

**Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta filozofická**

Diplomová práce

Výklady ke zdravotnické a psychologické problematice závislosti

Helena Dachová

Plzeň 2017

**Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta filozofická**

Katedra filozofie

**Studijní program Humanitní studia
Studijní obor Evropská kulturní studia**

Diplomová práce

**Výklady ke zdravotnické a psychologické problematice závislosti
Interpretations to Medical and Psychological Problems of
Addiction**

Helena Dachová

Vedoucí práce: *PhDr. Jaromír Murgaš, CSc.*

Katedra filozofie
Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu.

Plzeň, duben 2017

.....

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Jaromíru Murgašovi, CSc., za odborné vedení, ochotu, trpělivost, podporu a laskavý přístup. Dále bych chtěla poděkovat rodině a přátelům za velkou podporu při studiu.

Obsah

Prohlášení:.....	3
1. Úvod.....	4
2. Klasifikace závislosti.....	6
2. 1. Závislost na návykových látkách.....	9
2. 1. 1. Závislost na alkoholu.....	10
2. 1. 2. Průběh alkoholismu.....	12
2. 1. 3. Závislost na ilegálních návykových látkách.....	14
2. 2. Návykové a impulzivní poruchy.....	15
2. 2. 1. Patologické hráčství.....	16
2. 2. 2. Závislost na sexu.....	17
2. 2. 3. Závislost na práci.....	18
2. 2. 4. Patologické nakupování.....	18
2. 3. 1. Poruchy příjmu potravy.....	20
2. 3. 2. Bulimie.....	20
2. 3. 3. Mentální anorexie.....	21
2. 4. 1. Abúzus látek nevyvolávajících závislost.....	22
3. Současný přístup k závislostem	23
3. 1. Nástin historického vývoje.....	23
3. 2. Bio-psycho-sociální model.....	25
3. 3. Vývoj bio-psycho-sociálního modelu směrem k spiritualitě.....	27
4. Biologické predispozice.....	29
4. 1. ADHD Syndrom.....	31
5. Farmakoterapie.....	32
6. Psychologické a terapeutické přístupy.....	35
6. 1. Psychoterapie.....	35
6. 2. Kognitivně – behaviorální terapie.....	38
6. 3. Komunitní přístup.....	43
6. 4. Anonymní alkoholici.....	47
6. 5. Apolinářský model.....	49
6. 6. Význam rituálů při léčbě závislostí.....	52
7. Alternativní přístupy	53
7. 1. Holotropní dýchání	53
8. Sociální aspekt v léčbě závislostí.....	56
8. 1. Závislost a vztahy.....	57
8. 2. Konflikt mezi autonomií a autoritou.....	59
8. 3. Závislost a samota.....	61
8. 4. Pomoc a podpora závislým.....	63
9. Spiritualita.....	64
9. 1. Filosofie AA a její vztah k spiritualitě.....	66
10. Závěr.....	71
Seznam použité literatury a pramenů.....	73
Časopisy a jiné zdroje:.....	74
Elektronické zdroje.....	75
Abstract.....	77
Příloha č. 1	78
Příloha č. 2.....	80
Příloha č. 3.....	81
Příloha č. 4.....	90
Příloha č. 5.....	91

1. Úvod

Tato práce je věnována výkladům a modelům, které se týkají problematiky závislosti. Závislost je pojem, pro který existuje mnoho interpretací. Cílem práce je objasnění tohoto pojmu a představení jednoho z možných řešení v podobě bio-psycho-socio-spirituálního modelu dané problematiky se zaměřením na závislost obecně. Poznatky jsou čerpány z literatury našich předních odborníků na daný jev, zejména z knih a odborných článků Karla Nešpora, Petra Popova, Kamila Kaliny a Stanislava Kudrleho, ale i dalších českých i zahraničních odborníků. Práce je zaměřena převážně teoreticko-popisně, ale obsahuje i řadu vlastních poznatků a zkušeností, přičemž využívá i pohledů, které jsou neodborné širší veřejnosti zřejmě méně známé. V práci jsou popsány jak příčiny a kořeny problematiky, tak i východiska až po úroveň filosofických otázek ve vztahu spiritualita a závislost.

V úvodní části práce je věnována pozornost klasifikaci a definici závislostí, objasňuje a vymezuje pojmy a odbornou terminologii. Stěžejní část práce zachycuje bio-psycho-sociální model závislosti, přičemž se věnuje každému z přístupů k závislostem v rámci tohoto modelu zvlášť. Zabývá se však také otázkou jeho možného rozšíření, a to na bio-psycho-socio-spirituální model; takové rozšíření je představeno jako sice ne všeobecně přijímané, avšak zřejmě vhodné a potřebné.

V rámci uvedených modelů jsou v práci představeny některé lékařské poznatky a praktické zkušenosti. Pro sběr dat a jejich kompilaci byly využity různorodé vědní obory od genetiky až po psychologii s následným zpracováním zaměřeným k tématu této práce. Nejvíce poznatků je čerpáno z adiktologie, tedy vědního oboru, který je transdisciplinární povahy, ovšem právě se zaměřením na dimenzi závislosti.¹

Předkládaná práce je popisně-teoretická, nicméně v příloze jsou uvedeny dva rozhovory s informovaným souhlasem a etikou výzkumu, na které se během výkladu odkazují, a které mají podpořit výsledek práce. Práce je dále zaměřena na závislost obecně, nicméně jako propojující linie jednotlivých částí slouží kazuistika alkoholové závislosti. V této případové studii vycházím i z vlastních praktických zkušeností, které mne v práci vedly k hledání srozumitelného teoretického náhledu.

Problematicke závislosti, včetně závislosti na alkoholu, je dle jejího výskytu i mého přesvědčení, je stále věnována nedostatečná pozornost. Je zřejmé, že nelze jev, který se ve společnosti fakticky v nových i starých formách stále stupňuje, přehlížet či bagatelizovat. A

¹ <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/34/3903/Klinika-adiktologie-1-LF-UK-v-Praze-a-VFN-v-Praze>

to zejména v kontextu posouvání závislostí na stále nižší věkovou skupinu. Proto je v rámci prevence důležité se blíže seznámit s tím, co závislost znamená. A jaké má, nebo může mít následky.

Tím, jak se modernizuje náš život, dochází k tomu, že se tvoří nové a nové typy závislosti. Lidská přirozenost je komerčně zneužívána. Mezilidské vztahy se mnohdy stále častěji omezují na klikání na sociálních sítích. Vzniká nová závislost na informačních technologiích. Média, která ovlivňují vnímání naší skutečnosti, poukazují na závislost především látkovou, tedy na alkoholismus a na drogovou závislost. Vyhledávají skandální a extrémní příklady, které zkresleně prezentují široké veřejnosti. Ale tím se problém v jeho hloubce spíše zakryje.

Závislost může být jistě také zčásti definovaná v jisté formě jako přirozená a pozitivní součást života a společnosti. Vyskytuje se na mnoha úrovních a je součástí biologické podstaty existence. Závislostí máme v životě podstatně více, než si připouštíme, neboť zčásti nutně usnadňuje podmínky našeho života i vývoje. Takto je to velkým dílem životní strategie všech živých tvorů, nejen člověka. Nicméně u člověka, jako vysoce vynalézavého a sociálně organizovaného tvora, se vyvinula do různých podob a někdy zjevně hypertrofovaných a nebezpečných podob.

Sám vývoj společnosti byl kontinuálně propojen závislostmi různého druhu, někoho na někom, na nějaké činnosti. Biologické, sociální, psychologické a ovšem i spirituální podmínky existence člověka z nich vlastně vycházejí. Je ovšem důležité, v jaké formě, intenzitě atd. se závislostní vazby objevují. Jestliže formy závislosti v mnoha ohledech zpočátku fungují ve prospěch člověka, pak, pokud je překročena určitá hranice, začíná být závislostní chování degenerativní. A člověk i společnost se dostávají do ohrožení vlastní existence.

V této práci se ovšem nelze věnovat všem těmto aspektům a výzvám. Představuje spíše úvodní, částečně soukromou, částečně veřejnou studii k nalezení základních aspektů problematiky. Hledá metodou syntetické klasifikace východiska k odpovědím především na otázky, jak si dnešní společnost, lékařská věda a specializované obory dokáží poradit se závislostním chováním? Jaké metody naše společnost využívá?

2. Klasifikace závislosti ²

Problematické závislostní chování v souvislosti s návykovými látkami je spojeno s lidmi od nepaměti. Na tento jev ve společnosti poukazuje řada autorů počínaje Platónem přes T. G. Masaryka až podnes. Díky těmto autorům se nám dochovaly střípky toho, jak se v minulosti lidé vyrovnávali se závislostí, s žízni a chorobným toužením. I Masarykův spis *O alkoholismu* dnes můžeme vzít jako vzdělané a významné svědectví, které popisuje stav určité části společnosti z přelomu 19. a 20. století. V práci je velmi zřetelně naznačena souvislost mezi alkoholismem a utrpením. Masaryk pokládal za důležité vzdávat se toho, co uznáme za zlé, oprošťovat se od všeho, co škodí tělu a duchu, zbavovat se špatných návyků, všeho nepřírozeného a zbytečného. Volá po reformě a obnově, protože se domnívá, že v naší společnosti se objevuje příliš mnoho bolesti a utrpení, k němuž dle jeho přesvědčení přispívá nadměrné pití.³

Masarykova práce je nejen dokladem toho, že se problém závislosti na návykových látkách, nejen na alkoholu, ve společnosti stupňoval. Právě díky lidem jako on, kteří byli ochotni o takových věcech mluvit a psát, se skutečně začalo s touto problematikou odborně pracovat. Systematické přístupy a pojmenovávání jednotlivých projevů vedly k vzniku bádání a vědění v této oblasti. Z něj vzešly i definice a klasifikace, které jsou rozepsány v následujících odstavcích.

Fenomén závislosti díky tomu přestal být v nedávné minulosti pouze morálním problémem. Medicinizace a klasifikace závislostí změnila pohled na člověka pijáka, feťáka a náruživého hráče. Profil uživatele návykových látek a jinak závislých lidí se změnil. Již to nejsou vyvrhelé, bezcharakterní a nemorální lidé, stali se z nich pacienti a nemocní. To byla zásadní změna pohledu a možná přímo další základní krok v dějinách lidského vývoje, chápání nás samých. Tím spíše, že počet závislostí se zřejmě v současné době spíše stále rozšiřuje a klade nám tak zcela praktické současné úkoly.⁴ A že nadále opakovaně vyvstává velmi důležitá otázka: zda, či nakolik je závislý morálně odpovědný za své jednání? A jak se postavit k němu a případně i k nám či našim bližním, kteří jsou na pomezí závislosti?

Definice závislosti velmi přehledně předkládá publikace *Návykové chování a*

² V současnosti totiž vědecké postupy a technické vybavení umožňuje zkoumání této problematiky na vyšší úrovni.

³ Masaryk, T. G. *I.O alkoholismu. II. O ethice a alkoholismu*. Brno:Moravskoslezské zem. ústředí Čs. abstinčního svazu, 1938. s.4.

⁴ Stačí vzpomenout na rostoucí závislost na internetu, mobilních aplikacích a adrenalinových sportech atd.

závislost předního českého lékaře, odborníka na problematiku závislosti, Karla Nešpora.⁵ Ten uvádí především definici vytvořenou podle Světové zdravotnické organizace. Právě tato organizace oficiálně ustanovila závislost jako onemocnění a fundovala tak přístup k ní, jak dokládá i oficiální stránka klasifikace nemocí. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - MKN-10 - je výsledkem revize, jejíž přípravu koordinovala Světová zdravotnická organizace (WHO) a na které se podílela řada odborníků a organizací na mezinárodní úrovni.⁶

Definice, čerpaná z uvedené publikace K. Nešpora, tedy zní:

„Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

„Syndrom závislosti (statistický kód Fix.2, na místo x před desetinou tečku se doplňuje látka): Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.“⁷

Kritéria pro vznik syndromu závislosti jsou:

- a) silná touha nebo pocit puzení opakovaně užívat látku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o průběh a množství látky.
- c) tělesný odvykací stav: Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu.
- d) průkazná tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látky, kdy organizmus k dosažení stejných účinku vyžaduje více látky. Tolerance se zvyšuje v případě dlouhodobého užívání. „(jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo, nebo usmrtilo uživatele bez tolerance).“
- e) postupné zanedbávání jiných zájmů a činností, které byly dříve zdrojem uvolnění a radosti, nyní je jediným zájmem získání a užívání návykové látky.
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků, nastávají zdravotní

⁵ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 9.

⁶ <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn-mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu>

⁷ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 10.

komplikace, které jasně vykazují nutné změny v užívání návykové látky.⁸

Je tedy zřejmé, že závislost je zde jednoznačně definována ve vztahu k návykovým látkám. I když v další části práce je věnována pozornost i jiným závislostem, nesporně jsou závislosti na látkách nejdemonstrativnější a budeme z nich nadále vycházet.

Jak Nešpor dále uvádí, diagnóza závislosti by měla být stanovena na základě pozorování v určitém časovém horizontu. Pokud se u pacienta objeví tři a více z uvedených jevů, souběžně a během jednoho roku, pak lze mluvit o syndromu závislosti. Druhé vymezení, na které Nešpor dále poukazuje, pochází od Americká psychiatrická asociace (DSM-IV).⁹ To obsahuje obdobná až identická kritéria definice závislosti. Mezinárodní klasifikace závislosti dále uvádí jednotlivé druhy závislostí a k nim přiřazené kódy:

„F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2. Závislost na opioidech (např. heroin)

F12.2 Závislost na kanabinoidech

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnoticích (tlumivých lécích)

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulantích včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 Závislost na halucinogenech (např. MDMA či-li slangově extáze)

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách“¹⁰

Toto rozdělení je uznáno odborníky, a jeho formální pojetí umožňuje přesnou diagnostiku a zároveň efektivnější způsob léčby.

Jedna z dalších definic závislosti zní poněkud zjednodušeně, nicméně je velmi výstižná a navazuje na předchozí klasifikaci. Petr Popov je primář Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty UK a jako lékař, který se zabývá profesně závislostí na návykových látkách, nejen na alkoholu, má rozsáhlé zkušenosti z praxe. Popov uvádí dílčí definici, v níž konkrétně definuje závislost na alkoholu, nicméně tato definice může být aplikována na závislost obecně. „Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, které postihuje pacienta kromě oblasti zdravotní postupně též v dalších důležitých oblastech jeho

⁸ Tamtéž, s.10.

⁹ Tamtéž, s.10

¹⁰ Tamtéž, s.10.

života.“¹¹ Jeho definice podle mého soudu doplňuje a zásadním způsobem rozšiřuje předchozí definice. Tím zásadním jsou slova chronické a recidivující.¹² Chronické onemocnění je tedy vleklé onemocnění, jehož léčba vyžaduje poměrně dlouhou dobu k stabilizaci pacienta a některé zdroje uvádí chronické jako téměř nevléčitelné.

Další pojem, který uvádí Petr Popov, je recidivující, jehož význam znamená opakující se.¹³ V souvislosti se závislostí jsou to opakující se nežádoucí projevy nemoci, jejich zhoršení a progresse, které výrazně ovlivňují kvalitu života závislého a jeho nejbližšího okolí. Nadměrné a dlouhodobé užívání alkoholu nebo jiných návykových látek vede k negativním změnám fyzického a psychického stavu člověka.¹⁴

Jeden ze znaků závislosti je silná touha či žízeň po užívané látce. V odborné terminologii je používán termín craving neboli bažení. Tato definice je přesněji popsána opět u Nešpora. Termín craving se používá již od roku 1955 a rovněž i v českých podmínkách, nicméně u nás se ustálil výraz bažení. V téže době se rovněž začalo rozlišovat psychické a fyzické bažení. Na základě tohoto rozdělení a pozorování došlo mnohem později k přesnějšímu definování obou typů bažení. Podle Nešpora se tělesné bažení projevuje při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm. Psychické bažení se v mozku projevuje jinak a objevuje se i po delší abstinenci. Při psychickém bažení se v mozku aktivují centra související s emocemi a pamětí. Bažení zhoršuje pozornost a paměť, vede k dennímu snění zaměřenému na návykovou látku.¹⁵

Nešpor zmiňuje objektivně zjistitelné projevy bažení, které zkoumala lékařská věda pomocí přístrojů a systematického pozorování. Uvádí zde nálezy týkající se aktivace určitých částí mozku, oslabení paměti, zhoršení postřehu a pozornosti, záznam elektrické aktivity sítnice, zvýšená tepová frekvence, zvýšená aktivita potních žláz a snížení kožní teploty, vyšší salivace (slinění).¹⁶

2. 1. Závislost na návykových látkách

Předmětem této závislosti jsou chemické či přírodní látky, které upravují prožívání, vnímání a fyzické procesy v těle uživatele. S. Kudrle uvádí jedno zásadní rozdělení:

¹¹ Popov, P. *Alkohol*. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 153.

¹² Slovo chronické má svůj původ v latině, vzniklo z přídavného jména chronicus a znamená týkající se času. <http://latinsky-slovník.latinsky.cz/cesko-latinsky/chronicus.html>

¹³ <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/recidivujici>

¹⁴ Popov, P. *Alkohol*. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.153.

¹⁵ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 12.

¹⁶ Tamtéž, s.12.

historicky nejstarší zkušenosti má člověk s tzv. psychedelickými drogami, které byly spojeny s rituály a s léčením. Historicky mladší zkušenost má člověk s návykovými drogami, které bývají zneužívány příležitostným nebo konzumním způsobem.¹⁷

Další způsob dělení těchto látek je dostupnost a legálnost. Alexander Sotolář zmiňuje legislativní opatření a mezinárodní úmluvy, které omezují výrobu, pěstování, dovoz, vývoz a distribuci omamných a psychotropních látek. Legislativa České republiky omezuje výrobu a povoluje jí jen pro lékařské a vědecké účely.¹⁸

Mezi návykové látky jsou řazeny i substance, které jsou běžně užívané např. alkohol a tabák. Následující kapitoly se věnují rozdělení závislosti na návykových látkách, přičemž je zde kladen důraz na závislost na alkoholu.

2. 1. 1. Závislost na alkoholu

Alkoholová závislost má mnoho specifík, podle kterých je možné přiblížit závislost obecněji a najít propojující linii s ostatními druhy závislostí. Z ostatních závislostí ji zároveň zčásti vyčleňují právě jako určitou modelovou, dobře zkoumatelnou a reprezentativní.

Alkohol je běžně dostupná látka a její výroba a konzumace je známa již od starověku, což dokládají i četné archeologické nálezy.¹⁹ Slovo alkohol má svůj původ v arabštině, vychází z výrazu al-kahal, které je možno přeložit jako jemná substance. Arabská kultura alkohol využívala v lékařství a k výrobě vonných esencí, podobně tomu bylo v Číně a Egyptě.²⁰

Etanol nebo-li ethylalkohol, jak je také označován, má široké využití, používá se v potravinářství, v chemickém průmyslu, dopravě a v lékařství. Alkohol se rovněž používal při náboženských obřadech a dodnes je součástí kulturních tradic a rituálů. Zvýšená konzumace alkoholu je dána především pro jeho psychické účinky, jeho užívání působí povzbudivě, otupuje úzkost a rozpouští stres a napětí, postupně se dostavuje únava a útlum. Stav, který způsobuje alkohol ve vyšší míře je opilost (ebrieta).²¹

Termín alkoholismus, tedy nadměrná konzumace alkoholických nápojů, bývá připisován švédskému lékaři Magnussu Hussovi, který jej poprvé použil v r. 1849. V roce

¹⁷ Kudrle S. Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.83

¹⁸ Sotolář, A. Legislativa České republiky o omamných a psychotropních látkách se zvláštním zřetelem na trestně právní aspekty. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s 59.

¹⁹ Popov, P. *Alkohol*. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.151.

²⁰ <https://www.alkoholium.cz/historie-destilace-alkoholu-za-jeji-vynalez-podekujme-arabum/>

²¹ Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie*, vyd. 1, Praha: Grada Publishing, 2015, s. 52.

1951 prostřednictvím WHO, byl alkoholismus oficiálně uznán za medicínský problém.²²

Popov zmiňuje historické zprávy, podle kterých se již v raném středověku v Českých zemích objevovaly případy spojené s nadměrným užíváním alkoholu, které působily problémy ve společnosti. Příkladem je „první „protialkoholní zákon“, který byl vyhlášen Břetislavem I. roku 1039, měl výrazně prohibiční charakter a uvádí přísné tresty pro opilce a pro krčmáře, kteří jim nalévají.“²³

Problém s alkoholem spočívá v tom, že je to látka běžně dostupná, na které vzniká závislost a zároveň je společensky akceptovaná, podobně jako káva a kouření. Intenzitu akceptace lze vysledovat v souladu s rozvojem masových médií. Hrdinové filmů ze 30. let se objevují s cigaretou v jedné ruce a skleničkou alkoholu v druhé. Další způsob zvyšování tolerance na tyto látky je reklama. Moderní společnost profituje z toho, že určité typy závislosti přejdou do degenerativní fáze, příkladem je právě alkoholismus.

Obecně, společnost na první pohled bojuje proti závislosti, vytváří národní strategie protidrogové politiky a na druhé straně stát profituje na spotřebě alkoholu v podobě velmi vysoké spotřební daně a relativně vysokého DPH. Mnohé statistiky uvádí, že problematika spojená s alkoholismem je v České republice alarmující. Prvenství v těchto žebříčcích se naší zemi daří dlouhodobě udržet.

Snížení těchto alarmujících čísel není jednoduché, jak vyplývá z historických zpráv. Petr Popov uvádí příklad založení Zemského spolku pro potírání alkoholismu v roce 1905, který byl reakcí na vzrůstající zdravotní a sociální problémy spojené s alkoholismem.²⁴ Spotřeba alkoholu na každého obyvatele Ostravy byla již tehdy 150 litrů piva a 28 litrů 50% alkoholu. Z jeho zprávy také vyplývá, že některé svépomocné protialkoholní hnutí vznikaly již dříve a nejen u nás. „Počínaje rokem 1845 byly zakládány „Spolky střídmosti“, při tom se aktivně spolupodílely některé významné české osobnosti (zejména Jungmann).“²⁵Již tehdy se objevují snahy o řešení této problematiky, nicméně to nijak neovlivnilo výsledky statistik.

Jako další možné řešení se ukazují prohibiční zákony. Úplná prohibice není řešením, jak víme z historie. Úplná prohibice byla schválena např. v USA v roce 1919, tento zákon měl snížit zločinnost a podpořit abstinenci. Účinek byl však opačný - v době prohibice se zvýšila zločinnost, prodej alkoholu probíhal dále na černém trhu a zákon byl v roce 1933 zrušen. Každá snaha o potlačení prodeje alkoholu a nastolení prohibičních zákonů se setkala s neúspěchem. Částečná prohibice funguje v severských státech, kde je

²² Popov, P. *Alkohol*. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.151.

²³ Popov, P. *Alkohol*. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.151.

²⁴ Popov, P. Z historie léčby alkoholismu v Českých zemích. *Adiktologie*, Praha: SCAN, 2005, 2, s. 234-241.

²⁵ Popov, P. Z historie léčby alkoholismu v Českých zemích. *Adiktologie*, Praha: SCAN, 2005, 2, s. 234-241.

regulace prodeje alkoholu nastavena díky vysoké dani a síti státem vedených prodejen alkoholu. I přesto si v severských státech našli způsob, jak tato opatření obejít.²⁶

2. 1. 2. Průběh alkoholismu

Podle Popova je závislost na alkoholu chronické recidivující onemocnění, které postihuje nejen zdravotní stránku člověka, ale především psychickou, duševní a morální. „Pokud není závislý pacient adekvátně léčen, jeví jeho onemocnění sklon k progresi, v terminálním stádiu může dojít k deprivaci s nutností trvalého umístění v psychiatrickém zařízení.“²⁷

Podobně alarmující hodnocení se nachází ve vědecké práci předního odborníka na adiktologickou problematiku doc. MUDr. Stanislava Kundy, kde je popsán vývoj alkoholismu a psychopatologie alkoholismu. V práci je použito několik termínů např. chronický etylismus nebo psychopatologie alkoholismu, které zjevně ukazují na to, že nadměrné dlouhodobé požívání alkoholu vede k silnému narušení psychiky a může vést i k úplnému rozkladu osobnosti postiženého člověka. Tento významný adiktologický odborník se odklání od tradiční klasifikace fází alkoholismu a typů alkoholiků, tak jak je znám např. podle Jellineka.²⁸ Jellinekovu typologii je nutné uvést jako nejznámější a nejrozšířenější, nicméně její pojetí je již pro dnešní potřeby moderní adiktologie zastaralé.

Popov uvádí Jellinekovu typologii v této podobě:

„Typ alfa: „problémové pití“, abusus alkoholu, používaný jako „sebemedikace“ k odstranění dysforie, potlačení tenze, úzkosti, či depresivních pocitů, často pití o samotě

Typ beta: „společenské pití“, příležitostný abusus, výrazně charakterizovaný sociokulturálně, často pití ve společnosti, charakteristickým následkem je somatické poškození

Typ gama: (bývá označován jako „anglosaský typ“, s preferencí piva a destilátů) závislost na alkoholu, charakterizovaná poruchami kontroly pití, postupným zvyšováním tolerance k alkoholu, s typickou progresí konzumace, následovanou somatickým a psychickým poškozením, výrazněji bývá vyjádřena psychická závislost

Typ delta: (označován jako „románský typ“, preferující víno) typická je chronická (denní) konzumace alkoholu, trvalé udržování „hladinky“, bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly, výrazněji bývá vyjádřena somatická závislost s tělesným

²⁶ http://www.lidovky.cz/castecna-prohibice-byla-uz-i-v-cesku-v-roce-1992-f35-/zpravy-domov.aspx?c=A120914_213633_in_domov_mpr

²⁷ Popov, P. *Alkohol*. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.153.

²⁸ <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=994>

poškozením

Typ epsilon: epizodický abusus (dipsomanie, „kvartální pijáctví“) s obdobími delší, občas úplné abstinence, nepříliš častá varianta závislosti, provázející někdy afektivní poruchy.”²⁹

Dále Popov uvádí, že „v klinice je dodnes užíván Jellinekův popis vývoje závislosti na alkoholu ve čtyřech vývojových fázích, resp. stádiích: 1) počáteční – symptomatické, 2) varovné- prodromální, 3) rozhodné – krucální, 4) konečné – terminální.“³⁰

Pro přechod mezi těmito stádii je rozhodující zvyšování tolerance vůči alkoholu. Změna stavu od nadměrného pití k závislosti je postupná a nenápadná jak uvádí Popov. „Současně dochází (zpočátku rovněž nenápadně) ke změnám v myšlení a chování, které se postupně mohou fixovat a způsobit osobnostní změny.“³¹

Léčba závislosti se odehrává na několika úrovních. Záleží na vývojovém stadiu, v kterém klient do léčby vstupuje. Někteří klienti jsou donuceni k léčbě rodinou a jiní se rozhodnou díky zdravotním komplikacím, je to velmi individuální. Léčba může v některých počátečních fázích probíhat i ambulantně.

Pokud dochází již ke zdravotním komplikacím a nemocný již není schopen zvládat návyk a korigovat jej, pak je nutná hospitalizace. Ve většině případů se klient hospitalizaci brání, nicméně zde funguje intervence z řad rodinných příslušníků nebo přátel. Dlouhodobou nebo střednědobou péči poskytují psychiatrické nemocnice a léčebny. Kromě ústavní léčby fungují ještě komunitní zařízení, která navazují na ústavní léčbu a jsou určena k dlouhodobému pobytu. Většina ze zmíněných zařízení funguje na principu komunit, tedy společenství, které podléhají řádu a strukturovanému programu. Téma komunit je podnětnější a rozsáhlejší, proto mu bude věnována podrobnější pozornost v jedné z dalších kapitol.

Hospitalizace v léčebnách a psychiatrických zařízeních se pohybuje v rozmezí od dvou až do šesti měsíců, v případě komunitních zařízení až jednoho roku. Jak komunitní zařízení tak psychiatrické léčebny vycházejí z určitého podobného modelu, kde je nastavený denní program a přísná pravidla. Jak vypadá takový strukturovaný program, dokládá rozhovor s MUDr. Helenou Škopkovou, který je uveden v příloze.³²

Vyjmenované formy léčení jsou účinné, nicméně léčba závislosti na alkoholu je složitý proces, který nemusí být vždy úspěšný a často také dochází k recidivám. Klienti,

²⁹ Tamtéž, s.151.

³⁰ Popov, P. *Alkohol*. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.152.

³¹ Tamtéž, s.153.

³² MUDr. Helena Škopková je dlouholetou specialistkou na problematiku závislosti a primářkou mužského oddělení závislostí v Psychiatrické léčebně v Dobřanech.

kterí si prošli protialkoholní léčbou se velmi často vrací zpět. Jejich stav může být po několika recidivách daleko závažnější než byl před první léčbou. Těmto recidivám lze předcházet a eliminovat rizika spojená s dalším kolapsem. To však vyžaduje velké úsilí a zodpovědnost, se kterou pacient musí do procesu vstoupit.

2. 1. 3. Závislost na ilegálních návykových látkách

Průběh závislosti na ilegálních návykových látkách je zpravidla velmi specifický. Princip zůstává v základě stále stejný, jen každá látka má jiné účinky na organismus. V předchozích kapitolách je uvedeno rozdělení podle Mezinárodní klasifikace nemocí, z kterého je patrné, že skupin závislostí na různých ilegálních návykových látkách je velké množství. K těmto skupinám patří mnoho konkrétních drog a každá z těchto látek vzbuzuje úplně jiné reakce, má jiné účinky a následně jinak u nich probíhají odvykací stavy.

Např. heroin, jeden z opiátů, je celosvětově nejrozšířenější drogou v této skupině a jeho specifikem je velký potenciál pro vznik somatické závislosti, která nabývá své podoby již po několika týdnech užívání. Dalším odlišným typem jsou stimulantia, která vyvolávají spíše psychickou závislost, mezi které patří kokain.³³

V souvislosti s tím jak jsou tyto látky rozdílné, na nich vznikají i jiné typy závislostí a jiné reakce. Vzhledem k tomuto velkému množství látek je lze dělit dle různých nomenklaturních pohledů. Samotné dělení těchto látek není předmětem této práce a obsahový rámec toto dělení ani neumožňuje.

V této kapitole je použito pouze jedno hledisko, které nejlépe vystihuje problematiku závislosti obecně. Jedním z možných a zásadních přístupů je dělení podle L. Zoji, který v roce 1984 popisuje členění na závislosti *somatického* a *psychického* původu. Vedle těchto dvou základních druhů závislostí navrhl ještě třetí příčinu, tzv. *parareligiozní potřebu*.

Parareligiozní potřebou rozumí nevědomou touhu po transcendentálním přesahu duše. Tato potřeba na rozdíl od psychické závislosti neproniká do vědomí, není získána a ani kulturně podmíněná.³⁴ Je to tedy nevědomá touha, leckdy po něčem zakázaném, mystickém a tabuizovaném. Tyto aspekty jsou u drogové problematiky často přítomné a take zřetelnější, než u alkoholové závislosti.

³³ Minařík, J. *Opioidy a opiáty*. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.160.

³⁴ Nerad, J.-Neradová, L.-Mikota, V. *Psychoterapie závislostí na alkoholu a jiných látkách*. Praha: VÚPs, IDVSZP, 1989. s.61.

