

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

**Využití terapeutických přístupů v sekundární prevenci
rizikového chování**

Bakalářská práce

Anna Sosíková

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Krahulcová, Ph.D.

Olomouc 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil jsem jen uvedené prameny a literatury.

V Opavě 24. června 2014

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Kristýně Krahulcové, Ph.D. za odborné vedení, rady, připomínky a materiální pomoc při zpracovávání diplomové práce. Děkuji také paní přimárce Kliniky Psychiatrie Fakultní nemocnice v Olomouci prim. MUDr. Anežce Ticháčkové za umožnění provádět výzkumu na tomto oddělení. Dále děkuji rodině a přátelům za velikou trpělivost, pomoc a podporu.

Obsah

Úvod.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Rizikové chování a poruchy chování.....	7
1.1 Definice rizikového chování.....	7
1.2 Faktory ovlivňující vznik a rozvoj poruch chování	8
1.2.1 Biogenetické faktory.....	8
1.2.2 Psychické faktory.....	9
1.2.3 Sociální faktory.....	9
1.2.4 jiné příčiny poruchového chování.....	10
1.3 Rozdělení poruch chování	11
1.3.1 Rozdělení poruch chování podle jejich stupně nebezpečnosti pro společnost.....	11
1.3.2 Rozdělení poruch chování dle MKN 10. revize.....	11
2 Prevence rizikového chování.....	18
2.1 Primární prevence.....	18
2.2 Sekundární prevence.....	18
2.3. Orgány a zařízení sekundární prevence.....	19
2.3.1 Zařízení pro děti a mládež psychosociálně ohrožené.....	19
2.3.2 zařízení pro děti s poruchou chování, která nemají nařízenou ústavní ani uloženou ochrannou výchovu.....	20
2.3.3 Zařízení pro děti s uloženou ochrannou a nařízenou ústavní výchovou.....	20
2.3.4 zařízení pro dospělé osoby.....	21
2.3.5 Zařízení pro osoby se závislostí.....	22
2.3.6 Další orgány prevence.....	22
2.4 Konkrétní organizace a sdružení prevence poruch chování v ČR.....	23
2.5 Sekundární prevence drogově závislých.....	24
2.6 Doporučení rodičům dětí s poruchami chování.....	25
2.7 Rady a doporučení učitelům	26
3 Terapeutické metody v léčbě poruch chování.....	27
3.1 Psychoterapeutické směry.....	27
3.2 Expresivní terapie.....	29
3.2.1 Dramaterapie a teatroterapie.....	29
3.2.2 Muzikoterapie.....	33
3.2.3 Taneční a pohybová terapie	36
3.2.4 Arteterapie.....	38
3.2.5 Biblioterapie a poetoterapie.....	41
3.3 Ergoterapie.....	43
PRAKTICKÁ ČÁST.....	45
4 Specifikace výzkumného řízení.....	46
4.1 Cíle výzkumného šetření.....	46
4.2 Metody sběru dat.....	46
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	47
5 Výsledky dotazníkového šetření.....	48
5.1 Výsledky šetření na detoxikačním oddělení VNOL.....	48
5.2 Výsledky z Fakultní nemocnice Olomouc, klinika psychiatrie.....	49
Závěr výzkumného šetření	50
Diskuze.....	51
Závěr.....	52
Seznam použitých zdrojů.....	53

Úvod

V bakalářské práci jsme se rozhodly věnovat se využívání terapeutických přístupů, především tedy expresivních terapií. Tyto terapie se stále více používají k léčbě mentálních i psychických poruch. Zaměřily jsem se proto na jejich využití v terapii poruch chování, konkrétně na závislosti a poruchy osobnosti a chování u dospělých. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou část. V první kapitole teoretické části se nejprve zabýváme pojmy rizikové chování a poruchy chování, jejich definicí, poté jmenujeme možné příčiny vzniku těchto poruch, nakonec se podrobněji zabýváme poruchami duševními a poruchami chování způsobené užíváním psychoaktivních látek a poruchy osobnosti a chování u dospělých. Druhá kapitola představuje možnosti sekundární prevence těchto poruch dle jejich závažnosti a v rámci různých resortů. Třetí kapitola se věnuje jednotlivým psychoterapeutickým směrům a následně expresivním terapiím a ergoterapii, jejichž teoretický základ vychází z těchto směrů.

V rámci praktické části pak provádím dotazníkové šetření, zaměřené na popis daného stavu na poli využívání expresivních terapií v oblasti Olomouce.

Cílem práce tedy je uchopení sekundární prevence poruch chování v kontextu možností využití expresivních terapií a ergoterapii při prevenci a terapii těchto poruch.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretickou část bakalářské práce členíme na tři na sebe navazující kapitoly. První z nich je věnována pojmům rizikové chování a poruchy chování se zaměřením na vybrané okruhy těchto poruch, a to poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek a poruchy osobnosti a chování u dospělých. V druhé kapitole uvádíme možnosti prevence těchto poruch, a to zejména prevence sekundární. Ve třetí kapitole pak popisujeme terapeutické směry, jež jsou východisky pro jednotlivé expresivní terapie a jejich využití u vybraných poruch chování.

1 Rizikové chování a poruchy chování

V rámci první kapitoly autorka definuje rizikové chování a poruchy chování, dále popisuje možné příčiny vzniku a rozvoje těchto poruch. V poslední části této kapitoly rozvádí vybrané poruchy chování, a to poruchy způsobené požíváním psychoaktivních látek a poruchy osobnosti a chování u dospělých.

1.1 Definice rizikového chování

V tomto odstavci autorka představuje definice pojmů, které budu ve své práci používat, tak jak je uvádějí různí autoři z různých hledisek a úhlů pohledu dle oborů.

„Chování je souhrn vnějších projevů, činností a reakcí organismu, jeho odpovědi na změny v jeho okolí; je to projev přizpůsobení organismu nebo osobnosti podmínkám přítomným i budoucím, ne jen mechanická reakce na aktuálně působící podnět, chování může být vyvoláno i vzpomínkou na minulé nebo anticipací budoucího. Chování můžeme dělit na volní (jednání) a mimovolní (například nepodmíněné reflexy). Dále jej můžeme rozdělit na verbální a neverbální (prožívání, mimika).“ (Nakonečný, Hyklík, 1973, s.156)

Dle Miovského „rizikové chování je sociálním konstruktem stejně jako problémové chování, poukazuje na takové vzorce chování u jedince, které nemusí být jednoznačně vymezeny a jejichž důsledkem může docházet k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, psychických, edukačních a dalších ohrožení pro jedince nebo společnost.“ (Mioviský, 2010, s. 262)

Stejný autor definuje problémové chování jako „syndrom problémového chování – člověk, který se chová rizikově, má tendence chovat se rizikově i v dalších oblastech, jedná se o propojenost jednotlivých projevů rizikového chování, což tvoří problémové chování.“

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy definuje pojem rizikové chování jako „vzorce chování, v jejichž důsledku může docházet k prokazatelnému nárůstu výchovně vzdělávacích, zdravotních a sociálních a dalších rizik pro jedince nebo společnost.“

(msmt.cz, 2013 [online])

„**Poruchy chování** jsou opakující se a trvalé (v trvání nejméně 6 měsíců) vzorce disociálního, vzdorovitého a agresivního chování, které porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte.“ (uzis.cz, 2013 [online])

„Poruchy chování jsou takové vzorce chování, které jsou v dané sociokulturní normě

nežádoucí, nechtěné až nepřijatelné. Z vývojového hlediska se jedná o odchylku v oblasti sociálních vztahů, kdy jedinec není schopen respektovat normy a psaná i nepsaná pravidla chování na úrovni odpovídající jeho věku. Je pro ně typická absence svědomí a pocitu viny, které jsou ukazatelem psychického vývoje a zralosti, dále neschopnost navazovat a udržet si sociální vztahy a bezohlednost vůči okolí.“ (Fisher, Škoda, 2008, s. 128)

1.2 Faktory ovlivňující vznik a rozvoj poruch chování

Skupiny těchto faktorů a potenciálních predispozic jsme zde rozdělili na biogenetické, psychologické, sociální a jiné, ačkoliv se samozřejmě v praxi navzájem prolínají a ovlivňují.

1.2.1 Biogenetické faktory

Jedná se o faktory vrozené, dědičné či získané během prenatálního či perinatálního vývoje.

Tyto faktory nejsou z větší části ovlivnitelné výchovou a jinými vnějšími faktory.

- Pohlaví - u mužů dochází k poruchám chování častěji než u žen, nejspíš vlivem větší tendence k agresivnímu chování vlivem testosteronu.
- Věk – poruchy chování se nejčastěji rozvíjí v období puberty a adolescence.
- Vliv temperamentových vlastností jedince – větší impulzivita a dráždivost zvyšuje tendenci k rozvoji poruch chování.
- Úroveň mentálních schopností – zhruba 50% dětí s těžkým MP má další psychické poruchy.
- Narušená struktura nebo funkce CNS (k narušení může dojít prenatálně, např. vlivem látek, které přijímá matka – léky, návykové látky, stresem a psychickou nepohodou matky v době těhotenství, perinatálně - komplikace během porodu či poraněním mozku v průběhu života) – následkem může být LMD, syndromy ADHD a ADD, případně agresivní, úzkostné nebo jiné poruchy chování.
- Dysfunkce mozku - mozek nefunguje tak, jak by měl, z důvodu odchylky v jeho stavbě či nedostatečné funkci neurotransmiterů.
- Opožděné neurologické zrání jedince.
- Zvýšený spad těžkých kovů, otrava olovem, vliv radioaktivity, vliv některých léků.

- Dědičný základ některých poruch chování.

1.2.2 Psychické faktory

- Častou příčinou poruch chování bývá neuspokojení základních psychických potřeb člověka, kam patří potřeba jasného obrazu světa, potřeba seberealizace a životního cíle, potřeba stimulace dostatečným množstvím kvalitních podnětů, potřeba cítit své kořeny, potřeba lásky, bezpečí, jistoty a sounáležitosti; uspokojení těchto potřeb dává člověku pocit vlastní identity.
- Psychická deprivace, poruchy sebevědomí a sebepojetí, k nimž může mimo jiné vést neuspokojení výše zmíněných potřeb.
- Neurotická osobnost subjektu, zvýšená dráždivost a labilita, nižší míra sebekontroly a volních vlastností.

1.2.3 Sociální faktory

- Anomální osobnost rodičů, kteří vykazují známky poruch chování. Může se jednat o poruchy chování, jež mají původ v neurózách – závislá porucha osobnosti, stařecká demence prarodiče, laktační psychóza matky. Děti výrazně depresivních matek bývají plaché, samotářské a uzavřené nebo naopak destruktivní, vzdorovité, netrpělivé a nespolupracující.
- Dysfunkce rodiny, špatné soužití rodičů může u dítěte negativně ovlivnit pocit bezpečí; negativní dopad mívá také nízké postavení dítěte v rodině či komunitě. V početné rodině se možná dítěti nedostává dostatek pozornosti a příležitostí vyjádřit své pocity; tyto a jiné problémy mohou vést k psychické deprivaci a k syndromu CAN.
- V případě nevšímání, ponižování, výsměchu, urážek či zastrahování ze strany rodičů dítě reaguje buďto agresí nebo naopak stažením se do sebe.
- Úplná či částečná výchova v izolaci od matky a rodiny s sebou nese zvýšené riziko problémů se sociální komunikací u těchto dětí, navazováním partnerských vztahů, vytváření pouze povrchních citových vazeb, depresí, stažení do sebe nebo naopak záchvaty agrese, obecně nízká sebekontrola.
- Vliv vrstevnických skupin a part, snaha zapadat a uspokojit tak pocit sounáležitosti.
- Vliv prostředí, anonymita a nedostatečná sociální kontrola ve větších městech.
- Mediální násilí - fakt, že těžká expozice televizního násilí je jednou z příčin agresivního chování, je podložen mnoha výzkumy a vědeckými pracemi. U dětí do dvou let se

nedoporučuje sledování televize, neboť toto prokazatelně zvyšuje výskyt ADHD. Dále také studie dokazují, že čím realističtěji zobrazují média násilné činy, tím větší je pravděpodobnost, že se je děti podle tohoto vzoru naučí provádět.

- Nedostatečné zvnitřnění společenských hodnot či norem jednání.
- Typ výchovy v rodině – příliš autoritativní výchova či naopak nedůsledná výchova v rodině, kde chybí jasná autorita a rozumná komunikace, což může u dětí způsobit neschopnost identifikovat se s autoritativní osobností; u tzv. nejisté vazby, kdy dítě nemá ochranu rodičů, zase dochází k absenci pocitu jistoty a bezpečí u dítěte.
- Druhotná porucha chování z důvodu vyčlenění z kolektivu či šikany (kvůli odlišnosti, nízkému socioekonomickému statusu, ADHD, poruch učení – viz začarovaný kruh poruch učení a chování - a podobně).
- Nevhodné výchovně – vzdělávací postupy a metody učitelů, vychovatelů. (Nešpor, 2001)

1.2.4 jiné příčiny poruchového chování

Často se chování jedince výrazně změní po určité traumatické události či změně stavu v životě jedince, jedná se o:

- Vážnou nehodu, incident či neštěstí, které mohou způsobovat nespavost, nesoustředěnost a jiné psychosomatické obtíže (vyrovnání se s traumatickým zážitkem závisí na osobnosti jedince a případné podpoře okolí).
- Nemoc, operaci či úraz, vyžadující dlouhodobou hospitalizaci subjektu či osoby blízké.
- Rozvod – starší děti mohou napodobovat nepřátelské a agresivní chování rodičů. Hrozí zde, že dítě začne hledat vinu rozchodu rodičů v sobě, toto sebeobviňování může vyústit až v sebevražedné jednání; problémy také mohou nastat, pokud byly děti po rozvodu umístěny u rodiče opačného pohlaví (týká se především chlapců – ztráta mužského vzoru).
- Úmrtí blízké osoby je provázeno depresí, smutkem, apatií, uzavřeností; následně mohou nastat problémy s identitou, případně citová zátěž ze strany druhého rodiče – očekává od dítěte, že mu nahradí chybějícího partnera.

