl (2012) anglickému psychiatrovi Maxwellu Jonesovi, ten popsal a realizoval principy, podle nichž mohli pracovat další následovníci. Jedním z těch, kteří se inspirovali Jonesovým komunitním systémem, byl i

zakladatel první české psychoterapeutické komunity Knobloch, který zřídil komunitu na statku v Lobči (Knobloch, Knoblochová, 1999).

Kalina (2013) uvádí, že pojem „terapeutická komunita“ zahrnuje široké spektrum různých léčebných projektů a institucí. Každá z nich je svým způsobem originální a přizpůsobená specifickým potřebám svých členů. Dále rozlišuje dvě hlavní linie TK. Tou první jsou tzv. „demokratické TK“ pro klientelu s poruchami duševního zdraví a osobnostního rozvoje. Druhým typem komunit, jsou tzv. „hierarchické TK“ pro drogově závislé. Každá z těchto linií má svou kulturu, tradici, svůj vlastní slovník s různými formulacemi a důrazy na jednotlivé principy TK. Vývoj i současnost obou linií TK se liší v USA a v Evropě. Pro zajímavost uvádíme, že dle Kooymana, De Leona a Nevšimala (2004) jsou všechny terapeutické komunity pro drogově závislé ve Spojených státech nějakým způsobem následovány jedné organizace - Synanonu. Ta má velmi těsnou vazbu na svépomocná setkávání „Anonymních alkoholiků“, jejichž členem byl i zakladatel komunity Synanon.

Mezi základní principy terapeutické komunity jako formy organizace řadí Kratochvíl (1979) tyto:

- aktivní podíl pacientů na léčení,
- vytvoření oboustranné komunikace bez ohledu na hierarchii rolí,
- zvýšení rovnoprávnosti v rozhodování,
- kolektivnost (podporování kontaktů, vztahů a interakce mezi všemi členy; záležitosti komunity jsou všem společné),
- sociální učení.

Kalina (2013) uvádí některé principy „hierarchických TK“ pro závislé klienty:

- *komunita nabízí náhradní rodinu* (mnozí klienti svou rodinu ztratili nebo z ní byli vyloučeni následkem užívání drog),
- *konfrontace a frustrace jsou neoddělitelnou součástí sociální rehabilitace* (používá se také pojem „tvrdá láska – tough love“),
- *system odměňování je základem změny* (společenství má stupňovitou hierarchii a s postupem vzhůru plní klienti náročnější a zodpovědnější funkce),
- *svépomoc je významnější než profesionální pomoc.*

Být místem změny je smysl TK a prostředí je tedy navrženo tak, aby síť vztahů, vzorce interakce, pravidla, role a hodnoty v komunitě navodily pozitivní změny u klientů. TK tedy

„navrací problém tam, odkud vyšel“, tj. do sítě interpersonálních vztahů. Potíže, které vznikly a byly udržovány v dřívějších interpersonálních kontextech, se mohou měnit „ted' a tady“ (v přítomnosti) a v tomto terapeuticky působícím interpersonálním kontextu (Kalina, 2008).

Důležitým prvkem TK je dle Kratochvíla (1979) atmosféra komunity, která se vytváří pod vlivem teoretické koncepce, pod vlivem osobností členů týmu a samozřejmě i vlivem složení klientů či pacientů. S atmosférou TK souvisí také budova a její interiér. Zároveň k ní přispívají typické zvyky, tradice a rituály, které si každá TK sama buduje a udržuje. Tyto rituály mají v sobě často silný emocionální náboj, který odpovídá potřebě citových zážitků a sentimentalitě. Se svou symbolikou pak zůstávají dlouho v paměti.

Velmi důležitým úkolem všech TK je zajištění bezpečného prostředí pro klienty. Za tímto účelem formulují TK tzv. „kardinální pravidla“, jejichž porušení může mít za následek předčasné ukončení léčby z disciplinárních důvodů. Tyto „kardinální pravidla“ zakazují: držení a užití návykových látek v prostředí TK, fyzické násilí (či jiné typy ohrožujících aktivit), trvalý despekt vůči společenství a jeho členům a erotické či sexuální vztahy mezi členy komunity. TK pro drogově závislé jsou v dodržování těchto pravidel nekompromisní a k bezprostřední sankci – opuštění komunity, obvykle přistupují bez váhání (Kalina, 2013).

Kalina (2008) uvádí, že léčba v TK pro drogově závislé je standardně uspořádána do tří hlavních etap, jimiž klient postupně prochází. Tyto etapy (fáze) obsahují plánovaná sled úkolů a nároků na vzrůstající odpovědnost klienta v souvislosti s naplňováním léčebných cílů. Význam fází léčby lze spatřovat v následujícím:

1. Fáze: nabízí sociální učení a nácvik nového chování v přiměřených a zvládnutelných dávkách. Dlouhodobé cíle změny jsou zarámovány do kratších časových úseků, v nichž jim klient může rozumět a usilovat o ně.
2. Fáze: stanoví konkrétní kritéria dosahování cílů v pojmech očekávaného chování a postojů. Dosažení cílů určité fáze lze považovat za znak pokroku klienta v léčbě, protože se hodnotí veřejně v komunitě a je obvykle spojeno s rituálem.
3. Fáze: klient postupně přechází do života mimo TK a ověřuje si zde svou osobní a sociální zralost. Provádí také bilanci dosaženého pokroku, svých možností a limitů (Kalina, 2008).

Nešpor (2011) vymezuje klientelu dlouhodobých léčebných pobytů v TK pro následující skupiny lidí:

- ti, u nichž závislost dosáhla určitého stupně závažnosti,
- ti, kdo jsou tělesně a zejména duševně schopní takový pobyt zvládnout (to většinou nebývají lidé s nejtěžšími formami závislosti ani ti, kteří trpí duální diagnózou),
- ti, kteří nemají dostatečné zázemí a kvalitní přátele (kratší léčba by byla spojena s neúměrně vysokým rizikem recidivy),
- ti, kteří jsou ochotni takovou léčbu přijmout a dostatečně dlouho v ní setrvat.

Téma komunitní léčby je skutečně rozsáhlé, považujeme však předložený přehled alespoň za základní shrnutí významných aspektů této terapeutické metody, která je celosvětově využívána při léčbě závislostí. V následující kapitole se soustředíme již konkrétně na terapeutické komunity pro léčbu závislosti v České republice.

4.1 Terapeutické komunity pro léčbu závislosti v České republice

Dle Kaliny (2013) prošly terapeutické komunity pro drogově závislé v České republice specifickým vývojem. Představují svébytnou syntézu domácí tradice a poučení ze zahraničí, nikoliv modifikovaný „hierarchický model“ TK, jak je tomu v jiných evropských zemích. Osobitá situace Československa s podřízeností sovětské ideologii a vysokou mírou uzavřenosti vůči západním myšlenkovým proudům podnítila tento speciální vývoj (Kalina, 2008).

Specializovaná péče má v ČR relativně dlouhou tradici (Skála, 2003). První specializované zařízení pro léčbu alkoholových závislostí bylo založeno v roce 1948 v Praze U Apolináře. Tato instituce se postupně vyvinula (v závislosti na potřebách pacientů i s ohledem na zahraniční zkušenosti) v modelové zdravotnické zařízení střednědobé ústavní péče typu terapeutické komunity. Stalo se tak matricí pro více než desítku dalších obdobných zařízení (Bém, 2003).

Kalina (2008) rovněž uvádí, že Skálův model léčby závislých na alkoholu přejala řada psychiatrických nemocnic, nicméně mladší lidé s nevyzrálou osobností, kteří byli závislí na nelegálních drogách, v něm obvykle neobstáli. Jelikož však závislí na nealkoholových drogách u nás v době komunismu zaujímal pouze velmi malou část pacientů, tak se TK pro

tuto cílovou skupinu začaly budovat až po změně režimu, s níž současně došlo k masivnímu rozvoji konzumace tvrdých ilegálních drog (Kooyman, De Leon, Nevšimal, 2004). Novou službu této narůstající klientele nabídlo koncem roku 1990 sdružení SANANIM a o rok později vznikla první TK pro drogově závislé v Němčicích (Kalina, 2008). Další TK brzy následovaly a v současnosti v České republice existuje patnáct TK pro drogově závislé. Až na dvě výjimky (k nimž patří i TK v PN Marianny Oranžské v Bílé Vodě) jde o zařízení provozovaná nestátními neziskovými organizacemi (občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti) a čerpající finanční prostředky ze státních a krajských dotací (Kalina, 2013).

Nešpor (2011) dělí terapeutické komunity pro závislé na následující typy:

- terapeutické komunity v zařízeních poskytující střednědobou léčbu (od několika týdnů do cca 4 měsíců),
- modifikované TK fungující ve specifických podmínkách (např. ve vězení) nebo pracující se specifickými pacienty (např. s duální diagnózou),
- klasické TK pracující podle amerických vzorů, kde trvá léčba jeden rok i déle a dělí se klasicky na úvodní stadium (do 60 dní), stadium primární léčby (2-12 měsíců) a stadium návratu do společnosti (13-24 měsíců včetně ambulantního doléčování).

Kalina (2008) uvádí, že se v posledních letech některé domácí TK (podobně jako v zahraničí) zaměřují na určitý typ klientů se specifickými potřebami, jako jsou např. matky s malými dětmi, klienti nízkého věku, dlouhodobí uživatelé drog s kriminální anamnézou, případně klienti s duálními diagnózami. Přestože se jedná o specifickou a často senzitivní klientelu, komunitní systém se stále zaměřuje na posilování vhodných způsobů chování a eliminaci excesů. Základní principy stojí na vymezení pravidel a klienti jsou rovněž vedeni ke kultivaci projevu (Mahrová, Venglářová, et al., 2008).

V této kapitole jsme představili vznik a vývoj TK v naší zemi. Vlivem vývoje politické situace v tomto státě jsou TK u nás považovány za „smíšený český model“, který si však našel svůj vlastní přístup k léčbě závislostí. Jelikož náš výzkum probíhal s pacienty, respektive klienty TK v Psychiatrické nemocnici Marianny Oranžské, tak se v následujících kapitolách zaměříme na popis těchto konkrétních komunit.

4.2 TK Fides

„Vita in manu vestra est – život je ve tvých rukou.“

(motto TK Fides)

Jak uvádí Kooyman, De Leon a Nevšimal (2004) v druhé polovině devadesátých let vznikaly u nás standardní programy pro léčbu toxikomanů. Patří k nim i TK Fides, umístěná v Bílé Vodě na Javornicku ve Slezsku. Jde o komunitu zřízenou a částečně provázanou s Psychiatrickou nemocnicí Marianny Oranžské, která je státním zdravotnickým zařízením. TK Fides je začleněna do jejího systému a spolupracuje tak s detoxifikačním oddělením, příjmovými pracovišti, gerontopsychiatrickým oddělením, oddělením smíšených závislostí Fénix, oddělením pro léčbu alkoholové závislosti Harmonie a využívá zdravotnických a zdravotně sociálních služeb či služeb ekonomického a personálního oddělení, případně managementu PN (Mahrová, 2010). Psychiatrická nemocnice disponuje 150 lůžky a je vyhledávána především klienty trpícími závislostí na alkoholu a jiných psychoaktivních látkách, pro které je k dispozici několik léčebných programů (Terapeutická komunita Fides – Bílá Voda, 22. ledna, 2015).

Oddělení pro léčbu drogových závislostí s komunitními prvky Fides bylo založeno v roce 1996. Přijímání byli klienti od 15 let věku, kteří procházeli detoxikací, pobytem na psychoterapeutickém oddělení psychiatrické nemocnice a následně Fidesem. Rok 2000 přinesl změny v podobě obměny terapeutického týmu a rovněž klienti začali přicházet do Fidesu ihned po detoxifikaci, tedy bez mezičlánku v podobě psychoterapeutického oddělení léčebny. Od tohoto roku se terapeutická tým stabilizoval a program TK Fides zůstává bez podstatných změn. TK Fides je hlavním léčebným programem pro drogově závislé v PN Marianny Oranžské. Posláním této terapeutické komunity je uplatnění bio-psycho-sociálně-spirituálního přístupu v adiktologické péči (Mahrová, 2010).

TK Fides v dnešní době představuje chráněné prostředí bez drog a nabízí závislým klientům 18 lůžek. Vytváří program, který vede klienty ke změnám postojů ke droze. Základem léčby je komunitní a skupinová psychoterapie, socioterapie a pracovní terapie. Základní snaha se orientuje na maximální přiblížení reality všedního života a schopnost přijímat zodpovědnost.

Vstup do komunity je dobrovolný pro klienty závislé na nealkoholových drogách (Fides, 2015). Za cílovou populaci, která může využít služby TK Fides, jsou považovány osoby v pokročilém stupni závislosti s komorbiditou v psychiatrické a somatické oblasti. Přijímání jsou uživatelé starší 15 let žijící ve spádové oblasti PN Marianny Oranžské, celorepublikově pak osoby starší 18 let. Služba je přístupná uživatelům všech návykových látek, bez ohledu na způsob aplikace a historii užívání. Rozhodující jsou diagnostická kritéria určená MKN-10 (PL Bílá Voda, 2008).

TK Fides má svůj vlastní objekt, který se nachází asi 1,5 km od areálu psychiatrické nemocnice. Může tak využívat výhody své geografické polohy, která nabízí určitou oddělenost a autonomii. Především k ergoterapii jsou využívány přilehlé hospodářské budovy a zahrada. Klienti mají možnost pracovat v dílně, starat se o zvířata, pěstovat ovoce a zeleninu. Dům TK Fides je dvoupatrový a disponuje dvoulůžkovými pokoji (Mahrová, 2010).

Fides nabízí vzájemné soužití v úzkem kruhu lidí a komunitní terapii založenou na principech malé skupiny. Léčba se dělí na tzv. dlouhodobou (11 měsíců) a střednědobou (6 měsíců). Do programu je zařazena skupinová, individuální a vztahová terapie, dále pak pracovní terapie. Svůj význam mají volnočasové aktivity, sport (běh, kola, běžky, horolezectví aj.), výlety a především zátěžové akce v prostředí Rychlebských hor, Jeseníků nebo v zahraničí. Ukončení léčby je po uplynutí doby provedeno závěrečným rituálem. Klienti jsou dlouhodobě motivováni k pokračování v následné péči. Před uplynutím doby pobytu může být léčba rovněž ukončena dle rozhodnutí klienta. Při porušení principů léčby, tedy tzv. kardinálních pravidel, je klient z komunity vyloučen (Terapeutická komunita Fides – Bílá Voda, 22. ledna, 2015).

V PN Marianny Oranžské se nachází celkově pět oddělení a všechna jsou koedukovaná. V rámci našeho výzkumu jsme spolupracovali ještě s oddělením pro závislé na alkoholu (TK Harmonie) a s oddělením pro léčbu smíšených závislostí (TK Fénix), o němž pojednává následující kapitola.

4.3 TK Fénix

„Unus quisque sua noverit ere via - jeden každý at' zná vlastní cestou svou jít“

(motto TK Fénix)

Mnohá pravidla, přístupy a zásady terapeutických komunit v PN Marianny Oranžské se opakují. V této kapitole prezentujeme některé rozdíly mezi TK Fides a TK Fénix.

Hlavním rozdílem, jímž se TK Fénix odlišuje od TK Fides, je ten, že komunita Fénix je určena nejen klientům s drogovou závislostí, ale také těm, kteří se chtějí léčit z alkoholové závislosti, případně z patologického hráčství. Mnohým klientům je tak diagnostikována duální diagnóza (Terapeutická komunita Fénix – Bílá Voda, 1. února, 2015).

Proces léčby v TK Fénix je orientován na pět základních oblastí:

- hledání motivace (s tím související přijímání pravidel a učení se chápat smysl terapie),
- maximální otevření komunikace se sebou a s druhými, sdílení svých prožitků, pocitů a myšlenek „tady a teď“,
- přijetí zásady: o všem je možné hovořit, ne vše je možné dělat,
- přijetí sebe samého, dosahování vlastní spokojenosti (s čímž souvisí dosažení pocitu svobody a učení se přijímat osobní výhry a prohry),
- hledání nového vlastního místa ve společnosti (s tím souvisí bydlení, práce, studium, volný čas, přátelé, odpočinek, partnerské vztahy aj.) (TK Fénix, 2015).

Filozofií TK Fénix je zplnomocnění klientů k aktivní účasti v léčbě jak své, tak i ostatních členů komunity. Sdílení pocitů a zkušeností „tady a teď“ i vzájemnou podporou si klienti mohou pomoci. Každý klient na sebe tedy bere aktivní roli nejen ve svém uzdravování, ale i v uzdravování těch ostatních. Pobyt na komunitě probíhá za dodržování principů léčby – naprostá abstinence, otevřenost a upřímnost („o čem nemluvíš, to tě pak dostane“). Cílem léčby v TK Fénix je abstinence, získání náhledu na vlastní životní situaci a přijetí sama sebe a okolí (Terapeutická komunita Fénix – Bílá Voda, 1. února, 2015).

4.4 TK Harmonie

V této kapitole opět vyzdvihujeme především rozdílné pojetí léčby v porovnání s předešlými komunitami Fides a Fénix. Terapeutická komunita Harmonie se zabývá léčbou alkoholové, lékové a smíšené závislosti. Základní doba pobytu v TK Harmonie je patnáct terapeutických týdnů. Léčba je rozdělena do tří etap:

- 3. etapa (3 týdny bez volných vycházek a výjezdů mimo nemocnici),
- 2. etapa (5 týdnů s volnými vycházkami a výjezdem mimo nemocnici),
- 1. etapa (7 týdnů s volnými vycházkami a výjezdy mimo nemocnici) (Terapeutická komunita Harmonie, 25. ledna, 2015).

Součástí léčby v TK Harmonie je kromě komunitní, skupinové, pracovní a sportovní terapie také tzv. rodinná terapie, která trvá pět dní. Jde o nedílnou součást léčby a je zaměřena na spoluúčast v léčbě a abstinenci příbuzného závislého klienta. Příbuzný je po celou dobu účasten celému programu (TK Harmonie, 2015). Principem komunitní léčby v této komunitě je setkávání všech jejích členů nejen na programu, ale i na společných snídaních, obědech a večerech. Specifikem pak je, že si klienti TK Harmonie nevaří sami (na rozdíl od autonomní TK Fides a TK Fénix), ale jídlo je jim dodáváno z nemocniční jídelny (TK Harmonie, 2015).

V této kapitole jsme se blíže zabývali třemi terapeutickými komunitami Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské, jejichž klienti se účastnili našeho výzkumného projektu. Jednalo se o komunity, které se specializují na léčbu drogové, alkoholové a smíšené závislosti. V následující kapitole se zaměříme na relevantní výzkumy, které byly v oblasti léčby, respektive oblasti životní spokojenosti v kombinaci se sportovní aktivitou provedeny.

5. Dosavadní výzkumy

V této poslední kapitole teoretické části se zaměříme na relevantní výzkumy, které se z našeho pohledu zabývají významem pohybové aktivity pro životní spokojenost, případně účinkem sportovní aktivity v léčbě psychických nemocí či konkrétně závislosti. Jedná se o vědecké výzkumy z českého i mezinárodního prostředí, které zjistily nejen to, životní spokojenost je ovlivňována a determinována mnoha různými faktory (k nimž patří např. i pohybová aktivita), ale popisují také pozitivní vliv pravidelného pohybu na osobnost pacienta. Skála (1997) to potvrzuje a dodává, že ten kdo běhá, urazí nejenom nějaký ten kilometr, ale lépe poznává i své tělo. Prožívá si své tělesné pocity, uvažuje – reflektuje – své tělo ve své psychice, prožívá řadu pocitů a sám sebe tak obohacuje.

Jak uvádí Csémy et al. (2005) v mezinárodní studii pod vedením Světové zdravotnické organizace (WHO), jíž se zúčastnila také Česká republika, tak chování a životní styl významně ovlivňuje zdraví. Víme, že zdraví je jeden ze zásadních korelátů životní spokojenosti. Protože chování a životní styl v dospělosti jsou výsledkem vývoje v dětství a dospívání, je důležité zaměřit se na vzorce chování již u dětí. Dle této studie jsou spokojenost a štěstí dětí ovlivňovány celou řadou faktorů, z nichž jsou pouze některé ovlivnitelné. K těm nejdůležitějším řadí autoři rodinu, ve které dítě vyrůstá a posléze školu, která má významnou úlohu v rozvoji sebepojetí a sebehodnocení.

Cílem výzkumníků bylo zjistit na reprezentativním vzorku českých dětí ve věku 11, 13 a 15 let jejich zdravotní stav a míru životní spokojenosti. Výsledky naznačily, že většina českých dětí je se svým životem spokojena. Zároveň se potvrdil statisticky významný vztah mezi zdravím a životní spokojeností a formální strukturou rodiny, vztahy v rodině, školní adaptaci, nároky kladenými na děti a sociální exkluzí. Byla rovněž potvrzena hypotéze, že děti vyrůstající v příznivých rodinných podmínkách jsou šťastnější a cítí se zdravější, než děti, které tyto podmínky pro svůj život nemají (Csémy et al., 2005).

Výzkum Mana (2014) se zaměřil přímo na vnímanou životní spokojenost u pravidelných běžců (n = 230) v komparaci s životní spokojeností u jedinců, kteří nechodí pravidelně běhat (n = 92). Respondenti vyplňovali standardizovaný DŽS a se šesti z nich bylo vedeno semistrukturované interview. Autor referuje o nalezeném signifikantním rozdílu ($p < 0,001$) u respondentů ve spokojenosti s vlastním psychickým a fyzickým zdravím. K důležitým

životním oblastem, které prošly největší pozitivní změnou poté, co respondenti začali pravidelně běhat, řadí Man (2014) „zdraví“ a „vztah k vlastní osobě“.