2. 2. Návykové a impulzivní poruchy

Kromě návykových látek a jejich užívání popisuje Mezinárodní klasifikace nemocí poruchy, které řadí mezi tzv. „návykové a impulzivní poruchy“. Americká psychiatrická asociace návykové a impulzivní chování mezi poruchy zařadila již v roce 1980. Patří mezi ně patologické hráčství, „závislost“ na sexu, „závislost“ na práci, patologické nakupování a některé poruchy příjmu potravy (rovněž PPP).³⁵

V následujících kapitolách jsou uváděny jednotlivé typy návykových a impulzivních poruch a jejich projevy. Klinicky mají tyto poruchy ovšem se závislostmi na návykových látkách mnoho společného a odborníci v oblasti návykových nemocí se jimi stále častěji zabývají. J. McDougall jeden z dalších odborníků na závislosti vidí užívání návykových látek jako jednu z variant závislého chování, jako například poruchy příjmu potravy, nutkavé sexuální a závislé vztahy. Považuje všechny za psychosomatické.³⁶

Velmi často dochází k přesmyknutí z jedné závislosti na druhou, nebo se vyskytuje více projevů závislostního chování současně, jak uvádí Nešpor. Pacient závislý na patologickém hraní vymění automaty za alkohol, nebo marihuanu. Žena, která trpí poruchou příjmu potravy, zamění chorobné přejídání za závislost na lécích nebo drogách. To jsou některé příklady z praxe z literatury i z vlastních zkušeností a pozorování.

Návykové a impulzivní poruchy jsou tedy nejspíše pouze projevy jedné a téže závislosti, tedy jakési touhy po celistvosti. Pokud se pokusí člověk potlačit tento projev nemoci, který nemá prožitý a zpracovaný, přirozeně se projeví jako jiná patologie. Hráčství, bulimie a další impulzivní poruchy jsou tedy na stejné úrovni se závislostmi, například na návykových látkách. Různé fáze procesu těchto patologických projevů mohou být prožívány různým způsobem a mohou být různě nebezpečné. Nicméně je nelze oddělovat. Označení člověka, jako patologického hráče, popisuje a pojmenovává jen jednu stránku a projev, ale nelze ho označit jen tímto slovním spojením. Takový člověk se může navíc mylně domnívat, že pokud má své chování pod kontrolou, tak je zcela v pořádku, zejména pokud jeho porucha není společností vnímána jako nebezpečná. Dalším příkladem může být workoholismus. V následujících kapitolách načrtneme rozdělení uvedených poruch a jejich specifika.

³⁵ Tamtéž, s.11.

³⁶ Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. vyd. 1. Praha:Grada Publishing, 1999. s.64.

2. 2. 1. Patologické hráčství

Tato porucha spočívá v častých, opakovaných epizodách chorobného hraní, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných, pracovních hodnot a závazků. Lidé trpící touto poruchou mohou riskovat své zaměstnání, velmi se zadlužit a lhát nebo porušovat zákon, aby získali peníze. Toto chování nelze vztahovat pouze na prostředí automatů, které jsou pomalu, ale s nízkou účinností eliminovány. Pacienti velmi často sází a hrají v prostředí domova. Lidé, kteří této vášni propadnou se ve většině případů dostávají do milionových dluhových pastí a do problému se zákonem. Hraní může kompenzovat pocity méněcennosti a vzbuzovat adrenalin.³⁷

Při bližším pohledu se naskýtá mnoho zajímavých skutečností. Fenomén hráčství tedy vyvstává z určité přirozené vlastnosti a tou je hravost a soutěživost. Malé děti se prostřednictvím hry zapojují do procesu učení a poznávání, u některých jedinců však rys hravosti a určité soutěživosti přetrvává do dospělosti, jako součást jejich osobnosti. V dospělosti se tento rys, projevuje ve formě hodnot a zálib. Hokejové zápasy, tenisový pohár a sázení na jejich výsledky nebo hraní pokeru to jsou zájmy, které evokují soutěživost, risk a adrenalin. Pokud by se člověk, takto zájmově založený, v extrémním případě soustředil pouze na tuto zálibu, pak by se mohl stát na hraní závislý. Tento předpoklad vychází ze skutečné případové studie, která je uvedena v příloze. Jednostranná a dlouhodobá zaměřenost na původně lukrativní zálibu, dovedla respondenta k narušení života prospěšné rovnováhy a v závěru k pokusu o sebevraždu. Kazuistika je vedena formou rozhovoru, který dokládá, jak toto návykové chování probíhá.³⁸

Hráč, který již propadl své vášni, při hře ztrácí kontakt s realitou a ztrácí kontrolu nad svým herním chováním. Přestává s hrou jedinečně v případě, že mu dochází peníze. Při bližším pohledu je zde nápadná podobnost s příznaky závislosti na návykových látkách (craving, zhoršená sebekontrola, zanedbávání jiných zájmů). Nešpor užívá pojem craving ve smyslu bažení, puzení, které může být chvilkové a dočasné. Dále je dle Světové zdravotnické organizace rozděleno patologické hráčství a Hráčství a sázkařství. Nešpor uvádí, že tato skupina lidí, oproti patologickým hráčům, patrně dokáže svůj zvyk regulovat. Sázkový a hraní se v tomto případě stávají zdrojem vzrušení a pokusu jak snadno získat peníze. Svoji vášně dokáží eliminovat v případě, že musí čelit životním těžkostem nebo jiným nepříznivým důsledkům. Kategorie nazvaná Hráčství a sázkařství není řazena mezi duševní poruchy, ale do skupiny „faktory ovlivňující zdraví a kontakt se

³⁷ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s.28.

³⁸ Viz. Příloha č.3.

zdravotnickými zařízeními“.³⁹

Při léčení patologického hráčství a při léčbě závislostí se používají podobné postupy, jako jsou posilování motivace, kognitivně-behaviorální postupy, relaxační techniky nebo jóga ke zvládnutí stresu, skupinová a rodinná terapie atd.. Pro patologické hráče vznikla organizace pracující na principu dvanácti kroků. Jmenuje se organizace Anonymních hráčů, což je obdoba organizace Anonymní alkoholici. Část patologických hráčů hazardně hraje pod vlivem alkoholu. V takovém případě se jedná o kombinovanou závislost a je třeba věnovat pozornost oběma projevům závislosti.⁴⁰

Průběh patologického hráčství je v některých bodech identický se závislostí na návykových látkách. Hráč, aby docílil žádoucího efektu z hraní, musí zvyšovat množství peněz vkládaných do hry. Používá hru, aby unikl před problémy, nebo aby si navodil příjemnější a snesitelnější náladu. Uniká před pocity viny, bezmoci a úzkosti. Hráč postupně kvůli hře samotné zapírá, lže rodině, přátelům nebo terapeutovi. Dopouští se podvodů, krádeží nebo padělání, aby získal prostředky pro další hru. V poslední fázi pak spoléhá jen na své okolí, protože sám není schopen řešit svou zoufalou finanční situaci.⁴¹

2. 2. 2. Závislost na sexu

„Příčiny „závislosti na sexu“ je třeba podobně jako u jiných problémů třeba hledat na více rovinách. Na jedné straně stojí do jisté míry konstitučně daná hypersexualita, která je u žen označována jako nymfománie a u mužů jako satyriáza. Na druhé straně může sex sloužit jako únik před nevyřešenými problémy v jiných oblastech života, nebo náhradní uspokojování jiných citových a dalších psychologických potřeb.“⁴² Je důležité odlišovat poruchy sexuální identity a poruchy sexuální orientace. Nutkavý charakter a opakované problémové chování spojené s touto poruchou působí komplikace člověku i jeho okolí a působí problémy se vztahy. Tato porucha je nebezpečnější v souvislosti s rozšířením infekce HIV/AIDS a dalších sexuálně přenosných nemocí.⁴³ Nešpor uvádí, že existuje organizace Sexaholics Anonymous, tedy podpůrná skupina, která vznikla na podobných základech jako Anonymní alkoholici. Organizace existuje pouze v zahraničí.

³⁹ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s.27.

⁴⁰ Tamtéž, s.29.

⁴¹ Tamtéž, s.29.

⁴² Tamtéž, s. 34.

⁴³ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 35.

2. 2. 3. Závislost na práci

Práce tvoří nedílnou součást našeho života. Práce je nejen zdrojem obživy, zajištění existence a hmotných statků, v současnosti je to jeden z pilířů existence naší civilizace. Díky pracovnímu procesu se člověk zdokonaluje a vyvíjí. Práce nám poskytuje osobní rozvoj, prestiž, pocit moci a sociální sounáležitost. Pracovní úkony a jednotlivá zaměstnání mohou být složitější či naprosto primitivní, ve své podstatě se však po nějaké době stávají rutinní a stereotypní. Pro každého z nás je práce spojena rovněž s emocemi a prožíváním. Pracovní návyky a procesy není jednoduché oddělit od osobnosti jednotlivců. Mnozí z nás si nosí takřikajíc práci domů. Mnohé knihy mluví o tom jak je důležité tyto věci oddělovat a v případě některých zaměstnání dodržovat určitou psychohygienu.

Proces oddělování soukromí od pracovních záležitostí je možný si osvojit, nicméně není v něm striktně dána nějaká hranice. Tato rovnováha je odrazem duševních a fyzických možností každého z nás.

Lidé, u kterých se v nějaké formě objevují sklony k závislostem, mohou mít problém s tím udržet tuto rovnováhu. Pracovní proces jim poskytuje prostor, kde mohou zapomenout na své nevyřešené problémy a na svá nutkání. Rutina a stereotyp, práce představuje určité zacyklení a kruh, v kterém se nemusí nutně člověk rozhodovat. Závislí na práci si svůj problém neuvědomují, nebo nevidí důvod, proč by ho měli s někým konzultovat. „Jednotlivé návykové problémy spolu často úzce souvisejí. Z tohoto důvodu se lze setkat se závislými na práci poměrně často mezi závislými na alkoholu středního věku i mezi patologickými hráči.“⁴⁴

Dnešní doba spolu se svými technologickými vymoženostmi umožňuje lidem získat práci, která je v ideálním případě baví, do které chodí s nadšením a pro kterou jsou ochotni obětovat i svůj volný čas. Práce má ovšem i svoji stinnou stránku, která může člověka zasáhnout a poznamenat v negativním slova smyslu. Varovným signálem je postupné zanedbávání jiných zájmů nebo povinností. Extrémní případ je pak ztráta přátel, rodiny a zdraví. Práce pro člověka v určitém smyslu může představovat hrozbu a to tehdy, když se mu stane vším.⁴⁵

2. 2. 4. Patologické nakupování

Patologické nakupování stejně jako závislost na práci nenajdeme přímo v již

⁴⁴ Tamtéž, s.38.

⁴⁵ Tamtéž, s.37.

zmíněné Mezinárodní klasifikaci nemocí. Tato choroba je řazena k návykovým a impulzivním poruchám. V odborné terminologii se objevují výrazy jako nutkavé utrácení (compulsive overspending), oniománie, nutkavé nakupování (compulsive shopping), nebo závislost na nakupování (shopping addiction).⁴⁶

Jedná se o neovladatelnou touhu nakupovat, v důsledku čehož člověk nakupuje buď zbytečně mnoho předmětů, nebo dokonce předměty, které jsou nepotřebné a hromadí je. Jedinec pocítuje dlouhotrvající touhu něco koupit nebo objednat, touhu nějakou věc vlastnit. Tato intenzivní touha je typická pro všechny impulzivní poruchy. Činí mu intenzivní potěšení a neustále myslí na akt nákupu. Ten pocítuje jako pocit vzrušení až euforie. Člověk je schopen racionalizovat koupi těchto předmětů před partnerem, lhát, zapírat, schovávat tyto předměty, snížit jejich skutečnou hodnotu tak, aby se vyhnul případným konfliktům. Patologické nakupování najdeme napříč naší společností. Nejsou to jen majetní lidé, kteří této vášni mohou propadnout. Lidé méně majetní se díky této vášni dostávají do značných dluhů a komplikují si vztahy v rodině nebo s partnerem.⁴⁷

Naše společnost je založena na materiálních hodnotách. Člověk a jeho existence je neodlučitelně spojena s hmotnými předměty, které mu propůjčují i určitý společenský status. Předměty mají různé funkce symbolickou nebo praktickou, nicméně v tomto případě kompenzují nějaký nedostatek, či nepohodlí a saturují potřeby, které není člověk schopen v daném okamžiku řešit na jiné úrovni. Nutkavé nakupování posiluje nízké sebevědomí nebo slouží jako prostředek úniku před skutečnými problémy. Ve většině případů jsou drahé a luxusní předměty symbolem prestiže, přijetí a zájmu ostatních. Lidé už neřeší, kde a jak tyto předměty získat, ale pouze mít či nemít. Stejně jako jiné impulsivní a návykové chování může být i patologické nakupování spojeno s velkými pocity viny a studu.⁴⁸

Díky zmíněným pocitům si člověk, trpící poruchou chorobného nakupování, nechce přiznat problém sobě ani svému okolí. I v tomto případě je třeba hledat problém na více rovinách. Léčba spočívá v tom, aby člověk trpící touto poruchou získal náhled na své jednání, aby se naučil vnímat sám sebe, hlídat které jeho myšlenky a emoce rozvíjí stereotypní řetězec chování vedoucí k opakovanému selhání. Dalším řešením tohoto problému je komunikace a racionální přístup k zvládnutí stresových a zátěžových situací, mezi které patří zvládnutí následných finančních problémů. „Důležité mohou být i adaptivní způsoby jak zvládat stres, úzkosti a další nepříjemné duševní stavy za pomoci relaxačních technik, psychoterapie a jinými bezpečnými způsoby“.⁴⁹

⁴⁶ Tamtéž, s. 39.

⁴⁷ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 40.

⁴⁸ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 40.

⁴⁹ Tamtéž, s. 40.

2. 3. 1 Poruchy příjmu potravy

Mezi tyto poruchy patří mentální bulimie, přejídání a mentální anorexie. Tyto poruchy jsou rovněž součástí Mezinárodní klasifikace nemocí. A zde jsou členěny ještě daleko podrobněji. Pro představu jsou označeny kódem F50.⁵⁰

2. 3. 2. Bulimie

Mentální bulimie je syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné váhy, které vedou pacienta k užití krajních a nebezpečných opatření, aby reguloval svou tělesnou hmotnost. Nemocní si sami vyvolávají zvracení, užívají projímadla a diuretika, tyto postupy střídají s obdobím hladovění. Příznaky bulimie se mohou dlouho ztrácet v nevhodných jídelních zvyklostech rodiny a vrstevníků. Nápadné jsou až ztráty jídla, nálezy projímadel a známky zvracení. Bulimie narušuje psychický, osobní i společenský život nemocného, který se postupně stává nápadným svojí precitlivělostí, podrážděností a kolísáním nálady. Onemocnění se projevuje nejčastěji v době dospívání u žen i mužů, v rozmezí od dvanácti do třiceti let.⁵¹

Příčiny onemocnění jsou velmi rozličné. Velmi často se nacházejí příčiny v neutěšených rodinných vztazích. Onemocnění se objevuje v době dospívání tedy v době, kdy se vytváří osobnost člověka. Příčinou tedy mohou být špatné vztahy v rodině, které období dospívání ještě více narušuje. Mezi dalšími příčinami jsou stavy úzkosti, deprese, prudké změny nálad, precitlivělost a podrážděnost. Nemocní mají přehnané nároky na sebe sama. Vnímají zkresleně vlastní osobu. Jsou to skutečné rozdíly ve vnímání vlastního obrazu v zrcadle, který neodpovídá skutečnosti. Nemocní nejsou schopni přijmout sama sebe a skutečnost takovou jaká je. Jejich chování je únikem před realitou. Zároveň jim způsobuje bolest. Tímto destruktivním chováním se snaží konfrontovat s vlastními ubíjejícími pocity nelásky a vysokými nároky. Často trpí úzkostmi z nepřijetí, strachem z kritiky nebo nízkým sebevědomím.⁵²

Nemocní manipulují s jídlem, schovávají se s ním, lžou, nebo zastírají, kolik toho snědli. Následují hádky a nedorozumění ve vztazích. Toto chování jim způsobuje výčitky svědomí a další frustrace, na které opět reagují bulimickými záchvaty přejídání a zvracení, které jim poskytuje úlevu a únik. V tomto bodu lze vidět podobnost se závislým chováním. Člověk závislý na alkoholu přemýšlí o tom, kde sehnat peníze na alkohol, kde ho koupit a kam ho schovat. Nemocní mentální bulimii přemýšlí o tom, jak sehnat jídlo a projímadla a

⁵⁰ <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>

⁵¹ <http://www.aktivitiprozdravi.cz/zdravotni-problemy/bulimie?page=popis#popis>

⁵² Tamtéž.

jak vše utajit, aby o tom nikdo nevěděl. Ocitají se tak v kruhu utrpení, ze kterého se velmi těžko dostávají svépomocí.

„Opakující se zvracení u nich může vyvolat poruchy elektrolytů v těle a tělesné komplikace, jako například tetanii, tedy zvýšenou svalovou dráždivost, epileptické záchvaty, srdeční arytmii, svalovou slabost a další značný úbytek váhy.“⁵³

Až tyto zdravotní komplikace, které je často přivádí do nemocničních zařízení, mohou způsobit změnu a obrat v jejich životě. Nicméně i přes odbornou lékařskou pomoc, stejně jako v případě závislosti na návykových látkách i zde může dojít k recidivě (zhoršení stavu a průběhu nemoci). Nemocní si velmi často ublíží i např. tím, že se pokouší vyléčit sami. Hledají další možnosti a prostředky, které jim pomohou. Nezřídka, tím dalším lékem může být alkohol nebo drogy. Nešpor uvádí příklady z praxe:

„Opakovaně jsme se setkávali s mladšími ženami, které byly závislé na alkoholu nebo jiných návykových látkách a zároveň trpěly některou poruchou příjmu potravy (zejména bulimií). U řady z nich působilo nekontrolované přejídání a zvracení vážné komplikace v osobním životě, např. rozchody s perspektivními partnery a znesnadňovalo to i léčbu závislosti na návykových látkách.“⁵⁴

2. 3. 3. Mentální anorexie

Mentální anorexie je patologické nechutenství, nemocný člověk si snaží chorobně hlídat svou váhu a vytvoří si tak odpor k jídlu. Tato porucha je svou patologií příbuzná mentální bulimii. Obě tyto poruchy se mohou vyskytnout u jednoho pacienta zároveň, nejdříve jedna ze zmiňovaných a následně nezvládnutím léčby může dojít k záměně za druhou. Onemocnění se objevuje opět v době dospívání, podobně jako u mentální bulimie. U mentální anorexie bývá však věk při začátku onemocnění nepatrně vyšší a její výskyt není vyloučený ani v pozdějším věku. Zdravý životní styl a přehnané zdravé stravování, které se vymkne kontrole i takový může mít průběh toto onemocnění.

Poruchou trpí především mladé dívky, ale nemoc může postihnout i muže. Statistiky udávají, výskyt této choroby v rozmezí 0,5 až 2,2%. Přesný počet pacientek nebo pacientů, nelze přesně určit, jelikož mnozí z nich nevyhledají odbornou pomoc lékaře nebo terapeuta. Svě jednání si uvědomují jako chorobné až v pokročilé fázi, nicméně stud a pocit viny jim zabrání, aby vyhledali odbornou pomoc. K léčbě dochází pak v krajním

⁵³ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s.41.

⁵⁴ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 43.

případě, kdy klientka nebo klient dosáhli velmi nízké až hraniční váhy, nebo se u nich projeví vážné zdravotní komplikace. V této fázi onemocnění se u klientů rozvíjí i různé poruchy osobnosti.⁵⁵

Mentální anorexie je velmi nebezpečná, protože pacient nechává své tělo naprosto vyhladovět. U klientů se vyskytují velmi brzo zdravotní komplikace např. srdeční arytmie (změny srdečního rytmu), hypotenze (nízký krevní tlak), bradykardie (zpomalení tepové frekvence), anémie (chudokrevnost) osteoporóza (řidnutí kostí). Statistiky uvádí, že mezi duševními poruchami je mentální anorexie, ta která má nejvyšší procento úmrtnosti.⁵⁶

2. 4. 1. Abúzus látek nevyvolávajících závislost

Karel Nešpor zmiňuje další formu patologického chování, které je uvedeno v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod kódem F55. Jedná se o nadužívání látek, které nevyvolávají závislost somatického typu. Jedná se o tyto látky antidepresiva, laxativa, analgetika, antacida, vitamíny, steroidy (anabolika) a další. Dlouhodobé a nadměrné užívání těchto látek způsobuje zdravotní rizika, které nelze přehlížet. Nešpor uvádí, že patrně nejnebezpečnější z nich jsou steroidy, tedy mužské pohlavní hormony, které způsobují mnoho zdravotních komplikací.⁵⁷

V souvislosti s nadužíváním těchto látek se mohou objevit nejen fyzické komplikace, ale i psychické obtíže. Tyto látky nejsou klasifikovány jako somaticky návykové, ale např. u řady sportovců se na steroidy nepřímou vytváří vazba, která může sekundárně vytvořit formu psychické závislosti. V klasifikaci nemocí je dále uvedeno, že snaha zabránit nebo zakázat uživatelům tyto látky často naráží na odpor.⁵⁸ Na řadě těchto léků nevzniká závislost, tak jak je popsána v předchozích kapitolách, nicméně jistá forma psychické závislosti je s nimi spojena. Lidově se těmto prostředkům říká berličky. Jejich nadužívání poukazuje na formu psychické nerovnováhy. Tyto projevy chování se mohou často prolínat a křečkovat se skutečnou závislostí nebo s návykovými poruchami. Jak bylo uvedeno v předešlé kapitole bulimie a mentální anorexie bývá doprovázena zneužíváním laxativ. Abúzus látek nevyvolávajících závislost může být signifikantní projev daleko hlubších problémů.

⁵⁵ http://www.aktiviprozdravi.cz/zdravotni-problemy/anorexie?utm_source=adwords&utm_medium=ppc&utm_campaign=anorexie&gclid=CKaitciG4csCFYTGGwodImQHhQ

⁵⁶ Tamtéž.

⁵⁷ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s.30.

⁵⁸ <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>

3. Současný přístup k závislostem

Předchozí části se věnují představení problematiky závislosti v jejích různých podobách. Byly zde zmíněny různé charakteristiky a detaily různých typů závislostí, nicméně stále i přes různé definice a klasifikace se jedná o jeden identický problém, ke kterému je nutno komplexněji přistupovat. V současnosti se používá převážně bio-psycho-sociální model závislosti. Nabízí se však už i jako nejkompaktnější řešení model bio-psycho-socio-spirituální. Nástin vývoj situace je popsán v následujících kapitolách.

3. 1. Nástin historického vývoje

Výchozí přehled a problém vývoje nastiňuje ve své rozsahem nevelké, ale významné práci Stanislav Kudrle.⁵⁹ Problematika spojená se závislostí ať již na alkoholu nebo jiných návykových látkách, má ovšem v historii nejasný vývoj. Jisté je, že je spojená s člověkem od pradávna. Její určení a zařazení se však v lidských dějinách ztrácí a dostává jiné podoby. Podle dobových paradigmat a kontextů byla spojována s představami o hříchu, šílenství a chorobné vášni.

Drogy, psychedelika a různé jiné psychoaktivní látky byly původně součástí náboženských a společenských rituálů, používaly se k věštění či léčení a ke komunikaci s božskými silami. „Termín psychedelický pochází od Humphrey Osmonda a znamená z řeckého *psyche* a *delein* = učiniti zjevným.“⁶⁰ Tyto látky aplikované při šamanských rituálech, tedy pod dohledem šamana, navozovaly intenzivní prožitky, které umožňovaly prostřednictvím přímého zážitku, psycho - somatického, porozumět stavům zrození a smrti, vztahu ke kosmu a k přírodě.

Tento fenomén se objevuje v různých kulturách již minimálně šest tisíc let, uvádí Kudrle. Nejstarší jsou doklady o pěstování máku pro jeho narkotické účinky u Sumerů. V literatuře jsou první zmínky o užívání léčebného konopí u čínského císaře Shen-Nunga před pěti tisíci lety. Nejznámější jsou šamanské rituály ve Střední a Jižní Americe. Aztékové a Mayové používali řadu psychedelických rostlin. V Amazonii se používala již zmíněná Ayahuasca liana duše, nebo také víno smrti.⁶¹ „Ve starém Řecku lékaři využívali

⁵⁹ Kudrle S. Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.

⁶⁰ Kudrle S. Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.83.

⁶¹ Kudrle S. Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.84

omamných účinků drogy k léčení, jak o tom referuje Theophrastos z Eresu žijící asi v letech 370-287 př. Kr.⁶²

Byť se nám dochovaly zmínky o užívání těchto látek, jsou tyto zprávy jen částečné. V literatuře se dozvídáme, jak jsou tyto látky magické, léčebné jaké mají omamné účinky, už pro jejich názvy rostlina radosti, víno duše. Skepse a pohled na dnešní situaci spojenou s touto problematikou v těchto zprávách postrádá úplnost. Vystává zde, podle Kurdleho, dokonce otázka, co se stalo tak zásadního s lidmi v tomto ohledu, že jsou nyní tyto látky vnímány tak negativně oproti dřívějšímu vnímání pozitivních a léčebných účinků.

V každém případě k tomu, aby vznikla závislost např. na alkoholu nebo jiných návykových látkách, je třeba je opakovaně nadužívat (abúzus). Dříve lidé museli tyto látky vypěstovat, vyrobit, nasbírat je, zpracovat či vypálit atd.. Např. i jen k získání alkoholu bylo třeba podstoupit určitý proces a současně jeho výroba byla rituálem. Domnívám se, že pokud společnost nežila v nadbytku, nebylo jednoduché pravidelně konzumovat nějakou návykovou látku.

V předchozí kapitole, která se věnuje závislosti na alkoholu, je uvedeno, kdy se objevují první zmínky o problematickém chování v souvislosti s nadužíváním alkoholu. Pro úplnost dodejme další zmínku z historie o závislosti, které pocházejí z novějšího období. První opiové války, které se odehrávaly v Číně, měly rovněž souvislost se závislostí, vypěstovanou na opiu.⁶³ Tyto války měly mocenské a obchodní příčiny, ovšem je zjevné, že zároveň s tím se v jednom okamžiku vyskytla závislost na opiu u většího počtu obyvatel. Specifika situace se dokonce objevila při střetnutí původních civilizací Severní Ameriky s evropskými kolonizátory. Velká část původních obyvatel se tam přímo stala obětí uměle vypěstované závislosti na alkoholu.

Jestliže lze v historii dohledat příležitostné zmínky o závislosti, je nicméně velmi nesnadné objevit nějaký kontinuální vývoj této problematiky nebo informace o přístupech a léčbě. Domnívám se, že jednou z příčin je otázka vývoje společnosti a pohledu na člověka. V minulosti tato problematika, mohla být vnímána optikou morálky, zejména prostřednictvím náboženství a struktury společnosti. Lidé, kteří byli v moci závislosti se vždy objevují více méně v konečné fázi na okraji společnosti, ve vězení, v útulcích či bez domova. K těmto úvahám mne přivádí definice P. Popova, z které zjevně vyplývá, že nadměrné a dlouhodobé užívání alkoholu nebo drog vede k negativním změnám fyzického a psychického stavu člověka.⁶⁴ Podle této definice závislosti, je tento syndrom v důsledku příčinou psychických problémů člověka.

⁶² Tamtéž, s.84.

⁶³ <http://www.jardines.com/SITES/ebook/files/assets/basic-html/page12.html>

⁶⁴ Popov, P. *Alkohol*. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 153.

V minulosti bychom závislost našli pravděpodobně zahrnutou i pod koncepci šílenství. Je to slovy Michela Foucoultava stav ne-rozumu. Pro dokreslení těchto úvah, zde uvádím knihu *Dějiny šílenství* která, popisuje mimo jiné, jak společnost jednala s duševně chorými a nemocnými lidmi, v průběhu několika staletí. Je to přehled internačních zařízení, leprosérii a útulků, pro pacienty, kteří se ocitli v říši ne-rozumu. Foucault vychází z dobových materiálů, z tehdejší odborné literatury a lékařských záznamů. V práci rovněž rozebírá i umělecké vyjádření, dramata a hry, které pojednávají o šílenství. Internace a oddělení zdravých od duševně nemocných, pokud byli společensky nebezpeční, to je postoj, který se dodržuje staletí, je to v podstatě archetyp lidského chování, jak naložit s reálným či domnělým ohrožením a se strachem. I dnes jsou lidé s duševními poruchami, izolováni a léčeni v příslušných zařízeních, jen se během staletí samozřejmě proměnily podmínky v těchto zařízeních a úhel pohledu.

Nicméně Michel Foucault se v knize přímo nevyjadřuje k závislosti jako takové, k těmto myšlenkám mne přivádí jeden z jeho výroků:

„K léčení nemocí duše je třeba být filosofem. Neboť příčinou těchto nemocí není nic jiného než divoká touha po něčem, co se nemocnému jeví jako dobré, a povinností lékaře proto je přesvědčit ho, že to, po čem tak vášnivě touží, je dobré jen zdánlivě, ale ve skutečnosti zlé, a vyvést ho tak z jeho omylu.“⁶⁵

Jednoznačně se pojmové uchopení a klasifikace závislosti objevuje až s rozvojem věd jako jsou psychiatrie, antropologie, psychologie a sociologie. Díky rozvoji těchto vědních disciplín mohl vzniknout první celostní bio - psycho - sociální model.

3. 2. Bio-psycho-sociální model

V zásadě prvním výrazným pokusem o řešení problematiky závislosti v odborném a vědeckém smyslu je bio-psycho-sociální model, který vstoupil do psychiatrie po II. světové válce.⁶⁶

Kamil Kalina uvádí, že tento model vychází z pojetí člověka jako celistvé bio-psycho-sociální bytosti ve zdraví, nemoci i léčbě a je neodmyslitelné od velkých myšlenkových proudů své doby, které usilovaly z pohledů filozofických, antropologických, přírodovědeckých i psychologických dospět k jednotnému porozumění „fenoménu člověk“. Bio-psycho-sociální model je v současnosti nejúspěšnějším přístupem v oblasti léčení a to nejen závislostí.⁶⁷

⁶⁵ Foucault, M. *Dějiny šílenství*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1994. s. 123.

⁶⁶ Kalina, K. *Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog*. In: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s.78.

⁶⁷ Kalina, K. *Bio-psycho-socio-spirituální model a jeho implikace pro odbornou péči*. In: *Klinická*

Na počátku se koncept týkal obecného pohledu na zdraví a nemoc, ke kterému dospěla WHO, teprve později v šedesátých letech byl model integrován na problematiku závislosti. V této době docházelo především v USA, ale nejen tam, k nárůstu užívání návykových látek, které bylo třeba komplexněji řešit.

Postupem času bio-psycho-sociální model nahradil redukcionistický přístup původně biomedicínského modelu, který dominoval v této oblasti po dlouhá léta. Kalina uvádí, že zhruba do šedesátých let byly drogy více marginálním problémem, kterým se zabývala poměrně úzká skupina odborníků. „Následně nastal zlom a v letech 1960 – 1990 se drogy stávají zejména ve vyspělých zemích problémem společenským, který se dotýká mnoha sociálních vrstev a skupin, a stejně tak mnoha profesí. V tomto období dochází v USA a v západní Evropě k enormnímu nárůstu užívání drog s vážnými zdravotními a sociálními důsledky, což kvalitativně změnilo koncepce a přístupy drogových politik.“⁶⁸

V biomedicínském modelu je v zásadě závislost nemocí pouze v lékařském slova smyslu. Tento přístup ji pokládá za chronickou nemoc, obtížně léčitelnou, s častými recidivami a byla srovnávána např. s ischemickou chorobou srdeční a zejména s cukrovkou. Bio-psycho-sociální model je příčinou velkých změn v pohledu na léčbu závislosti. Drogová či jiná závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemně kombinovaném vlivu genetické determinace, psychologických a vztahových faktorů, jak uvádí Kalina. Léčba musí zahrnovat všechny faktory, to jsou vedle detoxikace a farmakoterapie postupy, které se souhrnně nazývají psychosociálními terapiemi. Tyto terapie zahrnují metody skupinové, individuální a rodinné terapie, včetně té terapie, která probíhá v léčebném společenství, tedy v prostředí terapeutické komunity.⁶⁹

„Díky vývojovému hledisku dokáže bio-psycho-sociální model prolomit hluboce zakořeněnou tezi o trvalé a nevléčitelné závislosti. Činí přijatelnou představu, že za příznivých vnitřních a vnějších podmínek může člověk svoji závislost „přerůst“ - vlastně se tedy uzdravit a být nadále zdravým člověkem, nikoliv pouze abstinujícím alkoholikem či toxikomanem.“⁷⁰

Tyto transformace v přístupech integrují do systému nový náhled a generují vznik nových oborů, např. již zmíněné adiktologie. Díky těmto změnám se také omezila spolupráce klasických lékařských oborů v procesu léčby závislosti. Daleko větší odpovědnost a podíl úspěchu na léčbě patří již jiným profesím než lékařům. Jsou to sociální pracovníci, psychologové, terapeuti a adiktologové, kteří svou odborností a

adiktologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015, s.104.

