Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Diplomová práce

Výklady ke zdravotnické a psychologické problematice závislostí

Helena Dachová

Plzeň 2015

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra filozofie

Studijní program Evropská kulturní studia
Studijní obor Evropská kulturní studia

Diplomová práce

Výklady ke zdravotnické a psychologické problematice závislostí
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 2015

Prohlášení:

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

Plzeň, duben 2016 ….....

Poděkování

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

Obsah

1. Úvod....4
2. Rozdělení a klasifikace závislostí....6
2.1 Gamblerství....8
2.2 Závislost na sexu....9
2.3 Závislost na práci....10
2.4 Patologické nakupování....11
2.5 Poruchy příjmu potravy....12
2.6 Mentální anorexie....13
2.7. Závislost na ilegálních návykových látkách....14
3.Závislost na alkoholu....15
3.1 Historie....15
3.2 Průběh a léčba závislosti....17
3.3 Apolinářský model....20
3.4 Medikace....22
3.4. Závislost jako sociální problém....24
5.Bio-psycho-sociální model závislosti....25
6. Biologická dispozice a genetika....26
6.1 ADHD Syndrom....28
7. Porovnání přístupů....29
7.1 Kognitivně – behaviorální přístup....29
7. 2. Psychoanalytické teorie....32
7.3 Anonymní alkoholici....34
8. Závislost a vztahy....37
8.1 Konflikt mezi autonomií a autoritou....39
8.2.Chorobná závislost a struktura osobnosti....41
8.3. Závislost a samota....45
9. Spiritualita....48
10. Význam rituálů při léčbě závislostí....50
11. Struktura a organizace protektivních opatření....52
11.1 Point 14 52
11.2 Spolek Ulice....53
11.3 CPPT 54
11.4 Dobřany....56
11.4.1 Založení ústavu....58
11.4.2 Současnost....60
11.4.3 Vybraná oddělení....61
11.4.4. Pár slov na závěr....67
12. Závěr....69
Seznam použité literatury a pramenů....71
Časopisy a jiné zdroje:....73
Elektronické zdroje 74
Resumé....75
Příloha č.1....76
Příloha č.2....79

1. Úvod

Tato práce se věnuje výkladům a modelům, které se týkají problematiky závislosti. Závislost je pojem, pro který existuje mnoho interpretací. Nicméně se v této práci pokusím vymezit tento pojem a představit problematiku, která je s ním spojena. Cílem práce je především shrnutí rozsáhlé literatury a seznámení se s některými východisky. V textu jsou také položeny filozofické otázky, zejména ve vztahu spiritualita a závislost. Práce je v širším smyslu teoretická, usiluje zejména o představení problematiky v přehledné formě a o seznámení se s pojmy a přístupy v dané oblasti. Vychází přitom z vědeckých poznatků, které jsou širší veřejnosti méně známé.

Na začátku je věnována pozornost klasifikaci a definici závislosti. Tato část studie pracuje s pojmy a odbornými termíny, které je nezbytné si vymezit. Následující část vychází z rozdělení a zabývá se především závislostí na alkoholu, její historií a léčbou. Předkládám zde důležitá paradigmata a lékařské poznatky, ve větší míře se pak věnuji bio-psycho-sociálnímu modelu závislosti, který akcentuji nepřímo v různých kapitolách.

Při sběru dat vycházím z různorodých vědních oborů od genetiky po psychologii. Následně se je snažím kompilovat tak, aby odpovídala předmětu studia. V praktické a poslední části popisuji jednotlivá zařízení, která pracují se závislými v lokálním prostředí, tedy Plzeňsko a nejbližšího okolí.

Téma práce je nesnadné uchopit v kontextu tohoto humanitního studia, nicméně se o to pokouší. Této problematice je stále věnováno méně pozornosti, domnívám se že jev, který se ve společnosti stále stupňuje, není možné přehlížet či bagatelizovat. Naprostá většina lidí si tyto informace nepřipouští a jen letmo či povrchně je zaregistruje, protože se jich tato problematika nedotýká. V rámci prevence je však nesmírně důležité tyto údaje vnímat a zpracovat je. Závislost a syndrom závislosti jsou dvě odlišné věci, nicméně jsou postaveny na stejném základu, na lidské přirozenosti.

První z nich je 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 více než si připouštíme. Závislost usnadňuje podmínky vývoje. Je to životní strategie všech živých tvorů, nejen člověka. Nicméně u člověka, jako vysoce

sociálně organizovaného tvora, se vyvinula do různých podob. Vývoj společnosti byl kontinuálně propojen závislostmi různého druhu, někoho na někom, na nějaké činnosti. Již prvotní společenství, tlupy či stáda fungovala díky principu závislosti. Úspěšný lov a bezpečnost byly zajištěny pomocí těchto vazeb.

Je ovšem důležité v jaké intenzitě se závislostní vazby objevují. Formy závislosti mají různou úroveň, na začátku fungují ve prospěch člověka nicméně když je překročena určitá hranice, začíná být závislostní chování degenerativní. Druhý typ závislosti se již nachází za zmíněnou hranicí. Zde se člověk dostává do ohrožení vlastní existence.

Jak si dnešní společnost, lékařská věda a specializované obory dokáží poradit se závislostním chováním? Kde je hranice mezi prvním a druhým typem závislosti? V kterých oblastech se syndrom závislosti generuje jako nejzávažnější? Jaké metody naše společnost využívá? V textu se pokusím vyhledat odpovědi na zmíněné otázky. V práci jsem postupovala především na základě metody syntetické klasifikace, kdy jsem jednotlivé postupy a zkušenosti různých autorů porovnávala, řadila a sjednocovala do logické a přehledné formy.

2. Rozdělení a klasifikace závislostí

Problematické návykové chování v souvislosti s psychoaktivními látkami je spojeno s lidmi od nepaměti. Na tento jev ve společnosti poukazuje řada autorů počínaje Platónem až po T. G. Masaryka. Díky těmto autorům se nám dochovaly střípky toho, jak se v minulosti lidé vyrovnávali se závislostí, s žízní a chorobným toužením. V knize O alkoholismu od T.G. Masaryka je velmi zřetelně naznačena souvislost mezi alkoholismem a utrpením. Masaryk dle svého názoru na život a na svět vidí smysl vzdávat se toho, co uznáme za zlé, oprošťovat se od všeho co škodí tělu a duchu, zbavovat se špatných návyků, všeho nepřirozeného, zbytečného, překonávat předsudky. Volá po reformě a obnově, protože vnímá, že společnost trpí.[1]

Na základě toho, že se problém závislosti na návykových látkách ve společnosti stupňoval a díky lidem, kteří byli ochotni o takových věcech mluvit a psát, se skutečně začal problém řešit. Závislost jako stupňující se fenomén ve společnosti byl uznám dle Mezinárodní klasifikace nemocí za syndrom, tedy definován jako nemoc. Tato definice byla vytvořena Světovou zdravotnickou organizací a je to formální uchopení globální problematiky.[2] 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, komisí a konferencí na mezinárodní i národní úrovni. Na přípravě desáté revize se svými připomínkami od zástupců odborných společností podílela i Česká republika.[3] Tato revize byla přijata v roce 1990, nicméně prošla již řadou úprav.

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

1 Masaryk, T. G. *I.O alkoholismu. II. O ethice a alkoholismu*. Brno:Moravskoslezské zem. ústředí Čs. abstinentního svazu, 1938. s.4.
2 Nešpor, K. *Návykové chování a závislost.* vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 9.
3 http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn-mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu

tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:“[4]

a) „silná touha nebo pocit puzení opakovaně užívat látku.“[5]

b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o průběh a množství látky.[6]

c) tělesný odvykací stav: Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu.[7]

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).“[8]

e) postupné zanedbávání jiných zájmů a vztahů, které byly dříve zdrojem uvolnění a radosti, nyní je jediným zájmem získání a užívání návykové látky.[9]

f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků, nastávají zdravotní komplikace, které jasně vykazují nutné změny v užívání návykové látky.[10]

Obdobná až identická kritéria definice závislosti uvádí Americká psychiatrická asociace (DSM-IV).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 stimulanciích včetně kofeinu a pervitinu

4 Nešpor, K. *Návykové chování a závislost.* vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 10.
5 Tamtéž, s.10.
6 Tamtéž, s.10.
7 Tamtéž, s.10.
8 Tamtéž, s.10.
9 Tamtéž, s.10.
10 Tamtéž, s.10.

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“[11]

Kromě návykových látek a jejich užívání popisuje Mezinárodní klasifikace nemocí další poruchy, které řadí mezi „*návykové a impulzivní poruchy*“, tedy ne mezi závislosti. 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).[12]

V následujících odstavcích jsou uváděny jednotlivé typy návykových a impulzivních poruch a jejich podstatné aspekty. Klinicky mají tyto poruchy ovšem se závislostmi mnoho společného a odborníci v oblasti návykových nemocí se jimi stále častěji zabývají. Velmi často dochází k přesmyknutí z jedné závislosti na druhou, nebo se vyskytuje více projevů závislostního chování současně. 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 velmi časté příklady z praxe.

2.1 Gamblerství

Podobně jako jiná chorobná závislost vyžaduje gamblerství neboli patologické hraní důkladné léčení. Tato porucha spočívá v častých, opakovaných epizodách chorobného hraní, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných a 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 eliminovány. Pacienti velmi často sází a hrají v prostředí domova. Jsou to sportovní sázky nebo poker, které na počátku vypadají velmi nevinně. 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.[13]

11 Tamtéž, s.10.
12 Tamtéž, s.11.
13 Tamtéž, s.28.

Gambler při hře ztrácí kontakt s realitou a ztrácí kontrolu nad svým herním chováním. Přestává s hrou jedině v případě, že mu dochází peníze. Při bližším pohledu je zde nápadná podobnost některých z uvedených znaků s příznaky závislosti (craving, zhoršená sebekontrola, zanedbávání jiných zájmů). Karel 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. Sázky a hraní se v tomto případě stávají zdrojem vzrušení a pokusu jak snadno získat peníze. Svoji vášeň 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 ovliňující zdraví a kontakt se zdravotnickými zařízeními“.[14]

Při léčení patologického hráčství a při léčbě závislostí se používají podobné postupy (posilování motivace, kognitivně-behaviorální postupy, relaxační techniky nebo jóga ke zvládání stresu, skupinová a rodinná terapie atd.). Pro patologické hráče vznikla organizace pracující na principu 12 kroků (organizace Anonymních hráčů, což je obdoba organizace Anonymní alkoholici). Část patologických hráčů hazardně hraje pod vlivem alkoholu nebo pervitinu. V takovém případě se jedná o kombinovanou závislost a je třeba věnovat pozornost oběma projevům závislosti.[15]

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, úzkosti a deprese. 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.[16]

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 (u

14 Nešpor, K. *Návykové chování a závislost.* vyd.3, Praha: Portál, 2007, s.27.
15 Tamtéž, s.29.
16 Tamtéž, s.29.

žen se jí říká nymfománie a u mužů 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.“[17] 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, působí problémy se vztahy. Tato porucha je nebezpečnější v souvislosti s rozšířením infekce HIV/AIDS a dalších sexuálně přenosných nemocí.[18] Karel Nešpor uvádí, že existuje organizace Sexaholics Anonymous, tedy podpůrná skupina, která vznikla na podobných základech jako Anonymní alkoholici. Organizace existuje pouze v zahraničí.