Možného vlivu pravidelného běhu na zdraví člověka si všimnul také tým nizozemských výzkumníků Kruisdijk, Hendriksen, Tak, Beekman a Hopman-Rock (2012), který se pokusil o léčbu deprese za pomoci „terapie během“. Výzkum probíhal na 140 dospělých pacientech ve věku 18 – 65 let, kterým byla dle Hamiltonovy škály deprese diagnostikována deprese. Mezi zásadní zjištění patří, že pohybová aktivita může být využívána jako samostatná nebo podporující (což se zdá jako ideální řešení) léčba pro pacienty trpící depresí. Možnosti využití běhu v léčbě psychických nemocí potvrzují také Nešpor a Csémy (2012), kteří tvrdí, že přiměřená tělesná aktivita mírní craving po psychoaktivních látkách a hazardu. Csémy et al. (2005), zjistil, že fyzické aktivitě se v České republice věnuje každý den nebo šestkrát týdně alespoň hodinu denně téměř třetina dětí. Aktuálnější výsledky přináší Lepík, Dolejš a Vacek (2010), kteří zkoumali soubor 2262 žáků základních a středních škol v Karlovarském kraji (což tvoří 10,33 % ze všech žáků v tomto kraji). Průměrný věk respondentů byl 14, 27 roků. Autoři považují v kontextu vývoje školní mládeže za pozitivní, že dle výsledků více než třetina probandů věnuje svůj volný čas sportovním a pohybovým aktivitám, a to každý den. Jednou týdně se pak věnuje sportu 36, 71 % dotázaných.

Portugalská studie autorů Fontes-Ribeiro, Marques, Pereira, Silva a Macedo (2011) se zaměřila na možnost prevence závislosti za pomoci vytrvalostního cvičení. Šetření bylo prováděno na krysách. Autoři vycházeli z faktu, že při abusu drog i při pohybové aktivitě je vyplavován dopamin, který zvyšuje duševně-tělesnou motivaci, emocionální a motorickou spontaneitu, stejně jako schopnost koncentrace a reakce. Dopamin rovněž snižuje úzkosti, má antidepressivní účinky a harmonizuje tělesné pohyby (Zehentbauer, 2012). Výsledky výzkumu poukazují na to, že za určitých podmínek, může dlouhodobá sportovní aktivita působit preventivně proti amfetaminové závislosti (Fontes-Ribeiro et al., 2011). Banitalebi, Faramarzi, Rahmani-Nia a Moghni (2010) zase vyzdvihují účinky pohybové aktivity po ukončení užívání drog. Studie referuje o značném zvýšení hmotnosti u osob, které již dva měsíce nejsou aktivně závislé na psychoaktivních látkách, a to z důvodu zrychleného metabolismu právě při aktivním užívání psychoaktivních látek. Iránští autoři uvádějí, že fyzická aktivita a aktivní cvičení může působit preventivně na nadměrné zvýšení hmotnosti u „ex-userů“.

Slovinský výzkum autorů Pori et al. (2013) se zabýval kvalitou života u populace aktivních sportovců, konkrétně běžců. Konkrétním cílem výzkumu bylo zkoumání vztahu mezi rekreačním sportováním a spokojeností v životě mezi účastníky Lublaňského maratonu. Šetření bylo prováděno elektronicky a zúčastnilo se ho 1324 účastníků, z čehož 50,3 % byly ženy a 49,7 % muži (průměrný věk 37, 8 let, SD = 10,9 let). K zjišťování spokojenosti byla využita (i námi použita) metoda SWLS (The satisfaction with life scale) v níž respondenti na pětistupňové škále odpovídají na pět tvrzení, vyjadřujíc kognitivně hodnotící aspekt osobní spokojenosti. V regresním modelu výzkumu vysvětlovala proměnná „kolikrát týdně chodíte běhat“ 4,7 % variance v životní spokojenosti a proměnná „počet uběhnutých kilometrů“ 3,3 % variance životní spokojenosti. Participantů přitom chodili běhat průměrně 3,4krát týdně (SD = 1,2) a uběhli průměrně 35,3 km (SD = 18,9 km). Z toho lze usuzovat, že se jedná o malý podíl vysvětlené variability v životní spokojenosti a je třeba uvažovat nad dalšími ovlivňujícími faktory. Přesto lze dle výsledků studie vyvozovat, že ti účastníci, kteří chodili v týdnu častěji běhat a naběhali více kilometrů, tak vykazovali vyšší spokojenost v životě. To může nepřímo potvrdit např. Janečková (2014), která zjistila, že zdraví škodlivé chování slabě negativně koreluje se sportovní aktivitou. Kostrubala a Schüler (2009) zase referují o studii Webera, který jako první v Německu podrobil pravidelný vytrvalostní běh výzkumu pro jeho „psychoterapeutické účinky“. Autor porovnával účinky běhu na studentech, ženách v domácnosti, pracujících ženách, pracujících mužích, seniorech, psychosomaticky nemocných a také závislých na alkoholu. U těchto skupin byly zjištěny konvergentní výsledky. Probandi se cítili méně depresivní, naopak více vitální, produktivní a celkově zdravější.

Zajímavý kvalitativní výzkum zabývající se kvalitou života provedl Řehulka s Řehulkovou (2005), kteří zkoumali kvalitu života v rozměru normality a patologie. Vycházejí z pojmu „health related quality of life“, který je, podle nich, v lékařské literatuře spojován s oblastmi fyzického, funkčního, psychologického a sociálního zdraví jedince. Je definován jako pacientův subjektivní názor na zdraví a psychické, tělesné i sociální funkce. Tento koncept má pak tři rozměry:

1. subjektivní pocit pohody – spokojenosti,
2. schopnost fungovat v každodenním životě, pečovat o sebe a zastávat sociální role,
3. zevní zdroje materiální povahy a sociální oporu.

Pro výzkumnou studii bylo osloveno 30 pacientů hospitalizovaných na interním oddělení. Šlo o muže ve věku 36 – 64 let (průměr 51,8). Kontrolní skupina „zdravých“ byla tvořena stejným

počtem mužů (s průměrným věkem 47,1), kteří byli zaměstnanci nemocnice. S každou zkoumanou osobou byl proveden individuální rozhovor trvající cca 20 minut. Bylo zjištěno, že zdravé zkoumané osoby budují svou kvalitu života na minulosti, nemocní jsou především zaměřeni na budoucnost. Nemocní byli ve srovnání se zdravými méně schopni sebereflexe a zároveň své pocity kolem kvality života nedokázali plně verbalizovat. Svou kvalitu života charakterizovali neurčitě, převládali u nich nespokojenost a pasivita. Byli rovněž málo sebekritičtí a projevovali malou sebedůvěru.

Studie Hřebíčkové, Blatného a Jelínka (2010) se zase zabývá vztahem osobnostních charakteristik pětifaktorového modelu osobnosti (neuroticismus, extraverte, otevřenost vůči zkušenosti, přívětivost, svědomitost) a osobní pohody. Výzkumný soubor tvořily 2 skupiny. V první skupině bylo 2317 vysokoškolských studentů (751 mužů a 1565 žen) ve věku od 18 do 45 let (průměrný věk 22,21 let, SD = 3,40 let). Ve druhé skupině bylo 196 dospělých respondentů (85 mužů a 111 žen) ve věku od 40 do 83 let (průměrný věk 52,48 let, SD = 9,15 let). Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit souvislosti osobní pohody měřené rovněž pomocí SWLS a osobnostních charakteristik obsažených v NEO pětifaktorovém osobnostním inventáři (NEO-FFI). Vztah mezi věkem, rodem a osobnostními charakteristikami byl zjišťován korelační analýzou. U vysokoškolských studentů byla mezi rodem a životní spokojeností zaznamenána korelace $r = 0,127$. Zajímavým zjištěním bylo, že vysokoškolačky jsou spokojenější než vysokoškoláci. Podle výsledků můžeme rovněž tvrdit, že na predikci subjektivní pohody se podílí u vysokoškoláků a dospělých různý počet osobnostních vlastností. Ve skupině dospělých to byl neuroticismus a extraverte. U vysokoškoláků pak všechny osobnostní charakteristiky kromě otevřenosti vůči zkušenosti. V celém souboru byl nejsilnějším prediktorem neuroticismus ($r = -0,47$; $p < 0,01$), následován extravertí ($r = 0,36$; $p < 0,01$). Hřebíčková, Blatný a Jelínek (2010) z toho usuzují, že osobnostní rysy jsou významnými prediktory osobní pohody, přičemž jejich podíl na predikci spokojenosti se vzrůstajícím věkem klesá.

V této kapitole jsme vyzdvihli některé domácí i zahraniční výzkumy, které se zabývají pohybovou aktivitou v korelaci se životní spokojeností, případně s léčbou některé z psychických poruch. Bylo možné si všimnout, že různí autoři používají různé pojmy, které si však v konečném důsledku jsou velmi podobné a často dokonce používány promiscue. Zároveň bylo našim cílem, abychom v rámci této kapitoly poukázali na to, že k šetření životní spokojenosti a jejich determinant lze používat rozličné kvalitativní i kvantitativní metody.

VÝZKUMNÁ ČÁST

6. Předmět výzkumu a výzkumné otázky

Dle Morgana (1997) patří fyzická aktivita do primární prevence zdravotních problémů a rovněž má významný vliv na mentální zdraví jedince. Tyto determinanty jsou považovány za podstatnou součást vnímané životní spokojenosti u člověka (Man, 2014).

Výzkum popsáný v praktické části této rigorózní práce se zaměřuje na populaci hospitalizovaných (v Psychiatrické Nemocnici Marianny Oranžské) pacientů / klientů závislých na alkoholových i nealkoholových drogách ve spojitosti s jejich pocíťovanou životní spokojeností. Zajímalo nás, jestli tito lidé, kteří během své hospitalizace chodí pravidelně vytrvalostně běhat, jsou touto pohybovou aktivitou ovlivněni z hlediska jejich pocíťované spokojenosti. Při volbě předmětu výzkumu vycházíme částečně z našich vlastních zkušeností s vytrvalostním během, z velké části jsou však naše výzkumné otázky a hypotézy ovlivněny dřívějšími výzkumy, popsány např. v předešlé kapitole. V teoretické části jsme se zabývali rozsáhlou problematikou zkoumaného fenoménu, který souvisí jak se závislostí a psychikou člověka, tak se zdravým životním stylem, pohybovou aktivitou a v neposlední řadě s léčbou závislosti v terapeutické komunitě.

Svým výzkumem bychom chtěli přispět k deskripci významu pravidelné pohybové aktivity v léčbě závislosti, a to především v tuzemských podmínkách. Blíže popisujeme naše cíle a výzkumné otázky v následujících kapitolách.

6.1 Výzkumné cíle

Mezi výzkumné cíle této rigorózní práce patří:

1. *Představit pravidelný běh jako přínosnou pohybovou aktivitu v léčbě závislosti.*
2. *Přiblížit význam pravidelného běhu pro životní spokojenost u uživatelů návykových látek.*
3. *Popsat vliv pravidelného běhu na životní spokojenost u uživatelů návykových látek.*

4. *Zjistit a popsat spokojenost pacientů - běžců ve vybraných životních oblastech dle škál DŽS.*
5. *Zjistit a popsat vnímání významu pravidelného běhu v komunitní léčbě.*

Na úrovni deskriptivní je cílem popsat význam pravidelného běhu pro životní spokojenost klienta terapeutické komunity závislého na psychoaktivních látkách. Využíváme k tomu kvantitativních i kvalitativních metod. Na úrovni explanační je cílem obeznámit čtenáře s důležitostmi zařazení pravidelné pohybové aktivity do léčby závislosti.

6. 2 Výzkumné otázky

K dosažení výše uvedených výzkumných cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. *Kterou životní oblast může pravidelný běh ovlivňovat nejvíce?*
2. *Je možné ovlivnit pravidelným během craving závislých pacientů?*
3. *Je možné ovlivnit pravidelným během relaps závislých pacientů?*
4. *Vnímají pravidelní běžci - pacienti běh jako aktivitu, která přispívá ke spokojenosti v jejich životě?*
5. *Vnímají pravidelní běžci – pacienti běh jako aktivitu, která přispívá ke spokojenosti v jejich léčbě?*

7. Hypotézy

Jelikož výzkumný design našeho výzkumu je kvalitativně-kvantitativní analýzou zkoumaného tématu, tak jsme si rovněž stanovili následující hypotézy:

H1: Životní spokojenost ve škále „zdraví“ v DŽS bude statisticky významně vyšší po měsíci pravidelného běhání než před začátkem pravidelného běhání

H2: Životní spokojenost ve škále „vlastní osoba“ v DŽS bude statisticky významně vyšší po měsíci pravidelného běhání než před začátkem pravidelného běhání

H3: Celková životní spokojenost bude mít u pacientů statisticky významnou vzestupnou tendenci s počtem „odběhaných“ týdnů

H4: Celková životní spokojenost pravidelných běhajících pacientů bude statisticky významně vyšší po měsíci běhání než před začátkem běhání

Kromě toho jsme analyzovali, zda korelují výsledky „celkové životní spokojenosti“ v DŽS s výsledky SWLS.

8. Metodologický rámec a realizace výzkumu

V následující kapitole popisujeme metodologické postupy, které byly v rámci našeho výzkumu použity. Z důvodu komplexnějšího zmapování výzkumného problému jsme zvolili kvantitativně-kvalitativní přístup. Mohli jsme proto čerpat data jak z psychodiagnostických metod Dotazník životní spokojenosti a Škála životní spokojenosti (obě představujeme blíže v následujících kapitolách), tak současně z rozhovorů, které byly zkonstruovány autory přímo pro potřeby výzkumu. Vzhledem ke specifickým diagnózy závislosti jsme zvolili pevně strukturované interview. Obě psychodiagnostické metody byly administrovány u každého respondenta třikrát. Před započítím výzkumu a společného běhání s pacienty, během výzkumu i po jeho ukončení. Tento přístup nám umožnil lépe sledovat vývoj zkoumané spokojenosti v čase.

8.1 Dotazník životní spokojenosti

K získání kvantitativních dat byl využit dotazník životní spokojenosti (DŽS), jenž slouží k zachycení individuálního obrazu celkové životní spokojenosti člověka. Jedná se o původní metodu německých autorů Fahrenberga, Myrteka, Schumachera a Brählera, která byla pro české prostředí přeložena a upravena Rodnou a Rodným (2001), z jejich manuálu zde citujeme. Dotazník byl standardizován v Německu na vzorku 2 870 osob a je určen pro osoby starší 14 let. Bývá využíván k různým účelům, často např. při zjišťování průběhu léčby chronicky nemocných, pro sociologicky orientované výzkumy, při využití psychoterapie apod.

DŽS diferencuje životní spokojenost do deseti oblastí (škál), kterými jsou: *zdraví* (ZDR); *práce a zaměstnání* (PAZ); *finanční situace* (FIN); *volný čas* (VLC); *manželství a partnerství* (MAN); *vztah k vlastním dětem* (DET); *vlastní osoba* (VLO); *sexualita* (SEX); *přátelé, známí a příbuzní* (PZP) a *bydlení* (BYD). Každá z těchto škál je sycena sedmi položkami, kde vyšetřovaná osoba odpovídá na sedmibodové stupnici:

1. velmi nespokojen(a),

2. nespokojen(a),
3. spíše nespokojen(a),
4. ani spokojen(a) ani nespokojen(a),
5. spíše spokojen(a),
6. spokojen(a),
7. velmi nespokojen(a).

Celkově dotazník obsahuje 70 otázek rozdělených po sedmi otázkách pro každou významnou oblast.

Dotazník se vyhodnocuje sečtením individuálních odpovědí v každé z deseti škál. Odpověď „velmi nespokojen(a)“ obdrží hodnotu 1 a odpověď „velmi spokojen(a)“ obdrží hodnotu 7. Položky jsou tedy pólovány tak, že vyšší hodnoty znamenají vyšší spokojenost. Pro posouzení tzv. „Celkové životní spokojenosti“ se nezahrnují výsledky škál PAZ, MAN a DET. K dotazníku jsou k dispozici populační normy, dle nichž je možné převést hodnoty hrubých skóru na staniny, u kterých lze výslednou hodnotu porovnat s procentuálním zastoupením stejného výsledku v populaci.

8.2 Škála životní spokojenosti

Další metodou, kterou jsme využili k získání dat, byla Škála životní spokojenosti (SWLS – Satisfaction With Life Scale), kterou vyvinuli Diener, Emmons, Larsen a Griffin v roce 1985. Tato metoda vychází z Dienerovy teorie, jež rozlišuje osobní pohodu na dvě složky – afektivní (pozitivní a negativní pocity) a kognitivní (životní spokojenost).

Šolcová a Kebza (2005) uvádějí, že jde o jednu z nejčastěji používaných metod, která umožňuje hodnotit životní spokojenost jako celek. Křivohlavý (2013, 122) publikuje jeden z možných českých překladů pěti položek této metody:

- Můj život se v mnoha směrech blíží mému ideálu života,
- Podmínky mého života jsou výtečné,
- Jsem spokojen se svým životem,
- Já jsem dosud dostával od svého života to podstatné, co od něho očekávám,
- Kdybych mohl žít svůj život ještě jednou, nic podstatného bych na něm neměnil.

Úkolem respondenta je vyjádřit míru souhlasu či nesouhlasu s těmito výroky na následující sedmibodové stupnici:

1. silně nesouhlasím,
2. nesouhlasím,
3. lehce nesouhlasím,
4. ani nesouhlasím ani souhlasím,
5. lehce souhlasím,
6. souhlasím,
7. silně souhlasím.

SWLS se zaměřuje na měření životní spokojenosti z globální perspektivy a výsledkem je tedy jediný skór, který udává celkovou míru životní spokojenosti (Zemanová, 2014).

8.3 Strukturované interview

Následující zvolenou metodou byl strukturovaný rozhovor s účastníky výzkumu ze všech tří terapeutických komunit. Strukturované interview, které pevně dodržuje schéma otázka – odpověď, bylo zvoleno z toho důvodu toho, aby byla maximalizována informační výnosnost z vedeného rozhovoru.

Interview se skládalo z 27 stanovených otázek, které se zabývaly vlivem pravidelných vytrvalostních běhů na prožívanou životní spokojenost jedince. Zaměřili jsme se na vnímané pozitivními i negativními aspekty běhu, a to ve smyslu jak individuálním (pro běžce samotného), tak ve smyslu kolektivním (pro všechny běžce i celou komunitu).

Jednotlivé rozhovory trvaly cca 20 až 45 minut. Po ukončení rozhovorů následovala jejich transkripce do MS Word a dále pak jejich kódování. Z dat, která jsme získali pomocí těchto strukturovaných rozhovorů, jsme očekávali bližší pochopení problematiky a především jakési „podbarvení“ výsledků, které nám poskytly DŽS a SWLS. Kompletní znění vzorového rozhovoru přikládáme v příloze č. 2.

Pro komplexní doplnění bylo autory výzkumu ještě navíc vytvořeno krátké strukturované interview pro vedoucí terapeutky komunit, jejichž klienti participovali na výzkumu. Pokusili jsme se tak doplnit obraz působnosti pravidelné běžecké aktivity na fungování celé

terapeutické komunity. Kompletní znění jednoho vzorového interview s terapeutem přikládáme rovněž v příloze č. 3.

8.4 Průběh výzkumu

Problematikou běžecké pohybové aktivity se zabýváme dlouhodobě a sami jsme aktivními běžci. Před dvěma lety jsme se rozhodli experimentálně zaměřit na spojitost mezi pravidelným vytrvalostním během a vnímanou životní spokojeností. Před rokem jsme k tomuto našemu odbornému zájmu přiřadili ještě problematiku závislosti, jelikož jsme se dostali v rámci odborné klinické stáže v PN Marianny Oranžské do bližšího kontaktu s TK Fides. Vedení této komunity naše nabídka možnosti zařazení pravidelného běhu do jejich programu zaujala, a proto jsme vymysleli tento společný výzkumný projekt. Při teoretickém ukotvení pravidelného vytrvalostního běhu do komunitního programu jsme vycházeli ze zkušeností známého českého alkoholologa Skály (1997), jenž byl sám aktivním vytrvalostním běžcem, což se odrazilo také v jeho léčbě závislosti a tudíž i v apolinářském programu. Již v roce 1965 začali v Apolináři praktikovat tzv. jogging a koncem sedmdesátých let tamní pacienti naběhali během svého 13týdenního pobytu kolem 100 km. Skála (1997) uvádí, že nešlo o závodění jednoho s druhým, ale o přemáhání sebe sama a práci na sobě. Mnozí během léčby pocítili návrat duševní i tělesné činnosti v takové intenzitě, že byli překvapeni sami sebou.

V květnu 2014 jsme byli aktivními účastníky na konferenci Jarní bílovodenské dny pořádané PN Marianny Oranžské, kde jsme představili odborné veřejnosti náš výzkumný záměr. Na základě této prezentace se do projektu zapojily další terapeutické komunity, a to TK Fénix a TK Harmonie. Po následné konzultaci s vedením všech tří TK jsme za nejvhodnější termín realizace výzkumu zvolili říjen 2014, a to jak z hlediska obsazenosti programu terapeutických komunit, tak z hlediska počasí, které v oblasti Rychlebských hor (kde PN Marianny Oranžské sídlí) nemusí vždy „být nakloněno“ venkovní běžecké aktivitě. Říjen byl místními obyvateli doporučen jako ideální měsíc pro venkovní vytrvalostní běhy. Délka čtyř týdnů pro výzkum byla určena jako minimální hranice pro dosažení vytrvalosti v pravidelnosti při běhu se závislými klienty. Participace na výzkumu ze strany klientů TK nebyla povinná. Pro ty, kdo se do projektu dobrovolně přihlásili, však platilo pravidlo, že musí absolvovat celý měsíc běhání pod naším vedením. Bylo to ze dvou důvodů. Za prvé proto, aby byla splněna

podmínka pravidelnosti, která hraje při vytrvalostním běhu velmi důležitou roli. Za druhé pak proto, že při komunitní léčbě závislosti v PN Marianny Oranžské je nutno dodržovat pravidla a pevnou strukturu v programu. Toto námi stanovené pravidlo však mělo podobu spíše jakéhosi oficiálního slibu a nemohlo být nikterak sankčně vymáháno.