⁶⁸ Kalina, K. *Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy*. In: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 15.

⁶⁹ Kalina, K. *Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog*. In: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 78.

⁷⁰ Kalina, K. *Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog*. In: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 79.

profesním zaměřením budují dlouhodobý vztah k těmto pacientům a pomáhají jim na cestě do běžného života.

Mnozí chorobně závislí lidé, kteří dlouhodobě abstinují, si uvědomují svou sociální odpovědnost. Absolvují kurzy pro terapeutů nebo pomocníků. Právě z lidí, kteří si prošli tím nejhorším osobně, se stávají výborní psycho-terapeuté. Ukazují ostatním, že cesta k abstinenci je možná. Jejich pohnutky jsou zřejmé, chtějí pomoci lidem, kteří si procházejí podobnou situací. Zároveň dávají svému životu smysl tím, že pomáhají tam kde je třeba, cítí odpovědnost za sebe i druhé. Svým způsobem tak promění své selhání v něco hodnotného a pozitivního.

3. 3. Vývoj bio-psycho-sociálního modelu směrem k spiritualitě

Opět vycházíme z uvedeného článku S. Kudrleho⁷¹. Byl u nás totiž prvním, kdo v publikacích použil výraz bio-psych-socio-spirituální model. Vnesl tento pojem do odborné adiktologické literatury v roce 2003. Obohacení původního modelu o spirituální rozměr se tehdy setkalo s pozitivním ohlasem. Jak uvádí K. Kalina ve své rozsáhlé publikaci, následně (v r. 2006) byl dokonce „...bio-psycho-sociálně-spirituální model tématem výroční konference společnosti návykových nemocí...“⁷² Díky tomuto obratu se pak řada našich odborníků začala zabývat možností zahrnout spirituální rozměr do terapie více a záměrně. V nezjevné podobě tam byl zřejmě zčásti vždy, jak budu dokládat dále.

S. Kudrle definuje spiritualitu jako vztah k tomu „*co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec.*“⁷³ Závislost podle toho tedy může být formou nahrazování uvedeného chybějícího vztahování se k něčemu, co člověku dává smysl jeho žití.

Kudrle v článku dále poukazuje na experiment, kterým chce podpořit platnost svých teorií a zkušeností a který se uskutečnil na Harvardské univerzitě pod názvem Harvard good Friday Study aneb zázrak v Marshově kapli. V něm byl částí studentů teologie v rámci bohoslužby, ve slepé studii podán Psilocybin a druhé části placebo.

⁷¹ S. Kudrle je plzeňský psychiatr a psychoterapeut, který se po dlouhá léta profesního života zabýval léčbou závislostí. Je jedním z certifikovaných provozovatelů holotropního dýchání. Jeho práce je ovlivněna Stanislavem Grofem. Vychází rovněž z teorií transpersonální psychologie a s prací s rozšířeným stavem vědomí. Jeho teoretické práce a mnohé články vychází z mnoha praktických zkušeností.

⁷² Kalina, K. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing, 2013, s.282.

⁷³ Kudrle, S. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In: Kalina, K. et al. . *Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup*. Praha, Úřad vlády ČR, 2003, s. 93.

Výzkumníci nemohli najít žádný rozdíl v popisovaných „psilocybinem navozených“ mystických stavech ve srovnání s těmi, které jsou známy po tisíciletí.⁷⁴

Kudrleho poukaz však není tak radikálně nový. Zatímco on se zabývá spiritualitou zejména ve spojitosti s léčením závislostí, dávno před ním se motiv spirituality objevuje u řady jiných osobností v širším pojetí. V psychologii se spiritualitou setkáváme již u C. G. Junga, jehož odkaz měl nesporný vliv na vývoj psychologie obecně, jeho velký přínos byl v tom, že obohatil psychologické pojetí člověka taktéž o hlubší duchovní rozměr. Podobné tendence nacházíme u stoupenců transpersonální psychologie. Ovšem i toto širší pojetí spirituality se promítá do speciálnější problematiky pojmání závislosti.

Tak také mj. K. Kalina uvádí : „trazuje se Jungovo přesvědčení, že jednou z příčin závislosti je nenaplnění duchovních potřeb; odtud často citovaný výrok, že alkoholismus je žízeň po Bohu.“⁷⁵

Kalina umocňuje princip spirituality tvrzením, že „se v širším pojetí přijímá, že závislost vede k rozvratu duchovní dimenze člověka, ale oživení, rozšíření této dimenze je od léčby *neoddělitelné*.“⁷⁶

Výše zmíněná tvrzení dokládá také existence programu, který funguje na spirituální úrovni. Je to hnutí Anonymních alkoholiků, jejichž léčebný postup a filozofie i se svým duchovním rozměrem byl akceptován odborníky a jejichž program funguje již přes osmdesát let, a to s velice dobrými výsledky.⁷⁷ Anonymní alkoholici sami hovoří o vyšší moci, která jim pomáhá k uzdravení, ale nejen to rovněž obohacuje jejich duchovní život. S. Kudrle k tomu uvádí, že Anonymní alkoholici ovšem odlišují pojem spirituální od náboženského v tradičním pojetí.⁷⁸

V této souvislosti je nutno dodat, že spirituální rozměr v rámci bio-psycho-sociálního modelu má být nadále v rukou odborníků, i přesto že se směry toho spirituálního rozměru inspirují a pohybují napříč spektrem od New Age hnutí, přes východní meditativní směry, spiritualitu Anonymních alkoholiků až po obecně křesťanské principy.⁷⁹

Následující kapitoly se věnují rozboru bio-psycho-sociálně-spirituálního celku na jednotlivé části s cílem zjistit, co do jednotlivých dimenzí zapadá a najít přesnější hranice.

⁷⁴ Protialkoholický obzor: *Drogy a spiritualita Kudrle, S.* Bratislava: Obzor, 1966-1994, s.222.

⁷⁵ Kalina, K. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii.* Praha: Grada Publishing, 2013. s.60.

⁷⁶ Tamtéž, s. 281.

⁷⁷ Tamtéž, s. 281.

⁷⁸ Kudrle S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup.* Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.93.

⁷⁹ Kalina, K. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii.* Praha: Grada Publishing, 2013, s. 282.

4. Biologické predispozice

Ke komplexnímu pochopení procesů spojených se závislostí a jejich léčbou je, vedle výše uvedené základní charakterizace onemocnění, nutno poznat i další faktory vzniku závislosti, kterými jsou zejména spouštěcí mechanismy a predispozice. Ty lze rozdělit na dva základní typy, biologické a genetické. Ty jsou pak dále přiřazovány dle charakteristických rysů k rozdílným modelům s odlišnou složitostí popisu problému vzniku závislosti.

Frederick Rotgers uvádí tři modely, které mohou mít vliv na vznik syndromu závislosti.

Prvním z nich je model *genetické determinace*, který předpokládá, že závislosti jsou zcela determinovány geny. V tomto modelu, je třeba najít gen pro určitou poruchu. Např. alkoholismus se považuje za výsledek „genů pro alkoholismus“. Kokainová závislost je spojena s genem pro „kokainismus“. Tento model ilustrují i nedávné výzkumy genů pro alkoholismus a kokainovou závislost.

Druhý model tzv. *model genetického vlivu*, ustupuje z biologické předurčenosti. Nepředpokládá existenci genů pro určitá onemocnění, ale má za to, že závislost determinují mnohočetné biologické rizikové faktory v interakci s faktory psychosociálního prostředí. To znamená, že samostatný vliv genetiky ani prostředí není pro vznik závislosti dostačující. K jejímu rozvoji se musí zkombinovat vliv faktorů biologických a faktorů psychosociálního prostředí.⁸⁰

Třetí model tzv. *kombinované genetické determinace a vlivu* zastává teorii, že k objasnění různých typů závislostí je třeba více etiologie nemoci.

Příkladem typu *kombinované genetické determinace* může být členění Cloningera a jeho rozdělení typů závislostí. Rozdělil alkoholismus na typy I a II. První typ alkoholismu vzniká díky genetickému vlivu, v němž je k rozvoji onemocnění zapotřebí kombinace vlivů genetických i vlivů prostředí. K rozvoji alkoholismu typu II nemusí být na rozdíl od toho přítomny rizikové faktory prostředí a předpokládá se, že tento je zcela determinován faktory genetickými, které působí nezávisle na prostředí.⁸¹

Biologická a genetická predispozice k určitým typům závislostem je podmíněna také rasou a jejím historickým vývojem. Příkladem jsou Severoameričtí indiáni a původní obyvatelé Austrálie, Aboridžinci. Jejich organismus, není schopen odbourávat alkohol v takové míře, jako je tomu např. u Evropanů. Obdobným příkladem je používání koky u jihoamerických indiánů. Ti mají vysokou toleranci na užívání této drogy.

⁸⁰ Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*, vyd. 1. Praha:Grada,1999. s. 22.

⁸¹ Tamtéž, s. 23.

Koku nebo-li kokainovník pravý vyšlechtili a pěstovali původní národy v oblasti And na náhorních rovinách Jižní Ameriky. Například příslušníci národa Čibčů, kteří tvořili jednu z nejvyspělejších před kolumbovských kultur, byli dobří zemědělci a obchodovali s listy koky s okolními kmeny. Rostlinu využívali rovněž Inkové, kteří ji uctívali jako posvátnou rostlinu, byla pro ně darem bohů, který jim dodával sílu, utišoval hlad a pomáhal jim zapomenout na všechno strádání, které prožívali. Její požívání bylo zpočátku vyhrazeno jen bohatší vrstvě Inků.⁸² Dnes je v těchto oblastech koka běžně dostupná a je používána jako čaj i jako běžný medicínský prostředek.

V diskusi o uvedené podmíněnosti závislostí ovšem Stanislav Kudrle oponuje: „zdá se, že jediné ověřené genetické souvislosti se týkají vrozené vyšší tolerance vůči alkoholu potomků rodičů – alkoholiků.“⁸³

Karel Nešpor námitku osvětluje svým upozorněním, že závislost nemá jedinou příčinu. Tvrdí, že vytvoření závislosti je dáno mnohaúrovňovou pokračující interakcí protektivních a rizikových faktorů na úrovni bio-psycho-sociální.⁸⁴ Nešpor jako nestor české adiktologie se tak distancuje od jednoznačného definování příčin vzniku. Rozdělení, které uvádí Rotgers, přináší ucelené vědecké poznatky, zároveň může být i trochu zavádějící, jako představitel kognitivně behaviorální terapie nepovažuje genetické a biologické faktory jako zásadní v této oblasti. Rotgers uvádí, že předpokladem lidského chování a jednání, přestože existuje hodně důkazů o biologické a genetické podmíněnosti, je proces učení.⁸⁵

V případě genetické determinace by věda jistě našla i nějaký univerzální lék, např. „gen proti alkoholismu“. A pokud by existovalo takové východisko, pak by léčba závislosti mohla probíhat pouze na biomedicínské úrovni. Doposud tomu tak, ale není.⁸⁶

Nešpor i Kudrle jsou sami zastánci více psycho-sociálního modelu, který pracuje s diagnostikou a psycho-sociálními technikami. Obecně jsou oba skeptičtí vůči, jednoznačnosti objevení příčin, vzniku závislosti. Obdobný postoj zastává Popov, který uvádí, že: „Co se týče dědičnosti, existuje řada dokladů, např. rodinné studie, studie dvojčat, sledování adoptivních dětí, aj., potvrzující význam dědičných vlivů, které se mohou více či méně uplatnit. Naopak žádný výzkum, nedokázal existenci specifické osobnostní struktury, zakládající vyšší pravděpodobnost vzniku závislosti, či dokonce determinující pro vývoj do závislosti na alkoholu.“

⁸² <http://www.ko-ka.cz/cz/rostlina.asp>

⁸³ Kudrle S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.91.

⁸⁴ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 50.

⁸⁵ Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. vyd. 1. Praha:Grada Publishing, 1999. s.144.

⁸⁶ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 49.

4. 1. ADHD Syndrom

Další potenciální predispozicí, která může napomáhat vzniku závislosti, je podle současných výzkumů ADHD syndrom, který představuje hyperaktivitu v kombinaci s poruchou pozornosti. V českém odborném tisku se také objevuje označení hyperkinetická porucha. „Jedná se o neuro- vývojovou poruchu charakteristickou především poruchou pozornosti, impulzivitou a hyperaktivitou. Všechny tyto příznaky se projevují už od raného dětství.“⁸⁷ ADHD syndrom je uznán Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10) jako onemocnění. ADHD syndrom vzbudil u široké veřejnosti mnoho dohadů a rozdělil laickou veřejnost na dva tábory. Jedni zastávají názor, že ADHD syndrom je onemocnění a je třeba jej léčit. Druzí tvrdí, že je to pouze škatulkování a nezvládnutá výchova u dítěte.

Tato choroba byla zkoumána lékaři již na začátku 20. století. „Od té doby řada vědních oborů, včetně genetiky, biochemie nebo zobrazovacích metod potvrdila, že základ poruchy je vrozený a tedy nezpůsobený výchovou.“⁸⁸

Zahraniční i domácí studie, které se zabývaly výskytem této poruchy, vidí souvislost mezi ADHD syndromem a závislostí u uživatelů návykových látek. Hyperaktivní porucha tedy Attention Hyperactivity Disorder dále ADHD je predispozicí k dalším poruchám, mezi které se často řadí právě i syndrom závislosti. Jeden z výzkumů probíhal v terapeutické komunitě pro drogově závislé v České republice. Tento projekt zkoumal souvislosti mezi uvedenou poruchou a jejím vlivem na osobnost jedince užívajícího návykové látky. Provedená studie koresponduje s výsledky a výstupy jiných autorů a potvrzuje výskyt ADHD u uživatelů návykových látek v rozsahu 30 až 60%.⁸⁹

Poruchy osobnosti a ADHD představují u uživatelů návykových látek jednu z nejčastějších komorbidit, tedy přítomnost více diagnóz u jednoho pacienta. Přitom poslední studie ukazují obecně poměrně vysokou převahu ADHD u závislých pacientů, což v kombinaci s vícečetnou diagnózou v podobě poruch osobnosti znamená vysoce rizikový a komplikující faktor i z hlediska vhodné léčby. Pacienti s diagnostikovaným ADHD mohou být snadno zranitelní a díky tomu i více ohroženi vývojem do závislosti na ilegálních návykových látkách.⁹⁰ ADHD syndrom je tedy jeden z nepřímých důkazů, který podporuje teorii genetické predispozice závislosti na návykových látkách.

⁸⁷ <http://www.adehade.cz/o-adhd/>

⁸⁸ <http://www.adehade.cz/diagnostika/>

⁸⁹ Česká a slovenská psychiatrie. *Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice – pilotní studie* Praha: Galén, 2015, roč. 111, č. 5, s.229.

⁹⁰ Tamtéž, s. 228.

5. Farmakoterapie

V léčbě závislosti z medicínského, biologizujícího pohledu jsou používány různorodé farmakologické prostředky. Jejich užití je zejména v léčebném zařízení velmi přísně kontrolováno. Tyto prostředky jsou převážně používány k tlumení závažnějších odvykacích stavů. Pacienti v ústavní léčbě mohou bezpečným způsobem prožít velmi těžké odvykací stavy, ke kterým dochází během několika hodin až dní po odnětí návykové látky. Nejsilnější odvykací stavy se projeví zhruba druhý den.

Délka trvání těchto stavů je individuální, záleží na délce trvání abúzu a množství užívané látky. Dalším kritériem je věk, somatické problémy apod. „Charakteristickými projevy jsou třes rukou, event. celého těla, pocení, závratě, poruchy stability a koordinace pohybů, úzkost, psychomotorický neklid, přechodné vizuální, taktilní nebo sluchové halucinace nebo iluze, nauzea, čí zvracení, bolesti hlavy, tachykardie nebo hypertenze, pocity slabosti, poruchy spánku.“⁹¹

Při alkoholovém odvykacím stavu se mohou dostavit křeče, případně epileptiformní záchvaty. U závažnějších případů dochází k různým alkoholovým psychózám a k deliriu tremens. Delirium tremens je nejtěžší forma odvykacího stavu, na který se velmi často i umírá. Jedna z dalších forem poškození je alkoholová halucinóza, kterou provází živé a trvalé halucinace, které pomínou po snížení alkoholu v těle závislého, nicméně se tato deformace může rozvinout do chronické formy, která připomíná schizofrenii.⁹²

Častějším projevem odvykacího stavu jsou epileptiformní záchvaty, laicky epileptické. Záchvat se může objevit jak v průběhu odvykání od alkoholu v rámci abstinčního syndromu anebo díky nadměrné intoxikace ještě před léčbou.⁹³

Právě pro tyto stavy, které mohou mít fatální průběh je důležité správně a pod dohledem lékaře medikovat pacienta. V rámci farmakologické léčby jsou používány léky, které ovlivňují odvykací stavy nebo přidružené psychiatrické potíže jako jsou například afektivní nebo úzkostné poruchy. Ve farmakoterapii zaměřené na ovlivnění užívání alkoholu se v současné době používají dva základní typy farmakologických přípravků, které mají svými účinky odradit klienta od dalšího užívání alkoholu a léky na utlumení bažení, jejichž cílem je snížit klientovu touhu pít.

Léky zhoršující snášenlivost návykové látky fungují na principu senzitivace, kdy je zvýšena vnímavost organismu vůči účinkům alkoholu. Tento proces je založen na negativním podmiňování tedy tzv. averzivní terapii. Požití alkoholu po aplikaci

⁹¹ Popov, P. *Alkohol*. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s.153.

⁹² Smolík, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. Revidované vydání. Praha: Maxdorf, 2002, s.133.

⁹³ Popov, P. *Alkohol*. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s.153.

averzivního farmaka vede k výrazné vegetativní reakci organismu, která se nejčastěji projevuje zrychlením činnosti srdce, zkrácení dechu, bolestem hlavy, závratím a zvracením. Výjimkou nejsou kolapsové stavy. Nejznámějším lékem averzivní medikace je disulfiram známý pod obchodním označením Antabus.⁹⁴

Antabus je prostředek známý téměř sto let a z pohledu biochemického patří mezi neúčinnější prostředky pro léčbu alkoholismu. Při antabusové terapii se přímo nezúčastní receptory v mozku, neboť antabus pouze jednoduchým způsobem blokuje funkci enzymu, který v játrech odbourává látky vznikající po konzumaci alkoholu. V těle tak po požití alkoholu vzroste hladina acetaldehydu, který se dále nemůže odbourávat působením aldehyddehydrogenázy. Tím dojde k otravě organismu acetaldehydem, který způsobuje prudkou reakci a může ohrozit pacienta na životě.⁹⁵

Tato řízená otrava acetaldehydem, která musí být prováděna pod kontrolou lékaře, přináší nevolnost, zvracení, kovovou chuť, výskyt svědění a zarudnutí kůže. Někdy se při alkoholové reakci mohou vyskytnout halucinace, stavy deprese, snížená citlivost a slabost svalů, poruchy funkce jater i poruchy vidění. Právě tyto nepříjemné tělesné projevy jsou v terapii po léta používány k odrazení od konzumace alkoholu.⁹⁶

Zdravotnická zařízení se již distancují od „antabus-alkoholové reakce“ a nepoužívají ji, nicméně má tato terapie stále své zastánce. Podstoupit averzivní terapii s Antabusem může klient na vlastní žádost, nicméně řada lékařů tento postup nedoporučuje. Negativním podmiňováním se zakládá léčba a tedy abstinence na strachu, což není žádoucí v dlouhodobém horizontu. Lékaři doporučují Antabus používat v případě, že klient ukončil ústavní léčbu, je rozhodnutý abstinovat, nicméně si nevěří. V takovém případě Antabus může fungovat protektivně, jako racionální podpora. Pacient se cítí jistěji, nenapije se, protože ví, že by se mohl zhoršit jeho zdravotní stav.

Další skupinou léků, které pomáhají překonat závislost, jsou farmaka, která potlačují chuť na alkohol tzv. Terapie cravingu. Mezi nejčastěji užívané preparáty patří Akamprosát, Campral a Naltrexon. Jejich podávání se nepřerušuje ani v případě recidivy. Acamprosát lze užít i nárazově, například v krizi rozkousat tabletu, nechat ji vstřebat pod jazykem a usnadnit si tak zvládnutí bažení po alkoholu. Naltrexon se používá zejména u pacientů závislých na opioidech.⁹⁷

Farmakologická forma léčby je prozatímním řešením a klíčovou roli stále hraje tzv. nácvik sociálních dovedností a forma behaviorální terapie, při které se učí klient zvládat a řešit krizové situace bez návykových látek.

⁹⁴ Tamtéž, s.155.

⁹⁵ Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015, s.55.

⁹⁶ Popov, P. *Alkohol*. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s.155.

⁹⁷ Tamtéž, s.156.

Farmakologickou léčbu lze rovněž kombinovat s terapeutickými prostředky na bázi rituálů například s halucinogenními látkami. Přední odborník na závislost a zakladatel holotropního dýchání Stanislav Grof se účastnil pokusů s LSD, které využívaly změněného stavu mysli k studiím a následně k terapii.

Podobné principy jsou známy i z přírodní medicíny, například u jihoamerických indiánů, kdy je halucinogenní látka Ayahuasca podávána zkušeným šamanem a ten pak ve změněném stavu mysli, tedy v jakémsi transu ovlivňuje mysl pacienta. Tyto postupy jsou velmi staré a lze je vystopovat až do kultur, které je podobně praktikovaly již v době kamenné. Jeden z takových rituálů, se udržel do současnosti i v peruánské Amazonii a nyní se objevuje i při léčbě závislostí v našem kulturním prostředí. Ayahuasca může být sice označena jako droga, ale pokud je její užívání rituálně podmíněno a využito k léčení, není drogou ve smyslu ilegálních návykových látek. Mysl může být pod vlivem ayahuascy schopna hlubšího náhledu vnitřních duševních stavů, mohou se v ní objevit různé vzpomínky, vize a symbolické představy. Tímto působí komplexně psycho-somaticky, neboť v tomto stavu může způsobit zrychlení srdeční činnosti, zrychlené dýchání a činnost hladkého svalstva projevující se např. zvracením apod. V současnosti se rituály spojené s užíváním Ayahuascy, které původně sloužily k obřadům a k léčení u jihoamerických indiánů, využívají terapeuticky při léčbě depresí a závislosti.⁹⁸

Uvedený způsob léčby není univerzální, nelze rovněž doporučit všem a není ani zcela bezpečný. V tomto kontextu lze zmínit, že podobný způsob léčby vyzkoušel i Stanislav Grof při svých pokusech s LSD.

Jistou podobnost rituálního charakteru nalezneme i při léčebných postupech s Antabusem, které probíhaly v léčebnách během 80. let. Antabus sice nepůsobí psychotropně, ale čistě somaticky. Avšak pro terapii je používán i na úrovni psychiky, především principem očekávaného trestu z požití alkoholu. Ten musí být buď získaný vlastní zkušeností, nebo naučený, např. ze skupinové terapie.

Z uvedeného je zcela zřejmé, že při terapiích se v různých vývojových stádiích a úrovních poznání vedle chemicky účinných farmak velmi často využíval a využívá i psychologický aspekt léčby.

⁹⁸ <https://psychologie.cz/roste-v-dzungli-nadeje-pro-zavisle/>

6. Psychologické a terapeutické přístupy

Vzhledem k závažnosti problematiky a odlišným náhledům na závislosti existuje mnoho přístupů, současně díky vývoji léčebných postupů se nalézají další aspekty a vlivy z různých jiných psycho-sociálních oblastí. Pro přehlednost uvádím poznatky doc. Kaliny, který předkládá celistvý souhrn v publikaci *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. V rámci této práce jsou uváděny nejrozšířenější postupy a nejjednodušší rozdělení a jejich využití v praxi.

6. 1. Psychoterapie

Slovo psychoterapie je složené ze dvou slov psýché a therapón. Psýché má mnoho významů od vanutí, život, dech či zdroj života, therapón znamená ve staré řečtině služebník, průvodce a opatrovník, jak uvádí Kalina. Z tohoto slovního spojení odvozuje Kalina psychoterapii jako péči o duši.

Psychoterapie je samostatný obor, který využívá metod a poznatků z mnoha jiných vědních oborů, jako jsou psychologie, teorie komunikace, psychiatrie, pedagogika a dalších. Mnohé z těchto oborů rovněž sama ovlivnila.⁹⁹

Existuje mnoho psychoterapeutických škol a směrů od klasické psychoanalýzy, psychoanalytické psychoterapie, po Jungovské psychoterapie či různé existenciální směry. Tento výčet a rozdělení není záměrem této práce.

Nejzásadnějším rozdělením, které uvádí rovněž Kalina, je individuální terapie, skupinová terapie a rodinná či párová terapie. K tomuto typu rozdělení se přiklání i Michal Miovský a Ivana Bartošíková v Mezioborovém přístupu Drogy a drogové závislosti. Domnívám, se že na tomto rozdělení lze nejjednodušší formou vyjádřit principy psychoterapie obecně.

Individuální psychoterapie

Je založena na vztahu terapeuta a klienta. „Prostor individuální psychoterapie je pokládán za výsostně intimní.“¹⁰⁰ Michal Miovský ještě upřesňuje s ohledem na potřeby klienta. Cíl psychoterapie je nastaven podle individuálních potřeb klienta a jeho stavu. Cíle mohou být krátkodobé nebo dlouhodobé. Krátkodobý cíl je nastaven pro případ nějaké

⁹⁹ Kalina, K. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing, 2013. s.23.

¹⁰⁰ Kalina, K. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing, 2013. s.30.

krizové situace a terapeut intervenuje a pomáhá klientovi projít krizovou situací.¹⁰¹

V dlouhodobém horizontu je opět důležitý stav a přístup pacienta. Terapie má za cíl zvládnání a stabilizaci klienta v případě náročné diagnózy (nebo duální), tak aby mohl klient projít standardním programem. Standardním programem je např. odvykací léčba v psychiatrickém zařízení v rozmezí tří až čtyř měsíců.¹⁰²

V dalším případě je psychoterapie prostředkem umožňující klientův rozvoj a práci za účelem osobního růstu. Tento individuální přístup v klasickém programu odvykací léčby je méně častý a zpravidla je využíván ve vyšších fázích léčby, tedy po dokončení standardního programu, jako forma doléčování.¹⁰³

„Psychoterapeutickým systémem využívá různé teorie a uvádí je do praxe. Psychoanalytické teorie jsou nejznámější, soustředí se na to, jak se nevědomé stává vědomím. Do sféry nevědomého je možno zařadit vnitřní pudy a reprezentace vztahů k druhým. Psychoanalýza se zabývá příčinami, hledá motiv pro závislostní chování. Snaží se například vysvětlit, proč začne člověk užívat návykové látky a proč si závislost na těchto látkách udržuje. Tyto teorie použité v praxi jsou velmi užitečné, nicméně jsou jen dílčím prostředkem, který samostatně nedosahuje požadovaných výsledků. Prvotní typologie psychoanalýzy se soustředily na pudy a defenzivní strukturu – ego psychologie. Teprve později se zájem psychoanalýzy obrátil k tomu, jak se lidé adaptují ve společnosti. Současný stav odráží zvýšený zájem o vztahy mezi lidmi navzájem.“¹⁰⁴

Rotgers uvádí, že další a rozhodně přínosnou studii provedl Henry Krystal. Ve své práci prý vygeneroval dvě zajímavé teorie. První teorie vypovídá o vztahových vzorcích, podle které závislý člověk k návykové látce prožívá symbolický vztah, jako k primárnímu mateřskému objektu. To znamená, že droga nahrazuje subjektu pocity bezpečí a jistoty. Narkomanův vztah k droze se vytváří na základě porušeného vztahu s vlastní matkou, jak ho prožíval během svého vývoje.¹⁰⁵ Není to vždy mateřská láska, která těmto lidem chyběla. Je to spíše představa ideálního vztahu globálně a pocitu naplnění, který těmto lidem chybí. Domnívám se, že se zde jedná o primární vztah, ze kterého nový život čerpá. Matka může být relativně v pořádku, nicméně pokud je zde ohrožení v podobě závislého chování ze strany otce, opět je narušeno to základní, jelikož je matka v kodependentním vztahu k otci.

Druhá teorie se zabývá jevem „alexithimie“ a zkoumá narušené afektivní funkce.

Podle této teorie narkomani nedokáží odlišit kognitivní aspekty emočních stavů.¹⁰⁶ Jejich

¹⁰¹ Miovský, M., Bartošiková, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 37.

¹⁰² Délka je stanovena individuálně. Záleží na přesné diagnóze.

¹⁰³ Miovský, M., Bartošiková, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 37.

¹⁰⁴ Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 60.

¹⁰⁵ Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*, vyd. 1. Praha: Grada, 1999. s. 64.

¹⁰⁶ Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*, vyd. 1. Praha: Grada, 1999. s. 64.

prožívání se tedy vyznačuje emoční oploštělostí bez rozeznávání pocitů smutku, zlosti a štěstí. Podle Krystal, uvádí Rotgers, tedy prožívají globální fyziologické stavy a napětí. Bez prožitých a poznáných emocí na základě vlastní zkušenosti se jejich život nemůže vyvíjet přirozeným způsobem. Krystal vychází z hypotézy, že základem užívání drog je vážná porucha objektivních vztahů, ke které dochází v raném vývoji.¹⁰⁷

Rotgers však také konstatuje, že tyto a několik dalších psychoanalyticky orientovaných teorií se při praktických aplikacích potýkají s několika problémy. Jsou pouhou součástí léčebného procesu a mohou být úspěšné, jen pokud jsou integrovány do biopsychosociálního modelu, o kterém vypovídá jedna z předchozích kapitol.¹⁰⁸

Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je princip, který léčí více osob tedy klientů pomocí skupinové dynamiky. Tato psychoterapie bývá vedena jedním nebo dvěma terapeuty. Psychoterapeutická dvojice zvyšuje potenciál léčebného procesu a skupinovou dynamiku. Kalina uvádí, že pokud je tato dvojice navíc genderově vyvážená, pak nabízí korektivní zkušenost s rodičovskými autoritami.¹⁰⁹ Domnívám, se že tato dvojice by měla být sehraná a navzájem se doplňovat, aby byl výsledný efekt účinný. Kalina dále uvádí, že je důležitý prostor, ve kterém se skupinová terapie odehrává. Klienti a psychoterapeuté vytváří kruh ze židlí tak, aby měli vzájemný kontakt mezi sebou a zároveň se cítili v bezpečí. „V magickém myšlení představuje kruh účinný symbol ochrany proti zlým duchům a démonům.“¹¹⁰ Podle Miovského je léčebné působení cílené na nemoc, poruchu či anomálii osobnosti a má odstranit nebo zmírnit obtíže, to vše se děje prostřednictvím reedukace a restrukturalizace osobnosti a na základě sebepoznání v prostředí vztahových interakcí a skupinové dynamiky.¹¹¹

Skupinová psychoterapie má jednotný cíl, a proto je důležitý výběr klientů s příbuznou diagnózou a podobnou problematikou. Skupinové psychoterapie zaměřené na závislost bývají různorodé, co se týče pohlaví a věku klientů, nicméně co se týče diagnóz a problematiky, jejich složení je v tomto případě homogenní. Pokud je to skupina zaměřená na doléčování, pak není žádoucí, aby tam docházel klient, který je na začátku léčby. Pokud je skupina stabilní a funkční, její složení je přirozeně selektivní, pojme nebo přijme pouze klienty, kteří jsou schopni unést tempo a dynamiku skupiny. Podle Miovského způsob, jakým skupiny pracují se liší, dle zaměření terapeuta a cíle. Techniky, které jsou využívány, mohou být různorodé od nejčastěji využívaných kognitivně-behaviorálních, přes

¹⁰⁷ Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*, vyd. 1. Praha: Grada, 1999. s.64.