2.3 Závislost na práci

Práce tvoří nedílnou součást našeho života. Je ovšem třeba si uvědomit, že hranice mezi pílí a závislostí je poměrně tenká. Pokud je překročena tato hranice, znamená to značná rizika. Práce v dnešní době naplňuje nejen finanční potřeby každého z nás, jde také o sebeprosazení, osobní rozvoj, prestiž, pocit moci a sociální sounáležitost. V minulosti se tato problematika nevyskytovala v takové míře jako dnes. Lidé 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.“[19]

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 nás může 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 nás v určitém smyslu může představovat hrozbu a to tehdy, když se na ní staneme závislými.[20]

17 Tamtéž, s. 34.
18 Nešpor, K. *Návykové chování a závislost.* vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 35.
19 Tamtéž, s.38.
20 Tamtéž, s.37.

2.4 Patologické nakupování

Patologické nakupování stejně jako závislost na práci nenajdeme přímo v již zmíněné Mezinárodní klasifikaci nemoci. Tato patologie je řazena k návykovým a impulzivním poruchám. Není zde ustálena jednotná terminologie, někteří odborníci používají termín nutkavé utrácení (compulsive overspending), jiní oniománii, další o nutkavém nakupování (compulsive shopping), nebo dokonce o závislosti na nakupování (shopping addiction).[21]

Jedná se o neovladatelnou touhu nakupovat, v důsledku čehož člověk nakupuje buď zbytečně mnoho předmětů nebo dokonce předměty, které jsou nepotřebné a hromadí je. Předměty doma skladuje a nevyužívá je. Jedinec pociťuje 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 pociťuje 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.

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 zde posilují nízké sebevědomí a dovolují zapomenout na skutečné 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 návykové nemoci může být i patologické nakupování spojeno s velkými pocity viny a studu.[22]

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. I zde je důležité hledat spouštěče návykového chování a hledat cesty jak přerušit řetězce myšlenek, emocí a chování vedoucích k setkání se spouštěči. Jak pracovat s bažením a jak v tomto případě rozpoznat bažení? I tato problematika má své podpůrné skupiny jsou to tzv. Debtors Anonymous (anonymní dlužníci) a působí převážně v USA.

21 Tamtéž, s. 39.
22 Nešpor, K. *Návykové chování a závislost.* vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 40.

Způsob řešení tohoto problému spočívá primárně opět v komunikaci a následném racionálním přístupu k zvládání finančních problémů a splácení dluhů. „Důležité mohou být i adaptivní způsoby jak zvládat stres, úzkosti a další nepříjemné duševní stavy za pomoci relaxačních technik, psychoterapie a jinými bezpečnými způsoby“.[23]

2.5 Poruchy příjmu potravy

Mezi tyto poruchy patří mentální bulimie, přejídání a mentální anorexie. *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 přecitlivělostí, podrážděností a kolísáním nálady. Onemocnění se projevuje v době dospívání u žen i mužů, v rozmezí od 12 do 30 let.[24]

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, přecitlivělost a podrážděnost. Nemocní mají přehnané nároky na sebe sama. Vnímají zkresleně vlastní osobu. Jsou to skutečné rozdíly ve vnímaní 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. Většímu riziku jsou vystaveni mladí lidé, kteří se věnují baletu, modelingu, gymnastice a dalším sportovním disciplínám, které provozují téměř profesionálně. Jejich výkon a jejich vzhled je podrobován neustálému hodnocení a

23 Tamtéž, s. 40.
24 http://www.aktivityprozdravi.cz/zdravotni-problemy/bulimie?page=popis#popis

kritice.[25]

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 je možné 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 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 (tetanii – zvýšená svalová dráždivost, epileptické záchvaty, srdeční arytmii, svalovou slabost) a další značný úbytek váhy.“[26]

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 např. tím, že se pokouší vyléčit sami. Hledají další možnosti a prostředky, které jim pomohou. Ne-zřídka, tím dalším lékem může být alkohol nebo drogy. Karel 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 i léčbu závislosti na návykových látkách.“[27]

2.6 Mentální anorexie

Je to 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

25 Tamtéž.
26 Nešpor, K. *Návykové chování a závislost.* vyd.3, Praha: Portál, 2007, s.41.
27 Nešpor, K. *Návykové chování a závislost.* vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 43.

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 mladé dívky, nicméně i muži. Statistiky udávají, výskyt této choroby v rozmezí 0,5 %-2,2%. Přesný počet pacientek nebo pacientů, nelze přesně určit, jelikož mnozí z nich nevyhledají odbornou pomoc lékaře nebo terapeuta. Své 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 případě, kdy klientka nebo klient dosáhli velmi nízké až hraniční váhy, nebo se u nich projevily vážné zdravotní komplikace. V této fázi onemocnění se u klientů rozvíjí i různé poruchy osobnosti.

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 (řídnutí kostí). Statistiky uvádí, že mezi duševními poruchami je mentální anorexie, ta která má nejvyšší procento úmrtnosti.[28]

2.7. Závislost na ilegálních návykových látkách

Průběh a léčba závislosti na ilegálních návykových látkách je velmi specifická. Princip zůstává v základě stále stejný, jen každá látka má jiné účinky na organismus. Na začátku této kapitoly 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.[29]

---

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

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

V této kapitole není dostatečný prostor uvádět všechny látky a jejich specifika, to není předmětem a ani v zájmu této práce. V souvislosti s tím, jak jsou tyto látky rozdílné na nich vznikají i jiné typy závislostí. A proto je na místě zde uvést rozdělení.

„Dle L. Zoji/1984/ můžeme u závislostí hovořit o třech základních elementech:

1/ Somatické závislosti 2/Psychické závislosti 3/ O tzv. parareligiosní potřebě.“[30]
Parareligiosní potřeba není získaná ani kulturně podmíněná. Parareligiosní potřeba, na rozdíl od psychické závislosti neproniká do vědomí a bude ji zde věnována jedna z dalších kapitol.

3.Závislost na alkoholu

3.1 Historie

„Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována jako „alkoholismus“. Tento termín je připisován švédskému lékaři Magnussu Hussovi, který jej poprvé použil v r. 1849. Teprve o sto let později (v r. 1951, díky WHO) však začal být alkoholismus oficiálně považován za medicínský problém.“[31]

Ethanol nebo-li ethylalkohol je druhý nejnižší alkohol. Výroba a konzumace alkoholu je známa již ve starověku, což dokládají i četné archeologické nálezy (ať už k náboženským účelům či pouze ke konzumaci).[32] O léčebném používání alkoholu se dochovaly různé prameny a dodnes se alkohol k tomuto účelu používá.

V současnosti je používání alkoholu hojně rozšířeno. Alkohol je velmi mocná látka, má mnoho podob. Je to výborné rozpouštědlo a zároveň má zápalné vlastnosti, proto se používá v potravinářství, v chemickém průmyslu (pro zlepšení výkonu ve spalovacích motorech), v lékařství, v kosmetice atd. Stejně tak dlouho, co je alkohol lidem znám, ho provází i časté zneužívání. Ethanol je dobře rozpustný ve vodě i v tucích, snadno tedy prostupuje a dostává se do krevního oběhu. Vzniká kvašením rostlinných cukrů, k tomuto jevu obdobně dochází i samovolně v přírodě. Při nesprávných výrobních postupech

30 Nerad,J.-Neradová,L.-Mikota, V. *Psychoterapie závislostí na alkoholu a jiných látkách.* Praha: VÚPs, IDVSZP, 1989. s.61.
31 Popov, P. *Alkohol*. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.151.
32 Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie*, vyd. 1,Praha: Grada Publishing, 2015, s. 51.

ethanolu však vzniká další látka - metanol, který má podobné vlastnosti, nicméně je velmi nebezpečný. „Metanol (metylalkohol) je součástí některých rozpouštědel k laboratorním analýzám nebo obchodních přípravků, může se také vyskytnout v doma vyráběném alkoholu.“[33]

V roce 2012 došlo k metanolové aféře, díky které zemřely desítky lidí na otravu metanolem, který byl zaměněn a využit při výrobě destilátů. Vzniklá situace upozornila na závažnost problému a vyústila k časově omezenému zavedení prohibice destilátů. Společnost byla informovaná o výskytu metanolu v alkoholických nápojích, které byly distribuovány do obchodů, i přes informovanost a prohibici došlo k řadě dalším úmrtí. Nelze tedy již bagatelizovat úlohu alkoholu v naší společnosti pochybovat o tom, že alkohol je společensky nebezpečná droga, jež by měla podléhat systémové kontrole stejně, jako nelegální návykové látky.

Moderní společnost profituje z toho, že určité typy závislostí přejdou do degenerativní fáze, příkladem je právě alkoholismus, nebo závislost na tabáku. Tato společnost na první pohled bojuje proti závislosti. Na jedné straně se vytváří národní strategie protidrogové politiky a na druhé straně stát profituje na spotřebě alkoholu v podobě velmi vysoké spotřební daně, relativně vysokého DPH a s tím souvisejících příjmů realizovaných v restauračních a stravovacích zařízení.

Pokud přijmeme skutečnost, že alkohol je droga, tak se tato droga stává společensky akceptovanou, podobně jako káva a kouření. Intenzitu akceptace lze vysledovat 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. Alkohol je tedy běžně užívaná a dostupná látka a zároveň je drogou, neboť může vytvořit všechny podstatné známky závislosti.

Je to dualismus, který je typický pro lidské chování? Dokáže člověk jednu věc maximálně využít ve svůj prospěch a zároveň k tomu, aby zničil sám sebe. V dávné historii se jistě lidé nepotýkali s problémem v takovém rozsahu jakému čelí naše společnost dnes. K tomu aby vznikla závislost na alkoholu, je třeba něco opakovaně nadužívat (abúzus). Dříve lidé museli nejdříve alkohol vyrobit, nasbírat ovoce, zpracovat ho, vypálit ho. K získání alkoholu bylo třeba podstoupit určitý proces a současně jeho výroba byla rituálem. Pokud společnost nežila v nadbytku, nebylo jednoduché pravidelně konzumovat alkohol. Nicméně i přesto, jak uvádí Petr Popov :

„Z historie naší země máme doklady o tom, že již v dávných dobách přinášela

33 Tamtéž, s.45.

všeobecná obliba piva a medoviny řadu závažných problémů, které posléze vyvolaly dokonce potřebu mocenského řešení (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).“[34]

Historické zprávy, které zde uvádím, dokumentují pijáctví jako problém, který přímo úměrně narůstá s náročnými situacemi ve společnosti. Syndrom se Ze zprávy Zemského správního výboru v Čechách z r. 1926, kterou uvádí Jiří Heller vyplývá, že v roce 1913 tvořili pijáci 20 % všech nově přijatých nemocných v psychiatrických ústavech. V průběhu válečných let 1914 – 1918 počet léčených pijáků průběžně klesal až na jednu desetinu v roce 1918. Údaje o pití žen jsou poněkud odlišné. V prvních dvou válečných letech počet pijaček přijatých do ústavní léčby narůstal.[35] Záměrně zde uvádím i Hellerovu zmínku o pijáctví žen. Neboť tento jev narůstá daleko rychleji a ženy se v tomto okamžiku téměř vyrovnají mužům. Ženy jsou zodpovědné nejen za svůj život, nicméně i za život dětí, které se velmi často rodí se syndromem závislosti, (př. fetální alkoholový syndrom tzv. FAS). Vývoj léčby u žen dokládá další zmínka u Hellera.