Jelikož v terapeutických komunitách dochází k pravidelné obměně klientů, tak jsme tři týdny před samotným započítáním výzkumného projektu osobně navštívili všechny tři TK, aktuálním klientům náš záměr představili a dali jim prostor pro doplňující dotazy. Zajistili jsme si tak dostatek účastníků výzkumu a současně jsme tímto způsobem dali možnost pacientům si participaci řádně promyslet.

Na základě naší mnohaleté zkušenosti s pravidelným vytrvalostním během jsme sestavili „tréninkový plán“ pro participanty výzkumu ze strany závislých klientů. Náš původní záměr byl, že s každou TK budeme chodit běhat odděleně. Jelikož však každá TK má svůj specifický program, který se mírně liší od ostatních TK, museli jsme z časových a logistických důvodů některé běhy sloučit (např. společné běhy TK Fides a TK Fénix). Tato skutečnost se nakonec ukázala jako motivační faktor pro běžce, jelikož mezi komunitami panuje mírná a „zdravá“ rivalita. Dalším motivačním faktorem (a současně organizační nutností), který jsme před klienty propagovali jako „nepsané pravidlo“ již od samého počátku výzkumu, bylo „běhat jako tým“, tedy nikoliv individuálně, ale (v rámci fyzických možností každého z běžců) skupinově. Chtěli jsme tak zamezit možným potížím a zároveň využít vzájemné podpory morálky běžců. V prvním týdnu byla každá TK dle „tréninkového plánu“ běhat dvakrát, ve druhém a třetím týdnu třikrát a závěrečný týden nabízel čtyři běhy. O všech termínech vytrvalostních běhů věděla každá komunita minimálně týden dopředu a oficiálně je zahrnula do svého denního programu. O všech bězích jsme si vedli konkrétní poznámky z hlediska uběhnuté vzdálenosti a časové dispozice (motivační faktor prodlužování distance), prezence pacientů (při zdravotních důvodech možná absence), konkrétní zvolené trasy (několik možných tras pro zvýšení atraktivity pohybové aktivity) a případných neočekávaných událostí (např. komentáře pacientů při běhu).

Pro hlubší analýzu výzkumného problému jsme zvolili kvantitativně-kvalitativní metodu výzkumu. Před započítáním výzkumu (běhů) vyplnili všichni účastníci (běžci) DŽS a SWLS. Stejně tak učinili po dvou týdnech a následně po ukončení projektu. Po finálním běhu bylo se všemi participujícími vedeno strukturované interview. Těmito kvalitativními daty jsme podpořili údaje získané z obou dotazníků.

8.5 Etika výzkumu

Považujeme za velmi důležité zmínit se o etické stránce našeho projektu. Několik týdnů před samotným započítím výzkumu a následně den předem jsme navštívili PN Marianny Oranžské, kde jsme se osobně setkali s budoucími respondenty z jednotlivých terapeutických komunit a celý výzkumný projekt jim (i terapeutickému týmu) hromadně představili. Účastníci byli důkladně seznámeni s účelem výzkumu, jeho průběhem a způsobem zacházení s daty. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná a na základě svého rozhodnutí všichni respondenti podepsali „informovaný souhlas“ (přikládáme v příloze č. 1), jehož kopie byla poskytnuta každému jednotlivému pacientovi. Všichni respondenti souhlasili s použitím získaných informací v rámci této rigorózní práce. Vysoký důraz byl kladen na ujištění zúčastněných o bezpečném nakládání s poskytnutými informacemi, a to v souladu se všemi platnými zákonnými a etickými principy. To vše jsme samozřejmě dodrželi.

Byli jsme si vědomi citlivosti poskytnutých informací (např. odpovědi na škálu SEX v DŽS) a tak jsme k nim i přistupovali. Přepis rozhovorů a následnou analýzu jsme provedli samostatně a nikdo jiný k těmto datům neměl přístup. Účast na výzkumu nebyla nijak honorována ani odměněna, respondentům a všem zúčastněným terapeutickým komunitám však byla poskytnuta odborná přednáška o přínosech pravidelné pohybové aktivit pro zdraví člověka.

Jelikož se terapeutické komunity v PN Marianny Oranžské řídí Etickým kodexem Evropské federace TK (a my byli po dobu výzkumu součástí týmu TK), důsledně jsme dodržovali tato pravidla. Prezentovaný výzkum byl současně realizován dle Etického kodexu Českomoravské psychologické společnosti a požadavků platného Zákona o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb.

9. Výzkumný soubor

Zkoumanou populací tohoto výzkumu jsou pacienti Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské, kteří byli (složení výzkumné populace se vztahuje k 8.10. 2014) klienty jedné ze tří terapeutických komunit léčících závislost, s nimiž jsme navázali spolupráci (Fides, Fénix, Harmonie). Bazálním kritériem pro zařazení do výzkumu byl lékařem prověřený zdravotní stav umožňující pravidelnou fyzickou vytrvalostní aktivitu. Rovněž jsme po probandech požadovali, aby jejich dimise byla plánována až po ukončení našeho výzkumu. U některých účastníků se jejich fyzický zdravotní stav během probíhajícího výzkumu zhoršil natolik, že museli od výzkumu odstoupit. Jiní klienti porušili v terapii jedno z „kardinálních pravidel“ TK a byli propuštěni z léčby. Tyto skutečnosti jsou v léčbě závislosti běžné, jelikož „chatrný“ fyzický zdravotní stav i porušování pravidel jsou jedny z charakteristik závislého člověka. Jen pro dokreslení reality uvádíme, že se během výzkumu k nám („běžcům“) přidávali někteří další pacienti nebo zaměstnanci PN Marianny Oranžské. Nebyli samozřejmě zařazeni do výzkumného vzorku. Pro posílení koheze mezi běžci však byli vítanou podporou.

Finální výzkumný soubor byl tedy vybrán prostřednictvím záměrného výběru (Miovský, 2006) a skládá se z 19 klientů - běžců ($n = 19$) ve věku od 19 do 55 let. Z tohoto počtu je 16 mužů a 3 ženy. Pro upřesnění uvádíme, že 7 běžců bylo klienty TK Fides, 4 běžci byli klienti TK Fénix a 8 běžců bylo klienty TK Harmonie. Postup výběru představoval navázání spolupráce s jednotlivými terapeutickými komunitami a především pak terapeuty z těchto „oddělení“ PN Marianny Oranžské. Tito terapeuti následně představili náš projekt „svým“ klientům a vytipovali možné účastníky. Posléze nám umožnili, abychom komunitu navštívili a náš projekt osobně prezentovali přímo klientům. Těm, které výzkum zaujal, byly zodpovězeny doplňující dotazy a po finálním rozhodnutí o účasti byli požádáni o podpis „informovaného souhlasu“. Tab. 1 uvádí základní popis výzkumného souboru.

Tabulka 1: Základní popis výzkumného souboru

počet	n = 19
muži	16
ženy	3
věkový rozsah	19 - 55
věkový průměr (SD)	33,9 (10,6)

Zajímavým údajem je, že 32 % (n = 6) mělo základní vzdělání, 32 % (n = 6) bylo vyučeno bez maturity a 26 % (n = 5) bylo vysokoškolsky vzdělaných. 63 % (n = 12) účastníků výzkumu uvedlo, že je svobodných a 16 % (n = 3) bylo ženatých. U 58 % (n = 11) byla stanovena diagnóza F19.2 (syndrom závislosti vyvolán abusem více drog) a 26 % (n = 5) byla přiřazena diagnóza F10.2 (syndrom závislosti vyvolán abusem alkoholu). Pro doplnění uvádíme, že 32 % (n = 6) bylo aktuálně v první léčbě závislosti, 32 % (n = 6) bylo ve druhé léčbě závislosti a 16 % (n = 3) bylo v páté léčbě závislosti. Nikdo z účastníků nebyl v aktuální léčbě déle než pět měsíců.

Základním souborem, z něhož pocházejí účastníci našeho výzkumu, jsou všichni klienti terapeutických komunit Fides, Fénix a Harmonie v PN Marianny Oranžské, kteří byli k 8.10. 2014 hospitalizováni. Jde o 55 pacientů, přičemž 20 bylo klienty TK Fides, 20 klienty TK Fénix a 15 klienty TK Harmonie.

10. Analýza dat, prezentace a interpretace výsledků

V této kapitole předkládáme výsledky výzkumu, které jsou pro přehlednost prezentovány ve sledu položených výzkumných otázek (viz kapitola 6.2) a následně stanovených hypotéz (viz kapitola 7).

Prvním krokem analýzy strukturovaných rozhovorů byla redukce prvního řádu, která dle Miovského (2006) umožňuje transformovat doslovné přepisy rozhovorů do přehlednější a plynulejší podoby. Vynechali jsme především slova, která tvoří tzv. „slovní vatu“ a věty, které nepřinášejí žádnou informaci. Přehled výsledků a jejich interpretaci uvádíme v následujících odstavcích.

Analýzou strukturovaných interview vznikly okruhy a témata, která jsme použili k doplnění, respektive k fúzi s informacemi získaných z DŽS a SWLS. Domníváme se, že jsme tak „dokreslili“ náhled klientů TK pro léčbu závislosti v PN Marianny Oranžské na jejich pravidelnou pohybovou aktivitu. V této kapitole uvádíme relevantní části strukturovaných rozhovorů a kompletní znění vzorového interview přikládáme v příloze č. 2.

Protože naše hypotézy počítají se závislými měřeními, byla pro vyhodnocení hypotéz 1, 2 a 4 zvolena metoda párového t-testu. Vzhledem k rozhodnutí měřit životní spokojenost také v průběhu byly tyto výsledky ještě ověřeny za pomoci analýzy rozptylu s opakovanými měřeními. V případě signifikantních výsledků pak byly zvoleny post-hoc testy s Bonferroniho korekturou. Souvislost mezi CŽS v DŽS a výsledky SWLS, jenž by měl zjišťovat obdobný konstrukt, ve všech bodech měření, byla doplňkově ověřena pomocí Pearsonovy korelace.

1. Jakou oblast Vašeho života naše pravidelné společné běhání nejvíce ovlivnilo?

Tímto dotazem jsme se pokusili zodpovědět výzkumnou otázku číslo 1. Pro respondenty bylo někdy složité vyjádřit jednu konkrétní důležitou životní oblast, která u nich byla pravidelným běháním ovlivněna, přesto však při bližší analýze rozhovorů bylo možné odpověď naléznout.

Nejčastější odpovědí, případně interpretací odpovědi respondenta, byla oblast „**zdraví**“, „**vztah k vlastní osobě**“ a „**mezilidské vztahy**“. U naprosté většiny respondentů se ovlivnění všech těchto životních oblastí prolínalo celým rozhovorem.

Co se týče zdraví, tak většina účastníků výzkumu reflektuje ve svých odpovědích zlepšení jak fyzického, tak psychického zdraví. Někteří z nich si tuto skutečnost propojují ještě např. se změnou jídelníčku, případně se snížením tělesné váhy.

„Zdraví. Jak fyzicky, tak psychicky, cítím se mnohem líp ... jsem víc vyklidněný, pozorný, míň agresivní, možná i míň impulsivní.“

„Já jsem se pak nějak cítila líp fyzicky. Mně se třeba líp chodilo ... tak celkově, lepší pocit.“

„Určitě to zdraví. A současně ta psychická pohoda ... myslím, že jsem trochu upravil i jídelníček na základě toho.“

„Pomohlo mi to. Já jsem chtěl zhubnout a za ten měsíc jsem zhubnul 6 kilo. Tolik nejím a nevím čím to je. Asi tím jídlem a tím během.“

„Zdraví. Taky míň kouřím, protože nemám třeba chuť na tu cigaretu. Jsem si třeba sedl v ty dny, jak jsme běhali a hrál jsem si na kytaru místo toho kouření radši ... a pohled sama na sebe. V tom, že dokážu tyhle věci.“

Někteří klienti u sebe pozorovali (v rámci probíhající výzkumu) pozitivní vývoj ve vztahu k sobě samému (např. zlepšení sebepoznání).

„Když se běželo takhle ve skupině, tak jsem si znova uvědomil, že se potřebuju ještě víc jako sám poznat. Takže vztah k sobě. Přemejšlím furt, nějak přehodnocuju a furt se nedokážu přijmout úplně jakej jsem. A tady tohle mi pomohlo. Jakože poznat nějaký svoje stránky, který bych přijmout asi mohl ... Jak jsem soutěživej třeba ... A určitě mi to ovlivnilo mezilidské vztahy. Tady. Že jsem byl příjemnější na ty lidi, byl jsem úplně v pohodě. Líp se s nima bavím.“

„Když jsem zjistil, že na to stačím, tak určitě se to sebevědomí zlepšilo o něco.“

„U mě to ovlivnilo zodpovědnost nebo spolehlivost. Že když řeknu, že to udělám, tak to prostě udělám. Že prostě to nevzdám, že se na to nevykašlu. Jako když člověk začne chodit do práce a i když ho to nebaví, tak prostě ráno vstane, do té práce jde, udělá si tu práci a pak jde zpátky. Dříve, když mě práce nebavila, tak jsem se opil a už jsem tam nešel. A tohle mě právě učí být spolehlivej ... že když někomu třeba něco slíbím, tak jako tohle jsem slíbil sám sobě, že to dokončím, tak jsem to zvládnul. Tím se akorát můžu pochválit, že se učím věc, kterou jsem dřív uměl a ještě se to nevytratilo a můžu to zvládat i dál.“

„Já, co se chválit vůbec neumím, tak jsem se prostě pochválil za to, že jsem něco dokázal.“

Tyto výpovědi nám představují pravidelný vytrvalostní běh jako aktivitu, která člověka může buďto podnítit k tomu, aby začal nad sebou více uvažovat, což bychom mohli považovat za jeden z hlavních psychoterapeutických účinků běhu, nebo dokonce zapříčinit změnu nežádoucího chování. Oba tyto přínosy lze interpretovat jako důležitou součást léčby závislosti v terapeutické komunitě.

Jiní respondenti vnímali a ocenili spíše vývoj ve vztahu k ostatním lidem. A to jak k dalším klientům, tak k terapeutům nebo svým partnerům či rodinám.

„Vlastně jsme se my všichni, co jsme běhali, rozhodli, že až budeme všichni v té oranžové fázi a budeme moct chodit na vycházky, tak že se budeme věnovat tomu běhání. Takže si myslím, že ty vztahy nás běžců to ovlivnilo.“

„Tu rodinu. Jako v dobrém. Mamka mi třeba telefonovala, měla třeba takovou špatnou náladu a jak jsem jí řekl, že začínám běhat, tak prostě hned: „Jééé, ty běžíš?“ ... jakoby jí to zlepšilo náladu ... že tady taky něco dělám. Že místo nudy se tady věnuju něčemu prospěšnému.“

Jednou z opakovaných odpovědí u klientů závislých na psychoaktivních látkách, respektive našich respondentů, bylo, že si během měsíčního pravidelného běhání sami na sobě ověřili, že v případě, kdy se pro něco rozhodnou, tak dokážou toto své rozhodnutí také naplnit.

„Od té doby, co jsem závislý na alkoholu, mám strašně málo věcí, které jsem dokončil. Ať už to bylo vzdělání nebo zaměstnání nebo nějaké vztahy, které většinou zkrachovaly na mé závislosti ... Tak jsem prostě chtěl vyzkoušet, jestli něco dokážu dokončit i když mě to nebude bavit. A běžel jsem pokaždé.“

„Určitě mě to jaksi posunulo o stupínek výš. V tom, že když něco začnu, tak prostě to nějakým způsobem dokončím. Venku, jak jsem fetoval, tak málo věcí bylo, co jsem dotáhl do konce.“

„Třeba i ten vztah k mé osobě, k sobě samé. Tím, že jsem si zase dokázala, že jsem v něčem dokázala to dokončit a vydržet.“

„Tím, že člověk dokáže takhle měsíc běžet a něco jakoby si dokáže sám sobě, tak určitě mu to zvýší sebevědomí. To jsem jako nečekal, že bych dokázal takhle ani, musím říct.“

„U málo činností zažívám to, že když je dokončím, tak mám ten pocit zadostiučinění a toho klidu. Já k tomu vyloženě potřebuju tu fyzickou činnost a mně to běhání dělá hrozně dobře jo?“

„Určitě mi to pomáhalo v překonávání sama sebe. Že věc, kterou jsem nechtěl dělat, tak jsem se do ní překonal a dělal jsem ji ... A strašně dobrá věc je, že mě to chytlo a teďka se na dnešek na ten běh fakt těším.“

Ověření si toho, že lze věci dokončovat, má pro závislého člověka značnou hodnotu. Závislí lidé často trpí nedostatečnou motivací k vymezování a dokončování stanovených cílů a to, že dostali možnost si přímo „v terénu“ potvrdit, že je to možné, tak můžeme považovat za formu emočně korektivní zkušenosti.

Jeden účastník výzkumu v pravidelném běhu objevil přínos pro sebe dokonce v oblasti sexuality:

„Zjistil jsem, že po tom běhu jsem byl vždycky víc nadržený. Zlepšilo mi to prostě tu chuť. Když jste na drogách, tak to všechno vnímáte jinak, to ten sex je takový umělý. Ale prostě po tom běhu mi to dělalo takovou přírodní chuť.“

Uvedené citace odpovídají na výzkumnou otázku několika možnými odpověďmi. Tuto variabilitu lze interpretovat tak, že vytrvalostní běh nabízí běžcům širší paletu možných přínosů, respektive možností, jak mohou při udržení pravidelnosti z běhu profitovat. Protože oblasti „zdraví“ a „vztahů“ zaujímají na žebříčku hodnot ty nejvyšší příčky, můžeme se dokonce domnívat, že pravidelný vytrvalostní běh řadili respondenti k důležitým aktivitám v léčbě.

2. Dá se podle Vás pravidelným běháním ovlivnit bažení?

Touto otázkou jsme se pokusili zaměřit na, dle Kudy (2003), „hybnou sílu“ celého procesu recidivy, tedy na craving. Bažení, v terapeutických komunitách často nazýváno jako „chutě“, je jedním z nejdůležitějších témat závislého člověka v léčbě. O to zajímavější nám přijdou odpovědi účastníků výzkumu, v nichž pouze minoritní část odpověděla, že si myslí, že pravidelný běh na bažení vliv nemá. Potvrzení následujících citací od účastníků výzkumu jsme dostali rovněž od terapeutky TK Fénix, která uvádí: *„Od klientů vím, že jim tento projekt*

pravidelného běhání pomohl na craving.“ Tento dotaz v rámci rozhovoru s respondenty směřoval k zodpovězení druhé výzkumné otázky.

„Myslím si, že kdybych fakt měl chutě na fet a už bych byl rozhodnutej si jít koupit, tak jít běhat by byla jedna z těch nejlepších věcí, kterou bych mohl udělat. Prostě říct si hele, tak nejdřív si půjdu zaběhat a možná bych vypnul a možná bych byl schopnej zavolat na krizovej telefon nebo doběhnout na nějaký místo, kde bych to mohl pořešit jinak.“

„Měl jsem před během vždycky chutě a rozběhal jsem je. Protože jsem u toho běhu začal myslet úplně jináč než předtím.“

„Určitě, na chutě to má vliv těžkej. To vím z vlastní zkušenosti, že já jsem měl snad dvakrát zrovna před běháním chutě. A díky tomu běhání jsem na to úplně zapomněl.“

Za zásadní, dle výpovědí, považovali klienti svou osobní zkušenost se „zaháněním“ bažení. Tu mohli ještě mentálně propojit s dalšími přínosy léčby v TK, jako např. s důležitostí pevného a pravidelného režimu.

„Čím víc budu běhat, tak nebudu mít chuť na tu drogu vůbec. Protože budu mít furt nějaký ten režim, co chci zvládnout, a prostě větší nálada a radost sama pro sebe. Ted' jsem měl třeba chuť na peří a když jsem běžel, tak se mi myšlenky zlepšily.“

„Dobré na chutě určitě. Že člověka třeba přepadne nějaký vztek, stres, cokoliv a nebude vědět co s tím, nepomůžou mu metody jako sprcha apod. Tak prostě si půjde fakt zaběhat. To už doporučovalo hodně lidí a tady jsem si přišel na to, že to fakt funguje. Když jsem byl ráno fakt v chutích a nechtělo se mi nic, tak prostě po tom běhu byl náhled na tu situaci jiný ... Je to jedna z věcí, která mi pomáhá a můžu se na ni spolehnout, když už se do takové situace dostanu.“

„Většinou to bažení po té droze, když je to v tu chvíli, tak jdu přes mrtvolý. Ted'ka vím, že když budu mít chuť, tak určitě jedna z věcí je vzít ty boty a jít se proběhnout.“

Tento respondent (bývalý „vaříč pervitinu“) během našeho výzkumu zastával v TK funkci tzv. „kotelníka“ (zajišťuje vytopený dům pro celou komunitu), při níž pracoval s uhlím, což v něm vyvolávalo bažení a rovněž úzkosti při pobytu v kotelně. Po několika týdnech běhu komentuje situaci následovně:

„Měl jsem chuť, jak jsem byl ten kotelník. A pak jsme byli běhat a pomáhalo mi to. Vždycky jak jsme přišli z běhání, tak jsem se do té kotelny nevracel s takovým strachem, že zase mě to rozjede nebo tak. Už jsem to měl uspořádané v hlavě, že je to jenom kotelna ... a předtím mně tam naskakovalo, že jdu zase vařit a takové.“

Někteří účastníci výzkumu přirovnávali svou zkušenost z běhání (v souvislosti s bažením) k jiným pohybovým aktivitám.

