

# Opportunities for an Occupational Therapist in the Field of Addictology

SVĚCENÁ, K.<sup>1,2</sup>, RODOVÁ, Z.<sup>2,3</sup>, VRBSKÁ, V.<sup>1</sup>, SLÁDKOVÁ, P.<sup>3</sup>, ZAHRADNICKÁ, I.<sup>1</sup>,  
ŤOUPALOVÁ, N.<sup>1</sup>, VLASÁKOVÁ, M.<sup>1</sup>

1 | University of West Bohemia, Faculty of Health Care Studies, Pilsen, Czech Republic

2 | Charles University, First Faculty of Medicine, and General University Hospital in Prague, Department of Addictology, Prague, Czech Republic

3 | Charles University, First Faculty of Medicine, and General University Hospital in Prague, Department of Rehabilitation Medicine, Prague, Czech Republic

**Citation** | SVĚCENÁ, K., RODOVÁ, Z., VRBSKÁ, V., SLÁDKOVÁ, P., ZAHRADNICKÁ, I., ŤOUPALOVÁ, N., VLASÁKOVÁ, M. Možnosti uplatnění ergoterapeuta v oboru adiktologie. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi.* 2022; **5**(2), 94–101; <https://doi.org/10.35198/APLP/2022-002-0003>.

**Summary** | A multidisciplinary team works to eliminate the negative consequences of substance abuse in addicted clients. In addition to a psychiatrist, psychologist, addictologist, social worker, activation worker, nurse, and a physiotherapist, the team should include an occupational therapist. He/she has an important role in addressing the needs of addiction clients, who exhibit changes in a range of areas, including the psychosocial, cognitive, and physical ones. Occupational therapy has an irreplaceable role in addiction treatment, as it helps clients to resume a full-fledged life and perform meaningful activities. Addiction clients often find that their return to a healthy lifestyle helps them stay sober longer. Our aim is to present work and competences of the occupational therapist and discuss their opportunities on the labour market on basis of clinical experience and recent evidence. The

effective Czech legislation governing the competences of an occupational therapist was reviewed and selected databases were searched for relevant evidence. The article is conceived as the discussion of the possibilities of an occupational therapist in working with clients experiencing different types of addiction. An occupational therapist has a wide range of interventions to apply. In the Czech Republic, occupational therapists often focus mainly on relaxation techniques and handicrafts. However, the scope of occupational therapists' competences is much wider; they can focus on self-sufficiency, cognitive functioning, productivity and leisure time, relapse management, the prevention of the priming process, working with distorted thinking, stress management, the development of social skills, working with the family, and community work.

**Keywords** | Occupational therapy – Addiction – Quality of life

Submitted | 13 May 2022

Accepted | 25 June 2022

**Grant affiliation** | This article was written as part of Specific University Research, Grant No. 260 500. Supported by the Cooperatio programme, scientific area HEAS.

**Correspondence address** | Kateřina Svěcená, PhD, Charles University, First Faculty of Medicine and General University Hospital, Department of Addictology, Prague, Czech Republic, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

[katerina.svecena.lf1@seznam.cz](mailto:katerina.svecena.lf1@seznam.cz)

# Možnosti uplatnění ergoterapeuta v oboru adiktologie

SVĚCENÁ, K.<sup>1,2</sup>, RODOVÁ, Z.<sup>2,3</sup>, VRBSKÁ, V.<sup>1</sup>, SLÁDKOVÁ, P.<sup>3</sup>, ZAHRADNICKÁ, I.<sup>1</sup>,  
ŽOUPALOVÁ, N.<sup>1</sup>, VLASÁKOVÁ, M.<sup>1</sup>

1 | Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Plzeň

2 | Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika adiktologie

3 | Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika rehabilitačního lékařství

**Citace** | SVĚCENÁ, K., RODOVÁ, Z., VRBSKÁ, V., SLÁDKOVÁ, P., ZAHRADNICKÁ, I., ŽOUPALOVÁ, N., VLASÁKOVÁ, M. Možnosti uplatnění ergoterapeuta v oboru adiktologie. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi.* 2022; **5**(2), 94–101; <https://doi.org/10.35198/APLP/2022-002-0003>.

**Souhrn** | U klientů se závislostí spolupracuje celý multidisciplinární tým, který se snaží eliminovat negativní důsledky užívání návykových látek. Součástí multidisciplinárního týmu podílejícího se na léčbě závislosti by měl být nejen psychiatr, psycholog, adiktolog, sociální pracovník, aktivizační pracovník a zdravotní sestra, fyzioterapeut, ale i ergoterapeut. Ergoterapeut má důležitou roli u klientů se závislostí, neboť jedinci se závislostí vykazují negativní změny ve všech oblastech, jak psychosociální, kognitivní, tak i fyzické. Ergoterapie má tedy nezastupitelnou roli i v oblasti léčby závislosti, kdy pomáhá klientům s návratem do plnohodnotného života a s prováděním smysluplných aktivit. Klienti následně mnohdy zjišťují, že pokud se vrátí zpět ke zdravému životnímu stylu plnému zodpovědných a zábavných aktivit, zůstanou střízliví déle. Cílem článku je představit práci ergoterapeuta,