„V roce 1971 vznikla naše první specializovaná léčebna pro závislé ženy v Lojovicích u Velkých Popovic jako odbočka protialkoholního oddělení psychiatrické kliniky pražské fakultní nemocnice. Do té doby se ženy léčily na uzavřených odděleních psychiatrie, v lepším případě měly vyhrazeno několik lůžek v protialkoholních odděleních mužských. Sedmdesátá léta také přinesla akceleraci počtu žen hospitalizovaných pro závislost na alkoholu a ostatních látkách.“[36]

3.2 Průběh a léčba závislosti

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, které postihuje nejen somatickou stránku člověka, nicméně i psychickou, duchovní, etickou a společenskou. Pokud nedojde k adekvátní léčbě, má toto onemocnění sklon k progresi, v terminálním stádiu může dojít k trvalému umístění v psychiatrické léčebně. Základní podmínkou léčby závislosti na alkoholu je bezpodmínečná abstinence, jelikož je pro tuto poruchu charakteristické, že pacient ztrácí schopnost kontrolovaně pit. U velké části léčených

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

35 Heller, J., Pecinovská, O.*Pavučina závislosti: Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby.* Praha: Toga, 2011, s. 27.

36 Tamtéž, s. 35.

pacientů nedochází po první léčbě k trvalé abstinenci. U velké části léčených pacientů nedochází po první léčbě k trvalé abstinenci. 50 -70 % absolventů odvykací léčby abstinuje minimálně jeden rok a 30 - 40 % i po třech letech.[37]

V odborné literatuře jsou dosud citována Jellinekova vývojová stadia, která popsal v roce 1952. U nás se jeho dělení začalo aplikovat od roku 1957. Jellinekova stadia jsou charakterizována několika desítkami příznaků, které nenastupují vždy jeden po druhém, ale vyskytují se hromadně ve skupinách.

I. stadium – počáteční (iniciální , symptomatické): zvyšuje se frekvence pití, stoupají dávky alkoholických nápojů, uživatel vnímá účinky alkoholu jako pozitivní.

II. stadium – varovné (prodromální) Uživatel pije již velmi často, pije tajně ze strachu, aby nebyl rozpoznán jeho abúzus. Jeho myšlenky jsou stále soustředěny na alkohol. Vytváří si zásoby alkoholu. Má výčitky svědomí a pije dychtivě svou první dávku, má pocity viny, je citlivý na zmínky o alkoholu, začíná mít okénka.

III. stadium – rozhodné (kritické, kruciální): ztrácí sebekontrolu ihned po napití, uživatel ztrácí kontrolu nad alkoholem, alkohol ovládá jeho. Vyhýbá a brání se ovlivnění ze strany svého okolí a nejbližších, vyhýbá se jejich společnosti, stranní se jich. Brání se kritice stran svého pití a díky tomu dochází k častým hádkám a konfliktům v rodině a na pracovišti. Dostává ultimata a jeho vztahy se zužují a komplikují. Díky těmto konfliktům a kritice se u něj objevují častěji hlubší výčitky svědomí, které následně opět léčí alkoholem. Vykazuje nápadné výkyvy nálady, činí opakované zpravidla marné pokusy pít kontrolovaně. Dostavují se příznaky tělesného poškození souvisejícího s abúzem (včetně tremoru), často i sexuální problémy doprovázené případně žárlivostí a jejími projevy. Začínají se hromadit zdravotní problémy, které si vynucují kratší či delší abstinenci Tolerance k alkoholu u uživatele dále stoupá, má potřebu pít ráno i přes den. Neustále si namlouvá, že dokáže pít s mírou a jeho pokusy marné. Kontrolované pití v jeho případě již nefunguje. V tomto stádiu je již nutná intervence odborníku, výjimečně se stává, že by problém zvládl bez cizí pomoci.

IV. stadium – konečné (terminální) je charakterizováno výrazným oslabením tělesného i duševního zdraví. Uživatel pije v kteroukoliv denní dobu. Vyhledává všechny příležitosti k pití. Výrazně klesá jeho tolerance k alkohol, objevují se okénka, nebo epileptické záchvaty. K přechodným psychotickým stavům se dostavují stavy úzkosti, třesy. Uživatel se častěji objevuje ve společnosti lidí, kteří jsou pod jeho společenskou úrovní. Dochází ke

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

konzumaci technických prostředků obsahujících alkohol. Nakonec se dostaví bezmoc, debakl – bez alkoholu to nejde a s alkoholem také ne. Mizí u něj racionalizační postoje, díky kterým si omlouval pití sám před sebou. V tomto stádiu je možné ho získat pro léčbu. U všech stádií platí, že pacient zlehčuje svůj stav. Tato vývojová alkoholická stádia mají individuální průběh a délku trvání, odborníci uvádí desítky let, u mladistvých jsou intervaly daleko kratší.[38]

Pro toto období jsou typické psychické komplikace, tzv. patologická intoxikace či patická ebrieta, která se projevuje jako náhlá patická reakce na alkohol. Začíná již po vypití malého množství alkoholu, které by u většiny lidí nezpůsobilo ani intoxikaci. Dochází ke kvalitativním poruchám vědomí a nepochopitelnému jednání, které není typické pro dotyčného ve střízlivém stavu. Dochází k poruchám emocí (strach, úzkost), poruchám vnímání (zrakové a sluchové halucinace), poruchy myšlení (často paranoidně perzekuční bludy).[39] „Často je přítomna těžká agresivita vůči okolí, která se projevuje jako nekontrolovatelný výbuch vzteku. Porucha má trvání několik minut až několik hodin, většinou končí terminálním spánkem, po kterém je úplná, či ostrůvkovitá amnézie.“[40]

Dále se tradičně podle Jellineka rozlišuje 5 typů abusu, respektive závislosti na alkoholu. Prvním je typ alfa: „problémové pití“, abusus alkoholu, používaný jako sebemedikace k odstranění dysforie, potlačení tenze, úzkosti, či depresivních pocitů, často pití o samotě.[41]

Typ beta: „společenské pití“, příležitostný abusus, výrazně charakterizovaný sociokulturálně, častým pitím ve společnosti, charakteristickým následkem je somatické poškození.[42]

Typ gama: „anglosaký typ“, preferuje pivo a destiláty, v případě užití alkoholu se vyskytuje porucha sebekontroly, excesivní, postupně dochází k zvyšování tolerance k alkoholu, s typickou progresí konzumace, v důsledku čehož vzniká velmi brzy somatické a psychické poškození. U pacientů s tímto typem se výrazněji projevuje psychická závislost.

Typ delta: „románský typ“ preferující víno. Zde se objevuje chronická (denní) konzumace alkoholu, tzv. Trvalé udržování hladinky, bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly,výrazněji bývá vyjádřena somatická závislost s tělesným poškozením.[43]

38 http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/zavislost-na-alkoholu
39 Popov, P. *Alkohol*. In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.154.
40 Tamtéž, s.154.
41 Tamtéž, s.151.
42 Tamtéž, s.151
43 Tamtéž, s.151.

Typ epsilon: epizodický abusus, tzv. „kvartální pijáctví“, u tohoto typu je uživatel schopen delší abstinence, zároveň je provázena afektivní chováním či poruchou. Tento typ abusu není příliš častý.[44]

Léčba závislosti se odehrává na několika úrovních. Záleží na vývojovém stadiu, v kterém je klient ochoten podstoupit léčbu. Někteří klienti jsou donuceni k léčbě rodinou a jiní se rozhodnou díky zdravotním komplikacím, je to velmi individuální. Léčba může probíhat i ambulantně. Dlouhodobá nebo střednědobá péče je zajištěna psychiatrickými nemocnicemi a léčebnami, kde jsou k tomuto účelu zřízena oddělení protialkoholní léčby a psychiatrickými odděleními nemocnic. Kromě ústavní léčby fungují ještě komunitní zařízení, která navazují na ústavní léčbu a jsou určena k dlouhodobému pobytu. Většina z jmenovaných zařízení funguje na principu komunit. Základem je program, režim a bodovací systém. Pacient se do ústavní léčby dostává v momentu, kdy ztratil kontrolu nad sebeovládáním, kdy není schopen dodržet delší časový úsek bez abúzu návykové látky, po který by došlo k regeneraci organismu. Dále v momentu kdy se odehrává u pacienta nějaký hlubší konflikt skrze závislost, ať už v rodině, na pracovišti nebo na hranici se zákonem.

Hospitalizace se pohybuje v rozmezí 3 – 6 měsíců, v případě komunitních zařízení až 1 roku. Léčebný program se skládá z farmakoterapii, psychoterapii, informační systém, socioterapeutické prvky, které jsou realizovány v komunitním systému. Během týdne probíhají minimálně dvě terapeutické skupiny, důraz je kladen na psychoterapii, která by měla přispět k dosažení změn u pacienta. Výrazný potenciál ke změně chování i struktury osobnosti tvoří modelové situace ze skupin i komunity, je využíváno efektu zpětné vazby.[45]

3.3 Apolinářský model

V České republice je léčba závislostí a zejména alkoholu ovlivněna působením docenta Jaroslava Skály, který založil střednědobou režimovou ústavní léčbu. Docent Skála byl v České republice prvním zakladatelem záchytné stanice, která vznikla 15. května 1951 u Apolináře v Praze. Prvním specializovaným lůžkovým zařízením pro léčbu závislostí na alkoholu v České republice bylo mužské oddělení pro léčbu alkoholismu, které Skála založil již v roce 1948 při psychiatrické klinice VFN v Praze u Apolináře. Toto oddělení

44 Tamtéž, s.152.

45 Heller, J., Pecinovská, O. (eds.) Pavučina závislosti: Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Praha: Toga, 2011. s. 125.

vedl až do roku 1982.[46]

Jeho zřízení předcházelo v témže roce založení Klubu lidí usilujících o střízlivost (KLUS). Skálův model léčby v sobě propojuje různé terapeutické prvky (skupinové terapie, prvky terapeutických komunit, kognitivně – behaviorální techniky). Řadu desetiletí je Apolinář centrem odborného života v oblasti léčby závislostí i v psychoterapii.

Podle docenta Skály, je třeba vnímat závislého člověka komplexně, je důležité se podívat nejen na osobnostní založení, ale dále 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. Droga, kterou vyžaduje, působí rychle a výrazně na jeho psychiku. Stala se mu potřebou vedoucí k jeho odlidštění, když konstruktivní tendence v jeho chování, cítění a myšlení oslabovala a destruktivní posilovala.[47]

Skálův model, který je znám i v zahraničí, v sobě spojuje zásady terapeutické komunity a behaviorální přístupy, které se projevují hlavně v náročném léčebném režimu s bodovacím systémem. „Apolinářský model zdůrazňuje nejen individuální odpovědnost pacientů, což je v léčbě závislostí pravidlem, ale i odpovědnost kolektivní.“[48] 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, je přísnější a zároveň se v něm zvláštním způsobem snoubí přísný řád a lidský přístup.[49]

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.“[50]

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

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

47 Tamtéž, s. 67.
48 Tamtéž, s. 67.
49 Tamtéž, s. 67.

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

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 větší odpovědnosti za vytváření vlastního osudu.[51]

„Apolinářský model obsahuje rovněž řadu paralel a souvislostí s hnutím Anonymních alkoholiků (svépomoc, oddanost společenství, doznání, odčinění v životní praxi, důraz na pozitivní změnu a posilování ega), avšak bez spirituálního zaměření.“[52]

Podle Skálova vzoru vznikala další podobná komunitní zařízení při psychiatrických léčebnách, která se stále hlásí k Skálovu modelu (Červený Dvůr, Jeseník, Praha – Bohnice, Jihlav, Opava, Brno – Černovice, Nechanice). Tyto zařízení fungují na podobném principu, jen byly během času obohaceny 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 Apolináři napsal:

„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“.“[53] 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.