„Myslím, že stoprocentně to může ovlivnit bažení. První co si člověk řekne, pokud má chuť, tak to musí okamžitě zpracovat tu myšlenku v sobě. Ať psychicky, ať je to to, že jde a medituje nebo to vybijí fyzicky, což je můj případ. Běháním, cvičením. Takhle to na mě funguje.“

Určitě taky no. To je jako při cvičení. Že vyplavuješ endorfiny a je ti líp. Já když tady mám chuť, tak jdu cvičit. A zmizí to.

Pravidelný vytrvalostní běh má, dle výpovědí našich respondentů, skutečný potenciál pro závislého člověka při práci s cravingem. Bylo potvrzeno Kalinovo (2008) tvrzení, že bažení doprovází klienty po celou dobu léčby v terapeutické komunitě a zkušenosti našich respondentů lze považovat za rozšíření „tréninkového prostoru“, který TK svým klientům nabízí.

3. Myslíte si, že by pravidelný běh mohl mít nějaký vliv na Váš případný relaps?

Tímto konkrétním dotazem jsme se zaměřili na to, jestli respondenti při výzkumu dospěli k názoru, že by pravidelný vytrvalostní běh mohl zamezit jejich potenciální recidivě, která postihuje 20 – 80 % léčených závislých jedinců (Marlatt, Gordon, 1985). Nerozlišovali jsme mezi významem relaps či recidiva a vždy jsme se dotazovali na navrácení do závislého chování v součinnosti s užíváním psychoaktivní látky.

„No tak to každopádně. Je to o tom překonávání dělat věci, které se mi nechtějí. Jakože nechce se mi, je mi zima, nechce se mi jít běhat, ale jdu! Jak se člověk naučí tohle překonávat, tak je to zásadní. Nechce se mi abstinovat, ale budu. Je to fakt strašně stěžejní ... Nechce se mi jít na doléčování, nechce se mi jít třeba pro antabus. To slyšíme dnes a denně, všichni máme ty pocity. To já už prostě nedělám. Jakmile zjistím, že se mi něco nechce, tak okamžitě vstávám a jdu.“

„Určitě. Člověk ho může třeba oddálit nebo eliminovat úplně. Zrecne člověk proto, že něco opomene, povolí si hranice, jo? To běhání může zpevnit ty hranice. Že prostě teď si půjdu zaběhat a nebudu mít čas sedět třeba půl hodiny doma a vymýšlet píčoviny.“

„Já si myslím, že to může oddálit relaps. Abych nezrecnul třeba hned, ale dá mi to prostor k tomu, že si půjdu zaběhat, uspořádá se mi to v hlavě, co bych měl v tu chvíli udělat a prostě třeba přiběhnu a zavolám třeba na Fides nebo k nějaké psycholožce a takhle.“

Někteří účastníci výzkumu přičítali recidivu nuditě. Běh naopak považovali za aktivitu, která je nudy zbaví, což může podle nich logicky zabránit také recidivě. Současně byl pro ně vytrvalostní běh vyčerpávající fyzickou aktivitou, která je unaví natolik, že nebudou mít myšlenky na recidivu.

„Určitě. Myslím si, že dost těch důvodů k pití je nuda. A tím, že člověk jde běhat, zaběhne si tu hodinu a ne že jenom zabije tu hodinu, ale je pak unavený. A když se člověk fyzicky vyčerpá, tak myslím, že nemá ani moc důvod vymýšlet, že vyrazí někam se napít.“

„No tak je to určitě zaplnění volného času, že jo. A vlastně relaps spouští nuda, že nemáš co dělat. Tak určitě jo.“

„Že mám nějakého koníčka a když mi bude špatně nebo nejhůř, tak místo abych seděl a utápěl se v nějakých těch věcech, tak se můžu jít proběhnout a pak na to můžu mít jiný náhled.“

„Samozřejmě. Že by člověk nerecidivoval. Protože má co dělat, je unavený, tak už potom nemá čas třeba doma někde tu flašku schovávat. Už na to takové chutě nemá.“

Jiní respondenti propojili význam pravidelného běhu a denního režimu, který by jakožto závislí jedinci měli dodržovat. Můžeme to interpretovat tak, že považují pravidelný vytrvalostní běh za jakousi pomůcku, která ji dopomůže k tomu, aby dokázali pravidelný denní režim udržet.

„Když se člověk drží nějakých zajetých kolejí a najde si pravidelný režim v životě, tak to určitě přispívá k tomu, aby ten život žil plnohodnotněji. A myslím si, že je daleko menší pravděpodobnost, aby uklouznul.“

„Ten běh mi do toho života nějakou tu pravidelnost přinesl. I to, že se člověk donutil jít běhat i třeba v tom špatném počasí nebo ve špatné náladě.“

„Ta recidiva může přijít, ale myslím si, že je to míň pravděpodobné, než když člověk nedělá nic. Takhle si člověk nějak vyplní ten den a já jsem pak spokojenější.“

„Určitě to může mít vliv na relaps. Protože si myslím, že už když je to aktivita ve volném čase, i když se mi do toho nebude chtít, tak ale už budu mít zaplněný nějaký svůj volnej čas ... Když to budu brát jako svůj život venku potom, tak si tam dám třeba 3x – 4x týdně běhání. A už vím, že prostě před tím je nějaká příprava, potom ten běh, pak strečink, hygiena. A už mám zabranou určitou dobu toho svého volného času.“

Jeden z recidivujících respondentů přirovnává chemické, respektive biologické účinky běhu na naše tělo, respektive náš mozek k účinkům psychoaktivní látky:

„Asi to může mít nějaký vliv na relaps, protože spousta feťáků má, když přestanou brát, takový ten přesmyk na posilování, na cvičení a tak. Že se tím unavujou a vyplavujou endorfiny ... že ty látky, které do sebe předtím rvali chemicky, tak se snaží vyvolat v těle normálně. Tím pádem můžou relapsu i předcházet.“

Rozličnost odpovědí na jednoduchou otázku týkající se možnosti ovlivnění relapsu během, můžeme interpretovat tak, že vytrvalostní běh je činnost, která může být každému jednomu závislému člověku jinak přínosná z hlediska recidivy. Někteří respondenti vnímali pravidelný běh jako pevný bod svého denního režimu, jiní ho považovali za možnost oddálení relapsu. Nikdo nevedl, že pravidelný běh nemá žádný vliv na případnou recidivu.

4. V čem jsou podle Vás největší klady / výhody pravidelného běhu?

Jednalo se o jeden z dotazů, který se zabýval odpovědí na výzkumnou otázku číslo 4, a sice jestli účastníci výzkumu (pravidelní běžci) vnímají námi zvolenou pohybovou aktivitu jako něco, co přispívá k jejich spokojenosti v životě. Opět jsme zde spoléhali na skutečnost, že pravidelné vytrvalostní běhy po dobu čtyř týdnů již mohou v našich respondentech zanechat určitou „stopu“ v oblasti vnímané životní spokojenosti. Danou výzkumnou otázku jsme zkoumali z několika úhlů, a proto více kladených dotazů směřovalo k jednomu cíli. Zde předkládáme výběr těch nejvíce relevantních odpovědí.

„Že úplně vypnu. Že u toho úplně přestanu myslet na všechno a jenom dechám ... Já si připadám po tom běhu takovej jako uvolněnej, víš? Nedokážu se tak jako naštvat, takže v tom mi to konkrétně pomáhá, že jsem vyklidněnej, že se pak jakoby tak snadno nenaštvu a můžu

pak normálně mluvit s lidma ... Cokoliv prostě, že bych hned něco v něčem hledal a takhle jako nějak zjišťuju, že najednou začínám ty věci brát fakt s tím klidem.“

Tento klient si u sebe dokonce všimnul, že po měsíci běhání změnil styl dýchání i chůze:

„Ted'ka dejchám i chodím jinak. Že nejsem takovej vejkrut, že už se tak jako nevlním, když chodím z toho fetu. Že jsem jako víc nohama na zemi, narovnanej.“

Mnozí běžci rovněž oceňovali to, že u běhu mohli „zrelaxovat“ a „vyčistit si hlavu“. Prostředí terapeutické komunity je mentálně a komunikačně dosti náročné, což někteří závislí jedinci (především v raných fázích léčby) mohou hůře snášet. Běžecká aktivita jim takto vlastně poskytla určitou alternativu k tomu, aby měli možnost být pouze „sami se sebou“.

„Mně to strašně pomáhalo na psychiku, že jsem prostě vypnul. A i když jsem šel běhat v nějakém stresu, třeba po té ranní komunitě, tak mi to pomohlo vypnout a přeladit na tu dobrou náladu ... I ten den byl potom lepší, že jsem prostě byl rozhejbanej, rozpumpovanej.“

„Vyčistím si hlavu hodně při běhu. A je mi fakt potom dobře, když doběhnu.“

„Já to беру jako vyčistit si hlavu, prostě ráda běhám v přírodě, takže je to nějaká forma mé psychické relaxace.“

Další respondenti považují za největší výhody pravidelného běhu dobrou náladu po dokončeném běhu a uspokojující pocit z vydané energie:

„Jak doběhnu, tak mám super náladu. Je mi líp fyzicky i duševně, protože si můžu říct, že jsem něco dokázal, zvládnul jsem to, tu danou věc, co jsem si řekl, že půjdu dělat a nechtělo se mi do ní ... A potom, že jsem se učil něčemu novému a, že se mi vyčistí hlava, protože nepřemýšlím nad ničím jiným, než nad tím během.“

„Člověk se celkově cítí líp. Že je schopnej dodržet něco, co si řekne ... Postupem času jsem si to oblíbil tak, že i kolikrát ve volném čase jsem šel. A budu se asi tomu věnovat dál.“

„Člověk se na sebe dívá sám jinak. Hned po tom běhu je mi vždycky líp. Jak je mi ráno třeba špatně, jak mi ráno bývá, tak si říkám zas bude den na hovno, tak po tom běhu to bylo vždycky lepší. A když třeba jsem neběžel, tak to bylo horší ty dny.“

„Vyplavení endorfinů, po tom strečingu a po té sprše jsem se cítila strašně dobře. Odpočatá, vyčištěná hlava. Když jsem doběhla a celý běh jsem zaběhla, tak jsem byla na sebe pyšná.“

Jeden z respondentů uvedl, že mívá po dokončeném běhu tak dobrou náladu, že si ve sprše dokonce zpívá:

„Po tom běhu jsem se cejtil fajn. Ve sprše jsem se úplně odreagoval a měl jsem ze sebe dobřej pocit hlavně, že prostě jsem to zase neodfláknul a že jsem to uběhnul ... My si vždycky zpíváme ve sprše s Mirkem, protože jsme měli radost, že jsme si to zase dali. Hlavně po tom běhu jsme si zpívali.“

Následující respondent přirovnává radost z dokončeného běhu k „čisté radosti“ malého dítěte, což můžeme interpretovat např. tak, že radost, kterou měl možnost zažít, když byl intoxikován, tak sám nepovažuje za tu opravdovou:

„Pro mě výhoda největší byla v tom, že i když se mi do něčeho vůbec nechce, tak prostě ten závěr, ta spokojenost, ta čistá radost, že jsem to zvládnul. A i když se mi druhý den zase vůbec nechtělo, tak jsem to šel udělat jenom kvůli tomu, abych zažil potom tu radost na konci ... Maximální spokojenost. A hlavně čistá spokojenost. Jako malý dítě jsem byl šťastnej, když prostě něco zvládne, vyrobí si papírového čerta nebo něco takového.“

Častou odpovědí účastníků výzkumu na dotaz týkající se nejvýraznějších výhod pravidelného běhu bylo zvyšování kondice. Také nejstarší člen našeho výzkumného vzorku (muž, 55 let) si povšimnul své zlepšené fyzické kondice. Vzhledem k tomu, že již při třetím běhu zvažoval své pokračování ve výzkumu z důvodu potíží s plotýnkou, tak mohl svůj kondiční progres považovat za ještě větší úspěch. Komentoval jej následovně:

„Výrazně se mi zvýšila kondička. Dokázal jsem si, že ještě dokážu udržet krok s těma mladšíma ... Když jsem běžel, tak jsem myslel na to, že se mi běží fajn, že se nějak nezadýchávám, že můžu ten krok třeba prodloužit a že to jde. Že to vydržím.“

Další běžci se ke své fyzické kondici vyjádřili např. takto:

„Největší klady jsou, že se člověk určitě cítí líp. A pak, že se mi zlepší fyzička. Já to mám takový, že se mi taky zvedne sebevědomí trošku. Bez problémů udělám něco, co ostatní udělají s nějakýma problémama, že třeba výjdu schody. Někdo je zadejchanej a já ne.“

„Já jsem se dostala do lepší kondice a mně bylo tak nějak líp. Mně tady ten fyzický pohyb opravdu chyběl, protože tady jako nebylo moc co dělat a já jsem to potřebovala. Tady je člověk pořád zavřený a věčně někde sedí a to běhání je fajn tady na toto.“

„Mi to ted' jakoby zvětšilo plíce a můžu líp dýchat no.“

„Lepší kondička, ted' se tolik nezadýchávám do kopců.“

Z uvedeného si trůfáme tvrdit, že pravidelný vytrvalostní běh v rámci léčby závislosti byl pro naše respondenty důležitou aktivitou, která měla pevné místo v jejich momentálním denním režimu. Dle citací se můžeme domnívat, že pravidelně „dodávaný“ pocit uvolnění a radosti, stejně jako vliv na zdraví a kondici klientů patří k hlavním přínosům běhu pro životní spokojenost pacientů terapeutických komunit v PN Marianny Oranžské.

5. Myslíte, že naše společné pravidelné běhání zvýšilo kvalitu Vašeho života / spokojenost zde?

Tato otázka je jednou z těch, kterou jsme se pokusili nalézt odpověď na výzkumnou otázku číslo 5, tedy jestli účastníci výzkumu vnímají pravidelný běh jako aktivitu, která přispívá k jejich spokojenosti v aktuální léčbě závislosti. Pro snazší pochopení ze strany respondentů jsme jim při dotazování nabídli oba termíny a považovali je za ekvivalentní. Oproti předešlé výzkumné otázce se tedy zabývá aktuálnějším pocitem spokojenosti, který se přímo vztahuje k terapeutickému procesu.

„Jo. Kvalitněji trávím volný čas. Prostě si jdu zaběhat. Trávím ho konstruktivně, ne zevlováním nebo spaním, flákáním. A tím pádem jsem i víc spokojenej sám se sebou.“

„Jo určitě. Zvýšilo. Já bych to popsal jakože jsem si zaběhal, pak jsem šel pracovat (na pravidelný běh v komunitě zpravidla navazoval tzv. „pracovní blok“, kdy všichni klienti fyzicky pracovali na pozemku TK), pohoda, osprchoval jsem se. Takhle to já chci mít v sobotu v neděli až bych byl venku. Tady si to ještě musím upevnit, chci si ten návyk tady začít tvořit. Už jsem o tom měl skupinu, jakože jak si to udělat.“

„Za ty 4 týdny se kvalita mého života zlepšila, protože jsem si přišel na to dýchání (respondent při běhání objevil pro sebe přínosnou novou techniku dýchání) ... třeba dám příklad, na výletech když se jde do kopce, tak určitě víc si vzpomenu na ten běh a koncentruju se a uklidním to dýchání, nedusím se tolik ... Když jsem večer ulehal do postele, tak jsem ulehal s takovou tou uspokojující únavou.“

„Já jsem spokojenější, když se mi podaří něco, jo? Určitě to zvýšilo nějakou spokojenost v tom, že dokážu něco, co lidi nedokážou jenom tak jako ... Po běhu jsem byl spoko. Se mi uvolnilo to napětí, co teďka je na mě kladeno. Třeba jak jsme běželi z toho kopce, tak jsem normálně cítil, jak mi brní ruky, jak se usmívám, že už nemůžu.“

Někteří účastníci výzkumu vyzdvihli účinky běhu na jejich komunikativnost a schopnost dorozumívání se s dalšími lidmi, s nimiž vlastně byli nuceni v komunitě denně trávit čas. Schopnost komunikace a otevřenost jsou bazálními předpoklady pro úspěšnou léčbu závislosti v terapeutické komunitě.

„Myslím si, že jo. V chování nějak. V reakcích mojich. Myslím, že kdybych tady jenom seděl celé dny a nic nedělal, tak bych byl chrapoun protivný. Když chodím běhat, tak je mi prostě líp a snažím se pak víc aj komunikovat s těma lidma.“

„Já než jsem začal běhat, tak jsem byl takovej hodně podrážděnej a vůbec jsem se nedokázal otevřít pořádně té komunitě. A díky tomu běhu jsem si otvíral své témata, které jsem chtěl vyřešit na skupinách. Pomohlo mi to tedy k tomu, abych se víc začlenil do té komunity a otevřel se.“

Často opakovaným kladem pravidelných vytrvalostních běhů byl dobrý pocit z kolektivního běhu, respektive ze sdílení zážitku společného běhu, a to ať přímo při pohybové aktivitě nebo následně v rámci komunity na oddělení.

„Mě to bavilo ve skupině. Jakože společná aktivita s těma lidma. Že jsem třeba chvílku táhnul a pak když už jsem nemohl, tak jsem se za někoho schoval, on mě vytáhl ... tys mě kolikrát vytáhl, to bylo hodně fajn. To mě na tom bavilo, taková ta spolupráce při tom, aniž bysme si řekli půl slova.“

„Nejvíc příjemné mi bylo, že jsme všichni běželi pospolu. Že nikdo nehrál machra, ale že to prostě bylo takové společné.“

„Líbilo se mi, že jsme běželi jako skupina.“

„Běželi jsme jako tým a to mě na tom bavilo.“

„Mě bavilo, že to bylo kolektivní.“

Dvě respondentky uvedly, že vnímaly bližší vazby mezi těmi klienty komunity, kteří chodili běhat, oproti těm, co se do výzkumného projektu nezapojili. Tyto slova potvrzuje také jedna

z terapeutek TK Fides, která tvrdí, že pravidelný běh „*tmelil skupinu*“. Můžeme se tedy domnívat, že kolektivní pravidelný vytrvalostní běh mohl působit jako kohezní prvek pro určitou část komunity pacientů. Je obvyklé, že člověk, který se v kolektivu cítí lépe a je ostatními přijímán, tak je spokojenější.

„Všimla jsem si, že s lidma, se kterýma jsem běhala, tak jsme si bliž v té komunitě. Jakože mně jsou ti lidé bližší. Protože běžíme jako kolektiv. Takže spoléháme jeden na druhého, nikdy jsme nikoho nikde nenechali. Jsme skupina, takže se navzájem hecujeme, motivujeme.“

„Ten pocit po návratu byl příjemný ... Možná, že i když to bylo takhle kolektivně, bylo to jako příjemný potom. Byli jsme taková stmelenější parta, jakoby běžci.“

Jeden z respondentů poukazuje na své vylepšení vztahu s dalším konkrétním běžcem z komunity:

„Třeba mě to ovlivnilo ve vztahu s Karlem. Od začátku jsme byli nějak na nože a prostě běhali jsme spolu a Karel též hodněkrát, jak už jsem nemohl, tak se třeba vrátil za mnou a hodně mě podporoval. Tak jsem viděl tu jeho druhou stránku.“

Jiní respondenti zase vnímali vylepšení vztahů s jejich terapeuty v komunitě:

„Když budu mluvit jenom za sebe, tak cítím, že jsem se k terapeutům jako víc přiblížil. Dal jsem jim další důkaz toho, že Mára je ten, který se umí hecnout a jde do věcí, které se mu nechtějí.“

„Terapeuti si myslím, to berou hodně pozitivně tady to běhání. Když jsem šel běhat sám nedávno, tak mě chválila moje garantka.“

Také v rámci této výzkumné otázky jeden z účastníků výzkumu zmínil význam běhu pro to, aby na sebe byl náročnější a více se překonával. To následně zvýšilo jeho kvalitu života a spokojenost v léčbě závislosti:

„Možná jo. Možná v tom prostě, že jsem se k něčemu překonal. V týdne léčbě teda, nikdy předtím. Že prostě fakt jdu do těch věcí, které se mi nechtějí a poprvé mě to fakt chytlo. Není to omezené od do, teďka už pokračuju v běhání sám od sebe. Mně kdyby někdo řekl, ať v rámci terapie týden nekouřím, tak se hecnu a týden nebudu kouřit. Ale abych nekouřil osmý den, tak to se mi až doposud nestávalo.“

Následující respondent uvádí, že pravidelný běh měl velmi zásadní vliv na jeho léčbu, protože ho, dle jeho slov, „udržel“ v terapeutické komunitě. Termín našeho výzkumu se protnul s fází klienta, kdy měl tzv. „odchodovky“ (klient intenzivně přemýšlí nad ukončením léčby a diskutuje to s celou komunitou). Respondent se k tomu vyjadřuje následovně:

„Fakt jsem u toho běhu hodně přemýšlel nad věcma, co se teďka se mnou děje, protože jsem měl odchodovky zrovna v tu chvíli. A fakt mi to pomohlo k tomu, abych si to vždycky promyslel, jestli to má vůbec cenu nebo to nemá cenu ... Každopádně to zvýšilo kvalitu, protože jsem chtěl odejít. A díky tomu běhu mě to tady udrželo, protože mi to dalo tu odpověď, kterou já jsem potřeboval slyšet. A nepotřeboval jsem ji slyšet od lidí tady, ale potřeboval jsem ji slyšet sám od sebe, od mého já. To bylo fakt to nejzásadnější pro mě. Jinak bych už tady nebyl.“

Z výpovědí respondentů můžeme usuzovat, že pravidelná vytrvalostní běžecká aktivita, kterou jsme provozovali po dobu čtyř týdnů s klienty terapeutických komunit v PN Marianny Oranžské, měla opravdový vliv na spokojenost, respektive kvalitu života účastníků výzkumu. Někteří respondenti pozorovali změny na sobě a svém chování, jiní naopak byli vnímaví k tomu, jak ostatní běžci či jiní lidé v jejich okolí, reagují odlišným způsobem, než u nich byli zvyklí. Za opravdu důležité zjištění považujeme význam pravidelného běhu na mezilidské vztahy v TK. Blíže se tomuto tématu budeme věnovat v kapitole Diskuse.