jeho kompetence a uplatnění podložené klinickými zkušenostmi a studiem odborné literatury. Článek je koncipován jako přehled možností práce ergoterapeuta u klientů s různým typem závislosti. Bylo provedeno mapování současných právních norem upravujících kompetence ergoterapeuta a literární rešerše ve vybraných databázích. Ergoterapeut má široké uplatnění při práci s adiktologickými klienty, v českých podmínkách se často zaměřuje především na relaxační techniky a rukodělné práce. Spektrum kompetencí ergoterapeuta je však mnohem širší: např. se zaměřuje na soběstačnost, kognitivní funkce, produktivitu a volný čas, práci s relapsem, prevenci procesu primingu, práci se zkráceným myšlením, zvládnutí stresu, rozvoj sociálních dovedností, práci s rodinou a blízkým okolím klienta, práci v komunitě.

**Klíčová slova** | Ergoterapie v adiktologii – Závislost – Kvalita života

Došlo do redakce | 13. května 2022

Přijato k tisku | 25. června 2022

**Grantová podpora** | Vznik článku byl podpořen v rámci Specifického vysokoškolského výzkumu, č. grantu: 260 500. Podpořeno v rámci programu Cooperatio, vědní oblasti HEAS.

**Korespondenční adresa** | Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D., Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

[katerina.svecena.lf1@seznam.cz](mailto:katerina.svecena.lf1@seznam.cz)

## 1 ÚVOD

Adiktologie je multidisciplinární obor zaměřující se nejen na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek, ale i na dopady na jedince, společnost, na sociální reintegraci osob, které mají následky různých forem závislostního chování (Kalina, 2015). U klientů se závislostí spolupracuje celý multidisciplinární tým, který se snaží eliminovat negativní důsledky užívání návykových látek (Chi man Tsui a Li, 2020). Vzájemné sdílení poznatků obohacuje všechny obory. Ergoterapii můžeme v oblasti užívání návykových látek vnímat jako součást terapeutického procesu závislostního chování.

Součástí multidisciplinárního týmu, který se podílí na léčbě závislosti, by měl být nejen psychiatr, psycholog, adiktolog, sociální pracovník, aktivizační pracovník a zdravotní sestra, ale i ergoterapeut a fyzioterapeut. Ergoterapeut má opodstatněnou roli u klientů se závislostí, neboť jedinci se závislostí vykazují změny v oblasti psychosociální, kognitivní i fyzické (Thompson, 2009).

Přestože má ergoterapie v léčbě závislosti a duševního zdraví silné historické postavení, není v současné době v této oblasti příliš zastoupená. Podle Penny Moyersové, děkanky Zdravotnické školy Henrietty Schmollové Univerzity sv. Kateřiny, se však v poslední době více ergoterapeutů přesouvá zpět k léčbě závislosti na návykových látkách a duševního zdraví (Moyers, in Steiner, 2017). Ergoterapie byla u klientů s poruchou duševního zdraví ve skutečnosti součástí léčby od samotného začátku, kdy hlavní myšlenkou bylo, že se lidé musí zapojit do zaměstnání, aby se cítili duševně zdraví (Engman, in Steiner, 2017). Ergoterapie má tedy nezastupitelnou roli i v oblasti léčby závislosti. Klienti mnohdy zjišťují, že když se vrátí ke zdravému životnímu stylu plnému zodpovědných a zábavných aktivit, zůstanou strážliví déle (Moyers, in Steiner, 2017). Moderní doba ukazuje, že je důležité, aby ergoterapeuti využívali přístup zaměřený na klienta a společně se snažili nalézt aktivity, které jsou pro klienta důležité, mají pro něj smysl a pomohou mu v integraci do sociálního života (Engman, in Steiner, 2017). Ergoterapeut může klientovi se závislostí výrazně pomoci nejen v jeho opětovném navrácení do jeho běžného života, ale, jak uvádí Nešpor (2019), také při začátcích abstinence, kdy může dojít i ke snížení kognitivních funkcí.

Role ergoterapeuta u klientů se závislostí na návykových látkách je zaměřena především na nácvik soběstačnosti, trénink kognitivních funkcí a prevenci relapsu (Guttman, 2005).

## 2 METODY A CÍLE ČLÁNKU

Cílem článku je představit možnosti práce ergoterapeuta u klientů se závislostí a představit, na čem může ergoterapeut společně s klienty pracovat. V praxi se často setkáváme se záměnou pojmů pracovní terapeut a ergoterapeut. Dle vyhlášky č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pra-

covníků a jiných odborných pracovníků existují v České republice obě zdravotnická povolání, nicméně rozdíl je ve vzdělávání a v kompetencích u obou profesí. Z těchto důvodů autorky společně představí v následujícím článku možnosti a kompetence v uplatnění a práci především ergoterapeuta podložené literárními zdroji nejen české, ale i zahraniční literatury.