¹⁰⁸ Tamtéž, s.65.

¹⁰⁹ Kalina, K. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing, 2013. s.31.

¹¹⁰ Kalina, K. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing, 2013. s.31.

¹¹¹ Miovský, M., Bartošiková, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 37.

dynamický způsob práce, gestalt terapii až po systematické přístupy.¹¹²

Kalina i Miovský uvádí současně účinné faktory skupinové terapie dle Kratochvíla, které zahrnují členství ve skupině a emoční podporu, moment pomoci druhým, sebeexplorace a sebeprojevození, odreačování, zpětná vazba a konfrontace, náhled, korektivní emoční zkušenost, nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností.¹¹³

Párová a rodinná psychoterapie

Tato sezení jsou určena partnerské dvojici nebo rodině, popřípadě její části. Přítomen může být jeden psychoterapeut nebo opět terapeutická dvojice. Nešpor uvádí, že rodinná nebo manželská terapie se při léčbě návykových nemocí většinou používá jako doplňující forma terapie, která má ovšem velmi příznivý dopad na celkový výsledek léčby. Kalina i Nešpor se shodují na jednoznačném pozitivním přínosu ve vztazích v rodině a dále na výsledném efektu léčby. Efektivitu lze vyhodnotit až po nějakém čase, tyto změny se nemusí projevit okamžitě. Nešpor cituje výsledky odborníků, kteří se zabývají rodinou terapií a jejich studie. V rámci problematiky návykových nemocí považují za velmi důležitou rodinnou intervenci v případě závislostí dětí na návykových látkách. Nešpor zmiňuje studii Friedmana, který porovnával rodinou terapii a účast na rodičovské skupině pro rodiče, jejichž děti zneužívaly návykové látky.¹¹⁴ Výsledky porovnávání byly zajímavé, nicméně mnohem podstatnější je, že obě intervence byly úspěšné. Z toho tedy vyplývá, že není důležitá forma, kterou je rodinná terapie vedená, ale zájem a ochota problém řešit. Rodinná terapie je efektivní, nicméně může být bolestivá a emočně velmi náročná.

6. 2. Kognitivně – behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie¹¹⁵ je syntézou dvou terapeutických směrů, které se odvíjí z velmi rozdílných východisek, nicméně jako celek je to velmi účinná terapie a v oblasti léčby závislosti představuje v současnosti dominantní přístup.¹¹⁶ V této kapitole jsou na začátku zmíněna obecná východiska a vysvětlení. V závěru se je uvedeno praktické využití kognitivně-behaviorální terapie v rámci dimenze závislosti.

Pro objasnění KBT čerpám především z prací dvou renomovaných psychologů s dlouholetou praxí. Jedná se o amerického psychologa Fredericka Rotgerse a českého

¹¹² Miovský, M., Bartošiková, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 38.

¹¹³ Miovský, M., Bartošiková, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 38.

¹¹⁴ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 85.

¹¹⁵ Dále jen KBT.

¹¹⁶ Miovský, M., Bartošiková, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 39.

psychologa a pedagoga Michala Miovského.

Výraz kognitivní znamená poznávací, tato oblast zahrnuje procesy jako jsou např. koncentrace, zapamatování, pozornost. Slovo behaviorální, nebo také behaviorismus má základ v anglickém slově behavior, což znamená chování.

Kognitivní funkce ovlivňují to, jak lidé poznávají sebe sama, druhé a prostředí, ovlivňují lidské myšlení a vnímání, které se následně odráží v jejich chování. Michal Miovský uvádí, že cílem těchto postupů je změna konkrétního chování, které brání nezávislému fungování člověka.¹¹⁷

Behaviorální terapie si klade za cíl změnu v chování a vychází z konceptu učení.¹¹⁸ „Tento koncept vznikl na základě pozorování a provádění experimentů se zvířaty a lidmi v průběhu posledních 75 let.“¹¹⁹

Pro bližší porozumění je důležité uvést základní postuláty, od kterých se odvíjí teorie učení. Existují tři základní formy učení, které se podílejí na vzniku, trvání a změně chování, které rovněž zmiňuje Rotgers.¹²⁰

První z nich je klasické podmiňování, které podrobně experimentálně a systematicky studoval ruský lékař a fyziolog I. P. Pavlov a americký psycholog J. B. Watson. Experimenty I. P. Pavlova vedly k definování podmíněného reflexu. Podmíněný reflex je vyvolán nepřímo kombinací vnějších podnětů s přirozeným instinktem.¹²¹ Učení touto formou ovlivňuje jak vědomé, tak i bezděčné chování.¹²² Tento princip byl později využit v případě averzivní léčby u alkoholiků, který byl popsán v jedné z předcházejících kapitol. Z těchto poznatků, v oblasti závislostí, vychází doporučení, jak postupovat v případě bažení.

Druhá forma učení se nazývá operantní podmiňování a vyskytuje se ve spojení se záměrným chováním, které se stupňuje nebo zmírňuje v závislosti na reakci okolí. Chování se mění na základě pozitivní i negativní odezvy okolí, jak prostřednictvím odměn nebo trestů. Tato forma je převážně spojována se jménem B. F. Skinnera.¹²³ B. F. Skinner byl americký psycholog, který se soustředil na sociální problematiku. Podle jeho teorií je možno prostřednictvím operantního podmiňování, změnit lidské chování v pozitivním smyslu a díky tomu změnit stav společnosti. Jeho teorie ho dovedly k utopistickému vidění

¹¹⁷ Miovský, M., Bartošíková, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 39.

¹¹⁸ Miovský, M., Bartošíková, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 39.

¹¹⁹ Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. s.144.

¹²⁰ Tam. s.146.

¹²¹ <http://www.studium-psychologie.cz/dejiny-psychologie/3-behaviorismus-a-jeho-predchudci.html>

¹²² Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. s.145.

¹²³ Tamtéž, s.148.

světa.¹²⁴

Podle Rotgerse se operantní teorie přiklání k názoru, že pokud má být léčba závislosti úspěšná, je třeba zpevňovat nový typ chování, než se soustředit na trestání nežádoucího. Léčba, která je založena na trestu a strachu není ve většině případů z dlouhodobé perspektivy úspěšná.

Učení nápodobou je třetí a doposud nejefektivnější formou, která dokáže nejrychleji vytvářet nově naučené vzorce chování a to bohužel i v negativním smyslu. Mladí lidé, kteří touží po uznání a začlenění do nějakého kolektivu se nejspíše naučí pozorováním novému typu chování. Tento model zahrnuje učení pozorování a výkon. „Chování se lze naučit jen samostatným pozorováním a nově naučené chování může být poměrně přesně reprodukováno bez jakéhokoliv předchozího tréninku.“¹²⁵ Projevení a reprodukce odpozorovaného chování záleží na několika faktorech. Naučené chování je převzato od vzoru, ke kterému pozorovatel vzhlíží. Záleží tedy na stupních sympatie, úcty a vážnosti, kterou pozorovatel ke vzoru cítí a pak také zda je za takové chování vzor trestán nebo odměňován. Lidé, kteří nejsou dostatečně asertivní, nebo kteří nedokáží odmítnout, se mohou naučit nápodobou novým schopnostem, které jim pomohou překonat návyky spojené s drogami a alkoholem.

K těmto behaviorálním principům byly mnohem později připojeny komponenty kognitivních technik. Miovský uvádí: „Mezi kognitivní přístupy, zaměřené na ovlivňování myšlení řadíme především racionálně-emoční terapii Alberta Ellise a kognitivní terapii Aarona Becka.“¹²⁶

Techniky kognitivně-behaviorální terapie v oblasti léčby závislostí vyústily v metodu harm reduction, která si klade za cíl snižování rizik dopadu užívání návykových látek. Výměna injekčních jehel nebo substituční metadonová léčba, to jsou prostředky, které eliminují riziko spojené s návykovým chováním. Tato opatření mají sloužit k tomu, aby si klient ublížil co nejméně a aby byl menší hrozbou pro společnost i pro své nejbližší okolí. Ideálem v léčbě je abstinence, pokud toho, ale klient není schopen, je důležité aspoň toto prozatímní řešení. Metoda harm reduction se týká převážně klientů, kteří jsou závislí na ilegálních návykových látkách.

Behaviorální terapeuté se zaměřují na individualitu člověka a každý klient je pro ně nový a naprosto ojedinělý případ, který je třeba empiricky zkoumat.¹²⁷ Jejich kritériem je individuální pokrok a odstraňování nedostatků při léčbě. Jejich metody jsou založené na principu učení, jak již bylo zmíněno, jejichž výsledkem má být individuální pokrok.

¹²⁴ <http://www.biography.com/peopl/bf-skinner-9485671#final-yearse>

¹²⁵ Rotgers, F. a kol. Léčba drogových závislostí, vyd. 1. Praha: Grada, 1999. s.150.

¹²⁶ Miovský, M., Bartošiková, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 40.

¹²⁷ Rotgers, F. a kol. Léčba drogových závislostí, vyd. 1. Praha: Grada, 1999. s.150.

Dosažení takového pokroku je možné prostřednictvím aktivní spolupráce s terapeutem. V této spolupráci si klient stanoví cíl, kterého chce dosáhnout. Na základě pravidelné spolupráce, konfrontace a zpětné vazby si snaží kontrolovat plnění dosažitelných cílů, které stanovují spolu s klientem. Hlavní rozdíl mezi klasickými teoriemi a behaviorálními je v tom, že klasické teorie neuznávají kontrolované užívání návykových látek. Naproti tomu behaviorální terapeuté kladou důraz na proces odnaučení se pít, přičemž jsou ochotni tolerovat občasné výpadky abstinence. Součástí terapie je i minimalizace dopadů při výpadcích abstinence. Behavioristé nevyžadují od klienta doživotní abstinenci, neboť takový tlak dle jejich teorie není efektivní, nicméně léčbu orientují tímto směrem.

Úspěch a operativnost KBT podnítil přínos kognitivních přístupů, které byly implementovány do praxe u terapeutů vycvičených i v jiných metodách. Technika KBT je obecně přijímaná metoda, která neslouží pouze k léčbě závislostí, avšak v této oblasti se plně etablovala.

Problematiku závislosti terapeuti nepřijímají paušálně. „Behaviorálně orientované přístupy kladou jednoznačný důraz na spolupráci klienta, věnují pozornost jeho příspěvkům a názorům. Klienti nejsou nuceni přijmout striktní předpis pro své chování, ale na základě vlastní individuality si musí vytvořit vlastní terapeutický program vedoucí ke změně chování. Na rozdíl od jiných metod, behaviorální postup umožňuje vysoký stupeň individualizace léčby.¹²⁸

Zaměřením na průběžné zhodnocování faktorů, které přispívají k užívání drog u příslušného klienta a na to, jak se klienti učí a uplatňují nové schopnosti řešit problémy a změny životního stylu, poskytují behaviorálně založené metody jasná kritéria pro zhodnocení individuálního pokroku v léčbě, nebo jeho nedostatků. Domnívám se, že z krátkodobého hlediska tyto přístupy přináší výsledky, ale pouze dílčí. Pokud člověk závislý na návykových látkách nedospěje k závěru, že chce abstinovat, pak takovou teorii nelze pokládat za úspěšnou z dlouhodobého hlediska. Zároveň lze předpokládat, že tento přístup není vhodný pro každého pacienta, např. chronický alkoholik, který si nepřipouští problém s nadužíváním, bude těžko spolupracovat na tak náročné terapii.

Kognitivně - behaviorální techniky se v oblasti závislostí využívají jako prevence relapsu. Relaps, nebo také recidiva, jsou ustálené výrazy zejména v adiktologii, ale jsou i širěji používané. Relaps tedy znamená zhoršení stavu, nebo opakující se příčina. V praxi to znamená, že člověk závislý na návykové látce vědomě, nebo v jistém smyslu i nevědomě, poruší svou abstinenci, tedy že požije návykovou látku i přestože je obeznámen s tím, že tímto zhorší svůj psychický i fyzický stav. Oficiální definice, kterou cituje Aleš Kuda, zní: „recidiva je návrat k nemoci, která již byla vyléčena, nebo u ní zmizely příznaky.“¹²⁹

¹²⁸ Tamtéž, s. 159.

¹²⁹ Kuda, A., Relaps a prevence. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*

Bažení, jehož definice je uvedena výše, je stav, který může trvat několik minut, zhoršuje sebeovládání a paměť a je velmi často přítomné u většiny relapsů.

Podle Nešpora nastává relaps za těchto podmínek: „Když člověk jedná automaticky, jak se to děje zejména v rizikovém prostředí nebo situaci. Když špatně vnímá sebe sama (čili to, co se v něm děje). Když si nepřizná závislost a bažení mylně považuje za projev svobodné vůle.“

Většina zmíněných odborníků se shoduje na tom, že kognitivně-behaviorální techniky jsou úspěšné ve zvládnání bažení. Kognitivně-behaviorální terapie využívá techniky typu relaxace, sebevědomého přístupu a zacházení s emocemi, sem patří dále relaxační postupy, Jacobsonova progresivní relaxace, biofeedback, krátké relaxace, nebo postupy zaměřené na zvládnání akutních stavů úzkosti či paniky, metody odpoutání pozornosti, modelování nového chování apod.¹³⁰ „Další skupinu tvoří různé techniky, při nichž se pacient trénuje v určitém chování – nácviky: např. behaviorální nácviky sebekontroly, nácviky asertivity nebo zvládnání zátěže a nácviky sociálních dovedností.“¹³¹ Nešpor klade velký důraz na relaxaci a sebeuvědomění. Sebeuvědomění, které si klient musí osvojit pozorováním vnitřních mentálních pochodů a projevů, rozpoznáváním rizikových duševních stavů a jejich intenzity. Podle Nešpora je rovněž důležitý nácvik a osvojení si odmítání¹³² a práce s motivací. Při zvládnání bažení je velmi dobré uvědomit si přímé i nepřímé následky svého chování (negativní motivace).

Podle mého názoru je důležité zapojení sociálních vazeb do procesu léčby. To znamená zapojit své nejbližší do některých technik. Karel Nešpor zmiňuje postupy, které pomáhají předcházet recidivě. Každý pacient si musí zvolit vlastní postup, jak se s problémem vypořádat, v každém případě musí respektovat určité zásady a osvojit si různé techniky, které mu pomohou zvládat bažení a předcházet recidivám. Tyto techniky vyžadují od pacienta i dávku patričního nadhledu a kreativity. Takovým pravidlem je například tzv. “suchá domácnost”. Klient by měl žít v bezpečném prostředí, ale pokud nežije sám, pak se jeho zájem může překrývat se zájmy druhých. Jak nastolit určité opatření, aniž by tak omezoval své blízké. Domnívám se, že zde je třeba diplomacie a takt, který v sobě závislý člověk musí probudit. Je třeba se vydat nevyšlapanou cestou.

Mimo jiné také doporučuje, mít pro případ recidivy připravený tzv. havarijný plán, který může mít různé podoby, např. písemný terapeutický kontrakt nebo ústní dohoda mezi pacientem, jeho rodinou a terapeutem, díky němuž se pacient zavazuje, že v případě nějaké

2. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.117.

¹³⁰ Miovský, M., Bartošíková, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup* 2. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 38.

¹³¹ Miovský, M., Bartošíková, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup* 2. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 38.

¹³² Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s.75.

budoucí recidivy, bude postupovat tak a tak. „Kontrakt k zastavení recidivy může urychlit a zefektivnit jednání rodiny při recidivě a snížit škody, které by jinak recidiva způsobila. Navíc pacienta tento kontrakt motivuje k tomu, aby recidivě předcházel, protože kontrakt většinou zahrnuje pro pacienta nepříjemné kroky.“¹³³

Podle Nešpora toto uvažování, nemá znamenat, že pacient předpokládá recidivu.¹³⁴ Je to projev odpovědnosti, nebo obavy z budoucnosti? Každé z těchto opatření se může zdát trochu kontroverzní, pro člověka ne -závislého.

6. 3. Komunitní přístup

Pro léčení závislosti se v oblasti dlouhodobé léčby nebo ústavní léčby využívá komunitní přístup, v kterém hrají významnou roli terapeutické komunity. Tento fenomén má velký potenciál a je považován za jednu z neúčinnějších složek v procesu léčby závislosti. Pojem terapeutické komunity má podle několika autorů dva významy. Kalina uvádí stanovisko Kratochvíla, který chápe terapeutické komunity¹³⁵ v širším a užším slova smyslu. „Terapeutická komunita v širším smyslu je systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i pacienti.“¹³⁶ Naproti tomu terapeutická komunita v užším významu, znamená soubor procesů, který tvoří psychoterapeutickou metodu. TK ve smyslu psychoterapeutické metody je realizována i v prostředí psychiatrických ústavů a léčeben, nejen v prostředí TK.

Pacienti, kteří se v průběhu léčby dostanou do zařízení, které funguje na komunitním principu, mají možnost změnit náhled na sebe samotné v bezpečnějším a přirozenějším prostředí. Závislost je dosud izolovala od společnosti a jejich svět se zúžil na předmět své touhy, tedy na nějakou látku a ukojení nejzákladnějších potřeb. Svým dosavadním jednáním se uzavřeli před okolním světem.

V terapeutické komunitě se pacient musí podrobit řádu a podílet se na chodu terapeutického procesu. Dlouhodobý pobyt v takto strukturovaném společenství má skutečný terapeutický potenciál. Tento potenciál však musí být transformován do více procesů v návaznosti na dané okolnosti a podmínky. Při tom zároveň velmi záleží na klientově schopnosti se do těchto procesů vnořit a otevřít se ostatním osobám v komunitě.

Principy působení terapeutické komunity lze rozdělit podle několika hledisek.

¹³³ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s.89.

¹³⁴ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s.121.

¹³⁵ Dále jen TK.

¹³⁶ Kalina, K. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada, 2008. s 17.

Každý autor, který se zabýval studiem terapeutických komunit, uvádí poněkud jiné rozdělení. Domnívám, se že nejpřehlednější je rozdělení podle Camplingové a Rexe Haigha, které uvádí Kalina. Jejich teorie navazují na teorii londýnské psychoanalytické školy s odkazem na práce Maina a Jonese a v neposlední řadě i Roberta Rapoportu.¹³⁷

Jejich výklad psycho-terapeutického potenciálu terapeutických komunit spočívá v rozdělení na pět esenciálních fenoménů, které představují v progresivních frekvencích.¹³⁸

První z nich je proces přimknutí, což je primární strategie každého člověka. Od narození se vztahujeme k matce, k rodině, k pečující osobě, která symbolizuje pocit bezpečí a přežití. Narušení těchto základních vzorců má vliv na vývoj psychiky a odchylky. „Podle Camplingové a Haigha je přínosné pohlížet na členy terapeutické komunity jako na osoby trpící selháním primárního přimknutí.“¹³⁹ V terapeutické komunitě může klient získat náhled na své dosavadní vztahy a zároveň si zde vytváří nové, které povstávají z jiných hodnot. I přes určitou hierarchickou strukturu a přísný řád se vztahy mezi lidmi v terapeutických komunitách vyznačují silným pocitem sounáležitosti. Účastníci komunitní léčby si vyjadřují podporu a zájem. Tyto hodnoty jsou silou, která pomáhá přetvořit původní nefunkční vzorce chování ve vztazích.

Dalším procesem je ohraničování. Klienti se v bezpečném prostředí učí vyznat se sami v sobě a především ve svých pocitech. Lidé závislí na návykových látkách utíkají před realitou a před vlastními skutečnými pocity a tak následně v terapeutických komunitách prožívají šok. Zde se nemohou skrýt před vlastními emocemi a myšlenkami. Nemohou si zjednodušeně navodit změněný stav vědomí. Musí se vyrovnat s vnitřní nepohodou a utrpením a nalézt zdravější způsoby, jak je unést.¹⁴⁰

Tento proces je velmi důležitý, analogicky je to proces dospívání, hledání a vytváření si vlastních hranic v bezpečném rámci. V tomto ohraničování hraje důležitou roli již zmíněný pevný řád, strukturovaný denní program a jasná pravidla. Na podporu těchto tvrzení je v příloze uveden rozhovor s primářkou Helenou Škopkovou z psychiatrické léčebny v Dobřanech. Z tohoto rozhovoru je patrné, jak takový denní program může vypadat a také, že tato struktura má své opodstatnění a výsledný efekt.

Třetí oblastí je komunikace, která je nezbytná v mezilidských vztazích obecně a i zde hraje zásadní roli. Pojmenovávání a vyjadřování vlastních obsahů a vymezení vlastních hranic se děje prostřednictvím řeči, jazyka a promluvy k druhým. Zásadou na kterou se dbá v terapeutických komunitách je otevřenost, která je součástí i komunitních

¹³⁷ Rozdělení najdeme u Kaliny.

¹³⁸ Kalina, K. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada, 2008. s. 145.

¹³⁹ Tamtéž, s. 147.

¹⁴⁰ Tamtéž, s. 149.

desater. Camplingová podle Kaliny uvádí, že komunikace je nezbytná pro vlastní léčebný proces. Komunikace, která se zde odehrává v Buberově smyslu.¹⁴¹ Domnívám se, že setkání Já a Ty zde nabývá plný rozměr. Komunikace formuje Já v přesahu, vyvěrající a měnící se, jakoby se dotýkající Ty. V rámci tohoto vzorce jsme schopni se identifikovat a reflektovat jako jedinci a zároveň cítit sounáležitost a jednotu s druhými. V Kalinově interpretaci pak zaznívá ještě jedna podmínka: „dialog, který vyžaduje určitou strukturaci a ohraničení Já a zároveň odpoutání od dětské či obecně nezralé až patologické víry v porozumění bez sdělování“.¹⁴²

Tento typ dialogu má podstatný ještě jeden, rozměr odehrává se v přítomnosti. V komunikaci je důraz na tady a teď, na moc přítomného okamžiku. Dialog formuje a vytváří náš svět a to, jak ho uchopujeme. Lidé se závislostí nedokáží prožít přítomný okamžik, jejich myšlenky jsou směřovány do minulosti nebo se zaměstnávají obavami z budoucnosti. Závislý člověk se zabývá obavami z budoucnosti, řeší, jak a kdy získá prostředky na drogu či alkohol, kde si je obstará a jak a kdy je aplikuje. Zároveň se obrací do minulosti k nevyřešeným problémům a traumatům, které mu poskytují opodstatnění pro své chování. V podstatě si tak racionalizují své destruktivní chování.

Dalším principem je proces zapojení. Tento princip naplno využívá proces živého učení a zapojení do struktury společenství. To se odehrává v komunitních setkáních, ale i mimo něj. V tomto procesu se klient střetává s realitou a to prostřednictvím konfrontace a zpětné vazby.

Poslední fáze procesu léčby podle Haigha je jednání. Je to fáze, ve které si klient uvědomuje své jednání a přebírá za něj odpovědnost. „Právě prostřednictvím členství v komunitě člověk dospívá k většímu uvědomění sebe samého a může měnit své chování.“¹⁴³

V současné době existuje ve světě mnoho komunitních zařízení, které fungují na různých principech např. antroposofický přístup nebo holistický. Komunitní zařízení, která fungují na těchto principech, nalezneme převážně v zahraničí, v Holandsku, v USA a Velké Británii. Zvláštní případ představují komunity v Čechách, které ve většině případů nevyužívají oproti zahraničí duchovní rozměr.

„Ve světě existují dvě hlavní linie terapeutických komunit – tzv. demokratické terapeutické komunity pro klientelu s poruchami duševního zdraví a osobnostního vývoje a tzv. hierarchické terapeutické komunity pro drogově závislé. Přitom každá z těchto linií má svoji kulturu, tradici, svůj slovník s různými formulacemi a důrazy na jednotlivé principy

¹⁴¹ Kalina, K. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada, 2008. s. 150.

¹⁴² Tamtéž, s.150.

¹⁴³ Kalina, K. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada, 2008. s.152.

terapeutické komunity.“¹⁴⁴

Myšlenka komunitní společnosti není nová. Lidé se sdružují v uzavřených společenstvích již po mnoho tisíciletí. Domnívám se, že za určitých předpokladů lze nalézt určitou podobnost například i s kláštery. Lidé se sem utíkali proto, aby byli blíže Bohu, nebo aby se ochránili před hříchem a před mravním úpadkem. Komunita má podobné rysy, jako tato společenství. Má svou strukturu, hierarchii a svůj řád, s tím rozdílem že připravuje své klienty na návrat do života.

Kalina uvádí, že nejpravděpodobnější souvislost se vznikem společenství, která uznávala principy v léčení tak, jak je známe dnes, najdeme v historii. Například na počátku 19. století se náboženská společnost kvakerů snažila změnit přístup v tehdejších ústavech. Byli to zastánci tzv. „morálního léčení“ tedy hnutí Moral Treatment, jejichž postoj zahrnoval represivní a trestající prostředky a preferoval zdravější prostředí, vztah k práci a vzájemně lidský přístup.¹⁴⁵

Zásadní obrat ve vývoji komunitní metody je spojen s druhou světovou válkou ve Velké Británii. Tento obrat je známý pod názvem „Northfieldské experimenty“. Tehdejší psychiatrická zařízení byla přeplněna vojáky s psychickými traumaty a armádní psychiatrie neměla kapacity k tomu, aby mohla účinně tyto muže léčit. Armáda tehdy potřebovala, aby se ti to vojáci co nejrychleji uzdravili a vrátili zpět na frontu, nebo do běžného života. Pod tíhou těchto okolností, vyvstala potřeba přesunout těžiště léčby od individuální péče ke skupinovým vztahům.¹⁴⁶ „Northfieldské experimenty“ jsou spojeny se jmény několika významných osobností: H. Bridger, W.R.Bion, S.H. Foulkes a Tom Main.“¹⁴⁷

První předstupeň terapeutické komunity hierarchického typu byl Synanon. Ten byl založen Charlesem E. Dederichem v roce 1958 a vznikl v podstatě svépomocí. Byla to sociální jednotka a významný dobrovolný experiment. V Synanonu spolu žili lidé závislí na alkoholu a na nelegálních návykových látkách. Členové si zde vzájemně pomáhali žít bez drog a alkoholu. Tato skupina byla pod vedením Charlese Dedericha silně nábožensky motivovaná. Dederich byl bývalý člen Anonymních Alkoholiků, kterým je věnována jedna z dalších kapitol. Synanon byla na počátku velmi otevřená skupina, která měla svá pravidla a hierarchii, nicméně to byl experiment, který nebyl zcela úspěšný. Postupně zde docházelo k případům manipulace a zneužívání moci. Na příkladu Synanonu byly prováděny různé studie a vznikala i podobná zařízení. Příkladem byl Daytop Village, Esalen Institute, který měl již odborné vedení a podporu z řad psychiatrů a psychologů,

¹⁴⁴Tamtéž, s. 21.

¹⁴⁵ Kalina, K. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada, 2008. s. s. 25.

¹⁴⁶Tamtéž, s. 23.

¹⁴⁷Tamtéž, s. 25.

mezi nimiž byl Fritz Perls, Gregory Bateson, Lewis Yablonsky, Stanislav Grof a další.¹⁴⁸

Vývoj k dnešnímu typu komunitních zařízení nebyl jednoduchý. Mnohé pokusy byly neúspěšné. Nicméně zmíněné pokusy i jejich selhání, v podobě Synanonu či Esalen Institute, pozoruhodným způsobem přispěly k rozvoji psychosociálních terapií. Kalinovo tvrzení, můžeme ještě upřesnit, že se jedná o rozvoj skupinové terapie.¹⁴⁹

Dnes jsou TK hojně využívány, nejen v nutných případech a je velmi obtížné tam pacienta umístit, neboť kapacita zpravidla nedostačuje. Rovněž je velmi důležité si správně zvolit, do které komunity klient nastupuje. Některé komunity se specializují na drogové závislosti, jiné na alkoholovou závislost, nebo existují komunity smíšené.

6. 4. Anonymní alkoholici

V souvislosti s komunitním přístupem a s jeho vývojem je nutno zmínit zejména přístup Anonymních alkoholiků. Téma Anonymních alkoholiků se nachází na pomezí bio-psycho-sociálního-spirituálního modelu. Přesněji řečeno toto téma lze zařadit do kontextu psychologické dimenze a rovněž do sociální sféry, ale v největší míře princip Anonymních alkoholiků odkrývá spirituální rozměr. Zařadit tento program jednoznačně do některé z oblastí je problematické, neboť tématem a šířkou se překrývá se všemi zmíněnými.

Organizace Anonymních alkoholiků vznikla v roce 1935 v městě Akron ve státě Ohio na severu Spojených států. Doba vzniku této terapeutické aktivity spadá přesně do období dvou let po ukončení prohibice v USA. V té době se díky neřízené konzumaci alkoholických nápojů objevilo zvýšené množství osob se závislostí na alkoholu. Vzhledem k tomu, že tehdejší zdravotní systém založený na jiných principech, než byly evropské, neexistoval zde žádný adekvátní systém, který by mohl na tuto situaci reagovat.

V tomto prostředí narůstá tedy společenská potřeba rostoucí alkoholismus řešit. V té době se objevuje organizace Anonymních alkoholiků, kterou zakládají Bill Wilson a Bob Smith. Jednalo se o lékaře a obchodníka na burze, kteří měli problémy s alkoholismem. Postupně vytvořili organizaci, která si kladla za cíl pomoci osobám závislým na alkoholu. Terapeutický proces této organizace byl kodifikován ve dvanácti zásadních krocích, které jsou využívány dodnes. Jedná se o:

1. krok: „Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy se staly neovladatelné.“
2. krok: „Dospěli jsme k víře, že jen Síla větší než je naše vlastní nám vrátí duševní

¹⁴⁸Tamtéž, s. 37.

¹⁴⁹Tamtéž, s. 37.

zdraví.“

3. krok: „Rozhodli jsme se předat svou vůli a svůj život do rukou Boha, tak jak Ho my sami chápeme.“

4. krok: „Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sebe samých.“

5. krok: „Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých nedostatků.“

6. krok: „Připravili jsme se plně na to, aby Bůh tyto naše charakterové vady odstranil.“

7. krok: „Pokorně jsme Ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.“

8. krok: „Sepsali jsme si seznam všech lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.“

9. krok: „Nápravu jsme provedli v případech všech lidí, u nichž to bylo možné, s výjimkou těch, kde bychom ublížili jim samým anebo jiným lidem.“

10. krok: „Pokračovali jsme v osobní inventuře, a když jsme se zmýlili, hned jsme si to přiznali.“

11. krok: „Pomocí modliteb a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý vztah k Bohu, tak jak Ho my sami chápeme, a modlili jsme se jen za to, abychom poznali Jeho vůli a našli sílu ji uskutečnit.“

12. krok: „Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili, snažili se předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto zásady ve všech svých záležitostech.“¹⁵⁰

Jeden ze zakladatelů Anonymních alkoholiků, newyorský burzovní makléř Bill Wilson, byl v předhistorii vzniku Anonymních alkoholiků velmi těžký alkoholik, který měl za sebou několik neúspěšných pokusů o léčbu. Jeho šance na uzdravení byly velmi nízké. Po setkání s mužem, jehož osud byl velmi podobný, se v Billovi něco zlomilo. Tento muž mu nabídl východisko a pomoc. Pomoc, která představovala víru ve vyšší moc, pokoru a odevzdání. Několik měsíců po tomto setkání se Bill skutečně uzdravil. Součástí tohoto léčebného procesu, byla rovněž duchovní zkušenost či prožitek. Tento ústřední příběh Anonymních alkoholiků obletěl celý svět, společenství získalo velkou popularitu, mnoho příznivců a přispěvatelů. Po celém světě vzniklo několik nezávislých skupin.