(Train, 2001, Pokorná, 2001, Koukolík, Drtilová 2006)

1.3 Rozdělení poruch chování

Poruchy chování zde dělíme nejprve z pohledu společenských normativů a jejich porušování, následně je rozdělujeme podle hlediska zdravotnického, kde vycházíme z MKN 10. revize a dalších odborných psychiatrických publikací.

1.3.1 Rozdělení poruch chování podle jejich stupně nebezpečnosti pro společnost

Disociální poruchy chování

- drobné odchylky, které nejsou pro společnost závažné,
- není nutná účast speciálních institucí, metod a prostředků,
- lhavost, vzdorovitost, zlozvyky či symptomy spojené s různými dysfunkcemi (LMD, ADHD).

Asociální poruchy chování

- mají již určitý stupeň nebezpečnosti pro společnost, jejich důsledky jsou však závažné především pro jejich nositele,
- nutná intervence specialistů a speciálních institucí,
- patří sem záškoláctví, útěky, závislosti a zneužívání psychoaktivních látek.

Antisociální poruchy chování

- jsou vysoce závažné a nebezpečné pro společnost i pro jedince,
- protispolečenské činy, následně spojené se sankcemi v podobě ústavní ochranné výchovy či věznice,
- mezi tyto poruchy řadíme kriminalitu a delikvenci.

(Fisher, Škoda, 2008)

1.3.2 Rozdělení poruch chování dle MKN 10. revize

V rámci této podkapitoly zmiňujeme a rozvádíme vybrané okruhy poruch chování,

kteří mají různě závažný charakter a symptomatologii a pro jejichž léčbu se mohou využívat expresivní psychoterapie.

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

Tyto poruchy dělíme podle typu psychoaktivní látky a jejích účinků na organismus na F10 – F19:

F.10 Alkohol – má většinou anxiolytický účinek, uvolňuje tedy psychické napětí, krátkodobě zlepšuje náladu, zvyšuje pocit sebejistoty; zasahuje do neurotransmiterových systémů v mozku, je zde prokázána souvislost mezi účinkem alkoholu a tvorbou endorfinu. Na druhou stranu alkohol negativně ovlivňuje koordinaci a rychlost reakcí, utlumuje reflex zabraňující zvracení a vdechnutí cizorodých látek. Alkohol také zesiluje účinky jiných užívaných drog. Ženy mají méně enzymů na jeho odbourávání. (Goodyer, 2001)

F.11 Opiáty – látky vyvolávají pocit uvolnění, útlumu, po požití dochází k omezení funkcí paměti, myšlení pozornosti a tedy celkově zpomalení kognitivních funkcí. Odvykací stav u těchto látek je spojen s úzkostmi, neklidem, nespavostí a svalovými křečemi.

Mezi tuto skupinu látek řadíme opium – zaschlá šťáva z nezralých makovic; morfin, ze kterého se vyrábí jeho deriváty heroin, buprenorphin, pethidin a methadon, navozující zklidnění, uvolnění a útlum. Na těchto látkách rychle vzniká silná psychická i fyzická závislost.

F.12 Kanabinoidy – marihuana, hašiš – zhoršená koordinace, narušení vnímání času, zvýšená intenzita smyslového vnímání, uvolnění až euforie a depersonalizace. Při dlouhodobém užívání způsobují potíže s koncentrací. Předávkování se projevuje strachem, panikou a halucinacemi. Tyto látky sice působí na receptory v mozku, nezpůsobují ale fyzickou závislost, jen psychickou. Proto u silných a dlouhodobých uživatelů bývá abstinční stav provázen výkyvy nálad. (Goodyer, 2001, str. 68)

Podle výzkumů konopí nezpůsobuje schizofrenii, jak se jednu dobu myslelo, ale u lidí, kteří k ní mají dispozice, ji může rozvinout. (Goodyer, 2001, str. 71)

Ne vždy jsou tyto látky považovány za jednoznačně škodlivé, je jim dokonce přisuzován určitý léčebný účinek.

F.13 Sedativa a hypnotika

Látky tlumící aktivitu mozku, používají se tedy ke snížení úzkosti či navození spánku. Omezují také svalovou aktivitu. Při nadužívání těchto látek hrozí kromě negativního dopadu na kognitivní funkce a tělesných obtíží i nebezpečí změn v emocionalitě.

Léky proti bolesti - Oxicontin, Morfin aj. zpomalují dýchání, nevolnost až bezvědomí. Tlumivé léky, anxiolytika - Diazepam, Rohypnol – srdeční potíže, psychické i fyzické vyčerpání. Stimulanty – Ritalin, Aderal zvyšují krevní tlak, způsobují agresivitu, paranoiu.

Antidepresiva – Prozac, Celexa – paranoidní bludy, násilné či sebevražedné chování.

F.14 Kokain, který chemicky a svými účinky řadíme mezi stimulační látky. Podporuje produkci serotoninu a dopaminu, proto má budivý účinek, navozuje tedy pocity pohody, větší energie a sebedůvěry. Předávkování způsobuje paranoiu a halucinace.

Crack – kouření kokainu, při předávkování způsobuje neklid a výbuchy agrese, křeče.

F.15 Stimulancia – skupina látek zrychlujících metabolismus a tepovou frekvenci, zvyšují pozornost a výkonnost. Řadíme sem skupinu amfetaminů, kam patří extáze, která zvyšuje hladinu serotoninu a dopaminu v mozku, což navozuje pocit empatie, souznění a lásky, zostřuje smysly a tlumí rozpoznávání tělesných signálů, což může být nebezpečné. Metamfetamin (pervitin), který narušuje spánkový rytmus, navozuje hyperaktivitu, nevolnost, pocity velikášství, agrese a zvýšenou podrážděnost. Dále zde patří fermetrazin a kofein.

Abstinenční příznaky zde mohou připomínat paranoidní schizofrenii, projevují se celkovou skleslostí, absolutní nevykonností a touhou po dané látce. Nebyl prokázán vznik biologické závislosti na této skupině látek.

F.16 Halucinogeny jsou skupina látek způsobujících stav transu, ztráty vnímání reality a euforie. Při předávkování a abstinenci naopak vyvolávají deprese a paranoiu či zmatení.

LSD navozuje složité myšlenky, jež mohou vést k úzkosti a stihomamu; je zde riziko tzv. flashbacku, což je krátkodobý návrat účinků drogy i při jejím dlouhodobém neužívání.

Psilocybin, obsažený v lysohlávkách navozuje uvolnění, euforie, zintenzivnění smyslového vnímání, a meskalin, což je halucinogen získávaný z jihoamerického kaktusu peyotl. (Vykopalová, 2002)

F.17 Tabák – účinnou látkou je zde nikotin, který vyvolává stav relaxace a stimuluje myšlení a pozornost, zvýšenou aktivitu hladké svaloviny, a stažení cév. Z počátku je zde především psychosociální závislost, po určité době se rozvíjí fyzická závislost na nikotinu, způsobená množstvím receptorů v mozku citlivých na nikotin. Mezi abstinenční příznaky

patří tzv. craving, tedy bažení po látce, dále nervozita, podrážděnost, změny nálady, nesoustředěnost, únava až poruchy spánku. (Göhler, Kühn, 2001)

F.18 Rozpouštědla/těkavé látky/inhalanty – toluen, čikuli, trichlorethylen – látky způsobující závratě a a opojení se ztrátou zábran. Při předávkování dochází k deformacím a úbytku mozkové tkáně a v důsledku toho tedy až k demenci, halucinacím, útlumu vědomí a ztrátě sebekontroly.

F.19 Jiné psychoaktivní látky nebo užívání několika látek.

Klinické stavy a syndromy způsobené těmito látkami rozdělujeme v závislost na dávce, frekvenci užívání a dalších proměných následujícím způsobem:

- Akutní intoxikace je přechodná změna ve fyziologických, psychických a behaviorálních funkcích. K akutní intoxikaci může dojít již při prvním kontaktu s látkou, nejčastěji však u jedinců, kteří mají dlouhodobé problémy spojené s užíváním dané drogy či více drog.
- Při rizikové užívání ještě nedošlo k závažnější újmě, ale uživatel k ní přes všechny varovné signály směřuje.
- U škodlivého užívání se jedná o dlouhodobé (minimálně 1 měsíc či opakovaně během roku) užívání látky s následným poškozením v oblasti jak somatické tak psychické. V případě neužívání, vysazení nebo snížení množství látky nedochází k rozvoji abstinčního syndromu.
- Syndrom závislosti se projevuje pro něj specifickými příznaky, ke kterým musí docházet po dobu jednoho měsíce nebo opakovaně v průběhu více měsíců. Během jednoho roku by se měly objevovat společně tři či více z následujících symptomů:
 - silné nutkání získat a užívat látku (craving),
 - zhoršení schopnosti sebeovládání a kontroly ve vztahu k užívané látce,
 - rozvoj abstinčních příznaků, patofyzické projevy odvykacího stavu,
 - zvýšená tolerance k účinkům látky, k dosažení žádoucího účinku,
 - trvalé užívání látky navzdory škodlivým důsledkům v oblasti zdravotní, psychické a sociální, kterých si je jedinec vědom,

- látka zaujímá přední místo v hierarchii zájmů a hodnot jedince. (Nešpor 2007)

„Návyk začíná, vzdáme-li se perspektivy dosavadního života a droga utváří rozhodujícím způsobem náš všední den.“ (Göhler, Kühn 2001, str. 11)

- Odvykací stav neboli abstinenční syndrom provází charakteristické příznaky, k jejichž rozvoji dochází po úplném nebo částečném odnětí dané látky. Může být komplikován somatickými a psychickými obtížemi jako jsou křeče, delirium, halucinace, bludy, deprese a podobně. Tento stav může přejít až do psychózy (Korsakovova psychóza) alkoholové halucinózy apod., a může končit až smrtí.
- Psychotická porucha je taková, která se vyskytne se v průběhu užívání nebo jako následek škodlivého užívání návykových látek, nesouvisí však s akutní intoxikací ani s abstinenčním syndromem. Jsou pro ni charakteristické halucinace a bludy, narušené vnímání, poruchy psychomotoriky a jiné emocionální alterace.
- Při amnestickém syndromu dochází k výraznému chronickému postižení paměti, a to především dlouhodobé. Narušeno je i chronologické vnímání času.
- Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem – změny v poznávání, afektu, osobnosti či chování, vyvolané alkoholem či psychoaktivní látkou zde přetrvávají za dobu, kdy přímý účinek ve vztahu k psychoaktivní látce může být předpokládán.

(uzis.cz, 2013 [online]; Kubínek 2012)

„Jako první nastává tělesná závislost, která vzniká určitým druhem návykové paměti, která se vícenásobným užitím vytváří v mozku a každým dalším užitím se zpevňuje. Tělesnou závislost lze překonat lékařskou péčí, ta psychická přetrvává po celý život.“

(Göhler, Kühn 2001, str. 22)

Příčiny drogových závislostí

Podle neurobiologického modelu je odměňující efekt drogy závislý na činnosti dopaminergního systému v mozku, tj. neuronálních sítích, které se nazývají systém odměny. (Procházka, 2011)

V současné době dochází k nárůstu užívání drog v důsledku existenciální úzkosti a ztrátě tradičních duchovních hodnot v dnešním průmyslovém světě.

Mezi další rizikové faktory patří zanedbání a nenaplnění citových potřeb jedince,

nedostatek smysluplných podnětů, negativní vliv okolí.

Pokud drogy užívají rodiče, je zde velká pravděpodobnost, že se u dítěte vyvine stejný návyk, jelikož touha dítěte napodobit své rodiče ovlivňuje jeho budoucí vzorce chování.

Poslední studie svědčí o tom, že asi jedna třetina mladých lidí, kteří mají problémy s užíváním drog, může trpět jinou psychickou poruchou, která často vznikne dříve, než začne užívání drog. (Eliot, Place, 2002, s. 148)

Mladí lidé uvádějí jako důvody pro užívání drog snahu zapadnout do kolektivu, uniknout od reality a odpočinout si, zahnat nudu, udělat něco „dospěláckého“, vzbouřit se a experimentovat. Hledají u drog řešení či únik, nakonec se však z drog často stává problém.

Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69)

Rozmanité stavy a vzorce chování, které mají tendenci přetrvávat. Objevují se jako vyjádření charakteristického životního stylu jedince a způsobu jeho vztahu k sobě i druhým. Některé z nich se objevují časně v průběhu individuálního vývoje jako výsledek vrozených faktorů a sociálních zkušeností, jiné se získávají během života.