Vyhledávání literárních zdrojů proběhlo od ledna 2020 do března 2020, a to jak v rámci tištěných publikací (monografií), které byly získány prostřednictvím meziknihovnických služeb Národní knihovny České republiky, tak v rámci databází PubMed, Google Scholar a také Research Gate. Zdroje byly identifikovány na základě následujících klíčových slov: ergoterapie a závislost, ergoterapie v adiktologii, ergoterapie a závislostní chování, occupational therapy and substance abuse, OR occupational therapy in addiction, AND occupational therapy and substance use disorders, addictive behaviour and occupational therapy, AND treatment addictive behaviour treatment, OR substance use. Z tohoto počtu byly vyřazeny studie, které již dle názvu nekořespondovaly s cílovým tématem ergoterapie v adiktologii. Dále bylo provedeno mapování současných legislativních právních norem upravujících kompetence a činnosti ergoterapeuta.

## 3 PŘEHLED PROBLEMATIKY

V praxi se často setkáváme se záměnou pojmů pracovní terapeut a ergoterapeut. Dle vyhlášky č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků existují v České republice obě profese, nicméně rozdíl je ve vzdělání a v kompetencích obou profesí. Dle vyhlášky č. 55/2011 je pracovní terapeut absolventem akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru pracovní terapie po získání středního vzdělání, středního vzdělání s výučním listem nebo středního vzdělání s maturitní zkouškou. Pracovní terapeut může provádět činnosti pracovní terapie v rámci léčby, vyhodnocovat a interpretovat výsledky pracovní terapie, zavádět nové metody pracovní terapie a vykonávat činnosti na úseku pracovní terapie při výkonu řemeslných činností s cílem vytvářet, upevňovat a prohlubovat začlenění do společnosti a posilovat soběstačnost a spolupůsobení v rámci léčby.

Pracovní terapeut nejčastěji poté nachází uplatnění v různých individuálních i skupinových aktivitách zaměřených převážně na rukodělné a manuální práce, a to hlavně v rámci různých psychiatrických oddělení nebo oddělení zaměřených na léčbu závislosti.

Proti tomu dle vyhlášky č. 55/2011 musí ergoterapeut absolvovat minimálně tříletý bakalářský program, kdy v praxi na základě indikace lékaře provádí vlastní vyšetření a ergoterapeutické postupy a metody. Může provádět hodnocení a nácvik běžných denních činností (soběstačnosti), pracovních a zájmových aktivit, sestavovat krátkodobý a dlouhodobý plán ergoterapie, vybírat specifické ergoterapeutické postupy a metodiky pro individuální

i skupinové terapie, navrhovat a zhotovovat kompenzační a technické pomůcky (a učit s nimi klienty pracovat), vykonávat činnosti v rámci ergodiagnostiky a analyzovat zbylý pracovní potenciál, trénovat toleranci zátěže a vytrvalosti a ve spolupráci s ostatními odborníky doporučovat vhodné pracovní a studijní začlenění zdravotně postižených, navrhovat a popřípadě provádět preventivní opatření proti vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních pacientů. Ergoterapeut bez odborného dohledu a bez indikace může provádět poradenskou činnost a instruktáž v oblasti prevence vzniku nemocí z povolání a úprav pracovního prostředí, provádět výcvik komunikačních a rozumových funkcí.

Ergoterapeut často v praxi pracuje se svými klienty, kteří mají diagnostikovanou závislost, na vyšetření a tréninku kognitivních funkcí, soběstačnosti, kdy autorky mají na mysli nejen aktivity typu oblékání, nakupování, péči o rodinu a děti, ale i smysluplné trávení volného času a rovnoměrné zastoupení aktivit během dne, jako jsou povinnosti a volný čas.

Autorky rozdělily ergoterapii s adiktologickými klienty podle několika hledisek:

- Podle práce s fyzicky nebo/a kognitivně postiženými klienty se závislostí, kdy ergoterapeut řeší převážně podobnou problematiku jako například u klientů po poškození mozku, tedy zvládání a trénink bazální soběstačnosti – personálních aktivit denního života, jako je sebesycení, sebeobsluha na toaletě, výběr kompenzačních pomůcek a trénink kognitivních funkcí tak, aby zvládali aktivity denního života.
- Podle práce s fyzicky schopnými klienty se závislostí, kteří nemají fyzickou limitaci a ergoterapeut zde řeší převážně sekundární aktivity denního života, např. pracovní aktivity, strukturu dne apod.