Výsledky kvantitativní části výzkumu

Následující část této kapitoly se zabývá výsledky kvantitativní části našeho výzkumu. Vyjadřujeme se zde k jednotlivým hypotézám, které jsme si stanovili. Uváděné hypotézy byly testovány jednostranně.

K H1: Zaměříme-li se na životní spokojenost ve škále zdraví (ZDR) v DŽS, tak zjistíme, že po jednom měsíci běhání je u pacientů terapeutických komunit léčících závislost v PN Marianny Oranžské statisticky významně vyšší než před zahájením běhu ($t_{18}=2,397$; $p = 0,014$). Hypotézu 1 tedy **přijímáme**.

Při podrobnější analýze můžeme konstatovat také kontinuální nárůst spokojenosti na této škále mezi všemi třemi měřeními ($M_1 = 31,63$; $M_2 = 33,58$; $M_3 = 34,89$) ($F_2 = 3,771$; $p = 0,017$). Při párových srovnávaních za pomoci Bonferroniho korektury byl ovšem opět odhalen rozdíl pouze v hodnotách před zahájením běhu a po jednom měsíci ($p = 0,042$).

Tabulka 2: Výsledková tabulka pro škálu „zdraví“ v DŽS před, při a po ukončení pravidelného běhu v TK

	M	SD	N
Zdraví 1	31,63	7,236	19
Zdraví 2	33,58	6,167	19
Zdraví 3	34,89	6,367	19

Pozn.: M = průměr, SD = směrodatná odchylka, N = rozsah souboru

K H2: Životní spokojenost na škále vlastní osoba (VLO) v DŽS po jednom měsíci běhání je u pacientů TK v PN Marianny Oranžské statisticky významně vyšší než před zahájením běhu ($t_{18} = 1,816$; $p = 0,043$). Hypotézu 2 tedy **přijímáme**.

Při podrobnější analýze ovšem nebyl statisticky významný rozdíl v sumarizačních hodnotách mezi všemi třemi měřeními ($F_2 = 1,955$; $p = 0,078$). Hodnoty na této škále sice mají

s postupujícími týdny mírně vzestupnou tendenci ($M_1 = 30,84$; $M_2 = 32,11$; $M_3 = 32,53$), ovšem mezi druhým a třetím měřením se již prakticky nemění.

Tabulka 3: Výsledková tabulka pro škálu „vlastní osoba“ v DŽS před, při a po ukončení pravidelného běhu v TK

	M	SD	N
Vlastní osoba 1	30,84	6,644	19
Vlastní osoba 2	32,11	5,734	19
Vlastní osoba 3	32,53	6,653	19

Pozn.: M = průměr, SD = směrodatná odchylka, N = rozsah souboru

K H3: Celková životní spokojenost (CŽS) v DŽS sice vykazuje mezi jednotlivými měřeními stoupající tendenci ($M_1 = 215,37$; $M_2 = 217,79$; $M_3 = 224,58$), tyto rozdíly však nedosahují statistické významnosti ($F_2 = 1,847$; $p = 0,086$). Hypotézu 3 tedy **zamítáme**.

K H4: Zároveň nedosahuje statistické významnosti ani rozdíl v celkové životní spokojenosti (CŽS) v DŽS před započítáním běhu a po jednom měsíci běhání ($t_{18} = 1,656$; $p = 0,057$). Tento rozdíl neodhalila ani párová srovnávání za pomoci Bonferroniho korektury ($p = 0,173$). Hypotézu 4 tedy **zamítáme**.

Jako doplňující metodu jsme zvolili SWLS, jejíž výsledky jsme korelovali s výsledky CŽS v DŽS. Tyto souvislosti byly testovány oboustranně. Ve všech třech bodech měření byla nalezena statisticky významná středně silná až silná pozitivní korelace mezi sumou CŽS a celkovou SWLS ($r_1 = 0,674$; $p = 0,002$; $r_2 = 0,722$; $p < 0,001$; $r_3 = 0,576$; $p = 0,010$). Pro ilustraci a doplnění přikládáme tabulku v příloze č. 4.

V této kapitole jsme uvedli všechny zásadní výsledky našeho výzkumu, a to jak jeho kvalitativní, tak následně i kvantitativní části. Zároveň jsme se pokusili o interpretaci některých zjištění. Důvody našich nálezů, omezení a limity výzkumu komentujeme v následující kapitole.

11. Diskuse

Psychologickými a léčebnými aspekty pravidelné pohybové aktivity se zabývá několik současných autorů. Naprostá většina z nich (Csémy et al, 2005; Karmisholt, Gotzsche, 2005; Kruisdijk et al., 2012; Pori et al., 2013; Tvrzník, Soumar, 2012; Wöllzenmüller, 2006) se shoduje, že pohyb, v našem případě vytrvalostní běh, se kladně projevuje na psychickém i fyzickém zdraví člověka.

V našem výzkumu jsme zjišťovali vnímanou životní spokojenost u klientů terapeutických komunit pro léčbu závislosti v PN Marianny Oranžské. Pokusili jsme se tak přiblížit význam pravidelného vytrvalostního běhu na spokojenost a kvalitu života lidí, kteří se léčí ze závislosti na psychoaktivních látkách ve střednědobé až dlouhodobé léčbě. K hodnocení životní spokojenosti jsme použili primárně DŽS, který umožňuje sumarizovat výsledky jednotlivých škál do tzv. „celkové životní spokojenosti“. Jako doplňkovou metodu, která se zabývá životní spokojeností, jsme použili Škálu životní spokojenosti (SWLS). Následně jsme ještě tato kvantitativní data doplnili „kvalitativním pohledem“, respektive výpověďmi pacientů, jakožto součástí strukturovaných interview s respondenty, ergo pravidelnými běžci z terapeutických komunit. Domníváme se, že jsme tak obohatili a doplnili pohled na přínos pravidelného vytrvalostního běhu pro životní spokojenost jedince v léčbě závislosti.

Při analýze výsledků výzkumné části této práce jsme narazili na některá omezení, která bychom rádi na tomto místě více rozvedli a okomentovali. K těm nejpalčivějším limitům, které si jakožto autoři studie uvědomujeme, řadíme občasnou složitost psychologických výzkumných metod (DŽS, SWLS) pro naši cílovou skupinu respondentů. Závislí lidé, trpících především drogovou závislostí, často nedosahují vyšších stupňů vzdělání, jelikož je závislost postihuje nejčastěji ve věku, kdy vzdělání nepovažují za prioritu svého života. Tím pádem následně ve své edukaci selhávají a své životní rozhledy si tak limitují. Neoddiskutovatelnou skutečností je rovněž neblahý vliv psychoaktivních látek na kognitivní a exekutivní funkce člověka. Z našich rozhovorů s klienty / respondenty jsme měli možnost vyzorovat, že ne vždy pro ně byly zvolené psychodiagnostické metody zcela srozumitelné. Jako příklad může sloužit položka: „Kdybych mohl/a žít svůj život znovu, téměř nic bych nezměnil/a.“ v SWLS. V situaci, kdy respondent odpovídal možností „silně nesouhlasím“, došlo k tzv. „dvojímu záporu“ a nekoncentrovaný klient mohl na položku odpovědět zcela opačně, než původně

zamýšlel. Náročnost některých položek na pochopení dokresluje následující příklad, kdy respondent odpovídá v SWLS na již výše uvedenou položku „souhlasím“ a komentuje to slovy: *„protože jsem nemohl ovlivnit rozvod našich jako malej“*. Další účastník výzkumu a klient léčby závislosti na stejnou položku odpovídá: „silně souhlasím“ a doplňuje svou odpověď slovy: *„já toho nelituju“*.

Dalším omezením týkajícím se zvolených psychodiagnostických metod mohla být jejich délka. Především pak u DŽS a u strukturovaného interview. Dokážeme si představit, že v situaci, kdy závislý klient třikrát do měsíce vyplňuje stejné dotazníky se stejnými položkami (leckdy i velice osobně zaměřenými), tak se pokouší si své odpovědi zkrátit či zjednodušit a jedná automaticky, tudíž neodpovídá na otázky dle reality. Při analýze strukturovaných rozhovorů jsme si uvědomili riziko možného vzájemného nepochopení s respondenty. Typický argot lidí závislých na psychoaktivních látkách a občasná neobvyklá stavba vět, kterou klienti TK používali, mohla způsobit nepochopení, či nepochopení při sdělování jejich názoru k problematice.

Pro náš výzkum jsme si zvolili jako hlavní kvantitativní metodu DŽS, protože ji považujeme (z nabízených metod pro výzkum životní spokojenosti) za tu nejkompexnější. Pokrývá největší škálu faktorů, které životní spokojenost ovlivňují. Při podpoře a dokreslení výsledků za pomoci SWLS a rozhovorů s respondenty má tato metoda značný potenciál zobrazit skutečnou životní spokojenost. V rámci probíhajícího výzkumu jsme si však uvědomili, že mnohé odpovědi našich respondentů jsou ovlivněny aktuální prožívanou situací, pocity, předsudky, myšlenkami nebo třeba „jen“ časovými dispozicemi k vyplnění dotazníku. Dokreslujeme tento fakt výpovědí jednoho z respondentů: *„Při vyplňování testů se mi stávalo, že když jsem měl třeba špatnou náladu, tak jsem tam dal míň procent a když jsem měl třeba dobrou náladu, tak jsem jich tam dal víc. Vyplňoval jsem to hodně podle aktuální nálady.“* Jedním z dalších limitů (které jsme pozorovali u námi zvolených metod, které se zabývají životní spokojeností) byla skutečnost, že si respondenti do svých odpovědí mohli projikovat „vytoužený stav“ a nikoliv skutečnost týkající se jejich spokojenosti v životě. Jedná se ovšem o globální omezení psychologického výzkumu, v němž nikdy nelze zcela vyloučit „situačně ovlivněné“, nereálné a zkreslené odpovědi probandů.

Zaměříme li se na potvrzení hypotézy 1, tedy na signifikantní rozdíl ve spokojenosti na škále „zdraví“ v DŽS před započítáním a po ukončení výzkumu, tak je nutno k těmto zjištěním doplnit taktéž informace z rozhovorů s účastníky výzkumu. Nejen v dotazníkové části, ale i

v rámci kvalitativních rozhovorů, jsme zjistili, že pravidelný běh může pozitivně působit na zdraví běžce. Jak jsme již uvedli v předešlé kapitole, tak častou odpovědí na otázku, která důležitá životní oblast byla pravidelným během nejvíce ovlivněna, bylo právě zdraví. Nutno podotknout, že je zde myšleno jak zdraví fyzické, tak psychické. Např. jedna z respondentek uvedla, že se jí snáze chodilo, další uvádí účinek běhu na změnu jídelníčku, což může mít vliv na potíže s tělesnou hmotností, třetí respondent poukazuje explicitně na zhubnutí šesti kil. Všechny uvedené příklady mají prokazatelný vliv na spokojenost, respektive také psychické zdraví člověka. Potvrzuje to následující komentář jednoho běžce: „*Moje sebevědomí se mi furt zvyšuje tím během nějak. Protože si furt nandávám víc a víc kilometrů a snažím se furt víc překonávat. Mám z toho fakt dobrý pocit a je mi fakt dobře.*“ Vnímáme určitou kontroverzi v neustálém zvyšování dávek běhu a navyšování očekávání od běhu, což u závislých lidí není nic neobvyklého. Bývají naučeni chtít stále víc a víc od běžných situací v životě, a proto se domníváme, že právě zde se nachází prostor pro další terapeutickou práci s vytrvalostním během v léčbě. Mohlo by se teoreticky jednat o návazný výzkum, zabývající se pravidelnou pohybovou aktivitou v terapii závislosti.

Za důležité zjištění také považujeme skutečnost, že pravidelný vytrvalostní běh má potenciál omezovat závislost na cigaretách, respektive snižovat denní dávku nikotinu u závislých klientů. Toto zjištění ilustruje následující výrok běžajícího klienta: „*Kouřím míň. Dříve jsem to měl tak, že jsem kouřil furt, neměl jsem tam nějaké pauzy, že kvůli něčemu bych si nedal cigó. Ale teďka fakt kvůli tomu běhu si ho nedám.*“ Tento výrok můžeme považovat za potvrzení vlivu pravidelného běhu na závislost vypěstovanou na cigaretách, jejichž škodlivost pro zdraví je jasně prokázána (např. Králíková, 2010), avšak mezi klienty TK hojně rozšířena. Jen pro doplnění uvádíme, že dle některých autorů (Hnilica, 2004; Rodná, Rodný, 2001) je zdraví zásadním a neoddělitelným znakem pocíťované životní spokojenosti.

Za jedno z nejzásadnějších zjištění našeho výzkumu považujeme skutečnost, že pravidelný běh může působit na budování kvalitních vztahů. Předešlá kapitola ukázala, že se může jednat nejen o vztah s druhými lidmi, ale i vztah k sobě samému, tedy ke své vlastní osobě. Považujeme to za důležitou informaci, jelikož léčba závislosti v terapeutické komunitě je postavena především na psychoterapii, která z velké části funguje na vztahové bázi. Domníváme se, že čím kvalitnější vztahy mezi klienty vzájemně, stejně tak jako mezi klienty a terapeuty (případně mezi klienty a jejich nejbližšími rodinnými příslušníky), jsou vybudovány, tím účinnější léčba závislosti může být. Jeden z účastníků výzkumu udává dokonce nepřímý vliv jeho pravidelného běhání v léčbě na vztah s jeho sestrou doma: „*Už o*

Vanocách půjdu se sestrou běhat, už jsme domluveni.“ Nejdůležitějším vztahem však pro každého pacienta zůstává vztah k jeho vlastní osobě, což potvrzuje tvrzení jednoho z účastníků výzkumu, kterému pravidelný běh dopomohl k tomu, aby ke své léčbě přistupoval seriózněji: *„Pomohlo mi to najít v sobě nějakou tu odhodlanost do léčby, protože předtím jsem tady byl tak jakože vlastně nevím co chci. Jak jsme chodili běhat, tak jsem si říkal jo dobré, chodím běhat, už je to první týden, druhý týden ... v životě jsem nic takového nedokázal, jako překonat se k něčemu. Tak jsem si řekl, že když zvládnou i to, co bolí, jako třeba ty plíce nebo kolena, tak zvládnou aj léčbu, že jo? Prostě mě to nějak nakoplo tady. Jako já jsem věděl, že tady musím být, ale spíš jsem si myslel, že tu léčbu jenom tak propluju, ale teď prostě to nechci proplout a chci si vyřešit ty věci, abych se tady nemusel vracet s nějakým relapsem.*“ Otázka možnosti ovlivnění bažení, respektive recidivy byla v předešlé kapitole srozumitelně zodpovězena samotnými účastníky výzkumu, přesto bychom zde rádi připomněli potenciální možnost přiblížení se za pomoci běhu recidivě. Ta může nastat v případech, kdy pacient – běžec přistupuje k pravidelné pohybové aktivitě s nespelnitelnými očekáváním. Nejčastěji by se, dle našeho názoru, mohlo jednat o příliš vysoké mety, které např. u starších klientů z fyzických a zdravotních důvodů nelze plnit. V takové situaci by mohl pravidelný běh působit v léčbě závislosti přímo kontraproduktivně.

Psychoterapie, užívána v terapeutické komunitě jako první možnost volby při léčbě závislosti, je z velké části o mezilidské komunikaci. Následující výroky respondenta o potencování komunikace mezi klienty TK, poukazuje na další možnost terapeutického využití vytrvalostního běhu: *„Celkově ta komunikace mezi lidma v komunitě se zvýšila díky tomu běhu. Že se začali ostatní vyptávat jaký to bylo a jestli půjdu znova. Taky se hodně ptali, jestli mi to pomáhá.*“ nebo *„Potom už ke konci to povídání u toho mě bavilo, že jsme si začali fakt i povídat při tom běhání.*“ Myslíme si, že působení pravidelného běhu na budování vztahů klientů terapeutických komunit je z těchto výroků zřejmé, přijetí druhé hypotézy tato zjištění pouze potvrzuje.

Ačkoliv byla nalezena stoupající tendence mezi všemi třemi (před během, po dvou týdnech běhu a po ukončení běhání) měřeními CŽS v DŽS, tak rozdíly v měřeních nedosahovaly statistické významnosti, a tudíž jsme zamítli hypotézu číslo 3. Pro ověření a doplnění jsme použili také metodu SWLS, která je dle Šolcové a Kebzy (2005) jednou z nejčastěji používaných metod, jež umožňuje hodnotit životní spokojenost jako celek. Výsledky této metody jsme korelovali s výsledky CŽS v DŽS. Byla nalezena statisticky signifikantní

korelace, která posiluje možné závěry našeho výzkumu, a sice, že pravidelný běh za určitých okolností může zvyšovat spokojenost klientů terapeutické komunity v léčbě závislosti.

Překvapujícím faktem pro nás bylo, že jsme byli nuceni zamítnout také hypotézu číslo 4, která předpokládala statisticky signifikantní rozdíl v měření před započítáním pravidelného běhu a po ukončení našeho výzkumu, tedy po měsíčním pravidelném vytrvalostním běhání. Domníváme se však, že tyto výsledky mohou pouze poukazovat na skutečnost, která byla ověřena také jinými předešlými výzkumy (např. Hřebíčková, Blatný, Jelínek, 2010), že životní spokojenost a kvalita života jsou konstrukty, které jsou natolik komplexní, že jsou ovlivněny mnoha dalšími faktory, nikoliv jen pravidelnou pohybovou aktivitou. Myslíme si, že i rozmanitost klientů tří rozdílných terapeutických komunit, s nimiž jsme pravidelně běhali, hrála svou roli při zjišťování životní spokojenosti a jejího vývoje v čase. Ačkoliv se všechny zvolené TK zabývají léčbou závislosti, tak každá z nich je něčím specifická (např. druhem závislosti, na níž se v terapii primárně zaměřuje), tudíž i její klienti jsou odlišní.

Za lehce překvapující zjištění považujeme to, že nikdo z klientů neformuloval své zkušenosti s během v léčbě tak, že by mohl běh využít jakožto „náhražku“ své závislosti. Z osobní zkušenosti i předešlých výzkumů (např. Man, 2014) víme, že na pravidelný vytrvalostní běh může být vypěstován návyk, který běžec k životu „potřebuje“. Domníváme se, že ačkoliv se ve zdravé populaci jedná o sporný přínos běžecké aktivity, tak mezi závislými lidmi, by se této skutečnosti dalo využít jako nahrazení závislosti na psychoaktivní látce jakousi „bohulibou“ závislostí, která není zdravá nebezpečná. Důvodem neobjevení této možnosti samotnými účastníky výzkumu je podle nás kratší doba trvání výzkumu. Tu ostatně považujeme za jedno z největších omezení našeho výzkumu. Myslíme si, že ideálním časem pro potvrzení přínosných návyků (např. Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999) a zkušeností (např. Skála, Mařová, 1989), které se s pravidelným během pojí, by byla doba alespoň dvou až tří měsíců. Z důvodů organizačních a časových jsme však zvolili období jednoho měsíce jako minimálně vhodné pro to, aby měli klienti terapeutických komunit v PN Marianny Oranžské příležitost, si tuto sportovní aktivitu examínovat. Možnost vyzkoušení si pravidelného běhu (pod vedením zkušenějšího běžce) tzv. „na vlastní kůži“ považujeme za zásadní aspekt tohoto výzkumu. Jedině „v terénu“ mají klienti možnost ověřit si své reakce na některé zátěžové situace. Právě to je u závislých lidí jedno z významných zjištění, které mohou v budoucnu využít. Nepřímo to potvrzuje i výrok jednoho z respondentů: *„Ta radost, co mi to dalo, to je ohromná obrana oproti těm špatnejm věcem, které ti závislost v myšlenkách přináší.“* nebo vedoucí TK Fides: *„Tohoto běžeckého výzkumu jsme se zúčastnili proto, že navazuje na*

komunitní sportovní tradice. Běh se jeví jako dobrá a levná náplň volného času, zároveň přináší klientům uspokojení z viditelného úspěchu. V TK klienti běhali samostatně a neměli strukturovaný program, vedení a profesionálního poradce. Proto jsme velmi přivítali zapojení do výzkumu.“ Výzkumný záměr, zaměřující se konkrétně na možnost saturace závislosti na psychoaktivní látce závislosti na vytrvalostním běhu, se nám jeví jako jeden z potenciálních námětů některého z budoucích výzkumů běžecké pohybové aktivity v léčbě psychických nemocí.