F60 Specifické poruchy osobnosti

Nejsou následkem nemoci či poškození mozku nebo jiné psychiatrické poruchy. Je pro ně typická závažná osobní tíseň a sociální poruchy, obvykle se objevují v dětství a přetrvávají do dospělosti.

- Disociální porucha osobnosti se projevuje bezohledností v sociálních vztazích a závazcích, chování se neslučuje se sociálními normami, není snadné jej změnit zkušeností ani trestem. Subjekt má tendenci nabízet přijatelná vysvětlení toto chování.

- Emočně nestabilní porucha osobnosti se vyznačuje neschopností ovládat výbuchy svého chování, zkratkovitým jednáním, nepředvídatelnou náladou, hašteřivostí

a konflikty s okolím. Můžeme zde rozlišit dva typy:

a) typ impulzivní – nestabilita, chybějící sebeovládání,

b) hraniční typ – poruchy představy o sobě, bezcíllost, dlouhodobý pocit prázdnoty, intenzivní a nestabilní mezilidské vztahy a sebedestruktivní chování.

- Pro histrionskou poruchu osobnosti je typická labilní afektivita, sebedramatizace, egocentričnost, nedostatek ohledu na druhé, trvalé vyžadování ocenění a pozornosti.
- Anxiózní neboli úzkostná osobnost trpí pocity napětí, nejistoty a podřízenosti, má trvalou potřebu být milován a přijímán, přecitlivělost na kritiku, tendenci vyhýbat se určitým potenciálně nebezpečným situacím.

F62 Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku a které nejsou projevem jiné duševní poruchy. (Trvají min. 2 roky)

- Pro přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti je typický nepřátelský a nedůvěřivý postoj ke světu, sociální zdrženlivost, pocit prázdnoty, beznaděje.
- Přetrvávající změny osobnosti po psychiatrickém onemocnění se projevují neschopností vytvářet a udržovat důvěrné osobní vztahy, nadměrným vyžadováním pozornosti, pasivitou, obtížemi znovu se zapojit do společenského a pracovního života.

F63 Nutkavé a impulzivní poruchy

Charakterizovány opakovanými činy bez jasné racionální motivace, pouze spojeno s impulzy k nim. Nemohou být ovládány a způsobují svým nositelům poškozování vlastních zájmů i zájmů jiných lidí, nemají známou příčinu. Řadíme sem například patologické hráčství, pyromanii a kleptomanii.

(uzis.cz, 2013 [online]; Kubínek 2012)

2 Prevence rizikového chování

V této kapitole autorka definuje nejprve prevenci samotnou, poté primární a sekundární prevenci. Dále rozvádí možnosti sekundární prevence a zařízení pod ní spadající.

Samotné slovo prevence označuje soustavu jevů, které mají něčemu předcházet či chránit před nežádoucími jevy. Prevenci rizikového chování pak Hutýrová a kol. Definuje jako „intervenci určenou k zamezení nebo snížení výskytu, šíření, popřípadě vzniku škodlivých účinků projevů rizikového chování.“ (Hutýrová, Růžička, Spěváček, 2013, str. 16)

2.1 Primární prevence

Obecně se primární prevence zaměřuje na snižování pravděpodobnosti vzniku nemoci. V případě poruch chování je konkrétním cílem pomáhat zvyšovat sociální způsobilost, posilovat orientaci v mezilidských vztazích, zvyšovat schopnosti řešit adekvátním způsobem různé konflikty a náročné situace, vytvářet příznivou situaci pro pozitivní seberealizaci. Její těžiště je v rodinách, školách a organizacích mimoškolního charakteru.

(Baštecká, 2003; Fisher, Škoda, 2008)

2.2 Sekundární prevence

„Prevence sekundární neboli adresná zahrnuje ovlivňování ohrožených skupin obyvatelstva, které jsou ohroženy bezprostředně nebo zprostředkovaně v závislosti na řadě faktorů.“

(Vykopalová, 2002, str. 78)

Sekundární prevence se snaží zabránit dalšímu rozvoji nemoci již vzniklé, jejím cílem je provést včasnou diagnózu, intervenci a následně a rychlou a účinnou léčbu, zacílenou na zlepšování klientova fungování doma, v práci a v širším společenství. V kontextu rizikového chování se zabývá jedinci a skupinami osob, u nichž je předpoklad nežádoucího jednání a výskytu sociopatologických jevů. V rámci sekundární prevence se provádí screening (prosívání) a depistáž (vyhledávání). V resortu sekundární prevence jsou zřizována střediska výchovné péče (SVP) pro děti a mládež, která poskytují kromě ambulantní

a internátní péče i poradenské služby. Dále se jedná o speciální programy jako například Peer program (vrstevnický dobrovolnický program, jehož cílem je aktivní působení v oblasti

primární a sekundární prevence), Programy v přírodě, dobrovolnická pomoc, Projekt LATA. (Baštecká, 2003; Fisher, Škoda, 2008)

2.3. Orgány a zařízení sekundární prevence

Tyto zařízení zde dělíme jak podle věkových skupin a závažnosti problému, tak podle typu a způsobu léčby a časového rozpětí péče a terapie. Denní programy a stacionáře umožňují jedinci zůstat v jeho přirozeném prostředí a tedy nastolit a udržet pozitivní změny, získané touto péčí i v rodině či školním prostředí, zlepšit dysfunkční vztahy či jiné okolnosti a vybudovat podporu v okolí, které pomůže lépe snášet obtíže. Pobytové služby naopak umožňují odpoutání se od patologického prostředí jedince.

2.3.1 Zařízení pro děti a mládež psychosociálně ohrožené

Tyto zařízení zastřešuje OSPOD - orgán sociálně-právní ochrany dětí.

- Zařízení odporného poradenství pro péči o děti a zařízení sociálně-výchovné činnosti nabízí program pro rozvoj sociálních dovedností, výchovné a volnočasové činnosti.
- Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc organizují výchovně-rekreační tábory a dohlíží na výkon pěstounské péče. „U dětí se špatným rodinným zázemím může přestěhování do rodiny, kde o něj bude řádně pečováno, vyvolat pozitivní změny. U výrazně zanedbaných dětí však musí jít o promyšlený léčebný režim a intervenci.“

(Eliot, Place, 2002, s. 35)

- Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež od 6 do 26 usilují o zlepšení kvality jejich života, snížení sociálních a zdravotních rizik, poskytnutí zázemí, podpory a odborné pomoci dospívajícím v obtížných životních situacích. Posláním těchto zařízení je motivovat a podporovat děti a mládež k aktivnímu přístupu při řešení těchto situací, poskytovat sociální služby a dostupnou nabídku volnočasových aktivit.
- Sociálně aktivizační služby pro rodinu a děti pomáhají, je-li vývoj dítěte ohrožen v důsledku dlouhodobě nepříznivé sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci řešit.

(Hutyrová a kol., 2013)

2.3.2 zařízení pro děti s poruchou chování, která nemají nařízenou ústavní ani uloženou ochrannou výchovu

- Pedagogicko–psychologické poradny
- Středisko výchovné péče je školním zařízením poskytujícím svým klientům, především mládeži ve věku 14-20 let všestrannou preventivní speciálně pedagogickou, výchovnou a psychologickou péčí a pomoc formou ambulantních, celodenních nebo internátních služeb. Dále poskytuje také konzultace, odborné informace a pomoc osobám odpovědným za výchovu, tedy rodičům a pedagogickým a sociálním pracovníkům.
- Psychologické a psychiatrické ambulance poskytující psychoterapeutickou a farmakoterapeutickou péči.

(Hajný 2001, Škoda, Fisher 2008)

2.3.3 Zařízení pro děti s uloženou ochrannou a nařízenou ústavní výchovou

Do ústavní a ochranné výchovy jsou jedinci přijímáni buďto dobrovolně na základě žádosti zákonných zástupců, či jsou zde umístováni povinně na základě rozhodnutí soudu, a to na podnět zákonných zástupců a dalších společenských subjektů (orgány trestného řízení, poradny aj.). Funkce těchto zařízení a ústavů jsou následující:

- Výchova a snaha o dosažení pozitivních změn v osobnosti a chování jedince, nácvik a upevňování nových způsobů chování.
- Poskytnutí zázemí, podpory a péče, nezbytná k upevnění psychického zdraví jedince.
- Prevence ochrany společnosti a daného jedince v případech, kdy jiné možnosti selhávají, to znamená v extrémních případech omezení, vyloučení a represí u jedinců v zařízeních s nedobrovolným pobytem. (Hajný, 2001, Hutyrová a kol., 2013)

Diagnostické ústavy

Zařízení především pro jedince s nařízenou ústavní či ochrannou výchovou a nařízeným předběžným opatřením. DÚ plní úkoly diagnostické, tedy provedení základního kompletního vyšetření, na jehož základě je zpracována komplexní diagnostická zpráva s návrhem

programu rozvoje osobnosti daného jedince. Tento program zahrnuje složky vzdělávací, výchovné, terapeutické, sociální a organizační. Pobyť v DÚ trvá většinou 8 týdnů.

Dětské domovy (DD)

Jejich účelem je zajišťovat péči o osoby s nařízenou ústavní výchovou, kteří nemají závažnější poruchy chování. Jsou zde umístováni jedinci ve věku od 3 do 18 let (výjimkou je, studuje-li jedinec vysokou školu), rovněž také nezletilé matky s dětmi. Základní organizační jednotkou je zde rodinná skupina.

Dětské domovy se školou (DDŠ)

Na rozdíl od DD jsou zde umístováni jedinci s nařízenou ústavní výchovou, kteří mají závažné poruchy chování, vyžadují pro svou přechodnou či trvalou duševní poruchu výchovně léčebnou péči, případně jedná-li se o nezletilé matky a jejich děti s uloženou ochrannou výchovou.

Výchovné ústavy (VÚ)

Zařízení pečující o osoby starší osmnácti let, které mají závažnou poruchu chování a u nichž byla nařízena ústavní nebo uložena ochranná výchova či kteří vyžadují výchovně léčebnou péči. Může zde být umístěn i jedinec starší dvanácti let, v případě že pro závažnost své poruchy chování nemůže být umístěn v DDŠ.

(Hutyrová a kol., 2013, Škoda, Fisher 2008)

Zařízení pro nezletilé se zvláště závažnými poruchami chování

- Detenční ústav je zařízení pro osoby s psychiatrickou diagnózou a pro mladistvé odsouzené pro zvláště závažný trestný čin.
- Vězení pro mladistvé zajišťuje krom vazby i výchovně-vzdělávací aktivity.

(Hutyrová a kol., 2013)

2.3.4 zařízení pro dospělé osoby

- Azylové domy a noclehárny poskytují klientům zázemí na přechodnou dobu.
- Domy na půl cesty, určené pro osoby do 26 let slouží k výkonu ústavní a ochranné výchovy či pro osoby po výkonu trestu, jimž dočasně poskytuje ubytování a pomoc při uplatňování práv a zájmů, sociální kontakt a terapeutickou činnost.

- Zařízení pro krizovou pomoc pro osoby v ohrožení života či zdraví na přechodnou dobu.
- Nízkoprahová denní centra poskytující terénní či ambulantní služby.

2.3.5 Zařízení pro osoby se závislostí

- Detoxikační oddělení s pobytem 1-3 týdny.
 - Psychiatrická léčebna - oddělení pro léčbu závislostí, kde jde nejčastěji o zhruba tříměsíční program léčby na oddělení, který hraří pojišťovna. Tato léčba se doporučuje, pokud je již vyčerpána možnost ambulantní docházky.
 - Terapeutická komunita při PL poskytuje pobyt v bezpečném a chráněném prostředí na dobu 6 - 18 měsíců, obvykle mimo město a pro lidi starší než 18 let. Doporučuje se při selhání krátkodobějších forem léčby. Jde o intenzivní formu skupinové psychoterapie, kde spolu klienti kromě skupinových aktivit sdílí další společný program s pracovní a každodenní činností. Komunita podněcuje k získání náhledu na vlastní problém, umožňuje korektivní zkušenost a podněcuje nácvik vhodnějších způsobů chování.
 - AT Oddělení a ambulance - specializovaná oddělení zaměřená na pomoc závislým, nejčastěji na léčbu alkoholismu a jiných závislostí u dospělých.
 - Ambulantní psychologické a psychiatrické ordinace - psychoterapie a poradenství zaměřené na problémy s drogami, které lze zvládat ambulantně, tedy nejčastěji počáteční fáze problémů s drogami nebo období doléčování.
 - Doléčovací centra, centra následné péče - program určený pro dlouhodobě a silně závislé osoby nad 18 let. Podmínkou je rozhodnutí ke změně svého dosavadního způsobu života, alespoň tříměsíční abstinence a účast v léčebném psychoterapeutickém programu. Cílem je zde udržení pozitivních změn, podpora klientů při hledání a udržení práce, motivace a podpora řešení problémů vzniklých užíváním drog, podpora při zvládání krizových situací.
- (p-centrum.cz, 2013 [online]; Hajný 2001, Hutyrová a kol., 2013)

2.3.6 Další orgány prevence

Krajský protidrogový koordinátor informuje o aktuální nabídce služeb v kraji, má informace

o současné situaci v protidrogové prevenci, probíhajících programech.

Linka důvěry - bezplatná anonymní telefonická konzultace a poradenství.