Užívání návykových látek, a hlavně vznik závislosti ovlivňuje zdraví klienta, a to jak po stránce fyzické, tak psychosociální. Závislost a užívání návykových látek ovlivňují i kognitivní schopnosti jedince, je tedy ohrožen výkon životních aktivit, které člověku přidělují jeho role v životě, jsou opomíjeny každodenní aktivity kvůli užívání drog (Hoxmark, 2012). Jedná se hlavně o snižování kvality života a „well-being“. Zlepšení kvality života může být účinným nástrojem proti závislosti. Ke zlepšení kvality života pak může vést smysluplné trávení volného času, návrat do práce, plnění rodinných rolí a uznání v rodině. Se všemi těmito faktory ergoterapeut pracuje.

U adiktologických klientů ergoterapeut pracuje převážně na oblastech, v rámci kterých má jejich klient nedostatky v provádění aktivit, a to jsou převážně tyto oblasti:

- produktivita – zvládání povinností, povinnostní chování, pracovní aktivity apod.,
- volný čas – naplnění struktury dne, volného času aktivitami klienta (při závislosti se snižuje zájem o aktivity volného času) – práce na změně prožitku aktivit

volného času, socializace klienta (stýkání se jen s určitými sociálními skupinami) apod. (Kiepek, 2016).

Ergoterapeut se může při své práci s klienty se závislostí zaměřovat na různé oblasti, a to zejména na soběstačnost, produktivitu a volný čas, kognitivní funkce, relaps a roli ergoterapeuta, prevenci procesu primingu, práci se zkráceným myšlením, zvládání stresu, rozvoj sociálních dovedností, na vazbu na rodinu a blízké okolí klienta, komunitní péči.

### 3.1 Soběstačnost

Nezastupitelnou oblast v práci ergoterapeuta představuje nácvik soběstačnosti, výjimkou tomu není ani v oblasti psychiatrie a léčby závislostí. Aktivity běžných denních činností (ADL) jsou aktivity výrazně se podílející na opětovném zařazení klienta do společnosti. ADL činnosti jsou prováděné automaticky, jejich provádění i zastoupení se odlišují podle pohlaví, věku, denního režimu a rovněž i podle individuálních návyků jedince. Tyto činnosti mají vztah ke kulturnímu prostředí klienta (Klusoňová, 2011). Pokud klient nezvládá ADL aktivity, které jsou pro jeho nezávislost důležité, ztrácí tím často své sebevědomí, motivaci, a následně tak může dojít k narušení jeho sociálních rolí (Krivošíková, 2011). Ergoterapeut by měl při nácviku ADL vycházet z cílů, které stanoví společně s klientem, a z jeho funkčních schopností. Při terapii pak ergoterapeut musí stupňovat náročnost činností a klienta již od samého začátku zapojovat do řešení problémů (Klusoňová, 2011). U klientů se závislostí se jedná hlavně o soběstačnost v oblastech režimu dne a pracovních aktivit. U těžších stadií alkoholové demence pak může jít i o bazální oblasti soběstačnosti, o položky personálních ADL, jako je oblékání, obouvání, hygiena apod. U klientů, kteří nemají těžké kognitivní deficity a alespoň částečně fungují v domácnosti, řeší ergoterapeut hlavně péči o domácnost (příprava jídla, nutriční složení stravy a sebesycení), práci s penězi, péči o své zdraví (prevence, návštěva lékaře apod.) a péči o rodinu a děti.

### 3.2 Produktivita a volný čas

Ergoterapeut se zaměřuje ve své práci na zvládání povinností u klienta, jeho povinnostní chování, pracovní aktivity apod. V oblasti pracovní a předpracovní rehabilitace řeší jeho pracovní návyky, motivaci k práci a pomáhá klientovi s hledáním práce. K tomu se pojí například tvorba jeho životopisu, příprava na pracovní pohovory s využitím modelových situací, příprava na práci a trénink vlastních pracovních dovedností. V oblasti produktivity je také jedním z hlavních cílů ergoterapeuta nalezení vhodných aktivit, které klientovi vyplní nevyužitý čas (Gutman, 2006). Klienti se musí vyhnout činností, návykům a rutinám spojeným s užíváním návykových látek v minulosti. Z tohoto důvodu musí být schopni řídit si svůj čas a rozvíjet optimální počet aktivit pro volný čas. Stává-li se proces závislosti procesem chronickým,

mají klienti tendenci trávit větší množství času činnostmi, které s užíváním souvisejí, tedy zajištěním peněz na drogy, získáváním drog, konzumací látek a intoxikací, spánkem a následným opakováním celého tohoto cyklu. V době abstinence klienti získají 16 až 18 hodin neobsazeného času, který byl dříve využíván v souvislosti s užíváním, a právě tento čas je pro znovuužití velmi rizikový (Helbig a McKay, 2003; Leshner, 2000).

