

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**TERAPIE ZA POMOCI KONÍ A JEJÍ VYUŽITÍ  
V OŠETŘOVÁNÍ PACIENTŮ S PSYCHIATRICKÝM  
ONEMOCNĚNÍM**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**TEREZA LINDOVSKÁ**

**Praha 2017**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**TERAPIE ZA POMOCI KONÍ A JEJÍ VYUŽITÍ  
V OŠETŘOVÁNÍ PACIENTŮ S PSYCHIATRICKÝM  
ONEMOCNĚNÍM**

Bakalářská práce

TEREZA LINDOVSKÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2017



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.  
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Lindovská Tereza  
3. A VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 8. 4. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Terapie za pomoci koní a její využití v ošetřování pacientů  
s psychiatrickým onemocněním

*Equine-assisted Therapy and Its Use in Psychiatric Nursing*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 1. 11. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Ivaně Jahodové, vedoucí mé bakalářské práce, za trpělivost, kterou se mnou měla. Obrovské díky patří mým rodičům, lékařům, kteří za mnou vždy stáli, podporovali mě ve studiu i v osobním životě, a kteří mě k práci ve zdravotnictví přivedli. Poděkování si zaslouží i můj bratr za pomoc s formální úpravou práce. Děkuji i své klisně starokladrubského koně, která je mi nejuvěrnějším přítelem i terapeutem.

## ABSTRAKT

LINDOVSKÁ, Tereza. *Terapie za pomoci koní a její využití v ošetřování pacientů s psychiatrickým onemocněním*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2017. LXXXII. S.

Tématem bakalářské práce je zkoumání problematiky psychoterapie pomocí koně u pacientů s duševním onemocněním. Teoretická část popisuje psychoterapii pomocí koně jako součást oboru hiporehabilitace. Následuje charakteristika koně jako koterapeuta. Teoretický rámec práce uzavírá tematika psychiatrického ošetřovatelství a popis duševních poruch, u kterých je terapie pomocí koně často indikována. Praktická část práce je věnována kvalitativnímu průzkumu formou strukturovaného rozhovoru s duševně nemocnými pacienty, kteří psychoterapii pomocí koně navštěvují. Hlavními cíli bakalářské práce je verifikovat teoretické předpoklady pozitivního vlivu psychoterapie pomocí koně na pacienty s duševní poruchou a propagace této psychoterapeutické metody mezi duševně nemocné, zdravotníky i laickou veřejnost.

Klíčová slova: Duševní porucha. Hiporehabilitace. Mentální bulimie. Ošetřovatelská péče v psychiatrii. Psychiatrie. Psychoterapie pomocí koně. Rekurentní depresivní porucha. Sociální fobie.

## **ABSTRACT**

LINDOVSKA, Tereza. *Equine-assisted Therapy and Its Use in Psychiatric Nursing*. Medical College. Degree of qualification: Bachelor (Bc.) Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. 2017. 82 pages.

My bachelor's thesis deals with the topic of equine - assisted therapy of patients with mental health issues. Theoretical part describes equine - assisted therapy as a component of hippotherapy. It follows with characteristics of horse as a co-therapist. Theoretical framework is being completed with the issue of psychiatric treatment and a description of mental disorders, where equine - assisted therapy is medically indicated. Practical side of the work is dedicated to a qualitative research in the form of a structured interview with psychiatric patients attending equine - assisted therapy. Main goal of my bachelor thesis is to verify theoretical assumptions of a positive impact, that equine - assisted therapy has on patients with mental disorder. Our aim is also to promote this psychotherapeutical method among people with mental health issues, medical staff and members of lay public.

Keywords: Bulimia. Equine-assisted Therapy. Hippotherapy. Mental disorder. Psychiatric Nursing. Psychiatry. Recurrent depressive disorder. Social anxiety.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>12</b>
<b>1 HIPOREHABILITACE</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1 DEFINICE</b> .....	<b>14</b>
<b>1.2 HISTORICKÝ VÝVOJ</b> .....	<b>15</b>
<b>1.3 SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>17</b>
<b>1.3.1 ČESKÁ HIPOREHABILITAČNÍ SPOLEČNOST</b> .....	<b>18</b>
<b>1.4 TERMINOLOGIE</b> .....	<b>18</b>
<b>1.4.1 OFICIÁLNÍ SLOVNÍK ČESKÉ HIPOREHABILITAČNÍ SPOLEČNOSTI</b> .....	<b>18</b>
<b>1.4.2 CIZOJAZYČNÉ TERMÍNY POUŽÍVANÉ V OBORU HIPOREHABILITACE</b> .....	<b>19</b>
<b>1.5 SLOŽKY HIPOREHABILITACE</b> .....	<b>20</b>
<b>1.5.1 PARAJEZDECTVÍ</b> .....	<b>20</b>
<b>1.5.2 HIPOTERAPIE (HT)</b> .....	<b>20</b>
<b>1.5.3 AKTIVITY S VYUŽITÍM KONÍ (AVK)</b> .....	<b>22</b>
<b>1.5.4 PSYCHOTERAPIE POMOCÍ KONĚ (PPK)</b> .....	<b>23</b>
<b>1.6 OBECNÉ PODMÍNKY HIPOREHABILITACE V ČR</b> .....	<b>26</b>
<b>1.6.1 VZDĚLÁNÍ A ODBORNOST</b> .....	<b>26</b>
<b>1.6.2 PRÁVNÍ DOKUMENTY A ETICKÉ KODEXY</b> .....	<b>28</b>
<b>1.6.3 MODELY ORGANIZACÍ</b> .....	<b>29</b>
<b>1.6.4 BEZPEČNOST PRÁCE</b> .....	<b>29</b>
<b>1.6.5 DOKUMENTACE</b> .....	<b>30</b>
<b>1.6.6 VŠEOBECNÉ KONTRAINDIKACE</b> .....	<b>30</b>
<b>2 KŮŇ JAKO KOTERAPEUT</b> .....	<b>31</b>
<b>2.1 ZOOLOGICKÉ TRŽDĚNÍ EQUIDŮ</b> .....	<b>31</b>
<b>2.2 DOMESTIKACE</b> .....	<b>31</b>
<b>2.3 VLASTNOSTI KONÍ</b> .....	<b>32</b>
<b>2.4 ETOLOGIE KONÍ</b> .....	<b>33</b>
<b>2.5 SYMBOLIKA KONĚ</b> .....	<b>35</b>
<b>2.6 KŮŇ PRO HIPOREHABILITAČNÍ ÚČELY</b> .....	<b>36</b>



2.7 ZÁSADY WELFARE A ETIKA V CHOVU KONÍ.....	38
<b>3 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH DUŠEVNÍCH PORUCH A SPECIFICKÝCH POTŘEB PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ.....</b>	<b>40</b>
3.1 NEUROTICKÉ PORUCHY – FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY – SOCIÁLNÍ FÓBIE.....	40
3.1.1 ZÁKLADNÍ RYSY FOBICKÉHO SYNDROMU .....	40
3.1.2 HISTORIE DIAGNÓZY .....	42
3.1.3 INCIDENCE A PREVALENCE.....	43
3.1.4 DIAGNOSTIKA .....	44
3.1.5 PŘÍZNAKY.....	44
3.1.6 HODNOCENÍ, DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA.....	47
3.1.7 KOMORBIDITA.....	47
3.1.8 SUICIDALITA .....	48
3.1.9 PŘÍČINY .....	48
3.1.10 LÉČBA .....	49
3.1.11 STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE U PORUCH NEUROTICKÉHO SPEKTRA.....	49
3.2 AFEKTIVNÍ PORUCHY – PERIODICKÁ (REKURENTNÍ) DEPRESIVNÍ PORUCHA.....	49
3.2.1 ZÁKLADNÍ RYSY DEPRESIVNÍHO SYNDROMU .....	50
3.2.2 INCIDENCE A PREVALENCE.....	51
3.2.3 SUICIDALITA .....	51
3.2.4 ETIOLOGIE.....	52
3.2.5 LÉČBA .....	52
3.2.6 STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE.....	53
3.2.7 DOPORUČENÍ PACIENTŮM S DEPRESIVNÍ PORUCHOU.....	53
3.2.8 ZÁSADY KOMUNIKACE S DEPRESIVNÍM PACIENTEM.....	54
3.3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY – MENTÁLNÍ BULIMIE...	54
3.3.1 HISTORIE, PREVALENCE, INCIDENCE.....	54
3.3.2 ETIOLOGIE.....	55
3.3.3 DIAGNOSTIKA .....	55
3.3.4 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	55

3.3.5	BIO – PSYCHO – SOCIÁLNÍ ASPEKTY JÍDLA .....	57
3.3.6	LÉČBA .....	57
3.3.7	KOMPLIKACE ONEMOCNĚNÍ .....	59
3.3.8	STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE.....	59
<b>4</b>	<b>KVALITATIVNÍ PRŮZKUM.....</b>	<b>60</b>
4.1	TÉMA PRŮZKUMU .....	60
4.2	PRŮZKUMNÝ PROBLÉM .....	60
4.3	CÍLE PRŮZKUMU.....	61
4.4	VÝCHODISKA .....	61
4.5	POPIS PRŮZKUMNÉ METODY A ČASOVÉ VYMEZENÍ PRŮZKUMU .....	62
4.6	STRATEGIE.....	63
4.7	KLÍČ K VÝBĚRU RESPONDENTŮ A JEDNOTLIVÍ RESPONDENTI.....	63
4.8	SESTAVENÍ PRŮZKUMNÝCH OTÁZEK.....	63
4.9	JEDNOTLIVÉ ROZHOVORY S RESPONDENTY .....	65
4.9.1	PACIENTKA S REKURENTNÍ DEPRESIVNÍ PORUCHOU.....	65
4.9.2	PACIENT SE SOCIÁLNÍ FOBÍÍ .....	69
4.9.3	PACIENTKA S MENTÁLNÍ BULIMIÍ:.....	73
4.10	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT OD RESPONDENTŮ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ROZHOVORU.....	77
<b>5</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>80</b>
5.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	80
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>81</b>
	<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>82</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>APA</b> .....	American Psychological Association
<b>AVK</b> .....	aktivity s využitím koní
<b>ČHS</b> .....	Česká hiporehabilitační společnost
<b>ČJF</b> .....	Česká jezdecká federace
<b>ČT</b> .....	český teplokrevník
<b>DSM</b> .....	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>EAAT</b> .....	Equine – assisted activities and therapies
<b>EFL</b> .....	Equine – Assisted Learning
<b>EFMH</b> .....	Equine - Facilitated Mental Health
<b>EFP</b> .....	Equine – Facilitated Psychotherapy
<b>FEI</b> .....	Fédération équestre internationale
<b>GREAT</b> .....	The German Research Center for Equine Assisted Therapy
<b>HETI</b> .....	Federation of Horses in Education and Therapy International
<b>HPOT</b> .....	Hippotherapy
<b>HR</b> .....	hiporehabilitace
<b>HT</b> .....	hipoterapie
<b>LPPJ</b> .....	léčebné pedagogicko - psychologické ježdění
<b>MKN</b> .....	mezinárodní klasifikace nemocí
<b>NARHA</b> .....	North American Riding for the Handicapped Association
<b>NCS</b> .....	National Comorbidity Survey Replication Study
<b>OSN</b> .....	Organizace spojených národů
<b>PATH</b> .....	International Equine Services for Heroes

**PEG** ..... perkutánní endoskopická gastrostomie  
**PPK** ..... psychoterapie pomocí koně  
**SAD** ..... social anxiety disorder  
**SFE** ..... Société Française d'Equithérapie  
**SCHČT**..... Svaz chovatelů českého teplokrevníka  
**TR**..... Therapeutic Riding  
**WHO** ..... World Health Organization

## ÚVOD

„ Koně nám propůjčují křídla, která postrádáme.“ (volně přeloženo z básně P. J. B. Brown).

Kůň doprovází člověka již tisíce let. Byl mu potravou, dopravním prostředkem, platidlem, pomocníkem v zemědělství i spolubojovníkem ve válce. Dnes jsou koně ve vyspělých zemích nejvíce využíváni ve sportu.

Tato práce by ráda poukázala na oblast, ve které je kůň člověku opět nepostradatelným partnerem. Kůň se může stát nenahraditelným pomocníkem v léčbě, terapii a rehabilitaci osob s fyzickým případně duševním hendikepem.

Využití zvířat v holistickém pojetí ošetřování pacientů je na vzestupu, vydávají se standardy péče a různá doporučení pro praxi, odborná veřejnost se snaží o sjednocení termínů i legislativní jasnost.

Problematika hiporehabilitace není jednoduchým tématem. Zejména z důvodu nejednoznačně používané terminologie mezi laickou veřejností a všeobecným přesvědčením, že jsou koně ve zdravotnictví prospěšní pouze pacientům s pohybovými obtížemi. Problémem je i mezioborová spolupráce, respektive neznalost vymezení kompetencí jednotlivých profesí. V neposlední řadě je to i různorodost nemocí, se kterými se v rámci hiporehabilitace pracuje.

Pojetí práce je dvojí. Jednak teoreticko – empirické, neboť vychází ze studia a výkladu literatury s danou tematikou a snaží se na základě interpretace jiných autorů doplnit poznatky o hiporehabilitační činnosti. Jednak průzkumné, neboť zkoumá vliv hiporehabilitace na pacienty s duševní poruchou.

Práce se zaměřuje na oblast hiporehabilitace zabývající se ošetřováním pacientů s psychiatrickým onemocněním. Pozornost je věnována psychoterapii pomocí koně, což je složka hiporehabilitace věnující se zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním nejvíce.

V teoretické části práce je definován obor hiporehabilitace, popsán jeho historický vývoj i současná organizace. Zmíněny jsou všechny jeho složky, na psychoterapii pomocí koně je kladen větší důraz. Dále je nastíněna role koně jako koterapeuta.

Teoretický rámec je zakončen charakteristikou vybraných duševních poruch, u kterých je psychoterapie pomocí koně doporučována.

Praktická část práce je pojata jako kvalitativní průzkum zabývající se působením psychoterapie pomocí koně na pacienty s duševními poruchami zmíněnými v teoretické části. Cílem je lepší pochopení působení hiporehabilitace na osoby s psychiatrickým onemocněním. Technikou průzkumu byl zvolen strukturovaný rozhovor s případovými pacienty. Po induktivním způsobu vyhodnocení vznikly jedinečné závěry. Snahou praktické části je zvýraznit konkrétní pozitiva, která psychoterapie pomocí koně duševně nemocným přináší. Výsledky průzkumu mají napomoci propagaci hiporehabilitace mezi pacienty s duševní poruchou, zdravotníky i laickou veřejností. V neposlední řadě je snahou poukázat na možnost uplatnění všeobecné sestry v psychoterapii pomocí koně.

Rešeršní strategie probíhala následujícím způsobem. Odborná literatura zabývající se danou tematikou byla nejprve vyhledána prostřednictvím informačních katalogových služeb Národního ústavu pro duševní zdraví, Národní lékařské knihovny a České zemědělské univerzity v Praze. Rešerše byly vždy zadávány v českém jazyce. Práce čerpá i ze zdrojů starších deseti let. Jedná se o primární dodnes platné zdroje, které byly vhodně doplněny recentními zdroji. Dalšími zdroji objevenými prostřednictvím internetového vyhledávače Google se v průběhu tvorby práce staly oficiální stránky České hiporehabilitační společnosti, Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a Světové zdravotnické organizace.

# 1 HIPOREHABILITACE

Kvalita života lidí se zdravotním znevýhodněním nebo speciálními potřebami se dá zvyšovat různými prostředky. Kvalifikovaný hiporehabilitační odborník a speciálně vycvičený kůň mohou být pro některé pacienty vhodnou volbou.

## 1.1 DEFINICE

Řecké slovo hippos neboli kůň se objevuje i ve jméně nejslavnějšího lékaře starověku Hippokrata z Kósu, údajného autora textu Hippokratovy přísahy, jejíž moderní formou je Ženevský lékařský slib sestavený WHO v roce 1948.

Slovník spisovného jazyka českého vydaný Ústavem pro jazyk český uvádí dva významy slova rehabilitace. Prvním je navrácení dobré pověsti, práv a společenského postavení člověka. Druhým významem je léčebná metoda směřující k opětovnému nabytí schopností ztracených nemocí nebo úrazem.

Hollý a Hornáček (2005, str. 17) ve své knize Hipoterapie upozorňují na různé interpretace pojmů rehabilitace a terapie. Rehabilitaci vymezují takto:

„Pod pojmem rehabilitace tedy můžeme v našem kontextu chápat takový proces, který primárně umožní obnovení ztracené funkce, snížení újmy způsobené onemocněním, nebo umožní handicapovanému jedinci lépe se se svým handicapem – hlavně společensky – vyrovnat. Pojem rehabilitace je tedy definovaný svým cílem, který často leží mimo chorobný proces a je více méně sociocentricky orientovaný.“

Hiporehabilitaci tedy můžeme chápat jako metodu podpůrné léčby, kdy kontakt s koněm pomáhá odstranit nebo alespoň zmírnit tělesné, duševní a sociální problémy nemocných.

Pojmy terapie a léčba de facto splývají v jednu definici. Výkladové slovníky je popisují jako činnosti ovlivňující etiopatogenezi nemoci. Kauzální terapie a léčba se zaměřují na příčiny onemocnění, symptomatické pak na odstranění symptomů.

Hiporehabilitace je v českém prostředí obecný název pro všechny činnosti, ve kterých kůň zastává roli koterapeuta. Oficiální slovník České hiporehabilitační společnosti (ČHS, 2009) termín vysvětluje takto:

„Hiporehabilitace je zastřešující a nadřazený název pro všechny aktivity a terapie v oblastech, kde se setkává kůň a člověk se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním nebo se specifickými potřebami.“

Podle Svobodové (2016) lze zoorehabilitaci chápat jako aktivitu podporovanou zvířetem, která je součástí ucelené rehabilitace konkrétního pacienta.

Smyslem hiporehabilitace je zkvalitnění života lidí s psychickým i tělesným hendikepem. Nemocní si díky ní mohou dopřát pocit psychického nebo fyzického uspokojení, který často v běžném životě postrádají. Léčebný účinek vztahu mezi člověkem a zvířetem popisují Masson (1997), Aldington (1999), Coren (2001), Nerandžič (2006), Odendaal (2007) a další.

## 1.2 HISTORICKÝ VÝVOJ

Od starověku po dnešek jízda na koni a kontakt s těmito úžasnými zvířaty přinášel lidem tělesnou i duševní pohodu.

Zmínky o pozitivním vlivu jízdy na koni se objevují ve spisech starořeckého lékaře Hippokrata z Kósu (5. stol. př. n. l.) i římského lékaře Galena z Pergamonu (2. stol. př. n. l.).

Původní obyvatelé Severní Ameriky používali koně pro ožívování. Bezvládné tělo přehodili přes hřbet koně a nechali zvíře cválat. Nepřímo tak docházelo k srdeční masáži a resuscitaci.

Italský lékař Geronimo Mercuriali v 16. století popisuje ve svém slavném pojednání *De Arte Gymnastica* jízdu na koni jako metodu k udržení a znovuzískání zdraví.

Thomas Sydenham (1624 – 1689) známý jako „anglický Hippokrates“ a objevitel nemoci nazývané „tanec svatého Víta“ doporučuje jízdu na koni při nejrůznějších obtížích.

V 17. století Gerard Van Swieten, osobní lékař rakouské arcivévodkyně Marie Terezie, doporučuje manželce císaře Svaté říše římské jízdu na koni. Vyzdvihuje fakt, že při jízdě na koni dochází k procvičení celého těla, ovlivnění vnitřních orgánů, zlepšení spánku i odstranění melancholie.



Autor medicínských spisů Francis Fuller (1670 – 1706) doporučuje v knize *Medicina gymnastica* jízdu na koni a vyslovuje základní pravidla pro výběr vhodného koně, adekvátní četnost ježdění a denní dobu. Upozorňuje na důležitost správného odhadu schopností jezdce a zátěže, kterou snese. Podle Fullera je jízda na koni vhodná zejména pro nemocné hypochondrii.

V roce 1735 sestrojil Lipský profesor a lékař Samuel Theodor Quellmalz mechanický přístroj napodobující pohyb koně, který měl nahradit živé zvíře při terapii.

Podobně i švédský ortoped Gustav Zander, který se v 18. století věnoval sestrojování cvičebního náčiní, které lze vidět v dnešních tělocvičnách, vynalezl stroj napodobující koňský pohyb pro léčbu lidí.

Německý básník Johann Wolfgang von Goethe (1749 – 1832) přišel s myšlenkou, která je platná i pro dnešní hiporehabilitaci. Podle něj se při jízdě člověk a zvíře natolik pohybově prolnou, že nelze poznat, kdo koho ovlivňuje.