- Neziskové organizace a dobrovolnické programy

Terénní programy, streetwork – jejich cílem je prevence sociálně nežádoucích jevů, snižování rizik ohrožujících mládež, podpora a pomoc lidem v obtížných životních situacích. Služby jsou určeny pro uživatele návykových nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiných sociálně ohrožených skupinách. Tyto programy jsou bezplatně poskytovány v přirozeném sociálním prostředí cílových skupin a spadají svou činností i do terciální prevence.

Kontaktní a poradenská centra (K centra) – nízkoprahová zařízení, jejichž cílem je zejména prevence škodlivých následků užívání drog. Poskytují rady a podporu uživatelům drog a informace a možnost bezpečnějšího užívání drog, poradenství v sociální a právní oblasti, konzultace v případě zájmu o léčbu, zprostředkování léčby a motivační skupiny před nastoupením léčby. Kontaktní centra také nabízejí poradenství pro rodiče a přátele uživatelů drog, bývají zde rodičovské podpůrné skupiny, kde se rodiče závislých scházejí a sdílejí spolu své zkušenosti a poskytují si vzájemnou podporu.

(substitucni-lecba.cz, 2014 [online]; Hajný 2001)

2.4 Konkrétní organizace a sdružení prevence poruch chování v ČR

Sdružení Podané ruce – nestátní nezisková organizace věnující se prevenci, léčbě a další pomoci lidem s obtížemi se závislostmi a práci s dětmi a mládeží.

V rámci tohoto sdružení fungují K centra, terénní programy, drogové služby ve vězení, ambulance adiktologie, doléčovací zařízení, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a další. (podaneruce.cz, 2014 [online])

P centrum Olomouc – nezisková organizace poskytující služby z oblasti prevence, péče o rodinu s dětmi, poradenství, léčby a doléčování závislostí.

(p-centrum.cz, 2013 [online])

Adresář míst, kam se v případě potřeby v Olomouci obrátit o pomoc

- Centrum krizové intervence, Dolní náměstí 33, Olomouc, tel. 585 223 737, 585 223 453
- Dětský diagnostický ústav a Středisko výchovné péče Olomouc –Sv. Kopeček, Ústavní 9,

tel. 585 385 106

· Fond ohrožených dětí, Sokolská 50, Olomouc, tel. 585 221 649,

e-mail: fod.olomouc@fod.cz, azylovydum.olomouc@fod.cz

· K-centrum Olomouc Wallhala, Sokolská 48, Olomouc, tel. 585 220 034

· Krajský protidrogový koordinátor, Jeremenkova 40a, Olomouc, tel. 585 508 231

· Oddělení sociálně právní ochrany dětí, Kosmonautů 10, Olomouc, tel. 585 513 111

· P-centrum Olomouc, Lafayettova 9, Olomouc, tel. 585 221 983

· Pedagogicko-psychologická poradna, U Sportovní haly 1, Olomouc, tel. 585 221 045

· Poradna pro rodinu, Žilinská 7, Olomouc, tel. 585 413 540

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Olomouc, I. P. Pavlova 6, tel. 585 851 111

· Středisko sociální prevence, Na Vozovce 26, Olomouc, tel. 585 754 736,

· Vojenská nemocnice Olomouc, psychiatrické oddělení, Sušilovo nám. 5, tel. 585 408 007

2.5 Sekundární prevence drogově závislých

Obecné zásady jednání se závislými:

Důležité je začít řešením příčin a podnětů, jež vedly člověka k braní drog.

Závislý se sám musí rozhodnout ke změně, protože úspěšná terapie a léčba je vždy zcela dobrovolná, my jej můžeme jen motivovat, být mu oporou, pomocníky a rádci.

Obecně můžeme pomoc v této oblasti rozdělit na dvě kategorie:

a) Léčba zaměřená především na mladého člověka samotného, tedy poradenství, různé druhy individuálních psychoterapií či naopak skupinová sezení, důležitá pro rozvoj komunikačních schopností.

b) Rodinná terapie - programy zaměřené na rodinu a prostředí, v němž se jedinec pohybuje, navrhování úkolů pro jednotlivé členy rodiny při řešení problému, snaha zlepšit podmínky soužití v rodině závislého.

Cílem všech těchto léčebných programů je povzbudit člověka k abstinenci a probudit v něm zájem o aktivity, které nejsou spojeny s užíváním drog.

Dále používáme metod Self - managementu, tedy posílení schopností řídit vlastní život.

Je zde kladen důraz na to, aby člověk:

- Porozuměl podmínkám, ve kterých žije, situaci, ve které se nachází a životnímu stylu, který vede a byl schopný za něj nést odpovědnost.
- Určil, co je třeba změnit, upravit a zlepšit v jeho životě.
- Rozvíjel kritičnost a sebekritičnost, sebereflexi, sociální dovednosti a asertivitu, aby člověk rozvíjel schopnost vyjednávat, volit a tak více řídit sebe a svůj život.

(Baštecká, 2003)

Principy terapie drogově závislých

Terapie musí být včas zvolená a zahájena, protože člověk zachycený v bludném kruhu závislosti má kolísavou motivaci. Efektivní léčba musí zasahovat potřeby a problémy člověka, to znamená komplexní léčba příčin i následků závislosti, důležitá je taky mezioborová spolupráce odborníků podílejících se na léčbě. Doba trvání terapie se řídí potřebami jedince, je to však dlouhodobý proces, pro její úspěšnost to však musí být alespoň tři měsíce. Nesmíme zapomínat, že detoxikace je „pouze“ první krok v léčbě. Komplexní léčba zahrnuje také vyšetření na nemoci spojené s užíváním drog a kontrola užívání v jejím průběhu. (Nešpor, 2007)

2.6 Doporučení rodičům dětí s poruchami chování

Pokud si rodiče už neví rady, primárně se doporučuje vyhledat odbornou pomoc a radu. Dále je potřeba zvážit umístění do vhodného výchovně-vzdělávacího zařízení vzhledem k typu a rozsahu poruchy chování dítěte.

Je důležité zamyslet se, zda jsou uspokojovány základní psychické potřeby dítěte ze strany rodiny. Rodiče by také měli přirozeně komunikovat s dítětem, být mu otevřený, naslouchat mu, mluvit s ním otevřeně o problémech, projevovat o něj zájem a dobře jej znát, vhodné je dopřát mu zároveň ale i dostatečný osobní prostor a soukromí. V neposlední řadě pak být důsledný ve výchově, stanovit jasná pravidla, práva i povinnosti, přiměřeně odměňovat i trestat a toto vždy zdůvodnit, sdílet společné hodnoty a normy v rodině, jít dítěti vhodným výchovným a morálním příkladem. Dobré je, aby děti měly dostatek zájmů, podnětů a možností je rozvíjet, rodiče by však neměli na děti klást nepřiměřené nároky a přetěžovat je. (Nešpor, 2001)

2.7 Rady a doporučení učitelům

Základem je vědět toho o žácích a jejich okolí co nejvíce, komunikovat s rodiči, informovat je o všem, projevit jim podporu, pochopení a radu.

Dále je potřeba vytvořit v rámci třídy a školy co nejbezpečnější prostředí pro žáka s poruchou chování i pro jeho okolí, podporovat spolupráci v kolektivu, skupinovou podporu, odpovědnost a přátelství.

Učitel by se měl snažit naslouchat, být co nejvíce empatický a zůstat pokud možno nezaujatý, podporovat vyřešení problémů a kompromisy, naučit se rozpoznat a předcházet krizovým situacím, a pokud už k nim dojde, efektivně je zvládat.

(Train, 2001, Koukolík, Drtilová, 2006)

3 Terapeutické metody v léčbě poruch chování

V této kapitole nejprve autorka definuje pojem psychoterapie, pak zmiňuje jednotlivé výchozí psychoterapeutické směry, nakonec dopodrobna rozvádí z psychoterapií vycházející jednotlivé expresivní terapie a jejich využití v terapii vybraných poruch chování.

3.1 Psychoterapeutické směry

Psychoterapie je zvláštní péče poskytovaná lidem, kteří jsou vnitřně destabilizováni či jim tato destabilizace hrozí. Cílem psychoterapeutické léčby je objevit, zpracovat a odstranit nesoulad mezi motivačními cíli k uspokojení dané potřeby a vnímanými možnostmi jejich dosažení. Následuje nácvik změn nežádoucího chování v nové a kongruentní způsoby jednání, což zvyšuje konzistenci duševního života jedince. (Kratochvíl, 2010)

„Cíle psychoterapie mohou být velmi rozdílné a odvíjí se od povahy problému a individuality klienta psychoterapie. Obecně se však jedná o odstranění nebo zmírnění potíží a podle možností i odstranění jejich příčiny.“ (Lečbách 2010, str. 17)

Mezi účinné faktory psychoterapií řadíme:

- výklad poruchy, které umožňuje klientovy porozumět svým problémům a může je tedy lépe kontrolovat a ovládat,
- emoční uvolnění,
- konfrontace s vlastními problémy, kdy klient získává odvahu čelit situacím, kterým se dříve vyhýbal,
- posílení žádoucího chování klienta. (Kratochvíl in Lečbách, 2010)

Humanistická/Rogersovská terapie

Založená na principech akceptace, empatie a autenticity. Terapie dialogická, vztahová, je zde kladen důraz na zpětnou vazbu a kongruenci. Jejími prostředky jsou u dospělých dynamický skupinový rozhovor, u dětí pak volná terapie hrou. Také se zde používá metoda focusingu, tedy zůstávání. V expresivní terapii se zaměřuje na nevyužitý tvořivý potenciál člověka.

Logoterapie Viktora Emanuela Frankla

Podává existenciálně-analytický obraz člověka. Cílem je zde osvojení si svobodnějšího, odpovědnějšího a tedy prospěšnějšího přístupu ke skutečnostem svého života a z toho

mobilizovat své duševní síly. Snaha o obnovení prožívání smyslu ve vlastním životě u klientů.

Rodinná terapie

Přístup vnímající rodinu jako nejvýznamnější socializační prostředí, v rámci kterého na sebe berou problémy specifickou podobu a udržují se nebo rozpouští ve vzájemných interakcích.

Systemická terapie

Terapie navazující na výzkumy komunikace v rodině a na rodinnou terapii, rodina je zde chápána jako systém. Veškeré chování má podle této terapie význam v kontextu aktuálních meziosobních vztahů. Používá se zde metafor k porozumění problémům, které označí sám klient. Využíváme také techniky verbální interakce a práce s reflektujícím týmem, což je tým pozorujících a posléze reflektujících terapeutů.

Neuropsychoterapie

Terapie využívající a zahrnující poznatky neurověd do psychoterapeutického systému.

Psychosomatické a relaxační přístupy

Schultzův autogenní trénink používá autosugestivní formulky, Jacobsonova metoda progresivní relaxace zase kontrastu tenze a uvolnění, biofeedback staví na propojení těla a myšlenek a jejich vzájemným ovlivňování a na cíleném přesunu pozornosti.

Hlubinná psychoterapie

Tento směr si klade za cíl porozumět tomu, co se v člověku děje, jeho nevědomým pochodům a pocitům, poté s těmito psychickými determinanty pracovat a úspěšně je zvládat. Usiluje o uvědomění si, uchopení a demonstrování obsahů nevědomí.

Kognitivně-behaviorální terapie

Jedná se o direktivní přístup, ovšem s plným souhlasem klienta. Chování z velké části odráží způsob myšlení, poruchy chování jsou zde chápány jako naučené reakce, které je tedy možno instrumentálním učením změnit. Důraz je kladen na sebeřízení a sebekontrolu.

(Vymětal 2010, Lečbych, 2010)

Kromě dělení na jednotlivé směry můžeme psychoterapie dělit podle aktivity terapeuta na

direktivní a nedirektivní, z hlediska zaměření terapie na kauzální a symptomatickou, dle způsobu práce a organizace na individuální a skupinové a z časového hlediska na krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé terapie. Dále je možno i dělení na podpůrné terapie, jejich cílem je poskytnout pomoc a porozumění a na rekonstrukční, která usiluje o změnu osobnosti. (Lečbych 2010)

3.2 Expresivní terapie

Expresivním terapiím se zde autorka věnuje z hlediska jednotlivých technik, jejich účinků na lidskou psychiku a chování a jejich následného využití v sekundární prevenci poruch chování.

„Expresivní terapii lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci uměleckých prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu individuálně přijatelným směrem.“ (Müller 2005, str. 28)

„Pojmy exprese a výraz shodně označují určitý druh lidských aktivit, ve kterých člověk víceméně spontánně, s důrazem na formu projevu, vyjadřuje své vnitřní psychické stavy, dojmy, pocity, nálady a s nimi spjaté zkušenosti nebo poznatky.“

(Hutyrová a kol., 2013, str. 42)

3.2.1 Dramaterapie a teatroterapie

Podle postavení dělíme tuto disciplínu na Drama as Therapy, tedy svébytný psychoterapeutický přístup, a na Drama in Therapy, tedy využití dramaterapeutických přístupů v rámci jiných typů psychoterapií. Následující dělení dramaterapie je pak její vymezení i dle využití, pozice, cílů a cílové skupiny. (Müller, 2005)

Paradivadelní systémy

I) Edukační povahy

Dramatická výchova

Dramatická výchova je improvizovaná, k předvádění neurčená a na vnitřní proces práce orientovaná forma dramatu. Používá dramatických prostředků jako představování si, hraní a reflektování lidské zkušenosti k dosažení psychologických a pedagogických cílů.