V rámci ergoterapie se klient může naučit nové aktivity a činnosti, které mohou podporovat rozvoj rolí nesouvisejících s užíváním návykových látek. To je zvláště důležité, pokud užívání návykových látek začalo rekreačně nebo pokud se provádělo v rámci skupiny vrstevníků. Role a činnosti, které byly spojené se zneužíváním návykových látek, musí být vyměněny za ty, které nemají vztah k dřívějším zvyklostem souvisejícím s vyhledáváním a užíváním drog. Klient musí pochopit, že účast v bývalých rolích, návycích a rutinách spojených se zneužíváním návykových látek může vyvolat relaps. Pokud klient nerozumí důležitosti změny rolí, činností a není motivován vyhýbat se situacím spojených s užíváním, relaps je vysoce pravděpodobný (Gutman, 2006).

### 3.3 Kognitivní funkce

Kognitivní trénink je potřeba provádět v době abstinence klienta, a to hlavně na počátku, kdy bývají poruchy kognitivních funkcí velmi často pouze dočasné. Ergoterapeut musí trénink nastavit individuálně podle konkrétních potřeb klienta. Deficit kognitivních funkcí koreluje s typem užívané látky a podle toho ergoterapeut nastavuje ergoterapeutický plán (Gould, 2010):

- kokain – deficit v kognitivní flexibilitě,
- amfetamin – deficit v pozornosti a impulzní kontrole,
- opioidy – deficit v kognitivní flexibilitě,
- alkohol – deficit v pracovní paměti a pozornosti,
- konopí – deficit kognitivní flexibility a pozornosti,
- nikotin – deficit v pracovní paměti a deklarativním učení.

Zatímco kognitivní deficit spojený s vysazením drog jsou často dočasné, dlouhodobé užívání může také vést k přetrvávání kognitivního poklesu. Povaha deficitů se liší podle konkrétní drogy, prostředí a genotypu uživatele. Obecně jsou však narušeny schopnosti učít se nové vzorce myšlení a chování, které jsou nezbytné k úspěšné reakci na léčbu a následnému zotavení (Gould, 2010).

### 3.4 Relaps a role ergoterapeuta

Prevence relapsu je široce používanou intervencí založenou na kognitivní behaviorální terapii. Donovan (2005) popisuje prevenci relapsu (Relapse Prevention, dále jen RP), jde o samosprávný program určený k posílení abstinence. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007) doporučuje, aby byl tento přístup

nabízen pouze těm klientům, kteří současně pocítují úzkost i depresi. RP se zaměřuje na sebekontrolu, techniky a strategie zaměřené na zlepšení a udržování změn návyků. Je to program sebeovládání, který kombinuje výcvik v oblasti behaviorálních dovedností, kognitivní intervence a postupy měnící životní styl (Wanigaratne et al., 1990). RP přístup využívá kognitivní behaviorální strategie, které pomáhají lidem naučit se předvídat a řešit situace a problémy, které by mohly vést k relapsu (Wanigaratne et al., 1990). Zaměřuje se na představy o vysoce rizikových situacích a strategie zvládnání dostupné klientovi. Výzkum ukazuje, že lidé, kteří jsou si vědomi potenciálních relapsů a používající specifické strategie, mohou účinně snížit riziko relapsu (Litman 1980; Kirby et al., 1995).

Ergoterapie se zabývá problémy, které lze rozdělit do tří profesních výkonnostních oblastí: práce, péče o sebe a volný čas. Nejedná se však o zcela oddělené oblasti, všechny lze řešit současně zapojením do smysluplné činnosti. Intervence je obvykle prostřednictvím individuální či skupinové terapie, jejímž cílem je rozvíjet výkonnostní složky v různých oblastech, například naučit se vypořádat s úzkostí bez alkoholu, nebo říkat „ne“, pokud jim budou nabízeny návykové látky. Individuální terapie se může zaměřit na zdokonalení konkrétních komponent prostřednictvím stanovení cílů (Bryant et al., 2014).

Podle Gutmana (2006) může ergoterapeut klientovi se závislostí pomoci v následujících intervenčních oblastech. První oblastí je edukace, při které je důležité informovat klienta a rodinu o procesu závislosti. Druhou oblastí je zkreslené myšlení, které doprovází proces závislosti v důsledku zneužívání návykových látek. Dále pak vyhýbání se stimulům spojeným s užíváním návykových látek, které mohou působit jako spouštěče k opětovnému užití. Následně vybudování nových rolí, činností, návyků a rutiny, které nejsou spojené s užíváním návykových látek. Další oblasti zahrnují učení se technikám zvládnání stresu pro lepší řešení konfliktů a práci s emocemi, které by mohly přispět k relapsu, a získání odpovídajících sociálních dovedností, které mohou nahradit maladaptivní chování získané při vyhledávání návykových látek.