Ve 20. století vzniká mnoho prací popisujících léčivý účinek jízdy na koni. Jezdectví je doporučováno při nejrůznějších onemocněních i jako odreagování se od náročné práce či stresového života.

Tomáš Garrigue Masaryk jezdil na koni ještě ve věku osmdesáti let. Koně se s prvním československým prezidentem vždy na část roku stěhovali do zámku v Lánech. Masaryk prohlásil „Jízda na koni je nejrychlejší tělocvik, to se cvičí najednou celé tělo, ruce, nohy, plíce.“

Po První světové válce byli koně využíváni k rehabilitaci zraněných válečných invalidů.

V padesátých letech 20. století se hiporehabilitace rozšířila jako metoda léčby dětské mozkové obrny. Veřejnost se dozvěděla o možnosti zlepšení poškození mozkové tkáně jízdou na koni díky slavné knize *Už zase skáču přes kaluže* australského spisovatele Alana Marshalla, který sám dětskou mozkovou obrnou onemocněl.

### 1.3 SOUČASNÝ STAV

Od poloviny 20. století se začala hiporehabilitace a jezdeckví pro hendikepované rozvíjet. Začínaly se formovat organizace a společnosti zabývající se léčebným účinkem koní.

Největší rozvoj oboru hiporehabilitace zaznamenalo Německo, kde bylo založeno Kuratorium für Therapeutisches Reiten. Organizace však vznikaly jak v Evropě, tak v USA a Kanadě.

Za zmínku stojí Riding for the Disabled Association (RDA, Velká Británie, 1969), Kuratorium für Therapeutisches Reiten (Německo), North American Riding for the Handicapped Association (NARHA, Spojené státy americké, 1969).

První mezinárodní kongres o tématice léčebného ježdění nesoucí název *Reedukace pomocí jezdeckví* se konal v roce 1972 v Paříži. Po čtyřech letech následoval kongres v Basileji pojmenovaný *Rehabilitace pomocí ježdění – terapie ježděním*. Třetí mezinárodní kongres tentokrát ve Warwicku se jmenoval *Ježdění jako sport pro hendikepované*. Čtvrtý kongres věnující se terapeutickému ježdění z roku 1982 v Hamburku se věnoval tématům kůň v hipoterapii, fyzioterapeutické možnosti koně, speciální pedagogika a jezdeckví, jezdeckví jako sport pro hendikepované. Pátý mezinárodní kongres se konal v Miláně v roce 1985, kde si delegáti odhlasovali založení mezinárodní organizace Riding for the Disabled International (RDI). Všechny země se v mezinárodně platných stanovách dohodly na podpoře různých forem hiporehabilitace za účelem zlepšení kvality života lidí s hendikepem, na definování oboru a na vypracování standardů pro vzdělávání kvalifikovaných osob při hiporehabilitaci. Šestý kongres byl uspořádán v roce 1988 v Torontu a zaměřoval se na vědecký výzkum v oboru a interpretaci dat získaných výzkumem. Zde byla mezinárodní organizace přejmenována na The Federation of Riding for the Disabled International (FRDI). Od té doby jsou kongresy pořádány každé tři roky. Organizace sdružuje jak různé asociace a sdružení, tak jednotlivce. Členských států je přes padesát. FRDI klade důraz na rozvoj nových oblastí hiporehabilitace, podporuje vzdělávání v oboru, spravuje terminologii a bibliografii a ustanovuje standardy. FRDI byla v roce 2012 přejmenována na Federation of Horses in Education and Therapy International (HETI).

### **1.3.1 ČESKÁ HIPOREHABILITAČNÍ SPOLEČNOST**

Česká hiporehabilitační společnost (ČHS), která je členem mezinárodní federace HETI, byla založena v roce 1991. Původně se organizace nacházela v Hamzově léčebně Luže – Košumberk, poté se přesunula do Psychiatrické nemocnice Bohnice a dnes je sídlo spolku v areálu Mendelovy univerzity v Brně.

ČHS ve svých stanovách uvádí, že „Posláním je rozvoj, propagace a zkvalitňování metodiky hiporehabilitace – tedy všech aktivit a terapií s pomocí koní pro osoby se zdravotním znevýhodněním a specifickými potřebami.“

Jedním z hlavních cílů ČHS je „Uznání hiporehabilitace jako léčebné a pedagogické metody a metody nacházející uplatnění v sociální oblasti.“

Dalšími činnostmi ČHS je vzdělávání odborníků i laické veřejnosti, zakládání hiporehabilitačních středisek, podpora odborné hiporehabilitační praxe, organizace kulturních akcí, podpora výzkumu v oboru, umožňuje sdružování příznivců hiporehabilitace a v neposlední řadě dbá na welfare koní.

## **1.4 TERMINOLOGIE**

Orientovat se v české terminologii týkající se hiporehabilitace nebylo až do roku 2009, kdy ČHS vydala oficiální slovník termínů, snadné. Nejasnosti přetrvávají v cizojazyčné literatuře.

### **1.4.1 OFICIÁLNÍ SLOVNÍK ČESKÉ HIPOREHABILITAČNÍ SPOLEČNOSTI**

V roce 2009 vytvořila Česká hiporehabilitační společnost oficiální slovník pojmů užívaných v hiporehabilitaci. Níže jsou uvedené nejčastěji používané termíny tak, jak je chápe ČHS.

„Aktivity s využitím koní (AVK) – obor hiporehabilitace, metoda speciální pedagogiky, sociální pedagogiky a práce, využívající prostředí určené pro chov koní a práci s nimi, kontaktu s koněm a interakce s ním jako prostředku k motivaci, aktivizaci, výchově a vzdělávání lidí se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním nebo se specifickými potřebami.“

„Hiporehabilitace (HR) – zastřešující a nadřazený název pro všechny aktivity a terapie v oblastech, kde se setkává kůň a člověk se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním

nebo se specifickými potřebami. Hiporehabilitace se dělí na obory hipoterapie, psychoterapie pomocí koní, aktivity s využitím koní a parajezdectví.“

„Hiporehabilitační kůň – speciálně vybraný a vycvičený kůň nebo pony pro hiporehabilitační účely se složenou Specializační zkouškou ČHS pro koně a pony zařazené do hiporehabilitace se specializací pro jednotlivé obory HR.“

„Hipoterapie (HT) – obor hiporehabilitace, fyzioterapeutická metoda využívající jako léčebný prostředek speciálně připraveného koně v kroku, konkrétně pohyb jeho hřbetu. Tento pohyb je střídavý, rytmicky a cyklicky se opakující. Nabízí multisenzorickou aferentní stimulaci, která přímo ovlivňuje motorické chování klienta aktivací všech řídicích úrovní centrální nervové soustavy. Výsledkem je facilitace reparačních procesů jedince a to jak na úrovni neurofyziologické, tak psychomotorické a v neposlední řadě i na úrovni sociální. Nadstandardní variabilita využitých poloh, při respektování posturálních schopností klienta, ovlivní jeho posturu, hrubou i jemnou motoriku a vegetativní funkce.“

„Parajezdectví – obor hiporehabilitace, dříve pod názvem Sportovní ježdění hendikepovaných. Jezdec se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním nebo se specifickými potřebami se s ohledem na svoje postižení za použití speciálních pomůcek či změněné techniky jízdy učí aktivně jezdit na koni, voltížním cvikům nebo vede koně v zápřeží, eventuálně se zúčastňuje sportovních soutěží. Disciplínami parajezdectví jsou paradrezura, paraparkur, paravoltíž, paravozatajství a parawestern.“

„Psychoterapie pomocí koní (PPK) – je oborem hiporehabilitace a je součástí komplexních léčebných postupů, které jsou poskytovány ve zdravotnických službách. PPK k léčbě pacientů využívá specifickou triádu terapeut – kůň – pacient. Léčba je založena na působení psychologickými prostředky s využitím koně a jeho specifických vlastností jako koterapeuta v psychoterapeutickém procesu k pozitivnímu ovlivnění duševního stavu pacienta.“

#### **1.4.2 CIZOJAZYČNÉ TERMÍNY POUŽÍVANÉ V OBORU HIPOREHABILITACE**

V anglicky mluvícím prostředí se lze setkat s termínem *Equine – assisted activities and therapies* (EAAT), což lze volně přeložit jako aktivity a terapie za pomoci koní. EAAT je v podstatě anglickým ekvivalentem termínu hiporehabilitace.

Mezi tyto aktivity spadá hipoterapie *Hippotherapy* (HPOT), psychoterapie za pomoci koní *Equine – Facilitated Psychotherapy* (EFP) nebo *Equine - Facilitated Mental Health* (EFMH), vzdělávání prostřednictvím koní *Equine – Assisted Learning* (EFL), paradrezura *Therapeutic Riding* (TR), parawestern *Therapeutic Western Riding*, paravozatajství *Therapeutic Driving*, paravoltiž *Interactive Vaulting*, rekreační ježdění jako volnočasová aktivita *Therapeutic Horsemanship* a hiporehabilitace pro válečné veterány *PATH International Equine Services for Heroes*.

Francouzská organizace zabývající se hiporehabilitací nese název *Société Française d'Equithérapie* (SFE). Obor hiporehabilitace, který v České republice zaštiťuje různorodé aktivity s koněm, se ve Francii nazývá v doslovném překladu koňoterapie.

Německý hiporehabilitační spolek je pojmenován *The German Research Center for Equine Assisted Therapy* (GREAT). Využívá termíny podobné anglické terminologii.

## **1.5 SLOŽKY HIPOREHABILITACE**

Obor hiporehabilitace se dá rozdělit na čtyři rozdílně zaměřené složky. Sportovní para jezdeckví je zdravotnictvím vzdáleno nejvíce. Aktivity s využitím koní spadají do oblasti sociální péče a pedagogiky. Hipoterapie je zejména fyzioterapeutickou metodou. Psychoterapie pomocí koně je podpůrnou léčbou pacientů s duševní poruchou.

### **1.5.1 PARAJEZDECTVÍ**

Parajezdeckví je sportovní odvětví pro osoby se zdravotním postižením. Disciplíny paradrezura a paravoltiž jsou uznané jak Českou jezdeckou federací (ČJF), tak mezinárodní *Fédération équestre internationale* (FEI). Česká paradrezurní jezdka Anastasja Vištalová zařazená do skupiny jezdců s nejtěžším hendikepem se v roce 2016 zúčastnila Letních paralympijských her v Riu.

### **1.5.2 HIPOTERAPIE (HT)**

První autorskou verzi standardů kvality hipoterapie vydala Česká hiporehabilitační společnost v roce 2011. Informace popisované níže jsou převzaté z druhé editace standardu z roku 2015.

Hipoterapie patří mezi fyzioterapeutické metody. Prostředkem léčby je pohyb hřbetu koně v kroku, který ČHS popisuje takto „Pohyb je

střídavý, rytmicky a cyklicky se opakující. Nabízí multizenzorickou aferentní stimulaci, která přímo ovlivňuje motorické chování klienta aktivací všech řídicích úrovní CNS“. Hipoterapie tedy přináší nemocnému zlepšení v oblasti neurofyziologické, psychomotorické i sociální.

Hipoterapie má vliv na svaly, klouby a povázky pohybového systému. Centrální nervová soustava je ovlivňována na úrovni spinální, kmenové, nadkmenové i kortikální. Nepřímé účinky má i na oblast psychiky.

Hipoterapie je indikována pro široké spektrum diagnóz. Cílovou skupinou jsou osoby s poruchou pohybového aparátu. Jedná se o různá onemocnění. Zhoršená funkce nebo kvalita pohybu může být způsobena úrazem nebo mozkovým postižením. Hipoterapie je vhodná i pro klienty s vadou postury a svalovým napětím.

Nejčastěji hipoterapii vyhledávají lidé s vadným držením těla, deformitami páteře, dětskou mozkovou obrnou, roztroušenou sklerózou, epilepsií, míšními lézemi, vrozeným rozštěpem páteře nebo cévní mozkovou příhodou.

Fyzioterapeutické metody jsou zvoleny podle konkrétní diagnózy, aktuálního stavu, kineziologického rozboru i funkčního vyšetření pohybových stereotypů.

Během terapeutické jednotky, která trvá od pěti do dvaceti minut, je klient terapeutem nepolohován na hřbet krokujícího koně. Klient zaujímá na koni polohu danou jeho klinickým obrazem. Na rozdíl od jezdeckví, klient na koně aktivně nepůsobí.

Frekvence terapeutické jednotky bývá jednou až třikrát týdně. Hipoterapie by měla trvat alespoň tři měsíce.

Podle druhu klientova postižení a jeho specifických požadavků mohou být při hipoterapii použity různé pomůcky jako madla, polštáře nebo kompenzační pomůcky. Běžně je klient na koni pouze na dečce, sedlo se nepoužívá, aby se dosáhlo co nejbližšího kontaktu s koněm.

Absolutní kontraindikace hipoterapie jsou následující: život ohrožující stavy, záněty v akutní fázi, horečnatá onemocnění, nedávná aplikace vakcinace, dekompenzovaná alergie, dekompenzovaná epilepsie, nezhojené dekubity,

zhoršení základní diagnózy během hipoterapie, klient je pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných a psychotropních látek, terminální stádia onemocnění, nepřekonatelný strach z koní a nesouhlas s léčbou.

Relativními kontraindikacemi je hydrocefalus (velikost hlavy znemožňuje použití ochranné jezdecké helmy), luxace a subluxace kyčelních kloubů v poloze samostatného sedu a PEG v poloze primárního vzpřímení.

Obecnými zásadami pro poskytování hipoterapie je dodržování Etického kodexu zdravotnického pracovníka, Etického kodexu pracovníka v hiporehabilitaci, Zákona na ochranu zvířat a Řádu ochrany zvířat při veřejném vystoupení koní při hiporehabilitačních činnostech organizovaných ČHS. Další povinností je vycházet z metodiky hipoterapie. Hipoterapeutický tým musí dodržovat obecně závazné normy v oblasti hygieny a bezpečnosti práce, protipožární opatření a dbát na veterinární předpisy.

Hipoterapii smí provozovat ambulantní nebo lůžková zdravotnická zařízení spolupracující se specialisty pro hipoterapii (ambulance, nemocnice, psychiatrické nemocnice, lázeňská zařízení, rehabilitační centra). Dalšími poskytovateli jsou spolky specializující se na hipoterapii nebo fyzické osoby specializující se na hipoterapii.

Členové hipoterapeutického týmu musí splňovat personální a kvalifikační požadavky dané ČHS. Členy týmu jsou lékař, terapeut, cvičitel koní pro hiporehabilitaci, vodič koně a asistent.

### **1.5.3 AKTIVITY S VYUŽITÍM KONÍ (AVK)**

Pro aktivity s využitím koní a psychoterapii pomocí koně se dříve používal souhrný název Léčebné pedagogicko - psychologické ježdění (LPPJ). Česká hiporehabilitační společnost v dnešní době LPPJ rozdělila na dvě samostatné složky hiporehabilitace.

Popis hiporehabilitačního oboru aktivity s využitím koní je zpracován na základě prostudování standardů kvality pro AVK vydaných Českou hiporehabilitační společností v roce 2011.

Cílem služby AVK je „působit v oblasti pedagogiky a sociálních služeb pomocí motivačního a sociálně aktivizačního působení zvířat na člověka“. Aktivity s využitím koní vedou k rozvoji sociálních schopností a dovedností, snižují riziko sociálního vyloučení, rozvíjí psychickou kondici, pozitivně ovlivňují chování, zlepšují zdraví a fyzickou kondici, usnadňují edukační procesy a jsou pozitivním a smysluplným trávením volného času.

Aktivity s využitím koní nenahrazují jiné odborné služby. Poskytovatel AVK může doporučit a předat kontakt na psychologa, sociálního pracovníka, specializovanou organizaci nebo úřad.

AVK jsou vhodné jak pro člověka se zdravotním znevýhodněním, tak pro osobu se specifickými potřebami. Nejčastěji klienti trpí specifickými poruchami učení, hyperaktivitou spojenou s poruchou pozornosti, poruchami chování, vadami řeči, mentální retardací, Downovým syndromem, smyslovými vadami nebo poruchami autistického spektra.

Všeobecnými kontraindikacemi pro tuto formu hiporehabilitace jsou akutní stádium nemoci, poruchy vědomí, těžká fáze demence, dekompenzovaná alergie a epilepsie, nezvládnutá fobie, agresivita vůči zvířatům a lidem nebo intoxikace alkoholem a drogami. Specifické kontraindikace mohou být neurologické (těžká forma záchvatovitých onemocnění), ortopedické (zvýšená lomivost kostí), interní (závažné kardiovaskulární choroby), gynekologické (těhotenství), chirurgické (pooperační stav), oftalmologické (riziko odchlípení sítnice) nebo dermatologické (kožní záněty).

AVK mohou probíhat formou individuální, skupinovou nebo týmovou. Při individuální a skupinové formě dosahuje uživatel svých individuálních cílů, zatímco při týmové AVK mají uživatelé stanovený společný cíl.

Pracovníky služby AVK jsou instruktor pro AVK, instruktor jezdeckví pro hiporehabilitaci a asistent při AVK.

#### **1.5.4 PSYCHOTERAPIE POMOCÍ KONĚ (PPK)**

Základní terapeutickou volbou u většiny duševních poruch je farmakoterapie, která zdravotní stav sice stabilizuje, ale pro navrácení zdraví je nutná i psychiatrická rehabilitace, která může mít formu psychoterapie pomocí koně.



Údaje o psychoterapii pomocí koně popisované níže vycházejí ze standardů kvality pro PPK vydaných v roce 2013 Českou hiporehabilitační společností a inspirací se staly i texty MUDr. Karola Hollého, slovenského psychiatra a hipologa.

Psychoterapie pomocí koně je součástí komplexních léčebných postupů. Léčba je založena na působení koně jako psychologického prostředku. Kůň svými specifickými vlastnostmi pozitivně ovlivňuje duševní stav pacienta. PPK působí v oblasti psychologie, psychiatrie a psychoterapie. Pozitivně je ovlivňován fyzický stav (zlepšení kondice), sociální status (zlepšování sociálních dovedností, členství ve skupině) i psychika pacienta (emoční zkušenost, relaxace).

PKK je vhodná zejména pro pacienty s organickými duševními poruchami včetně demencí, s duševními poruchami vyvolanými účinkem psychoaktivních látek, se schizofrenií a jinými psychotickými poruchami, s afektivními a neurotickými poruchami, s poruchami příjmu potravy, s poruchami osobnosti, se sexuálními dysfunkcemi, s mentální retardací nebo s poruchami chování a emocí u dětí.

Konkrétní psychoterapeutický přístup je zvolen s ohledem na individuální potřeby pacienta a jeho onemocnění. Vždy se zpracovává individuální plán, který obsahuje identifikační data pacienta, datum založení plánu, situační analýzu, léčebné cíle, formu terapie, jméno pracovníka, který plán sestavil, popis průběhu terapie, hodnocení výsledků pracovníkem PPK i pacientem samotným.

Forma PPK může být jak individuální, tak skupinová.

Hiporehabilitační tým pro PPK je složen minimálně z odborného garanta, vedoucího terapeuta a cvičitele koní pro hiporehabilitaci. Garant odpovídá za odbornou úroveň hiporehabilitačního týmu, aplikaci metodiky i provedení terapie. Vedoucí terapeut odpovídá za vytváření individuálních plánů pacientů, vedení dokumentace a hodnotí výsledky terapie.

Kontraindikace psychoterapie pomocí koně jsou různé. Pacient není do hiporehabilitačního programu zařazen, pokud trpí organickou poruchou vědomí, hlubokým stupněm demence nebo se nachází v akutním stádiu duševního onemocnění. PPK není vhodnou metodou, pokud pacientovy obtíže nejsou prostřednictvím PPK řešitelné. Dále nemůže PPK absolvovat pacient, který není schopen či ochoten plnit podmínky účasti v terapii.