Divadlo ve výchově

Podstatou je divadlo hrané většinou profesionálními herci, které je zaměřeno na vzdělávací

a výchovné cíle. Téma je dáno buďto konkrétní zakázkou, nebo cílovou skupinou, pro kterou je představení určeno. Po představení následuje workshop a reflexe.

II) Terapeutické povahy

Drama se využívá ve většině dějově orientovaných terapeutických přístupů, tedy v gestalt terapii, kognitivně - behaviorální terapii, analytické terapii aj.

Terapie hrou - individuální práce s dětmi nemocnými, s problémy v pěstounské péči, sexuálně zneužitými, frustrovanými, po těžké životní události, s poruchami učení a chování.

Herní specialista - kvalifikovaný pracovník dětských oddělení nemocnic, jehož posláním je udržet přirozený vývoj pacientů, humanizovat toto prostředí a motivovat děti ke hře, cílem pak je zmírnit úzkost a strach hospitalizovaných.

Psychodrama

Zakladatelem J.L.Moreno, jedná se o improvizaci k terapeutickým účelům, klient dramaturgizuje své zážitky, přání, postoje a fantazie. Psychodrama se využívá jako prostředek k odreagování a získání emoční korektivní zkušenosti, k ujasnění pacientových skrytých motivů a nepřiznaných přání a jako možnost vyzkoušet si různé formy řešení konfliktních situací.

„K dosažení těchto cílů se používá osvědčených morenovských technik, jako je hraní vlastní role, sebe prezentace a monolog, projekce, výměna rolí, dvojník a alter ego. zrcadlo, kdy je koterapeut v roli klienta, pomocný svět a další známé techniky.“ (Valenta 2011, str. 16)

Variantami psychodramatu je psychomelodrama, kdy je hra podbarvena hudbou k umocnění a pozměnění atmosféry. Satidrama je rozšířeno o téma vycházející ze zájmů celé skupiny, figurativní psychodrama vychází z gestalt terapie, kde se skrze výměnu rolí přehrává na jevišti vnější i vnitřní svět.

Sociodrama

Na rozdíl od psychodramatu se zaměřuje především na přehrávání problémů sociopolitických, vztahů society a sociokulturních norem bezprostředně se týkajících klientů.

Psychogymnastika

Podstatou je neverbální vyjádření situací a vztahů především prostředky pantomimy.

klasickým tématem zde bývá nějaké tabu či něco, co si klient musí odříkat.

Teatroterapie

Jedná se o divadlo hrané výlučně postiženými herci, jde zde více o uměleckou složku, směřuje k výslednému produktu a performanci. Ve svém procesu však přináší sociální rehabilitaci a inkluzi, zlepšení sebereflexe.

Dramaterapie vlastní

„Umělecká a léčebně-výchovná metoda aplikovaná v rámci individuální i skupinové práce, která využívá dramatické struktury a prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení osobně sociálního růstu a integrace osobnosti.“ (Valenta 2011 str. 23)

Nespecifické cíle dramaterapie

Základem je uvolnit se, získat schopnosti spontánního chování, zvládnout kontroly svých emocí, změna nekonstruktivního chování, rozšíření repertoáru rolí pro život, rozvoj představivosti a koncentrace, posílení sebedůvěry, sebeúcty a zvyšování intrapersonální inteligence, získání schopnosti poznat a přijmout své omezení i možnosti.

Z hlediska přístupu terapeuta můžeme dramaterapii rozdělit na psychodynamicky orientované dramaterapie, soustředěná hlavně na obsahy kolektivního nevědomí, využívá se zde modelu pozitivního přenosu a princip as if - jako by. Dále nedirektivní metoda gestalt, kde se klade důraz na uvědomování si aktuálního stavu, mezi její techniky patří přehrávání rolí, vizualizace a práce s tělem. Behaviorálně zaměřená dramaterapie preferuje individuální formu terapie, snaha změnit dysfunkční chování klienta pomocí změny myšlení a modifikovat chování reakcemi prostředí. Tato terapie je účinná u širokého okruhu klientů, od neurotických až po poruchy chování. Franklova logoterapie, která je zaměřená na změnu postojů u osob trpících ztrátou životních hodnot a existenciální frustrací, používá strategie nacházení smysluplných tvůrčích, zážitkových a postojových hodnot existence. Divadelně-narativně orientovaná dramaterapie tvrdí, že svobodná tvorba, seberealizace a kreativita mají sebeozdravný charakter, je však potřeba vytvořit prostor pro jejich projevení. (Valenta, 2006)

Individuální forma dramaterapie

Využívá se především u jedinců s autismem, u klientů s posttraumatickým stresovým syndromem a u klientů s mentálním postižením.

Skupinová dramaterapie

Realizuje se v homogenních či heterogenních skupinách dle druhu a typu postižení, uzavřené či otevřené skupině nebo komunitě, které mají svá specifika. Účinnými faktory jsou zde samotné členství ve skupině, vzájemná emoční podpora, pomáhání jiným, otevřené sebeprojevení, zpětná vazba a konfrontace. Mezi prvky skupinové dynamiky patří koheze, tedy soudržnost a tenze (napětí), které v přiměřené míře podněcuje členy skupiny ke změně.

Základní pojmy v dramaterapii

Katarze - uvolnění napětí, úzkosti, pocitu viny a výčitek svědomí. S tím je spojena abreakce, tedy odžití, odreagování patogenních emocí, prostředek k dosažení katarze znovuprožitím patogenních emocionálních zážitků, které byly natolik potlačené, že je nemohl naplno prožít.

Korektivní emoční zkušenost - umožňuje pacientovi prolomit emocionální bloky. Při emoční korekci se okolí chová jinak, než osoba s neadekvátním chováním očekává na základě své chybné generalizace.

Principy, metody a techniky v rámci hraní rolí v DT

Vhled - jsem to já i nejsem to já, imaginace jako cesta k nevědomému světu.

Invokace - vybrání té role, kterou je za daných okolností třeba hrát.

Pojmenování role, konkrétní či abstraktní, vede k plnému uvědomění si jejího charakteru.

Dále následuje vlastní hraní a propracování role pomocí volné interpretace a reflektování role, zaměřené na otázky stylu hraní a postavy, objeovávání významu této fiktivní role.

Integrovaní rolí - vytváření funkčního systému rolí s cílem být sám se sebou i s lidmi.

Sociální modelování - sociální role jsou primárními determinanty našeho chování, modelováním překonáváme negativní vzorce chování, transformujeme se.

Výměna rolí slouží k rozšíření perspektivy a k získání zpětné vazby, technika Alter ego pak zobrazuje vnitřní svět klienta, podporuje jej a povzbuzuje. Během hraní rolí se můžeme pohybovat na časové ose zpět i dopředu, libovolně přidávat či ubírat postavy, předávat si vzájemně role či opakovat podle potřeby jednotlivé výstupy.

Dramaterapie pro osoby s poruchami chování

Při práci s těmito osobami se zaměřujeme hlavně na rozvoj komunikace, spontaneity a tvořivosti. V procesu se učí pracovat se sebekázní, sebereflexí a emocemi k pochopení smyslu tolerance a získání vnitřní svobody. Hlavním cílem je pak nácvik žádoucího chování, kde je zásadou nepodporovat nežádoucí chování napomínáním a naopak chválit ty žádoucí.

U dětí je důležité vybrat aktivitu, do níž se zapojí dobrovolně, ale která má pravidla, s jejichž dodržováním jim pomáháme. Tímto dítě zainteresujeme, dáme mu místo ve skupině a díl zodpovědnosti, vkládáme v něj důvěru a pozitivní motivaci.

Z metod zde používaných hlavně Alter ego a masky, sloužící k vyjádření pocitů a nálad.

V procesu doléčování probíhá v rámci DT nácvik problémových témat jako odmítání drog, vlastní minulost a návrat do pracovního procesu a domů. (Valenta, 2011, Müller 2005)

3.2.2 Muzikoterapie

Definice Muzikoterapie

„Muzikoterapie je předepsané použití hudby kvalifikovanou osobou za účelem dosažení pozitivních změn v psychologickém, tělesném, kognitivním a sociálním fungování jedince se zdravotním nebo edukačními problémy.“ (Müller 2005, str. 172)

V širším významu je tedy muzikoterapie považována za prostředek komplexního ovlivňování života člověka. (Svoboda in Müller, 2005)

Obecně je pak muzikoterapie léčba hudbou a nebo neverbální komunikací a expresí.

Cíle muzikoterapie

MT využíváme pro rozvoj vnímání a pozornosti, motoriky a senzomotoriky, vědomostí a školních dovedností. Také pro zlepšení práce s emocemi a chováním, tedy kontrola impulzivního jednání, agrese, verbální i neverbální vyjadřování pocitů, abreakce, zvýšení sebevědomí či vyrovnávání se se ztrátou, zlepšení sociální interakce a komunikace. MT má také relaxační a antistresové účinky, může být použita jako smysluplná volnočasová aktivita.

(Kantor in Müller, 2005)

Východiska celostní muzikoterapie

Aplikace přirozených hudebních kinetických a melodických jevů, odehrávajících se v časové struktuře hudebního toku, tedy rytmus, metrum a tempo.

Používání hudebně akustických rezonančních typů a specifických frekvenčních oblastí při využití akustických nástrojů s přirozeným laděním.

Terapeutická aplikace modulovaného, rezonančního, hrdelního a alikvotního zpěvu.

Muzikoterapeutické působení na duchovně-energetický systém člověka, tedy využití nadsmyslové, metafyzické, energeticko-duchovní části MT.

Orientace na pravohemisférovou činnost mozku, která řídí intuici, abstraktní myšlení, tvůrčí schopnosti, imaginaci, kreativitu, improvizaci a změny vědomí.

Spojení uměleckého, estetického a exhibičního hlediska s hlediskem terapeutickým.

Proces improvizace, který zde probíhá dle předem daných melodických, rytmických a harmonických struktur.

Při zpěvu nepoužíváme konkrétní text, pouze „prařeč“, tj. neartikulované zvuky. Vychází se zde také z toho, že konkrétní čakry rozezvučíme určitými hláskami

Zdroje celostní muzikoterapie

- celosvětový multikulturní prostor,
- čerpání z lidových zdrojů, hlavně keltsko-germánsko-slovanského kulturního okruhu,
- z nástrojů používáme v MT šamanské bubny, djembe, tibetské mísy, Orfovy nástroje a další druhy perkusí a jednoduchých akustických nástrojů.

• Formy Muzikoterapie

Pasivní muzikoterapie

Může být komunikativní, tedy založená na sdílení, reaktivní, zacílená na odblokování katarze nebo regulativní, uvolňující napětí. Využíváme zde spontaneity klientů, cílem je relaxace, a harmonizace, vyrovnaní energetického potenciálu.

Aktivní muzikoterapie

Kolektivní zpěv s využitím nástrojů a případným tancem vyvolává pocity sounáležitosti a sebeuvědomění díky intenzivnějšímu naladění se na ostatní účastníky. Terapie hudbou ve skupině zvyšuje hladinu empatie a asertivity. Vzhledem k intenzivnějšímu prožitku je zde

větší šance odstranění psychických bloků a emočního ustálení. Mezi její prostředky patří lidské tělo, hlas a hudební nástroj.

V praxi je často používaná kombinovaná forma MT, kde se postupně buduje pocit důvěry v terapeutické skupině, což umožňuje přejít z pasivní formy na aktivní, později se tyto dvě formy prolínají, klienti mohou dle potřeby zkoušet a hrát si, nebo jen vnímat.

Intuitivně pak člověk sám provádí automuzikoterapii.

Při individuální MT je přítomen klient, terapeut a koterapeut s podpůrnou funkcí.

U kolektivní MT je důležité vhodně zvolit počet klientů (doporučuje se 8-10) a prostor.

Fyziologické účinky muzikoterapie

Dochází ke změně elektrické aktivity mozku, po delší době (70-90 min.) k dosažení hladiny alfa vln, což je universální energeticko-komunikační kmitočet. Jedná se o fázi vyššího vědomí, na které dochází k synchronizaci hemisfér, s prohlubující se relaxací i k pozitivním duchovním a fyziologickým změnám.

Muzikoterapie v praxi

Léčebná aplikace MT je min. 3krát týdně 60-90 minut, s cílem dosažení pozitivních změn u klientů. MT se používá i v oblasti prevence sociálně-patologických jevů.

„Muzikoterapie se dá dobře využít k posilování motivace, přičemž hudba je tématicky zvolena k problému klienta.“ (Nešpor, 2007, str.122-123)

Fáze aktivní muzikoterapie

- úvodní aktivita dle možností klientů, rozcvička, rozezvučení těla,
- hraní rytmických figur,
- hlasová a dechová aktivita,
- rytmy a nástroje, kombinace, variace,
- závěrečná aktivita- rytmické figury, oblíbená píseň aj.,
- na závěr relaxace, evaluace.

(Holzer, Drlíčková 2012; Kantor in Müller, 2005)

3.2.3 Taneční a pohybová terapie

„Tanec je trysk života, který má sílu vyplavovat ze zajetých kolejí.“ Daniel Sibony

Tato terapie staví na principech skupinové koheze, přijetí skupinou a radosti z pospolitosti. Tanec zde má mít osvobozující roli, člověk se při něm dostává do stavu mírného transu, který rozpouští přílišnou racionální censuru. TT vznikla v 40. letech 20. století v USA, jednalo se o výrazový tanec, kde člověk vyjádří své emoce a zážitky.