3.4 Medikace

V léčbě závislosti se užívají různorodé farmakologické prostředky. Jejich užití je zejména v léčebném zařízení velmi přísně hlídáno. 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 přerušení konzumace alkoholu. Nejsilnější odvykací stavy se projeví zhruba druhý den po vysazení alkoholu.

Délka trvání těchto stavů je individuální, záleží na trvání abúzu a v jakém množství, dalším kritériem je věk, somatické problémy apod. „Charakteristickými projevy jsou třes

51 Kalina, K. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada, 2008. s.s.67.
52 Tamtéž, s. 67.
53 Jandourek, J. *Tomáš Halík;Ptal jsem se cest.* Praha: Portál,1997.s 123.

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. Odvykací stav může být komplikován křečemi, případně epileptiformními záchvaty, může také progredovat do alkoholového odvykacího stavu s deliriem (deliria tremens).“[54] Delirium tremens je nejtěžší forma odvykacího stavu, na který se velmi často umírá. Častějším projevem odvykacího stavu jsou epileptiformní záchvaty, laicky epileptické. Záchvat se může objevit jak v průběhu odvykání od alkoholu v rámci abstinenčního syndromu a nebo díky nadměrné intoxikace ještě před léčbou.

Právě pro tyto stavy, které mohou mít fatální průběh je důležité správně a pod dohledem lékaře medikovat pacienta. V rámci farmakologické léčby se používají 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, která 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 senzitizace, kdy je zvýšena vnímavost organismu vůči účinkům alkoholu. Tento proces je založen na negativním podmiňování tedy averzivní terapii. Požití alkoholu po aplikaci averzivního farmaka vede k výrazné vegetativní reakci organismu, která se nejčastěji projevuje zrychlením činnosti srdce, zkrácení dechu, bolestem hlavy, závratím a zvracení. Výjimkou nejsou kolapsové stavy. Averzivní medikace ovlivňuje metabolismus alkoholu v játrech. Nejznámějším lékem averzivní medikace je disulfiram tedy Antabus. Již několik let se nepoužívá „antabus-alkoholová reakce“ nebo též „antabusová reakce“.[55] Podstoupit averzivní terapii s Antabusem může klient na vlastní žádost, nicméně lékaři tento test nedoporučují. 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 a jako racionální berlička. 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

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

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

chutě na alkohol tzv. Terapie cravingu. Mezi nejčastěji užívané preparáty patří akamprosat (Campral) a naltrexon. (Acamprosat). Podávání se nepřerušuje ani v případě recidivy. Acamprosat je možné 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.[56]

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.

3.4. Závislost jako sociální problém

Závislost na alkoholu si většina populace spojuje s lidmi na okraji společnosti. Tato problematika má však mnoho podob a fází. Slavní a výjimeční lidé jako F.M. Dostojevskij, Jack London, A. E. Poe, František Vláčil, František Hrubín, Bohumil Hrabal nebo Martin Frič trpěli syndromem závislosti, nicméně jim tento destruktivní vztah k alkoholu pomáhal tvořit. Heinz Peter Röhr uvádí ve své knize Závislost, velmi odvážné tvrzení, a to že závislost hrozí každému. „Problém chorobné závislosti najdeme ve všech společenských vrstvách. Některé skupiny jsou jím postiženy silněji. Nezáleží ani na inteligenci.“[57]

Lidé bez domova a na okraji společnosti, jsou ve většině případů ohodnoceni jako závislý. Nemusí tomu tak být vždy. Nicméně je zde větší riziko a pravděpodobnost, že právě závislost je do takové tíživé situace uvedla. Jejich pozice je taková, že jsou více vidět, nemají se kam schovat a jak řešit své problémy, než na veřejnosti. Je možné je spatřit potulovat se okolo nádraží nebo v nákupních centrech, kam si chodí zařizovat ty nejzákladnější potřeby. Ve většině případů, jsou vidět s lahví alkoholu v ruce.

Závislost však není cizí ani velmi úspěšným a inteligentním lidem. Nejsou to jen známé osobnosti, ale také lékaři, právníci či politici. Jejich status jim však propůjčuje určitou diskrétnost. Pokud není choroba v nějaké akutní fázi,není závislost na člověku patrná na první pohled. Lidé, kteří trpí chorobnou závislostí se za sebe a za své jednání stydí a velmi mistrně to dokáží skrýt. Jeden z dalších důvodů, proč tak jednají je strach. Mají strach ze změny, bojí se, aby nebyli donuceni svými blízkými vzdát se alkoholu a změnit své jednání. Nedokáží žít s alkoholem a bez něj také ne.

56 Tamtéž, s.156.
57 Röhr, H.P. *Závislost, Jak jí porozumět a jak ji překonat.* Portál: Praha,2015. s.11.

5.Bio-psycho-sociální model závislosti

Bio-psycho-sociální model vstoupil do psychiatrie po II. světové válce, jeho rozmach začal až v šedesátých letech, kdy se drogy stávají společenským problémem. Tento integrativní model závislosti je v současnosti nejúspěšnějším paradigmatem v oblasti návykových látek a závislostí v České republice.

Postupem času toto paradigma nahradilo redukcionistický přístup původně biomedicínského modelu, který dominoval v této oblasti po dlouhá léta. „Asi do roku 1960 se drogy pokládaly za odborný problém, kterým se zabývala poměrně úzká skupina vysoce kvalifikovaných specialistů – kriminalistů na straně potírání trestné činnosti, lékařů-psychiatrů na straně léčení závislosti. 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.“[58] 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 paradigma je příčinou velkých změn v pohledu na léčbu závislosti. Drogová závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemně kombinovaném vlivu genetické determinace, psychologických a vztahových faktorů. 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.

„Díky vývojovému hledisku dokáže bio-psycho-sociální model prolomit hluboce zakořeněnou tezi o trvalé a nevyléčitelné 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.“[59]

---

58 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.

59 Kalina, K. *Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog.* In: *Drogy a drogové závislosti -*

Tyto transformace v přístupech integrují do systému nový náhled a generují vznik nových oborů, např. 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, terapeuté a adiktologové, kteří svou odborností a profesním zaměřením budují dlouhodobí 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 kursy pro terapeuty nebo pomocníky. 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 si saturují své potřeby, cítí vděčnost a mají touhu věnovat pomoc, která jim kdysi změnila jejich život.

6. Biologická dispozice a genetika

Předchozí kapitoly se věnují převážně charakteristice a průběhu onemocnění, neméně důležitou součástí jsou však také predispozice a další ovlivňující faktory vzniku závislosti. Podívejme se nyní na biologické a genetické teorie. 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 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.[60]

Třetí model tzv. *kombinované genetické determinace a vlivu* zastává teorii, že k

mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s.79.

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

objasnění různých typů závislostí je třeba více etiologie nemoci. Příkladem toho 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.[61]

Biologická predispozice k určitým typům závislostem je podmíněna také rasou a jejím historickým vývojem. Příkladem jsou indiáni v Austrálii Aboriginci, jejichž organismus, není schopen zpracovat alkohol, jako je to u evropské rasy. Dalším příkladem je používání koky u jihoamerických indiánů. Ti mají vysokou toleranci na užívání koky. Koku nebo-li Kokainovník pravý vyšlechtili a pěstovali příslušníci národa Čibčů, kteří žili na náhorní rovině ve střední Kolumbii. Čibčové tvořili jednu z nejvyspělejších před kolumbovských kultur, byli dobří zemědělci a obchodovali s listy koky s okolními kmeny. Rostlinu dále využívali 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.[62]

Karel Nešpor uvádí, že závislost nemá jedinou příčinu. Vytvoření závislosti je dáno mnohaúrovňovou pokračující interakcí protektivních a rizikových faktorů na úrovni bio-psycho-sociální. Nešpor jako nestor české adiktologie se distancuje od jednoznačného definování příčin vzniku. Rozdělení, které uvádí Rotgers, přináší ucelené vědecké poznatky, zároveň je trochu zavádějící. V případě genetické determinace, by věda jistě našla nějaký univerzální lék na „gen proti alkoholismu“. Proč tomu tak dosud není? A pokud by to bylo východisko, pak by léčba závislosti zůstala na úrovni biomedicínského paradigmatu.

Nešpor je zastáncem více psycho-sociálního modelu, který pracuje s diagnostikou a screeningovými dotazníky. Je skeptický vůči, jednoznačnosti objevení příčin, vzniku závislosti. Obdobný postoj zastává Popov, který uvádí: „ Co se týče dědičnosti, existuje řada dokladů (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 závislostí, či dokonce determinující pro vývoj do závislosti na alkoholu.“[63]

61 Tamtéž, s. 23.
62 http://www.ko-ka.cz/cz/rostlina.asp
63 Popov, P. *Alkohol.* In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup.* Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.152.

6.1 ADHD Syndrom

ADHD syndrom znamená hyperaktivitu v kombinaci s poruchou pozornosti. V českém odborném tisku se také objevuje označení hyperkinetická porucha. „Jedná se o neurovývojovou poruchu charakteristickou především poruchou pozornosti, impulzivitou a hyperaktivitou. Všechny tyto příznaky se projevují už od raného dětství.“[64] 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 (genetika, biochemie nebo zobrazovací metody) potvrdila, že základ poruchy je vrozený, a tedy nezpůsobený výchovou.“[65]

Zahraniční i domácí studie, které se zabývaly výskytem této poruchy, vidí souvislost mezi ADHD syndromem a závislostí u uživatelů návykových látek. Hyperaktivní porucha tedy Atention 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 30-60%.[66]

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 adiktologických pacientů, což v kombinaci s vícečetnou diagnózou v podobě poruch osobnosti znamená vysoce rizikový a komplikující faktor z hlediska správné léčby. Pacienti s diagnostikovaným ADHD mohou být snadno zranitelní a díky tomu i více ohroženi vývojem do závislosti na ilegálních návykových látkách.[67] ADHD syndrom je tedy jeden z nepřímých důkazů genetické predispozice závislosti na návykových látkách.

64 http://www.adehade.cz/o-adhd/
65 http://www.adehade.cz/diagnostika/
66 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.
67 Tamtéž, s. 228.

7. Porovnání přístupů

Tato kapitola se zabývá jednotlivými přístupy v oblasti psycho-sociální. Jedná se o přístupy, které se používají v individuální terapii či skupinové terapii. Cíl těchto technik a přístupů je stejný úspěšná léčba a minimalizace obtíží klienta.

7.1 Kognitivně – behaviorální přístup

„Behaviorální teorie jsou založeny na psychologických principech učení, které byly popsány na základě experimentů se zvířaty a lidmi v průběhu posledních 75 let.“ K těmto teoriím byly později připojeny komponenty kognitivních technik, které sklízí úspěch na sklonku 90. let. Tyto jednotlivé teorie změny chování se navzájem poněkud liší v aspektech interakce osoba-prostředí. Nicméně, bez ohledu na tyto rozdíly existuje sedm obecných předpokladů, které charakterizují behaviorální přístup k terapeutické změně.