Psychoterapie pomocí koně umožňuje pacientům s duševní poruchou prožít různorodé zážitky a osvojit si nové návyky, což obohacuje a uzdravuje psychiku nemocných. Většina duševních poruch zasahuje do volní složky psychiky a velmi ji oslabuje. Pacienti jsou bez motivace cokoli dělat. PPK je dokáže velmi dobře aktivizovat a motivovat. Jeden z účinků PPK je dodání sebedůvěry psychiatricky nemocným. Klik (1995) to popisuje takto: „Pacient, zejména opakovaně selhávající, častokrát trpí nedostatkem sebedůvěry. Pokud však zvládne základy pohybu na koni a začíná ho ovládat korektně udělovanými pomůckami, získává v sedle sebedůvěru. Vidí svět seshora. Ovládá ho. Je „v sedle“, je „na koni“. Zjistí, že když dokáže překonat sám sebe v jedné věci, dokáže to i v jiných“. Takové pacienty je potřeba povzbuzovat, přidělovat jim ochotně spolupracující koně a neklást na ně příliš veliké nároky. Jiní pacienti jsou naopak až nezdravě sebevědomí a chybí jim disciplína a schopnost poslouchat ostatní. Pro tuto skupinu pacientů je vhodné vybrat temperamentnějšího koně, který je dokáže umravnit. Lidé se sociální fobií, paranoidními sklony nebo poruchami autistického spektra navazují snáze vztah s koněm než s člověkem. Terapeut nejdříve sleduje vztah a společné zážitky pacienta a koně z povzdálí. Později pacient naváže vztah i s terapeutem. Pacient si často vůbec neuvědomuje, jak moc ho kůň – koterapeut ovlivňuje. To se stává výhodou u nespolupracujících pacientů, kteří nedůvěřují psychoterapeutům. V akutní fázi deprese i mánie je psychoterapie pomocí koně kontraindikována. Snaha rozptýlit depresivního pacienta hiporehabilitací by mohla vést k silnějším pocitům méněcennosti a rozhodnutí se pro sebevraždu. Zařazení manického pacienta bez sebekontroly do hiporehabilitace by mohlo způsobit nebezpečné situace při nerespektování bezpečnostních pravidel u koní. Po odeznění akutní fáze nemoci je PPK pro depresivní i manické pacienty vhodná. Pacient s depresí si uvědomí, že jeho obtíže jsou způsobené nemocí, ne vlastní neschopností. Manický pacient se prostřednictvím PPK stane k sobě více kritickým a zpomalí své tempo. Neurotickým pacientům trpícím úzkostí pomáhá vědomí nepředpojatosti a neutralnosti koně jako terapeuta. Kůň vnímá všechny pacienty stejně, nemá předsudky, a to pomáhá nemocným v boji s jejich komplexy a fobiemi. U pacientů s neurotickými poruchami se doporučuje skupinová forma terapie. Neurotici se naučí přijímat pomoc od druhých i pomáhat ostatním.

Náplní psychoterapie pomocí koně je nácvik chování (odstranění nežádoucího chování, kompenzace deficitů v chování, upevnění a tvorba žádoucích vzorců chování),

prožívání nových zážitků a pozitivních emocí, zvýšení sebedůvěry a sebeocení podporou silných stránek schopností, ukázat pacientovi, že je na duševní poruše relativně nezávislý, orientace psychoterapie zvolená podle subjektivních konfliktů pacienta, snaha podpořit autonomii pacienta v léčbě.

Equine Facilitated Mental Health Association (EFMHA) se zabývá podpůrnou léčbou koňmi u duševně nemocných. Tato sekce spadající pod North American Riding for the Handicapped Association (NARHA) upozorňuje na zvláštní schopnost koní rozeznat u lidí zatajované emoce. EFMHA se zabývá jak podporou zkoumání pocitů a chování u duševně nemocných za pomoci koní, tak klinickou interpretací výsledků.

## **1.6 OBECNÉ PODMÍNKY HIPOREHABILITACE V ČR**

Všechny podmínky provozování hiporehabilitační činnosti vychází z platné legislativy ČR a standardů České hiporehabilitační společnosti.

### **1.6.1 VZDĚLÁNÍ A ODBORNOST**

Požadavky na odbornou způsobilost v oboru hiporehabilitace jsou značné a v různých státech se velmi liší. Hipoterapii může provozovat osoba s absolvovaným bakalářským nebo magisterským vzděláním v nelékařském zdravotnickém oboru fyzioterapie, případně ergoterapie, a která prošla speciálním výcvikem. Podle standardu kvality pro hiporehabilitaci, který ČHS vydala v roce 2015, jsou požadavky na terapeuta tyto:

Vzdělání fyzioterapeut nebo ergoterapeut podle zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče

Absolvování specializačního kurzu „Příprava pro speciální činnost rehabilitačních pracovníků v metodice hiporehabilitace“ nebo „Hiporehabilitace“ pod Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických pracovníků nebo kurzu „Hipoterapie“ pod ČHS

Doporučené absolvování specializačního kurzu zaměřeného na vývojovou kineziologii a praxe v dětské rehabilitaci minimálně dva roky, pokud chce terapeut praktikovat hipoterapii u dětí mladších než tři roky

Hipoterapii vždy indikuje lékař, ne terapeut

Psychoterapii pomocí koní smí provádět osoba mající psychoterapeutické vzdělání a absolvovala vzdělávací kurz pod ČHS. Standard kvality pro Psychoterapii pomocí koně z roku 2013 vydaný ČHS vymezuje kvalifikační požadavky na odborného garanta a vedoucího terapeuta takto:

Odborným garantem se rozumí lékař, psycholog nebo jiný vysokoškolsky vzdělaný pracovník dle zákona č. 372/2011 Sb.

Odborný garant je absolventem nebo v přípravě akreditovaného psychoterapeutického výcviku

Odborný garant má osvědčení Ministerstva zdravotnictví České republiky o výkonu povolání bez odborného dohledu

Odborný garant může působit jako externí pracovník týmu

Vedoucí terapeut má minimálně středoškolské vzdělání v oboru Všeobecná sestra bez odborného dohledu nebo vyšší odborné vzdělání či vysokoškolské vzdělání ve zdravotnických nebo jiných oborech

Vedoucí terapeut je absolventem kurzu „Léčebné pedagogicko - psychologické ježdění“ pod Masarykovou univerzitou v Brně nebo odborného kurzu „Psychoterapie pomocí koní“ pořádaného ČHS

Aktivity s využitím koní jsou různorodé. Proto je mohou vykonávat osoby s několika možnými kvalifikacemi. Standard kvality pro Aktivity s využitím koní vydaný v roce 2011 udává tyto požadavky na instruktora pro AVK:

- VŠ, VOŠ, SŠ vzdělání v oborech psychologie, sociální práce, pedagogika, pedagogické minimum,
- absolvování kurzu „Instruktor pro AVK“ pod ČHS nebo kurzu „Léčebné pedagogické a psychologické ježdění na koni“ na Masarykově univerzitě v Brně,
- minimální věk 18 let.

## 1.6.2 PRÁVNÍ DOKUMENTY A ETICKÉ KODEXY

Hiporehabilitace by měla probíhat v prostředí, kde všichni členové týmu ctí diskrétnost, nestrannost, nezávislost a individuální přístup k pacientovi.

Poskytovatelé hiporehabilitace se řídí Etickým kodexem zdravotnického pracovníka, Etickým kodexem pracovníka v hiporehabilitaci a etickým kodexem Práva pacientů.

Základní právní dokumenty, které nesmí být hiporehabilitační činností porušeny, se týkají jednak oblasti práv osob, jednak oblasti práv pacientů a poskytování zdravotní péče.

Dokumenty o osobních právech člověka jsou následující: Evropská úmluva o lidských právech, Listina základních práv a svobod, Občanský zákoník a Evropská sociální charta.

Mezi dokumenty týkající se medicíny patří: *Úmluva o lidských právech a biomedicině*, *zákon č. 372/2011 Sb.*, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, *zákon č. 258/2000 Sb.*, o ochraně veřejného zdraví, *zákon č. 95/2004 Sb.*, o způsobilosti k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a *zákon č. 96/2004 Sb.*, o způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických profesí a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

Práva nezletilých pacientů jsou dodržována na základě *Úmluvy o právech dítěte* a *Chartě práv hospitalizovaných dětí*.

Ochrana koní je zakotvena *Zákonem na ochranu zvířat proti týrání*, *Řádem ochrany zvířat při veřejném vystoupení koní*, veterinárním zákonem, plemenářským zákonem, zákonem o zemědělství a zákonem o krmivech

Obecně jsou provozovatelé hiporehabilitace povinni vycházet ze *Základních metodických pokynů* pro hipoterapii, psychoterapii pomocí koně a pro aktivity s využitím koní, vydaných Českou hiporehabilitační společností.

Provozovatelé hiporehabilitace dodržují schválené organizační a provozní řády.

### **1.6.3 MODELY ORGANIZACÍ**

Jiskrová (2012) popisuje modely organizací zabývajících se hiporehabilitací z různých hledisek. Hiporehabilitační činnosti provozují samostatná pracoviště v rámci nemocnic nebo ústavů sociální péče, nestátní neziskové organizace, případně soukromá osoba s vlastním koněm.

Pracoviště může být úzce specializované pouze pro osoby se specifickými potřebami a veřejnost do něj nemá přístup, nebo se na jednom pracovišti mohou setkávat zdraví lidé s hendikepovanými. Výhodou integračního modelu pracoviště je začleňování nemocných mezi zdravou populaci, zvýšení informovanosti o různých onemocněních a specifických potřebách hendikepovaných mezi laickou veřejností, v neposlední řadě i zmírnění stigmatizace pacientů s tělesným nebo duševním hendikepem.

Mezi zdravotnická zařízení zabývající se hiporehabilitací patří Psychiatrická nemocnice Bohnice, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod nebo Psychiatrická nemocnice Jihlava.

Ústavem sociální péče s provozem hiporehabilitace je například Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůh.

Nestátní neziskové organizace provozující hiporehabilitaci jsou občanská sdružení nebo jezdecké oddíly. Občanským sdružením je například Klub Kvítek v Ondřejově, Svítání z. s. v Jablonci nad Nisou, Epona z. s. v Brně, STÁJ ROZÁRKA, o. s. u Kutné Hory nebo Hipocentrum PÁ-JA u Karlových Varů. Mezi jezdecké oddíly s hiporehabilitační činností patří například TJ Orion Praha.

### **1.6.4 BEZPEČNOST PRÁCE**

Prostory, kde probíhá hiporehabilitace, musí být bezpečným místem splňujícím bezpečnostní, protipožární, veterinární a hygienické předpisy. Technický stav vybavení musí být v pořádku.

Pracovníci hiporehabilitace znají provozně – bezpečnostní řád a postupy při řešení nouzových a havarijních situací.

K hiporehabilitačním činnostem, zvláště pro hipoterapii, je nutná nasedací rampa, která odpovídá normám.

Klient sedící na koni musí mít bezpečnostní jezdeckou helmu opatřenou certifikátem evropské normy 1384. Pokud zdravotní stav nebo specifické polohování neumožňují helmu použít, je nutné podepsat čestné prohlášení o jejím nepoužití.

Po celou dobu hiporehabilitace musí být v dosahu lékárna vybavená dle předpisů, záznamová kniha úrazů. Personál musí být znalý postupů při první pomoci.

#### **1.6.5 DOKUMENTACE**

Obsahem dokumentace o pacientovi jsou identifikační a kontaktní údaje, informovaný souhlas (znalost provozního a bezpečnostního řádu, zpracování osobních údajů, informace o ceně hiporehabilitace), dohoda o poskytování služby hiporehabilitace, lékařské doporučení, vyplněný dotazník o zdravotní způsobilosti a individuální písemný plán hiporehabilitace.

Poskytovatelé hiporehabilitace jsou povinni vést o pacientech dokumentaci, umožnit pacientům do dokumentace nahlédnout a zajistit ochranu osobních údajů podle zákona č. 110/2000 Sb.

#### **1.6.6 VŠEOBECNÉ KONTRAINDIKACE**

Vhodnost hiporehabilitace jako podpůrné léčby je vždy posuzována s ohledem na konkrétní diagnózu a její specifika i momentální zdravotní a psychický stav pacienta. K všeobecným kontraindikacím všech hiporehabilitačních činností patří akutní stádium nebo dekompenzace onemocnění, intoxikace pacienta psychoaktivní látkou, dekompenzovaná alergie, neplatné očkování proti tetanu i pacientův nepřekonatelný strach z koní.

## 2 KŮŇ JAKO KOTERAPEUT

Využití koně jako prostředku podpůrné léčby vedoucí ke zkvalitnění života pacientů je různé. Hempfling (2007) poukazuje na schopnost koně stát se živým zrcadlem, neboť okamžitě reaguje na osobnostní rysy a aktuální emoce člověka. Kůň je velmi empatické zvíře, které dokáže rozpoznat i malé rozdíly v temperamentu, motivaci a sebekojení pacientů.

### 2.1 ZOOLOGICKÉ TRÍDĚNÍ EQUIDŮ

Vývojová řada koní neboli equidů začala už ve třetihorách, tedy zhruba před 60 milióny let. Předek dnešního koně byl všežravcem, velikostí se podobal lišce, žil v bažinatých pralesích a na končetinách měl pět prstů (Navrátil, 2007).

Kůň patří spolu se zebrami, pravými osly a poloosly do řádu lichokopytníků a čeledi koňovití. Trídění koní podle jejich fylogenetického původu není jednoznačné. Čeští hipologové se řídí příslušností k domestikovaným divokým druhům koní. Toto rozdělení poprvé použili zoologové Antonius a Hilzheimer, rozpracoval ho český hipolog František Bílek. Koně se tak dělí na mongolský (stepní), východní (orientální), západní (okcidentální) a severní (nordický) typ. Dnešní plemena, kterých je odhadem přes 400, vznikla z kertaka neboli koně Przewalského, tarpana, diluviálního západního koně a malého koně severního.

Koně se dají třídit i podle převládajícího užitkového typu například na typ dostihový, jezdecký, kočárový, tažný a soumarský.

Hlediskem trídění je i stupeň prošlechtění. Plemena mohou být primitivní, zušlechtěná nebo kulturní.

### 2.2 DOMESTIKACE

„Domestikace je proces osvojování si zvířat člověkem, tj. přeměna divokého zvířete ve zvíře domácí“ (Majzlík, 2012). Zdomácnění koně bylo jedním z nejrevolučnějších činů člověka. „Domestikace se uskutečnila cca v 5. – 4. Tisíciletí př. n. l. u kočovných pasteveckých kmenů na území dnešní Ukrajiny, ve stepích kolem Černého a kaspického moře a ve Střední Asii“ (Navrátil, 2007). Přestože



evoluce koní probíhala převážně v Severní Americe, koně byli domestikováni v Eurasii (Jebavý a kol., 2012).

## 2.3 VLASTNOSTI KONÍ

Užitkovost neboli výkonnost koně je dána jeho tělesnou stavbou, konstitucí, temperamentem, charakterem a faktory jako jsou stupeň výcviku, kvalita výživy nebo podmínky ustájení.

Pro využití koně v hiporehabilitaci je důležitá velikost koně, neboť při hiporehabilitační činnosti terapeut klienta často jistí ze země a na koně s velkou kohoutkovou výškou by nedosáhl.

Důležitý je i tělesný rámec koně. Kůň s delší zádí poskytne klientovi více prostoru k tomu, aby se pohodlně na hřbet položil.

Zásadní je mohutnost koně daná nejenom hmotností, ale i silou kostry a kondičním stavem. Pro dospělé mužské klienty nebo pro klienty s nadváhou jsou vhodná chladnokrevná plemena koní, kterým nebude vyšší hmotnost klientů způsobovat zdravotní obtíže.

Zdraví a odolnost je dána konstitucí. Hiporehabilitační kůň by měl mít tvrdou konstituci, být zdravý a silný. Zdravotní stav souvisí s kondicí. Kůň uplatňující se v hiporehabilitaci musí být v dobrém výživovém stavu, tedy ani hladový ani přetučněný. V neposlední řadě nesmí být kůň přetěžován a hiporehabilitační činností vyčerpaný.

Z hlediska využití koně v hiporehabilitaci je důležitá mechanika pohybu konkrétního zvířete. Kůň se při hiporehabilitaci pohybuje nejčastěji v kroku. Tento základní chod je nejpomalejší a pro koně nejméně namáhavý, tělo je vždy podpíráno nejméně dvěma končetinami a jsou slyšet čtyři údery kopyt. Jiskrová (2012, str. 62) vysvětluje pozitivní vliv jízdy na koni na pohybový aparát klienta takto:

„Kůň nabízí tzv. zkřížený lokomoční vzor, který je typický i pro člověka. U kráčejičího člověka se projevuje v souhybech horních končetin s pohybem končetin dolních. U člověka dochází ke kontraktaci v oblasti trupu a ruce se pohybují s fázovým posunem za dolními končetinami...U koní je tento pohybový vzor spojen s dynamickou a pružnou páteří, která umožňuje plynulé rozvlnění plochy hřbetu v jednotném nepřerušovaném

pohybu vycházejícím v kroku koně z jeho zádě a při kvalitně prováděné terapii navozuje významné pozitivní účinky na zdraví člověka, a to od úrovně centrální (řízení postury a motoriky) po úroveň periferní (nervosvalovou)“.

Vybírání jsou koně s pravidelným chodem (rytmické a stejnosměrné střídání končetin), čistotou pohybu (zachování nohsledu), průměrnou až pomalou kadencí (pokud se kůň pohybuje příliš rychle, klient se nebude cítit komfortně) a ne příliš vysokou nebo plochou akcí končetin (způsob a výška zvedání končetin také ovlivňuje komfort klienta). Kmih a ruch nejsou z hlediska hiporehabilitace tak zásadní.

Temperament je převážně záležitostí nervové soustavy koně, její vzrušivosti a proměnlivosti. Pavlovova typologie lidského temperamentu rozlišující cholericický, sangvinický, flegmatický a melancholický typ člověka se u koní nepoužívá. Hipologická odborná veřejnost dělí temperament na předrážděný, živý, klidný a flegmatický. Hiporehabilitační kůň nemůže být příliš nervózní ani apatický. Oba tyto extrémy vylučují, že by kůň mohl být kvalifikovaným koterapeutem. Vzrušivý nervózní kůň bude přehnaně reagovat například na nepředvídatelné rychlé pohyby a hlučné výkřiky mentálně retardovaných klientů. Netečný apatický kůň zase nebude dostatečně reagovat na klientovy požadavky, aby například kůň ustoupil stranou nebo se rozešel.

Snad nejdůležitější vlastností hiporehabilitačního koně je charakter, tedy jeho povaha. Navrátil (2007, str. 45) charakter hodnotí jako: „stupeň ochoty a spolehlivosti koně podvolit se vůli člověka“. Povaha koně nesmí být záludná a nespolehlivá. To platí jak při manipulaci s koněm ze země, tak pokud má kůň jezdce na hřbetě. Do hiporehabilitace jsou zařazováni koně přátelští nebo alespoň k lidem neutrální. Vadou charakteru, která koni znemožňuje působit v hiporehabilitaci, je kopavost a kousavost vůči lidem, nezvykle časté plašení se, vzpínání se na zadní končetiny s jezdcem na hřbetě a jiné.

## **2.4 ETOLOGIE KONÍ**

„Etologie je nauka o projevu zvířat, tedy určitá forma biologie chování“ (Dušek, 2011). Při popisu chování koní bylo čerpáno z různých zdrojů, zejména z knih Chov koní (Dušek, 2011), Základy chovu koní (Navrátil, 2007) a Etika chovu a etologie zvířat (Jebavý, 2012).

Kůň se chová charakteristicky pro svůj živočišný druh. Značné rozdíly jsou však v individuálních projevech. Přirozené chování nelze zkoumat na volně žijících divokých koních, neboť ti jsou již vyhubeni. Etologové proto studují typické behaviorální projevy na zdivočelých koních domácích, kteří do volné přírody uprchli nebo byli cíleně vypuštěni.

Koně žijí v harémových skupinách s velmi přísnou hierarchií. Ve stádě bývá jeden dospělý hřebec, nebo je hřebců více, ale pouze jeden dominuje ostatním. Hlavní hřebec je otcem hříbat, brání ostatní koně před predátory a jinými hřebci a udržuje stádo pohromadě. Dále je ve skupině až dvacet dospělých klisen s hříbaty. Vůdčí zkušená klisna vodí zbytek stáda ke zdrojům vody a pastvy nebo do bezpečí. Hříbata z harému odchází v necelých třech letech, klisničky se přidávají k jinému harému a hřebečci k mládenecké tlupě nebo žijí osaměle.

Sociální hierarchie je založená na vztazích dominance a submitivity mezi jednotlivými koňmi. Vyjasnění rolí se děje nekontaktními hrozbami nebo mírnými půtkami. K vážným soubojům dochází pouze mezi dvěma hřebci bojujícími o harém. Vztahy mezi koňmi se utužují groomingem neboli společným ošetřováním srsti.