Definice taneční a pohybové terapie

Jde o terapeutické využití pohybu k dosažení emoční a fyzické integrace jedince. TT je sublimací umělecké a terapeutické funkce tance. Pracuje na odstranění patologických stereotypů bloků v chování či pohybu, rozšiřuje pohybový repertoár jedince, podporuje jeho psychomotorický vývoj. Při TT provádíme diagnostiku a terapii analýzou pohybu.

Účinky Taneční terapie

TT pomáhá pacientům znovu nalézt radost z funkční činnosti a jednotu tělesna a duševna, jelikož pohyb je řečí těla i duše. Ovlivňuje obnovu pozitivního sebepřijetí, kdy dochází k synchronizaci jednotlivých částí těla. Autonomie, pocity vlastní integrity a sebepřijetí vedou k osamostatnění, v kontaktu s druhými si uvědomujeme a potvrzujeme vlastní existenci. V tanci nalzáme uspokojující abreakci, katarzi a očistu. Při TT může klient identifikovat a bezpečně vyjádřit své pocity. Tanec je způsobem zvládání napětí v těle a potlačované energie, pomáhá lidem při kontrole impulzivního či agresivního chování. (Dosedlová, 2012)

Formy a techniky taneční terapie

- Bazální tanec Marian Chaceové klade důraz na spontánní sdělování pocitů v kontextu skupinové interakce. V tanci klient objevuje prostor, energii a rytmus.
- V Autentickém pohybu Marry Starks-Whitehouseové jde o obrácení pozornosti do svého nitra a čekání na impulz pro pohyb, který je spontánní a vychází z nevědomí. Rozlišuje se zde hýbat se, což je pohyb na vědomé rovině, a být hýbán, tedy pohyb nevědomý, nezáměrný.
- Body-ego technika Trudi Schoopové používá techniku zrcadlení, kdy terapeut napodobuje pohyby klientů s cílem přiblížit se jim a pochopit je. Předpokládá existenci transpersonální

zkušenost prožitku harmonie světa a jednoty s universem, která je přítomna v těle i v mysli.

- Symbolická TT Laury Sheleenové dělí nevědomí na osobní a kolektivní. V kolektivním nevědomí jsou přítomny archetypy, tedy pravzory pocitů a poznání. Z toho vychází mytodrama, spojení tance, psychoterapie a mytologie, ritualizace tance a nalezení jeho transcendentálního smyslu.

- TT s využitím Labanovy analýzy pohybů rozlišuje pohyb v rovině vertikální, tedy prezentace já, kdo jsem, v rovině horizontální jde o komunikaci s okolím a v rovině sagitální vyjadřuje jednání a rozhodování.

- TT jako primitivní exprese usiluje o zachycení pravé podstaty a přetrvání dětského vztahu ke světu, hravost a zaujetí pro expresi, inspiruje se kmenovými tanci.

- Psychobalet je technika zvláště vhodná pro děti s neurózami a poruchami chování. Cílem je uvolnění tenze a vyjádření emocí, pozitivní změna chování, zlepšení komunikace, spolupráce a seberealizace.

- Lowenova bioenergetická analýza říká, že naše životní zkušenosti jsou zabudovány v těle, čímž mohou vzniknout energetické blokády. Pomáháme tedy člověku znovu najít své tělo v jeho kráse, přirozenosti a svobodě, udržovat energetickou rovnováhu v těle.

- Metoda body-reading Lilian Espenakové slouží k posouzení pohybů, postojů těla a jeho dynamiky k odhalení zablokovaných zón organismu.

- Pessu Boyden terapie vychází z předpokladu, že frustrace z neuspokojených potřeb se promítají v těle, je tedy potřeba je nahradit korektivní zkušeností.

Obecnými prvky TT jsou skupinová koheze, rytmus, vztah k zemi, jednoduchost pohybů a jejich opakování, práce s dotekem, práce s hlasem a hlasovým doprovodem, oční kontakt, transgrese ve smyslu hry, trans, rituál a obřad.

Využití taneční terapie

TT jako součást rehabilitace při poranění mozku pro zmírnění psychického traumatu a lepší tělesné uvědomění. U emočně narušených dětí je TT mostem mezi dětským chaotickým světem a vnější realitou. Na psychiatrických odděleních pomáhá při adaptaci na prostředí a zlepšení komunikace. U lidí drogově závislých je výhodou její neverbální přímocíarost. (Dosedlová 2012)

3.2.4 Arteterapie

Definice arteterapie

„Soubor uměleckých technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění života.“ (Šicková-Fabrici 2002, str.32)

Rysy arteterapie

Metaforičnost, schopnost integrovat osobnost i skupinu, usnadnit komunikaci. Umění pomáhá prožívat, ventilovat emoce, uzdravovat se, buduje sebevědomění a důstojnost. Umělecké aktivity podporují intelektuální a percepční růst, rozvoj estetického citění, fantazie

a kreativity. Cílem je svoboda pro experimentování při hledání výrazu pocitů, emocí či konfliktů a získání nadhledu. Kresba odkrývá nejen povahové rysy, ale i hyperaktivitu, agresivitu či nízké sebevědomí.

Arteterapii dělíme na receptivní, což je vnímání uměleckého díla vybraného arteterapeutem s určitým záměrem. Cílem je zlepšit pochopení vlastního nitra, poznávání pocitů jiných lidí. Naproti tomu aktivní arteterapie znamená aplikování konkrétních aktivit kresby, malby, modelování nebo happeningu jednotlivce či skupiny. (Šicková-Fabrici 2002)

Teoretická východiska arteterapie

Psychodynamicky orientovaná AT vidí původ kreativity v osobním konfliktu. Zážitky těchto traumat jsou zopakované v kreativním výtvarném aktu a způsobují abreakci konfliktů. Cílem humanisticky orientované AT je, aby se klient stal empatičtější, akceptoval sebe i druhé.

Transcendentální spirituálně-ekologická arteterapie se snaží působit hlavně konstruktivně, tedy recyklovat původní problém do akceptovatelné podoby.

Formy arteterapie

I) Individuální AT umožňuje vznik intenzivního emocionálního kontaktu s chápajícím člověkem. Je vhodná pro klienty, jejichž problém vyžaduje celou pozornost terapeuta a jejichž chování ve skupině by mohlo působit rušivě. Zpočátku vyžadují individuální přístup hyperaktivní či anxiózní děti.

II) Výhodami skupinové AT je rychle a intenzivně probíhající sociální učení, možnost vzájemné podpory a pocitu sounáležitosti s lidmi s podobnými problémy, zpětná vazba mezi členy skupiny, posílení pocitů odpovědnosti ve skupině.

III) Rodinná terapie vychází z vnímání rodiny jako homogenního systému, kdy změna jednoho člena ovlivní rodinu jako celek. Cílem této terapie je zlepšení komunikace v rodině, akceptování osobních potřeb a očekávání členů rodiny. Výtvarná exprese dětí z problémových rodin má velkou výpovědní hodnotu, vyhýbá se obtížnosti verbálního vyjadřování, které je často pro tyto děti bolavé. V rámci této terapie se pracuje také s poruchou připoutání, která se projevuje neschopností opřít se, tělesné kontakty, destruktivními tendencemi vůči sobě i druhým a jejíž příčinou je separace dítěte od matky brzy po porodu.

Během společných aktivit si terapeut všímá i vzájemné spolupráce a aktivity členů rodiny.

Projektivní arteterapie

„Termínem je myšleno skupinové sezení, využívající výtvarných prostředků a aktivit k projevení problematiky členů skupiny nebo skupiny jako celku.“ (Kratochvíl 1995, str. 147)

Využíváme zde technik volné kresby, konverzační kresby, tedy kreslení ve dvojicích, doplňované kresby, kde se výtvarný tvar posílá po kruhu, a technika společné kresby, kdy se na tvorbě podílí více lidí či celá skupina, čímž je možno vyjádřit náladu skupiny.

Arteterapie s dětmi a mladistvými

AT je účinnou především u dětí s poruchami chování a emocí, u nichž je cílem posílit sebevědomí, motivaci a sebekontrolu. AT pomáhá dětem z dětských domovů eliminovat důsledky citové deprivace, poranění a traumatu a umožňuje terapeutům nahlédnout

do aktuálních problémů těchto dětí. U adolescentů AT podporuje rozvoj abstraktního myšlení, sociální zručnosti, sebekritičnosti, altruismu a zdravé sexuality.

Dětská kresba nám poskytuje jedinečný vhled do dynamiky jejich nevědomí, možnost vidět skryté procesy. Dětem s poruchami chování umožňuje kresba v bezpečí přehrát a řešit svá skrytá duševní přání, projevit je skrz symboly a následně s nimi pracovat.

Funkce arteterapie v diagnostickém centru

AT zde poskytuje část multidisciplinárního hodnocení práce dítěte, zda dokáže zobrazit svůj vnitřní svět. Cílem je dát dítěti bezpečný a respektující prostor pro vyjádření, zvnějšnění

a zkoumání svých pocitů. Následně je snaha vést tyto děti k ventilaci pocitů na AT sezení a většímu ovládnutí svého rušivého chování a soustředění pro fungování v životě.

Odmítané děti postrádají zkušenost stálé mateřské péče, což se projevuje extrémní obranou proti citovému přilnutí a úzkostí z této závislosti. Těmto dětem často chybí sebevymezení a sebeovládání. Chlapci se častěji brání proti citu agrese, pro dívky je typičtější zakřiknutost, bezcílnost, problémy s příjmem potravy a absence hloubky vztahů.

(Caseová, Dalleyová, 1995)

Indikace arteterapie

Typickým projevem *týraných a zneužívaných dětí* je je regres v chování, stažení se do sebe, nedůvěřivost a extrémně nízký sebeobraz, pocity viny a nenávisti. Vhodnou technikou je zde práce s hlinou, která v sobě nese možnosti pohybu, změny, destrukce i integrace. Snahou je změnit obraz o svém těle u dítěte, pro což se používá kresba v životní velikosti či obkreslování vlastního těla. U dětí s poruchami chování se používá terapeuticko-diagnostická metody kresby stromu, kdy dítě je na stromě a okolo něj jeho blízcí a příbuzní.

V AT ve věznicích je snahou překonat nahromaděné pocity ze ztráty svobody, emocionální deprivaci a izolaci. Umění je zde mostem, prostředkem komunikace.

V AT s drogově závislými je pak hlavním cílem transformace autoagresivních pocitů do sociálně a společensky akceptovatelné podoby, aktivizování tvořivého potenciálu. Práce s hlinou umožňuje narkomanům přetransformovat autoagresivní impulzy, které odevzdají do hlíny, namísto aby utíkali k droze.

Arteterapeutické metody

V metodě aktivní imaginace ožívají vnitřní obrazy, pocity se artikulují do výtvarné řeči. Tato metoda je vhodná pro lepší sebepochopení, uvolnění emocí a vyjasnění postojů k sobě i druhým. Při animaci se terapeut nebo klient identifikují s věcí či postavou z obrázku a hovoří jejich jménem. Metoda je vhodná u anxiózních klientů či u dětí, které se cítí nejistě a osaměle.

Mandaly jsou kruhové útvary s metaforickým středem, k němuž se vše vztahuje a podle nějž je vše uspořádáno. V AT jsou pomůckou ke koncentraci a meditaci.

Metoda restrukturalizace vytváří nový obraz ze starých střípků. Techniky transformace, využívaná hlavně u dospělých klientů, spočívá v transformování pocitů z vnímání jednoho uměleckého média do oblasti jiného. Při rekonstrukci dokončujeme umělecké dílo. Jedná se například o dokreslování koláže či domodelování postavy.

Modelování masky je prožíváním vnitřních vzpomínek, identifikací, asociací a vcítění se do druhého. Vytváření masek jeden pro druhého má využití u adiktologických pacientů, kde rozeznávání stránek osobnosti druhých je krok k poznání vlastních povahových rysů.

(Liebmannová 2005)

3.2.5 Biblioterapie a poetoterapie

„Biblioterapie je expresivně-formativní terapie, která využívá terapeutické práce s textem za účelem navození žádoucího prožívání, chování a jednání klientů individuálně a společensky prospěšným směrem.“ (Svoboda 2013, str. 9.)

Funkce biblioterapie jsou informační, výchovná, konfrontační, estetická, katarzní, identifikační, relaxační a prestižní, tedy identifikace se s sociálními skupinami.

Členění biblioterapie

Terapiemi využívajícími různé literární žánry jsou hagioterapie, využívající rozbor náboženských textů, při imagoterapii se vžíváme do role literárního hrdiny, paremiologická terapie je léčba pomocí kratších slovních hříček jako jsou přísloví, aforismy či pořekadla, pohádkoterapie pak léčí pohádkovými příběhy.

Oblastmi BT dle zacílení a využití terapeutické techniky jsou následující:

Řízená biblioterapie psychosomatická a psychosociální, kde biblioterapeut vybírá klientovy knihu, v níž se hrdinové potýkají se stejnými problémy jako klient.

Neřízená BT psychorelaxační spočívá v imaginaci s cílem navození stavu odpočinku a hluboké relaxace pomocí vyprávění. Využíváme zde metody jako autogenní trénink aj.