### 3.5 Prevence procesu primingu

V rámci ergoterapeutického procesu je také důležité přivést klienta k závěru (musí si ho vytvořit sám), že návrat do původního prostředí a k původním vztahům zvyšuje riziko relapsu, a tudíž je nezbytné vytvářet si postupně nové sociální vazby a v jejich důsledku i nové sociální zázemí. Intenzivní touha po návykové látce aktivovaná smyslovou stimulací se nazývá priming. Tento stav v současné době farmakoterapie neřeší. Vzhledem k výše uvedenému a s ohledem na fakt, že priming je neurologický jev, doporučuje se prevence jako nejefektivnější přístup řešení. Klient se závislostí se v rámci ergoterapie musí naučit jak eliminovat vyvolání primingu a relapsu, k čemuž je nezbytně nutné se vyhnout situacím vyvo-

lávajícím tyto stavy. Z tohoto důvodu je nutné definovat situace spouštějící touhu užití. Tyto vysoce rizikové situace je třeba nejprve klientem identifikovat, poté vytvořit a dodržovat strategie, které vzniku rizikových situací zabrání. Pro maximalizaci efektu tvorby strategií je vhodné, aby dovednosti byly praktikovány v rámci skupiny, neboť v takovémto prostředí dochází k žádoucí interakci s ostatními klienty (Leshner, 2000).

### 3.6 Práce se zkresleným myšlením

Důležitým rysem závislostního procesu, který v současnosti nemá farmaceutickou podporu, jsou změny v učení a paměti, které narušují vnímání výhod a rizik spojených s užíváním návykových látek, čímž dochází ke zkreslenému myšlení a vnímání klienta. Ergoterapeut může klientům pomoci pracovat s jejich zkresleným myšlením a vnímáním porovnáním výhod zneužívání návykových látek se skutečnými dopady, jako je např. poškození zdraví, rodiny, zaměstnání nebo financí. Motivace k udržení abstinence je snazší v případě, že jsou klienti schopni plně kognitivně a emočně porozumět škodlivým účinkům, které jejich zneužívání návykových látek způsobilo členům rodiny, přátelům a jejich osobním životním cílům. Často je vhodné vést sezení společně s rodinou či přáteli klienta, kterým jeho užívání návykových látek ublížilo (Csiernik, 2002), ale podle Gutmana (2006) je naopak důležitější vystavit klienty konfrontaci s lidmi, kteří mají stejnou osobní zkušenost a zotavili se z chronické závislosti. Ti mohou sloužit jako vzor a posílit tak klientovo odhodlání k udržení abstinence. Tento přístup umožňuje konfrontovat a napadat klientovo zkreslené vnímání kladů a záporů spojených s užíváním návykových látek mnohem efektivněji než pouze samotní terapeuti a členové klientovy rodiny.

### 3.7 Zvládání stresu

Ergoterapeuti mohou klientům pomoci naučit se techniku zvládání stresu, která se snaží o zvládání emocí a environmentálních stresorů. Je běžné, že lidé užívají návykové látky k maskování nepříjemných emocí. Když klienti abstinují, tyto emoce se často objevují. Ergoterapeuti mohou klienty naučit řadu technik zvládání stresu, jako je např. meditace, vizualizace nebo progresivní svalová relaxace. Osvojené techniky klientům pomáhají lépe snášet emoce, hněv, smutek a strach, aniž by užíli návykovou látku (Buijsse, Caan a Davis, 1999). Pro terapeutu je důležité pochopit, že abstinence je obvykle doprovázena dysforickou náladou a úzkostí. Tyto stavy se objevují v důsledku neurochemických změn, ke kterým dochází právě během abstinence. V reakci na užívání návykových látek se hladiny dopaminu v mozku abnormálně zvyšují. Při abstinenci ale abnormálně zvýšené hladiny dopaminu rychle mizí, což způsobuje depresi a úzkost (Goldman & Barr, 2002). Někteří lékaři obhajují používání antidepresiv a léků proti úzkosti, aby zmírnili tyto stavy, které často způsobují, že lidé pokračují v užívání návykových

látek. Jiní varují před použitím jakýchkoli léků, které by mohly způsobit fyzickou závislost u lidí s poruchami závislosti (Leshner, 2000).

### 3.8 Rozvoj sociálních dovedností

V důsledku chronické závislosti lze běžně zažít hospitalizaci, vězení, pouliční život a/nebo bezdomovectví. Lidé si mohou osvojit dysfunkční chování, aby se chránili před riziky existujícími ve výše uvedených situacích a před případným poškozením spojeným s chováním při hledání návykových látek. V důsledku toho mohou být sociální dovednosti i řešení problémů maladaptivní či zcela chybějící. Chování, které by umožnilo jedinci se závislostí bezpečně fungovat v patologickém prostředí, je však často považováno za nevhodné v běžném životě a může bránit osobě v šanci převzít životní roli. Ergoterapeuti mohou klientům pomoci procvičit si a naučit se potřebné sociální dovednosti, a to formou skupinové terapie. Praxe by měla zahrnovat specifické situace, s nimiž se klienti pravděpodobně setkají, když se pokusí převzít požadované role ve společnosti. Dovednosti komunikovat s ostatními společensky přijatelnými způsoby a řešit konflikty neagresivně může snížit stres, který by mohl vyvolat relaps (Buijsse et al., 1999).