Koně spolu komunikují zejména neverbálními projevy, jakými jsou držení těla, postavení uší, pohled, mimika tváře zejména pysků a pohyb ocasu. Oči koně jsou uloženy po straně hlavy, každé oko tedy může vnímat vjem samostatně a zorné pole je velmi široké. Jelikož jsou koňské oči astigmatické, vidí kůň ostře i velmi malé předměty. Z důvodu neplastického vidění nemohou koně přesně odhadnout vzdálenost. V noci vidí koně lépe než lidé a sluneční světlo koně neoslepuje. Koně umí rozeznat barvy. Koně nemohou vidět dozadu, proto je při hiporehabilitaci nutné upozornit klienty, aby ke koni přistupovali zepředu nebo koně alespoň oslovili.

Komunikace probíhá také prostřednictvím očichávání. Koně identifikují člověka zejména podle pachu.

Pro dorozumívání jsou důležité i hlasové projevy. Rozdílné zvuky koně vydávají při pocíťování úzkosti, při bolesti nebo v nebezpečí. Pohyblivost ušních boltců a trychtýřovitá stavba uší umožňují koni dobře slyšet. Kůň rozliší zvuky chůze různých lidí i zvuky pro lidské ucho neslyšitelné.

Důležitým dorozumívacím prostředkem koní je i hmat. Koně jsou k dotyku velmi vnímaví, neboť jejich kůže je bohatá na různé receptory.

Koně se většinu dne a noci pasou. Často odpočívají v poledne a po půlnoci. Spánek je přerušovaný a celkově trvá asi šest hodin. Fáze REM spánku probíhá vleže, koně však díky závěsnému aparátu, tedy neunavitelnému šlašitému ústrojí končetin, mohou spát i vstoje.

Pro bezpečné provozování hiporehabilitační činnosti je nezbytné znát obvyklé reakce koní na různé podněty. Vrozené způsoby jednání se nazývají instinkty. Někteří autoři používají termín „pud“.

Dušek je charakterizuje takto: „Instinkty jsou složité vrozené reakce organismu vyvolané řetězcem nepodmíněných reflexů“ (2011, str. 219). Znalost instinktů je nezbytná pro pochopení psychiky koní. Neznalost reakcí koní v různých situacích může vést k nebezpečným úrazům lidí i zvířat. Důležité adaptivní změny chování jsou stádový, obranný a potravní instinkt. Zásadní emocí koní je strach vedoucí k útěku nebo boji. „Kůň je zvíře s obrannými vlastnostmi se zостřeným instinktem a strachem před neznámem, před cizími dosud nepoznanými podněty. Svou existenci udržoval útekem a bojem“ (Dušek, 2011, str. 229).

## **2.5 SYMBOLIKA KONĚ**

Kůň má pro člověka symbolický význam. Zosobňuje sílu, rychlost a krásu. Jako součást našeho kulturního dědictví se objevuje v mýtech, kultech i příslovích. Jolande Jacobi, přední žákyně C. G. Junga, zabývající se interpretací Jungových poznatků o struktuře psychiky a zákonitostech jejího fungování, popisuje koně jako praobraz či archetyp ženy a všeho, co je nevědomé (Jacobi, 2013).

Koně se často objevují v mytologii. Vůz řeckého boha slunce Apollóna táhnou čtyři ohniví koně, bohyně úrody Démétér je zobrazována s hlavou černé klisny, oblíbený je nesmrtelný okřídlený kůň Pegasos. V severském bájesloví vlastní otec bohů Odin bílého devítinohého koně. (Hollý, Hornáček, 2005).

„Pohádky jsou nejčistším a nejjednodušším výrazem kolektivně nevědomých psychických procesů“ (Franz, 2015, str. 15). Koně jsou v pohádkách často zobrazováni jako proroci. V hiporehabilitaci plní koně jasnozřivou funkci také. Jsou to velmi

empatická zvířata reagující na sebemenší podněty okolních osob. Terapeut mnohdy nedokáže přesně odhadnout, co pacienta trápí. Kůň dokáže na skutečný důvod obtíží upozornit.

## 2.6 KŮŇ PRO HIPOREHABILITAČNÍ ÚČELY

Hiporehabilitační kůň musí mít jisté kvality, projít výcvikem a složit zkoušku. Ne každý kůň takové požadavky splňuje. Standardy České hiporehabilitační společnosti říkají, že „Hiporehabilitační kůň je speciálně vybraný kůň nebo pony vycvičený pro hiporehabilitační účely a má složenou specializační zkoušku.“

Hiporehabilitační kůň musí mít určité specifické individuální vlastnosti, neexistuje však plemeno speciálně šlechtěné pro účely hiporehabilitace. Jde o mnohostranně užitkový typ koně. Některé státy definovaly hiporehabilitačního koně i plemennou příslušností. Například švýcarská odborná veřejnost doporučuje islandského ponyho. Česká hiporehabilitační společnost konkrétní plemeno nevyzdvihuje. V České republice je nejčastějším plemenem využívaným k hiporehabilitaci český teplokrevník (ČT). Ústřední evidence koní zaznamenává zastoupení jednotlivých plemen z celkového počtu koní v zemi a ČT je na prvním místě. Představuje téměř třetinu koní chovaných v ČR. Koncepti rozvoje chovu má na starosti Svaz chovatelů českého teplokrevníka (SCHČT) Plemeno český teplokrevník je značně různorodé jednak svým tělesným rámcem, jednak mechanikou pohybu, protože se přizpůsobovalo požadavkům doby. Jiné požadavky měla armáda, jiné sportovní oddíly nebo zemědělci. Díky této různorodosti lze mezi českými teplokrevníky nalézt koně vhodné pro různé skupiny pacientů.

Pro hiporehabilitaci dospělých jsou vhodné koně chladnokrevného typu, tedy koně tažní. V ČR jsou nejčastějšími chladnokrevnými plemeny českomoravský belgický kůň, norik a slezský norik. Chladnokrevníci zvládají monotónní hiporehabilitační činnost lépe než teplokrevní koně. Navíc se jedná o mohutné koně, kteří jsou schopni nést velkou zátěž. Jsou to spolehliví koně s dobrým pracovním charakterem. Jejich velikost však klade zvýšené nároky na krmení a ustájení.

V počátcích rozvoje hiporehabilitace se v ČR hojně využíval hucul. Toto plemeno je velmi rozšířené v Rumunsku, Polsku, Slovensku a na Ukrajině. Sambras (2001) huculského koně popisuje takto: „méně ušlechtilý, méně harmonický kůň malého krátce obdélníkového rámce, s menší, rovnou, případně štičí hlavou,

krátkým, silnějším, vysoko nasazeným krkem, málo výrazným až nezatelným kohoutkem, středně dlouhou, dobře vázanou horní linií, silně skloněnou, kratší, oblou zádí, delší, strmější svalnatou plecí, hlubokou, širokou, kratší hrudí, hlubokým, klenutým, trupem, silnějším, suchým, kostnatým fundamentem s prostornými, velmi tvrdými kopyty, postojem vpředu korektním, vzadu často šavlovitým, barva hnědák, plavák s častým úhořím pruhem a kroužkováním“. Jedná se o houževnaté plemeno, nenáročné na krmení a ustájení. Hucul je všestranně použitelný inteligentní kůň. V dnešní době se hucul v hiporehabilitaci, respektive hipoterapii, využívá méně. Jiskrová (2012, str. 35) to vysvětluje takto: „...s rozvojem studia pohybu koně a jeho vlivu na klienta při hipoterapii se prokázalo, že krátké, málo prostorné chody hucula spolu s minimálními impulzy vycházejícími ze hřbetu tohoto dlouhodobě šlechtěného soumara jsou pro jeho využití v terapii zcela limitující“.

Koně je vhodné zařadit do hiporehabilitačního provozu až po dokončení růstu a vývinu, ideálně kolem šesti let, kdy už je fyzicky i psychicky vyzrálý. Specializační hiporehabilitační zkoušku mohou koně skládat od pěti let. Do té doby by měli být zvyklí respektovat člověka ze země, absolvovat základní výcvik pod sedlem, nacvičovat specifické dovednosti jako klidnou reakci na poletující míč nebo invalidní vozík.

Pohlaví koně není pro hiporehabilitaci zásadní. Z bezpečnostních důvodů se nevyužívají hřebci, u kterých je charakter silně ovlivněn pohlavním pudem. Dále je třeba mít na paměti, že chování některých klisen se v období říje může až překvapivě změnit. Klisna mírného charakteru a spolehlivá při práci s klienty může během říje nespolupracovat nebo se agresivně projevat.

Požadavky na koně pro hiporehabilitační účely jsou následující:

- mechanika pohybu koně odpovídá specifickým potřebám klienta (důležitá zejména při hipoterapii, kdy kulhající kůň evokuje u pacienta jeho vlastní patologickou hybnost),
- kohoutková výška koně neznemožňuje terapeutovi jistit klienta ze země,
- pro PPK a AVK kladen důraz na temperament koně tak, aby vhodně spolupracoval s osobností klienta,

- dobrý charakter koně bez známek agresivity vůči lidem,
- kůň toleruje doteky rukou i předměty z různých materiálů po celém těle,
- koni nevadí manipulace z levé ani pravé strany,
- lehká ovladatelnost koně ze země i ze sedla,
- koni nedělá problém přijít k rampě, stát u ní klidně a trpělivě dlouhou dobu,
- spolehlivost koně i při nečekaných stresových situacích (prudké pohyby nebo hlasité výkřiky klientů, neobvyklé předměty jako kompenzační pomůcky, létající předměty),
- psychická odolnost koně při střídání klientů,
- výborný zdravotní i psychický stav koně.

## **2.7 ZÁSADY WELFARE A ETIKA V CHOVU KONÍ**

„Velikost národa a jeho morální úroveň je možno posoudit podle toho, jak zachází se zvířaty“ (Mahátmá Gándhí).

Pokud kůň nemá optimální podmínky k životu, jeho organismus je zatěžován stresem, což může vést až k úhynu zvířete. Stresorem může být například transport, hluk, oddělení od stáda nebo agresivita chovatele. Koně, kteří stojí dennodenně mnoho hodin ve stáji, trpí nedostatkem volného pohybu a strádají nudou. Tento stres vede u koní jak k tělesným, tak psychickým problémům.

Zoocentrické pojetí vztahu člověka ke zvířatům zdůrazňuje vnitřní hodnotu zvířat. Koně by neměli být využíváni pouze jako prostředek k naplnění lidských cílů. Ochrana zvířat je morálním závazkem lidí (Jebavý a kol., 2012).

Právní předpisy ČR se týkají jak přímé ochrany zvířat proti týrání, tak nepřímé ochrany zvířat zahrnující například veterinární péči, zájmové chovy zvířat nebo obchod se zvířaty. V rámci přímé ochrany zvířat se v ČR musí dodržovat i nařízení EU.

Zákon na ochranu zvířat proti týrání říká: „Účelem zákona je chránit zvířata, jež jsou živými tvory schopnými pociťovat bolest a utrpení, před týráním, poškozováním jejich zdraví a jejich usmrcením bez důvodu, pokud byly způsobeny, byť i z nedbalosti, člověkem“.

Orgány ochrany zvířat jsou například ministerstvo, orgány veterinární správy nebo obecní úřady obcí s rozšířenou působností.

Hiporehabilitace pomáhá klientům zkvalitňovat život znehodnocený tělesnými a duševními hendikepy. Nemělo by se při ní zapomínat na životní pohodu koní neboli welfare. Webster zavedl v roce 1999 posouzení pohody zvířat pomocí pěti svobod jakými je svoboda od žízně a hladu, svoboda od nepohodlí, svoboda od bolesti, zranění a nemoci, svoboda uskutečnit normální chování a svoboda od strachu a úzkosti. Dlouhodobé nedodržování těchto zvířecích práv vede u koní k agresivitě, přehnané submisivitě a rezignaci, ke stereotypním zlovykům i k sebepoškozování.

Pro uspokojení tělesných a psychických potřeb koní v hiporehabilitaci je nezbytné vhodné ustájení, nezávadná voda a kvalitní krmení, možnost pastvy nebo alespoň výběhů, korektura kopyt a zajištění veterinární péče, čas na odpočinek a příležitost komunikovat s jinými koňmi.



### **3 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH DUŠEVNÍCH PORUCH A SPECIFICKÝCH POTŘEB PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ**

Pojem duševní zdraví nelze definovat pomocí kritérií normálnosti. Nelze ho chápat ani v redukované formě, že zdraví je tam, kde chybí nemoc.

V roce 1948, kdy byla v rámci Organizace spojených národů (OSN) založena Světová zdravotnická organizace (World Health Organization - WHO), vznikla i definice zdraví podporující současné holistické pojetí člověka. Termín holismus zavedl do psychologie J. H. Smuts roku 1926 pro zdůraznění celistvosti lidského organismu, který nemůže být pochopen pouhou analýzou jednotlivých částí. Podle WHO je zdraví stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost choroby či poruchy nebo tělesné vady.

#### **3.1 NEUROTICKÉ PORUCHY – FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY – SOCIÁLNÍ FÓBIE**

Pod neurotické poruchy spadají různorodá onemocnění projevující se změnami prožívání, uvažování i chování. Dominantním rysem bývá přítomnost úzkosti, obsedantních myšlenek nebo kompulzivního jednání. Méně časté bývají disociativní nebo somatoformní poruchy.

##### **3.1.1 ZÁKLADNÍ RYSY FOBICKÉHO SYNDROMU**

Fobické poruchy se projevují změnou v obsahu emocí. Zásadní je přítomnost neustálého pocitu bezdůvodného strachu. Úzkost je vyvolána různými příčinami, ať už jsou to určité situace, předměty, zvířata nebo osoby. Na rozdíl od anxiозity mají fobie konkrétní obsah.

Pocit'ovat strach nebo obavu z něčeho je pro člověka přirozené. Pokud však pocit strachu neplní preventivní funkci a začne být nutkavý, stává se chorobnou záležitostí. Postižený si uvědomuje bezdůvodnost úzkosti i to, že se mu strach vnucuje proti jeho vůli. Člověk trpící fobií je schopný zaujmout ke svému strachu kritický postoj, ale není schopný úzkost potlačit. Postižení si tedy uvědomují, že

jsou jejich obavy přílišné a neodůvodněné, ale to jim v překonání strachu nepomáhá. Sociální fobie způsobuje obtíže jak v oblasti emotivity, tak na poli myšlení a jednání.

Strach je způsoben obavou z pohledů a hodnocení vlastní osoby jinými lidmi (Liebowitz et al., 1985; Lucock, Salkovskis, 1988). Pro diagnostiku je důležitá přítomnost fobií, které mohou mít nejrůznější formu. Častý je strach z velkého shluku lidí, tzv. agorafobie, nebo ze zkoumavých pohledů a pomluv lidí, tzv. sociální fobie.

Farmakoterapie zahrnuje antidepresiva a anxiolytika. Nejvíce využívanou formou psychoterapie je kognitivně – behaviorální terapie.

V anglicky mluvícím prostředí se pro sociální fobii používá zkratka SAD (social anxiety disorder). Jedná se o časté duševní onemocnění charakterizované strachem ze sociálních situací a společenského styku s jinými lidmi.

National Collaborating Centre for Mental Health (2013) udává, že typickými ohrožujícími sociálními situacemi jsou interakce s jinými lidmi, pozorování jinými lidmi a podání výkonu před lidmi.

Lidé se sociální fobií prožívají nepříjemné pocity jednak v extrémní míře, jednak se u nich vyskytuje anticipační úzkost. Proto se snaží obávaným situacím vyhnout. (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013).

Příznaky sociální fobie se mohou projevovat v konkrétních situacích, nebo ve všech společenských situacích (Praško et al., 2012). Člověk se sociální fobií se bojí zesměšnění. Věří, že ho okolí bude negativně hodnotit. Proto má problém oslovit neznámého člověka, vystupovat před lidmi, telefonovat na veřejnosti, jít ve společnosti, být zkoušen ve škole, používat prostředky hromadné dopravy a účastnit se nejrůznějších společenských aktivit. Nemocný má strach z pohledů lidí, strach ze situací, kde se mohou projevit jeho rozpaky a ponižení, strach z negativního hodnocení okolím, strach být středem pozornosti, strach z projevů onemocnění, strach projevít přání a bojovat za svá práva, strach říci někomu ne a strach z prozrazení onemocnění. Nemocní se vyhýbají situacím, ve kterých pociťují úzkost, neboť ta u nich vyvolává silný stres a vegetativních příznaky jako červenání, pocení nebo třes.

Nemocní bývají zcela vyřazeni z fungování v běžném životě, pokud nejsou včas a přiměřeně léčeni. Obava ze selhání je tak silná, že znemožňuje běžný život. Strach ze strachu je obrovský. Člověk se sociální fobií je velmi znevýhodněn. Kvalita jeho života je silně snížena, neboť je omezena jeho schopnost vzdělávat se, budovat profesní kariéru, sportovat nebo navázat partnerský vztah. Jedná se o chronické onemocnění, které může vést až k sebevražednému jednání.

### 3.1.2 HISTORIE DIAGNÓZY

Už Hippokrates popsal ustrašeného člověka, který „ skrze ostych, nedůvěru a bázlivost nebude viděn okolím, kdo miluje tmu jako svůj život a nemůže vydržet světlo nebo sedět na místech půvabných, s čepicí stále na očích, přes kterou ani on sám neuvidí a nebude viděna ani jeho dobrá vůle. Neodvází se přijít do společnosti ze strachu, že by mohl být zneužit, zkompromitován, jakkoli zostuzen, nebo že by mohl přestřelit ve svých gestech nebo vlastním projevu, být nemocen a necítit se v ní dobře. Je to člověk, který si myslí, že ho každý pozoruje“ (Burton, 1881).

Haustgen poprvé použil termín phobie des situations sociales (sociální fobie) v roce 1903 ve svém pojednání À propos du centenaire de la psychasthénie.

Začátkem 20. století se neurózami zabýval Freud ve svých psychoanalytických spisech.

Marks a Gelder rozdělili v roce 1966 fobické úzkostné poruchy na tři kategorie – agorafobie, specifické fobie, sociální fobie. Sociální fobii charakterizovali jako strach z hodnocení vlastní osoby jinými lidmi. Tento strach vede k nepříjemným pocitům, utrpení a vyhýbání se sociálním interakcím (Marks, Gelder, 1966).

V roce 1992 byla diagnóza sociální fobie zařazena do mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace MKN-10.

Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) vydávaný Americkou psychiatrickou společností (APA) je mezinárodně používanou příručkou. V roce 2013 DSM doporučil změnu názvu onemocnění ze sociální fobie na sociálně – úzkostná

poruchu. Tato diagnóza má zdůraznit všudypřítomnost postižení a lépe odlišit sociální fobii od specifických fobických poruch.

### 3.1.3 INCIDENCE A PREVALENCE

Sociální fobie je druhá nejčastější fobie po specifických fobických poruchách. Symptomy typické pro tuto duševní poruchu se vyskytují ve všech kulturách s podobnou prevalencí. Studie Národního průzkumu komorbidit (National Comorbidity Survey Replication Study, NCS) ukázala, že sociální fobie je čtvrtou nejčastější psychickou poruchou vůbec. Častější jsou depresivní porucha, abúzus alkoholu a specifické fobie (Narrow et al., 2002).

Sociální fobie se vyskytuje stejně často u mužů jako u žen. Tím se liší od depresivní či panické poruchy (Kessler et al., 1994).

Projevy nemoci se obvykle objeví v časně adolescenci, neboť v pubertě jsou nároky na sociální adaptaci zvláště výrazné. Průměrný věk začátku onemocnění je 12 let (Schneier et al., 1992). Lidé se sociální fobií se ovšem dostavují k léčbě až mnohem později. V průměru je to kolem 35. roku (Turner et al., 1991). Často vyhledají léčbu až poté, co se u nich rozvine další duševní porucha (Schneier et al., 1992). Symptomy postupně nabývají na intenzitě, ve vyšším věku se oslabují.

Prevalence sociální fobie je vysoká, přesto jde o poměrně málo diagnostikované onemocnění a to z několika důvodů. Nemocní se za své trápení stydí a to jim brání svěřit se (Kessler et al., 2005). Postižení se bojí rozhovoru s autoritami a lékař pro ně autoritu zosobňuje. Lidé trpící sociální fobií si často myslí, že neustálý pocit úzkosti je jejich povahový rys a nedá se s ním nijak bojovat. Často se nemocní obávají nálepky blázna. Bohužel jedním z důvodů nevyhledání léčby je i předchozí negativní zkušenost se zdravotníky, kteří pacientův strach bagatelizovali.

I přes odvalu člověka se sociální fobií vyhledat odbornou pomoc není ještě zaručeno, že bude pacient správně diagnostikován. Důvody nerozpoznání sociální fobie jsou podle Praška a Holubové (2017) následující: pacient záměrně maskuje příznaky sociální fobie, zdravotníci nemají dostatek informací o povaze onemocnění, zdravotníci mají malou zkušenost s diagnózou sociální fobií, častá komorbidita překrývající primární poruchu.