V roce 1939 vznikla kniha Anonymní alkoholici, která představovala dosavadní pozorování a zkušenosti raného společenství a již zmíněný program Dvanácti kroků. Alkoholismus je v knize poprvé popisován z hlediska alkoholika. Kniha byla výsledkem tříletého hledání a snahy o to, najít nejúčinnější prostředek společnými silami. Po publikování knihy „Anonymní alkoholici“ došlo k výraznému obratu, skupina

¹⁵⁰ Alcoholics Anonymous. Dvanáct kroků a dvanáct tradic. New York, A.A.W.S., 2000. s.3.

Anonymních alkoholiků se díky výrazné publicitě a vydané knize začala silně rozšiřovat.¹⁵¹

Princip Anonymních alkoholiků je založen na otevřenosti, sounáležitosti a odpovědnosti za život svůj i ostatních členů. Skupina a program Dvanácti kroků, je jednak odpovědí na touhu člověka po spiritualitě a rovněž na touhu po sociálním a kulturním ukotvení.

Již zde uváděný S. Kudrle napsal o léčebné filosofii Anonymních alkoholiků: „Zaměřují se na aspekty víry v Boha, lidské sounáležitosti a soucítění, pokory a respektu k tomu, co přesahuje individuální Já.“¹⁵²

S časovým odstupem lze hodnotit působení Anonymních alkoholiků jako velmi úspěšné. Organizace působí po celém světě a počet členů přesahuje miliony osob. V počátcích svého vzniku se však organizace potýkala s nepochopením ze strany odborné veřejnosti.¹⁵³

Zmínka o Anonymních alkoholících v souvislosti s komunitním přístupem má své opodstatnění a souvisí s obdobím, v kterém vznikají. Tato organizace předběhla svou dobu a svým způsobem podnítila vývoj v oblasti psychoterapie. Jejich principy vedly k rozvoji psychoterapie v jiném ohledu, tedy k odklonu od individuálních tendencí. Zakladatel Synanonu Charles E. Dederich, o němž již byla zmínka v kapitole o komunitním přístupu, byl rovněž původně bývalý alkoholik a později aktivní člen Anonymních alkoholiků. Projekt Synanonu sám sice skončil neúspěchem, nicméně byl odrazovým můstkem pro další pokusy a hledání v oblasti kolektivní terapie a komunitních přístupů.

6. 5. Apolinářský model

V České republice je komunitní přístup historicky spojen se jménem docenta Jaroslava Skály. „V roce 1948 bylo při psychiatrické klinice dnešní 1. lékařské fakulty UK v Praze ve Všeobecné fakultní nemocnici založeno první specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu, známé jako Apolinář.“¹⁵⁴ Oddělení založil a po dlouhá léta vedl doc. MUDr. Jaroslav Skála, průkopník a přední odborník na problematiku závislosti na alkoholu. Skála byl rovněž prvním zakladatelem záchytné stanice. Skálův model, který do Apolináře vtiskl, v sobě spojuje zásady terapeutické komunity a behaviorální přístupy, které se projektují do přísného řádu s propracovaným systémem

¹⁵¹ Anonymní alkoholici. Alcoholics anonymous world services, INC. New York, 1996. s. XV.

¹⁵² Kudrle, S. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. In: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 147.

¹⁵³ Tamtéž, s. 102.

¹⁵⁴ Kalina, K. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada, 2008. s.66.

trestů a odměn.¹⁵⁵

Apolinářský model je systém terapeutické komunity s odkazem na demokratickou linii. Skála se hlásil k odkazu demokratické linie, která více vyhovovala jeho představě o léčbě závislosti na alkoholu. Původní linie demokratických terapeutických komunit vznikla pro potřeby klientů s duševními poruchami a poruchou osobního růstu. Podle Skály, je třeba vnímat závislého člověka komplexně. Je důležité se podívat nejen na osobnostní založení, ale dále i na sociální status. Osoba závislá je jedinec, u něhož došlo k rozvoji abúzu jeho osobním přičiněním, dále pak přímo i nepřímo pod vlivem jeho okolí, společnosti a civilizace, ve které žije. Je to člověk, který se pokouší o realizaci sebe sama a doslova bloudí při uspokojování svých potřeb.¹⁵⁶

Tento model je převážně realizován v prostředí ústavních léčeben a charakterizován jako střednědobá léčba v délce tři až šest měsíců, nicméně některé prvky jsou společné i pro prostředí komunitních léčeben, které jsou definovány jako specializované rezidenční zařízení s minimálním pobytem v délce jednoho roku.¹⁵⁷

„Apolinářský model zdůrazňuje nejen individuální odpovědnost pacientů, což je v léčbě závislostí pravidlem, ale i odpovědnost kolektivní.“¹⁵⁸ Dalším prvkem jsou pravidelná shromáždění komunity, skupinová terapie s rodinou. Důraz je kladen na edukaci a posilování vůle a fyzické zdatnosti. Docent Skála byl jedním z prvních, kdo úspěšně použil principy léčebně-výchovného kolektivu v oblasti závislosti. Podobné komunity vznikaly i v jiných zemích, ale model, který vytvořil Skála je originální a v mnohém se odlišuje.¹⁵⁹

Jeho léčebný režim je tvrdý, s řadou represivních prvků, které nepřipouští žádné odchylky od řádu. Používá také termín „tvrdá láska“, podobně jako Karel Nešpor. Tento termín nejlépe vystihují slova Tomáše Halíka: „Tito lidé potřebují především lidské přijetí, ale takové přijetí, které není sentimentální rozněžnělostí. Láska a lidská solidarita se musí ukázat i v trvání na řádu a je nutno mít odvahu jít do konfliktů.“¹⁶⁰

Život v terapeutické komunitě má posilovat vůli, je to bezpečný způsob, jak se naučit nově, tedy bez alkoholu a drog, běžné sociální dovednosti. Život v komunitě motivuje klienty k novým zájmům a činnostem. Zde mají možnost zažít znovu pocity radosti, euforie, naučit se vyrovnat se stavy napětí, frustrace, špatné nálady bez útěku k alkoholu. Pacienti jsou záměrně vystavováni zvýšené psychické i fyzické zátěži a vedeni k

¹⁵⁵ Tamtéž, s.66.

¹⁵⁶ Tamtéž, s. 67.

¹⁵⁷ Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., Kalina, K. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s.201.

¹⁵⁸ Tamtéž, s. 67.

¹⁵⁹ Tamtéž, s. 67.

¹⁶⁰ Jandourek, J. *Tomáš Halík; Ptal jsem se cest*. Praha: Portál, 1997.s. 122.

větší odpovědnosti za vytváření vlastního osudu.¹⁶¹

Ve Skálově pojetí terapie má svoje významné místo i sport. Fyzické aktivity jako jóga, nebo běh ovlivňují pozitivně nejen fyzický, ale také psychický stav člověka. V praxi se setkáváme s tím, že lidé, kteří hledají cestu ze závislosti a mění svůj životní styl, se přirozeně obrací k pohybu. Mnoho mladých lidí překonává závislost během, nebo se začne věnovat kolektivním sportům či józe. Je to přirozený způsob, jak se uvolnit, jak pracovat stresem, který dříve řešili konzumací návykových látek. Velký boom v současnosti zažívá běh, je to forma uvolnění a zároveň se tak lidé učí například vytrvalosti, posilují tím svou vůli. Při běhu se nejen uvolňují endorfiny, ale také se vynořují zajímavé obsahy v mysli.

Sportovní složka terapie ovšem není vhodná pro každého jedince. V léčebném programu jsem se setkala s handicapovanými lidmi, kteří měli zdravotní komplikace a náročné fyzické aktivity pro ně nepřicházeli v úvahu.

Mnozí sportovci, kteří zažili pocit uvolnění po sportu, za který se po sportovní aktivitě odměnili pivem, či jinou návykovou látkou, nemohou tento druh sportu plně využít k terapeutickému účelu. Díky kombinaci alkohol – sport si vytvořili podmíněný reflex. Například po volejbalu, nebo po cyklo - výletu si zajdou na pivo a odmění se za fyzickou námahu. V těchto případech si klienti musí spíše dávat pozor na bažení, než očekávat pozitivní a terapeutický efekt. Mají v podstatě vytvořený podmíněný reflex, tedy užívání alkoholu, spojené s uvolněním ze sportu. Řešením může být změna sportovní aktivity se zrušením naučeného propojení na alkohol. Jako výrazně pozitivní se tato forma terapie projevuje u osob, které dříve neměli ke sportu žádný vztah a nijak ho aktivně neprovozovali.

Sport rovněž velmi dobře napomáhá uvědomování si odpovědnosti. V tomto ohledu zašel Skála ještě dál. Učil své pacienty i kolektivní odpovědnosti. Toho dosáhl prostřednictvím pravidla, že porušení řádu jednotlivcem se pokládalo za pochybení ostatních. V praxi to tedy znamenalo, že spolu s provinilcem bylo potrestáno asi deset nejbližších spolupacientů.¹⁶²

Podle Skálova vzoru vznikala další podobná komunitní zařízení při psychiatrických léčebnách, která se stále hlásí ke Skálovu modelu. Jsou to například léčebny Červený Dvůr, Jeseník, Praha Bohnice, Jihlav, Opava, Brno Černovice, Nechanice. Tato zařízení fungují na podobném principu, jen byla během času obohacena o nové podněty a postupy. Jejich cílem je vždy úspěšná abstinence pacienta, ke které vede někdy velmi dlouhá cesta. Pacientům se ne vždy povede abstinovat po první léčbě. Teolog a spisovatel Tomáš Halík, který spolupracoval s docentem Skálou v Apolinárii, napsal:

¹⁶¹ Kalina, K. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada, 2008. s.s.67.

¹⁶² Tamtéž, s. 67.

„Psychoterapie je tvrdá a velmi náročná práce, která vyžaduje nesmírnou trpělivost a odolnost vůči zklamání – zvláště v psychoterapii závislých, kde lhaní a recidivy jsou běžnými projevy nemoci a člověk ani tehdy nemůže pacienta lidsky „odepsat“.“¹⁶³ Zde je na místě doplnit, že lhaní je velmi charakteristické pro všechny chorobně závislé. Jejich chování je tím vlastně typické. Morálka a etika se vylučuje se závislým chováním, nikoliv však s osobností, či přesvědčením závislého.

6. 6. Význam rituálů při léčbě závislostí

V předešlé kapitole je představen komunitní přístup a význam terapeutických komunit. V souvislosti s léčebným potenciálem těchto komunit je podstatné zmínit faktor rituálů, který je součástí léčebného procesu.

„Rituály se v etnografii definují jako formalizovaná jednání, při kterých se, často za pomoci gest, symbolů a formulí, předávají a upevňují skupinové hodnoty, vztahy a normy. Rituály posilují zdravé rodinné vazby a vytváří pocit bezpečí a jistoty.“¹⁶⁴

Přirozeným způsobem se v prostředí rodiny a nejen zde odehrávají další rituály tzv. přechodové, které usnadňují významné změny v životě člověka. Mezi tyto rituály lze zařadit křtiny, svatbu, přechod z dětství do dospělosti, nebo pohřeb. Naše kultura poskytuje rozličné typy rituálů, ale jejich praktikování a dodržování v naší společnosti uvádá, což poukazuje na neutěšené a ve větší míře nezdravé vztahy.

Tyto rituály se vyznačují třemi stadii: vzdálení se společnosti, transformace a návrat do společnosti. V alternativní a poupravené formě se tento typ rituálů využívá i v léčbě v terapeutických komunitách: např. vítání nového člena, loučení se s absolventem, přechod do další fáze léčby. Pacienti tak prochází určitou změnou v bezpečném prostředí. To je nezbytné pro jejich sebevědomí a pocit jistoty. Závislí lidé se ve většině případů brání jakýmkoli změnám, které mají hlubší charakter. Je to jakýsi trénink a příprava na další změny, které u nich mohou vyvolávat stres a bažení.¹⁶⁵

Další aspekt, pro který je důležité uvádět rituály ve spojitosti se závislostí, jsou emoce a smutek. Rituály nás učí jak zacházet se smutkem a jak projevovat emoce. Jak dlouho je třeba držet smutek? Jak dlouho má člověk truchlit? Na tyto otázky je velmi těžké odpovědět. Zejména v naší kultuře je těžké stanovit, jak definovat a ohraničit tento proces. Je to jistá nejednoznačnost a koncentrace na individualitu, která je typická pro evropskou kulturu. Určité primitivní kultury mají např. dobu truchlení velmi krátkou, za to velmi

¹⁶³ Jandourek, J. *Tomáš Halík; Ptal jsem se cest*. Praha: Portál, 1997. s. 123.

¹⁶⁴ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd. 3, Praha: Portál, 2007, s. 90.

¹⁶⁵ Kalina, K. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada, 2008. s. 148.

přesně definovaný konec. Jejich doba truchlení je na jedné straně krátká, za to má intenzivnější průběh, jejich pravidla jim dovolují plně truchlit bez zábran, nicméně tento smutek je ohraničen.

Zpracovat smutek znamená projít bolestí a určitou krizí. Závislý lidé mají tendenci vyhýbat se těmto stavům. Prožívají život jako nesnesitelnou lehkost bytí. Vyhýbají se a utíkají před pocity bolesti a smutku. Jejich vnímání vůči těmto pocitům je ploché, jako když sledujete nějaký předmět za výkladní skříní. Vidíte ten předmět, ale nemůžete se ho dotknout. Dokud nepřijdete blíž, nedotknete se ho a nepojmenujete ho, stále tam bude.

Žijeme v kultuře, která slovy Ericha Fromma, nás „nutí být šťastnými“, ale to znamená spíše jen stále více konzumovat a stále se zahlcovat - a pomalu už ani nic necítit.¹⁶⁶ Musíme se proto naučit si i odpírat, přijímat ztráty, truchlit - a měli bychom to učit i své děti.

Rituály tedy usnadňují ohraničování vývojových procesů, nicméně se domnívám, že je to princip pouze podpůrný. Podle Jungova výroku, který nacházíme u Kaliny, proces individuace, jako vývoj jednotlivce není jasně ohraničený: „Velké životní problémy nejsou nikdy řešeny jednou pro vždy. Jsou-li jedenkrát řešeny zdánlivě, pak je to vždy ztráta.“¹⁶⁷

7. Alternativní přístupy

S rozvojem poznatků v oblasti léčení závislostí se v moderní době objevuje celá řada alternativních přístupů, které mohou být aplikovány buď samostatně, nebo v kombinaci s ostatními zavedenými metodami. Mezi alternativní přístupy lze zařadit například holotropní dýchání, akupunkturu, nebo hypnózu. Z uvedených přístupů je významné holotropní dýchání, které přispělo k integraci spirituality do BPSM, čímž přispělo nepřímo k vývoji celistvého modelu.

7. 1. Holotropní dýchání

Mezi alternativní přístupy náleží holotropní dýchání, jelikož se domnívám, že tato metoda není určena pro každého klienta. Metoda holotropního dýchání není oficiálně uznána za léčenou metodu a zdravotní pojišťovny ji nehradí. Sezení je velmi nákladné. Rovněž organizace, které provádí holotropní dýchání, zmiňují některé fyzické stavy, které

¹⁶⁶ Být šťastný znamená konzumovat stále novější a lepší zboží, filmy, hudbu, požitky, sex, alkohol, cigarety...Každý je šťastný, jenom už nic necítí, nedokáže rozumně myslet a neumí už milovat.

¹⁶⁷ Kalina, K. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing, 2013. s.135.

vylučují použití této metody.¹⁶⁸

Metodu vynalezl americký psychiatr českého původu Stanislav Grof se svojí manželkou Christinou a lze ji zařadit mezi holistické přístupy. Tato metoda byla vyvinuta na základě výzkumu změněných stavů vědomí. Její vývoj souvisel s pokusy s psychedelickými látkami mezi lety 1954 až 1972 v tehdejší Československu. Psychiatři a psychologové tehdy dobrovolně vyzkoušeli účinky psychedelických látek (LSD, meskalin) na své vlastní osobě, aby pochopili, co psychicky nemocní lidé mohou prožívat. Chtěli lépe porozumět stavům podobným schizofrenii.

Těchto pokusů se účastnili nejen lékaři, ale i vojáci, umělci a jinak výjimeční lidé. Výsledek pokusů s psychedelickými látkami většina účastníků po delší době hodnotila jako veskrze pozitivní. Účastníci se bezprostředně po pokusu cítili jako znovuzrození. Účastníci popisovali zvláštní stavy, zmizel strach ze smrti, získali náhled a pocit smysluplnosti své existence. Nicméně Stanislav Grof sám uvádí, že tyto látky fungovaly jako katalyzátory. Jejich původní symptomy se zmírnily, nebo úplně zmizely. U některých účastníků se však po pokusech vynořily nové problémy fyzické povahy, které bylo nutné řešit. Pacienti žádali o intervenci, byla to třeba tíseň a tlak v rameni, nebo velmi silný pocit napětí v nějaké části těla. Tyto vedlejší příznaky pak léčili spolu s lékaři tělesným cvičením, relaxací, či prohloubením a vystupňovaným protitlakem. Stanislav Grof uvádí, že se při těchto intervencích vynořovaly pocity, účastníci byli v křeči, křičeli a různě uvolňovali nahromaděné napětí a přitom velmi silně a intenzivně dýchali. Tyto zásahy byly již bez psychedelických látek, nicméně byly velmi intenzivní a účastníci popisovali opětovné navození změněných stavů vědomí.¹⁶⁹

V rámci tohoto výzkumu si Stanislav Grof uvědomil, že změněný a zrychlený způsob dýchání, vedeným správným způsobem, může navodit podobné stavy zažívané pod vlivem psychodelik.

Holotropní dýchání využívá zrychleného dechu a evokativní hudby k navození změněných stavů vědomí. „Sezení jsou zpravidla vedena ve skupinách, kde jsou účastníci rozděleni do dvojic a vzájemně se střídají v roli dýchacího asistenta tzv. sittera.“¹⁷⁰

Při zrychleném dechu dochází k hyperventilaci a člověk se dostává do transu, nebo stavu, který je podobný mdlobám. Díky hudbě a vedení tohoto stavu se lidem v procesu holotropního dýchání otevírají možnosti sebepoznání v úplně jiné dimenzi. Tyto stavy přesahují obvyklou zkušenost času, prostoru a hranic ega, poskytují objevný pohled na sebe sama v novém kontextu hlubšího projevení s vlastní podstatou i životem v jeho celistvosti.¹⁷¹

¹⁶⁸ <http://holotropnidychani.cz/holotropni-dychani-pro-koho/>

¹⁶⁹ <https://www.youtube.com/watch?v=kXJCI0OIWU>

¹⁷⁰ Grof, S. Grofová Ch. Holotropní dýchání. Holos: Opava, 2011, s. 27.

¹⁷¹ <http://holotropnidychani.cz/holotropni-dychani/>

Holotropní dýchání je tedy jinými slovy způsob poznání sebe sama a své duchovní roviny. Není to oficiální terapeutická metoda a není primárně určena k léčení. Je to alternativní způsob, jak překonat obtíže ve vývoji člověka, jak projít určitou krizí. Metoda může mít léčebné účinky, nicméně i vedlejší projevy, které mohou způsobit psychické problémy. Proto je také využívána v krajních případech, jako doplňkový „terapeutický proces“ k léčbě závislosti.

Stanislav Grof je uznávaný odborník, charismatický a úspěšný člověk. Dostal řadu ocenění za přínos na poli vědy, převzal prestižní ocenění Nadace Vize 97 přímo od Václava Havla. Nicméně byl také oceněn klubem Skeptiků (Sisyfos) a obdržel od nich cenu Bludný balvan. Obhájci vědy a kritického myšlení ze Sysifa pokládají jeho metodu za nevědeckou smyšlenku a Stanislava Grofa za náboženského guru a manipulátora.¹⁷² Jejich stanovisko je přirozenou reakcí na výzvu, kterou přináší Stanislav Grof. Není mým úkolem rozsoudit tak silná protikladná stanoviska; avšak uvést jeho metodu pokládám za důležité. Už jen kvůli zjitření spirituálního cítění, které je s jeho metodou spojené.

Proces hyperventilace tedy zjednodušeně znamená překysličení mozku, při kterém dochází k výraznému okysličení a k vylučování oxidu uhličitého z krve. Proces zvyšuje krevní Ph a díky tomu paradoxně dochází v některých částech těla k nedostatečnému okysličení a k změně složení důležitých látek v krvi. Následně takový pacient může omdlít, blouznit, halucinovat, může cítit napětí v těle, nebo mravenčení. K hyperventilaci dochází např. přirozenou cestou při nadměrném stresu.

Přínos Stanislav Grofa je možná třeba vidět v akcentaci ne běžného náhledu na existenci člověka. V jeho práci se neobjevuje v zásadě nic nového, jeho pohled dává skutečnosti do jiné souvislosti a znovu akcentuje myšlenky, které již byly v dějinách řečeny, ale u nás zapomenuty. Je zastáncem myšlenek Carla Gustava Junga a jeho revize v oblasti psychiatrie a psychologie. Grof se podobně jako Jung zabývá studiem domorodých kultur a jejich “psychologie” a “psychoterapie”. Grofova práce přispěla k vývoji transpersonální psychologie, jež chápe člověka v jeho celistvosti, tvořeného množstvím neoddělitelných souvislostí intersubjektivních, společenských, archetypálních, ekologických a duchovních. Snaží se přispět k novému paradigmatu ve vědeckém myšlení.¹⁷³

Tendence spojené s transpersonálním vývojem v psychologii apelují na určitý spirituální vývoj a zdokonalení člověka jako takového; a Stanislav Grof dokonce mluví o jeho evolučním vývoji.

Grofova teorie a metoda přináší řadu různých otázek. V zásadě jeho přístup k léčení spočívá v tom, že se mají léčit a řešit příčiny nemocí a nikoliv potlačovat symptomy. Dle

¹⁷² <http://www.sysifos.cz/index.php?id=vypis&sec=1192467339>

¹⁷³ <http://holotropnidychani.cz/holotropni-dychani/>

slov Stanislava Grofa by měl lékař pomoci pacientovi projít krizí pozitivním způsobem.

Kam však až můžeme reálně zajít při hledání těchto příčin? Tady nejsou nastaveny reálné hranice a to je jeden z důvodů, proč jeho teorie nejsou oficiální a řadou některých vědců považovány za neseriózní. Přikláním se k názoru, že pokud lze zvládnout krizi přirozenějším způsobem není potřeba metody holotropního dýchání. Přirozenějším způsobem je zde míněno rovněž ve smyslu vlastními prostředky.¹⁷⁴

8. Sociální aspekt v léčbě závislosti

Sociální aspekt v problematice závislosti může mít zásadní vliv jak v negativním směru, tak také v pozitivním. Toto tvrzení podporuje např. výzkum prof. Bruce Alexandra, který v 70. letech v kanadské Simon Fraser University prováděl experiment s krysami. Jeho pokus je znám pod názvem Rat park experiments.¹⁷⁵

Původní experiment s krysami probíhal takto: krysa byla zavřena v malé kleci s minimálním vybavením a měla zde k dispozici dvě nádoby s vodou, v jedné bylo přimícháno morfium a v druhé byla čistá voda. Vědci takto zkoumali symptomy závislosti, toleranci k droze a odvykací stavy. Jednoznačně tak byla prokázána závislost u krys, které se předávkovaly drogou. Bruce tento experiment zásadním způsobem upravil. Uvědomil si, že je krysa v nepřírodném prostředí, je sama a nemá se čím zabavit, nemá nic jiného na práci než brát drogu. Napadlo ho, že by to mohl zkusit i jinak. Vytvořil tedy vysoce příjemné prostředí, jakýsi krysí park, kde bylo mnoho překážek, barevných míčků a jiných atrakcí. A do tohoto příjemného prostředí umístil dvaadvacet krys, které měly opět k dispozici dvě láhve, přičemž jedna z nich byla s drogou. Mezi těmito krysami byly i ty, u kterých již byla vypěstována závislost. Dle jeho pozorování měly krysy v parku daleko menší zájem o drogu, protože byly v lepším prostředí, měly mnoho podnětů ke svému životu a byly šťastnější.¹⁷⁶

Výsledky experimentu, který provedl Bruce, uváděl, že krysy v příjemném prostředí a ve společnosti dalších krys zkonsumovaly méně než čtvrtinu drog. Johann Hari, novinář a autor knihy *Chasing The Scream*, rovněž zmiňuje Rat park experiments a dále uvádí některá pozorování, která probíhala za Války ve Vietnamu. Vojáci zde ve větší míře konzumovali drogy, nicméně po návratu domů z válečného prostředí s tím ve většině přestali.¹⁷⁷

¹⁷⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=kXJClm0OIWU>

¹⁷⁵ <https://psychologie.cz/kultura-zavislosti/>

¹⁷⁶ <https://psychologie.cz/kultura-zavislosti/>

¹⁷⁷ https://archetypal.cz/2015/johann-hari-the-likely-cause-of-addiction/?gclid=CI_GldOR_NECFSsW0wodPhAPBw

Pozitivní prostředí a společenství lidí mohou pomoci lidem se závislostí. Tento aspekt se snaží využívat léčebny a komunitní zařízení, o kterých již byla zmínka v předešlé kapitole. A skutečně tento princip funguje. Většina klientů v léčebně nemá po odeznění abstinenčních příznaků problém s abstinencí od návykové látky a to ne z důvodu, že k ní nemají přístup. K recidivám u klientů dochází, až když opouští léčebnu nebo komunitu a zpravidla tehdy, když se vrací do nepříjemného, ohrožujícího prostředí a k nefunkčním vztahům. Velmi často se setkáváme s názorem, že lidé, kteří jsou závislí, byli k tomuto způsobu života donuceni životními okolnostmi. Původ jejich závislosti tedy může spočívat například ve špatných rodinných vazbách a vztazích obecně. Rozvrat rodiny, závislost jednoho z rodičů, domácí násilí nebo zneužívání to jsou velmi časté faktory, které doprovází syndrom závislosti. Tyto aspekty mohou na sociální platformě vznik závislosti zapříčinit, nebo akcelarovat. Podle výše zmíněného experimentu a rovněž na základě výsledků komunitního přístupu jsou vztahy a komunikace mezi lidmi jednou z forem, která výrazně ovlivňuje proces uzdravování. Oporu pro toto tvrzení lze najít i v příkladovém rozhovoru, uvedeném v příloze a to zejména na straně 84 a 88.

8. 1. Závislost a vztahy

Jedna z předchozích kapitol uvádí genetické predispozice a její varianty. Pro úplnost je potřeba zmínit sociální determinace závislosti, která vzniká již na úrovni rodiny. Jsou to ty nejelementárnější vztahy, které silně určují vztah k světu, k lidem okolo nás a k vlastní osobě. V rodině lze vysledovat řadu rizikových, ale i protektivních faktorů.

Mezi rizikové faktory, které uvádí Karel Nešpor ve svých knihách, patří jakákoliv neléčená a nezvládaná návyková choroba u rodičů. Děti se učí velmi rychle a učení nápodobou je nejsnazší typ učení. Jsou to vzorce chování a přístup k životu, které do sebe dítě integruje. Dalším rizikovým faktorem je rozhodně nezáměr a nedostatek času ve výchově dětí. Stejný efekt může mít i opačné chování tedy přehnaná přísnost, nepřiměřené fyzické násilí a týrání, schvalování pití alkoholu a drog nebo vážná duševní nemoc u jednoho z rodičů. Rizikových faktorů existuje mnoho a stejně tak ochranných. Mezi ochranné či protektivní činitele patří veškerá opatření, která zajišťují dítěti bezpečí, zdraví, přirozený vývoj, pozitivní hodnoty a lásku.¹⁷⁸

Autor rovněž zmiňuje, některé rysy rodin, kde se vyskytuje závislost. V rodině, kde se objevil problém s návykovou látkou u mladistvého, dochází k tomu, že se dotyčný touží osamostatnit, přičemž se ještě skutečně nedokáže postarat sám o sebe. Tyto problémy se

¹⁷⁸ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*, vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 78

vyskytují v době dospívání a není to nic ojedinělého. Problém s návykovou látkou proces individuace komplikuje a situaci a vztahy v rodině zhoršuje. Mladí lidé prožívají konflikt mezi autoritou a vlastní autonomií.

Dalším rysem je vytváření trojúhelníků ve vztazích. Dospívající s návykovým problémem vytváří koalice a manipuluje se vztahy. Rozděluje rodinné vazby tím, že si např. stěžuje matce na otce a otci na matku, terapeutovi na rodiče a rodičům na terapeuta atd. Dospívající tak znesnadňuje komunikaci a spolupráci v nejbližším okolí a vytváří si tak prostor pro to, aby mohl pokračovat v návykovém chování.¹⁷⁹

Rozmělnění meziosobních a mezigeneračních hranic se rovněž vyskytuje spolu s návykovým chováním v rodině. „Nadměrná identifikace jednoho z rodičů s problémovým dítětem a vytváření patologických mezigeneračních spojení komplikuje překonání závislosti u dítěte.“¹⁸⁰

Dalším příkladem typického rysu je patologická rovnováha. Nejen závislost dospívajících, ale zejména rodičů vede k disharmonii vztahů a nestabilitě v rodinných vazbách. Pití jednoho z rodičů je tolerováno, nicméně vede k vykoupení za narušené chování na druhé straně. Je to něco za něco. Když se naruší jeden vzorec chování, dochází k převážení. Jedna z variant je např., kdy jeden z partnerů pije a druhý je závislý na práci, nebo má mimomanželský vztah, nebo trpí poruchou příjmu potravy. Závislost je symbolem toho, že v rodině není něco v pořádku. Tento ukazatel je příslibem nápravy anebo zatracení a totální destrukce vztahů. K destrukci pak dochází, když každý z členů přijímá nevědomě narušené chování jako vzor. Vykoupení pak přichází ve formě rozchodu nebo nastolení zdravější rovnováhy. K nápravě může dojít v případě, že jeden z rodiny záměrně přeruší a změní svůj vzorec chování. Tím vlastně celé rodině poskytne nový model. Vztahy se postupně a časem začnou napravnout.

Umožňování je předposledním rysem, který uvádí Karel Nešpor. Umožňování není jen tolerancí návykového chování, které bylo zmíněno v předešlém modelu. Jeden z členů rodiny se snaží pomoci a chránit závislého. Pokud mu pomáhá tím, že za něj přebírá zodpovědnost, vyřizuje za něj problémy, platí za něj dluhy a poskytuje mu peníze, usnadňuje mu tak pokračování v jeho návykovém chování. Daleko vhodnějším přístupem je v takovém případě tvrdá láska a jasně nastavená a definovaná pravidla. Tato forma podpory a pomoci se velmi často objevuje ve vztahu matky a závislého, protože mateřská láska je nepodmíněná. Matka své dítě miluje za všech okolností a je pro ni bolestné odepřít dítěti pomoc. Paradoxně právě to odepření pomoci a tvrdý zásah pomůže závislému,

¹⁷⁹ Tamtéž, s.81.