Základní předpoklady behaviorálních teorií závislostí a jejich léčby

1) „Lidské chování je spíše výsledkem procesu učení než výsledkem determinace genetickými faktory.

2) Stejné procesy učení, které vytvářejí problémové chování, mohou být použity k jeho změně.

3)Chování je z větší části určeno působením situačních a enviromentálních faktorů.

4) Skryté procesy, jako myšlení a prožívání, lze ovlivňovat prostřednictvím aplikace principu učení.

5) Rozhodující součástí změny chování je projevení nových modelů chování v přirozeném prostředí.

6) Každý klient je jedinečný a musí být hodnocen jako jedinec v daném kontextu.

7) Základním kamenem adekvátní léčby je důkladná behaviorální diagnostika.“[68]

Existují tři základní procesy teorie učení, které se podílejí na vzniku ,trvání a změně chování. První z nich je klasické podmiňování, které podrobně experimentálně a systematicky studoval ruský filozof I. P. Pavlov a americký psycholog J. B. Watson. Učení touto formou ovlivňuje jak vědomé, tak i bezděčné chování. Procesy fyziologického vzrušení mohou být vyvolány předměty symbolického charakteru. Jak zareaguje abstinující alkoholik na reklamu na alkohol, která prezentují média? První reakce je jistě vědomá,

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

další je nevědomá v podobě bažení (cravingu), které se závislý člověk musí naučit rozpoznávat a pracovat s ním. Podobně tomu může být u gamblera či drogově závislého člověka při pohledu na peníze.

Druhá forma učení se nazývá operantní podmiňování a vyskytuje ve spojení se záměrným chováním, které se stupňuje nebo zmírňuje v závislosti na reakci okolí.. Je převážně spojován se jménem B. F. Skinnera.[69] Autor Frederick Rotgers uvádí příklad alkoholika, který pije ihned po ránu, aby zmírnil časné abstinenční příznaky. Alkoholik tedy může prožívat tzv. pozitivní zpevnění díky uvolňujícímu účinku alkoholu jako léku a zároveň negativní upevnění, které se mu již spojuje s odstraňováním abstinenčních příznaků. Zpevňující podněty neovlivňují pouze zjevné chování, ale také myšlenky a pocity. Méně efektivní v případě rozvinuté a zpevněné závislostní poruchy jsou trestající podněty. V případě odvykání se operantní teorie přiklání k názoru, že pokud má být léčba úspěšná je třeba zpevňovat nový typ chování, který se neslučuje s užíváním drog spíše než se soustředit na trestání nežádoucího. Léčba, která je založena na trestu a strachu není ve většině případů úspěšná.

Učení nápodobou je třetí a zatím 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 nejsnáze 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.“[70] 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 odmítat, se mohou naučit nápodobou novým schopnostem, které jim pomohou překonat návyky spojené s drogami a alkoholem. Tato metoda umožňuje v psychologické praxi nácvik dovedností typu relaxace, sebevědomí přístup a zacházení s emocemi.[71] Poslední součástí tohoto přístupu je kognitivní změna chování.

Výhody a nevýhody této teorie:

Úspěch a operativnost zmíněného přístupu podnítila vznik koncepce, která byla

69 Tamtéž, s.148.
70 Tamtéž, s. 150.
71 Rotgers, F. a kol. Léčba drogových závislostí, vyd. 1. Praha:Grada,1999. s.150.

implementována do praxe terapeutů vycvičených i v jiných metodách. Rotgers uvádí sedm nesporných výhod přijetí behaviorálního pohledu na závislosti a na jejich léčbu. Behaviorální terapeuté se zaměřují na individualitu člověka a každý klient je pro ně nový a naprosto ojedinělý případ, který je třeba empiricky zkoumat.

Problematiku závislosti nepřijímají paušálně. „Behaviorálně orientované přístupy kladou jednoznačný důraz na spolupráci klienta, věnují pozornost jeho příspěvkům a názorům. Klienti nejsou nuceni přijmout jednotné výklady svého chování jako nutný výchozí předpoklad změny chování. Behaviorální teorie umožňuje vysoký stupeň individualizace léčby na rozdíl od jiných metod, které se pokoušejí aplikovat na všechny klienty podobný vzorec léčby.“[72]

Hlavní rozdíl mezi klasickými teoriemi a behaviorálními je v tom, že klasické teorie neuznávají kontrolované užívání návykových látek a behaviorální terapeuté nepracují se spirituální stránkou klienta. Není třeba v tomto případě přijímat, to že má návyková látka nad klientem nějakou moc. Jejich metody jsou založené na principu učení a zároveň si kladou malé cíle, které stanovují spolu s klientem, tyto cíle jsou vzájemně konfrontovány a hodnoceny. Behavioristé nevyžadují od klienta doživotní abstinenci, takový tlak dle jejich teorie není efektivní, nicméně léčbu orientují tímto směrem. Jejich kritériem je individuální pokrok a odstraňování nedostatků při léčbě. Neexistuje zde žádná pokora a vyšší moc, jako je tomu u Anonymních alkoholiků.

„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 kriteria pro zhodnocení individuálního pokroku v léčbě nebo jeho nedostatků. Domnívám se, že je poněkud zkreslující vidět úspěšnost léčby v případě této teorie. 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 se domnívám, že tento přístup není vhodný pro každého klienta, např. chronický alkoholik, který si nepřipouští problém s nadužíváním bude těžko spolupracovat na tak náročné terapii.

Techniky behaviorální terapie 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 zamezit tomu, aby si klient ublížil co nejméně a

72 Tamtéž, s. 159.

aby byl menší hrozbou pro společnost, pro své nejbližší okolí. Ideálem v léčbě je abstinence, pokud toho, ale klient není schopen, je důležité aspoň toto prozatimní řešení. Metoda harm reduction se týká převážně klientů, kteří jsou závislý na ilegálních návykových látkách. V rámci tohoto programu dochází k výměnám injekčních jehel, k substituční metadonové léčbě.

Behaviorální terapie klade silný důraz na využití vědy v procesu léčby. „Vědecké vyhodnocení a znalosti jsou důležité jak na rovině individuální: klient-terapeut, tak systémové. Ve vztahu klienta a terapeuta je pro dosažení změny chování zásadní právě důraz na průběžné ověřování hypotéz a úspěšnosti techniky. Na systémové rovině hraje vědecké vyhodnocování technik odvozených od behaviorální teorie ústřední roli v tom, že klientům v behaviorálně orientované léčbě zajišťuje nejlepší možnou terapii.“[73]

Jedna z dalších nevýhod je ta, že existuje málo terapeutů, kteří prošli dobrým behaviorálním tréninkem. „Některé terapeuty, zvláště ty, kteří sami prošli terapeutickým modelem 12 kroků, zneklidňuje chybějící důraz na spirituální aspekty závislosti. Přestože behaviorální přístup není sám o sobě v rozporu se spirituálním pojetím léčby závislostí, je v rozporu s konceptem bezmoci, který spirituální pojetí často zastává.[74]

7. 2. Psychoanalytické teorie

Psychoanalytické teorie a praxe jsou nejznámějším psychoterapeutickým systém, který se soustředí 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 defenzívní 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.[75]

Výše zmíněný dokument Heleny Třeštíkové ukazuje tíhu abstinence. Mallory si hledá způsob, jak si najít své místo v životě bez heroinu. V kritických situacích využívá

73 Tamtéž, s. 160.
74 Tamtéž, s. 161.
75 Tamtéž, s. 60.

sebepoškozování, které ji poskytuje podobný účinek, jako původní droga. Je to opět únik před pocity, které se snaží utlumit fyzickou bolestí. V podstatě se jedná o transformaci téhož závislého chování, které má nyní jen jinou podobu. Tento příklad podporuje psychoanalytickou teorii Joyce McDougall.

„McDougall vidí užívání návykových látek jako jednu z variant závislého chování, jako například poruchy příjmu potravy, nutkavé sexuální a závislé vztahy. Považuje všechny za psychosomatické. Existují způsoby, jak se vyrovnat s bolestí a problémy, jako například prostřednictvím externalizace nebo zhmotněním toho, co bylo v počátku psychickou poruchou.“[76]

Další rozhodně přínosnou studii provedl Henry Krystal. Ve své práci vygeneroval dvě zajímavé teorie. První teorie vypovídá o vztahových vzorcích, podle které závislý člověk k droze prožívá symbolický vztah, jako k primárnímu mateřskému objektu. To znamená, že droga nahrazuje subjektu pocity bezpečí a jistotu. Narkomanův vztah k droze se vytváří na základě porušeného vztahu s vlastní matkou, jak ho prožíval během svého vývoje. Vztah drogově závislého ke konzumované droze představuje člověka, který si v dospělosti odehrává primitivní a infantilní fantazie. A tak se napjaté, nestabilní osobní vztahy, zlostné chování, problémy s péčí o sebe samého a nutkání užívat návykové látky stává součástí pokračujícího destruktivního dramatu.[77] Není to vždy mateřská láska, která těmto lidem chyběla. Je to spíše představa ideálního vztahu globálně a pocitu naplnění, který těmto lidem chybí. V již zmíněném dokumentu, Mallory uvádí, že heroin byl ten mužský element. Opět se zde potvrzuje, to že narkoman prožívá k droze vztah, ale do jaké míry to má být právě postava matky? Domnívám se, že se zde jedná o primární vztah, ze kterého nový život čerpá. Matka může být 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. Jejich prožívání se tedy vyznačuje emoční oploštělostí bez rozeznávání pocitů smutku, zlosti a štěstí. Podle Krystala prožívají globální fyziologické stavy a napětí. Bez prožitých a poznaných emocí na základě vlastní zkušenosti se jejich život nemůže vyvíjet přirozeným způsobem.[78] Krystal vychází z hypotézy, že základem užívání drog je vážná porucha objektivních vztahů, ke které dochází v raném vývoji.

76 Tamtéž, s.64.
77 Mallory [dokumentární film]. Režie Helena Třeštíková. Česko, 2015.
78 Rotgers, F. a kol. Léčba drogových závislostí, vyd. 1. Praha:Grada,1999. s.64.

Kritika psychoanalytické teorie

Představené teorie jsou vybrané na základě konsenzu s dosavadním bádáním. Tyto a několik dalších psychoanalyticky orientovaných teorií se potýkají s několika problémy. Jsou kritizovány především pro nízkou efektivitu v léčbě. Současné analytické teorie ignorují významné pokroky, kterých bylo dosaženo lépe prokázaným paradigmatem, který nahlíží na poruchu závislosti z integrativního biopsychosociálního pohledu. O kterém vypovídá jedna z předchozích kapitol. „Všechny teorie se shodují v tom, že k užívání návykových látek buď dochází nebo ne, ale míra i rozsah závislosti nejsou podstatné. Každý autor také obdobně považuje svou teorii za výklad všech případů užívání návykových látek a nepřipouští, že mohou existovat různé formy nebo subtypy s různými etiologiemi a psychodynamikou.“[79]

Člověk disponovaný k závislosti nepotřebuje unikat vnějšímu nebezpečí, ale svým neúnosným vnitřním stavům.. Tuto odedávna platnou pravdu vystihl už Homér, který zmiňoval, jak Helena „okořenila nápoj rostlinou, překonávající všechen smutek a vztek, zahánějící všechny špatné vzpomínky“[80]

Podle názorů psychoanalytiků jev závislosti je patologickým vyústěním intrapsychických problémů. Pacient který absolvuje léčbu, je utvrzen v této poruše, je více zranitelný a jakoby nahý. Díky psychoanalýze nebyla odstraněna ta hlavní příčina, která vedla k závislosti. To už je na práci pacienta při doléčování v individuální léčbě, nebo v prostředí skupinové terapie.