### **3.1.4 DIAGNOSTIKA**

Nemocný člověk trpí sociální úzkostí, která ho omezuje v pracovním světě a při studiu, narušuje volnočasové aktivity a v podstatě znemožňuje hodnotný partnerský vztah. Strachy ze sociálních situací prožívají i zdraví lidé. Přestože je sociální fobie častá duševní porucha nelze každou obavu ze sociální situace považovat za onemocnění. Strach během zkouškového období zažívá mnoho studentů, avšak u většiny z nich nevede k vyhýbavému chování.

Pocit úzkosti je velmi intenzivní, nezřídka má povahu panického záchvatu. Nemocní nejenže prožívají nepříjemné pocity, ale jsou přesvědčeni, že tyto pocity jsou tak nesnesitelné, že je nemůžou vydržet. Běžně pacienti řeší nepříjemné pocity tak, že se sociální situaci, která jim způsobuje úzkost, předem vyhnou nebo utečou.

Rozdíly mezi úzkostí u sociální fobie a běžnou úzkostí, kterou mohou prožívat i zdraví jedinci, jsou například větší intenzita úzkosti mající až panický charakter, častější výskyt úzkosti, úzkost se objevuje v situacích, kterých se lidé běžně nebojí (jíst, pít, psát před lidmi), přítomnost silných vegetativních příznaků (bušení srdce, rudnutí, třes, pocení, tachykardie, tachypnoe), přítomnost katastrofických myšlenek a představ, systematické vyhýbání se sociálním situacím, útěk ze sociálních situací a snížené sebevědomí nebo negativní představa o sobě samém (Praško, Holubová, 2017).

Sociální fobie je komplexní onemocnění. Nemocní mají obavy z kritiky, negativního hodnocení, výsměchu, odmítnutí, pohledů lidí, telefonování, rozhovoru s úředníky i osobami opačného pohlaví.

Sociální fobie bývá doprovázena nízkým sebevědomím.

### **3.1.5 PŘÍZNAKY**

Sociální fobie má dvojí podobu. Při generalizované (difuzní, všeobecné) formě zažívá nemocná strach téměř ve všech sociálních situacích. Negenalizovaná (konkrétní, specifická) forma se projevuje strachem ve specifických sociálních situacích.

Reakce nemocných na úzkost může být fyziologická, behaviorální a subjektivní. Tyto reakce, které nemocného obtěžují, vedou k vytváření anticipační úzkosti a k vyhýbavému chování. Důsledkem je izolace. Nemocní se začnou vyhýbat cizím lidem, později i přátelům a rodině. To vede k pocitům osamělosti.

### **3.1.15.1 FYZIOLOGICKÉ PŘÍZNAKY**

Fyziologické neboli vegetativní příznaky mají charakter poplachové stresové reakce. Aktivace sympatiku způsobí mobilizaci organismu k útěku ze situace, ve které se pacient cítí ohrožený. Tělesné příznaky jsou různé, ale pacient nejvíce trpí těmi, které mohou jiní lidé zpozorovat. Pacient se sociální fobií je přesvědčen, že pokud si jeho příznaků někdo všimne, bude ho odsuzovat, negativně hodnotit a zesměšňovat.

Amies a spol. (1983) uvádí jako nejčastější příznaky palpitace, třes, pocení, svalové napětí, oprese žaludku, sucho v ústech, tachypnoe, červenání a nauzeu.

### **3.1.15.2 BEHAVIORÁLNÍ PŘÍZNAKY**

Behaviorální příznaky jsou rozmanité. Lze je rozdělit na vyhýbavé chování, perforační úzkostné chování, zabezpečovací chování a únikové chování.

Typickými behaviorálními příznaky sociální fobie jsou nemluvnost, uhýbání pohledem, tichý hlas, monotónní projev, hrbení ramen, dívání se do země, zadržávání, rychlé tempo řeči s drmoláním, ošívání se, drbání se a škrábání, okusování nehtů, poposedávání, nervózní polohy těla. Tyto příznaky může pochopitelně zažít někdy každý člověk, avšak u lidí se sociální fobií je dominujícím chováním vyhýbání se fobickým situacím a unikání z nich. Postižení se vyhýbají obávaným situacím, pokud je to možné a pokud vyhnutí není subjektivně spojeno ještě s větším ztrapněním (Andrews et al., 1994).

Pro sociální fobii je typické vyhýbavé chování. Vyhnutí se nepříjemné sociální situaci přináší chvilkovou úlevu, což vede k neustálému vyhýbání se společnosti. Lidé se sociální fobií se vyhýbají jak kontaktu s lidmi (v práci, na úřadech, ve zdravotnickém zařízení, během rekreačních aktivit), tak běžným činnostem (nakupování, hromadné dopravní prostředky). Vyhýbání se určitým situacím je návykové. Nemocný pociťuje úzkost z určité situace, proto se jí začne vyhýbat a to vede ještě k větší obavě. Tento bludný kruh způsobuje ztrátu sebedůvěry a pokles sociálních dovedností.

Performační úzkostné chování je chování přímo v obávané situaci. Postižený se nedívá ostatním přímo do očí, nevydrží klidně stát, okusuje si nehty, hraje si s vlasy.

Zabezpečovací chování je takové, kterým se snaží nemocný zamaskovat svůj hendikep. Nemocní se snaží zmírnit příznaky úzkosti ještě předtím, než se v nepříjemné situaci skutečně nacházejí. Slouží jim k tomu alkohol nebo léky na uklidnění. Častým chování je snaha odvést pozornost jinam než na sebe sama. Nemocní se oblékají nenápadně nebo nezačínají rozhovor.

Únikové chování je často okolím nechápano. Nemocný zmizí ze sociální interakce, ve které cítí úzkost, rychle a často bez omluvy.

### **3.1.15.3 SUBJEKTIVNÍ PŘÍZNAKY**

Lidé se sociální fobií jsou stresováni neustálými katastrofickými myšlenkami, od kterých se nedokážou oprostit, a úzkostnými emocemi.

Automatické negativní myšlenky vznikají jednak na základě přesvědčení pacientů o vlastní zranitelnosti v určitých sociálních situacích, jednak přesvědčení, že při opakování sociální situace budou příznaky eskalovat, jednak pocitu, že v sociální situaci ztratí sebekontrolu. Tyto myšlenky napadají nemocného samy od sebe a při očekávání sociální situace nebo přímo v ní jsou přítomné. Člověku se sociální fobií chybí vyvážení automatických negativních myšlenek myšlenkami konstruktivními, které by zmírnily pocit úzkosti. Nemocný se ocitá v bludném kruhu strachu a obav. Nebezpečí automatických negativních myšlenek je izolace postižených od sociálních situací. Mají tedy výrazně negativní dopad na kvalitu života pacientů.

Úzkostné myšlenky jsou automatické nepromyšlené soudy, jsou silně zkreslené, neodpovídají skutečnosti, nevedou ke konstruktivnímu cíli, udržují v pacientovi pocit úzkosti a strachu, snižují sebevědomí, zvyšují pasivitu a nemocný jim bezmezně věří (Praško, Holubová, 2017).

Nejčastějším obsahem automatických negativních myšlenek jsou podle Praška a Holubové (2017) obecné úzkostné otázky, katastrofická tvrzení, negativní sebehodnocení, očekávání negativní reakce okolí, myšlenky na únik, pocit viny nebo komplexy méněcennosti.

U sociální fobie zažívají nemocní úzkostné emoce jako úzkost, strach, podrážděnost, vztek na sebe sama, bezmoc a beznaděj, závist a pohrdání, sebelítost a smutek.

Úzkost je pocit psychického napětí. Nemívá konkrétní obsah, jde spíše o neurčitou obavu. Čím výrazněji je pocíťována, tím více vyvolává u nemocného neklid. Anticipační úzkost je u postižených sociální fobií přítomna ještě před tím, než se nemocný ocitne v obávané sociální situaci.

Strach má na rozdíl od úzkosti konkrétní obsah. Pacient se obává, že se bude při pracovním pohovoru příliš potit, nebo že nedokáže oslovit opačné pohlaví.

### **3.1.6 HODNOCENÍ, DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA**

Mezi metody diagnostiky sociální fobie patří diagnostický rozhovor, psychologické vyšetření, hodnotící posuzovací a sebehodnotící škály, behaviorální testy, v neposlední řadě i tělesné a laboratorní vyšetření.

Diagnóza sociální fobie může být zaměněna s několika dalšími duševními poruchami. Onemocnění, která způsobují vyhýbání se ostatním lidem, jsou agorafobie, panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, schizofrenie, deprese, obsedantně – kompulzivní porucha, porucha osobnosti, porucha autistického spektra, porucha příjmu potravy a jiné.

### **3.1.7 KOMORBIDITA**

Výskyt úzkostně fobického syndromu je nejčastější u neurotických poruch, afektivních poruch a některých typů schizofrenie. Bývá součástí organických poruch i některých sexuálních deviací.

K sociální fobii se přidružují jiná psychosociální postižení a psychické poruchy, jakými je deprese, závislost na alkoholu, mentální anorexie a jiné (Keller, 2006). Studie prokázaly významnou komorbiditu mezi celoživotní sociální fobií a různými poruchami nálady (Kessler et al., 1999). Sociální fobie může být spojena s poruchami osobnosti, zejména s vyhýbavou poruchou osobnosti (Dyck et al., 2001).



### 3.1.8 SUICIDALITA

Omezení v sociální oblasti jsou pro člověka se sociální fobií tak výrazná, že může uvažovat o sebevraždě jako východisku z beznadějně neřešitelné situace (Praško, 2005).

### 3.1.9 PŘÍČINY

Sociální fobie vzniká z multifaktoriálních příčin, které jsou biologického, psychologického, sociálního a environmentálního rázu. Příčiny vzniku jsou tedy rozmanité.

Počátek onemocnění může být spojen s konkrétním zážitkem, s určitým traumatem. V tomto případě bývá spouštějícím faktorem například šikana spolužáků nebo ztrapnění se před lidmi. Traumatické události jako rozvod, úmrtí blízké osoby, potrat sociální fobii nevyvolávají, avšak vedou ke zvýšené citlivosti jedince. Sociální fobie se může rozvíjet i pozvolna opakovanými neúspěchy v sociálních situacích například kvůli častému odmítnutí druhým pohlavím.

Mezi faktory, které vytvářejí dispozici k sociální fobii, patří míra zranitelnosti jedince, rodinné vzory, názory a výchova, prožitá traumata a události, ve kterých se jedinec cítil trapně.

Psychologické rysy osobnosti, kterými může být nízké sebevědomí, neschopnost snést kritiku, závislost na hodnocení druhými lidmi, přílišná vztahovačnost, vysoké požadavky na vlastní výkon a vzhled jsou také predisponujícími faktory.

Nízká hladina serotoninu a dopaminu v mozku a naopak zvýšení hodnot noradrenalinu jsou dalšími faktory vytvářejícími dispozici k onemocnění.

Role genetických faktorů je sporná. Nelze určit, zda je riziko sociální fobie způsobeno genetickou vlohou, nebo okolnostmi v rodině. Dědičnou je spíše vloha k úzkostnému naladění, ne duševní porucha samotná.

Spouštěče mohou být i hormonální změny v pubertě, po porodu a během menopauzy.

Porucha sociální fobie je udržována a podporována vyhýbavým chováním pacienta, úzkostnými automatickými myšlenkami, negativním pohledem na svět, špatnými

komunikačními dovednostmi, neschopností pochválit se za úspěch a stresujícím nezdravým životním stylem.

### **3.1.10 LÉČBA**

Léčba sociální fobie se kromě farmakoterapie skládá z vytvoření terapeutického vztahu, edukace pacienta a rodiny, zmírnění příznaků úzkosti, odstranění vyhýbavého chování pomocí kognitivně – behaviorální psychoterapie, rehabilitace a prevence relapsu.

### **3.1.11 STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE U PORUCH NEUROTICKÉHO SPEKTRA**

Stigmatizace neboli odsuzování na základě předsudků u neurotických poruch existuje, avšak není tak zjevná jako například u schizofrenie.

Člověk se sociální fobií bojuje jak s předsudky ostatních, tak s negativním obrazem o sobě samém. Nemocný má velký strach, že mu okolí přidělí nálepku „psychiatrický pacient“.

U sociální fobie je větším problémem sebestigmatizace. Vede k očekávání odmítání od druhých, sebekritice, studu, demoralizaci a vyhýbání se sociálním kontaktům, což jsou faktory, které vedou k prohloubení a upevnění úzkostí (Praško, 2005).

Bludný kruh nemožnosti profesně fungovat, studovat a prožívat mezilidské vztahy je sebestigmatizací podporován.

## **3.2 AFEKTIVNÍ PORUCHY – PERIODICKÁ (REKURENTNÍ) DEPRESIVNÍ PORUCHA**

Afektivní poruchy neboli poruchy nálady patří mezi častá psychiatrická onemocnění známá již ze starověku. O melancholickém člověku se zmiňuje už Hippokrates ve 4. století př. n. l.

Tato onemocnění narušují prožívání, uvažování i jednání pacientů. Změny v afektivitě jsou patologické. Nemocní mají narušený jak psychický, tak fyzický stav. Základní vlastností afektivních poruch je změna nálady. Pokles nálady je charakteristický pro

depresi, nadnesená nálada značí máni. Emoční ladění osob je depresivní, nebo manické. V případě diagnózy bipolární afektivní poruchy se oba extrémy střídají.

### **3.2.1 ZÁKLADNÍ RYSY DEPRESIVNÍHO SYNDROMU**

Od běžného smutku nebo rozladěnosti se deprese liší svoji intenzitou, délkou trvání a nemožností fungovat v běžném životě (MKN – 10, 1996).

Jednou z afektivních poruch je periodická (rekurentní) depresivní porucha. Onemocnění se dále dělí podle závažnosti probíhající depresivní epizody na lehkou, středně těžkou a těžkou. Hodnotit ji lze i z hlediska toho, zda se u pacienta objevují psychotické příznaky.

Diagnostickými kritérii je výskyt alespoň jedné depresivní epizody v minulosti, která současný depresivní stav předcházela nejméně o dva měsíce. Remise je období, během kterého ustupuje symptomatologie. Dalším kritériem je nepřítomnost hypomanické nebo manické epizody v minulosti. Podmínkou je i to, že deprese nezpůsobila organická psychická porucha či užití psychoaktivní látky.

Pro depresivní syndrom je charakteristické smutná nálada, která trvá abnormálně dlouhou dobu. Typické je zpomalené myšlení, které způsobuje například nemožnost studovat a absolvovat zkuškové období u jinak výborných studentů. Utlumená je i psychomotorika. Pacienti mají výraz voskové figuríny. Nemocný může pociťovat úzkost, strach a zoufalství. Mívá tendence k negativismu. Lidé v depresi nejsou schopni prožívat radost. Někteří nemocní popisují neschopnost prožívat jakékoli emoce. Po fyzické i psychické stránce se cítí vyčerpaně. Běžné denní činnosti je stojí velké úsilí. Postupně rezignují na jakoukoli činnost. Během těžké deprese pouze leží v posteli, usnout však zpravidla nemohou. Somatickými příznaky jsou ranní pesima, poruchy spánku, snížení chuti k jídlu a snížení libida.

Příznaky deprese lze shrnout následovně:

- poruchy nálady (smutek, anhedonie),
- poruchy myšlení a vnímání (sebeobviňování, nerozhodnost),
- poruchy psychomotoriky (stupor, agitovanost),
- somatické poruchy (porušený spánek, změna chuti k jídlu, ztráta libida),

- kognitivní poruchy (psychická ruminace, suicidální myšlenky, zpomalení mentálních pochodů),
- behaviorální poruchy (snížení aktivity, únava, hypobulie, úzkostné projevy),
- většina afektivních poruch má tendenci k recidivě

### **3.2.2 INCIDENCE A PREVALENCE**

Deprese se stala celosvětově nejčastější příčinou pracovní neschopnosti a předčila tak respirační onemocnění. Podle WHO (2012) žije na světě více než 300 milionů lidí, kteří trpí depresí. Deprese je čtvrtou nejčastější příčinou invalidity a existuje odhad, že do pěti let bude už druhou nejčastější (Kessler, Bromet, 2013).

Výskyt depresivní poruchy je dvakrát vyšší u žen než u mužů (Alonso et al., 2007). Prevalence u žen se pohybuje mezi 10 a 25 %, zatímco u mužů je to 5 až 12 % (APA, 2000). Pouze necelá polovina nemocných je diagnostikována a léčena, což je způsobeno neochotou nemocných svěřit se se svými obtížemi, komplikovanou komorbiditou deprese a jiných duševních poruch či somatických onemocnění.

Průměrně se první příznaky objevují mezi 25 a 35 lety (Weissman et al., 1996).

Depresivní poruchy mají tendenci k rekurenci. Pacienti v remisi v podstatě počítají s tím, že se objeví relaps choroby. Žít s tímto vědomím je velmi obtížné. Thase (1990) uvádí, že čím více depresivních epizod pacient zažije, tím je pravděpodobnost nového relapsu větší. Po čtyřech prodělaných depresivních epizodách existuje až 90 % riziko, že vznikne další.

### **3.2.3 SUICIDALITA**

Sebevražedné pokusy bývají u depresivních pacientů bohužel velmi časté. Vzhledem k volbě prostředků je dokonaných sebevražd více u mužů, přestože je porucha dvakrát častější u žen.

Hoschl (2002) odhaduje, že až 25 % sebevražd v České republice je způsobeno poruchami nálady.

Riziko suicidálního jednání je zvýšené, pokud jsou přítomné myšlenky na sebevraždu, pacient se už o sebevraždu pokusil, pacient má přístup k jedům, lékům nebo střelným zbraním, u pacienta jsou přítomné psychotické příznaky nebo pokud je pacient závislý na alkoholu či jiných psychoaktivních látkách.

### **3.2.4 ETIOLOGIE**

Etiologie depresivní poruchy není zcela známá. Souvisí s osobnostními charakteristikami nemocného, mezi které patří nízké sebevědomí a vysoké nároky na sebe sama. Vliv na spuštění onemocnění má i dlouhodobý stres nebo jednorázová traumatická událost. Predispoziční jsou genetické faktory, imunitní, endokrinní a neurologické změny v organismu i neurochemické změny v neurotransmiterech.

Výskyt deprese je velmi obsáhlý. Triáda smutná nálada – zpomalené myšlení – utlumená psychomotorika se projevuje u trvalých poruch nálad, organických afektivních poruch, reakcí na stres, bipolární afektivní poruchy i schizofrenie. Zvláště obtížné bývá rozlišit periodickou (rekurentní) depresi od dystymie, což je chronická mírná deprese trávající nejméně dva roky.

Rekurentní depresivní porucha je charakteristická opakovanými epizodami deprese. U některých pacientů bývá přítomná hypomanie, tedy slabší mánie projevující se zvýšenou energií a povznesenou náladou. Pokud se objeví manická fáze, je nutné uvažovat nad změnou diagnózy na bipolární afektivní poruchu.

### **3.2.5 LÉČBA**

Léčba periodické (rekurentní deprese) je náročná. Nezbytná je spolupráce pacienta, jeho rodiny a všech zdravotníků podílejících se na léčbě a ošetřování nemocného.

Zvolení vhodné metody léčby vyžaduje zkušeného psychiatra a pacientovu trpělivost. Účinnost léčby je přísně individuální a většinou trvá delší dobu, než se u konkrétního pacienta dospěje k fungující terapii.

Formy léčby depresivní (rekurentní) poruchy jsou psychofarmakoterapie (antidepresiva), elektrokonvulzivní terapie, transkraniální magnetická stimulace, fototerapie, spánková deprivace, stimulace n. X, psychoterapie a rehabilitace.

### **3.2.6 STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE**

Laická veřejnost vnímá afektivní poruchy jako reaktivní stavy. Odezní – li příčina problému, okolí pacienta je přesvědčeno, že nemocný poruchu nálady musí překonat (Lasalvia et al., 2013). Na pacienty s bipolární poruchou je nahlíženo jako na „šílené“ podobně jako na schizofreniky (Jorm et al., 1997).

Depresivní pacient se neustále sebeobviňuje. Negativně na sebe nahlíží i část pacientů s depresivní poruchou v remisi (Alonso et al., 2009).

Člověk trpící depresí se velmi často setkává s názorem, že jeho problémy nejsou způsobené duševní chorobou, ale leností a špatnými charakterovými vlastnostmi. Často se z lenosti obviňuje i sám pacient. Pokládá si otázky „Proč jsem tak líný?“ nebo „Proč nejsem ambiciózní jako ostatní?“. Je to však podobné, jako by si astmatik vyčítal, že neuběhne tolik, co zdravý člověk.