Mírně kontroverzním zjištěním pro nás bylo nízké množství záporů pravidelného běhu, které účastníci v rámci výzkumu zaregistrovali. Přestože pravidelný běh, dle dosavadních výzkumů, patří k aktivitám, kde klady převažují nad zápory, tak určité nevýhody pro některé z účastníků výzkumu mít mohl. Jeden z respondentů za potíže, která se objevila v rámci jeho účasti na výzkumu, označil „nabourání“ jeho volného času v rámci denního režimu: *„Nevýhoda je, že je to pro mě ztráta volného času. Že jsem si místo toho mohl dělat povinnosti, které jsem měl.“* Vzhledem k tomu, že se v rámci jeho TK běhalo vždy v čase ranní komunity a pracovního bloku (oba povinné programy), tak lze tuto připomínku považovat za mírně inkohorentní. Další námitka vznesená proti pravidelnému běhání bylo omezení účasti právě na ranní komunitě, která je jedním z důležitých programů TK: *„Běhání mě nejvíc omezovalo na těch komunitách. Protože to mě baví a tam se řeší všechny problémy, co máme a prostě jsem tam nemohl být do konce. Poslechnout si všechny ty názory.“* Jsme si vědomi tohoto narušení zavedeného programu TK a pro dlouhodobější běhání by bylo nutno toto omezení ošetřit. V tom se s námi shoduje i terapeutka TK Fides, která uvádí: *„Myšlenka nové možnosti sportu a zároveň tréninku výdrže se mi sice líbila, ale moc se mi nezdálo načasování běhu v pracovním bloku.“* Tyto citace poukazují na složitost zakomponování nové aktivity do pevně strukturovaného programu terapeutických komunit, jež (přestože jsou součástí jedné Psychiatrické nemocnice) fungují v mírně odlišném režimu. Do budoucna by bylo nutné tyto připomínky zohlednit a s větším předstihem a s jednotlivými TK stanovit takový čas běhání, který by nenarušoval jiné programy. Poslední připomínkou, která byla v rámci rozhovoru projevena ze strany účastníků výzkumu, tedy pacientů TK, bylo omezení v možnosti kouření: *„Omezovalo mě to v kouření. Že nám bylo zakázáno kouřit v těch patnácti minutách, co jsme měli.“* Respondent se odvolává na vymezenou přestávku mezi dvěma povinnými programy, v níž je klientům umožněno kouřit. Často se však běh protáhl (včetně rozcvičky, strečingu, hygieny), že tato přestávka nemohla být dodržena. Jiný respondent k tomu dodává: *„Byl jsem naštvaný, že si nemůžu dát ani cigáro. To mi pomohlo ale k tomu, že jsem si zjistil, že jsem na*

tom cigáru zase hodně závislej ... to se mi přesně stalo po 14 dnech toho běhání, když jsem běžel ráno si dát cigáro. To jsem si fakt říkal tyjo jsem jak debil. Jsem rád, že jsem si to uvědomil a že se s tím snažím bojovat.“ S odkazem na tento poslední výrok účastníka výzkumu a současně na dříve uvedené zdravotní výhody běhu, však ani tyto připomínky nezní, jako seriózní zápory pravidelného běhu v TK. Naopak se spíše domníváme, že buďto si respondenti skutečně žádné významné nevýhody pravidelného běhu neměli možnost během našeho výzkumu ověřit, nebo se nám, jakožto výzkumníkům snažili určitým způsobem zavděčit a vyzdvihnuli pouze výhodu běhání. Tuto možnost jsme zvažovali v momentě, kdy jsme zjistili, že našim pravidelným společným běháním získali někteří účastníci výzkumu jakousi výhodu oproti těm, kteří se výzkumu neúčastnili. Tato výhoda se týká pacientů, kteří jsou v léčbě závislosti čerstvě a jsou v úvodní fázi terapie. V této etapě klienti nemají možnost opouštět samotnou TK a jsou neustále pod dozorem. Jakožto účastníci našeho výzkumu mohli oddělení opustit a dostat se tak ven mimo areál PN Marianny Oranžské. Následující komentáře tuto skutečnost potvrzují: *„Mně to bylo sympatické v tom, že jsem byla vlastně v červené etapě a byla jsem tady zavřená. Takže pro mě to byl pocit svobody, že můžu vyběhnout někam do přírody. To mi dělalo dobře.“* Další respondent to komentuje slovy: *„Protože jsem byl v té červené etapě, tak jsem nemohl mimo léčebnu. Takto jsem se dostal i mimo léčebnu a celkově takové volnější to bylo, že jsem vypadl z toho zaběhlého programu tady.“* Tyto komentáře nás mohou přivádět na myšlenku, že někteří respondenti mohli cítit určitý vděk k nám výzkumníkům, a tudíž mohlo být jednou z jejich motivací při odpovídání na výzkumné metody „udělat výzkumníkovi radost“. Nedomníváme se, že jde o významnou část našeho výzkumného vzorku, nicméně považujeme za důležité zmínit se o této skutečnosti jakožto o jednom z limitů našeho výzkumu. Částečným osvětlením této skutečnosti by v případě budoucího výzkumu, který by se zaměřoval na pravidelný vytrvalostní běh v terapeutické komunitě, mohla být komparace životní spokojenosti u klientů, kteří chodí pravidelně běhat a klientů, kteří se pravidelného běhu neúčastní. Tak by bylo možné ještě hlouběji proniknout do vnímané životní spokojenosti pravidelných běžců, respektive „neběžců“ v léčbě závislosti.

Závěrem diskuse bychom rádi doplnili, že vnímáme zjištění našeho výzkumu jako potvrzení některých dosavadních výzkumů, které se zabývaly sportovně pohybovou aktivitou v léčbě psychických poruch ve vztahu ke spokojenosti klienta. Naše závěry popisují některá omezení, která jsme v této kapitole rovněž diskutovali, jež nedovolují tyto zjištění globalizovat a považovat za univerzálně platná. To však nemění nic na tom, že se pravidelný vytrvalostní

běh v terapii závislosti vyprofiloval jako aktivita, která za určitých podmínek může být skutečně přínosná pro spokojenost pacienta, respektive pro jeho duševní i fyzické zdraví. Citace jednoho z respondentů nám pomáhá tento závěr maximálně zjednodušit: *„Kdybych se rozhodnul, že přesvědčím někoho blízkého, aby začal běhat, tak mu řeknu: ‚Hele ze začátku to nebude jednoduchý, ale díky tomu, že budeš dodržovat pravidelné běhání, tak se budeš cítit fajn a budeš mít ze života větší radost. Budeš si moct věci promyslet v hlavě pořádně a hlavně se nebudeš flákat.‘ “*

12. Závěr

Cílem prezentovaného výzkumu bylo přinést konkrétní zjištění z oblasti vlivu pravidelného vytrvalostního běhu na spokojenost klientů v léčbě závislosti v terapeutických komunitách Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské. Na tomto místě rekapitulujeme ty nejzajímavější z nich.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že v tzv. „celkové životní spokojenosti“ (kterou Dotazník životní spokojenosti umožňuje vypočítat) neexistuje statisticky významný rozdíl před započítím pravidelného běhu s klienty TK a po ukončení pravidelného běhu s klienty TK. Současně byl nalezen signifikantní rozdíl ve spokojenosti před započítím běhu a po jeho ukončení na škále „zdraví“ ($p = 0,014$) a na škále „vlastní osoba“ ($p = 0,043$). Tyto výsledky jsou podpořeny výpověďmi našich respondentů, kteří uvedli, že důležitými oblastmi, které, dle jejich subjektivního hodnocení, prošly největší změnou poté, co zakončili měsíc pravidelného běhání v TK, bylo „zdraví“, „vztah k vlastní osobě“ a „mezilidské vztahy“. Považujeme za důležité upřesnit na skutečnost, že výrazem zdraví je myšleno zdraví jak psychické, tak fyzické. Jedna z účastnic výzkumu vliv pravidelného běhu na své zdraví (duševní i tělesné) a svou osobu popisuje následovně: *„Odras duše a těla spolu vždycky nějak souvisí, takže když se cítím fyzicky v pohodě, tak to určitě přispívá k psychické pohodě.“* Jelikož je subjektivní zdraví člověka považováno za bazální prvek vnímané životní spokojenosti, lze potom tvrdit, že pravidelný vytrvalostní běh je terapeutickou aktivitou, která může mít vliv na pocíťovanou životní spokojenost pacienta.

Obě další oblasti, týkající se jak vztahu se sebou samým, tak vztahů ke svému sociálnímu okolí, lze považovat za důležitou složku v léčbě závislosti v terapeutické komunitě, která se zaměřuje především na psychoterapii. Psychoterapie je z velké části o vztahu mezi klientem a terapeutem, tudíž zvyšování spokojenosti na vztahové rovině nepřímo ovlivňuje zvyšování spokojenosti v léčbě. Možná nejdůležitějším vztahem pro závislého člověka však zůstává vztah, na němž v terapii závislosti pracuje patrně nejintenzivněji, a sice vztah k sobě samotnému. I zde mohl být pravidelný běh např. tomuto účastníkovi výzkumu nápomocen hlubší sebereflexí a introspekci, kterou v něm vyvolal: *„Já jsem nikdy neuměl být sám se sebou a běh mi pomohl, že jsem se koncentroval sám na sebe a všiml jsem si svých problémů, co mám. Taky mi to pomohlo srazit mou agresi. Že prostě hned tam není to impulsivní*

chování. Bylo to tím, že jsem se dokázal zabývat sám sebou a nalézat chyby u sebe a řešit to se sebou. Protože já, jak jsem tu přišel nastavený, tak jsem si myslel, že všechno je ok ve mně. Ale prostě teď si všímám víc chyby u sebe.“

Během výzkumu si měli respondenti možnost vyzkoušet, jestli jsou schopni za pomoci pravidelného vytrvalostního běhu působit na craving, který je častým doprovodem recidivy u závislých klientů. Někteří respondenti uvedli, že vytrvalostní běh lze považovat za pevný bod jejich pravidelného denního režimu. Jinými klienty byl běh vnímán jako aktivita, která má potenciál zbavit člověka nudy. Tyto skutečnosti, dle účastníků výzkumu, mohou vést k prevenci cravingu a k oddálení relapsu.

Práci zakončujeme citátem, který by možná mohla potvrdit nemalá část účastníků výzkumu, kteří využili možnosti, aby do své terapie závislosti začlenili nový prvek, jenž (jak mnozí uvedli) budou chtít využívat i po ukončení léčby.

„Dej do pohybu své tělo, to uvede do pohybu duši, a ta se sama začne léčit.“

(Gabrielle Roth)

Souhrn

Rigorózní práce se zabývá vlivem pravidelného vytrvalostního běhu na životní spokojenost klientů v léčbě závislosti, která probíhá v terapeutických komunitách Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské. Zkoumá účinky pravidelné pohybové aktivity na „celkovou životní spokojenost“, stejně jako na jednotlivé důležité životní oblasti pacientů, jako jsou např. zdraví nebo vztahy. Práce představuje pravidelný vytrvalostní běh jako přínosnou pohybovou aktivitu, která za určitých podmínek ovlivňuje spokojenost klienta v léčbě závislosti, má vliv na jeho psychické a fyzické zdraví a v neposlední řadě podněcuje pacienta k práci na vztahu ke své vlastní osobě. Zároveň bylo zjištěno, že pravidelný vytrvalostní pohyb může klientům pomoci při práci s cravingem, respektive oddálením relapsu.

Podle Miovskeho et al. (2008) je snaha ovlivnit lidské prožívání a chování prostřednictvím návykových látek stejně stará jako lidstvo samo. Skála (1988) za drogy označuje látky, které mohou vyvolat závislost. Psychotropní vlastnosti takových drog spočívají v ovlivnění psychiky člověka ve smyslu změny nálady, vnímání, prožívání, ale i chování, zájmů a stavů vědomí. Pokud jsou pro zneužívajícího jedince žádoucí jen některé účinky drog, nemůže se vyhnout ani účinnům nežádoucím, včetně záporných zdravotních důsledků. Popov (2001) mezi návykové nemoci zahrnuje poruchy, vyvolané zdravím škodlivými návyky (zejména alkoholem, drogami či gamblingem). Závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Za určitých okolností tato přirozená touha může přejít v nutkavost a změnit se tak v příčinu rozvoje chorobných znaků. Ty se projevují, vedle nutkavého dychtění po změně prožívání, rovněž narušením až ztrátou kontroly nad nutkavým chováním. Dále také pokračováním v dosavadním vzorci chování i přes narůstající důsledky a prohloubením stavu nelibosti při přerušení tohoto vzorce (Kudrle, 2003a). Nahlížení na podstatu závislosti procházelo v dějinách různým vývojem a rovněž změnami výchozích paradigmat. Koncept závislosti byl postaven na různých výkladových modelech, až dospěl k dnešnímu bio-psycho-sociálně-spirituálnímu pohledu (Procházka, Šmahaj, Kolařík, Lečbych, 2014).

Popov (2001) uvádí, že léčba návykových nemocí může být úspěšná, jestliže je v terapii respektována komplexnost léčby a jeli zajištěna dostupnost a odpovídající délka léčby. Dle Nešpora (2011) by měla být léčba závislosti dlouhodobá a intenzivní, což vyžaduje, aby

pacient využíval nabídek mnoha různých zařízení. Např. na střednědobou léčbu pro závislost na drogách může navazovat dlouhodobý pobyt v terapeutické komunitě. Terapeutická komunita (TK) je „strukturované prostředí“, ve kterém klient žije a absolvuje program léčení. TK nabízí bezpečné a podnětné klima pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly (Kalina et al., 2001). V současnosti v České republice existuje patnáct TK pro drogově závislé. Až na dvě výjimky (k nimž patří i TK v PN Marianny Oranžské v Bílé Vodě) jde o zařízení provozovaná nestátními neziskovými organizacemi (Kalina, 2013).

Doležal et al. (1964) tvrdí, že je vždy snazší užívání drog předcházet, než je následně odstraňovat. Těžiště našich snah by tedy mělo být vždy v prevenci. Míček (1984) uvádí, že pohyb ve všech formách je nejdůležitějším prvkem autoregulace pro zachování tělesného a duševního zdraví. Současně zdůrazňuje, že pěstování sportu vytváří fyzickou zdatnost, která je spojena s dobrým emocionálním zdravím, zatímco nedostatek zdatnosti se pojí se slabým emočním zdravím. Nedostatek pohybu lze považovat za významný rizikový faktor, jelikož lidé mají stanovenou určitou minimální dávku pohybu, které by měli dosáhnout, aby si udrželi funkční svaly a orgány. Pokud je tento práh překračován jen sporadicky, utváří se prostředí pro četná onemocnění. Mezi tyto řadíme např.: onemocnění srdce a oběhového systému, poruchy látkové výměny, nadváha, ale také psychické poruchy (úzkosti, deprese aj.) (Wöllzenmüller, 2006). Tvrzník a Soumar (2012) tvrdí, že začít běhat je pro jedince událost, která mu změní život. Skála (1988) považuje pravidelný vytrvalostní běh jako nejpraktičtější pohybovou aktivitu, a to jak z hlediska dosažitelnosti, tak z hlediska časové nenáročnosti. Kondiční běh je, podle něj, na rozdíl od závodního běhu přístupný každému a lze s ním začít v kterémkoliv věku. Empiricky ověřenou pozitivní zkušenost s pravidelným během při léčbě závislosti má také psychiatr D. Randák (e-mailová zpráva 9. října 2014), který tvrdí, že ti pacienti, které se mu v rámci jeho léčby „podařilo rozběhat“, to mají se zvládnutím své závislosti jednodušší, recidivují méně často a ne tolik dramaticky. Za hlavní přínos považuje skutečnost, že jsou tito klienti obecně spokojenější.

Hlavní přínosy běhu pro tělesné zdraví člověka, které jsou vědecky podloženy, jsou neustále aktualizovány. Dnes k nim počítáme např.: větší a výkonnější srdce, vyšší pružnost a funkčnost cév, nižší tepovou frekvenci, stabilizaci krevního tlaku, vyšší výkonnost plic, větší spotřebu a využití energie, silnější a výkonnější svalstvo, zlepšení pohybové koordinace aj. (Tvrzník, Soumar, 2012).

Wollzenmüller (2006) uvádí přínosy pravidelného a přiměřeného běhu po psychické stránce: pravidelní běžci se cítí vitálněji, výkonněji a sebevědoměji, lépe odhadnou své duševní rozpoložení a snáze se vypořádávají s každodenními problémy (jsou vyrovnanější, méně depresivní a nepocitují strach). Pravidelný běh také vede ke změně životního stylu v oblasti stravování a pitného režimu. Pohybová aktivita zároveň zlepšuje dlouhodobou koncentraci a vede ke zrychlení mentálních reakcí, což vede k flexibilnějšímu myšlení. Kritické situace bývají běžci řešeny klidnějším a racionálnějším způsobem (Tvrzník, Soumar, 2012).

Míček (1984) uvádí širší pojetí duševního zdraví, které nezdůrazňuje nepřítomnost choroby, ale naopak se snaží popsat projevy optimálního duševního zdraví. S tímto konceptem výhodné životní adaptace částečně korespondují projevy pravidelného běhu v životě jedince. V teoretické části rigorózní práce se (v kombinaci se závislostí) proto také zabýváme sebevýchovou a systemizací životního stylu, stresem a jeho vlivem na život, sebepojetím běžce a rovněž mezilidskými vztahy.

Hamplová (2006) uvádí, že psychologické pojmy jako „životní spokojenost“, „štěstí“ nebo „kvalita života“ jsou sice hojně využívány, nicméně vymezeny pouze vágně. Rodná & Rodný (2001) dodávají, že často jsou zaměňovány „životní spokojenost“, „kvalita života“, („wellbeing“) a „subjektivní dobré zdraví“. Soulad však panuje v názoru, že kognitivní a afektivní komponenty všech oblastí života (např. zdraví, sociální vztahy aj.) mohou přispívat k celkové životní spokojenosti. To respektuje námi užívaný „Dotazník životní spokojenosti“ (DŽS) autorů Fahrenberga, Myrteka, Schumachera a Brählera, který se skládá z deseti škál (oblastí), z nichž každá je sycena sedmi položkami. Celkově tedy obsahuje 70 otázek rozdělených po sedmi otázkách pro každou významnou oblast. Dotazník umožňuje vypočítat tzv. „celkovou životní spokojenost“ (CŽS). Jako doplňkovou metodu jsme využili SWLS, která rozlišuje osobní pohodu na složku afektivní a kognitivní (Diener et al., 1985).

Zkoumanou populací výzkumu ($n = 19$) byli klienti (ve věku od 19 do 55 let) tří TK pro léčbu závislosti v PN Marianny Oranžské. Bazálním kritériem pro zařazení do výzkumu byl lékařem prověřený zdravotní stav umožňující pravidelnou fyzickou vytrvalostní aktivitu. Pro hlubší analýzu jsme zvolili kvantitativně-kvalitativní metodu výzkumu. V rámci kvalitativního přístupu jsme využili strukturované rozhovory s účastníky výzkumu, což nám poskytlo možnost zmapovat výzkumný problém komplexněji.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že v CŽS neexistuje statisticky významný rozdíl před započítáním a po ukončení pravidelného běhu s klienty TK.

Zároveň byl nalezen statisticky významný rozdíl ve spokojenosti před započítáním běhu a po jeho ukončení na škále „zdraví“ ($p = 0,014$) a na škále „vlastní osoba“ ($p = 0,043$). Tyto

výsledky byly podpořeny výpověďmi účastníků výzkumu, kteří uvedli, že důležitými životními oblastmi, které, dle jejich subjektivního hodnocení, prošly největší změnou poté, co zakončili měsíc vytrvalostního běhu v TK, bylo „zdraví“, „vztah k vlastní osobě“ a „mezilidské vztahy“. Pokud se jedná o kategorii „zdraví“, tak v podání DŽS i našich respondentů, zahrnuje zdraví jak fyzické, tak psychické. Z důvodu toho, že subjektivní zdraví člověka je považováno za bazální prvek vnímané životní spokojenosti, lze potom tvrdit, že pravidelný vytrvalostní běh je terapeutickou aktivitou, která může mít vliv na pociťovanou životní spokojenost pacienta. Obě další životní oblasti, které prošly proměnou a týkají se vztahů, lze považovat za důležitou složku životní spokojenosti v léčbě závislosti, jelikož ta probíhá v TK za pomoci psychoterapie, která se ze značné části opírá právě o vztahovou úroveň zainteresovaných jedinců. V rámci vztahu ke své vlastní osobě byl běh respondenty komentován jako aktivita, který za určitých podmínek posiluje sebereflexi a introspekci pravidelného běžce.

Během výzkumu si měli respondenti příležitost vyzkoušet, jestli jsou schopni za pomoci pravidelného vytrvalostního běhu ovlivnit bažení, který je častým doprovodem recidivy u závislých jedinců. Někteří respondenti uvedli, že vytrvalostní běh lze považovat za pevný bod jejich pravidelného denního režimu. Jinými klienty byl běh vnímán jako aktivita, která má potenciál zbavit člověka nudy. Tyto skutečnosti, dle účastníků výzkumu, mohou vést k prevenci cravingu a k oddálení relapsu.

Značný vliv na výsledky našeho výzkumu a současně jeho omezením může být doba trvání výzkumu. Možnost vyzkoušení si pravidelného běhu (pod vedením zkušenějšího běžce) tzv. „na vlastní kůži“ považujeme za zásadní aspekt tohoto výzkumu. Jedině „v terénu“ mají klienti možnost ověřit si své reakce na některé zátěžové situace. K dalším limitům výzkumu řadíme možnou složitost výzkumných psychodiagnostických metod pro naši zkoumanou populaci.