¹⁸⁰ Tamtéž, s.81

daleko více než dosavadní přístup.¹⁸¹

Posledním typickým vztahovým rysem je kodependentní chování. „To se děje v rodinách se závislým členem často.“¹⁸² Kodependence znamená v podstatě spoluzávislost ve vztahu. Kodependentní partner, nebo rodič je natolik zaměřen na problém závislého a natolik se mu podřizuje, že zapomíná sám na sebe a na své potřeby. Stává se také, že je vydírán a zneužíván ve své spoluzávislosti. Nechá se od svého partnera manipulovat. Trpí v tomto vztahu, nicméně není schopen ho ukončit, nebo řešit situaci jiným způsobem. Autor doporučuje kodependentním osobám, převážně tedy manželkám zaměřit se na uspokojování vlastních potřeb a na posílení vlastní nezávislosti.¹⁸³

8. 2. Konflikt mezi autonomií a autoritou

Konflikt mezi autonomií a autoritou navazuje na předchozí téma vztahů v rodině. Vychází přitom z teorie Heinze Petera Röhra, který se přes 30 let zabývá psychoterapií závislostí. Působí na odborné klinice v Německém Fredeburgu.

Röhr se domnívá, že chorobně závislí lidé se musí vyrovnat s konfliktem mezi autonomií a závislostí. Konfrontace s autoritami, které jsou někdy nespravedlivé, může být naprosto oprávněná, avšak pokud jde o boj nesmyslný, pak se stává sebedestruktivním. V takovém boji pak člověk zapomíná na své vlastní potřeby a tento zápas ho vyčerpává a vede na hranici možností. Přehnaná potřeba spravedlnosti mívá kořeny, které mohou sahát až hluboko do dětství.¹⁸⁴

V dětství se každý z nás setkává s nějakou autoritou. Neustálé příkazy a zákazy vedou už malé děti k tomu, že zkoušejí tuto autoritu zpochybnit, rozšiřují si své hranice, tvoří vlastní zkušenosti, testují, kam až mohou zajít. Mladý člověk touží po svobodě a nezávislosti, ve společnosti a v rodině se však setkává s podřízeností, závislostí a zde dochází k nutné konfrontaci. Vykoupení z toho pak spočívá v tom, aby si člověk mohl dovolit určitou zdravou míru závislosti a neztratil přitom sama sebe.¹⁸⁵

Konflikt mezi autonomií a autoritou lze vysledovat v jednotlivých etapách života např. ve vztahu k rodičům v době dospívání, nicméně i v pozdějším věku. Ve vzdorů chce dítě nebo mladistvý prosadit svoji vůli a demonstrovat nezávislost na rodičích. Vedle toho vyhledává neustále boje o moc. Potřebuje se neustále ujišťovat o vlastní pravdě a spravedlnosti. Je to přirozený proces individuace, nicméně bývá komplikovanější, než jsme

¹⁸¹ Tamtéž, s. 82.

¹⁸² Tamtéž, s.82.

¹⁸³ Tamtéž, s. 83.

¹⁸⁴ RÖHR, H. P. *Závislost, Jak jí porozumět a jak ji překonat*. Portál: Praha,2015. s. 97.

¹⁸⁵ RÖHR, H. P. *Závislost, Jak jí porozumět a jak ji překonat*. Portál: Praha,2015. s. 98.

ochotni si připustit. V období puberty mladý člověk nezávislost demonstruje vzdorem. Mnozí si však tento konflikt v sobě nesou i do dospělosti, pokud ho nedokáží zpracovat.¹⁸⁶

Typickým znakem dospělého chování je to, když se dospělý člověk sám od sebe dokáže vzdát vzdoru. Podobné téma vzdání se, nacházíme u Christiny Grofové. Přerůst tento konflikt znamená to, že člověk dokáže přijmout rodiče, takové jací jsou i s jejich nedostatky a ustoupit z falešných nároků ega. Dokáže-li mladý člověk připustit, že má s rodiči mnoho společného, dokáže-li uznat vlastní chyby a zároveň odpustit bolest, kterou si navzájem způsobili, pak se stává dospělým, který si je vědom vlastní hranice.¹⁸⁷

Příklad konfliktu autonomie a závislosti ve vztahu k rodičům v dospělém věku je velice častým jevem v naší společnosti. Nejlépe je to vidět na mezigeneračním soužití. Mnozí lidé žijí spolu s rodiči i v dospělém věku. Důvody mohou být různé např. zdravotní stav, finanční situace nebo vlastní pohodlnost. Takové soužití je plné obdobných konfliktů mezi autonomií a autoritou. Každodenní nelehké zápasy pak přerůstají v úsilí o kontrolu a moc, které jsou náročné a frustrující. Jedním z možných řešení je osamostatnit se a odstěhovat se i přesto, že to znamená existenční potíže. Dále je důležité o problémech otevřeně mluvit. „Jen ten, kdo porozuměl svému konfliktu, ho také může překonat. Strach z podrobenosti, závislosti a bezmoci se dá překonat jen díky uvědomění.“¹⁸⁸

Podle Röhra, dlouhodobý konflikt mezi autonomií a závislostí lze považovat za projev psychické poruchy, který se odhaluje jen velmi obtížně. Příznakem bývají až jednotlivé destruktivní vzorce chování. Přesnější diagnózu pak může stanovit podrobné psychologické vyšetření. Nezpracovaný konflikt mezi autonomií a závislostí může vyústit v poruchu osobnosti, nebo může akcelarovat závislost na alkoholu nebo drogách. Heinz-Peter Röhr předkládá podrobný a velmi detailní přehled poruch osobností v souvislosti s návykovým chováním. Zde však uvádím jen výčet, pro představu, jsou to:

Hraniční porucha osobnosti (borderline)

Hysterická porucha osobnosti

Závislá porucha osobnosti

Narcistní struktura osobnosti

Nutkavá porucha osobnosti

„Každý člověk má vlastnosti, které k němu patří a vytváří jeho individuální strukturu. Většinou se setkáváme se směsí různých osobnostních struktur. V současné době stoupá počet lidí, kteří trpí tzv. ranými poruchami. Jednou z nich je hraniční porucha osobnosti. V současnosti se odhaduje, že hraniční poruchu osobnosti v nějaké míře vykazuje až 50% pacientů, kteří vyhledávají psychoterapeutickou pomoc. Hraniční

¹⁸⁶ Tamtéž, s.101.

¹⁸⁷ Tamtéž, s.101.

¹⁸⁸ Tamtéž, s.106.

porucha osobnosti často vede k chorobné závislosti.“¹⁸⁹

Röhrova studie je rozsáhlá a byla provedena ve spolupráci s klinikou ve Fredeburgu, nicméně Röhrova kniha „Závislost, jak jí porozumět a jak ji překonat“ není určena odborníkům, ale spíše veřejnosti. Je důležitým prvkem pro edukaci lidí, kteří se chtějí něco dozvědět o vlastních problémech a nemoci. Röhr při své terapeutické práci využívá léčivé působení pohádek a mýtů. Zmíněná hraniční porucha osobnosti je pro pacienta lépe pochopitelná a přijatelná v podobě pohádky o Janježkovi. Janježek je od pasu dolů chlapec a od pasu nahoru ježek, který svými bodlinami zraňuje lidi okolo sebe. Röhr na příběhu Janježka vysvětluje vznik a průběh poruchy a naznačuje možnosti jejího překonání.

8. 3. Závislost a samota

Tak jako nedokáží prožít vztahy, nejsou schopni chorobně závislí lidé snášet ani samotu, která je pro mnohé z nás v určité míře prospěšná, stejně jako komunikace a setkávání. „Osamělost je protikladem vztahu, je to druhá strana téže mince a ve vystupňované osamělosti se čilým shonem jen zmírňuje a potlačuje, ale kdykoli člověk vstoupí do ticha, do autentické skutečnosti svého života, uvědomí si hloubku své osamělosti a v ní je konfrontován s celým svým životem, zakusí hloubku lidské problematiky.“¹⁹⁰

Jak uvádí Václav Mikota, uživatelé návykových látek užívají tyto látky proto, aby vydrželi stav trvalé neúnosné frustrace, k němuž se cítí být odsouzeni. Jsou totiž přesvědčeni, že to, po čem touží, se jim nikdy nesplní.¹⁹¹

Je skutečně tento princip příčinou návykového chování u všech pacientů? Václav Mikota uvádí, že každý z pozdějších závislých k afektu beznaděje má různé osobní důvody, srozumitelné z hlediska subjektivní kontinuity vlastního života, nebo psychodynamicky popsatelné jako výsledek patického individuálního vývoje. „Společným vyústěním různých psychopatologických podmínek je však nevíra v lidi.“¹⁹²

Podle Mikoty se nevíra v lidi projevuje přímo jako vědomé přesvědčení, nebo nepřímo v některé z následujících forem:

„Mám rád lidi, je mi mezi nimi dobře, ale často nejsem dost ve formě, abych je svou osobou obtěžoval. Napiju se, vezmu drogu, abychom si já i oni dopřáli většího vzájemného potěšení.“

¹⁸⁹ RÖHR, H. P. *Závislost, Jak jí porozumět a jak ji překonat*. Portál: Praha, 2015, s. 83.

¹⁹⁰ Buber, M. *Problém člověka*. 1.vyd. Praha: Kalich, 1997, s. 76.

¹⁹¹ Mikota, V. *O ovlivňování duševních chorob*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1995. s.37.

¹⁹² Tamtéž, s. 37.

„Mám rád lidi, ale v mém okolí se nevyskytují takoví, které bych normálně vyhledával. Napiju se, vezmu drogu, aby mi nevadilo, že jsou tak nezajímaví, protivní nedokonalí apod.“

„Mám rád lidi, ale přihodilo se mi neštěstí. Abych jím nezáviděl, že oni jsou šťastní, tak se napiju, vezmu drogu a bude mi s nimi tak dobře, jakoby mezi námi nestála žádná překážka.“¹⁹³

Tyto příklady ilustrují podmiňování vztahů, které si závislí lidé vytváří a díky tomu si znesnadňují trvalejší a stabilnější vztahy.

Chronické užívání drog, či alkoholu pak přispívá k narušení psychické organizace a subjekt ztrácí poslední zbytky potřeby komunikovat s lidmi. Dokonalá závislost na návykové látce znamená naprostou ztrátu vztahů s lidmi. Toto pojmenování, nevíra v lidi, vymezuje všechny stavy, které subjektu zabraňují, aby čerpal ze vztahů s druhými lidmi. Tito lidé si odporují, na jedné straně touží po něčem, co jim umožní překlenout nesnesitelnost bytí a co je přesahuje a na druhé straně odmítají věřit ve vztahy. Vztahy s druhými lidmi jsou v základu, tím co nám pomáhá spočinout, odpočinout si v nich, můžeme načerpat optimismus, naději, pocit sounáležitosti, úlevu a sebeúctu. Tato přirozená cesta útěchy je rovněž cestou do neznáma a cestou nejistoty. Setkávání s druhými přináší i utrpení, které je však regulovatelné.¹⁹⁴

„Pravý rozhovor je ten, v němž každý z partnerů vnímá a potvrzuje toho druhého jako konkrétně existujícího partnera a souhlasí s ním i tehdy, když mu odporuje; protiklad tím sice jistě nebude ze světa odstraněn, avšak může se stát lidsky snesitelným a vést k překonání.“¹⁹⁵

Komunikace a rozhovor, skutečné setkávání se s druhými lidmi, které vede k překonání problémů a životních nesnadností, to vše díky závislosti mizí. Závislý na návykové látce takového setkání není schopen. Žije v jiném světě. Jeho svět se dehumanizoval. Zde vládne jen návyková látka a otázka, kde ji získat. Pro potvrzení výše uvedeného, je zde uveden úryvek z dokumentu Heleny Třeštíkové.

„To znamená, že s drogama se člověk ničeho nebojí?

Ne, to ti není zima, nemáš hlad, ničeho se nebojíš. Jedinýho čeho se bojíš, je že druhý den přijde absták a začneš se bát. Jeden identickéj strach nic víc tam není, že druhý den nebudeš mít, ale nic jinýho neexistuje, neexistuje svědomí, neexistují city, neexistuje nic, prostě ten svět je akorát ty a ten rauš. Když už to trvá delší dobu, tak už není rauš, ale je tu pořád normál obestavěnej nějakou zdí, dokud máš drogu, máš jistotu. A když tě očistěj, nebo když ty se očistíš, tak si najednou nahá, vůči všemu. ...Každej den je dřina,

¹⁹³ Tamtéž, s. 37.

¹⁹⁴ Tamtéž, s. 38.

¹⁹⁵ Wehr, G. *Buber*. Olomouc: Votobia, 1995, s. 42.

*dřina být sama sebou!*¹⁹⁶

Závislí nedokáží přijmout utrpení, pocit bolesti si niterně stupňují a nechávají progredovat. Účelnější je však takový stav nahlížet a nechat odeznít, pracovat s ním. Prožít i ty bolestivé emoce, tvrdé abstinenci příznaky a halucinační stavy, nicméně je nechat odeznít. Oč je snazší a jednodušší cesta potlačení a vyhnutí se vnímání vlastního Já o to je mnohem těžší a náročnější navázání opětovného setkání se sebou samým a s druhými. Závislost otupuje komunikaci s druhými, skrze ní je setkání neautentické a prázdné. Tito lidé si často projektují do vztahů až absurdní nereálné představy, které jsou vystavěné a podpořené zneužíváním návykové látky.

Je běžné, že dochází k setrvávání klientů v užívání drog navzdory kontraindikacím. Mnozí z nich nedokáží zvládnout běžné a přirozeně lidské situace a při rozhodování se vrací k starým způsobům chování. K řešení problému vede těžká cesta, která znamená pro klienta přijmout problém a odpovědnost za svůj život a rovněž za následky, které si způsobil užíváním návykové látky.

8. 4. Pomoc a podpora závislým

V této kapitole je uveden přehled a především význam, regionálních organizací, které pracují na prevenci a léčbě závislosti. Tyto organizace nejsou příliš známé. Pod jejich názvy si laik těžko představí, k čemu taková organizace slouží, jaké možnosti jsou pro závislé dostupné a kam se mohou obrátit v případě nutnosti. Tyto organizace vytváří prostor, kde se odehrávají výše zmíněné procesy a terapie. Významným prvkem je i to, že představují především pozitivní lidský kontakt a pomoc. Mezi tyto organizace patří Point 14, Spolek Ulice a CPPT.¹⁹⁷

Jedná se o neziskové organizace, které primárně zajišťují kontakt s lidmi, potřebnou pomoc a delegují klienty na jiná zařízení, která lépe vyhovuje jejich potřebám. Tato sdružení se rovněž podílí na vytváření odborného a legislativního rámce těchto služeb a na vzdělávací a výzkumné činnosti.

Postupy a strategie těchto organizací vychází ze současných poznatků, které se uplatňují i v rámci Evropské unie. Organizace se navzájem doplňují a spolupracují na funkčním programu v širším evropském měřítku. Podílí se na výzkumu a snaží se o spolupráci s širší veřejností. Pomocí dotazníků a statistik sbírají informace, které jsou nezbytné pro vývoj a zlepšení celkové intervence. „The strategy can be seen as representing a European consensus on how the drug problem should be addressed. There is

¹⁹⁶ Mallory [dokumentární film]. Režie Helena Třeštíková. Česko, 2015.

¹⁹⁷ Jejich bližší popis je uveden v příloze a k popisu jsou využity jejich oficiální stránky.

an explicit commitment to a balanced approach combining both supply- and demand-side measures, matched by an acceptance of the need to base actions on the evidence of effectiveness and, furthermore, to systematically evaluate progress.“¹⁹⁸

9. Spiritualita

Poslední součást bio-psycho-socio-spirituálního modelu, jak předznamenal předchozí kapitoly, je spiritualita. Základní bio-psycho-sociální model byl obohacen o rozměr spirituality teprve v nedávné době. Jak se projevuje tento přístup v bio-psycho-sociálním modelu? Záměrem této kapitoly je komparace pohledů různých autorů a hledání vztyčných bodů pro vymezení této části modelu.

S. Kudrle uvádí, že spiritualita je prvek nezbytný v léčebném procesu, který má navazovat na obvyklé způsoby léčby závislostí, tedy na skupinovou terapii, komunitní přístup, psychoterapii apod. Dále je nezbytné využít možnosti, jak nechat zemřít ego. Tento bod je možností obratu v léčbě. Není to smrt v pravém slova smyslu, ale dobrovolný prožitek všech netlumených abstinčních příznaků, úzkostí a depresí v přirozeném stavu jakožto vyjádření *The Dark Side of The Ego*. Prožitek vzdání se nebo smrti určité části Já může přinést mohutné náhledy a emoční uvolnění, které probouzejí v člověku duchovní stránku¹⁹⁹.²⁰⁰

Motiv kolapsu ega se objevuje i u dalších autorů. Christina Grofová používá termín „vzdání se“. Bill Wilson z AA tento moment nazývá „rozpadem ega“.²⁰¹ Domnívám se, že nejvýstižnější formulace je v citátu Martina Bubera: „Nejde tedy o to, vzdávat se já, nýbrž o to, vzdát se onoho falešného pudu po sebeuplatnění, který způsobuje, že člověk prchá před nespolehlivým, nebezpečným světem vztahu, který je nepřehledný a postrádá hutnosti a trvalosti, a spokojuje se úplně tím, že má věci.“²⁰²

Pokud jsme schopni si přiznat vlastní porážku a přijmout ji, tedy zahodit své ego, pak je možné tyto nedostatky překonat, přerůst a využít je ve svůj vlastní prospěch. Krásná paralela se pak nabízí přímo v Evangelii, které nás učí: „orat s čertem“ tedy v pravém a hlubokém smyslu znamená jít za Ježíšem, neohlížet se od pluhu (L 9,62) a učit se u něho přijímat a nést kříž jako nejvlastnější znamení a poznání křesťanského života. Prosme o to,

¹⁹⁸ Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe. Luxembourg:European Monitoring Centre for Drogas and Drug Addiction, 2006. ISBN:92-9168-266-7

¹⁹⁹Jedna z možných definic slova spiritualita vychází z původu tohoto slova, spirare znamená v latině dýchat, v italštině vycházet, vyvanout či vyzářovat. Je možné použít i výraz duchovní stránka či rozměr.

²⁰⁰ Protialkoholický obzor: *Transpersonální přístupy v léčbě závislých*. Kudrle, S. Bratislava: Obzor,1966-1994, s.81.

²⁰¹ Grofová, Ch. *Žízeň po celistvosti*. Praha: Chvojko nakladatelství,1998, s. 118.

²⁰² Buber, M. *Já a Ty*. Praha: Kalich, 2005. s. 108.

aby nám Duch svatý *dal takovou svobodu od sebe samých* a tím pro Boha, aby už s námi Pokušitel nic nezmohl.“²⁰³

Tomáš Halík uvádí podobné téma, které nachází u Mistra Eckharta: „aby ses ty mohl setkat s Bohem, který je nic, i ty sám se nejdřív musíš stát „nic“, nikým. Nic nevědět, nic nechtít, nic nebýt. A nesetkáš se s ním jen v nějaké zvláštní posvátné činnosti, nebo posvátném místě, takto svobodný Bůh je zároveň „všechno ve všem“.“²⁰⁴

Je nesnadné najít přesnou spojitost ve všech textech, nicméně jsou zde určité ukazatele slova jako osvobození od strachu, spojitost všech věcí a vzdání se. V souvislosti s hledáním toho spirituálního v lidském životě, které se neděje skrze Boha v pravém slova smyslu, ale prostřednictvím hledání vlastního skutečného Já a naplnění existence, tedy vlastního osudu.

Domnívám se, že určitou paralelu můžeme najít i u Hegela ve Fenomenologii ducha. „Avšak jeho pravý návrat k sobě čili jeho vnitřní smír bude představovati pojem ducha, který ožil a vstoupil v existenci.“²⁰⁵ Podle Patočky a jeho přednášky, o které referuje Milan Sobotka je Hegel „filosofem boha, boha neosobního, který se uvědomuje skrze člověka.“²⁰⁶

Dialektický princip je možné v přeneseném významu použít na boj se závislostí, tedy v zápasu s falešným já. Sobotka líčí Kojévův výklad tohoto zápasu a uvádí: „To je proces, v němž se jeden z bojujících nezalekne nejzazšího důsledku a riskuje smrt, zatímco druhý tváří v tvář zániku ustoupí.“²⁰⁷

V tomto ohledu je na místě připomenout i Viktora E. Frankla, který popisuje existenciální frustraci, tedy ztrátu smyslu vlastní existence. Frankl uvádí, že „dnešní člověk netrpí ani tak pocitem, že má nižší hodnotu než nikdo jiný. Spíše trpí pocitem, že jeho bytí nemá smysl.“²⁰⁸ Jeden z mnoha klienty uváděných spouštěcích mechanismů závislosti je nuda, dlouhá chvíle a ztráta smyslu. Není to jistě jediná příčina k vývoji do závislosti, nicméně se objevuje často jako faktor, který doplňuje celou mozaiku. Vůle k smyslu, kterou popisuje Frankl, je skrytá touha po naplnění. Frankl rovněž jako předchozí autoři vnímá u člověka touhu po celistvosti, naplnění a smyslu existence. Pokud je tato touha nevědomá, pak je smyslem terapeuta ji v člověku probudit.²⁰⁹

Spiritualita a závislost jsou v lidském životě propojené, spojuje je touha po celistvosti. Člověk, který je přirozeně duchovně založený svou touhu po celistvosti vnímá,

²⁰³ <http://www.pastorace.cz/Tematicke-texty/Jak-sv-Prokop-oral-s-certem-aneb-neco-o-Satanu-prof-J-Heller-1.html>

²⁰⁴ Jandourek, J. *Tomáš Halík; Ptal jsem se cest*. Praha: Portál, 1997, s.210.

²⁰⁵ Hegel, G. W. F. *Fenomenologie ducha*. Praha: Nakladatelství ČSAV, 1960. s.167.

²⁰⁶ Sobotka, M. *Patočkova přednáška o Hegelově Fenomenologii ducha ze školního roku 1949/1950*. Filozofia. Bratislava: Filozofický ústav SAV, Roč.70, 2015, č.6. s.421.

²⁰⁷ Tamtéž, s. 424.

²⁰⁸ Frankl, V. E. *Utrpení z nesmyslnosti života*. Praha: Portál, 2016. s. 66.

²⁰⁹ Frankl, V. E. *Utrpení z nesmyslnosti života*. Praha: Portál, 2016. s. 66.

ale závislí lidé toto popírají.

Z výčtu myšlenek uvedených autorů je patrné, že se ve svých úvahách dotýkají ve stejném bodě. Každý z nich volí jiná slova, která nacházíme i v odlišném kontextu, nicméně se domnívám, že průnik těchto úvah, ve kterém se setkávají, poukazuje na výskyt spirituální dimenze v lidském životě.

9. 1. Filosofie AA a její vztah k spiritualitě

Předchozí kapitola poukazuje na spiritualitu v bodě, který S. Kudrle nazývá jako smrt ega. V tomto bodě je možné probuzení spirituální či duchovní podstaty člověka. Tento princip se v nejjistší formě objevuje také ve filosofii Anonymních alkoholiků²¹⁰.

Skupina AA vznikla na principu sounáležitosti, pomoci a vzájemné podpory lidí, kterým již téměř nebylo pomoci. Sami již nebyli schopni překonat svůj problém. Jejich hlavní myšlenku vyjadřuje a ztělesňuje pokora a odevzdanost vůči síle, která je přesahuje.

Karel Nešpor zmiňuje, že skupina AA se neváže ke konkrétnímu náboženství. „Větší moc než naše“ pak může být chápána jako metafora, za kterou se skrývá společná síla. Člověk sám je často bezmocný v boji se závislostí, ale skupina lidí, která je podobně motivována, má daleko větší sílu.²¹¹

Následující část se bude věnovat hlubšímu rozebrání dvanáctikrokového programu. Tento popis dvanáctikrokového programu je výsledkem vlastní interpretace a dvou sezeních se skupinou AA, zároveň je inspirací na základě článku z časopisu Adiktologie.²¹²

První krok

Každý z nás si udržuje vlastní integritu, opečovává a chrání své ego a brání se nepříjemným pocitům různými mechanismy. Stav spojený s pocitem porážení, úpadku a vlastní bezmocnosti je pro naše ego ohrožující. Lidé, kteří se díky alkoholu dostali na samé dno si uvědomují svou smrtelnou podstatu a jako jediná cesta se jeví přiznání vlastního selhání a ztráty kontroly nad životem. Nad životem, který nám byl dán a na němž se jen spolupodílíme. Pokud jsme schopni si přiznat svoji porážku a přijmout ji, tedy zahodit své ego, pak je možné tyto nedostatky překonat, přerůst a využít je ve svůj vlastní prospěch. S. Kudrle o tomto kroku napsal: „Prožitek zoufalství, kolapsu ega, zhroucení epistemologie alkoholika o sebekontrolu, jsou místem pro nastoupení 1. kroku programu AA“.²¹³

Druhý a třetí krok

²¹⁰ Dále AA.

²¹¹ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 103.

²¹² Doležalová, P. *Spiritualita a zdraví při léčbě závislosti*. Adiktologie. 2005/5/2 s. 251.

²¹³ Protialkoholický obzor: *Transpersonální přístupy v léčbě závislých*. Bratislava: Obzor,1966-1994, s.80.

Souvisí s přijetím vlastního selhání. V prvním kroku si toto selhání uvědomují, nicméně je daleko obtížnější se s ním vyrovnat a přijmout ho. Tyto kroky jsou velmi zásadní a ve své podstatě určující. Logicky navazují jeden na druhý. Na základě přijetí problému, pak mohou získat sílu a odvalu na revizi svých činů.

Čtvrtý krok a pátý krok

Zde klienti AA zahajují revizi a snaží se vyrovnat se svým dosavadním jednáním, se svými nedostatky. Je to krok, který vede k hlubšímu poznání sebe sama a také k bolestivým krizím. Spiritualita a společenství jim pomáhá překonat stud a utrpení.

Šestý a sedmý krok

Symbolizuje rozhodnutí a pokoru, se kterou se klienti pouští do každodenního boje s vlastní nedokonalostí. Bůh ani vyšší moc je sama osobě nezbaví všech problémů a nedokonalostí. Oni se však rozhodli, že pomocí víry a prostřednictvím tohoto společenství dokáží změnit a naplnit svůj osud. Pro závislého člověka je proces rozhodování velmi těžký a složitý. Je to velký kus práce a nikoliv jen zásluha, která by měla připadnout vyšší moci.

Osmý, devátý a desátý krok

V této fázi se klienti snaží napravit své vztahy s ostatními lidmi a se svými blízkými. Tento proces není možné uspěchat. Vztahy se závislými lidmi se napravují v průběhu času. Lidé si musí znovu získat důvěru ostatních a opět zahodit své ego, aby nepoškodili již tak křehké vazby.

Jedenáctý a dvanáctý krok

Symbolizují pomoc a přenos. AA jsou poměrně otevřenou skupinou pro nové členy, jsou vždy ochotní jim pomoci. Snaží se jim vlastní zkušeností a příkladem ukázat cestu k abstinenci a k novému životu. Otevřeně mluví o své alkoholické zkušenosti a zároveň se navzájem podporují.

Členové AA se setkávají pravidelně a dobrovolně. Rozmlouvají spolu a sdělují si osobní zkušenosti, týkající se závislosti. Každé sezení si čtou z tzv. Modré knihy, která obsahuje dvanáct kroků a příběhy některých členů AA. Setkání AA vede jeden ze skupiny zpravidla ten, který je tam nejdéle. Je to dobrovolná skupina, v nejvlastnějším slova smyslu, není zde žádná autorita v podobě psychologa nebo školeného terapeuta. Je to svépomocná skupina, která není nijak podmíněna oficiálním způsobem léčby. Členové AA zpravidla mají za sebou léčbu v nějakém komunitním zařízení nebo v psychiatrické léčebně. Což má své opodstatnění, prošli si velký kus cesty, na kterém se setkali s mnoha vlastními neúspěchy a porážkami.

Členství v AA však neklade nějaké imperativní podmínky na způsob a styl léčby. Jejich jedinou podmínkou je pomáhat si v abstinenci a respektovat dvanáctikrokový

program. Přijímají se navzájem a takový jací jsou skutečně. Rozhodli se pro odpovědnost, jejich odpovědnost však není jen odpovědností vůči sobě samým, ale také vůči skupině kam náleží. Zde se rovina spirituální dimenze překrývá s rovinou sociální. Každé setkání nebo sociální kontakt nevykazuje princip spirituality. Ten se projevuje v setkání Já-Ty v Buberově smyslu, který je charakterizován vážností a odpovědností vůči druhému. Já se zde vztahuje k „ty“, které bere jako plnohodnotný a individuální protějšek. Bůh je zde hledán v lidech, v kontaktu s nimi skrze slova a s pokorou. Člověk tak přestává být jenom součástí skupiny a setkává se ve své jedinečnosti v tom, co pouhé členství přesahuje a prohlubuje v „Božskému daru života a lidství“.

Tento princip má nicméně i svá úskalí. Paradoxně se ve společenství AA člověk stává zranitelným a dává se všanc celou svou bytostí, riskuje i bolest a konflikty. To je daň, kterou platí za poznání sebe sama.

Martin Buber o tomto setkání uvádí: „Duch není v já, nýbrž mezi já a „ty“. Není jako krev, která v tobě krouží, nýbrž jako vzduch, v němž dýcháš. Člověk žije v duchu, je-li s to odpovídat svému Ty. Je s to odpovídat, vstupuje-li do vztahu svou celou bytostí. Jenom díky síle, která mu umožňuje vstupovat do vztahu, je člověk s to žít v duchu.“²¹⁴

Podobný akcent na setkání a pravý vztah najdeme u V. E. Frankla: „Člověk směřuje k nalezení a naplnění smyslu; ale nejen to, směřuje též k setkání s jiným lidským bytím v podobě „ty“, k lásce k němu. Obojí, naplnění a setkání, dává člověku důvod ke štěstí a k slasti.“²¹⁵

Pokud člověk ztratil schopnost naslouchat svému srdci, pak je jeho možnost na uzdravení velmi nízká. Závislost poškozuje tělo, duši i srdce. Uzdravení a osvobození z pout závislosti je podmíněno dlouhodobou abstinencí. Dlouhodobá abstinence je podmíněna výraznou motivací, jen vůle nestačí. Vykoupení je v lásce a v radosti ze života, které závislost narušila. Je to dlouhá cesta, na které se člověk učí a znovu poznává banální a běžné věci. Začít nový život bez alkoholu a drog, nutně vede k tomu, aby si člověk připustil své emoce, jak pozitivní tak negativní, aby byl schopen si je prožít, rozlišit je a zacházet s nimi.

Někteří závislí již nejsou schopni skutečně cítit, vše je povrchní a nic se nedotkne hloubky duše a srdce. Znovuzrození je dar a ten přichází s pokorou, se smířením a s poznáním sebe sama. A proto se domnívám, že spiritualita a duchovní hledání je cestou k uzdravení. Každý z nás je schopen se vystavit tomuto hledání jen do určité míry. Někdo se vydá na daleké poutní místo, další se podívá do nejbližšího kostela a někdo půjde na sraz Anonymních alkoholiků. Člověk se na této cestě k uzdravení musí neustále rozhodovat, volit. Rozhodování pro závislého člověka není jednoduché. Dilema volby za něj vždy

²¹⁴ Buber, M. *Já a Ty*. Praha: Kalich, 2005. s. 71.