### **3.2.7 DOPORUČENÍ PACIENTŮM S DEPRESIVNÍ PORUCHOU**

Lidé trpící depresí by měli své obtíže vnímat jako nemoc, ne lenost a neschopnost. Neměli by mít před ošetřujícím lékařem a psychoterapeutem tajemství, pokud budou hovořit o všem, uleví se jim. Musí brát léky dle doporučení lékaře, nevynechávat dávku, samovolně nezvyšovat nebo nesnižovat dávku a v žádném případě léky samovolně nevysazovat. Lidem s depresí pomůže stanovit si a dodržovat určitý pevně daný režim například ranní vstávání. Nemocní by se neměli vyhýbat aktivitám a stranit se lidí. Pro zvládnutí depresivní epizody je důležité plnit jednoduché manuální úkoly a nestanovovat si megalomanské cíle. V neposlední řadě je vhodné, aby se pacienti zaměřili na pozitivní aspekty vlastního života, jakými může být rodina, přátelé, pobyt v přírodě nebo blízkost zvířat.

Depresivnímu pacientovi nepomůže, bude – li na sebe příliš přísný, bude – li se za svoji nemoc stydět. Nemocní by si neměli nechávat sebevražedné myšlenky pro sebe. V akutní fázi onemocnění není vhodné dělat velké změny jako jet na dovolenou, rozejít se s partnerem, pořídit si zvíře, stěhovat se nebo koupit auto. Nebezpečné může být spoléhat se na alternativní neprověřené metody léčby. Je vhodné nemocné aktivizovat a motivovat k činnosti. Pacienti by se neměli snažit před depresí během dne schovat do postele a doufat, že nemoc po spánku odejde.

### **3.2.8 ZÁSADY KOMUNIKACE S DEPRESIVNÍM PACIENTEM**

Motivace pacienta k aktivizaci je důležitou součástí léčby, avšak v akutní depresivní fázi nelze nemocného povzbuzovat, že zvládne například dojet na poštu nebo napsat úkol do školy. Nemocný v depresi nedokáže chtít.

Člověk s depresí se nemůže do ničeho nutit, spíše ocení nabídku jednoduché společné činnosti, jakou může být společná příprava večeře, společné venčení psa nebo hraní společenských her.

Tabuizace tématu sebevraždy je špatná. Člověka v depresi se lze zeptat, zda na ukončení vlastního života někdy nemyslí.

### **3.3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY – MENTÁLNÍ BULIMIE**

Do skupiny poruch příjmu potravy patří mentální anorexie, atypická mentální anorexie, mentální bulimie, atypická mentální bulimie, přejídání spojené s jinými psychickými poruchami a zvracení spojené s jinými psychickými poruchami.

V dnešní době s mentální bulimií bojuje mnoho dívek a žen. Onemocněním se zabývá nejenom odborná veřejnost, ale celá společnost. V médiích lze nalézt množství osobních zpovědí žen trpících touto poruchou. Bohužel lze na Internetu nalézt i proanorektické webové stránky. V podstatě každý má ve svém okolí někoho, kdo se s poruchou příjmu potravy potýká.

#### **3.3.1 HISTORIE, PREVALENCE, INCIDENCE**

Už ve starověkém Římě ženy držely diety. Ve středověku mnoho žen drželo extrémní půst. Štíhlost a útlý pas byly v 18. století ve vyšších vrstvách společnosti nezbytné. Koncem 19. století byla vzorem rakouská císařovna Sisi posedlá dietami a cvičením. Zrůdnosti dvou světových válek způsobily, že se společnost přestala na chvíli zabývat vzhledem. V padesátých letech byly dokonce obdivovány ženy kyprých tvarů. Koncem šedesátých let se však módní ikonou stala britská modelka Twiggy s BMI 14,2. Od poloviny 20. století přibývá informací o poruchách příjmu potravy. V roce 1983 bylo na Psychiatrické klinice VFN v Praze založeno specializované oddělení pro poruchy příjmu potravy (Krch, 2013).

Mentální bulimie se objevuje u pacientů pocházejících z různých společenských vrstev. Onemocnění nesouvisí s dosaženým vzděláním nebo místem bydliště. Onemocnět mohou obě pohlaví. Poměr nemocných žen a mužů je asi 8 až 15 ku 1 (Krch, 2013).

Výskyt mentální bulimie v rizikové populaci dospívajících dívek a mladých žen je až 5 % (Krch, 2013). Mentální bulimie se vyskytuje u 4 – 15 % studentek středních a vysokých škol (ÚZIS, 2015).

### **3.3.2 ETIOLOGIE**

Faktory vedoucí k rozvoji mentální bulimie jsou rozmanité a vzájemně interagují. Predispoziciční jsou určité osobnostní rysy. Bulimičky bývají ještě před vypuknutím nemoci úzkostně naladěné, přehnaně perfekcionalistické a celkově emočně labilní. Sociálními faktory vedoucími k mentální bulimii mohou být špatné stravovací návyky v rodině, obezita a držení diet u blízkých lidí, kritika postavy okolím.

S rozvojem nemoci se zvyšuje egocentrismus a přecitlivělost. Sebevědomí má kolísavý charakter. Dochází k nárůstu depresivních příznaků i obsesí (Krch, 2013).

Porucha se nejčastěji objevuje v pubertě, což má za následek ovlivnění formování osobnosti dívky trpící bulimií.

### **3.3.3 DIAGNOSTIKA**

Diagnostickými kritérii mentální bulimie jsou neustálé zabývání se jídlem, nepřekonatelná touha po jídle vedoucí k epizodám přejídání, zvracení, hladovění, užití laxativ a anorektik, které následuje po epizodě přejídání, chorobný strach z tloušťky a silně negativně zkreslené vnímání vlastního těla.

### **3.3.4 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ**

Mentální bulimie je onemocnění, které ovlivňuje tělesný stav, psychologickou stránku i sociální roli pacienta. Charakteristickým rysem jsou poruchy myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a vlastnímu tělu (Fišarová, Novotná, 2014).



Častá bývá kombinace poruch příjmu potravy. Pacient může trpět zároveň mentální anorexií i bulimií, případně se jedno onemocnění postupně rozvíjí v jiné. Nemocní úmyslně snižují svoji váhu, zároveň se opakovaně přejídají.

Na rozdíl od mentální anorexie se u bulimiček neobjevuje výrazný pokles tělesné hmotnosti na kritickou mez. Pokud je BMI pacientek nižší než 17,5, jedná se o bulimickou formu mentální anorexie. Avšak střídání epizod přejídání a hladovění vede k velmi výrazným hmotnostním výkyvům.

Charakteristické pro mentální bulimii je konzumace obrovského množství jídla v malých časových intervalech a následné pokusy snížit váhu drastickou dietou, přehnaným cvičením, zvracením, užitím laxativ, anorektik a diuretik (Fišarová, Novotná, 2014). Diabetičky dokonce záměrně manipulují s užíváním inzulínu.

Pokud pacient snižuje váhu pomocí zvracení, je nezbytné zmonitorovat srdeční činnost pomocí EKG a zjistit hladinu kalia v krvi.

Postižení vnímají, že jejich jídelní návyky jsou nezdravé, avšak vlastní vůli nejsou schopni jedné zastavit. Přejedení a následné vyprázdnění žaludku přináší nemocným silný pocit úlevy a uspokojení. V důsledku to však vede k sebeobviňování a depresivním stavům.

Nemocní s mentální bulimií jsou velmi sebekritičtí, potřebují být okolím uznáváni, nesnesou kritiku a mají přehnaně nízké sebevědomí. Bývají velmi citliví a vztahovační. Časté obsedantní myšlenky vyvolávají v nemocných pocit úzkosti. Zkreslené vnímání vlastního těla a posedlost tělesnými proporcemi je popisováno jako Adonisův komplex nebo bigorexie.

Mentální bulimie je spojena s nízkým sebevědomím negativními prožitky, které se transformovaly do chorobného strachu z tloušťky spojeného s nadměrným zaujetím vzhledem, tělesnou hmotností a sebekontrolou v jídle (Paulson – Karlsson, Nevenon, 2012).

Mentální bulimie má tendenci ke chronifikaci. Bohužel až třetina pacientů zůstává nevléčena. Onemocnění je zatíženo rizikem sebevraždy (Fišarová, Novotná, 2014).

V České republice trpí mentální bulimií přibližně každá dvacátá dospívající dívka. Onemocnění tedy postihuje 4 – 5 % mladých žen (Ocisková, Praško, 2015).

Příčiny onemocnění jsou jak sociokulturní a biologické faktory, tak psychologické mechanismy a zranitelná osobnost (Ocisková, Praško, 2015).

Faktory vedoucí k rozvoji mentální bulimie jsou rozmanité a vzájemně interagují. Predispoziciční jsou určité osobnostní rysy. Bulimičky bývají ještě před vypuknutím nemoci úzkostně naladěné, přehnaně perfekcionalistické a celkově emočně labilní. Sociálními faktory vedoucími k mentální bulimii mohou být špatné stravovací návyky v rodině, obezita a držení diet u blízkých lidí, kritika postavy okolím.

S rozvojem nemoci se zvyšuje egocentrismus a přecitlivělost. Sebevědomí má kolísavý charakter. Dochází k nárůstu depresivních příznaků i obsesí (Krch, 2013).

Porucha se nejčastěji objevuje v pubertě, což má za následek ovlivnění formování osobnosti dívky trpící bulimií.

### **3.3.5 BIO – PSYCHO – SOCIÁLNÍ ASPEKTY JÍDLA**

Hlavní funkcí jídla je uspokojit pocit hladu a dodat tělu živiny. Společně strávený čas u jídla upevňuje sociální vztahy.

U bulimických pacientek však se však příjem potravy stává útechem a přináší patologický pocit uspokojení. Konzumace jídla přináší chvilkovou slast, která je vzápětí vystřídána silně negativními pocity (Švédová, 2013). Negativní myšlenky pacientek mívají tento obsah: „pouze štíhlé ženy jsou šťastné“, „pokud budu tlustá, budu nešťastná“, „vše, co se mi nepovede stoprocentně, je naprostý neúspěch“, „musím být na sebe přísná“, „přísná sebekontrola je znakem disciplíny a síly“.

### **3.3.6 LÉČBA**

Podmínkou úspěšné léčby je spolupráce a motivace pacienta. Role zdravotníků v motivaci je značná. Ošetřovatelský tým by měl nemocnému svým postojem pomoci změnit patologické stravovací návyky a negativní sebepojetí a sebevnímání.

Farmakoterapie pomáhá mírnit depresivní stavy, obsedantní myšlenky na jídlo a kompulzivní záchvaty přejídání.

Nežřídka bývá nutná hospitalizace z důvodu chronické malnutrice, kvůli stavům těžké deprese, které vedou až pokusům o sebevraždu nebo při neúčinnosti ambulantní léčby.

Psychologické metody, které mohou v léčbě mentální bulimie pomoci, jsou různé. Osvědčila se kognitivně – behaviorální terapie, svépomocné skupiny pro nemocné, vztahová psychoterapie, psychoanalytické a psychodynamicky orientované přístupy i rodinná terapie (Švédová, 2013).

Léčba poruch příjmu potravy je komplexní, nezbytná je týmová spolupráce odborníků. Mezi zdravotníky bývá nutriční terapeut, který pacientům pomáhá s individuálním stravovacím plánem. Pro pacientky je důležitá i možnost obrátit se na sociálního pracovníka, který jim může pomoci zařídit nezbytné věci ve škole, v zaměstnání nebo na úřadech.

Až 80 % nemocných mentální bulimií trpí depresí. Sebevražedné jednání je u bulimie časté. Antidepresiva jsou nasazována podpůrně, aby pomohla mírnit depresivní stavy, avšak nepomáhají nemocným se změnou stravovacích návyků (Krch, 2013).

Léčbu mentální bulimie lze shrnout do těchto tematických oblastí: nastavení stravovacího režimu a nácvik zdravých stravovacích návyků vedoucí k normalizaci tělesné hmotnosti, odstranění somatických důsledků onemocnění (podvýživa, hormonální změny), psychoterapie (kognitivně – behaviorální terapie, individuální, relaxační techniky) mající za cíl změnit patologické myšlení, pocity a chování, dodržování důsledného denního režimu, farmakoterapie (antidepresiva, antipsychotika, anxiolytika), edukace pacienta i rodiny o poruchách příjmu potravy, správném stravování, důsledcích opakujících se diet, záchvatů přejídání a zvracení a sdílení informací zdravotnickým personálem.

Specifickými problémy ošetrovatelské péče u pacientek s mentální bulimií je to, že nemocní nevnímají své onemocnění jako problém, nemocní vyhledají pomoc odborníka až po dlouhém boji s nemocí, nemocní odmítají mluvit o záchvatovitém přejídání a zvracení a že nemocní často přerušují léčbu.

### **3.3.7 KOMPLIKACE ONEMOCNĚNÍ**

Pacientky s mentální bulimií jsou ohroženy závažnými zdravotními komplikacemi. Kvůli nedostatečné výživě, výkyvům váhy a zvracení hrozí metabolický rozvrat organismu. Elektrolytová rovnováha těla je silně narušena. Častá bývá hypokalémie. Kardiovaskulární systém je namáhán arytmiemi, bradykardií, hypotonií, akrocyanózou a edémy. Časté zvracení vede ke zvýšené kazivosti zubů, erozi skloviny, zduření slinných žláz i rupturám jícnu a žaludku (Švédová, 2013).

### **3.3.8 STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE**

Odborná veřejnost pokládá mentální bulimii za komplexní duševní poruchu způsobenou genetickými a sociálními faktory. Laická společnost má tendenci onemocnění bagatelizovat a poruchu příjmu potravy vnímá jako projev osobních problémů mladých žen (Ocisková, Praško, 2015).

Studie Stewarta a kol. (2006) ukázala, že je veřejnost přesvědčena o tom, že si za onemocnění mohou ženy samy.

Ke stigmatizaci mentální bulimie přispívají i média, která poruchu prezentují zjednodušeně a ve výkyvech váhy známých ženských celebrit hledají senzaci (O'Hara, Smith, 2007).

Ebneter a Latner (2013) ve své práci zjistili, že bulimičkám na rozdíl od pacientek s depresí veřejnost vyčítá nedostatek sebeovládání a viní je za onemocnění.

Pacientky s mentální bulimií trpí stigmatem obezity, které vede až k diskriminaci. Média prosazují trend vyhublosti a ženy s nadváhou jsou zesměšňovány a označovány za líné.

## 4 KVALITATIVNÍ PRŮZKUM

### 4.1 TÉMA PRŮZKUMU

Praktická část práce je tematicky zaměřena na problematiku psychoterapie pomocí koně u pacientů s duševní poruchou. Téma bylo zvoleno s ohledem na nárůst počtu osob s psychiatrickým onemocněním v České republice.

### 4.2 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Společně s farmakologickou léčbou je velmi důležitá i psychoterapie a rehabilitace nemocných s psychiatrickým onemocněním. Projevy duševních poruch jsou rozmanité, stejně jako jsou různorodé osobnosti pacientů. Některým přinese úlevu hospitalizace, jiným kognitivně-behaviorální či jiná psychoterapie, různé ergoterapeutické činnosti nebo návštěva podpůrných skupin a svěřením se s tím, co je trápí.

Otázkou je, zda může být pro některé duševně nemocné pacienty vhodnou metodou podpůrné léčby i hiporehabilitace. Dokáže kontakt s koněm pozitivně ovlivnit zdravotní stav pacientů s duševní poruchou a napomoci tak zkvalitňování ošetrovatelské péče v psychiatrii? Snahou není běžně nabízenou péči o nemocné v psychiatrii kritizovat, ale spíše nabídnout terapeutickou alternativu.

Dochází u pacientů s duševní poruchou, kteří se pravidelně účastní psychoterapie pomocí koně, ke zlepšení zdravotního stavu? Pomáhá tato psychoterapeutická metoda zvýšit kvalitu života lidí s psychiatrickým onemocněním?

Při stanovování průzkumného problému bylo myšleno na etický rámec průzkumu, zda budou pacienti ochotni promluvit o svých obtížích a souhlasit se zveřejněním jejich příběhů. Rozmýšlely se praktické náležitosti jako časová náročnost průzkumu nebo volba vhodného místa pro rozhovor s pacienty. V neposlední řadě bylo důležité odpovědět si na otázku, zda se dá výzkumný problém zkoumat vědeckým přístupem se všemi jeho náležitostmi.

### 4.3 CÍLE PRŮZKUMU

Motivací níže popisovaného průzkumu je pomocí výpovědí pacientů s rozdílným psychiatrickým onemocněním podpořit tvrzení, že je psychoterapie pomocí koně vhodným prostředkem, jak nemocným s duševní poruchou zkvalitnit život a pomoci jim z liminarity jejich zdravotního postižení. Snahou je i rozšíření znalostí o psychoterapii pomocí koně mezi pacienty bojující s psychiatrickým onemocněním, laickou veřejnost i zdravotníky.

Níže popisovaný průzkum týkající se psychoterapie pomocí koně u duševně nemocných pacientů si klade zejména tyto cíle:

- popsat zkušenosti s psychoterapií pomocí koně u třech pacientů s odlišnou duševní poruchou,
- interpretovat zjištěná data,
- verifikovat předpoklady léčebného účinku psychoterapie pomocí koně popisované v teoretické části,
- evaluovat psychoterapii pomocí koně jako vhodnou metodu podpůrné léčby pro určitou skupinu duševně nemocných pacientů,
- propagovat psychoterapii pomocí koně mezi odbornou psychiatrickou společností, nemocné s duševní poruchou i laickou veřejnost.

### 4.4 VÝCHODISKA

Východisky zvoleného průzkumu jsou osobní zkušenosti autorky této práce s duševně nemocnými pacienty během praxí na psychiatrických odděleních a znalost hipologické problematiky, neboť autorka se aktivně věnuje jezdeckví.

Podklady pro průzkum byly také poznatky z odborné literatury představené v teoretické části práce. Znalost teoretických základů a metodologie hiporehabilitace a ošetřovatelství v psychiatrii velmi usnadnila interpretaci informací získaných během rozhovorů s pacienty.

## 4.5 POPIS PRŮZKUMNÉ METODY A ČASOVÉ VYMEZENÍ PRŮZKUMU

Průzkum byl pojednán kvalitativní metodou umožňující zaměřit se na to, jak dotazovaní nahlízejí na danou problematiku, jak ji chápou a interpretují. Nebyly tedy použity statistické metody a techniky.

„Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoli výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.“ (Strauss, Corbinová, 1999)

Analýza získaných dat vychází z velkého počtu informací o malém počtu jedinců. Úkolem je vytvoření holistického pohledu na zkoumanou problematiku psychoterapie pomocí koně u duševně nemocných pacientů. Tedy popis toho, jak respondenti problematiku koně jako koterapeuta interpretují, a interpretace těchto interpretací.

Kvalitativní průzkum probíhal formou strukturovaných rozhovorů vedených osobně autorkou práce s pacienty v prostředí mimo psychiatrické oddělení nemocnice. Mezi autorkou práce a pacienty probíhala přímá interpersonální interakce. Respondenti byli v zájmu validity jejich odpovědí dopředu seznámeni s hrubou strukturou rozhovoru a s obecným zaměřením kladených otázek. Průzkumné otázky tedy byly dopředu pečlivě připraveny a všem respondentům položeny téměř ve stejném znění a téměř ve stejném pořadí.

Forma strukturovaného rozhovoru byla zvolena i z důvodu menší časové náročnosti. Zároveň byl díky formě strukturovaného rozhovoru minimalizován vliv tazatelky na respondenty.

Vzniklé rozhovory byly dále analyzovány a zpracovány s cílem odkrýt význam získaných dat, utřídit je a zpřehlednit, a dojít tak naplnění předem vytyčených cílů průzkumu.

Všechny realizované rozhovory proběhly v časovém rozmezí mezi červencem 2016 a říjnem 2016. Poté následovalo zpracování získaných dat.

## **4.6 STRATEGIE**

Důraz byl kladen na získání hlubokého vhledu do reality respondentů. Klíčová byla autenticita výpovědí určitého okruhu psychiatrických pacientů. Zásadní bylo přesněji porozumět a interpretovat výpovědi respondentů tak, jak je předložili.

Průzkumu se účastnila pacientka s rekurentní depresivní poruchou, pacient se sociální fobií a pacientka s mentální bulimií. Věkové rozmezí dotazovaných bylo 24 až 52 let.