Pravidelný vytrvalostní běh se v rámci našeho šetření vyprofiloval jako aktivita, která za určitých podmínek může být skutečně přínosná spokojenosti, respektive zdraví či vztahům, závislého klienta v terapeutické komunitě PN Marianny Oranžské. Domníváme se, že tato zjištění by mohla být zdrojem pro praktické využití s klienty léčby závislosti a současně pro další vědecká zkoumání. Tímto výzkumem jsme potvrdili výsledky některých dosavadních výzkumů a zároveň přispěli k deskripci významu pravidelné běžecké aktivity v terapii závislosti v České republice.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- 1) Arterburn, S., Burns, J. (2001). *Drogy klepou na dveře*. Brno: Nová naděje.
- 2) Bartko, D. (1980). *Moderní psychohygienu*. Praha: Orbis.
- 3) Bartošek, J. (1968). *O duševním zdraví*. Praha: Práce.
- 4) Banitalebi, E., Faramarzi, M., Rahmani-Nia, F., Moghni, M. (2010). Effects of exercise on physical fitness and blood factors of addicted persons who have quitted drugs for two months. *International Journal of Fitness*, 6(1), 33-40. Získáno 1. dubna 2015 z EBSCO database.
- 5) Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- 6) Bayer, D. (2003). Farmakoterapie závislosti a psychopatologických komplikací a komorbidit. In: Kalina, K. (Ed.), et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup* (19-24). Praha: Úřad vlády České republiky.
- 7) Bedrnová, E. (2010). *Duševní hygiena a sebeřízení pro vysokoškoláky a mladé manažery*. Praha: Fortuna.
- 8) Bém, P. (2003). Složky systému péče v ČR. In: Kalina, K. (Ed.) et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (155-158). Praha: Úřad vlády České republiky.
- 9) Beran, J. (2001). Psychoterapie a duševní hygiena. In: Raboch, J., Zvolský, P. (Ed.) et al. (2001). *Psychiatrie* (182-226). Praha: Galén, Karolinum.
- 10) Blahušová, E. (2005). *Wellness, fitness*. Praha: Karolinum.
- 11) Blahušová, E. (2009). *Wellness, jak si udržet zdraví a pohodu*. Velké Bílovice: TeMi CZ.
- 12) Blahutková, M., Řehulka, E., Dvořáková, Š. (2005). *Pohyb a duševní zdraví*. Brno: Paido.
- 13) Blatný, M., Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura globálního vztahu k sobě. *Československá psychologie*, 38(6), 481-488.
- 14) Blatný, M., Plhánková, A. (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Brno: Psychologický ústav AV ČR.
- 15) Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.

- 16) Csémy, L., Krch, F. L., Provazníková, H., Rážová, J., Sovinová, H. (2005). Subjektivní zdraví, well-being a jejich psychologický kontext. In *Životní styl a zdraví českých školáků*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- 17) Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75. Získáno 5. srpna 2015 z http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- 18) Doležal, J., et al. (1961). *Hygiena duševního života*. Praha: Orbis.
- 19) Dostál, E. (1981). *Běh pro zdraví*. Praha: Olympia.
- 20) Duhigg, Ch. (2012). *Síla zvyku. Proč děláme to, co děláme a jak to změnit*. Brno: BizBooks.
- 21) Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In: Kalina, K. (Ed.) et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- 22) Ferienčík, K., Hrčka, J. (1977). *Chráňte svoje srdce*. Bratislava: Šport, slovenské telovýchovné vydavateľstvo.
- 23) Fialová, L. (2006). *Moderní body image. Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada Publishing.
- 24) Fialová, L. (2010). Fyzické a psychické aspekty sebepojetí žen. *Tělesná kultura*, 33(1), 69-80.
- 25) Fontes-Ribeiro, C. A., Marques, E., Pereira F. C., Silva A. P., Macedo T. R. A. (2011). May Exercise Prevent Addiction? *Current Neuropharmacology*, 9, 45-48. Získáno 3. března 2015 z EBSCO database.
- 26) Fišerová, M. (2003). Odvykací syndrom a craving – Neurobiologické aspekty. In: Kalina, K. (Ed.), et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (114-118). Praha: Úřad vlády České republiky.
- 27) Göhlert, Ch. F., Kühn, F. (2001). *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar.
- 28) Grasgruber, P., Cacek, J. (2008). *Sportovní geny*. Brno: Computer Press.
- 29) Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Sociologický ústav AV ČR. Získáno 4. září 2014 z http://studie.soc.cas.cz/upl/texty/files/209_1hampl30%20pro%20tisk.pdf
- 30) Hamplová, D. (2006). Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích. *Sociologický časopis*, 42(1), 35-55.
- 31) Hartl, P., Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 32) Hnilica, K. (2004). Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem. *Československá psychologie*, 48(3), 193-202.

- 33) Hofbauer, B. (2004). *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál.
- 34) Hošek, V. (1999). *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum.
- 35) Illes, T. (2002). *Děti a drogy*. Praha: ISV.
- 36) Janečková, D. (2014). *Cirkadiánní preference – rozdílný život ranních ptáčat a nočních sov*. (Nepublikovaná dizertační práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 37) Janík, A., Dušek, K. (1975). *Drogy a společnost*. Martin: Osveta.
- 38) Jurek, S. (2013). *Jez a běhej*. Praha: Mladá fronta.
- 39) Kalina, K., et al. (2001). Mezioborový glosář pojmů. [online]. In: *Drogy-info.cz*. [cit. 2014-31-12]. Získáno 19. prosince 2014 z http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/glosar_pojmu/0_mezioborovy_glosar_pojmu
- 40) Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada.
- 41) Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
- 42) Karmisholt, K., Gotzsche, P. C. (2005). Physical activity for secondary preventiv of disease. Systematic reviews of randomised clinical trials. *Dan Med Bull*, 52(2), 90-94.
- 43) Kathleen, M. C. (1999). Integrace psychoterapie a farmakoterapie v léčbě užívání návykových látek. In: Rotgers, F. (Ed.) et al. (1999). *Léčba drogových závislostí (229-256)*. Praha: Grada.
- 44) Kavenská, V. (2012). *Léčba v centru Takiwasi a její vliv na proces formování vztahu k sobě*. (Nepublikovaná dizertační práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 45) Knobloch, F., Knoblochová, J. (1999). *Integrovaná psychoterapie v akci*. Praha: Grada.
- 46) Kohoutek, R. (2001). *Poznávání a utváření osobnosti*. Brno: CERM.
- 47) Kondáš, O. (1985). *Psychohygienu všedního dne*. Bratislava: Osveta.
- 48) Kooyman, M., De Leon, G., Nevšimal, P. (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj.
- 49) Kostrubala, T., Schüller, W. W. (2009). Ways to become the Running Therapist – Impulses and Developments in Germany and the USA. *Verband der Lauftherapeuten*. Získáno 1. února 2015 z EBSCO database.
- 50) Kožík, F. (1949). *Vítězství vůle, příklad Emila Zátopka*. Praha: Nakladatelství Československé obce sokolské.

- 51) Kratochvíl, M. (2012). Proč rádi běháme v houfu?. *Bezváběh*. Získáno 11. září 2014 z <http://www.bezvabeh.cz/clanek/1271-proc-radi-behame-v-houfu>
- 52) Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.
- 53) Kratochvíl, S. (2009). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galen.
- 54) Kratochvíl, S. (2012). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- 55) Králíková, E. (2010). Kouření opravdu škodí zdraví. *E15 Zdravotnictví, medicína*. Získáno 24. srpna 2015 z <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/koureni-opravdu-skodi-zdravi-450000>
- 56) Kruisdijk, F. R., Hendriksen, JM I., Tak, CPM E., Beekman, TF A., Hopman-Rock, M. (2012). Effect of running therapy on depression (EFFORT-D). *BMC Public Health*. Získáno 2. října 2014 z <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/50>
- 57) Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- 58) Křivohlavý, J. (2013). *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha: Grada.
- 59) Kučera, M., Dylevský, I. (1997). *Pohybový systém a zátěž*. Praha: Grada Publishing.
- 60) Kučera, V., Truksa, Z. (2000). *Běhy na střední a dlouhé tratě*. Praha: Olympia.
- 61) Kuda, A. (2003). Relaps a prevence relapsu. In: Kalina, K. (Ed.) et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (117-124). Praha: Úřad vlády České republiky.
- 62) Kudrle, S. (2003a). Psychopatologie závislosti a kodependence. In: Kalina, K. (Ed.) et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (107-113). Praha: Úřad vlády České republiky.
- 63) Kudrle, S. (2003b). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. In: Kalina, K. (Ed.) et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (145-149). Praha: Úřad vlády České republiky.
- 64) Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci a kvalifikované pomoci. In: Kalina, K. (Ed.) et al. (2008). *Základy klinické adiktologie* (17-23). Praha: Grada.
- 65) Kvapilík, J., Svobodová, A., et al. (1985). *Člověk a alkohol*. Praha: Avicenum.
- 66) Lehnert, M., Novosad, J., Neuls, F., Langer, F., Botek, M. (2010). *Trénink kondice ve sportu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 67) Lepík, F., Dolejš, M., Vacek, J. (2010). *Školní dotazníková studie o návykových látkách, dalších formách rizikového chování a pilotní studie o užívání těkavých látek na základních školách praktických: Karlovarský kraj*. Tišnov: SCAN.

- 68) Leshner, A. I. (1999). Drug Abuse and Mental Disorders: Comorbidity Is Reality. *NIDA Notes*, 14(4). Získáno 21. ledna 2015 z http://archives.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol14N4/DirRepVol14N4.html
- 69) Luňáková, M. (2011). Doc. MUDr. Jaroslav Skála. *E15 Zdravotnictví, medicína*. Získáno 24. prosince 2014 z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/docmudr-jaroslav-skala-137230>
- 70) Man, L. (2014). *Vliv pravidelného běhu na životní spokojenost jedince*. (Nepublikovaná diplomová práce). Olomouc: Univerzita Palackého.
- 71) Mahrová, G., Venglářová, M., et al. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.
- 72) Mahrová, G. (2010). *Výroční zpráva 2009*. Získáno 17. ledna 2015 z <http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/?cap=9136>
- 73) Marhounová, J., Nešpor, K. (1995). *Alkoholici, feťáci a gambleři*. Praha: Empatie.
- 74) Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse preventiv: A self-control strategy for the maintenance of behavior chase*. New York: Guilford Press.
- 75) McDougall, Ch. (2011). *Born to run, zrození k běhu*. Praha: Mladá fronta.
- 76) Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů [online]. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR*. [cit. 2014-03-11]. Získáno 1. listopadu 2014 z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- 77) Míček, L. (1969). *Sebevýchova jako cesta k duševní rovnováze*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- 78) Míček, L. (1976). *Sebevýchova a duševní zdraví*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- 79) Míček, L. (1984). *Duševní hygiena*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- 80) Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
- 81) Miller, P. M. (1976). *Behavioral treatment of alcoholism*. Mississippi: University of Mississippi Medical Centre.
- 82) Minařík, J., Páleníček, T. (2003). MDMA a jiné drogy „technoscény“. In: Kalina, K. (Ed.) et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup (200-204)*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- 83) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- 84) Miovský, M., et al. (2008). *Konopí a konopné drogy*. Praha: Grada.

- 85) Morgan, W. P. (1997). *Physical activity & Mental health*. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin-Madison.
- 86) Murakami, H. (2010). *O čem mluvím, když mluvím o běhání*. Praha: Odeon.
- 87) Mužík, V., Krejčí, M. (1997). *Tělesná výchova a zdraví*. Olomouc: HANEX.
- 88) Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“. In: Kalina, K. (Ed.) et. al (2003). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (233-237). Praha: Úřad vlády České republiky.
- 89) Nešpor, K. (2008). *Uvolněně a s přehledem*. Praha: Grada.
- 90) Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- 91) Nešpor, K. (2015). Hazardní hry a zneužívání psychoaktivních látek u dospívajících: souvislosti a prevence. *Bohnice, měsíčník Psychiatrické nemocnice Bohnice*, 25(8), 14-15.
- 92) Nešpor, K., Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislosti*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- 93) Nešpor, K., Csémy, L. (2012). Tělesná aktivita a návykové nemoci: překvapivá zjištění. *Bulletin sdružení praktických lékařů ČR*, 22(6), 52-54.
- 94) Nešpor, K., Pernicová, H., Csémy, L. (1999). *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. Praha: Portál.
- 95) Nešpor, K., Matanelli, O. (2011). Životní styl a návykové nemoci. *Praktický lékař*, 91(5), 293-294.
- 96) Nešpor, K., Matanelli, O., Karbanová, H. (2013). Vleklý problém se závislostí na návykových látkách a jeho řešení. *Časopis lékařů českých*, 2, 76-78.
- 97) Nešpor, K., Matanelli, O., Pekárková, G., Gregor, P. (2011). Jak rozdělit postupy, které mírní bažení (craving). *Praktický lékař*, 91(12), 703-706.
- 98) Nešpor, K., Scheansová, A. (2010). Stres a bažení – souvislosti a praktické důsledky. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 45(5), 283-288.
- 99) Nakonečný, M. (1998). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- 100) Nevšímal, P. (2007). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj.
- 101) NIDA (5. prosince 1999). *Thirteen principles of Effective Drug Addiction Treatment*. Získáno z http://archives.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNV0114N5/Tearoff.html
- 102) Orel, M., et al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.

- 103) Orel, M., Facová, V., et al. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada Publishing.
- 104) Orel, M., Šimonek, J. (2012). Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. In: Orel, M. (Ed.), et al. (2012). *Psychopatologie* (106-114). Praha: Grada.
- 105) Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.
- 106) Plháková, A. (2010). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- 107) Popov, P. (2001). Návykové poruchy. In: Raboch, J., Zvolský, P. (Ed.) et al. (2001). *Psychiatrie* (182-226). Praha: Galén, Karolinum.
- 108) Popov, P. (2003). Alkohol. In: Kalina, K. (Ed.) et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup* (151-158). Praha: Úřad vlády České republiky.
- 109) Pori, M., Payne, L. L., Schmalz, L. D., Pori, P., Škof, B., Leskošek, B. (2013). Correlation between sport participation and satisfaction with life among Slovenian participants of the Ljubljana Marathon. *Kinesiologia Slovenica*, 19(2), 36-43.
- 110) Praško, J. (2003). *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada Publishing.
- 111) Praško, J., Prašková, H. (2013). *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada Publishing.
- 112) Procházka, R., Šmahaj, J., Kolařík, M., Lečbych, M. (2014). *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada.
- 113) Psychiatrická léčebna Bílá Voda (2008). *Operační manuál odd. 5 – FIDES. Neuvedeno*
- 114) Riesman, D. (2007). *Osamělý dav*. Praha: Kalich.
- 115) Rodná, K., Rodný, T. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
- 116) Rogers, C. (2014). *Způsob bytí*. Praha: Portál.
- 117) Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- 118) Rosenberg, M. (1989). This Week's Citation Classic. *Current Contents*, 11. Získáno 23. září 2014 z <http://garfield.library.upenn.edu/classics1989/A1989T475800001.pdf>
- 119) Růžička, J. (Ed.). (2011). *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě*. Praha: Triton.

- 120) Řehan, V. (2007). *Adiktologie I*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 121) Řehan, V. (2009). Když bez něčeho nemůžeme být (problematika závislosti). In: Orel, M., Facová, V. (Ed.), et al. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět* (197-207). Praha: Grada.
- 122) Říčan, P. (1982). *Psychologie osobnosti*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- 123) Skála, J. (1988). *Až na dno?!*. Praha: Avicenum.
- 124) Skála, J. (1997). *Lékařův maraton. Ber a dávej*. Praha: Argo.
- 125) Skála, J., Blahoš, J. (1986). *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abusus a závislost*. Praha: Avicenum.
- 126) Skála, J., Mařová, A. (1989). Člověk při joggingu. *Zápisy z Apolináře*, 38(1-6).
- 127) Skála, J. (2003). Historie léčby závislosti v České republice. In: Kalina, K. (Ed.) et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup* (91-96). Praha: Úřad vlády České republiky.
- 128) Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
- 129) Solomon, J., Zimberg, S., Shollar, E. (1993). *Dual diagnosis: Evaluation, treatment, training and program development* (39-53). New York: Plenum Press.
- 130) Škorpil, M. (2011). Proč lidé začínají běhat a proč v běhání pokračují. *Běžecká škola Miloše Škorpila*. Získáno 1. dubna 2014 z <http://www.bezeckaskola.cz/clanek-803-proc-lide-zacinaji-behat-a-proc-v-behani-pokracuji.html>
- 131) Šolcová, I., Kebza, V. (2004). Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being) její determinanty a prediktory. In *Kvalita života*, (21-32). Získáno 16. července 2014 z <https://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1105&>
- 132) Šolcová, I., & Kebza, V. (2005). *Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace*. *Československá psychologie*, 2005, roč. 49, č. 1, s. 1–8.
- 133) Štílec, M. (2010). Pohyb jako prostředek duševní pohody. *E15 Zdravotnictví, medicína*. Získáno 5. září 2014 z <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/pohyb-jako-prostredok-dusevni-pohody-450656>
- 134) *Terapeutická komunita Fénix – Bílá Voda*. (1. února 2015). Získáno 2. února 2015 z Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské website: <http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/?cap=13771>

- 135) TK Fénix (2015). *TK Fénix - Pravidla a principy léčby*. Získáno 1. ledna 2015 z <http://www.pnmo.cz/>
- 136) *Terapeutická komunita Fides – Bílá Voda*. (22. ledna 2015). Získáno 25. ledna 2015 z Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské website: <http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/?cap=9136>
- 137) *Terapeutická komunita Harmonie*. (25. ledna 2015). Získáno 26. ledna 2015 z Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské website: <http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/?cap=9131>
- 138) TK Harmonie (2015). *Pravidla léčby odd. 1*. Neuvedeno
- 139) Tvrzník, A., Soumar, L. (2004). *Jogging*. Praha: Grada Publishing.
- 140) Tvrzník, A., Soumar, L. (2012). *Běhání*. Praha: Grada Publishing.
- 141) Tvrzník, A., Škorpil, M., Soumar, L. (2006). *Běhání: od joggingu po maraton*. Praha: Grada Publishing.
- 142) Urbanovská, E. (2012). *Psychologie zdraví 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 143) Vantuch, P. (1990). *Drogy a kriminalita*. Brno: Univerzita J.E. Purkyně v Brně.
- 144) Vážanský, M., Smékal, V. (1995). *Základy pedagogiky volného času*. Brno: Paido.
- 145) Vítková, V., Vítek, K. (1973). *Některé otázky mentální hygieny a zdravé životosprávy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 146) Vondráček, V., Holub, F. (2012). *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. Praha: Columbus.
- 147) Výrost, J., Slaměnik, I. (1997). *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- 148) WHO/ÚZIS ČR (2014). Poruchy duševní a poruchy chování. [online]. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. [cit. 2015-25-1]. Získáno 25. prosince 2014 z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>
- 149) Wöllzenmüller, F. (2006). *Běhání*. České Budějovice: KOPP.
- 150) Zehentbauer, J. (2012). *Drogy lidského těla, bez vedlejších účinků*. Praha: Portál.
- 151) Zemanová, V. (2014). *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů NZDM*. (Nepublikovaná magisterská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci

Abstrakt rigorózní práce

Název práce: Vliv pravidelného běhu na životní spokojenost klientů terapeutických komunit pro léčbu závislosti v Psychiatrické nemocnici Marianny Oranžské

Autor práce: Mgr. et Mgr. Lukáš Man

Počet stran a znaků: 126 stran, 253 883 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 151

Abstrakt: Předmětem této práce je kvantitativně-kvalitativní výzkum účinků pravidelného vytrvalostního běhu na životní spokojenost klientů léčby závislosti v terapeutických komunitách PN Marianny Oranžské. Závislost se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání a její léčba by měla být dlouhodobá, intenzivní a respektovat komplexnost nemoci. Terapeutická komunita nabízí klima pro růst a zrání prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými pravidly. Pěstování sportu vytváří fyzickou zdatnost, která je spojena s dobrým emocionálním zdravím. Zdraví je zásadním aspektem pocíťované životní spokojenosti. K hlavním přínosům pravidelného běhu patří např.: výkonnější srdce a plíce, vitálnější a sebevědomější pocit nebo změna životního stylu.

Zkoumanou populací byli klienti léčby závislosti ($n = 19$), kteří po dobu jednoho měsíce chodili pravidelně vytrvalostně běhat pod odborným dohledem. Účastníci výzkumu vyplňovali standardizovaný Dotazník životní spokojenosti, Škálu životní spokojenosti a bylo s nimi vedeno strukturované interview. Nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi „celkovou životní spokojeností“ před a po ukončení výzkumu. Byl nalezen signifikantní rozdíl ve spokojenosti se „zdravím“ ($p = 0,014$) a „vlastní osobou“ ($p = 0,043$). Oblastmi, které prošly největší pozitivní změnou poté, co začali respondenti pravidelně běhat, je psychické i fyzické zdraví, vztah k sobě samému a vztahy k druhým lidem.

Klíčová slova: závislost, terapeutická komunita, pravidelný běh, životní spokojenost, zdraví

Abstract of Thesis

Title: The Impact of Regular Running on Life Satisfaction of Therapeutic Communities' Clients in regards to Addictions Treatment in Marianna Oranzska Psychiatry

Author: Mgr. et Mgr. Lukas Man

Number of pages and characters: 126 pages, 253 883 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 151

Abstract: In this thesis we will be focusing on quantity-quality research on the impact of regular long-distance running on life satisfaction of therapeutic communities' clients in regards to addiction treatment in Marianna Oranzska Psychiatry. An addiction develops on a basis of natural desire for change in experiencing and its treatment should be long and intensive and respect its complexity. Therapeutic community offers good climate for growth and maturing by means of social educating with well-defined rules. Engaging sports creates physical endurance which is essential for maintaining mental health. Good health is a basic aspect of life satisfaction. Main benefits of regular running are: eg.: more powerful heart and lungs, more energy and confidence or change of lifestyle.

Researched population were clients of addiction treatment ($n = 19$) who took part in regular long-distance running exercises for one month under expert supervision. Research participants filled in a standardized Life Satisfaction Questionnaire, Satisfaction with Life Scale and they took part in a structured interview. There wasn't any significant difference found between "Life satisfaction" before and after the research. However, there was a significant difference found in satisfaction with „health“ ($p = 0.014$) and "self-being" ($p = 0.043$). The areas which saw the biggest positive change after the respondent's regular running is good mental and physical health, good self-reflection and good social relationships.