7.3 Anonymní alkoholici

Známý švýcarský psychoterapeut C. G. Jung 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.“[81]

Jung byl přesvědčen, že jednou z příčin závislosti je nenaplnění duchovních tedy spirituálních potřeb.[82] Skupina Anonymních alkoholiků a program dvanácti kroků, vychází

79 Tamtéž, s.65.
80 Mikota, V. *O ovlivňování duševních chorob.* Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1995. s. 32.
81 Jaffé, A. *Vzpomínky/ Sny/ Myšlenky C.G.Junga*. Praha: Portál, 2015. s. 11.
82 Nešpor, K. *Návykové chování a závislost,* vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 101.

z tohoto předpokladu.

Program 12 kroků se zaměřuje na takzvané časné fáze léčby. Z alkoholové nebo drogové závislosti včasné fáze léčby obecně znamenají proces, ve kterém se jedinec posouvá od problémového či nutkavého užívání alkoholu nebo drog směrem k abstinenci. Organizace Anonymních alkoholiků (dále AA) vznikla v roce 1935 v městě Akron na severu USA. Karel Nešpor uvádí, že je důležitá doba vzniku této organizace. „Anonymní alkoholici vznikli dlouho před tím, než se objevily první terapeutické komunity, i před tím, než se začala při léčbě návykových nemocí šířeji používat skupinová terapie.“[83] Tato organizace předběhla svou dobu. S časovým odstupem lze hodnotit působení AA 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.[84]

Skupina AA vznikla na principu sounáležitosti, pomoci a vzájemné podpory lidí, kterým již téměř nebylo pomoci. Sami již nebyli schopni překonat svůj problém. Jejich první setkání vedla k vytvoření pravidla 12 kroků.

1. krok AA dokonale vystihuje „Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy se staly neovladatelné.“

2. krok říká: „Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví.“

3. krok: „Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče 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 chyb.“

6. krok: „Byli jsme zcela připraveni k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.“

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

8. krok: „Sepsali jsme listinu všech lidí, kterým jsme ublížili a dospěli jsme k ochotě jim to vynahradit.“

9. krok: „Provedli jsme tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolila, s výjimkou kdy toto počínání by jim nebo jiným škodilo.“

10. krok: „Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.“

83 Tamtéž, s. 101.
84 Tamtéž, s. 102.

11. krok: „Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme Ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání Jeho vůle a síly ji uskutečnit.“

12. krok: „Výsledkem těchto Kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho jsme projevili snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech.“[85]

Tato pravidla či modlitba vyjadřují hlavní myšlenku, kterou 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. Tento princip má nicméně i svá rizika, paradoxně se ve společenství AA člověk stává zranitelným a nechá se ovlivňovat druhými.

„Prožitek zoufalství, kolapsu ega, zhroucení epistemologie alkoholika o sebekontrole, jsou místem pro nastoupení 1. kroku programu AA“.[86] Stanislav Kudrle tak akcentuje, že zhroucení ega a pád na dno je místem k obratu a potenciálem pro nový začátek.

Jinými slovy stále se tu opakuje stejné téma, univerzální a lidské, otázka vinny a hříchu. Pokud jsme schopni si přiznat svoji malost 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 Evangeliu, 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, aby nám Duch svatý dal takovou svobodu od sebe samých a tím pro Boha, aby už s námi Pokušitel nic nezmohl.“*[87]

Podobné téma nacházíme u mnoha autorů nejen v Bibli. „Mistr Eckhart říká: Ano Bůh je opravdu nic. Ve světě jsoucích věcí, těch mnohých „něco“, ho nenajdeme, není jeho součástí, není žádné něco. Není ani nejvyšší jsoucno. A teď přijde to hlavní: 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“.[88]

85 http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/dvanact-kroku.html
86 Protialkoholický obzor: *Transpersonální přístupy v léčbě závislých.* Bratislava: Obzor,1966-1994, s.80.
87 http://www.pastorace.cz/Tematicke-texty/Jak-sv-Prokop-oral-s-certem-aneb-neco-o-Satanu-prof-J-Heller-1.html
88 Jandourek, J. *Tomáš Halík;Ptal jsem se cest.* Praha: Portál,1997, s.210.

8. Závislost a vztahy

Předchozí kapitola 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 nezájem 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.[89]

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 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.[90]

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 spojenectví komplikuje překonání závislosti u dítěte.“[91]

89 Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*, vyd.3, Praha: Portál, 2007, s. 78
90 Tamtéž, s.81.
91 Tamtéž, s.81

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 napravovat.

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 přebýrá 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, daleko více než dosavadní přístup.[92]

Posledním typickým vztahovým rysem je kodependentní chování. „To se děje v rodinách se závislým členem často.“[93] 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.[94]

92 Tamtéž, s. 82.
93 Tamtéž, s.82.
94 Tamtéž, s. 83.

8.1 Konflikt mezi autonomií a autoritou

Konflikt mezi autonomii a autoritou navazuje na předchozí téma vztahů v rodině. Vycházím přitom z teorie Heinze Petera Röhra, který se přes 30 let zabývá psychoterapií závislostí. Působí na odborné klinice v Německém Fredeburgu. Při své terapeutické práci v mnoha knihách, které napsal, využívá léčivé působení pohádek a mýtů.

Mnozí chorobně závislí lidé se musí vyrovnat s konfliktem mezi autonomií a závislostí. Teprve pak mohou navazovat zdravé vazby v rodině a nejbližším okolí. Konfrontace s autoritami, které jsou někdy nespravedlivé může být naprosto oprávněná, avšak pokud jde o boj přepjatý a nesmyslný, pak se stává tento boj sebedestruktivním. V takovém boji pak člověk zapomíná na své vlastní potřeby a jeho boj ho vyčerpává a vede na hranici možností. Přehnaná potřeba spravedlnosti mívá kořeny, které mohou sahat až hluboko do dětství. V dětství se každý z nás setkává s autoritou rodičů.[95] Neustálé příkazy a zákazy vedou už malé děti k tomu, že zkoušejí tuto autoritu zpochybnit a podlomit. Rozšiřují si své hranice, tvoří vlastní zkušenosti a na nich staví svou tehdy ještě částečnou nezávislost. Prapůvodní potřebou člověka je být svobodný a nezávislí. Kam až sahá naše svoboda? Ve společnosti a v rodině se potkává se 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 sebe sama.

Také milovat někoho, znamená stát se závislým. V každém případě je důležité pokusit se o dosažení přijatelné rovnováhy mezi autonomií a závislostí. Nutkavá touha po nezávislosti vede do destruktivních závislostí. Dlouhodobý konflikt mezi autonomií a závislostí lze považovat za projev psychické poruchy, který se odhaluje velmi obtížně. Příznakem bývají až jednotlivé destruktivní vzorce chování. Na jedné straně touží takový člověk být milován a na druhé straně se brání blízkosti, která by ho mohla svazovat a učinit závislým. Vedle toho vyhledává neustále boje o moc. Potřebuje se neustále ujišťovat o vlastní pravdě a spravedlnosti. Má tendenci dělat určité věci, přestože je mu jasné, že mu škodí. Staví se do opozice vůči určitým skutečnostem, takže v podstatě bojuje s pověstnými větrnými mlýny. Nezadržitelný postup sebedestrukce a potřeba zničit všechno, co si člověk vybudoval usilovnou prací. Toto jsou jen některé charakteristiky, které mohou poukazovat na konflikt mezi autonomií a závislostí.[96]

95 RÖHR, H. P. *Závislost, Jak jí porozumět a jak ji překonat.* Portál: Praha,2015. s. 97.
96 Tamtéž, s. 99.

Pro mnoho chorobně závislých lidi platí vždy to, že chtějí být jak nezávislý tak závislý, podle toho jak je to pro ně momentálně výhodné. Konflikt mezi autonomií a závislostí lze vysledovat v jednotlivcích etapách života např. ve vztahu k rodičům v době dospívání. Ve vzdoru chce dítě nebo mladistvý prosadit svoji vůli a demonstrovat nezávislost na rodičích. Je to přirozený proces u každého z nás, nicméně bývá komplikovanější než jsme ochotni si připustit. V období puberty chce být mladý člověk nezávislý a zároveň milován. Svou nezávislost demonstruje vzdorem. Mnozí si však tento konflikt v sobě nesou i do dospělosti. Nedokázali přerůst a vyrovnat se s konfliktem mezi autonomií a závislostí.[97]

Typickým znakem dospělého chovaní je to, když se dospělí člověk sám od sebe dokáže vzdát bezhlavého vzdoru. Přerůst tento konflikt znamená to, že člověk dokáže přijmout rodiče takové, jací jsou. Dokáže připustit, že má s rodiči mnoho společného, podobný názor, nebo stejné charakterové rysy. Vidí, že rodiče vždy nechovali správně, zároveň dokáže odpustit bolest, kterou si navzájem způsobili. Rovněž dokáže respektovat rozdílné názory, aniž by se dostal do nebezpečí a byla ohrožena jeho nezávislost. Tak se člověk může odpoutat od rodičů a žít samostatným životem. Když se toto odpoutání nepodaří, dochází později k častým konfliktům právě mezi autonomií a závislostí.[98]

Příklad konfliktu autonomie a zavilosti 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 v rodinném sídle či statku, který nechtějí opustit např. z finančních důvodů nebo z vlastní pohodlnosti. Konflikt mezi autonomií a závislostí pak probíhá skrytě pod fasádou suverénnosti a povznesenosti. Každodenní nelehké konflikty 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 nějaké existenční potíže. Dále je důležité o problémech otevřeně mluvit. Jen ten, kdo porozuměl svému konfliktu mezi autonomií a zavilostí ho také může překonat. Strach z podrobenosti, závislosti a bezmoci se dá překonat jen díky uvědomění. Svoboda je dar, nemůžeme si ji vyvzdorovat.[99]

97 Tamtéž, s.101.
98 Tamtéž, s.101.
99 Tamtéž, s.106.

8.2.Chorobná závislost a struktura osobnosti

Tato typologie poruch osobnosti vychází rovněž z práce Heinze-Petera Röhra. Každý člověk má vlastnosti, které k němu patří a vytváří jeho individuální strukturu. Většinou se setkáváme se směsí různých osobnostních struktur. V čisté podobě se v podstatě ani nevyskytují. Jedině procesy přeučování mohou zprostit a změnit vývoj, jenž je pro daného člověka škodlivý. V současné době stoupá počet lidí, kteří trpí tzv. ranými poruchami. Jednou z nich je i hraniční porucha osobnosti. V současnosti se odhaduje, že *hraniční poruchu osobnosti* v nějaké míře vykazuje až 50% pacientů, kteří vyhledávají psychoterapeutickou pomoc. Hraniční porucha osobnosti často vede k chorobné závislosti a jedná se o jedince, kteří všechno ženou až do extrému.