Vzhledem k omezenému počtu respondentů a vzhledem k tomu, že šlo o zkoumání osobních zkušeností respondentů, nelze výsledky této práce zobecňovat na celou populaci. Přičemž zobecnitelnost by byla základním požadavkem v případě kvantitativního výzkumu. Získané výsledky by bylo potřeba ověřit na větším vzorku respondentů v dalších výzkumech a studiích, což není v rozsahu bakalářské práce při užití kvalitativní strategie možné.

## **4.7 KLÍČ K VÝBĚRU RESPONDENTŮ A JEDNOTLIVÍ RESPONDENTI**

Respondenti průzkumu byli z řad duševně nemocných pacientů vybráni účelově. Reprezentují nemocné, kteří se potýkají se třemi rozdílnými duševními poruchami, a jako podpůrnou metodu psychoterapie a rehabilitace absolvovali psychoterapii pomocí koně. Výběr respondentů tedy nebyl náhodný.

## **4.8 SESTAVENÍ PRŮZKUMNÝCH OTÁZEK**

Průzkumné otázky byly sestaveny tak, aby zohlednily vytyčené cíle průzkumu a poskytovaly podklady k závěrečné diskuzi o problematice psychoterapie pomocí koně a jejího využití v ošetřování pacientů s psychiatrickým onemocněním.

Respondentům nebyly předloženy žádné varianty odpovědí. Dotazovaní se mohli vyjádřit zcela volně. Důraz byl kladen jak na srozumitelnost a jednoznačnost pokládaných otázek, tak na jejich výpovědní hodnotu. Autorka průzkumu si odpovědi respondentů zaznamenávala. Jednalo se o standardizovaný typ rozhovoru.



Níže uvedené otázky byly sestaveny na základě zmíněných kritérií. Všem respondentům byly položeny následující otázky:

1. Jakým duševním onemocněním trpíte?
2. Jak dlouho pociťujete psychické obtíže?
3. Jak dlouho máte stanovenou psychiatrickou diagnózu?
4. Kolik je Vám let?
5. Jak byste sám sebe popsal/a?
6. Máte rád/a zvířata?
7. Jak vnímáte jiné lidi?
8. Jak si myslíte, že Vás vnímá okolí?
9. Jaké subjektivní obtíže Vám onemocnění způsobuje?
10. Jaké objektivní obtíže Vám onemocnění způsobuje?
11. Jak vnímáte svou duševní poruchu?
12. Jakými metodami psychoterapie jste doposud prošel/a?
13. Vedly některé formy psychoterapie ke zlepšení Vašeho stavu?
14. V čem je PPK lepší než jiné formy psychoterapie, které jste absolvoval/a?
15. Jak jste se o psychoterapii pomocí koně dozvěděl/a?
16. Jak dlouho a jak často na PPK docházíte?
17. Jaké emoce během PPK zažíváte?
18. Jakou činnost v rámci PPK máte nejraději?
19. Co pozitivního Vám PPK přinesla?
20. Domníváte se, že je PPK účinná? Ovlivnila Váš zdravotní stav?
21. Po jaké době došlo ke zlepšení Vašeho stavu?

## **4.9 JEDNOTLIVÉ ROZHOVORY S RESPONDENTY**

Respondenty tohoto průzkumu tvoří pacient se sociální fobií, pacientka s rekurentní depresivní poruchou a pacientka s mentální bulimií.

U každého respondenta jsou uvedeny identifikační údaje a hlavní medicínská diagnóza. Dále je popsána anamnéza a historie psychotherapeutických metod a forem rehabilitace jeho duševního onemocnění, která absolvoval. Uvedena je i situační analýza stavu pacienta v době vzniku rozhovoru.

Následuje přepis odpovědí pacienta na předem stanovené průzkumné otázky. Snahou přepisu rozhovorů je poukázat na obtíže, které pacient vnímá jako nejvíce frustrující.

### **4.9.1 PACIENTKA S REKURENTNÍ DEPRESIVNÍ PORUCHOU**

První rozhovor probíhal s pacientkou trpící afektivní poruchou, respektive rekurentní depresivní poruchou.

#### **4.9.11.1 CHARAKTERISTIKA PACIENTKY**

Identifikační údaje pacientky: žena, 52 let, rozvedená, dvě děti, nedokončené vysokoškolské vzdělání, recepční.

Medicínská diagnóza hlavní: rekurentní depresivní porucha spadající pod afektivní poruchy.

Anamnéza: Negativní anamnéza psychického onemocnění v rodině. Příležitostná kuřačka, abúzus alkoholu. Před onemocněním pracovitá a pečlivá. Zvládala se starat o rodinu, ráda sportovala a věnovala se různým zájmům. Po rozvodu ve 38 letech začala špatně spát, nic ji netěšilo a byla přehnaně úzkostlivá. Situace po rozvodu pro ni byla tak neúnosná, že začala uvažovat o sebevraždě. Připadala si zbytečná a k ničemu. Poprvé byla hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení po spolykání léků na spaní. Psychiatr diagnostikoval středně závažnou depresivní poruchu a naordinoval antidepresiva. Stav se asi na rok mírně zlepšil. Od té doby časté epizody deprese vyznačující se silnou únavou, pesimistickým laděním, bezdůvodným pláčem a

neschopností vstát z postele. Přestala pečovat o svůj zevnějšek i domácnost. Pacientka trpěla výčitkami svědomí, že nic nedělá. Opakovaně byla propuštěna ze zaměstnání z důvodu častých absencí a nízké výkonnosti. Po nějaké době jí byl přidělen částečný invalidní důchod. Pacientka na farmakoterapii i po elektrokonvulzivní léčbě.

Historie psychoterapie a rehabilitace: Pacientka navštěvovala individuální hlubinně orientovanou psychoterapii i skupinovou terapii pro osoby s afektivními poruchami. Ani jedna forma terapie ji nevyhovovala, proto žádnou nedokončila. Při individuálních sezeních jí vadila osoba terapeuta, ve skupině se nedokázala projevit. Baví ji ergoterapeutické dílny, kterých se několikrát zúčastnila. Nyní dochází na psychoterapii pomocí koně, kterou si sama na doporučení známé zajistila, a je jak sama říká „poprvé v životě spokojená“.

Situační analýza: V době rozhovoru je pacientka vystavena většímu stresu, neboť si přeje změnit zaměstnání a pomáhá dceři s výchovou vnoučete. I přes tuto zátěž má své onemocnění má pod kontrolou a je v remisi. Ambulantně se léčí na psychiatrii a pravidelně dochází na psychoterapii pomocí koně.

#### **4.9.11.2 PŘEPIS ROZHOVORU**

Jakým duševním onemocněním trpíte?

„ Rekurentní depresivní poruchou.“

Jak dlouho pociťujete psychické obtíže?

„ Od rozvodu v 38 letech.“

Jak dlouho máte stanovenou psychiatrickou diagnózu?

„ S depresí se léčím 14 let. Rekurentní depresivní poruchu mi diagnostikovali až po opakujících se atakách deprese.“

Kolik je Vám let?

„ 52 let.“

Jak byste sám sebe popsal/a?

„ Myslím si, že jsem obětavá a kamarádká. Když je mi dobře, tak i pracovitá, zvládnou spoustu činností.“

Máte rád/a zvířata?

„ Zvířata mám moc ráda. Vždycky jsem měla doma psa. Nedávno jsem o jednoho přišla.“

Jak vnímáte jiné lidi?

„ Závídím jim jejich bezstarostnost, že nic neřeší.“

Jak si myslíte, že Vás vnímá okolí?

„ Většina lidí moji nemoc nechápe a myslí si, že jsem líná a nespolehlivá. Často mi radí, ať se vzbudím a depresi prostě vůlí překonám.“

Jaké subjektivní obtíže Vám onemocnění způsobuje?

„Cítím se sama. Nikdo nechápe moje obtíže. Nedokážu se z ničeho radovat. Cítím smutek. Jsem bez motivace začít i dodělat jakoukoli práci. Přepadá mě nepřekonatelná únava, jen bych spala. Nechci s nikým mluvit ani nikoho vidět. Hlavou se mi honí katastrofické myšlenky. Všechno hodnotím negativně.“

Jaké objektivní obtíže Vám onemocnění způsobuje?

„ Vyhodili mě ze zaměstnání, protože jsem nebyla schopná dodržovat pracovní dobu. Přišla jsem o většinu přátel, když jsem s nimi přerušila během epizody deprese veškeré kontakty. Nemohu si dávat dlouhodobé cíle, protože vím, že je nedokončím, když by se nemoc vrátila. Také jsem hodně přibrala, jak jsem o sebe přestala pečovat.“

Jak vnímáte svou duševní poruchu?

„ Jako prokletí. Pořád si říkám, proč tohle onemocnění potkalo zrovna mě. Vadí mi, že lidé nechápu, že jsem nemocná ne líná“

Jakými metodami psychoterapie jste doposud prošel/a?

„ Zkoušela jsem individuální hlubinně orientovanou terapii, ale nevyhovoval mi psychoterapeut. Chvíli jsem navštěvovala skupinovou terapii, kde byli lidé s různými poruchami nálady. Ve skupině jsem se ale nedokázala projevit, měla jsem pocit, že mi to nic nedává. Naopak mi bylo hůř, když jsem poslouchala příběhy ostatních smutných lidí.“

Vedly některé formy psychoterapie ke zlepšení Vašeho stavu?

„Nejdříve mi individuální sezení s terapeutem pomáhala, ale epizoda deprese se stejně vrátila. Nyní chodím na psychoterapii pomocí koně a poprvé můžu říct, že se cítím dobře.“

V čem je PPK lepší než jiné formy psychoterapie, které jste absolvoval/a?

„Baví mě kontakt s koněm a to, že o něj mohu pečovat. Do stáje se vždy těším, což se mi při jiných terapiích nestávalo. Seznámila jsem se s milými lidmi, kteří mají rádi zvířata, a moji nemoc vůbec neřeší. Poznala jsem i další lidi trpící depresí, kteří mi ukázali, že nejsem jediná, kdo musí s touto nemocí bojovat. Také je zlepšení mého stavu oproti jiným terapiím dlouhodobější.“

Jak jste se o psychoterapii pomocí koně dozvěděl/a?

„Kamarádka, se kterou chodím venčit psy, mi řekla o možnosti přihlásit se na hiporehabilitaci. Sama jsem si našla místo, kam na psychoterapii pomocí koně docházím.“

Jak dlouho a jak často na PPK docházíte?

„Již pět let chodím pravidelně jednou týdně. Někdy mi to samozřejmě zdravotní stav neumožní, ale od té doby, co navštěvuji tuto terapii, jsem nebyla hospitalizovaná na psychiatrii. Menší propady nálady už zvládnou sama.“

Jaké emoce během PPK zažíváte?

„Hlavně radost. Dělán něco, co mě baví. Na každou terapeutickou hodinu se těším. Koně mi přinášejí rozptýlení“

Jakou činnost v rámci PPK máte nejraději?

„Celkově péči o koně, tedy hřebelcování a česání hřívky a ocasu. Ráda koně pohladím a občas si s ním i povídám. Baví mě sledovat koně ve výběhu.“

Co pozitivního Vám PPK přinesla?

„Našla jsem motivaci do života a nové přátele. Také jsem méně unavená, než když jsem jen doma ležela v posteli, a to přesto, že práce u koní je fyzicky náročná.“

Domníváte se, že je PPK účinná? Ovlivnila Váš zdravotní stav?

„ Jednoznačně ano. Můj psychický stav se zlepšil. Všimá si toho i okolí. Taky jsem se naučila lépe orientovat ve svých pocitech. Umím rozeznat blížící se příznaky deprese. Při pokleslé náladě, snížené energii a zpomaleném myšlení totiž na mě začne kůň jinak reagovat. Mohu tedy včas zareagovat, například se domluvit s psychiatrem na zvýšení dávky léků a nenechat tak depresivní epizodu naplno propuknout.“

Po jaké době došlo ke zlepšení Vašeho stavu?

„ Už po několika návštěvách stáje jsem se začala cítit líp.“

Budete v PPK pokračovat?

„ Určitě.“

#### **4.9.2 PACIENT SE SOCIÁLNÍ FObIÍ**

V pořadí druhý rozhovor proběhl s pacientem se sociální fobií.

##### **4.9.12.1 Charakteristika pacienta**

Identifikační údaje pacienta: muž, 24 let, svobodný a bezdětný, vysokoškolák.

Medicínská diagnóza hlavní: sociální fobie spadající pod fobické úzkostné poruchy.

Anamnéza: Pacient si vzpomíná, že už jako malý se stranil kolektivu, nejráději si hrál o samotě. V pubertě mu dělalo velké problémy komunikovat se spolužáky. S ostatními kluky si nerozuměl, nebyl v jejich partě. Několikrát změnil školu z důvodu konfliktů s učiteli, kteří mu vyčítali, že se vyhýbá testům. Myslel si, že je plachý, nenapadlo ho, že může trpět nějakou poruchou. Ale od 17 let ho začaly paralyzovat úzkosti. Strach mu znemožňoval fungovat v běžném životě. Pacientovi byla ve dvaceti letech diagnostikována sociální fobie. Lékař doporučil anxiolytickou léčbu a doporučil kognitivně – behaviorální terapii ve skupině. Pacient popisuje hlavní obtíže jako strach z cizích lidí, z jejich hodnotících pohledů a neschopnost s nimi mluvit. Když už mluvit začne, hovoří velmi tiše a pomalu, dívá se do země. Nemůže jezdit hromadnou dopravou, neboť na něj v autobuse všichni koukají. Myslí si, že ho budou pomlouvat a smát se mu. Sám o sobě říká, že je inteligentní a studium mu jde. Nyní studuje vysokou školu technického směru. Velký problém mu dělá téma jednak během prezentací před spolužáky, jednak při zkouškách před profesory. Ve zkouškovém období má problém

dostavit se ke zkoušení, přestože se učil a látce rozumí. Bojí se, že nebude schopný před zkoušejícím mluvit. Úzkost se projevuje i fyzicky, pacient se potí, červenají mu tváře, třese se, je mu špatně a má pocit, „že mu vybuchne srdce“. Nikdy neměl přítelkyni, nedokáže totiž ženy oslovit, natož s nimi navázat intimní vztah. Na psychiatrickém oddělení nikdy hospitalizován nebyl.

Historie psychoterapie a rehabilitace: Pacient na doporučení ošetřujícího psychiatra navštěvoval individuální i skupinovou kognitivně – behaviorální terapii. Expoziční techniky a metody práce s automatickými negativními myšlenkami mu pomohly. Psychoterapii pomocí koně navštěvuje společně s pacientem, kterého potkal v terapeutické KBT skupině. Je to pro něj forma expozice.

Situační analýza: Pacient se v době rozhovoru nachází v posledním ročníku studia na vysoké škole. Pociťuje obavy ze státních zkoušek, ale strach není panický, jako býval dříve. Pacient řekl, že „chce dokázat, že na to má“ a proto se rozhodl absolvovat psychoterapii pomocí koně. Je to pro něj velká výzva, neboť práce ve skupině lidí a kolem koní přináší mnoho expozičních situací. Pacient věří, že se díky psychoterapii pomocí koně naučí lépe jednat v běžném životě.

#### **4.9.12.2 PŘEPIS ROZHOVORU**

Jakým duševním onemocněním trpíte?

„Mám sociální fobii, neurotickou poruchu.“

Jak dlouho pociťujete psychické obtíže?

„No, v podstatě už jako dítě jsem byl vystrčený z kolektivu. V pubertě se začaly rozdíly mezi mnou a jinými kluky ve škole prohlubovat. Asi od sedmnácti let mi začala nemoc komplikovat běžné fungování v životě.“

Jak dlouho máte stanovenou psychiatrickou diagnózu?

„Od dvaceti let navštěvuji psychiatra.“

Kolik je Vám let?

„Je mi 24 let.“

Jak byste sám sebe popsal/a?

„ Jsem nesmělý a dost stydlivý. Určitě jsem introvert, nerad jsem středem pozornosti. Rozhodně nejsem týmový hráč. Vždy jsem byl individualista.“

Máte rád/a zvířata?

„ Mám k nim neutrální vztah. Domácí zvíře jsem nikdy neměl. Až teď díky psychoterapii pomocí koně mám ke zvířatům bližší vztah.“

Jak vnímáte jiné lidi?

„ Nerozumím jim a vlastně se jich bojím. Nedělá mi dobře dívat se ostatním do očí. Nemůžu říct, že bych zažil nějakou šikanu nebo mi někdo provedl něco zlého. Ale od mala mám problém s jinými lidmi komunikovat. Celý život jsem chtěl být pro ostatní neviditelný. Teď se to zlepšilo a dokonce mám pár přátel. S rodinou je to jiné, s nejbližšími se mi mluví snáze.“

Jak si myslíte, že Vás vnímá okolí?

„ Asi jako podivína, který nemluví a jeho jediným zájmem jsou počítače a vůbec technika.“

Jaké subjektivní obtíže Vám onemocnění způsobuje?

„ Ve společnosti mívám často pocit úzkosti a strachu. Vlastně ani pořádně nevím proč. Cítím, jak se červenám a potím. Hodně silně mi buší srdce. Celkově mi není dobře.“

Jaké objektivní obtíže Vám onemocnění způsobuje?

„ Sociální fobie mi dost komplikuje studium na vysoké. Mám problém se zápočty a zkouškami nebo s prezentací nějakého tématu před spolužáky. Dříve se mi stávalo, že jsem na zkoušku ani nedorazil, protože jsem se bál, že selžu. Taky mám problém jezdit metrem nebo autobusem. Vadí mi to množství lidí kolem, myslím si, že mě pomlouvají, jak vypadám a jak se chovám. Také mi dělá problém zajít na úřad. Třeba jen poslat dopis na poště jsou pro mě muka. No a co se týká osobního života, nikdy jsem neměl přítelkyni. Holkám se vyhýbám, protože se stydím. Bojím se, že budu trapný a holka mě odmítne.“

Jak vnímáte svou duševní poruchu?



„ Dlouho jsem si myslel, že je to osobnostní charakteristika, se kterou nemůžu nic dělat. Až ve dvaceti jsem se dozvěděl, že trpím sociální fobií a pomocí různých technik s ní můžu bojovat a svůj stav trochu zlepšit. Nicméně i teď mě onemocnění limituje v dosti věcech.“

Jakými metodami psychoterapie jste doposud prošel/a?

„ Zkoušel jsem individuální i skupinovou kognitivně – behaviorální terapii. Tuto terapeutickou metodu mi na moji poruchu doporučil psychiatr, ke kterému chodím.“

Vedly některé formy psychoterapie ke zlepšení Vašeho stavu?

„ Techniky KBT terapie mi pomohly, naučil jsem se s úzkostnými stavy pracovat. Snažím se jimi řídit. Hlavně se záměrně nevyhýbat společenskému kontaktu.“

V čem je PPK lepší než jiné formy psychoterapie, které jste absolvoval/a?

„ Během psychoterapie pomocí koně procházím různými expozicemi. To je stejné jako při KBT terapii. Nejdříve jsem nechtěl s ostatními ve skupině mluvit, tak jsem mluvil na koně. Po nějaké době jsem se trochu rozmluvil i s lidmi. Hlavně jsem se naučil pomáhat ostatním a nebát se požádat o pomoc. Samotný člověk často nezvládne nandat koni ohlávku, tak musí poprosit někoho dalšího, aby mu pomohl. Pobyt u koní mě opravdu donutil začít komunikovat s lidmi.“

Jak jste se o psychoterapii pomocí koně dozvěděl/a?

„ Na ten nápad přišel kamarád, kterého jsem poznal na skupinové KBT terapii. Ke koním jsme začali chodit spolu.“

Jak dlouho a jak často na PPK docházíte?

„ Jednou týdně necelý rok.“

Jaké emoce během PPK zažíváte?

„ Pozitivní. I když se občas objeví úzkost, rychle odezní. Cítím víc sebedůvěry a mám radost, že se dokážu před koněm prosadit. Méně se stydím. Koně mi ukázali, že se před nimi nemusím cítit trapně. Zkousím se tak cítit i před lidmi.“

Jakou činnost v rámci PPK máte nejraději?

„ Rád koně v kruhové ohradě lonžuji nebo si s koněm povídám.“

Co pozitivního Vám PPK přinesla?

„ Určitě si více věřím. Naučil jsem se prosadit si vlastní názor. Konečně mohu alespoň trochu komunikovat s lidmi, nedělá mi takový problém zajít na nákup nebo vyřídit něco na úřadě.“

Domníváte se, že je PPK účinná? Ovlivnila Váš zdravotní stav?

„ Účinná je, mně pomohla.“

Po jaké době došlo ke zlepšení Vašeho stavu?