Keywords: Addiction, Therapeutic Community, Regular Running, Life Satisfaction, Health

Seznam tabulek a obrázků

Tabulka číslo 1	Základní popis výzkumného souboru	87
Tabulka číslo 2	Výsledková tabulka pro škálu „zdraví“ v DŽS před, při a po ukončení pravidelného běhu v TK	102
Tabulka číslo 3	Výsledková tabulka pro škálu „vlastní osoba“ v DŽS před, při a po ukončení pravidelného běhu v TK	103
Obrázek číslo 1	Běžecká pyramida	35

Přílohy

Příloha 1: Informovaný souhlas

Příloha 2: Transkripce vzorového strukturovaného interview s účastníkem výzkumu

Příloha 3: Transkripce vzorového rozhovoru s terapeutem

Příloha 4: Výsledková tabulka korelace „Celkové životní spokojenosti“ v DŽS s výsledky SWLS

Příloha 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

pro výzkumný projekt: Běh v Bílé Vodě (BVBV)

období realizace: říjen 2014

řešitelé projektu: Mgr. Lukáš Man

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu BVBV, jehož cílem je zkoumat vztah mezi pravidelným během a vnímanou životní spokojeností (kvalitou života) u vybraných pacientů Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské. Pacienti budou pravidelně, dle předem stanoveného rozvrhu, chodit vytrvalostně běhat s řešitelem projektu. Před započítím výzkumu, během výzkumu i po jeho skončení vyplní zvolené psychodiagnostické metody.

Z účasti na projektu pro Vás vyplývá, že po dobu čtyř týdnů budete pravidelně provozovat pohybovou aktivitu v čas, který stanovil řešitel projektu ve spolupráci s terapeutky PN Marianny Oranžské. Je tedy možné, že se budete během výzkumného projektu cítit unaveni či vysílení, současně existuje možnost, že začnete aktivitu považovat za natolik přínosnou, že v ní budete samostatně pokračovat i po propuštění z léčby v PN Marianny Oranžské. Výhodou pravidelného běhu je posilování imunity a vlastního duševního i tělesného zdraví.

Pokud souhlasíte se svou účastí na výzkumném projektu, a to po dobu celého trvání projektu, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel projektu mne informoval o podstatě výzkumu a seznámil mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele zeptat na vše, co jsem potřeboval/a. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: Mgr. Lukáš Man, v Bílé Vodě, dne:

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu: _____

V _____ dne: _____

Příloha 2: Transkripce vzorového strukturovaného interview s účastníkem výzkumu

Moderátor rozhovoru je označen jako M. Respondent pak jako R. Transkripce rozhovoru není doslovná, z originálního audio záznamu byly vypuštěny nevýznamné a rušivé prvky, jako např. úvodní a závěrečná společenská konverzace.

Pohlaví: muž, věk: 24 let, vzdělání: vyučen bez maturity

M: Proč jste se rozhodnul zapojit se do společného běhání na komunitě? (složitě / jednoduché rozhodování)

R: Byla to výzva. Zapojuju se do všeho, co se týká takovýchle věcí. Všechno, co by mohlo pomoci beru. Bylo jednoduché se pro to rozhodnout, ale měl jsem tam velikou obavu z toho, že to nedotáhnu.

M: Běhal jste tímto způsobem už někdy dříve?

R: Ne.

M: V čem jsou podle vás největší klady / výhody toho běhu? ... a nevýhody?

R: Že úplně vypnu. Že u toho úplně přestanu myslet na všechno a jenom dechám a takhle. Na cestu, abych došlapoval. Že se nesoustředím na nic jiného. Že úplně vypnu, zapomenou na všechno kolem. A určitě taky ta fyzická. Teďka dechám jinak jsem si všim. I chodím jinak.

M: Jak?

R: No, že nejsem takovej vejkrut. Že už se tak jako nevlám, když chodím z toho fetu. Že jsem jako víc nohama na zemi, narovnaněj.

M: A to dýchání?

R: Už když chodím třeba ... a normálně kdybych šel takhle rychle do kopečka, tak bych byl zadržanejš totálně a teďka se vlastně nezadržám. Že automaticky nějak jak jdu do toho kopce, tak začnu dechat jinak. Ne furt stejně, tak jako plytce, ale víc do hloubky začnu dechat. **NEVÝHODY** – To nevím. Na žádné jsem nepřišel.

M: Je nějaký konkrétní běh, na který si pamatujete? (Pokud ano, tak proč?)

R: Ten první, z toho jsem měl docela bobky. Připadal jsem si tam hodně jako opora, pro tu Janu a tak. To se mi líbilo právě, jaké jsem z toho měl bobky a nakonec, že jsem to zvládnul v pohodě a ještě jsem dokázal být oporou pro někoho, podpořit.

A pak si pamatuju ten běh jak jsme běželi nahoru do toho kopce, jak tam byla ta řepa. Tak poprvé jak jsme to tam otáčeli, tak říkám vejš už bych to nevyběhnul a byl jsem rád, že jsme to otočili a podruhé když jsme to běželi a dal jsem si to ještě vejš a dal jsem si to jako v klidu, tak ten si pamatuju. To jsem fakt úplně viděl evidentně takový to posunutí něčeho, to bylo fakt super.

A pak finálku, že jo? Ta byla dobrá tyjo. Úplně jsem na to byl hrozně nabuzenej a pak vlastně taky ... jako vybral jsi takovou trať, že to nebylo jako moc náročné si říkám. A navíc 6 kiláků prostě. Kdybys mě řek před měsícem, že to uběhnu, tak si úplně t'ukám na čelo, že ses blázen víšco. Teďka jsem si to dával a ještě jsem klidně mohl běžet dál. Což bylo úplně fajn.

M: Jak jste se obvykle cítil před během? (čím to bylo?)

R: Většinou jsem byl takovej dobrej si myslím. Ale byl jsem i naštvanej, ale většinou jsem byl dobře naladěnej. Většinou jsem byl takovej nervózní. Jestli to znova dám, jestli to doběhnu do konce. Nechtěl jsem se zastavovat. Byl jsem zvědavěj kudy poběžíme, jak dlouho. Prostě jestli to zvládnú, byl jsem z toho nervózní.

M: Jak jste se obvykle cítil po běhu? (a proč?)

R: Po běhu úplně v pohodě, happy že jo, že jsem to prostě dal. Byl jsem v pohodě, takovej jako dobře naladěnej, úplně jsem si připadal odpočatej. Obvykle.

Někdy jsem pak jako příběh na barák a už jsem byl třeba nasranej...protože jsem se snažil to dělat pořádně, vlastně pak i ten strečink, že jsem se pak chtěl protahovat. A vadilo mi, když třeba jsi potom neběžel, že tady kluci na to třeba srali. Když jsme dobíhali sami na barák.

Kdybych se soustředil na sebe tak dobrý, ale když jsem se tak díval kolem, tak mi to vadilo.

M: Co vás na běhání bavilo? (co vám při běhu bylo příjemné?) ... A co vás naopak nebavilo?

R: Bavilo mě asi i to jak jsme se táhli postupně. Já třeba teďka když běhám sám, tak mě to tolik nebaví jako mě to bavilo ve skupině. To mě na tom bavilo, jakože společná aktivita s těma lidma. A že třeba jsem chvíli táhnul a pak když už jsem nemoh, tak jsem se za někoho schoval, on mě ale vytáh...tys mě kolikrát vytáh...to bylo hodně fajn. To mě na tom bavilo, taková ta spolupráce při tom, aniž bysme si řekli půl slova.

A asi mě bavilo se to učit jako běhat, protože jsem nikdy neběhal. Když tak tady to kolečko, že jsem uběh...nebo na základce, jinak fakt jsem neběhal. Proč bych měl běhat tyjo? Rozumíš. A teďka to vidím úplně jinak, to mě na tom bavilo, učit se to.

NEBAVILO – Nebavilo mě to, že jsem to někdy běžel na sílu hodně. Že se mi někdy fakt nechtělo jako běžet. Ale to vždycky přešlo při tom běhu samotném.

Nebavila mě silnice moc. Spíš mě bavilo když jsme běželi tam ten terének, tam ten les. Ten byl dobrej. Teď jsem ho běžel naposled taky.

M: V čem vám to běhání pomáhalo?

R: No kouření, tak o tom jsem přemýšlel. Ale nějak mi to nejde...ale kouřím míň, to jo. Dřív jsem to měl tak, že jsem kouřil furt, neměl jsem tam nějaké pauzy, že kvůli něčemu bych si nedal cigo ... ale teďka fakt kvůli tomu běhu si ho nedám.

A teďka v těch vztazích...nebo já nevím, já si připadám pak takovej jako uvolněnej víš. Nedokážu se tak jako naštvat, takže v tom mi to konkrétně pomáhá, že jsem takovej...jako uvolněnej. Vyklidněnej. Že se pak jakoby tak snadno nenaštvu a můžu pak normálně mluvit s lidma. Aj s Denisou..že si to tolik neberu jo? Na ní to krásně vidím, že prostě kdyby mi něco řekla, tak bych si to hodně stáhnul...cokoliv prostě, že bych hned něco v něčem hledal a takhle jako nějak zjišťuju, že najednou začínám říkat nebo brát ... nevím jestli za to může ten běh jo, ale myslím si, že to s tím souvisí, protože se to mění teďka nějak...protože fakt s tím klidem, jak mě to uklidňuje, že pak tolik nepřemýšlím nad tím jak to ten člověk myslel, ale prostě to беру, tak jak to říká. Nevím jestli to může souviset, ale takhle se vnímám.

M: A v čem vás to běhání naopak omezovalo?

R: Asi ne. Já si myslím, že mě vůbec neomezuje, ba naopak spíš. Nevím víc koukám nebo nevím, fakt jsem víc takovej pozornej si myslím.

M: Na co jste u běhu obvykle myslel?

R: Na to jak běžím. Na nic většinou. Tak se to občas jako střídalo ... někdy na to jak běžím, na styl běhu. Taky na okolí, na přírodu. Občas na lidi kolem sebe. Pak právě na tu spolupráci. Všechno se to týkalo toho běhu, vůbec ničeho jiného právě.

M: Co vás motivovalo dokončit ty 4 týdny běhu? Kvůli čemu jste vydržel?

R: No určitě to, že jsem se do toho přihlásil. Že prostě se na začátku řeklo, že to takhle bude do konce 4 týdny, přes to nejede vlak. Že jsem to chtěl dotáhnout. Pak taky to, že mně v tom bylo dobře, že jsme běhali... a pak najednou 3 kiláky ... a že jsme to zvyšovali, to bylo fajn. A pak taky to, že ... že bych u toho chtěl zůstat, že to беру tak jako jinak. Jako feťák určitě běhat bych nešel a teďka když chci bejt abstinent, tak proč neběhat si říkám. Je to fakt v pohodě, uvolňuju se u toho a tak no, prostě, že je mi to určitě přínosem to běhání, takže proto taky. Že jsem cítil, že to je dobrý!

M: Co vám pomohlo překonávat krize při běhání?

R: Co mně pomohlo překonat krizi bylo to, že jsme byli takhle ve skupině. Že jsem byl jakoby táhnutej tou skupinou. No chtěl jsem to prostě uběhnout, nějaká vůle možná taky. A pak i to, že jsem věděl jak tu krizi překonat, že stačí zpomalit a rozdejchat to. Že vím co s tím teď prostě, takže jsem to udělal a bylo mi líp. A mohl jsem běžet dál v klidu.

M: Vnímal jste nějaké ohlasy od zbytku komunity – té části co neběhala? A od terapeutů?

R: Ani ne, my jsme se o tom nějak nebavili.

M: Ovlivnilo to nějak vztahy v komunitě?

R: Těžko říct, já to nevnímám.

M: Jak se vyvíjel váš vztah k tomu běhání během těch 4 týdnů?

R: No od toho očekávání, že jsem nevěděl vůbec do čeho jdu...od toho nevědomí, co to je ten běh, tak se to vyvinulo ve vztah nějaký. Nějaké jako to, že teďka si jdu rád zaběhat.

Byl bych rád kdyby mi to zůstalo a teďka jsem zvědavěj hodně na zimu, jak to bude. Jestli se odhodlám až to budu mít naplánované a ono bude sněžit, jestli vážně běhat půjdu. Rozhodně se strašně těším na to až si zaběhám a bude modrá obloha a svítit

Sluníčko a pode mnou to bude křupat. Protože zimu fakt miluju, miluju sněh a spojit to s tímhle tím uvolněním, tak na to se fakt těším. Na to jsem zvědavěj.

M: Projevilo se někdy během toho měsíce vaše chování, které znáte z venku z minulosti? (manipulace, lenost...)

R: Měl jsem i chutě přitom běhání, vlastně někdy ze začátku jsem si říkal...možná mi to pomohlo překonávat chutě, nebo nevím. Já teďka vůbec nevím jestli jsem u toho měl nebo neměl chutě, já u takovéhle aktivity mívám hodně chutě. Si říkám, že bych mohl bejt víc výkonnej kdybych si jako dal, víš? Ale teďka si nevybavuju jestli jsem u toho měl chutě. Já to hodně vytěšuju.

Venku jsem se uzavíral do sebe když jsem fetoval, tady se mi taky nechtělo moc mluvit u toho běhání, to jsem byl taky možná uzavřenej.

M: Ovlivnila vás ta pravidelná běžecká aktivita nějak jako osobnost?

R: Já si myslím, že jo. Jsem takovej fakt víc v klidu.

M: Mělo to nějaký vliv na vaše sebevědomí?

R: Mohlo mít. Protože to, že jsem víc v klidu, tak se dostávám míň do konfliktů a z toho pramení, že jsem víc v pohodě, takže si víc věřím určitě. Takže to zvýšilo sebevědomí.

M: Jakou oblast vašeho života to běhání nejvíce ovlivnilo? (zdraví, vztah k sobě samému...)

R: Zdraví. Asi jak fyzický, tak psychický. Cítím se líp mnohem. Jakože jsem se cítil hodně dobře, nepozoroval jsem nic, že by bylo špatně ... kromě toho, že jsem se zadýchal teda. V tomhle určitě líp, že se fakt nezadýchávám, jsem víc vyklidněný, míň agresivní ... možná i míň impulsivní jsem takový, že už nejsem tolik impulsivní. Což si myslím, že s tím zdravím nějak souvisí, i sebevědomí souvisí se zdravím si myslím. Psychickým a duševním. To mám vyšší teďka, takže určitě zdraví prostě.

M: Myslíte, že to běhání zvýšilo vaši kvalitu života? A spokojenost?

R: Jo. Kvalitněji trávím volný čas. Prostě si jdu zaběhat. Trávím ho konstruktivně, ne prostě zevlováním nebo spaním, flákáním. Teďka ho trávím konstruktivněji.

A tím pádem jsem i víc spokojenej sám se sebou. Zvýšilo to mou spokojenost, jsem víc spokojenej. To souviselo všechno se vším jo ... ale prostě už to nevidím tak černě do budoucna.

M: Kvůli čemu si myslíte, že se celý tento projekt konal?

R: Já jsem se nad tím zamýšlel. Možná, abyste nám ukázali nějaký směr jak to jde. To mě napadalo.

Možná proto, abyste zkusili nebo zjistili kdo to tady fakt myslí vážně jakoby sám se sebou s tou změnou jako. Kdo je pro to co schopný udělat. Já bych dal nohu jo, takže běhání je pro mě fakt malá věc, co pro to můžu udělat.

A možná taky proto, aby ty jsi měl nějaký výzkum. A chtěl jsi zjistit jak běh ovlivňuje nás závislé.

M: Myslíte, že by to pravidelné běhání mohlo mít nějaký vliv na relaps? (jaký?)

R: Myslím si, že kdybych fakt měl chuť na fet a už bych byl rozhodnutý si jít koupit, tak jít běhat by byla jedna z těch nejlepších věcí, kterou bych mohl udělat. Prostě říct si hele, tak nejdřív si půjdu zaběhat a možná bych vypnul a možná bych byl schopnej zavolat na krizovej telefon nebo doběhnout na nějaký místo, kde bych to mohl pořešit jinak.

M: Dají se, podle vás, tím běháním ovlivnit chuť / bažení?

R: Určitě to může mít vliv, nemyslím si že negativní právě. Když se soustředím na tu věc kterou dělám, tak prostě chuť nemůžu mít že jo? Prostě se soustředím tady na to. Víš jako, že bych si neměl pustit film nebo tak. Že řeknu mám chuť no ale potřebuju dejchat. Kdybych přemýšlel nad chutěmi a nesoustředil se na to dýchání, tak bych se rychle zadýchal, ale já u toho potřebuju normálně dýchat, abych mohl běžet vlastně. Takže to ty chuť může zahnat.

M: Budete běhat i po odchodu z léčby / komunity?

R: Když nepřestanu běhat ještě tady, tak si myslím, že jo. Ale neplánuju přestat běhat.

M: Jak jste vnímal mě jako vašeho trenéra?

R: Dobře. Takovej ... no vnímal jsem od tebe zájem o nás, ptal ses jak se cítíme a tak. Jestli je všechno v pohodě. A vnímal jsem tě spíš jako člena nějaký tý bandy a určitě jsem si tě bral za vzor v tom běhání.

Možná mně trošku vadilo, že jsme museli čekat na Fénix nebo, že jsme fakt nedobíhali jako celá skupina. A že jsme pak o tom třeba nějak nemluvili právě. Že jsme nezhodnotili ten běh pak. A pak i klidně pustit to do těch lidí, to jaký to má vliv pozitivní vliv konkrétně na mě...a pokusit se to na ně nějak přenést. Protože fakt si myslím, že to je pozitivní.

M: Věříte v něco?

R: Sám v sebe.

M: Kdybyste se rozhodnul, že přesvědčíte někoho ze svého okolí, aby začal běhat...jaké byste použil argumenty?

R: Asi ty pozitivní vlivy na mě, které to mělo. Že prostě podívej se na mě, byl jsem feťák, závislej, todle támhle...ale to fakt můžu až si budu jistej jakoby. A to běhání mně k tomu mi jako pomůže, abych byl fakt jistej. A když se mi takhle podaří zahnat to rozhodnutí si dát...když se budu držet toho, že v těch chutích mi to fakt může pomoci, tak to takhle klidně můžu podat lidem. No ty pozitivní vlivy bych jako použil, aj sebe jako příklad.

Příloha 3: Transkripce vzorového rozhovoru s terapeutem

Moderátor rozhovoru je označen jako M. Terapeut pak jako T.

M: Proč se vaše terapeutická komunita zúčastnila tohoto běžeckého projektu?

T: Protože navazuje na komunitní sportovní tradice. Běh se jeví jako dobrá a levná náplň volného času, zároveň přináší klientům uspokojení z viditelného úspěchu. V TK klienti běhali samostatně a neměli strukturovaný program, vedení a profesionálního poradce. Proto jsme velmi přivítali zapojení do výzkumu.

M: Ovlivnil tento běžecký projekt nějakým způsobem chod komunity? Pokud ano, tak jakým?

T: Řada klientů na projekt reagovala, zpracovávala pocity a situace z běhu v terapeutickém procesu. Významný se jeví vliv na motivaci. Většina požadovala začlenění běhu do programu na stálo. Někteří vytrvali a běhají stále. Jiní bez vedení nejsou schopni.

M: Omezovalo pravidelné běhání vybraných klientů v něčem komunitu jako takovou?

T: Byl zkrácený pracovní blok. Kdybychom měli zařadit běhání s terapeutem do programu volili bychom jiný čas. Jinak víc přínosů než omezení.

M: Vnímali/a jste nějaké zásadní změny u běhajících klientů během října? Pokud ano, tak jaké?

T : Byli spokojenější.

M: Byli, podle Vás, mezi klienty komunity někteří adepti na běh, kteří se měli zúčastnit a nezúčastnili se? Pokud ano, tak jak si to vysvětlujete?

T: Holky - styděly se, přitom neustále řešily málo pohybu a nespokojenost s tělem.

M: Ovlivnil projekt nějakým způsobem vztahy v komunitě?

T: Ti co běhali drželi spolu, měli společné téma a lépe pracovali na svém sebevědomí - uměli ocenit sami sebe a nebylo těžké ocenit jejich výkon od ostatních.

M: Vnímali/a jste nějaké ohlasy od neběhající části komunity?

T: Měli tendence se vymlouvat a obhajovat.

M: Měl tento projekt z Vašeho pohledu význam pro komunitu? Pokud ano, tak jaký?

T: Terapeutické přínosy pro: práci s motivací, zvyšování sebevědomí, díky úspěchům

uchopitelný výkon, pravidelnost a rostoucí vytrvalost dává strukturu, tmelilo to skupinu, učení se pomocí zkušenosti žít s únavou a postupně se ji učit překonávat aktivním způsobem, zvládnutí agrese, zvládnutí bažení

M: Měl tento projekt, z Vašeho pohledu, význam pro konkrétní klienty? Pokud ano, tak jaký?

T: 3 klienti vzali běh za svůj, pokračují v něm a mají ho v plánu volného času

M: Domníváte se, že pravidelné běhání (pohybová aktivita) může mít nějaký vliv na recidivu klientů?

T: Neúčelné využívání volného času, nestrukturovanost dne, pasivita, nebo ulpění na jedné aktivitě (nejčastěji práci) bývá jedním z velmi častých zdrojů relapsu případně recidivy.

**Příloha 4: Výsledková tabulka korelace „Celkové životní spokojenosti“
v DŽS s výsledky SWLS**

Výsledková tabulka korelace „Celkové životní spokojenosti“ v DŽS s výsledky SWLS

	CŽS 2	CŽS 3	SWLS 1	SWLS 2	SWLS 3
CŽS 1	,8272	,7833	,6740	,6386	,4244
	p=,000	p=,000	p=,002	p=,003	p=,070
CŽS 2		,8456	,6466	,7217	,4240
		p=,000	p=,003	p=,000	p=,070
CŽS 3			,5762	,7868	,5760
			p=,010	p=,000	p=,010
SWLS 1				,7014	,6436
				p=,001	p=,003
SWLS 2					,6782
					p=,001

Pozn.: červeně jsou označeny statisticky signifikantní výsledky