Vnímají svět černobíle. Chtějí všechno nebo nic. „Nenacházejí pevnou oporu v sobě samých, což je nutí, aby neustále vytvářeli neklid např. v extrémních vztazích jsou chaotické a chronicky nestabilní.“[100] Tito lidé se chovají velmi excesivně, prakticky ve všech směrech. Těžce snášejí samotu. Jelikož nedokážou hledat oporu a stabilitu sami v sobě, hledají ji ve vnějším prostředí a u partnera. Dalším znakem jsou velmi těžko snesitelné pocity prázdnoty, nudy a právě ty jsou zdrojem jejich lability. „Pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti jsou typické hrozby sebevraždou i sebevražedné pokusy, nemluvě o sebepoškozování (např. řezání). Vnímání sebe samých je narušené, takže se ptají, kdo vlastně jsou.“[101] Lidé s hraniční poruchou osobnosti se pohybují v extrémech. Stejně tak zacházejí s návykovými látkami. Dávají přitom přednost drogám, nicméně současně zkouší všechny možné další dostupné návykové látky. Vyhledávají látky, jejichž účinky jsou sedativní, anxiolytické a relaxační. Tito lidé trpí značnými výkyvy nálad, takže užívání návykové látky jim poskytuje úlevu. Potlačují tak úzkostné a zlostné stavy.[102]

Lidé, kteří trpí hraniční poruchou osobnosti většinou velmi brzy zjistí to, že jsou nemocní. Jejich poznání je však povrchní. Extrémní chování je hraniční, je tedy zjevné, nemohou ho tedy popírat. S chorobnou závislostí se pak těžko vyrovnávají, protože nevěří, že by mohli trvale abstinovat. Trpí značnými pocity sebelítosti, zlosti, hněvu a vzteku. Velmi často se u nich objevuje polyvalentní závislost a také známé přesedlání z jedné návykové látky na jinou. Dost často se u nich objevuje porucha přijmu potravy. Terapie je možná a úspěšná, až když je člověk s hraniční poruchou osobnosti schopen opustit své dosavadní chaotické a impulzivní jednání a je schopen se ztišit a naslouchat. Prvním

100 RÖHR, H. P. *Závislost, Jak jí porozumět a jak ji překonat.* Portál: Praha,2015, s 83.
101Tamtéž, s. 84.
102Tamtéž, s.85.

krokem k úspěchu je také osvěta, kdy se pacient o své poruše dozví vše potřebné, načte si informace a porozumí díky tomu sám sobě. Pacienti s touto poruchou mají možnost se vykoupit, pokud se u nich objeví dostatečná motivace, díky níž vyvinou velké úsilí. Jejich život potřebuje řád a strukturu, která jim dodá pocit jistoty. Krok za krokem pak mohou budovat vyrovnanější a bohatší vnitřní život.[103]

Další velmi častou kombinací je závislost a *hysterická porucha osobnosti*. Jde o poruchu „ego-syntonní“, což znamená že tito lidé věří, že oni sami jsou v pořádku a problém je vždy v jejich okolí. Pro tyto lidi je typické, že se v jejich blízkosti stále něco děje. Vzbuzují rozruch, jsou nároční, zábavní rovněž také skeptičtí. Kontakt s nimi je mnohdy velmi zajímavý. „Mají sklon k dramatizacím a k inscenacím. Jsou to skvělí herci a mají sklon k teatrálnímu chování.“[104] Jsou rádi středem pozornosti. Lidi s hysterií dbají pečlivě na svůj vzhled. Toto chování vyplývá z jejich velice vyvinutého sklonu k perfekcionismu. Mají vysoké nároky na vlastní osobu. Nejsou sami se sebou spokojeni. Nikdy nejsou dost krásní, inteligentní, dostatečně dokonalý. Mají velký strach z odmítnutí. Hysterici jsou emočně labilní osobnosti, jejich prožívání je povrchní a velmi často se nechávají unést. Jsou pro ně typické stavy úzkosti, paniky, rozlady, bolesti atd.. Tento typ osobnosti užívá návykové látky k tomu, aby zklidnil své prudké projevy a dále aby unikl před nepříjemnými pocity.[105]

Tito lidé si zpravidla musí téměř sáhnout na dno, aby došli k nějakému poznání a byli ochotni připustit, že potřebují pomoc. Naději na uzdravení mají v případě , že jsou schopni se obrátit do svého nitra. Pokud u nich nastane obrat a oni již nebudou hledat problém ve svém okolí, ale u sebe. Jejich hlavním obranným mechanizmem je popření. Terapie hysterické poruchy osobnosti je náročná. Pacienti se často snaží zaplést do svých typických her terapeuty, proto je nutné hned na začátku stanovit přesná pravidla a trvat na nich, dodržovat je. Velmi často si testují své meze. Chtějí si tak vymoci zvláštní práva a zacházení. Terapie v tomto případě může být úspěšná, pokud pacient pochopí vlastní psychické poruchy a je ochoten spolupracovat[106].

Pro *závislou poruchu osobnosti* je typické depresivní a submisivní chování. Trpí velmi nízkým sebevědomím. Nezvládají řešit konflikty a většinou se až nezdravě přizpůsobují nebo izolují. „Pacienti se závislou strukturou osobnosti tvoří největší skupinu chorobně závislých lidi v léčbě.“[107] Pro tyto pacienty je typické, že příliš neumějí říkat ne,

103 Tamtéž, s. 87.
104Tamtéž, s. 88.
105Tamtéž, s. 90.
106Tamtéž, s. 92.
107Tamtéž, s. 72.

žijí v roli oběti, jsou přehnaně ochotní a přizpůsobivý. Snadno se nechávají vykořisťovat a vyhledávají dominantní partnery. Velmi špatně snášejí samotu a jsou urážliví. Většinou nemají žádné vlastní životní cíle a jen stěží jsou schopni se rozhodovat. Jejich způsob života spočívá vtom, že čekají co jim druzí řeknou a podle toho jednají. Tito lidé se staví sami do role obětí a následně toto přitahují do svého života, velmi často se u nich objevuje problematika zneužívání. Jsou zvyklý obětovat se pro druhé a zapomínají na své vlastní potřeby. Převažuje u nich pocit zlosti z toho, že je druzí dostatečně neakceptují, který vytěsní. Velmi často potlačují své emoce, zlost, ukřivděnost, které pak vybuchnou v nepravou chvíli z čehož následně pro ně pramení velké pocity viny, pochybení že neudrželi kontrolu. Návykové látky využívají k tomu, aby potlačili nepříjemné stavy zlosti, napětí, vnitřních deficitů. Jejich slabinou jsou četné úzkosti, kterými se závislá osobnost vyznačuje. Především jde o strach ze selhání, z napadení, neschopnosti, sebeobrany. „V první fázi působí látka anxiolyticky (rozpouští úzkost) a uklidňuje.“[108] Na druhé straně povzbuzuje jejich motivaci k tomu, aby udělali věci, na které nemají odvahu.

K úspěšné léčbě i zde může vést jedině pravdivé nahlédnutí své nemoci, které je vykoupeno mnoha recidivami. „Skutečný pokrok v terapii spočívá v tom, že se konfrontují s vlastními úzkostmi, že se vyjadřují kriticky, začnou být schopni snášet konflikty, že se vymezují a zastávají vlastní stanoviska.“[109]

Narcistní struktura osobnosti, která se konfrontuje se svou chorobnou závislostí to je velmi častá kombinace. Tito lidé pod maskou suverénnosti a arogance, skrývají nenávist k sobě samým a zášť. V konfliktních situacích jednají agresivně a zlostně. Tato porucha je opět ego-syntonní. Tito lidé vždy hledají problémy ve vnějším světě. Je pro něj důležité jak působí navenek. Jejich vážnost a pověst jsou nesmírně důležité. Vnějšímu světu ukazují obraz své dokonalosti, který je nenapadnutelný a nezranitelný. Je pro ně typické, že nejsou schopni se vyrovnat s kritikou a urážkami, jejich slabí pocit vlastní hodnoty jim to neumožňuje. Sní o ideální lásce a velmi často jsou zklamáni. Tím jak trpí vnitřním deficitem lásky, vřelosti, tak jsou současně neschopni vciťovat se do druhých a vnímat jejich emoce či potřeby. Jejich vztahy jsou povrchní a často využívají své partnery.[110]

U návykových látek dávají přednost stimulantům, jako jsou kokain nebo amfetaminy, které podněcují jejich fantasii a dokáží potlačit nespokojenost s vlastní osobou. Pacienti s narcistní poruchou osobnosti mají většinou velký problém s tím, aby přijali svou nemoc. Nechtějí se vzdát své drogy. Většinou bagatelizují, popírají a

108 RÖHR, H. P. *Závislost, Jak jí porozumět a jak ji překonat.* Portál: Praha,2015, s. 74.
109 Tamtéž, s. 75.
110 Tamtéž, s. 79.

znehodnocují vše, co se jim stalo. Snaží si ponechat tzv. zadní vrátka. I v terapii se chovají arogantně, povýšenecky, chladně a agresívně. Šance na pozitivní změnu je skrze důkladné pochopení a vlastní nemoci. Především je důležité zpracovat vnitřní pocity smutku a vzteku. Pomoc může člověk najít i ve spirituální rovině. Výsledkem může být to, že člověk s narcistní poruchou získá na opravdovosti a skutečnosti, že odloží svou masku.[111]

Nutkavá porucha osobnosti a chorobná závislost. U nutkavých osob je vzácnější, že si vypěstují chorobnou závislost na návykových látkách. Jejich podíl na procentu závislých je velmi nízký. Nutkavý člověk si vytváří pocit jistoty pomocí řádu. Potřebují mít ovšem přehled a kontrolu. Tito lidé jsou posedlí dodržováním pravidel a přijímáním určitého řádu. Jediné co tím získávají je pocit jistoty a emoční stabilitu. Vytváří si tak strukturu, v které mohou existovat. Nicméně tím zanedbávají vztahy s lidmi ve svém okolí. [112]Pozitivní aspekt nutkavosti se projevuje v mnoha životních situacích. Jedinci se nejraději zabývají vytvářením seznamů, řádu a plánů. Velmi je naplňují praktické činnosti. Bývají tvrdohlaví a chtějí aby se ostatní lidé podřizovali jim. Své úkoly si plní svědomitě a neradi se dělí o své povinnosti, mají obavy, že druzí by je nesplnili tak dokonale. Velmi často se dostávají do sporů. Jsou trvale nespokojeni. Jsou velmi nároční sami na sebe a od ostatních očekávají, že se budou chovat stejně jako oni. Z jejich chování vyplývají časté konflikty ve společnosti a ve vztazích.