„ První dva měsíce terapie jsem měl úzkosti pořád dost silné. Koní jsem se i trochu bál. Už jsem to chtěl vzdát a z terapie odejít. Ale zůstal jsem a teď jsem za to rád. Zlepšení stavu přišlo asi po třech měsících. Od té doby jsou úzkosti a obavy mírnější.“

Budete v PPK pokračovat?

„ Ještě nevím. Tato terapie mi ale ukázala, že zvládnou mnohem víc, než jsem si myslel. Takže možná zkusím ještě něco náročnějšího.“

#### **4.9.3 PACIENTKA S MENTÁLNÍ BULIMIÍ:**

Poslední rozhovor probíhal s pacientkou s mentální bulimií.

##### **4.9.13.1 CHARAKTERISTIKA PACIENTKY**

Identifikační údaje pacienta: žena, 30 let, svobodná, bezdětná, absolventka taneční konzervatoře

Medicínská diagnóza hlavní: mentální bulimie řadící se mezi poruchy příjmu potravy.

Anamnéza: Pacientka se od mládí věnuje baletu, na který ji přihlásila matka. Maminka je podle pacientky velmi ambiciózní a přísná. Z dcery si přála mít úspěšnou primabalerínu. Pacientka byla pohybově velmi nadaná a věřila, že se stane profesionální baletkou. Do puberty měla pacientka drobnou postavu, ideální pro tanec. Ve dvanácti letech jí oproti ostatním dívkám narostla větší prsa a boky. Pacientka nechtěla být tlustá, protože baletky jsou přeci hubené. Začala se omezovat v jídle. Od patnácti let držela různé diety včetně striktního půstu. Období diet se začala střídát se záchvaty přejídání,

kdy byla schopná zkonsumovat velké množství jídla naráz. Po nějaké době se naučila jídlo vyzvracet. Koloběh diet a přejídání vedl k silným pocitům viny. Neustále se zaobírala svým vzhledem a váhou, kterou měla podle BMI v normě. Myslela si, že pokud nebude hubená, bude neúspěšná. Navíc měla dojem, že musí být ve všem nejlepší. Prý si to rodiče přejí a jinak ji nebudou mít rádi. Kolem 18 let byly myšlenky týkající se jídla a vlastního vzhledu, tak silné a nutkavé, že si obtíž všimla její rodina. Rodičům se s problémy svěřila. Doteď si myslí, že je zklamala. Pacientka se dostala do péče psychiatra a byla jí diagnostikována porucha příjmu potravy mentální bulimie. V tuto dobu přestala tančit, protože jak sama říká „když nebude nejlepší, nemá to cenu vůbec“. Začala se stranit společnosti, i když předtím byla v kolektivu oblíbená a měla mnoho přátel.

Historie psychoterapie a rehabilitace: Pacientka docházela na individuální analyticky orientovanou psychoterapii, kterou po čase opustila. Nedokázala před terapeutkou otevřeně mluvit o svých pocitech a problémech. Byla jí nabídnuta možnost rodinné terapie. Tu rodina absolvovala, dle slov pacientky však bez viditelného zlepšení stavu. Nakonec si sama zvolila psychoterapii pomocí koně. Blízkost koně se jí tak zalíbila, že si pořídila vlastního a nyní se ve volném čase věnuje jezdeckví.

Situační analýza: V době vzniku rozhovoru není na pacientce duševní porucha mentální bulimie vůbec znát. K baletu se profesně nevrátila, pracuje v administrativě. Ve volném čase se naplno věnuje koním, ke kterým se dostala díky psychoterapii pomocí koně. Pacientka už nemá neustálé nutkavé myšlenky týkající se jídla, nehlídá si tolik svoji váhu a záchvaty přejídání se už skoro neopakují.

#### **4.9.13.2 PŘEPIS ROZHOVORU**

Jakým duševním onemocněním trpíte?

„Mám mentální bulimii, což je jedna z poruch příjmu potravy.“

Jak dlouho pociťujete psychické obtíže?

„Prakticky celé dospívání. Od té doby, co se mi v pubertě změnila postava. Asi od 12 let.“

Jak dlouho máte stanovenou psychiatrickou diagnózu?

„Když mi bylo osmnáct, byla jsem poprvé u psychiatra.“

Kolik je Vám let?

„ 30 let.“

Jak byste sám sebe popsal/a?

„ Jsem perfekcionistka, snažím se dělat všechno co nejlíp. Často mám ale pocit, že jsem neschopná a nepřítažlivá a že se nikomu nelíbím, protože jsem při těle.“

Máte rád/a zvířata?

„ Velmi. Zbožňuju koně. Více jsem je poznala až díky psychoterapii pomocí koně. Teď u nich trávím skoro všechnen volný čas. Nedávno jsem si pořídila i vlastního koně.“

Jak vnímáte jiné lidi?

„ Myslím si, že jsou povrchní. Většina lidí posuzuje ostatní jen podle vzhledu a vůbec je nezajímá, jací doopravdy jsou.“

Jak si myslíte, že Vás vnímá okolí?

„ Jako tichou a nekonfliktní holku. Nehádám se. Jsem dost skromná a nenápadná.“

Jaké subjektivní obtíže Vám onemocnění způsobuje?

„ Jak jsem neustále držela diety, přejídala se a zvracela, tak mám zhoršené zažívání. Často je mi nevolno.“

Jaké objektivní obtíže Vám onemocnění způsobuje?

„ Vyhýbám se společným večeřím s přáteli, protože i když se moje porucha velmi zlepšila, stále mi dělá problém jíst na veřejnosti. Kvůli bulimii jsem přestala dělat spoustu volnočasových aktivit, protože jsem myslela jen na jídlo a na nic jiného nezbýval čas. Časté zvracení způsobilo, že mám špatný stav zubů a žaludeční potíže.“

Jak vnímáte svou duševní poruchu?

„ Mám pocit, že si za ni můžu sama. Dlouho jsem svoje potíže nevnímala jako duševní poruchu. Dnešní média nám prezentují, že jen hubené a krásné, jsou úspěšné a šťastné. Mrzí mě, že jsem tomu sama uvěřila.“

Jakými metodami psychoterapie jste doposud prošel/a?

„ Vyzkoušela jsem individuální analyticky orientovanou psychoterapii. Chvíli jsme s rodiči chodili i na rodinnou terapii. Nejvíc mi vyhovovala psychoterapie pomocí koně.“

Vedly některé formy psychoterapie ke zlepšení Vašeho stavu?

„ Určitě mi pomohla terapie s koňmi. Jiné terapie s mým psychickým stavem nic moc neudělaly.“

V čem je PPK lepší než jiné formy psychoterapie, které jste absolvoval/a?

„ Pro mě asi v tom, že se pracuje se zvířetem. Koně mám opravdu ráda. U lidí se bojím, že budou soudit to, jak vypadám. Kůň vaši vizáž neřeší, chová se k vám podle toho, jak se chováte vy k němu. Když jste hodní, je na vás hodný i kůň. Navíc pohyb na koni nenásilně zlepšuje moji tělesnou kondici. Dokonce jsem ježděním a prací u koní zhubla bez držení diet. U koní si vyčistím hlavu a nemyslím na jídlo a svoji váhu.“

Jak jste se o psychoterapii pomocí koně dozvěděl/a?

„ Sama jsem tuto formu terapie objevila na Internetu.“

Jak dlouho a jak často na PPK docházíte?

„ Dva roky jsem psychoterapii pomocí koně absolvovala dvakrát týdně. Dnes mám vlastního koně, u kterého jsem téměř denně. Není to sice cílená terapie vedená terapeutem, ale i tak mi blízkost koně pomáhá.“

Jaké emoce během PPK zažíváte?

„ Jsem vysloveně šťastná. Při jízdě na koni se cítím svobodně a uvolněně. Je to skvělá relaxace.“

Jakou činnost v rámci PPK máte nejraději?

„ Vyjížděku do přírody.“

Co pozitivního Vám PPK přinesla?

„ Našla jsem v koni nejlepšího kamaráda a terapeuta. Objevila jsem činnost, která mne opravdu baví. Seznámila jsem se s příjemnými lidmi. Mám pocit, že někam patřím. Už se tolik nezabývám svým vzhledem.“

Domníváte se, že je PPK účinná? Ovlivnila Váš zdravotní stav?

„ V mém případě byla účinná stoprocentně.“

Po jaké době došlo ke zlepšení Vašeho stavu?

„ Prakticky ihned po prvních terapeutických hodinách se mi psychika a vůbec kvalita života zlepšila. Navíc toto zlepšení trvá už velmi dlouho.“

Budete v PPK pokračovat?

„ Nepokračuji přímo v psychoterapii pomocí koně. Koně mě však tak oslovili, že jsem si pořídila vlastního. Jezdectví se věnuji skoro každý den.“

#### **4.10 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT OD RESPONDENTŮ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ROZHOVORU**

Odpovědi všech respondentů byly zaznamenány a následně doslovně přepsány. Průzkumné otázky byly pečlivě sestaveny tak, aby se zaměřovaly na oblast duševního zdraví a psychoterapeutické metody využívající koně jako koterapeuta. Rozhovory probíhaly za standardních podmínek v klidném prostředí mimo psychiatrické oddělení nemocnice. Autorka průzkumu předem věděla, jak reagovat, pokud by respondent na danou otázku neuměl odpovědět.

S ohledem na zvolené cíle průzkumu byl vybrán standardizovaný typ rozhovoru. Rozhovor byl předem připravený, výzkumník odpovědi respondentů zaznamenával, a poté doslovně přepsal, aby se mu se získanými daty lépe pracovalo. Rozhovor byl individuální, probíhal pouze mezi autorkou průzkumu a respondentem. Nikdo třetí nebyl přítomen. Všichni respondenti věděli, že jsou součástí výzkumu, rozhovor byl otevřený.

Při interpretaci údajů zjištěných během rozhovorů byl kladen důraz na odbornost. Během průzkumu se postupovalo podle předem vypracovaného organizačního rámce. Autorka průzkumu se s respondenty dohodla na místě, kde bude rozhovor probíhat. Respondenti byli seznámeni s časovou náročností rozhovoru. Od respondentů byl získán souhlas zpracovat nahrané rozhovory a zveřejnit jejich interpretace v bakalářské práci. Respondenti si však přáli zůstat v anonymitě.

Časově nejnáročnější etapou průzkumu bylo zpracování a analýza získaných dat. Postupovalo se systematicky. Výsledky byly předloženy s ohledem na předem stanovené cíle. Vyvozené závěry a náměty pro diskuzi vychází ze zjištěných dat.

Analýza přepisu rozhovorů potvrdila, že psychoterapie pomocí koně má nesporné pozitivní účinky na stav duševního zdraví a celkově na kvalitu života pacientů s psychiatrickým onemocněním. Respondenti vstupovali do průzkumu s tím, že trpí různými duševními poruchami projevujícími se rozdílnými obtížemi. Rozhovory ukázaly, že respondenti trpí jinými subjektivními i objektivními příznaky duševního onemocnění a že psychoterapie pomocí koně jim přináší rozdílné benefity.

Pacientka s rekurentní depresivní poruchou vyzdvihla zejména to, že ji dodržování pevně stanoveného řádu a režimu při terapii pomocí koně pomáhá s kolísáním nálady a že je díky této formě terapie méně emočně labilní. Depresivní pacientka si prostřednictvím psychoterapie pomocí koně uvědomila, že není neschopná, pouze nemocná. A že nejde o neměnný stav. Dále ji psychoterapie pomocí koně naučila rozpoznat prodromální syndromy depresivní epizody a tím pádem řešit depresivní ataku dříve než propukne naplno.

Pacient se sociální fobií ocenil to, že se prostřednictvím psychoterapie pomocí koně posílila spolupráce mezi ním a terapeutem. Začal se tedy na léčbě aktivně podílet, zatímco předtím byl velmi pasivním. Neurotický pacient velmi ocenil to, že se mu zvýšilo sebevědomí, zejména díky zmírnění problémů komunikovat s jinými lidmi. Pro pacienta byl také důležitý nácvik sociálních dovedností, který mu tato terapie umožnila. Psychoterapie pomocí koně se pro pacienta stala výzvou, že pokud ji zvládne absolvovat, bude i v běžném životě lépe fungovat.

Pacientka s mentální bulimií našla díky psychoterapie pomocí koně motivaci. Naučila se lépe pracovat s automatickými negativními myšlenkami týkajícími se obrazu jejího vlastního těla. Terapii oceňovala jako relaxační metodu.

Pro všechny tři respondenty platí, že u nich psychoterapie pomocí koně zabraňuje možnému relapsu jejich onemocnění. Pacientce s mentální

bulimií a pacientce s rekurentní depresivní poruchou pomáhá pevně daný režim u koní a to, že se na psychoterapii pomocí koní těší. Pacient se sociální fobií těžší z toho, že je pro něj tato terapie jistou formou neustálých expozičních, které musí překonávat.

Všichni respondenti také díky psychoterapii pomocí koně získali konstruktivnější pohled na svět. Naučili se nevyhýbat mezilidským situacím a sdělovat své pocity a názory. Dotazovaní pacienti jsou díky psychoterapii pomocí koně více asertivní, neprožívají úzkost tak intenzivně a začali se vnímat realističtěji.



## 5 DISKUZE

### 5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jelikož byl průzkum proveden kvalitativní metodou, není možné získaná data empiricky zpracovat a výsledky průzkumu zobecnit na široké spektrum pacientů trpících duševním onemocněním. Nelze tedy tvrdit, že je psychoterapie pomocí koně vhodnou metodou pro všechny duševně nemocné, kteří navíc trpí rozdílnými chorobami. Snahou práce je spíše tuto formu podpurné léčby propagovat.

Vhodné by bylo rozšířit informace o psychoterapii pomocí koně a hiporehabilitační činnosti vůbec mezi zdravotnický personál. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů zajišťuje vzdělávání v oboru ošetrovatelské péče v psychiatrii. Tato vysoce specializovaná ošetrovatelská činnost klade na sestry veliké nároky. Sestry pracující s psychiatricky nemocnými respektují osobu nemocného, dokážou identifikovat potřeby a pocity pacientů, zvládají efektivní komunikaci, jsou schopné zachovávat hranice vztahu s pacienty, umí vhodně edukovat pacienta i jeho blízké, mají schopnost sebereflexe a v neposlední řadě jim nejsou cizí psychoterapeutické přístupy a krizová intervence. Proto by bylo vhodné přemýšlet o začlenění všeobecných sester mezi kvalifikované terapeuty hiporehabilitace.

Všeobecná sestra s absolvovaným psychoterapeutickým výcvikem a zájmem o psychiatrické ošetrovatelství by mohla být vhodným adeptem na pozici terapeuta při psychoterapii pomocí koně.

## ZÁVĚR

„Ošetřování nemocných jest úkolem těžkým, dvakrát, třikrát těžším, jedná-li se o ošetřování choromyslných“ ( Hraše, 1907).

V dnešní uspěchané době roste počet pacientů s psychiatrickým onemocněním. Dochází k nejrůznějším změnám v organizaci psychiatrické péče. Snahou této práce bylo identifikovat potřeby a pocity nemocných tak, aby mohly být psychiatrické služby vhodně rozšířeny a nabízely pestré možnosti léčby, terapie a rehabilitace pacientů.

V textu byl představen obor hiporehabilitace, problematika ošetřovatelství v psychiatrii i vybrané duševní poruchy. Prozkoumána byla pozitivní role koně jako koterapeuta pomáhajícího pacientům v jejich boji s nemocí. Pomocí průzkumu se potvrdily různorodé léčebné účinky psychoterapie pomocí koně.

Psychoterapie a psychoterapeutický přístup vůbec jsou pro zkvalitnění života lidí s duševním onemocněním stejně důležité jako léčba farmaky. Základními prostředky psychoterapií je vztah a komunikace s pacientem.

Snahou této práce bylo ukázat, že psychoterapie pomocí koně sice není zázračnou metodou podpůrné léčby pro všechny osoby s duševním onemocněním, ale že určité skupině pacientů může pomoci snižovat pocit úzkosti, strachu a neustálých obav. Některým nemocným zase pomáhá s adaptací na tíživou životní situaci. Pro některé se může stát klíčem k vyrovnání se se stigmatizujícím onemocněním.

Využití koní v psychiatrickém ošetřovatelství by se mělo stát běžnou součástí léčebného a rehabilitačního procesu. Pro určitou skupinu pacientů s duševní poruchou, která je definována jednak osobnostními rysy nemocných, jednak psychiatrickou diagnózou, může mít kontakt s koněm až „zázračné“ léčebné účinky.

Duševní porucha bývá stav neměnný, který se může jistými okolnostmi zlepšit. Nemusí však dojít k úplnému vyléčení. Společnost k psychiatrickým pacientům často nepřístupuje jako k „normálním“ lidem. I přes veškerou možnou integraci zůstávají lidé s duševní poruchou znevýhodnění. Vyjít z tohoto hendikepu je složité. Snahou práce bylo ilustrovat na příkladech vybraných pacientů hypotézu, že k nahlédnutí na vlastní onemocnění a přijmutí nemoci jako jedné z charakteristik sobě vlastních, může přispět kůň.

## SEZNAM LITERATURY

ČERNÁ-RYNEŠOVÁ, P., 2011. *Když kůň léčí duši, aneb metodika hiporehabilitace zaměřená na klienty s duševním onemocněním*. První vydání. Pardubice: Direkte. ISBN 978-80-260-2897-0.

DUŠEK, J. a kol., 2011. *Chov koní*. Druhé přepracované vydání. Praha: Brázda. ISBN 978-80-209-0388-4.

DUŠEK, K. a A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Druhé přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-9.

HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2015. *Psychologický slovník*. Třetí aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.

HEMPFLING, K. F., 2007. *Tanec s koňmi*. Praha: Brázda. ISBN 80-209-0351-8.

HOLLÝ, K. a K. HORNÁČEK, 2005. *Hipoterapie. Léčba pomocí koně*. První vydání. Ostrava: Montanex. ISBN 80-7225-190-2.

JACOBI, J. S., 2013. *Psychologie C. G. Junga*. Druhé vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0353-7.

JEBAVÝ, L. a kol., 2012. *Etika chovu a etologie zvířat*. První vydání. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze. ISBN 978-80-213-2282-0.

JISKROVÁ, I., V. CASKOVÁ a T. DVOŘÁKOVÁ, 2012. *Hiporehabilitace*. Druhé přepracované vydání. Brno: Mendelova univerzita v Brně. ISBN 978-80-7375-635-2.

KOHANOV, L., 2014. *Tao koně. Cesta ženy k uzdravení a transformaci*. První vydání. Praha: Synergie. ISBN 978-80-7370-266-3.

KOHANOV, L., 2014. *Tao koně*. První vydání. Synergie Publishing. ISBN 978-80-7370-266-3.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2011. *Standardy kvality pro aktivity s využitím koní*. Česká hiporehabilitační společnost.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2013. *Standardy kvality pro psychoterapii pomocí koně*. Česká hiporehabilitační společnost.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2015. *Oficiální slovník České hiporehabilitační společnosti*. Aktualizované vydání. Česká hiporehabilitační společnost.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2015. *Standardy kvality hipoterapie*. Česká hiporehabilitační společnost.

KRCH, F. D. a J. ŠVÉDOVÁ, 2013. *Příručka pro zdravotníky*. První vydání. Brno: Občanské sdružení Anabell. ISBN 978-80-905436-5-2.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NAVRÁTIL, J., 2007. *Základy chovu koní*. Třetí přepracované vydání. Praha: Ústav zemědělských a potravinářských informací. ISBN 978-7271-186-4.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Čtvrté doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

NERANDŽIČ, Z., 2006. *Animoterapie aneb jak nás zvířata umí léčit*. První vydání. Praha: Albatros. ISBN 80-00-01809-8.

OCISKOVÁ, M., J. PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5199-3.

ODENDAAL, J. S. J., 2007. *Zvířata a naše mentální zdraví*. První vydání. Praha: Brázda. ISBN 978-80-209-0356-3.

PETR, T., E. MARKOVÁ a kol., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

PETR, T., E. MARKOVÁ a kol., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii. První vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

PRAŠKO, J. a M. HOLUBOVÁ, 2017. *Sociální fobie a její léčba*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5841-1.

SVOBODOVÁ, I. a kol., 2009. *Zoorehabilitace a aktivity se zvířaty pro rozvoj osobnosti*. První vydání. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze. ISBN 978-80-213-1912-7.

VELEMÍNSKÝ, M., 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. ISBN 978-80-7322-109-6.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. Desáté vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

## **PŘÍLOHY**

### **Příloha A – Souhlas respondentů průzkumu**

Prohlašuji, že jsem podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Terapie za pomoci koní a její využití v ošetřování pacientů s psychiatrickým onemocněním zpracovala z pohledu všeobecné sestry v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 se souhlasem všech pacientů účastnících se průzkumu.