²¹⁵ Frankl, V. E. *Utrpení z nesmyslnosti života*. Praha: Portál, 2016. s. 63.

vyřešila závislost. Cestou neustálého rozhodování, které řeší bez drog, se stává více svobodnějším a méně závislým. V knize F. Rotgerse je uvedeno: „Rozhodování není určitě jen racionální proces.“²¹⁶ Rotgerse dále uvádí teorii Janise a Manna, kteří zkoumali proces rozhodování a dochází k závěrům, že v běžném životě naše rozhodnutí ovlivňují silné emoce a motivace.²¹⁷

Při bližším pohledu se u AA snoubí translativní a transformativní prvky spirituality. Pavla Doležalová uvádí, které to jsou a jejich rozdělení podle Wilbra. Ten rozlišuje spiritualitu na translativní a transformativní. Translativní spiritualita vede k eliminaci utrpení, substituje pocit bezpečí a ochrany, nicméně zpomaluje osobní rozvoj. Opakem je transformativní spiritualita, která vede k vývojovým změnám, podněcuje postup, vede k hlubokým krizím a urychluje rozvoj osobnosti.²¹⁸

Dvanáctikrokový program a jeho principy jsou potvrzovány různými odborníky z řad psychoterapeutů, psychologů a psychiatrů. S. Kudrle uvádí, že první čtyři kroky dvanáctikrokového programu jsou inspirací pro klasickou tedy ústavní léčbu.²¹⁹ Není to otázka víry v křesťanském smyslu a není to otázka jen přístupu AA nýbrž spirituality obecně, která se neobjevuje tehdy, když to čekáme nebo když o to usilujeme.

Podobný obrat můžeme najít v již zmiňovaném rozhovoru s klientem, který nebyl nikdy aktivním členem AA. Podle rozhovoru je tu přítomna víra ve smyslu, ano věřím, jsem přesvědčený, že se to tam povedlo, že jsem na správné cestě. Spirituální dimenze se tu objevuje ve smyslu, poznal jsem sám sebe, skrze setkání s druhým člověkem, který mi věřil. Klient zde popisuje svoji zkušenost s patologickým hráčstvím. Rozhovor je rozsáhlý a je veden volnějším formou. Pro přehlednost zde uvádím důležité body rozhovoru. Klient byl v mládí několikrát terčem rasistických útoků. Tyto incidenty a rovněž závislost matky na alkoholu v něm zanechaly určité stopy, které u něj vyústily v závislostní chování.

Prostřednictvím setkání s člověkem, který mu věřil a které bylo skutečné, bez přetvárek a falše, které šlo k podstatě věci, díky tomuto setkání byl klient schopen do hloubky poznat sám sebe a překonat tak projevy své závislosti.

Příklad rozhovoru není v rozporu s filosofií AA. Pouze ukazuje, že problematika spirituality je daleko širší a že její hranice nelze přesně určit.

K. Nešpor uvádí příběh, který se váže ke vzniku organizace AA. C. G. Jung byl přesvědčen, že jednou z příčin závislosti je nenaplnění duchovních tedy spirituálních potřeb. A proto doporučil svému pacientovi, který byl neúspěšně léčen ze závislosti na alkoholu, aby se zúčastnil duchovně orientovaného sezení tzv. Oxfordského kroužku. Tento

²¹⁶ Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing 1999, s. 199.

²¹⁷ Tamtéž, s. 199.

²¹⁸ Doležalová, P. *Spiritualita a zdraví při léčbě závislostí*. Adiktologie. 2005/5/2 s.250.

²¹⁹ Kudrle, S. *Transpersonální přístupy v léčbě závislých*. Protialkoholický obzor. Bratislava: Obzor, 1966-1994, s.81.

postup se ukázal být úspěšným. Touto pozitivní zkušeností se inspiroval Bill Wilson jeden ze zakladatelů AA.²²⁰

Jung sám ve své filosofii napsal: „Duše je od přirozenosti náboženská. Zjišťuji, že všechny mé myšlenky krouží kolem Boha jako planety kolem Slunce a jak planety jsou jím jakožto Sluncem neodolatelně přitahovány. Musel bych to pociťovat jako nejtěžší hřích, kdybych měl této síle odporovat.“²²¹

Závislost vyděluje člověka ze společenství lidí, které by mohl aktivně sdílet. Ale díky poznání sebe sama, které se uskutečňuje prostřednictvím aktivního vztahu k druhým, je mu umožněno opět se cítit součástí světa a podílet se na něm. V této kapitole se zabývám spiritualitou ve filosofii AA. Princip duchovního hledání se zde překrývá se sociální dimenzí a prakticky se ukazuje, že duchovní hledání v oblasti léčby závislosti není výlučně spjata jen s principy AA.

²²⁰ Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*, vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 101.

²²¹ Jaffé, A. *Vzpomínky/ Sny/ Myšlenky C.G.Junga*. Praha: Portál, 2015. s. 11.

10. Závěr

Náplní této práce bylo zmapování problematiky závislosti. Práce přináší shrnutí přístupu a zároveň přehled nejdůležitějších aspektů z oblasti závislosti. Úvodní kapitoly jsou zaměřené na představení pojmu závislosti a přináší odlišné definice od různých autorů. Na tyto kapitoly navazuje rozdělení jednotlivých druhů závislostí a k nim je přiřazeno jejich krátké představení.

Hlavním cílem bylo přiblížit a prozkoumat bio-psycho-socio-spirituální model, který přináší určité východisko v léčbě závislostí. V rámci přehlednosti problematiky závislosti je velmi důležitá struktura práce, protože téma je velice široké a lze k němu přistupovat z různých pohledů. Z tohoto důvodu jsem zvolila popis bio-psycho-socio-spirituálního modelu, který činí práci srozumitelnější.

Práce ukazuje, že existuje komplexní model, který se postupem času vyvíjel. Původní bio-psycho-sociální model pomohl zařadit závislost do škály nemocí, což ovlivnilo postoj k závislým lidem. Na přelomu nového tisíciletí se začíná uvažovat o změně tohoto modelu a v roce 2003 byl do bio-psycho-sociálního modelu zahrnut prvek spirituality. Rozšíření původního modelu o spirituální dimenzi má své zastánce i odpůrce.

Práce pomocí rozboru zmíněného modelu zkoumá, co lze přiřadit k jednotlivým částem modelu a jaký podíl má spiritualita na léčbě závislostí. Prakticky se ukazuje, že se jednotlivé části modelu překrývají a jejich ohraničení není ostré. Jednotlivé aspekty závislosti mohou být zařazeny do jedné části a z jiného úhlu pohledu je lze přiřadit na jiné místo. Bio-psycho-socio-spirituální model je analogií obrazu člověka, který rovněž nelze zjednodušeně rozdělit na několik jasně definovaných částí.

Závěrečná část práce se věnuje spirituální části modelu a jeho zkoumání. V této části jsou propojené poznatky z filosofie a zároveň praktické zkušenosti programu Anonymních alkoholiků. Domnívám se, že jsou to dvě odlišné roviny, které se navzájem protínají a doplňují. Tento průnik pak odráží téměř až plastický výraz modelu. Prakticky se ukazuje, že deficit ve spirituální oblasti života člověka, má vliv na jeho kvalitu.

Záměrem práce bylo prozkoumat současný model a postoj k problematice závislosti a bez přílišné vědeckosti ukázat systém, který je přirozeně provázaný. Práce může sloužit jako inspirace a zároveň jako teoretický podklad pro další hlubší studium.

Výsledky zkoumání bio-psycho-socio-spirituálního modelu ukazují, že léčba závislosti není jednoduchá a není vždy úspěšná. Je to proces, při kterém je důležité vnímat závislého člověka jako individualitu a zároveň ho pojímat v jeho celistvosti. Trvalé

pokroky jsou možné díky úsilí a poznávání sebe sama. Nutkání a destruktivní chování je třeba využít a změnit v opačné úsilí, které je třeba věnovat léčbě. S nezdolnou vytrvalostí, kterou někteří pacienti věnují léčbě, se jim daří minimalizovat své obtíže. Domnívám se, že každý den, kdy je pacient schopen abstinovat a zlepšit tak kvalitu svého života, je dar. „Jak říká rčení AA, někdy se závislí potřebují naučit „klidně sedět a trpět“.“²²² To znamená, zakoušet život v jeho přirozenosti, bez použití alkoholu a drog.

²²² Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Grada Publishing 1999, s. 32.

Seznam použité literatury a pramenů

1. ANONYMNÍ ALKOHOLICI. Alcoholics anonymous world services, INC. New York, 1996. ISBN 978-0-916856-28-1
2. BUBER, M. *Já a Ty*. Praha: Kalich, 2005. ISBN 80-7017-020-4
3. BUBER, M. *Problém člověka*. 1.vyd. Praha: Kalich, 1997. ISBN 80-7017-109-X
4. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1996. ISBN 80-85319-50-0
5. FRANKL, V. E. *Utrpení z nesmyslnosti života*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1038-2
6. FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1994. ISBN 80-7106-085-2
7. FROMM, E. *Cesty z nemocné společnosti. Sociálně psychologická studie*. 1.vyd. Praha: EarthSave, 2009. ISBN 978-80-86916-10-1
8. FROMM, E. *Strach ze svobody*. 2.vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0615-6
9. GOETZ, M. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009, 160 stran. ISBN 978-80-7262-630-4
10. GROF, S., GROFOVÁ, Ch. *Holotropní dýchání*. Holos: Opava, 2011. ISBN 978-80-254-9215-4
11. GROFOVÁ, Ch. *Žízeň po celistvosti*. Praha: Chvojtkovo nakladatelství, 1998. ISBN 80-86183-06-8
12. HEGEL, G. W .F. *Fenomenologie ducha*. Praha: Nakladatelství Československé akademie věd, 1960. cnb000515598
13. HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. (eds.) *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Vyd. 1. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0
14. HÖSCHL, C. Směřování české psychiatrie na přelomu století. In: Havel, Ivan, M. aj. *Co daly naše země Evropě a lidstvu*. Praha: ELK, 2000. ISBN 80-889316-10-6
15. JAFFÉ, A. *Vzpomínky/ Sny/ Myšlenky C.G.Junga*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0803-7
16. JANDOUREK, J. *Tomáš Halík; Ptal jsem se cest*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-143-6
17. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
18. KALINA, K. ed. *Drogy ze všech stran*. Praha: Filia 1995. ISBN: 80-901966-1-6.
19. KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8
20. KALINA, K. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 80-247-2449-2
21. KALINA, K. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5
22. KLIK, Jan, ed. *100 let PLD, Sborník vzpomínek, vydaný ke stoletému výročí založení psychiatrické léčebny v Dobřanech*. KÚNZ, Plzeň 1980.

23. MASARYK, T. G. *I. O alkoholismu. II. O ethice a alkoholismu.* Brno:Moravskoslezské zem. ústředí Čs. abstinentního svazu, 1938.
24. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4
25. MIKOTA, V. *O ovlivňování duševních chorob.* Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1995. ISBN 80-901601-5-8
26. NERAD,J.-NERADOVÁ,L.-MIKOTA, V. *Psychoterapie závislostí na alkoholu a jiných látkách.* Praha, VÚPs, IDVSZP 1989. ISBN 80-7013-001-6
27. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost.* 3. dopl. Vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6
28. SKÁLA, J. *Alkohol a jiné(psychotropní) drogy: abusus a závislost.* IN Novinky v medicíně, 1.vyd. Praha: Avicenum zdravotnické nakladatelství, 1986, 92 stran.
29. SKÁLA, J. *Až na dno!? Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu.*3.vyd. Praha: Avicenum, 1977.
30. SKÁLA, J. *Alkohol a Vy.* Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1974.
31. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy.*2. Revidované vydání. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85800-33-0
32. STREJČKOVÁ ,Vanda, ed. *130 let Psychiatrické léčebny v Dobřanech.* Plzeň: Psychiatrická léčebna v Dobřanech, 2010. ISBN 978-80-254-8150-9
33. RÖHR, H.-P. *Hraniční porucha osobnosti.* 1.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-724-8
34. RÖHR, H. P. *Závislost. Jak jí porozumět a jak ji překonat.*1. vyd. Praha: Portál,2015. ISBN 978-80-262-0927-0
35. ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9
36. PECK, M.S. *Nevyšlapanou cestou.* 3. vyd. Praha: Argo, 1996. ISBN 80-7203-036-1
37. WEHR, G. *Buber.* Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-31 X

Časopisy a jiné zdroje:

1. Adiktologie, Praha: SCAN,2005,2, ISSN 1213-3841
2. Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drogns and Drug Addiction, 2006. ISBN:92-9168-266-7
3. Česká a slovenská psychiatrie, *Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice – pilotní studie.* Praha: Galén, 2015, roč. 111(5). ISSN 1212-0383
4. Česká a slovenská psychiatrie. *Názory na duševní nemoci ve středověkém a renezančním lékařství a mýtus čarodějnictví. Šedivec, V.* Praha: Galén,2007,103(3),138-139, ISSN -1212-0383
5. Filozofia. Bratislava: Filozofický ústav SAV, Roč.70, 2015, č.6. ISSN 0046-385 X
6. Hlasy žen, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze, Praha, 2010.

7. Protialkoholický obzor: *Transpersonální přístupy v léčbě závislých*. Bratislava: Obzor, 1966-1994. ISSN: 0862-0350

Elektronické zdroje

1. Nemocnice Na Homolce. Co epilepsii způsobuje?[online][cit.9.9.2015] Dostupné z : <http://www.homolka.cz/cs-CZ/oddeleni/specializovana-centra/centrum-pro-epilepsie/pro-pacienty/co-epilepsii-zpusobuje.html>
2. ADHD. Diagnostika.[online] Asociace dospělých pro hyperaktivní děti [cit.17.3.2016] Dostupné z : <http://www.adehade.cz/diagnostika/>
3. O ADHD [online] Asociace dospělých pro hyperaktivní děti [cit.9.3.2016]Dostupné z :<http://www.adehade.cz/o-adhd/>
4. KO-KA: Historie. [online] [cit.9.3.2016] Dostupné z:<http://www.ko-ka.cz/cz/rostlina.asp>
5. CPPT: Drogové poradenství ve věznici. [online]© 2011 Centrum protidrogové prevence a terapie [cit.11.3.2016] Dostupné z:<http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/drogove-poradenstvi-ve-veznici>
6. CPPT: Naše zařízení. [online]© 2011 Centrum protidrogové prevence a terapie[cit.8.3.2016] Dostupné z:<http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/k-centrum>
7. Drogová poradna: Substituční léčba [online]©2009 [SANANIM](http://www.sananim.cz) [cit.25.2.2016] Dostupné z:<http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/substitutni-lecba.html>
8. Spolek Ulice: Terénní program ulice [online]©2012 Ulice [cit.1.2.2016] Dostupné z:<http://www.ulice-plzen.com/index.html>
9. Point 14: Úvod [online]© POINT 14 [cit.14.2.2016] Dostupné z:<http://www.point14.cz/>
10. Pastorage: Jak sv. Prokop oral s čertem, aneb něco o Satanu[online] Pastorage.cz [15.11.2015] Dostupné z:<http://www.pastorage.cz/Tematicke-texty/Jak-sv-Prokop-oral-s-certem-aneb-neco-o-Satanu-prof-J-Heller-1.html>
11. Anonymní alkoholici: Dvanáct kroků AA [online] © Copyright 2011-2016 [cit.13.1.2016] Dostupné z:<http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/dvanact-kroku.html>
12. Pomoc v závislosti: Závislost na alkoholu [online] Copyright © 2011Psychiatrická nemocnice v Kroměříži [cit.5.2.2016]Dostupné z:<http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/zavislost-na-alkoholu>
13. ÚZIS: MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí[online]© ÚZIS ČR 2010-2016 [cit.11.1.2016] Dostupné z:<http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn-mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu>
14. Aktivity pro zdraví: Bulimie[online] © Copyright 2013 pzaz.cz [cit.5.2.2016] Dostupné z:<http://www.aktivityprozdravi.cz/zdravotni-problemy/bulimie?page=popis#popis>
15. Aktivity pro zdraví: Anorexie[online] © Copyright 2013 pzaz.cz [cit. 22.2.2016] Dostupné z:http://www.aktivityprozdravi.cz/zdravotni-problemy/anorexie?utm_source=adwords&utm_medium=ppc&utm_campaign=anorexie&gclid=CKaitciG4csCFYTGgwodImQHhQ
16. Latinský slovník – Chronicus [online] Copyright©2009 [cit.12.1.2017] Dostupné z: <http://latinsky-slovník.latinsky.cz/cesko-latinsky/chronicus.html>

17. Pojem recidivující. Slovník cizích slov SCS.ABZ.CZ [online] web © 2005-2017 [cit. 12.1.2017] Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/recidivujici>
18. Roste v džungli naděje pro závislé? psychologie.cz [online] © Copyright Mindlab s.r.o. [cit. 20.1.2017] Dostupné z: <https://psychologie.cz/roste-v-dzungli-nadeje-pro-zavisle/>
19. Částečná prohibice byla už i v Česku. V roce 1992 [online] 2017 MAFRA, a.s., ISSN 1213-1385 © Copyright ČTK, Reuters [cit. 2.3.2017] Dostupné z: http://www.lidovky.cz/castecna-prohibice-byla-uz-i-v-cesku-v-roce-1992-f35-/zpravy-domov.aspx?c=A120914_213633_ln_domov_mpr
20. Klinická diagnostika alkoholizmu. In: Česká a slovenská psychiatrie [online] Copyright [cit. 5.2.2017] Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=994>
21. Klinika adiktologie . Co jsme [online] © Klinika adiktologie 2011. Poslední změna 3.4.2017 [cit. 5.2.2017] Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/34/3903/Klinika-adiktologie-1-LF-UK-v-Praze-a-VFN-v-Praze>
22. Ahead of their Rivals. Jardines [online] © Copyright [cit. 5.3.2017] Dostupné z: <http://www.jardines.com/SITES/ebook/files/assets/basic-html/page12.html>
23. B. F. Skinner Biography [online] © 2017 Bio [cit. 15.2.2017] Dostupné z: <http://www.biography.com/peopl/bf-skinner-9485671#final-yearse>
24. Behaviorismus a jeho předchůdci [online] [Www.Studium-psychologie.cz](http://www.studium-psychologie.cz) © 2016 [cit. 4.4.2017] Dostupné z: <http://www.studium-psychologie.cz/dejiny-psychologie/3-behaviorismus-a-jeho-predchudci.html>
25. Stanislav Grof- odlišná psychiatrie [online] [www. holos.cz](http://www.holos.cz) © 2014 [cit. 9.3.2017] Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=kXJCI0OIWU>
26. Co je holotropní dýchání? Michael Vančura [online] Poslední změna 5.10.2012 © [cit. 5.2.2017] Dostupné z: <http://holotropnidychani.cz/holotropni-dychani/>
27. Dvojí ocenění Stanislava Grofa. Český klub skeptiků. Sisyfos [online] [cit. 5.2.2017] Dostupné z: <http://www.sysifos.cz/index.php?id=vypis&sec=1192467339>
28. Kultura závislosti [online] © Copyright Mindlab s.r.o. [cit. 5.2.2017] Dostupné z: <https://psychologie.cz/kultura-zavislosti/>
29. Johann Hari: Příčiny vzniku závislostí jsou jiné, než si myslíme. [online] Archetypal.cz [cit. 5.2.2017] Dostupné z: https://archetypal.cz/2015/johann-hari-the-likely-cause-of-addiction/?gclid=CI_GldOR_NECFSsW0wodPhAPBw
30. Historie destilace alkoholu - za její vynález poděkujeme Arabům. Alkoholium.cz [online] [cit. 5.4.2017] Dostupné z: <https://www.alkoholium.cz/historie-destilace-alkoholu-za-jeji-vynalez-podekujeme-arabum/>
31. Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99) [online] ÚZIS ČR [cit. 5.4.2017] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>

Abstract

This diploma thesis explores various perspectives on, and several authors' interpretations of addiction. It maps not only medical but also psychological and philosophical aspects of this condition. An attempt has been made to provide a comprehensive and coherent overview of the most important treatment-related findings, as reported by leading experts. Emphasis has been placed on psychosocial aspects, which greatly affect the success of treatment. The key methods used here include analysis, interpretation and comparison of specialist and popular publications. The core of this thesis focuses on analysing texts authored by notable authorities on the subject. It presents less widely known facts related to this phenomenon – with which all of us may be familiar on the personal level in one way or another, and yet it remains relatively marginal on the level of the whole society. In its final part, this thesis deals with spirituality and its possible contribution to treatment, as the spiritual dimension is inexact, difficult to transfer and communicate, and highly subjective. Despite that, it must be taken into account and incorporated in our understanding of this matter.

Key words: abuse, abstinence, addiction, alcohol, Alcoholics anonymous, bio-psycho-social model, treatment of addiction, spiritual dimension, the therapeutical community, therapist.

Příloha č. 1

Přepis rozhovoru o problematice léčby s odborníkem

Jak probíhá léčba na mužském oddělení léčby závislostí (odd.24)?

„ Toto oddělení je určené k středně-dlouhodobé léčbě. Pacienti se dobrovolně podřizují režimu na oddělení. Program začíná již v šest hodin ráno budíčkem, následuje rozcvička v 6:45. V 7:15 probíhá komunita, které se zúčastní celé oddělení. Pacienti zde sdělují, co potřebují, jaké mají komplikace, dále se řeší chod oddělení, rozdělení do skupin nebo změny v programu. Pacienti jsou rozděleni do skupin po osmi až deseti lidech, v tomto složení spolupracují na různých aktivitách během dne. Po komunitě, zhruba v 8 hodin, se jednotlivé skupiny odeberou na pracovní terapii, kde jsou do 9:45, poté následují skupinové terapie s psychologem. Díky menšímu počtu klientů ve skupině, dochází k efektivnější spolupráci. Skupina má stabilní charakter po celou dobu pobytu, kromě období kdy přichází noví pacienti nebo odchází absolventi. V jedenáct hodin je oběd a kolem dvanácté hodiny začínají edukační přednášky, které vedu já, nebo psycholog nebo paní primářka Navrátilová. Zde se pacienti dozívají podstatné informace o závislosti, jaký má alkohol dopad na fungování organismu, jsou to odborné přednášky. Mezi odpolední aktivity, které začínají ve 12:45, jsou zařazeny opět skupinové terapie nebo různé sportovní aktivity, např. yoga, nebo svalová relaxace, v létě samozřejmě tenis, výlety nebo pochody, které se tady tradovaly celá léta. Každý den má program trochu jinou podobu, např. ve čtvrtek probíhá arteterapie, v úterý po obědě je v plánu hodnocení léčby, které probíhá zhruba dvě hodiny. Večerní program je po večeri. Kolem šesté hodiny probíhá střídavě jeden den čtení, druhý den poslech hudby nebo přednáška jednoho z pacientů. Dále se všichni klienti účastní úklidu a sčítání. Ve večerním programu jsou povinné televizní události a po osmé hodině je povinný film.

V léčbě klademe důraz nejen na psychickou stránku klienta, ale rovněž na somatickou. V rámci celkové stabilizace a dosažení optimální rovnováhy u klienta, je důležité věnovat pozornost zvyšování tělesné zdatnosti a nácviku relaxačních technik. Pacienti se tak zbavují přídatných obtíží, které se vyvinuli v době nadměrného pití. V podstatě skoro každý pacient přichází s tím, že má stavy úzkosti, paniky, deprese, nebo třesy, které jsou způsobené alkoholem.“

Paní primářka Helena Škopková pracuje na mužském oddělení závislosti v Psychiatrické léčebně v Dobřanech. Jak se vyvíjela Vaše profesní cesta? *„Já jsem tady začínala pracovat po promoci. Tehdy jsem byla ředitelkou požádána, abych nastoupila po kolegyni na protialkoholní oddělení, kam se mi tehdy naprosto vůbec nechtělo, nicméně jsem musela poslechnout a nastoupit. Odcházející primářka mne stručně zasvětila do*

povinností a problematiky. Postupně jsem se otrkávala a získala jistotu, měla jsem ohromný pocit ne-sebevědomí, ale to že mi ta práce sedí a že s pacienty umím mluvit. Mluvila jsem s nimi tak, jak jsem to cítila. Postupně jsem s nimi začala mluvit, ne-dlouho, ale individuálně, protože se mi to zdálo přijatelnější a zdálo se mi, že pacienti budou daleko otevřenější než v nějaké skupině. Dokonce tím, že jsem tady v léčebně bydlela s dětmi a manželem, tak jsem na oddělení chodila i ve volné chvíli a toto téma mně velmi zaujalo a postupně během dvou tří let jsem byla vysloveně fanda této práce. Primářka tady zahájila pořádání sjezdů abstinentů, byly tradičně pořádány v červnu a já jsem z toho prvního byla doslova nadšená. Měla jsem Skálovu školu a také první psychoterapeutické kurzy, které jsem absolvovala a těch bylo několik. Rovněž jsem absolvovala kurzy manželské terapie v Dobronicích.

Rozsah těch aktivit, které Skála dělal jsem sice přijímala, nicméně jsem je uzpůsobovala vlastní osobě, protože Skála byl hodně striktní a já jsem do toho vnášela trochu těch osobních emocí. Takže postupně vznikl takový systém, ve kterém jsem já organizovala podobné sjezdy, jako dělala původní primářka. To byl pozitivní potenciál získaný z toho období, oddělení tím žilo. Po roce 90. se situace změnila, vznikla další nová oddělení protialkoholní péče. Primariát měl v jednom období dokonce čtyři oddělení. Na nátlak Psychiatrické kliniky v Plzni bylo doporučeno otevřít oddělení toxikomanům, čemuž jsem se bránila, protože oddělení na to nebylo připraveno. Personál nebyl vyškolen na to, aby mohl pracovat s tímto typem pacientů s čistou toxikomanií. Dnes lidé začínají s marihuanou nebo pervitinem a pak velmi často přejdou na alkohol nebo na hráčství, a tak se to různě opakuje. Čistě závislé na drogách nepřijímáme, tomu jsme se zatím ubránili. Pro čisté toxikomany jsou zde určena jiná oddělení. Základní alfou a omegou léčení u všech pacientů, kteří jsou tady, je abychom měli dostatek zpráv od jejich blízkých, se kterými ihned navazujeme kontakty. To znamená do čtrnácti dnů by se měl ozvat někdo z rodiny nebo známí, kteří napíší životopis, pak teprve jsou realizovány s těmi příbuznými pohovory. To všechno je součástí toho léčebného procesu. Trváme na abstinenci, protože u našich lidí, kteří podléhají závislostem, se ty závislosti mění klidně jedna za druhou. Je to nutné, protože jinak začnou selhávat, nalhávají si, že mohou kontrolovaně pít, zkouší to znovu a nepřipouští si svou závislost. Tu závislost zruší jedině tak, že budou dodržovat přijaté zásady a hodnoty ve smyslu abstinence.“

Příloha č. 2

Informovaný souhlas

Byla jste zkontakována k rozhovoru za účelem získání dat a informací pro kvalitativní výzkum k diplomové práci Bc. Heleny Dachové. Výzkum probíhá v rámci magisterského studia na Fakultě filozofické Západočeské univerzity v Plzni. Tématem je problematika závislostí a výstupem bude Diplomová práce. Diplomová práce se zabývá výklady ke zdravotnické a psychologické problematice závislostí.

Vaše spolupráce na projektu je dobrovolná. Účast na projektu spočívá v nahrávaném rozhovoru. Rozhovor se konal v prostorách léčebny na mužském oddělení 1. září 2015. Tento rozhovor byl transponován do písemné podoby, který zde přikládám k nahlédnutí. Vzhledem k rozsáhlému tématu, byla použita jen část informací, které jsou relevantní pro účel práce.

V případě jakýchkoliv námitek se můžete obrátit na tazatelku Bc. Helenu Dachovou (helenadach@seznam.cz). Pokud v budoucnu změníte názor na uveřejnění, některých pasáží rozhovoru, je možné se odvolat a tazatelka bude Vaše přání respektovat.

Svým podpisem stvrzujete, že souhlasíte s uveřejněním výše uvedeného rozhovoru pro studijní účely. Jedna kopie tohoto formuláře náleží Vám.

Jméno respondentky
projektu

MUDr. Helena Škopková

Podpis

Jméno autorky

Bc. Helena Dachová

Podpis

Příloha č. 3

Přepis rozhovoru o problematice závislosti s relevantním klientem

Otázka: Poprosila bych Tě na začátku, abys se představil, abys něco řekl o sobě, o svých vztazích, o hodnotách, odkud pocházíš, z jaké si rodiny, něco o rodičích.

Odpověď: Je mi 39 let, rodiče žijou dodnes spolu, jsem z nerozvedené rodiny, otec je Řek, máma je Češka, mám ségru mladší o rok a půl, máma je alkoholička, oba jsou vysokoškoláci. Alkoholička, no budu říkat, že už to má pod kontrolou, ale není 100% abstinující, ale de facto už před deseti lety kvůli tomu přišla o práci a od té doby šla do předčasného důchodu, je doma a stará se o vnoučata, s tím není problém, ale vím že si občas dává. Abstinující určitě není.

Otázka: Jak dlouho pije?

Odpověď: Vůbec netuším, protože to jsme se ségrou zjistili někdy na střední, nebo na vysoký, kdy chodila domů a říkala jak je ztahaná, ale přitom měla vypito. Táta se jí zastával a pak jsme ho museli vzít do hospody a oznámit mu krutou pravdu, protože to netušil. Když jsme mu pak řekli, kde máma všude alkohol schovává, tak pak to zjistil. Máma pak byla na Locháči, na tom čtrnáctidenním detoxu. Já jsem v té době ani netušil jaký jsou možnosti, nic. Takže tam nastoupila, protože to sama nedávala a důvod jejího pití.. dodnes o tom odmítá mluvit, totální tajemství pro celou rodinu. Neodpoví na jedinou otázku, to téma už je pro mě dávno tabu. Co se týče té introvertní povahy, což ona je, tak to jsem celej Já, nebo jsem byl celej Já.

Když to vezmu od konce v Dobřanech, když mi dělali individuální psychologický vyšetření, tak já jsem jim tam furt dokola opakoval, jak jsem měl idylický dětství. Vyrůstal jsem v Řecku, rodiče super, v životě mě nikdo neuhodil, žádný násilí, ani mezi rodičema, ani vůči mně, oblíbený v kolektivu, sportovní. Nebyl jsem tichej někde v rohu. Tak že jsem říkal, že bohužel asi oproti jiným se „nemám na co vymlouvat“, že bych měl nějaký mindráky, nebo nějaký špatný zážitky z dětství, který bych potlačoval a hledal se v něčem jiným.

Ale na těch testech mi vyšlo(nevím jak dlouho jsem na ně docházel), že mám nějaký trauma z dětství, který mám potlačený a že mi to výrazně ovlivnilo a ovlivňuje mi to dodnes, na což jsem jim říkal: Já vám říkám prostě absolutní pravdu a vůbec o ničem nevím. Načež mi to začalo vrtat hlavou. Člověk přemýšlí nad věcmi, od absolutních úchyláren, já nevím, jestli mi táta ve třech letech někde nezneužíval, absolutní nesmysly, byť mám milující rodiče, ale když mi to tam opakovaně říkali....tak jsem jako na to chtěl přijít. No pak jsem se jednou probudil ve tři ráno na pokoji, úplně mi to blesklo hlavou, byť se to bude zdát jako hloupost, ale byla to věc kterou jsem si pamatoval, ale v sobě jsem

ji popřel a utlumil to, že by mi to ublížilo.

A bylo to, že jsem byl několikrát terčem rasistických útoků tady v Čechách, ale ne od kamarádů ale od úplně cizích lidí. Párkrát, dalo by se to spočítat na prstech jedné ruky, od cizích lidí, ne fyzicky ale slovně. Byl jsem vyhozen z tramvaje se slovy „rasová kontrola“ a také mě vyhodily z kotle na zimním stadionu slovy „že chtějí mít bílej kotel“. Párkrát mě zesměšňovali stejně staří spolužáci ale z jiné třídy.