Zatímco některé z výše uvedených intervenčních strategií mohou být implementovány jinými zdravotnickými pracovníky, je důležité rozeznat rozdíly v přístupu k léčbě mezi ergoterapií a jinými intervencemi. Řada zdravotnických pracovníků používá prvky psychoterapie jako primární prostředek intervence, ergoterapeuti však navíc používají k řešení problémových oblastí modelové situace s cílem obnovit role, které se staly nefunkčními v důsledku závislosti. Používání modelových situací v přirozeném prostředí může napomoci efektivitě léčby více než terapie implementovaná jen v umělém prostředí, v léčebném zařízení. Někteří odborníci naznačují, že dovednosti potřebné k odolávání návykovému chování lze nejlépe získat v přirozeném prostředí. Takovéto nastavení ergoterapeutovi umožňuje pozorovat spouštěče ve skutečném životě, které mohou klienty potkat, zatímco umělé prostředí to neumožňuje (Calsyn, Morse, Klinckenberg & Lemming, 2004; Davis, Jason, Ferrari, Olson a Alvarez, 2005).

### 3.9 Vazba na rodinu a blízké okolí klienta

Spolu s dalšími členy léčebného týmu by měl ergoterapeut poskytovat informace klientům i jejich rodinám o procesu závislosti. Klient a členové rodiny potřebují pochopit, že závislost je chronické onemocnění, které je často charakterizováno střídáním období relapsů a remisí. Stejně tak potřebují přijmout fakt, že v důsledku neurologických změn vyplývajících ze zneužívání návykových látek je zotavení často zdoluhavý proces, který může vyžadovat i několik pokusů o rehabilitaci. Pokud k relapsu dojde, je nutné rodině sdělit skutečnost, že z velké části tento stav

způsobuje aktivace neurologických mechanismů spíše než morální slabost či slabá vůle.

### 3.10 Komunitní práce

V praxi se velmi často zapomíná na přípravu na návrat do domácnosti pacienta, se kterou ale může ergoterapeut cíleně a účelně pracovat. Je velmi důležité zjistit, z jakého prostředí klient pochází, a dle toho nastavit terapeutický plán. Díky hospitalizaci či pobytu ve vězení si lidé mohou osvojit dysfunkční chování, a to nejen v oblasti sociálního chování, ale i instrumentálních aktivit denního života, například v oblasti starání se o sebe (úklid, finanční gramotnost, péče o domácnost). Dalšími oblastmi, které by se měly řešit v komunitě a vlastním domově pacienta, je právě denní režim a způsob trávení volného času, kdy například po propuštění z nemocničního prostředí či vězení se najednou může klient doma cítit jako ve vzduchoprázdnu. Komunitní práce však v ČR není hrazena z veřejného zdravotního pojištění a často není řešena vůbec.

## 4 ZÁVĚR

Článek vychází ze zahraničních i českých literárních zdrojů, avšak nejedná se o systematickou rešerši a nebyly prohledány všechny dostupné databáze, proto není možné uvádět, že byly kvalitně popsány všechny aspekty a možnosti práce ergoterapeuta u klientů se závislostí.

Přestože se v současnosti na odděleních či ambulancích pro léčbu závislosti vyskytuje ergoterapeut spíše ojediněle, je možné konstatovat, že ergoterapeut má široké uplatnění při práci s adiktologickými klienty. Mezinárodní konsensus jednoznačně poukazuje na fakt, že v této oblasti má ergoterapeut velký potenciál. V praxi se pak často setkáváme s realitou, že roli ergoterapeuta nahrazují jiné profese. Na adiktologických pracovištích často není ergoterapeut přítomen nebo se i přes výše jmenované klíčové oblasti často na pracovištích zaměřuje především na relaxační techniky a rukodělné práce, zrovna tak jako pracovní terapeut.

Dle vyhlášky č. 55/2011 může pracovní terapeut provádět činnost pracovní terapie v rámci léčby, vyhodnocovat a interpretovat výsledky pracovní terapie, zavádět nové metody pracovní terapie a vykonávat činnosti na úseku pracovním.

Proti tomu dle vyhlášky č. 55/2011 ergoterapeut pracuje na základě indikace lékaře, provádí vlastní vyšetření a ergoterapeutické postupy a metody zaměřené na hodnocení a nácvik běžných denních činností (soběstačnosti), pracovních a zájmových aktivit, navrhuje kompenzační pomůcky, provádí poradenskou činnost a instruktáž v oblasti prevence vzniku nemocí z povolání, úprav pracovního prostředí a provádí výcvik komunikačních a rozumných funkcí.

Faktem však zůstává, že ergoterapeutů je v praxi velmi málo. Absence ergoterapeutů může souviset i s ekonomickými ukazateli.