Při řízené BT psychorelaxační jsou klientovy příběhy šité na míru a vyprávěny za doprovodu hudebního pozadí. Dochází ke stimulaci klientovy vizuální představivosti a snění.

V příběhu jsou alegorie naznačující řešení klientova problému.

BT edukační má kromě terapeutických cílů i cíle výchovně-vzdělávací, tedy snaha zaujmout klienta touto zábavnou formou pro dané téma.

Při biblioterapeutickém psaní deníku vstupuje terapeut do světa klienta po vzájemné dohodě, proto je nezbytná naprostá důvěra a rovnocenný vztah mezi terapeutem a klientem. Terapeutickým prostředkem je zde zaznamenávání života klienta z jeho vlastního pohledu a následné sdílení. Dlouhodobě může mít deník také anamnestickou hodnotu.

Smyslem BT jako tvůrčí psaní je nalézat v každém klientovi kreativní potenciál a pokusit se vybudovat radost z vlastní pisatelské tvorby.

Cíle narativní BT se týkají probuzení zájmu klienta o dění kolem, posílení sebevědomí, pozitivní působení emocí a sdělování zážitků v bezpečném prostoru. Narativní BT probíhá nejčastěji skupinově, čímž se posiluje radost z přečteného.

BT lyrická využívá poetický materiál, ale na rozdíl od poetoterapie se zaměřuje na vypovídající hodnotu veršů, zde většinou volných. Může být součástí dramiky.

V BT virtuální se terapeut nezapojuje bezprostředně. Můžeme zde ale vytvářet na dálku skupiny lidí, sdílející stejné hodnoty, zájmy či zkušenosti. Snahou je posílit zájem o psaní a schopnosti kritického tvůrčího sebevyjádření.

v BT polyestetické dochází k prolínání různých technik, námětů z a přístupů z jednotlivých expresivně-formativních terapií. (Svoboda, 2013)

Doporučení pro biblioterapii u vybraných skupin klientů

Děti se syndromem CAN, děti zanedbávané a žijící v méně podnětném prostředí mívají časté výkyvy chování a problémy se sebevyjádřením, jsou lehce zranitelné. Proto u nich začínáme spíše nenáročnými aktivitami a postupně je rozšiřujeme o náročnější činnosti. Snahou je poskytnout těmto dětem pozitivní citovou zkušenost a vybudování vztahů ve skupině.

Úzkostné děti zase potřebují podpořit pocit bezpečí a jistoty, zařazujeme tedy úvodní warm-up techniky a neverbální dramaterapeutické techniky.

Klienti s projevy agrese potřebují pravidla, ale všechny aktivity jim předkládáme jako návrh.

Poetoterapie

Terapeutická metoda, využívající prvků poezie k navození žádoucího prožívání, chování a jednání klienta. Těmito prostředky zde jsou lyričnost, působení zvukomalby, rytmu a rýmu.

Bývá často spojována s hudbou, samotný lidský hlas má díky své barvě, rytmizování a dynamice význam pro vědomé i podvědomé působení na člověka. (Svoboda 2013)

3.3 Ergoterapie

Ergoterapie je speciální léčebná terapie, využívající práci a smysluplnou činnost coby terapeutického činitele. Přestože se neřadí k expresivním terapiím, zmiňujeme se zde o ní, protože často bývá součástí léčby poruch chování.

„Ergoterapie je založen na předpokladu, že smysluplná činnost zahrnující interpersonální vazby a vztahy s prostředím, může být použita k prevenci a ovlivňování dysfunkce a k dosažení maximální adaptace.“ (Hopkins in Müller, 2005, str. 252)

„Ergoterapie prokazatelně mírní úzkost, deprese a bažení a tak prokazatelně zlepšuje sebeovládání.“ (Nešpor 2007, str. 124)

Ergoterapie je zdravotnická disciplína, nabízející aktivní pomoc lidem, jejichž postižení omezuje jejich funkční kapacitu a samostatnost. Jejím cílem je dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti a zvýšení kvality života.

Při výběru vhodné činnosti je důležité, aby sama o sobě měla smysl, být rozvržená tak, aby byl klient schopen práci dokončit a aby ho pokud možno bavila.

Ergoterapie se dělí na čtyři podoblasti:

I) Ergoterapii cílenou na postiženou oblast, v rámci které probíhá například cílený nácvik kognitivních a exekutivních funkcí.

II) ET zaměřenou na výchovu soběstačnosti, která spočívá v nácviku soběstačnosti v aktivitách každodenního života a nácviku samostatnosti v bydlení.

III) Oblast pracovní rehabilitace, kde je snahou podporovat v klientovy motivy k práci, kterými jsou vykonávání aktivity, seberealizace, výdělečná činnost, sociální kontakt, samostatnost a nezávislost.

IV) ET k smysluplnému naplnění volného času a zlepšení celkové kondice, kde výběr vhodných činností má za úkol aktivizovat klienty, má za cíl zlepšit jejich náladu a oprostít se od každodennosti.

Ergoterapeuti působí v nemocnicích, rehabilitačních ústavech, LDN, v ústavech sociální péče, chráněných dílnách a podporovaných zaměstnáváních, chráněných a podporovaných bydleních, ve věznicích a řadě dalších zařízeních.

(Dočkal in Müller 2005)

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části bakalářské práce vytyčujeme specifika výzkumného šetření a popisujeme použité výzkumné metody a konkrétní metody sběru a zpracování dat, dále pak zpracováváme výsledky výzkumného šetření z jednotlivých zařízení. V závěru praktické části pak popisujeme zjištěná fakta a celkově zhodnocujeme průběh výzkumného šetření. V diskusi je polemika nad průběhem výzkumu.

Toto výzkumné šetření je konkrétně věnováno využívání expresivních terapií a ergoterapie v praxi, tedy zda a v jakém rozsahu se tyto relativně nové terapeutické metody a postupy začleňují do terapeutické práce s klienty.

4 Specifikace výzkumného řízení

V této kapitole vytyčujeme specifika výzkumného šetření, tedy stanovujeme cíle tohoto šetření, popisujeme použité metody sběru dat a blíže charakterizujeme výzkumný vzorek.

4.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem tohoto šetření je popsat daný stav na poli využívání expresivních terapií a ergoterapie v rámci oblasti Olomouce, a to především se zaměřením na osoby se závislostmi. Výzkumnými otázkami tohoto šetření bylo, jaké vlastní praktické zkušenosti mají s těmito terapiemi terapeuti a klienti vybraných zařízení, konkrétně tedy zda se expresivní terapie využívají při sekundární prevenci a terapii poruch chování, jaká je četnost jejich využívání, o které expresivní terapie a jejich poddruhy a postupy se jedná a jaké konkrétní mají účinky na klienty těchto zařízení.

4.2 Metody sběru dat

Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí anonymních dotazníků s otevřenými otázkami. Dotazníky byly konstruovány autorkou bakalářské práce na základě výše uvedené teorie z oblasti rizikového chování, sekundární prevence, expresivních terapií a ergoterapie a vychází z výzkumných otázek stanovených v praktické části práce. Tyto dotazníky byly respondentům do vybraných zařízení rozeslány na konci ledna 2014 elektronickou poštou. V březnu 2014 pak byly, z důvodu nefunkční spolupráce touto cestou, doručovány do jednotlivých zařízení autorkou práce osobně, v obou případech s příloženým průvodním dopisem, obsahujícím žádost o spolupráci a vysvětlením, o jakou spolupráci a na čem se jedná.

První dotazník, určený pro terapeuti a další osoby pracující s expresivními terapiemi, zjišťuje účinnost těchto terapií u klientů z jejich pohledu. Druhý dotazník, určený pro klienty pak zjišťuje, které expresivní terapie a jak klientům pomáhají.

„Dotazník je jedním z nejběžnějších nástrojů sběru dat pro různé typy výzkumů. Skládá se ze série otázek, jejichž cílem je získat názory a fakta od respondentů.“

(dotaznik-online.cz, 2009 [online])

Dotazník je speciální metodou kladení exponovaných otázek, které jsou předkládány dotazovaným osobám. Dotazník se hodí především k měření postojů. Jeho koncepce a konstrukce musí být adekvátní předmětu výzkumu a jeho cílům. Dotazy musí být formulovány tak, aby postihovaly zkoumaný předmět. Míra návratnosti závisí i na tom, zda bylo použito působivé motivace respondenta ke spolupráci. Proto musí respondent přesně vědět, k čemu je vyplňování dotazníku dobré.

(Nakonečný, 1970; Urbánek, Denglerová, Širuček, 2011)

Výhodami dotazníku je možnost získání většího množství odpovědí za relativně krátký časový úsek. Pro jeho validitu, reliabilitu a objektivitu je u něj však velmi důležité správně a srozumitelně položit otázky, obzvlášť jedná-li se o dotazník s otevřenými otázkami.

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenty byli pracovníci a klienti zařízení pro léčbu závislostí a jiných psychických poruch. Dotazníky byly tedy umístovány na detoxikační oddělení ve Vojenské nemocnici Olomouc, na kliniku psychiatrie při Fakultní nemocnici v Olomouci, do centra Samaritán při Charitě Olomouc, do Sdružení D a do Sdružení Podané ruce. Zařízení byla vybírána podle toho, na jakou klientelu se specializují a zdali jsou zde při práci s klienty zařazovány prvky expresivních terapií či ergoterapie. Podmínkou byla samozřejmě jejich lokalizace v rámci Olomouce.

Z hlediska věkové kategorie se tedy jednalo o dospělé respondenty.

5 Výsledky dotazníkového šetření

V rámci této kapitoly předkládáme výsledky získané dotazníkovým šetřením. Výsledky šetření uvádíme zvlášť v rámci obou zařízení, ze kterých byla návratnost dotazníků a zvlášť předkládáme i odpovědi terapeutů a klientů, z důvodu kvalitativního porovnání těchto dat. Co se týče ostatních zařízení, na které jsme se s vyplňováním dotazníků obrátily, nebyla odsud bohužel žádná návratnost dotazníků.

K vyhodnocování dat získaných dotazníkovým šetřením pak byla použita metoda popisu a sumarizace dat a vzájemného srovnávání jednotlivých odpovědí.

5.1 Výsledky šetření na detoxikačním oddělení VNOL

Celkově byla návratnost dotazníku z detoxikačního oddělení jeden vyplněný dotazník od terapeuta a čtyři od klientů.

Z vyhodnocení dotazníku pro terapeuty vyplývá, že se zde zařazuje dramaterapie a arteterapie již pět let. Z postupů a technik používají storytelling, improvizaci, techniky na náhled, spolupráci a komunikaci. Uvedené techniky se zde provádějí s klienty se všemi druhy závislostí. Tyto aktivity probíhají ve skupině maximálně čtrnácti klientů a trvají 90 minut.

Dle zkušeností terapeutů jsou pro klienty tyto expresivní terapie přínosné, pomáhají jim s komunikací ve skupině a v uvědomění si svého problému.

V dotaznících pak pacienti poskytli následující odpovědi:

- Muž, 28 let, závislý na pervitinu, nejvyšší dosažené vzdělání ZŠ, shledává účinky dramaterapie pozitivními a doporučil by ji všem.
- Žena, 45 let, alkoholička, vysokoškolsky vzdělaná, se při svém seznámení s dramaterapií na detoxikačním oddělení těšila na nové techniky. S odstupem času hodnotí své prožitky z dramaterapie jako přínosné, protože jí pomohly získat náhled a pochopit svůj problém. Z expresivních terapií jí nejvíce vyhovuje právě dramaterapie, protože je spontánní. Expresivní terapie by doporučila lidem se závislostmi.
- Muž, 38 let, závislý na alkoholu, nejvyšší dosažené vzdělání SŠ s maturitou, se

s dramaterapií setkal až tady na detoxikačním oddělení, od začátku z ní měl dobrý pocit.

- Muž, 34 let, závislý na alkoholu, nejvyšší dosažené vzdělání SŠ, má zkušenost s dramaterapií. Na jejím začátku měl strach, jaké to bude, pak ho to bavilo. Dramaterapii vnímá jako zábavu a odreagování, celkově z ní však má smíšené pocity.

5.2 Výsledky z Fakultní nemocnice Olomouc, klinika psychiatrie

Z kliniky psychiatrie při FNOL byla návratnost tři vyplněné dotazníky od terapeutů a dva od pacientů.

Dle odpovědí terapeutů byla zjištěna následující fakta:

Do léčebného procesu se zde již tři roky zařazují arteterapie, dramaterapie, relaxaci, imaginaci a ergoterapii. Tyto terapie zabírají 10% z celkového času věnovaného léčbě. Efektivita těchto terapií je zde dle zjištění psycholožky 20%.

V rámci dramaterapie jde především o techniky hraní rolí, pohádek a příběhů.

Při arteterapie pak pacienti kreslí symboly, přání a sny, rodinu a společný dům.

Při ergoterapii pacienti malují na sklo, temperovými barvami a voskovými pastely, pracují s fimem, papírem, textilem, vytváří mandaly a další výrobky z přírodních materiálů. Ergoterapie se zde realizují ve skupinách průměrně po pěti lidech, v časovém rozsahu více než 1 hodina dvakrát týdně. Dle tvrzení terapeutky pomáhá tato terapie zapomínat na jejich problémy. Těší se oblíbeně hlavně u klientů z uzavřeného oddělení.