Já jsem si to i pamatoval, já jsem to i s oblibou vyprávěl, dělal jsem si z toho srandu. Ale v ten „moment“ mi došlo, že mi to vnitřně strašně ublížilo. Považuji se za hloubavýho a hodně citlivého člověka, prostě jsem to v sobě dusil a strašně mě to ovlivnilo. Protože já jsem potom, když přeskočím v čase, odmítal mít vztah s jakoukoliv ženskou, se sexem jsem neměl problém není třeba citů, jinak ale jakýkoliv náznak vztahů jsem posílal do kopru. Navenek i sám sobě jsem tvrdil, *že jsem happy, že jsem sám a jakýkoliv vztah nechci*. Takže já jsem před svoji manželkou měl jenom jeden vztah, a defacto obě mně uhnali. Žádný vztah jsem vlastně nechtěl a dlouhý léta jsem žádný neměl. Tvrdil jsem, jak se odstěhuju na Kypr. Teď už zpětně vím, že mě tady Češi ublížili, že tady žít nechci, že budu rybářem, budu na moři a nechci být v kontaktu s lidmi, to jsem cítil ještě šestnácti, sedmnácti letech. Naše už to i trápilo, začali to brát vážně.

A najednou mi to začalo zapadat do sebe, jako mozaika - během vteřiny, kdy jsem se převálil z boku na bok a probudil jsem se strašně šťastnej. Zní to jako možná ptákovina, ale já jsem se od té doby absolutně sebevědoměj, spokojenej, otevřenej, nemám problém mluvit o svých citech. Což jsem dřív, byť jsem byl užvaněnej, ale nikdy ne na vážný věci a když už tak ne na mý vážný věci. Pomohl jsem spoustě lidem. Když už si se ptala na tu rodinu, ségra měla anorexii. Naši to nevěděli, tak jsem na ni pak uhodil, podařilo se mi sehnat psychologa, kam musela chodit a začlo se to řešit. Ona totiž nejedla, totálně zhubla, měla anorexii, začala to tajit. Před našima to tajila, před nima začala jíst, ale pak šla okamžitě zvracet atd. Naši to asi do dneška neví, že to proběhlo. Ségra se z toho nakonec dostala, má rodinu a všechno v pohodě.

Otázka: Jaké je tvé povolání?

Odpověď: Jsem advokát.

Otázka: Jak si se dostal do těch problémů, co tě nakonec dovedli do Dobřan?

Odpověď: Takhle, sázel jsem už od sedmnácti let. První tiket si budu pamatovat navždy, protože jsem byl doma s antibiotikama, nudil jsem se a napsal jsem si tipy na několik utkání (protože sport, jsem vždycky sledoval i aktivně hrál) a poslal jsem mámu do Tipsportu, aby mi vsadila za 30 korun tiket. Náhoda, boom, všechno vyšlo, takže z 30 korun jsem měl 3,5tisíce korun. Náhoda jako blázen. Hned jsem viděl, jak se v tom lehce vydělávají peníze, jak se v tom můžu realizovat. Zpětně vím, že byť jsem dělal vysokou

školu, práva, tak jsem si vnitřně nevěřil. Nevěřil jsem si, že to budu umět dělat, říkat si o peníze a jiné věci. Respektive jsem byl přesvědčenější, že to nebudu umět dělat. Věděl jsem, že mě to právo bavilo, ale nevěřil jsem si v kontaktu s lidma.

Takže jsem okamžitě dvatisíce odložil a tisícovku ve dvou částkách po pětistovce jsem opět vsadil třeba na jeden zápas. Takže z třiceti korun během čtrnácti dnů, bylo najednou sedm a půl tisíce, samozřejmě euforie atd. Od té doby jsem sázel, to znamená, do doby než jsem se dostal do Dobřan, takže to je nějakých dvacet let sázek. S tím, že si myslím, že nějakých osm až devět let, to nebyla závislost, v tom směru, že bych ji neměl pod kontrolou. Bavilo mi to, sázel jsem pravidelně, odjel jsem například na dovolenou, nebo někde jsem byl a nechybělo mi to, nepřemýšlel jsem o tom. Což už v té další fázi a zejména v té konečné, člověk už neměl v hlavě nic jiného, kromě toho sázení. Neměl jsem dluhy, pořád jsem z toho byl krásně výdělečnější. Já jsem dělal po škole koncipienta a vydělával jsem si měsíčně deset tisíc korun a já jsem si přivydělal dalších dvacet pravidelně každý měsíc.

Psal jsem si skóre a měl jsem v tom herní systém, nesázel jsem žádný dramatický sázky. Bavilo mě to, všechno v pohodě. Nevím, kdy se to všechno zlomilo, přitlačil jsem na pilu, chtěl jsem vyhrát víc peněz. Sázení už šlo i na úkor práce, v práci místo toho, abych otevřel spis, tak nejdřív byly nabídky fortuny. Dostal jsem se na sázkařský fóra, pak se k tomu přidali sázkařští kamarádi, ukrutněj žrout času. A postupně jsem si to přestal hlídat, začal jsem mít první velké dluhy, první velký prohraný peníze, s tím jsem se nedokázal srovnat, chtěl jsem ty peníze rychle zpátky.

Otázka: A kolik to bylo?

Odpověď: Dodnes to nevím. Dodnes bych na to neměl morál. Kdybych měl dneska možnost si to přesně spočítat a vidět ty prohrané položky, tak bych na to dodnes neměl. Dělaloby se mi z toho špatně. Ale předpokládám, že okolo šesti milionů.

Otázka: To je částka za dvacet let?

Odpověď: To nepočítám za dvacet let, protože prvních osm, deset let si myslím, že jsem byl stále ve velkém plusu. Když budu počítat tak za rok jsem si těch dvěstě tisíc vydělal. No, možná s těma plusama přeháním, možná to bylo míň. První roky byly lepší a pak se to sunulo z kopce.

Defacto, já jsem poslední tři neděle, před tím než jsem se chtěl zabít, protože jsem chtěl spáchat sebevraždu, tak jsem zahrál ruskou ruletu. Defacto jsem měl dluh „jen“ tři miliony a během tří týdnů jsem to udělal na „šest“.

Vzal jsem tři miliony, peníze které nebyly moje a zadoufal jsem, že je za měsíc protočím tak, že zaplatím dluh a dotyčným vrátím prachy, aniž by se něco dozvěděli. Teď už vím, že to byla naivní představa, která nemohla vyjít. To by bylo moc štěstí najednou,

nechci říct jako ve sportce, nebylo by padesát na padesát. V té době jsem už byl schopen prohrát čtvrt milionu za jeden den, to byly sázky po padesáti až pětasedmdesáti tisících, s penězma, které nebyly moje a začal už jsem to řešit i s alkoholem, už jsem se nedokázal cítit, že je vše v pohodě, ztratil jsem všechnu pohodu a tvářil se, aby nikdo nic nepoznal. Přišel jsem do kanclu, tam jsem vymlaskl flašku tvrdýho, prohrál jsem nějaký prachy, trošku jsem vystřízlivěl, přišel jsem domu, spal jsem jen tři hodiny denně. Ke konci už ze mne byla chodící troska, která veškerou energii dávala na to, aby nikdo nic nepoznal, přežíval jsem den po dni.

Otázka: Kdy tam vstoupil ten alkohol, až ke konci?

Odpověď: Já dodnes tvrdím, nikdy jsem nebyl abstinent. Na gymplu jsme pařili hodně, hodně se toho vypilo, byly pařby, zábava. V životě jsem doma neměl pivo, neotevřel jsem si víno, ale pařby to jo. Ale ten alkohol, ve kterým sem to všechno utápěl, přišel tak měsíc nebo dva před květnem 2015, kdy jsem napsal dopisy na rozloučenou.

Otázka: Co se stalo po tom dopise na rozloučenou?

Odpověď: To jsem psal dlouho, protože jsem neměl morální sílu, strach jsem měl a do poslední koruny jsem doufal, že se to nějak otočí. Zpětně se tomu musím smát. Pak přišel ten okamžik, kolegovi jsem řekl, že jdu na soud, vypnul jsem počítač a telefon, aby mě nikdo nemohl hledat a odjel jsem asi padesát kilometrů za Plzeň, kde jsem měl oblíbený místa. Měl jsem sebou chlást a asi padesát platíček rozdroleného Paralenu.

Otázka: Co se stalo potom?

Odpověď: Odehrálo se to, že jednak na mě bylo podáno trestní oznámení a manželka nahlásila, že jsem zmizel. Kamarád, který nám dělá v práci ajťáka, uměl najít ty dopisy na rozloučenou v mém počítači a všem bylo jasný, co se stalo. Našla mě policie, švagr dělá u policie a ti mi napíchli telefon. To jsem nevěděl, že stačí na minutu zapnout telefon. Já jsem se probudil ve čtyři hodiny ráno, byla mi zima, přšelo a mě došlo dřevo. A tak mne ráno našli a odvezli mne do Dobřan.

Otázka: Zpětně, máš pocit, že jsi to chtěl opravdu udělat nebo že to bylo volání o pomoc?

Odpověď: Já jsem to chtěl udělat. Já jsem nenastoupil dobrovolně, já jsem to udělat chtěl, protože jsem byl přesvědčenej, že to tak bude nejlepší pro všechny. V těch dopisech jsem vypsál plusy a mínusy. Jaký jsou plusy pro děti, že tady nebudu, to samí u manželky. Rodičům jsem se akorát omluvil, tam mě svým způsobem nepotřebujou. Samozřejmě mi bylo líto nejvíce těch dětí. Já jsem vždycky, říkal, že člověk, který spáchá sebevraždu a má děti, je děsný hovado. A v závěru jsem byl skálopevně přesvědčenej, že pro ně v ten moment dělám to nejlepší. Teď pomalu si to sám sobě nevěřím, ale tak jsem to nějak měl v hlavě nastavený.

Otázka: Co se dělo potom když jsi nastoupil do Dobřan?

Odpověď: Strávil jsem pět dní na oddělení 13B a 13A s vrahama a pedofilama, výrazně nemocnýma lidma. To byl takový očistec. Nejdřív mě odvezli na Lochotín k nějakému psychiatrovi. Ale já jsem odmítal s kýmkoliv mluvit, já jsem nebyl ani schopnej se někomu podívat do očí. Odmítl jsem říct cokoli, ani jméno, nic. Byl jsem v poutech, ptali se mě, jestli jsem nebezpečnej, odmítal jsem na cokoli odpovídat. Pátek odpoledne, doktoři na víkend pryč a já skončil na třináctce. Když jsem se dozvěděl, kde jsem, tak jsem souhlas se vstupem okamžitě zrušil, že tam nechci být. Samozřejmě jsem věděl, že o tom musí rozhodnout soud, což pár dní trvá. Takže čtyři dny jsem byl na béčku a jeden den na áčku. V mezidobí jsem odmítal s kýmkoliv komunikovat, s výjimkou manželky, protože jsem věděl, že se mnou chce mluvit, což byl první velkej impuls. S manželkou jsem komunikoval, ta mě navštívila, ostatní jsem odmítal. Tam to nemohlo být o nějaké léčbě, přemýšlel jsem o tom, že jestli tady mám být zavřenej týdnů nebo měsíce, tak to je k ničemu.

Otázka: Jak si se dostal dál?

Odpověď: Mluvil jsem s manželkou a ta chtěla vědět, jestli se chci léčit, zda jsem ochoten se léčit dobrovolně.

Otázka: Ona věděla, že máš problémy s hraním?

Odpověď: Ona to věděla. Ona věděla, že když jsem začínal před těmi dvaceti lety, to bylo v době, kdy se mi dařilo, a já říkával, teď jsem vyhrál „dvacku“, pojedeme na dovolenou na Srí Lanku, neplat' to. Když se mi přestávalo dařit, tak už jsem nic neříkal. Ona se mi sem tam zeptala, jestli sázím a já jí odpověděl, že už ne nebo sem tam. Hlavně já už jsem dva roky předtím pokusem, už udělal jeden průšvih s prachama. Tehdy jsem jí to ještě řekl, to už byly sta tisíce. Odpustila mi. Ale tím, jak nikdo těm závislostem nerozuměl ... já sám v té době, jsem si ještě rozhodně o sobě nemyslel, že jsem závislý byt' už jsem dávno byl. Teď už to vím. Jednou jsem si byl promluvit s psychologem, tím to skončilo a žádná léčba nebyla. Já jsem se nepídil, v mém okolí to taky nikdo zásadně nestudoval, takže si všichni naivně mysleli, že to půjde. Šlo to tři, čtyři měsíce a pak už byla zase první sázka, klasika. Takže když zjistila, že se chci léčit, tak se spojila přes známé se Škopkovou a já jsem k ní šel na pohovor na 24.

Otázka: Kdo je Škopková?

Odpověď: Říká se jí primárka, ale v té době už nebyla. Dělá na oddělení 24 v Dobřanech, už čtyřicet let (možná víc), na závislostech. Takže si mě vzala na krátký vstupní odměřený pohovor. Rozhodla, že si mě na oddělení vezme. Tam jsem začal na sobě pracovat. Přemýšlel jsem o sobě, co se stalo, kdy se stalo a z jaké příčiny. De facto tam začal ani nebudu říkat boj, ale musel jsem vynaložit úsilí, abych se stal normálním, resp. zdravím člověkem s normálním životem, bez sázení.

Otázka: Jak dlouho jsi byl v Dobřanech?

Odpověď: Gambleři to tam mají na osm týdnů, takže dva měsíce. Od 21. května 2015 do 21. července 2015.

Otázka: V čem se změnil tvůj pohled na sebe, na život, co Ti pomohlo se změnit?

Odpověď: Já jsem jako každý v té léčebně, nebo drtivá většina, byl přesvědčený, že už to nikdy dělat nebudu. Ale nevěděl jsem a nikdy jsem ani nepřemýšlel o tom, proč se to stalo, jak jsem se do toho dostal, jakým způsobem se to stalo?

Já to teď ani nevnímám jako léčbu ze závislosti na gamblu, ale jako léčbu sebe sama, své psychiky, svého duševního zdraví jako celku. A jsem přesvědčenější, že to se tam povedlo. Díky tomu, teď nemám ani potřebu sázet. Já jsem do dnešního dne neměl ani jednu sebemenší myšlenku, že bych si mohl vsadit. Třeba jen tak za nějaký drobný, jenom tak ze srandy, takový myšlenky, který vedou k recidivě, prostě nemám. Takže jsem neměl a nemám doposud žádné problémy. Nevím, třeba se to změní. Tím jak utíká čas, člověk možná i zapomene na problémy, které měl a třeba za pět let to budu vidět jinak, třeba budu říkat, že občas nějaké chutě mám. Já k tomu chci přistupovat s pokorou. Když jsem odešel z Dobřan, tak mi všichni říkali, ty jsi úplně jinej člověk. Vždycky jsem byl užvaněnej, srandičky byly pořád. Ale tím jsem de facto maskoval, to že jsem v životě o sobě nebyl schopen mluvit, ani sám sobě jsem nepřipouštěl, že mi něco trápí.

S tím momentem, jak jsem o něm mluvil na začátku, kdy mi došlo, jak moc mně ublížilo těch pár útoků v mládí, *a že jsem na základě toho odmítl lidem důvěřovat, věřit a odmítal jsem sblížení* s tím, že mi někdo ublíží. Odmítání vztahů, chtěl jsem být prostě sám, i sobě jsem si říkal, že mi to tak vyhovuje. Tvrdil jsem to ještě v Dobřanech, na těch prvních pohovorech, že jsem takhle byl spokojenej a že mi to tak vyhovovalo. Až v ten okamžik, kdy mi to fakt docvaklo, se to změnilo.

Teď už vím, že to tak nebylo. Já jsem chtěl mít holku, chtěl jsem mít vztah, ale fakt jsem se toho bál. Já jsem to fakt nevěděl, ve svých sedmatřiceti letech, jsem tuto nevěděl. Já jsem to tak vytěsnil, tenhle ošklivej zážitek, kterej podle mě ovlivnil veškerý moje chování do budoucna. Já jsem se realizoval v těch sázkách, kde jsem byl sám, nikoho jsem k tomu nepotřeboval, v kombinaci s nízkým sebevědomím. Přitom práci mám takovou, že bez toho sebevědomí to nejde, nebo nemůže to jít dobře. Podle mě nemůže být dobrý advokát, který sám sobě nebude věřit.

Otázka: Oni ti rodiče přesvědčovali nebo to bylo tvoje rozhodnutí, že chceš být advokátem?

Odpověď: Práva, k tomu jsem dospěl sám osobně, spíše vylučovací metodou. Já jsem absolutně blbej na matiku, takže jsem věděl, že ekonomika nic, fyzika to samý. Protože

jsem levej na ruce, takže nějaký strojní nebo stavební záležitosti nepřicházeli v úvahu. Medicína také ne, protože tam bych byl alkoholikem. Já bych to psychicky nedával, vidět to utrpení lidí, to bych nedával. Smekám před zdravotním personálem, ségra byla zdravotní sestra, má jediná bývalá přítelkyně je taky zdravotní sestra, takže jsem toho i hodně slyšel, nemohl bych to dělat. Vylučovací metodou, vyšla práva a tak jsem do toho šel. Když už jsem tam byl, tak jsem si nepřipouštěl, že by to nemělo vyjít. Můj nejlepší kamarád, protože jeho táta byl advokát, tak jsem mohl nastoupit k němu do kanceláře. Měl jsem to tak hezky nalinkovaný, bez nějakých velkých zkoušek, takže to šlo tak nějak plynule samo.

Otázka: Co přispělo v Dobřanech k tvojí změně?

Odpověď: Já budu machrovat a budu říkat, že jsem tam na sobě fakt intenzivně makal.

Otázka: Co to znamenalo na sobě makat?

Odpověď: Přemýšlel jsem o svém životě, o sobě, co se kdy stalo, jak jsem to prožíval, jak jsem se k čemu stavěl. Začal jsem tam běhat. Od mládí jsem byl ve sportu nejlepší, byl jsem nejhubenější ze třídy. Během krize jsem hodně přibral, přes deset kilo jsem nabral za rok, protože na pohyb nebyla síla ani čas, myšlenky ani morál. K tomu šílená životospráva. Tak jsem v Dobřanech začal běhat, to mi bavilo, přitom se dobře přemýšlelo. Přemýšlet jsem zvládal, ale i jinak v posteli nebo v rámci skupin. *Pro mně bylo stěžejní individuální psychologický vyšetření s Mgr. Damkovou, protože ta mi v uvozovkách valila klíny do hlavy.* Ona říkala, že mi to sice věří, ale v těch testech jim vyšlo úplně něco jiného, než jim říkám. A že to není o tom, že to tak musí být, ale že mi říká o tom, jak to vychází v těch testech a ani mně neobviňuje z toho, že si vymýšlím. Pak jsem o tom přemýšlel a přemýšlel a pak jsem to napsal do deníku, ten moment, kdy mi to všechno zapadalo. Ty deníky se bodovaly a tenkrát jsem za to dostal to nejvyšší hodnocení, s třema vykřičníkama. Prostě v ten moment, kdy mi to dozapadalo do té mozaiky, v ten moment, kdy jsem zjistil, co mi někde v hloubi duše strašně ranilo, tím to jako by odplulo, to ublížení. Ono se to špatně popisuje.

Otázka: Tam si se asi musel naučit mluvit o sobě?

Odpověď: Když už jsem tam šel, tak jsem říkal, jdu bojovat. Tam jsem zjistil, že nemám problém mluvit s cizíma lidma. Ty první dny, týdny jsem nedokázal říci, to co jsem říkal na skupinách, třeba manželce. Ještě dlouho jsem odmítal přijmout i rodiče, kteří tam nakonec přijeli bez mého souhlasu a doufali, že je nevyhodím. De facto se mi tam vloudili, tři hodiny jsme si tam v uvozovkách povídali, ale ani jednou jsem se jim nedokázal podívat do očí. Seděl jsem vedle nich, oči sklopené, protože stud byl obrovskéj.

Otázka: Ještě se chci zeptat. Ty máš teď dvě děti. Jak to plánuješ s tím, jestli jim to někdy řekneš nebo neřekneš?

Odpověď: To mám zcela jasně nalinkovaný, to vím zcela jistě, že jim to řeknu. A řeknu jim to v relativně brzkém věku, určitě nebudu čekat do osmnácti let. Uvidím, protože každý dítě je jiný a to si ohlížím. Zejména malej, kterej vypadá, že bude sportovní blázen a věřím, že ho sport bude bavit aktivně, ale i pasivně. Samozřejmě se toho děším, kdyby měl skončit tak jako já, tomu to řeknu do detailu a dokonce mě i mrzí, že jsem zlikvidoval dopisy na rozloučenou. Ten kdybych měl, tak bych mu ho dal. Ten bych nedal asi ve čtrnácti letech, ale ukázal bych mu ho, jako dospělýmu chlapovi. Ale řeknu jim to úplně všechno.

Otázka: Jak se teď změnilo tvoje vztahy k rodině a dětem?

Odpověď: S dětmi jsem měl vždy dobrý vztah a to i v době kdy jsem byl v těch sračkách. Všichni říkali, že jsem skvělej táta, pomáhám atd., atd. Já si myslím, že tam se nic nezměnilo. Návštěvy dětí v Dobřanech byly jedny z nejbrutálnějších emočních záležitostí, když to tak řeknu. Hlavně u toho malého, který už mluvil a všechno vnímal. Malý bylo rok a čtvrt.

Byť jsem ještě v Dobřanech, říkal, že manželství – super vztah. Neříkám, že jsme měli špatnej, ale teď vidím, že je to úplně o něčem jiným, zejména co se týče té komunikace. Teď když mě něco vadí tak to řeknu, dřív jsem to v sobě dusil. Když člověk neřeší, co ho štve, tak se to kumuluje, kumuluje a někde se to usazuje a v závěru už není cesty zpět. Takže komunikace je teď o něčem jiném, to samý s rodičema. V té poslední fázi, byť jsem je měl rád, tak se mi k nim moc nechtělo. Protože na otázky rodičů: jak se mám, jsem odpovídal slovy „jó dobrý“ a na otázku co práce, jsem odpovídal „jó dobrý“ a přitom jsem věděl, že to dobrý není. Určitě více sblížení, kontakt je stejný, ten byl i předtím, ale kvalita toho kontaktu je jiná, je diametrálně odlišná.

Otázka: Co tvůj vztah s maminkou?

Odpověď: Nějaké náznaky s minimální konverzací proběhly v těch Dobřanech, kdy se extrémně překonávala, pár vět mi potom řekla, i když ne o tom pítí atd., protože to téma je víceméně tabu. Jestli jsem ji za poslední dva roky viděl snad pětkrát nějakou připitou, tak samozřejmě mi to extrémně vadilo, nevím jak bych to charakterizoval. Kumulace nasranosti a odporu, svým způsobem stupeň opovržení, zároveň lítost nad tátou. Když to budu charakterizovat teď, tak asi akceptace vztahu tak jak je. Samozřejmě by mohl být výrazně lepší, ale není. Dávám jí hlídat svoje děti a nemám sebemenší strach. Hodně opilou už jsem jí neviděl nějakých patnáct let, nějak tak to kontroluje. Věřím, že jsou týdny, kdy nepije vůbec a pak jsou dny, kdy sem tam nějaký ten krabičák upíjí. Nevím kolik, nebydlím s ní. Tím, že jsem v tom roky žil, tak poznám, kdy má něco upito, ale už to neřeším. Neřeším to, protože to nemá řešení.

Otázka: Ty jsi z Kypru, jsi věřící nebo někdo z rodiny? Máš nějaký vztah k náboženství, k víře?

Odpověď: Celá „širší“ rodina, vlastně devadesát pět procent příbuzenstva je věřících, já ale ne, já mám rodiče ateisty a k víře jsem vedený nebyl, prostě ne.

Otázka: Vím o tobě, že jezdíš za rodinou na Kypr. Účastníš se tam rodinných rituálů nebo tradic?

Odpověď: Nejsem. Na svátky tam většinou nejsem. Táta taky není věřící, mně to nic neříká. Mnohokrát jsem byl v kostele i tady, člověk se tam cítí malej a pokornej, ale že bych řekl, že tíhnu k nějaké víře nebo byl věřící, tak to teda ne.

Já Ti poděkuji za to, že si byl ochoten tento rozhovor podstoupit.

Příloha č. 4

Etika výzkumu

Klient byl zkontaktován za účelem rozhovoru, který slouží jako kvalitativní výzkumná studie této diplomové práce. Výzkum probíhá v rámci magisterského studia na Fakultě filozofické Západočeské univerzity v Plzni. Tématem je problematika závislostí a výstupem je diplomová práce. Diplomová práce se zabývá výklady ke zdravotnické a psychologické problematice závislostí.

Klient byl informován o záměru a jeho spolupráce na projektu je dobrovolná. Rozhovor byl administrován v souladu se zachováním anonymity respondenta a v souladu s etickými principy. Bylo mu podrobně vysvětleno o jaký rozhovor se jedná, za jakým účelem a jak se bude s daty dále nakládat. U respondenta byly dodrženy hlavní etické normy: informovaný souhlas s účastí v projektu, ochrana soukromí a osobních údajů, ochrana před újmou či poškozením. Účast na projektu spočívá v nahrávaném rozhovoru. Rozhovor se konal 22.2.2017 v restauračním zařízení v Plzni. Tento rozhovor byl transponován do písemné podoby, který je součástí přílohy a na který je odkazováno v textu práce. Vzhledem k tématu, byla použita ta část informací, které jsou relevantní pro účel práce.

Respondent byl rovněž informován, že pokud změní názor na uveřejnění, některých pasáží rozhovoru, je možné se odvolat a tazatelka bude přání respektovat.

Příloha č. 5

Přehled vybraných organizací

Point 14

Point 14 je organizace, která se zabývá komplexní pomocí lidem s problémem závislosti. Organizace sídlí v Plzni v Husově ulici. Point 14 zajišťuje primární prevenci drogových závislostí, provozuje kontaktní centrum a chráněné bydlení. Organizace pomáhá lidem, kteří jsou nějakou formou ohroženi nebo poškozeni negativním jevem, který je spojen s užíváním legálních i nelegálních drog. Stará se o své klienty od prvního kontaktu až po následnou péči. Zájemce o léčbu deleguje Point 14 s ohledem na indikaci do terapeutických komunit. Po ukončení léčby mohou klienti přejít opět do Point 14 a to do Střediska následné péče. Organizace provozuje chráněné bydlení, které umožňuje bezpečné bydlení pro lidi, kteří jsou po léčbě a nemají kam jít, nebo si nejsou jisti, zda by zvládli samostatné bydlení. Chráněné bydlení se nachází v Plzni v Božkově. Klienti zde mají možnost navštěvovat skupiny a psychologa. Chráněné bydlení znamená přechodné řešení, v rámci kterého je klient směřován k tomu, aby se osamostatnil.²²³

Kořeny organizace vychází původně z mezinárodní křesťanské společnosti Teen Challenge. V současné době Point 14 realizuje v Plzni úspěšně několik sociálních služeb - Specifickou primární prevenci drogových závislostí s návazností na Nízkoprahový klub pro mládež – Páteční klub, Terénní program, Kontaktní a poradenské služby a Středisko následné péče.²²⁴

Spolek Ulice

Spolek Ulice je sdružení, které poskytuje rovněž sociální a zdravotní služby lidem, kteří jsou ohroženi závislostí a jejími projevy. Služby jsou poskytovány zdarma. Organizace provádí diagnostiku a zhodnocení stavu klienta, pokud není schopná zajistit potřebnou pomoc, deleguje klienty na jiné zařízení, které lépe vyhovuje jeho potřebám. Sdružení se dále podílí na vytváření odborného a legislativního rámce definování těchto služeb a na vzdělávací a výzkumné činnosti.

Práce tohoto sdružení spočívá na dvou hlavních pilířích, prvním je substituční centrum, které se zabývá převážně opiátovou závislostí. Léčba je založena na metodě harm

²²³ <http://www.point14.cz/>

²²⁴ <http://www.point14.cz/>

reduction a spočívá v minimalizaci veškerých rizik spojených s užíváním drog, v tomto případě opiátů. Centrum poskytuje náhražkovou léčbu legálními opiáty, to znamená metadonem nebo buprenorfinem (Subutex či nově Suboxone). K substituční léčbě organizace zajišťuje i psychoterapii a sociální poradenství, což napomáhá klientovi se postupně zapojit do běžného života, řešit své osobní problémy a sociální situaci.²²⁵

Druhým pilířem Ulice je terénní program, který se opět věnuje léčbě opiátových závislostí a pomáhá lidem ohroženým sociální exkluzí (léčba v romské menšině a práci s poskytovatelkami sexuálních služeb), pracuje s klienty v jejich přirozeném prostředí. Pracovník centra zajišťuje výměnu injekčních jehel, poradenství a asistenci v terénu. Program funguje již od roku 2001.²²⁶

CPPT

Je organizace, která nese název Centrum protidrogové prevence a terapie. Hlavní sídlo je v Plzeňské ulici, v Plzni, nicméně má mnoho dalších projektů na rozličných místech. Například provozuje budovu chráněného bydlení v městské části Doudlevec a poskytuje drogové poradenství ve věznici Plzeň - Bory. Organizace poskytuje služby v oblasti prevence, péče a minimalizace rizik souvisejících s užíváním návykových látek. Centrum vzniklo již v roce 1997 pod názvem Nadace Druhý břeh. V roce 1999 se tato nadace změnila v obecně prospěšnou společnost, která již nesla název Centrum protidrogové prevence a terapie. Struktura společnosti stojí na čtyřech pilířích.

Prvním z nich je P - centrum, jehož cílem je předcházet vzniku, popř. rozvoji rizikového chování, jako je užívání návykových látek a sociální selhávání v oblasti závislostí. Centrum pomáhá především dětem, ale také dospělým. P – centrum dlouhodobě spolupracuje se školami. Prostřednictvím různých aktivit zajišťují prevenci pro mladistvé a jinak sociálně znevýhodněné klienty. Společnost má mnoho pozitivních výsledků, mezi které patří nejen předcházení a prevence, dále pak lepší informovanost o dostupných možnostech pomoci, lepší komunikace s dětmi a jejich ochrana.²²⁷ Pracovníci centra jsou lektoři, sociální pracovníci, koordinátoři a terapeuté. Jejich náplní práce není diktovat klientům, jak mají žít, ale rozpoznat jejich kvality a potenciál, aby sami rozpoznali, co je pro ně správné.²²⁸

Dalším pilířem je Kontaktní centrum, které poskytuje odborné sociální služby osobám od 15 let, které hledají podporu při řešení sociálních a zdravotních obtíží, do nichž

²²⁵ <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/substitucni-lecba.html>

²²⁶ <http://www.ulice-plzen.com/index.html>

²²⁷ <http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/p-centrum>

²²⁸ <http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/p-centrum>

se dostali v důsledku užívání návykových látek. Centrum nabízí služby i pro jejich blízké, pro členy rodiny, kteří se mohou podílet na řešení situace prostřednictvím rodinné terapie. Kontaktní centrum poskytuje skupinovou terapii, individuální terapii a rodinnou terapii.²²⁹

Třetím pilířem je Drogové poradenství ve věznici, které je v provozu již od roku 2005. Posláním tohoto programu je pomoci závislým na návykových látkách, zejména na opiátech, kteří se ocitli ve výkonu trestu nebo vazby. Podpora a motivace klientů se děje zejména prostřednictvím osobního případně korespondenčního poradenství.²³⁰ Problematika závislosti a obtížného abstinování v podmínkách vězení se týká nejen mužů, ale ve větší míře i žen.²³¹

Program má pomoci při řešení jejich problémů ve věznici a motivovat je ke změně životního stylu. Tím následně ulehčují jejich zařazení do běžného života.²³²

Posledním pilířem je Program následné péče, který poskytuje odborné sociální služby lidem, kteří se rozhodli pro život bez návykových látek, minimálně tři měsíce abstinují, nebo absolvovali léčbu závislosti na návykových látkách a hledají podporu pro udržení této životní změny. Cílem služeb PNP je podpořit klienta v období návratu do běžného života a k osobní svobodě.²³³

²²⁹ <http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/k-centrum>

²³⁰ <http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/drogove-poradenstvi-ve-veznici>

²³¹ Hlasy žen, Centrum adiktologie, Praha: Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze, 2010, s.23.

²³² <http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/drogove-poradenstvi-ve-veznici>

²³³ <http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/drogove-poradenstvi-ve-veznici>