**Role autorů** | Všichni autoři pracovali na tvorbě článku.

**Konflikt zájmů** | Bez konfliktu zájmů.

## LITERATURA / REFERENCES

- BRYANT, Wendy, Jon FIELDHOUSE, Katrina BANNIGAN. *Creek's occupational therapy & mental health*. 2014. London: Churchill Livingstone Elsevier. ISBN 978-0-7020-4589-9.
- BUISSE, Nicole, Woody CAAN, Sally Fowler DAVIS. Occupational therapy in the treatment of addictive behaviours. *British Journal of Therapy and Rehabilitation* [online], 1999, **6**(6), 300–307. [cit. 2021-03-06] Dostupné z: doi:130.229.010.049.
- CALSYN, Robert J., Gary A MORSE, Dean W KLINKENBERG, Mathew R. LEMMING. Client outcomes and the working alliance in assertive community treatment programs. *Care Management Journals*, 2004, **20045**(4), 199–202.
- CSIERNIK, Rick. Counseling for the family: The neglected aspect of addiction treatment in Canada [Electronic version]. *Journal of Social Work Practice in the Addictions* [online], 2002, **2**, 79–92. [cit. 2021-01-11]. Dostupné z: Doi:10.1300/J160v02n01\_05.
- ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb. ze dne 14. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sběrka zákonů České republiky. 2011, částka 20, [online]. [cit. 2021-03-010]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.
- DAVIS, Margaret I., Leonard A. JASON, Joseph R. FERRARI, Bradley OLSON, B. D. & Josefina ALVAREZ. A collaborative action approach to researching substance abuse recovery. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* [online], 2005, **31**(4), 537–553. [cit. 2021-15-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1081/ADA-200068110>.
- DONOVAN, Dennis. M. *Assessment of addictive behaviors for relapse prevention*, 2005. The Guilford Press.
- GOLDMAN, David, Christina S. Barr. Restoring the addicted brain. *N. Engl. J. Med.* [online]. 2002, 347:843–845. [cit. 2021-10-07]. Dostupné z: doi:10.1056/NEJMcibr021948. PMID: 12226158.
- GOULD, Thomas J. Addiction and cognition. *Addiction science & clinical practice*. 2010, **5**(2), 4–14.
- GUTMAN, Sharon A. Why addiction has a chronic, relapsing course. *The Neurobiology of Addiction. Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2006, **22**(2), 1–29 [cit. 2020-03-06]. Dostupné z: doi:10.1300/J004v22n02\_01.
- HOXMARK, Ellen, Trude Nydal WYNN a Rolf WYNN. Loss of activities and its effect on the well-being of substance abusers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2012, **19**(1), 78–83 [cit. 2021-09-25]. ISSN 1103-8128. Dostupné z: doi:10.3109/11038128.2011.552120.
- HELBIG, Karen., Elizabeth MCKAY. An exploration of addictive behaviours [sic] from an occupational perspective. *Journal of Occupational Science*. 2003, **10**, 140–145.
- KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
- KIEPEK, Niky. *Licit, Illicit, Prescribed: Substance Use and Occupational Therapy*. Ottawa: CAOT Publications ACE, 2016. ISBN 978-1-895437-93-5.
- KIRBY, Kimberly C., R. J. LAMB et al. Situations occasion- ing cocaine use and cocaine abstinence strategies. *Addiction*, 1995, **90**(9), 1241–1252.
- KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.
- KRIVOŠIKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
- LESHNER, Alan. I. Approach to therapy. The disease of addiction. *Lippincott's Primary Care Practice*. 2000, **4**, 249–253.
- LITMAN, Gloria. Relapse in alcoholism. In: Edwards, G., Grant, M. (Eds.), *Alcoholism treatment in transition*, 1980. London: Croom Helm.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). *Behaviour change: general approaches. Public health guideline*. NICE. [online]. 2007, [cit. 2020-09-30]: Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph6/resources/behaviour-change-general-approaches-pdf-55457515717>.
- NEŠPOR, Karel. *Adiktologie pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe, s. r. o. ISBN 978-80-7496-410-7.
- STEINER, Andy. *Occupational therapy for addiction? Experts say it's back/MinnPost* [online]. [cit. 2020-04-01] Dostupné z: <https://www.minnpost.com/mental-health-addiction/2017/03/occupational-therapy-addiction-experts-say-it-s-back/>.
- THOMPSON, Kelly. Occupational therapy and substance use disorders: Are practitioners addressing these disorders in practice?, *Occupational therapy in health care*. [online], 2009, **21**, pp. 61–77 [cit. 2021-03-06]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1080/J003v21n03\\_04](https://doi.org/10.1080/J003v21n03_04).
- TSUI, CHI Man., Da LI. Substance abuse rehabilitation needs to be guided by well-developed practice model (s). *General Psychiatry*, 2020, 33:3, pages e100220 [cit. 2021-04-06]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100220>.
- WANIGARATHE, Shamil, Wendy WALLACE, Jane PULLIN, KEANEY, F. & FARMER, R. *Relapse prevention for addictive behaviours: A manual for therapists*. 1991 Oxford: Blackwell Science. ISBN 978-0-632-02484-1.