Z relaxačních technik pak zařazují imaginaci, poslech hudba se slovním doprovodem terapeuta a autogenní trénink. Dle zkušeností terapeuta přispívají tyto techniky k uvolnění a rozpouštění psychického i fyzického napětí.

Odpovědi pacientů kliniky psychiatrie FNOL

- Žena, 44 let s emočně nestabilní poruchou se zde účastní malování mandal, ručních prací a relaxace. Na začátku měla z těchto terapií rozpaky, postupně se však staly nedílnou součástí jejího dne. Terapie jí pomohly celkově se zklidnit a „vypnout“.

Organizací, kde také využívají expresivní terapie v sekundární prevenci poruch chování je Charita Olomouc a její Divadelní soubor Úlet pro lidi bez domova při středisku Samaritán.

Závěr výzkumného šetření

Dotazníkové šetření, jehož hlavním cílem bylo kvalitativně popsat daný stav na poli využívání expresivních terapií a ergoterapie v rámci oblasti Olomouce, splnilo svůj požadovaný účel v rozsahu předvýzkumu. Hlavní výzkumná otázka, týkající se vlastních praktických zkušeností s využíváním expresivních terapií, měla pozitivní odezvu jak co do četnosti kladných odpovědí, tak do množství typů využívaných expresivních terapií. Nejvíce respondentů má přímou zkušenost s dramaterapií, dále pak s arteterapií a s ergoterapií. Respondenty byli lidé obou pohlaví, různého věku a vzdělání, spojovala je diagnóza ze skupiny závislostních poruch či z oblasti poruch chování u dospělých a zkušenost expresivními terapiemi v léčbě svých obtíží.

Diskuze

Podle původního záměru mělo být do výzkumu zapojeno pět zařízení v Olomouci, nicméně ochotu spolupracovat projevila pouze dvě z těchto pěti zařízení. Dotazník byl samozřejmě pečlivě sestavován tak, aby otázky byly srozumitelné, jednoznačné a snadno zodpověditelné. Stejně tak úvodní dopis k dotazníkovému šetření měl motivovat ke spolupráci.

I přes vynaloženou snahu se však nepodařilo navázat spolupráci s plánovaným množstvím vybraných zařízení.

Zaměstnanci těchto zařízení pravděpodobně dostávají nespočet žádostí o spolupráci na výzkumu, a spousta z nich je prováděna právě dotazníkovým šetřením. Při prvním pokusu o navázání spolupráce elektronickou poštou je pochopitelné, že naše žádost tedy byla jednou z mnoha, a navíc samozřejmě jí ubíralo na důvěryhodnosti a motivaci ke spolupráci absence osobního kontaktu.

Při osobním kontaktu byla již ochota spolupráce lepší. Nicméně i přesto nám bylo v Charitě Olomouc řečeno, že klienti nejsou příliš ochotni vyplňovat dotazníky, a tudíž by bylo vhodnější, kdyby autorka práce byla v tomto zařízení na praxi a mohla tudíž navázat bezprostřední kontakt jak s pracovníky, tak s klienty. Ve Fakultní nemocnici nám po osobní konzultaci s primářkou bylo umožněno výzkumné šetření provádět, ovšem na určitých odděleních nebylo z pochopitelných důvodů možné vyplňování dotazníků klienty, přestože tito se účastnili zde prováděných expresivních terapií či ergoterapie. Nejlépe se na Klinice psychiatrie tedy spolupracovalo s psychology a terapeuty. Ochotu spolupráce projevili na detoxikačním oddělení Vojenské nemocnice Olomouc, ovšem ani zde nebyli všichni pacienti ochotni vyplňovat dotazníky. Byť jsme nakonec získali dostatek odpovědí pro získání náhledu na dění v dané oblasti, přesto by pravděpodobně pouze metoda dotazníkového šetření nebyla dostačující pro kvantitativně i kvalitativně rozsáhlejší výzkum, obzvláště jedná-li se o spolupráci s přímými účastníky zkoumaných procesů.

Závěr

Cílem práce bylo teoreticky popsat poruchy chování, možnosti jejich sekundární prevence, využití expresivněterapeutických metod a postupů v prevenci a terapii těchto poruch. Tato teorie byla podložena dotazníkovým šetřením. Výsledky tohoto předvýzkumného šetření doplňují teoretickou část práce a korespondují s ní.

Využití expresivních terapií, tedy zjednodušeně terapií sebevyjádřením pomocí uměleckých prostředků, je u lidí s poruchami chování nasnadě, jelikož mnohdy mají problémy vyjádřit své problémy a pocity slovy. Celkově konstatujeme, že mezi lidmi s poruchami chování i mezi terapeuty existuje povědomí o expresivních terapiích, že se tyto terapie v této oblasti používají a dokonce se poměrně těší oblibě. Mnozí klienti však přesně nevědí, že se tyto terapie nazývají expresivní, ani o další terminologii a propracovaných odborných metodách a možnostech v rámci těchto terapií.

Seznam použitých zdrojů:

Monografické publikace:

1. NAKONEČNÝ, M.; HYKLÍK, F.; *Malá encyklopedie současné psychologie*. Praha: SPN, 1973. ISBN 14-073-74.
2. MIOVSKÝ, M.; SKÁCELOVÁ, L.; ZAPLETALOVÁ, J.; NOVÁK, P.; *Prevence rizikového chování ve školství*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova & Toga, 2010, 262. s., ISBN 978-80-97258-47-7.
3. FISHER, S.; ŠKODA, J.; *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vydání. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
4. ELIOT, J.; PLACE, M.; *Dítě v nesnázích: Prevence, příčiny, terapie*, 1. vydání. Praha: Grada, 2002, ISBN 80-247-0182-0.
5. TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.
6. TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí: Jak je poznat a kdy se obrátit na odborníky*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.
7. POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9.
8. BAŠTECKÁ, B. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.
9. PROCHÁZKA, R. *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-224-2925-0.
10. KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Vzpouza deprivantů: Nestvůry, nástroje, obrana*. Nové, přepracované vydání. Praha, Galén 2006. ISBN 978-80-7262-410-2.
11. HUTYROVÁ, M., RŮŽIČKA, M., SPĚVÁČEK, J. *Úvod do speciální pedagogiky osob s psychosociálním ohrožením a narušením*. UPOL 2013, ISBN 948-80-244-3726-2.
12. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha, Grada 2001. ISBN 80-247-0135-9.

13. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Portál, Praha 2001. ISBN 80-7178-515-6.
14. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Portál Praha, 2007, 3. doplněné a aktualizované vydání. ISBN 978-80-4367-267-6
15. GOODYER, P. *Drogy a teenager*. Praha, Slovanský dům, 2001. ISBN 80-86421-44-9.
16. VYKOPALOVÁ, H. *Sociálně-patologické jevy v současné společnosti*. UPOL 2002, ISBN 80-244-0337-4.
17. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha, Grada 2010, 3. aktualizované a doplněné vydání. ISBN 978-80-247-2667-0.
18. LEČBYCH, M., *Úvod do psychoterapie pro pracovníky v institucionální výchově*. UPOL 2010, ISBN 978-80-244-2647-1.
19. HOLZER, L.; DRLÍČKOVÁ, S. *Celostní muzikoterapie v institucionální výchově*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, ISBN 978-80-244-3323-3.
20. ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha, Portál, 1998, ISBN 80-7178-557-1.
21. VALENTA, M. *Dramaterapie*. 4. aktualizované vydání, Praha, Grada 2011, ISBN 978-80-247-3851-2.
22. VALENTA, M. *Rukověť dramaterapie a teatroterapie*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 1.vydání, ISBN 80-244-1358-2.
23. VALENTA, M. *Rukověť dramaterapie II*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2009, 1. vydání, ISBN 978-80-244-2274-9.
24. DOSEDLOVÁ, J. *Terapie tancem: Role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Grada Praha, 2012, ISBN 978-90-247-3711-9.
25. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Portál Praha 2002, ISBN 80-7178-616-0.
26. CASEOVÁ, C., DALLEYOVÁ, T. *Arteterapie s dětmi*. Portál Praha 1995, ISBN 80-7178-065-0.

27. LIEBMANNOVÁ, M. *Skupinová arteterapie*. Portál Praha, 2005. ISBN 80-7178-864-3.
28. SVOBODA, P., *Biblioterapie*. UPOL, Pedagogická fakulta, Olomouc 2013, ISBN 978-80-244-3684-5.
29. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 1.vydání, ISBN 80-244-1075-3.
30. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Galén Praha, 1995. ISBN 80-85824-20-5.
31. KUBÍNEK, R., *Psychiatrie pro speciální pedagogy*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 1.vydání, ISBN 978-80-224-3057-7.
32. NAKONEČNÝ, M., *Sociální psychologie*. Svoboda Praha, 1970.
33. GÖHLER, FR., KÜHN, F., *Od návyku k závislosti*. Ikar Praha 2001, ISBN 80-7202-950-9.
34. URBÁNEK, T., DENGLEROVÁ, D., ŠIRŮČEK, J., *Psychomerika*. Portál Praha, 2011, ISBN 978-80-7367-836-4.

Internetové zdroje:

1. MŠMT ČR: *ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. 2013 [cit. 2014-06-04]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/>
2. MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. 2013 [cit. 2014-06-04]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
3. P centrum. *P centrum* [online]. 2013. vyd. 2013 [cit. 2014-20-2]. Dostupné z: <http://www.p-centrum.cz/p-centrum/>
4. MEDITORIAL. *Substituční léčba: stránky o závislostech* [online]. 2014, 19.5.2014 [cit. 2014-05-31]. Dostupné z: <http://www.substitutcni-lecba.cz/>
5. *Společnost podané ruce o.p.s.: ...na cestě ke svobodě* [online]. 1995, 2014 [cit. 2014-05-31]. Dostupné z: <http://www.podaneruce.cz/>
6. *Dotazník-online: ...jak na dotazník* [online]. 2007, 24.1.2009 [cit. 2014-06-02]. Dostupné z: <http://www.dotaznik-online.cz/>

Seznam příloh:

Příloha č. 1.: Dotazník pro terapeuty

Příloha č. 2.: Dotazník pro klienty

Příloha č. 1.

Dotazník pro terapeuty, psychology, lékaře, pedagogy, pracovníky v pomáhajících profesích

1. Zařazujete při své práci s klienty expresivní terapie nebo jejich prvky (počítá se sem i terapie hrou)?
 2. Pokud ano, jaké konkrétní expresivní terapie a jakým způsobem používáte?
 3. Jak dlouho již tyto terapie používáte?
 4. Jaké máte konkrétní postupy a techniky při určitém typu expresivní terapie?
 5. U které skupiny klientů používáte tyto terapie?
 6. Výše uvedené zdůvodněte.
 7. V jak velkých skupinách realizujete tyto aktivity?
 8. Jak velký mají tyto terapie časový prostor vzhledem k ostatním terapiím, postupům či činnostem, které s klienty provádíte?
 9. Jaká je podle Vás efektivita těchto terapií, tedy nakolik navozují a přispívají u klientů k pozitivním a žádoucím změnám?
 10. Jaká je oblíbenost těchto terapií u klientů, jakou od nich dostáváte zpětnou vazbu?
 11. Poznámky, připomínky...

Příloha č. 2 Dotazník pro klienty

1. Pohlaví, věk
2. Diagnóza
3. Pracovní/školní zařazení
4. Máte zkušenosti s expresivními psychoterapiemi či obecně s expresivními činnostmi v rámci terapie?
5. Pokud ano, s kterými expresivními terapiemi konkrétně jste se setkali?
6. Srovnejte své pocity z této terapie na jejím úplném začátku a na konci.
7. Jaké jsou Vaše pocity a prožitky z těchto terapií s odstupem času?
8. Jak Vám/Vašemu okolí tyto terapie případně pomohly, co Vám daly?
9. Pokud jste vyzkoušeli více typů těchto terapií, která Vám nejvíce vyhovovala a proč?
10. Které konkrétní skupině klientů by jste tyto terapie doporučili?
11. Poznámky, připomínky...

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Anna Sosíková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Kristýna Krahulcová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Využití terapeutických přístupů v sekundární prevenci rizikového chování
Název v angličtině:	Application therapeutic methods in the secondary prevention of the risk behaviour
Anotace práce:	Teoretická část bakalářská práce se zabývá možnostmi sekundární prevence u osob s rizikovým chováním, především se závislostmi. Podrobněji se pak zabývá využitím expresivních terapií u osob s poruchami chování. Praktická část práce pak obsahuje dotazníkové šetření, zaměřené na popis daného stavu v oblasti využívání expresivních terapií v oblasti Olomouce.
Klíčová slova:	rizikové chování, užívání návykových látek, sekundární prevence, terapeutické směry, expresivní terapie
Anotace v angličtině:	Theoretical part of the bachelor's work deals with possibilities of the secondary prevention of the risk behaviour, especially drugs abuse. In more detail deals this work with using expressive therapy of people with behaviour disorder. Practical part of the work include questionnaire inquiry to describe situation in field of using expressive therapy in Olomouc area.
Klíčová slova v angličtině:	risk behaviour, drugs abuse, secondary prevention, therapeutic styles, expressive therapy
Přílohy vázané v práci:	Příloha č.1.: Dotazník pro terapeuty Příloha č.2.: Dotazník pro klienty
Rozsah práce:	55 stran
Jazyk práce:	Český jazyk