Návykové látky u nich způsobují zmírnění zlosti a úzkostných pocitů, dále si díky drogám takový člověk dokáže odstranit zábrany. Nutkavý člověk vyžaduje sám od sebe příliš mnoho a úzkostlivě se snaží vyvarovat chyb. Návykové látky a zejména alkohol toto vylučuje. Pod vlivem alkoholu se člověk dopouští mnoha chyb a chová se nepřiměřeně. Tyto stavy a situace jsou pro nutkavého pacienta velmi zahanbující a proto se velmi často sám rozhodne pro abstinenci. Velmi mu záleží mu na tom, jak vypadá před ostatními lidmi. Abstinence je v takovém případě vynucená a působí spíše jako trest. Bez hluboké sebereflexe ještě nenahlédl skutečný problém. U nutkavých pacientů je terapeuticky nezbytné zpracovat nadměrný strach z chaosu a ztráty jistoty. Je třeba rozmělnit jejich strnulou strukturu. Rozhodující význam má potom práce na zlepšování sociálních vztahů a na vnímání a posuzování sebe sama.[113]

Schizoidní struktura osobnosti je další častou kombinací s chorobnou závislostí. „Schizoidní člověk má úzkost z lidské blízkosti. Všichni lidé, kteří se s ním sbližují nebo

111 Tamtéž, s. 83.
112Tamtéž, s. 93.
113Tamtéž, s. 94.

od něj očekávají blízkost, mu připadají nebezpeční.“[114] Schizoidní lidé si úzkostlivě střeží své soukromí a nezávislost. Brání se blízkosti, aby neztratili svou autonomii a nestali se předmětem manipulace. Nemají oporu sami v sobě a tak se staví do izolace, aby se chránili před vlivem z vnějšího světa. Jejich odmítání lásky a náklonnosti souvisí s deficitem vřelosti a láskyplné péče v době dětství. „Rodiče nebyli dostatečně přítomní, kontakt s nimi nebyl stálý, takže se nemohla vyvinout stabilní primární důvěra v blízké vztahy.“[115] Jsou to lidé, kteří strávili život v ústavech nebo jim byla věnována minimální péče. Na základě toho si vytvářejí odstup a působí chladně i v situacích, které pro ně nejsou nebezpečné. Jejich vzorce chování jsou plně zakořeněné a brání jim v přirozeném vývoji.

Jejich odmítavost a chlad zakrývá touhu po lásce a lidské blízkosti. Tyto nenaplněné touhy a sny si saturují pomocí návykových látek. Drogy jim usnadňují setkávání s lidmi a rozpouští jejich strnulou masku. Schizoidní pacienti s chorobnou závislostí těžko přijímají pomoc z vnějšku, neboť jsou v zajetí představy, že musí všechno zvládnout sami. Přijetí pomoci totiž podmiňuje blízkost která jim nahání hrůzu. Tento strach jim většinou komplikuje terapii. V terapii se snaží být, pokud možno neviditelní. Snaží se neprojevovat a neupozorňovat na sebe. Pozitivní vývoj v terapii nastává v případě překonání nedůvěry a strachu. Pacient se musí otevřít a učit se sociálním dovednostem. Pokud se dokáží s tím vším vyrovnat, pak se stane jejich život bohatším.[116]

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.“[117]

„Nepijí, resp. neberou návykové látky proto, aby „uspokojovali své potřeby“, ale aby vydrželi stav trvalé neúnosné frustrace, k němuž se cítí být odsouzeni. Došli totiž k

114Tamtéž, s. 94.
115Tamtéž, s. 95.
116 Tamtéž, s. 96.
117 Buber, M. *Problém člověka.* 1.vyd. Praha: Kalich, 1997, s. 76.

přesvědčení, že to co si opravdu přejí nebo dokonce potřebují, se jim nikdy nesplní.“[118]

Odkud pramení tyto pocity beznaděje a frustrace? Je skutečně tento princip příčinou návykového chování u všech pacientů? Václav Mikota uvádí, 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.[119]

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.“

„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 nestálá žádná překážka.“[120]

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.[121]

„Pravý rozhovor je ten, v němž každý z partnerů vnímá a potvrzuje toho druhého

118 Mikota, V. *O ovlivňování duševních chorob.* Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1995. s.37.
119 Tamtéž, s. 37.
120 Tamtéž, s. 37.
121 Tamtéž, s.38.

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.“[122]

Komunikace a rozhovor, skutečné setkávání se s druhými lidmi autentické, které vede k překonání problémů a životních nesnadností. Závislý na návykové látky takového setkání není schopen. Žije v jiném světě. Jeho svět se dehumanizoval. Zde vládne jen návykové látky 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 neboji?

Ne, to ti není zima, nemáš hlad, ničeho se nebojíš. Jedinýho čeho se bojíš, je že druhej den přijde absťák a začneš se bát. Jeden identickej strach nic víc tam není, že druhej 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, dřina bejt sama sebou!“[123]

Závislý 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 abstinenční příznaky a halucinační stavy, nicméně je nechat odeznít. Oč je snazší a jednoduší 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 rozhovor - 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.

122Wehr, G. *Buber.* Olomouc: Votobia, 1995, s. 42.
123 Mallory [dokumentární film]. Režie Helena Třeštíková. Česko, 2015.

9. Spiritualita

Jako jedno z možných východisek, této problematiky je větší důraz a práce se spiritualitou člověka. Co to je spiritualita? Jak ji vůbec chápat a stavět se k ní? Tento pojem je empiricky těžko uchopitelný, k lepšímu pochopení poslouží český ekvivalent duchovnost. Jedna z možných definic zní: duchovnost, je způsob vnímání a prožívání toho, co nás přesahuje. Člověk se tak vyrovnává s věcmi, které není schopen racionálně zpracovat.

I přes zřejmý deficit empirických poznatků se tímto pojmem zabývají přední odborníci na závislosti. Určitou roli v našem prostředí hrál a hraje převládající politický režim, který v minulosti dokázal v lidech potlačit chuť se v tomto ohledu projevovat. Hledání duchovních hodnot je součástí lidské přirozenosti, možná jakýsi další pud.

„Závislost je tedy univerzální lidské dilema, vychází z potřeby po uspokojení spirituálních potřeb. Co jsou to spirituální potřeby? Jsou transpersonální, tedy za-osobní povahy. Vycházejí z hluboké touhy po stavu vědomí, kdy život je prožíván nedualisticky, jako spojitost všech věcí, v jednotě s vesmírem či Bohem, osvobozený od strachu a úzkosti, sycený bezpodmínečnou láskou.“[124]

„Všechna náboženství a odvěké mystické a spirituální tradice se zabývají problémem touhy, dychtění, lpění a závislosti. Tento zájem trvá po tisíciletí, neboť dynamika touhy, nutkání, je hybnou silou, která se váže k zrození, utrpení, smrti a vůbec celého života.“[125] Spiritualita a závislost jsou v lidském životě propojené. Lpění a dychtění je možné korigovat rituály a duchovní autoritou. Kontrola a sebeovládání mohou být nastoleny na základě vyššího principu, který může mít pokaždé jinou podobu.

Na Harvardské univerzitě se uskutečnil experiment známy pod názvem Harvard good Friday Study aneb zázrak v Marshově kapli, kdy byl části studentů teologie v rámci bohoslužby, ve slepé studii podán Psilocybin a druhé části placebo. Výzkumníci nemohli najít žádný rozdíl v popisovaných „psilocybinem navozených“ mystických stavech ve srovnání s těmi, které jsou známy po tisíciletí.[126]

Nejlépe vystihuje spiritualitu v souvislosti s lpěním Stanislav Kudrle, který ji definuje jako vztah k tomu *„co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě,*

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

125Protialkoholický obzor: *Transpersonální přístupy v léčbě závislých. Kudrle, S.* Bratislava: Obzor,1966-1994, s. 79.

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

řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec.“ [127]

Tomáš Akvinský praví, že spiritualita je náš smysl pro nekonečno. M. Fox říká, že spirituální touha je hluboká. Je to život živý naplno, se zaujetím, elánem, plný soucítění vycházející z centra ne-akce a prožívání vnitřní radosti. Spirituální touha je ve své podstatě konečná a vede k prožitku celistvosti. Závislost je svedením z této cesty, hledáním nekonečna formou, která neuspokojuje, a proto je ve své podstatě nekonečná a vede k rozvratu.[128]

Chorobná závislost vede k poruchám osobnosti, nicméně i k narušení emoční roviny. Pokud člověk ztratil schopnost naslouchat svému srdci, pak je jeho možnost na uzdravení velmi nízká. Závislost poškozuje tělo, duši i srdce. Člověk má velkou schopnost zregenerovat se. I mozek a CNS mají schopnost se po dlouhodobé devastaci např. alkoholem, do jisté míry zregenerovat a cvičit se. Toto uzdravení a náprava je však podmíněna dlouhodobou abstinencí. Dlouhodobá abstinence je podmíněna výraznou motivací, jen vůle nestačí. Člověk je ctižádostivý a schopný se vybičovat k neuvěřitelným výkonům, nicméně jen výkon a dřina k dlouhodobé abstinenci opět nestačí. Vykoupení je v lásce, v radosti a v prožívání emocí. 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.

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 a se smířením. Víra má k lásce hodně blízko a proto se domnívám, že spiritualita, duchovní hledání a setkání s vírou je cestou k uzdravení. Každý si svou cestu volí sám, není tedy nutné cokoliv dodávat. 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 vyřešila závislost. Cestou neustálého rozhodování, které řeší bez NL se stává více svobodnějším a méně závislým. V knize Fredericka Rotgerse se uvádí: „Rozhodování není určitě jen racionální proces.“[129] Dále uvádí teorii Janise a Manna, kteří zkoumali proces rozhodování a dochází k závěrům, že v běžném životě naše rozhodnutí ovlivňují silné

127 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.

128Protialkoholický obzor: *Transpersonální přístupy v léčbě závislých. Kudrle, S.* Bratislava: Obzor,1966-1994, s. 81.

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

emoce a motivace.[130]

„Z transpersonálního hlediska je závislost selhání neuvědomělého pokusu korigovat nesnadnost života. Disease- tato nesnadnost – je tu a priori krizí karteziánského rozštěpu těla a mysli a prohlubuje se v rozvoji závislosti. Směruje k pádu na dno, ke kolapsu epistemologie, ke smrti anebo k otevření se (znovuzrození) do nové roviny bytí, k postoji více komplementárnímu, celostnímu.“[131]

Souhlasím s Tomášem Havlíkem, který tvrdí, že i člověk, který zasvětil svůj život víře a Bohu, není zcela osvobozený od osobní zodpovědnosti a pokud je nutná intervence v podobě psychoterapie, pak je takový krok záchranný, rozumný, pokorný a odvážný.[132]

10. Význam rituálů při léčbě závislostí

Rituály se v etnografii definují jako formalizované jednání, při kterém 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. Přirozeným způsobem se v prostředí rodiny a nejen zde odehrávají další rituály tzv. přechodové, které usnadňují významné změny v životě člověka. Mezi tyto rituály řadíme křtiny, svatbu, přechod z dětství do dospělosti nebo pohřeb. Naše kultura poskytuje rozličné typy rituálů, ale jejich praktikování a dodržování v naší společnosti uvadá, 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.[133]

Pacienti tak prochází určitou změnou v bezpečném prostředí, je to nezbytné pro jejich sebevědomí a pocit jistoty. Závislý 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.

Další aspekt, pro který je důležité uvádět rituály ve spojitosti se závislostí jsou

130Tamtéž, s. 199.
131Protialkoholický obzor: *Transpersonální přístupy v léčbě závislých. Kudrle, S.* Bratislava: Obzor,1966-1994, s. 81.
132 Jandourek, J. *Tomáš Halík;Ptal jsem se cest.* Praha: Portál,1997,s 212.
133Nešpor, K. *Návykové chování a závislost.* vyd.3, Praha: Portál,2007, s. 90.

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 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. Umí naše kultura truchlit?

Zpracovat smutek znamená projít bolestí. Mnoho lidí má ke smutku a truchlení narušený vztah. Zejména závislý, kteří běžný život prožívají jako nesnesitelnou lehkost bytí. Vyhýbají se a utíkají před pocity bolesti a smutku. Jejich vnímáni 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 a to znamená stále více konzumovat a stále se zahlcovat a pomalu nic necítit.[134] Musíme se naučit truchlit a měli bychom to učit i své děti.

S rituály je spojen proces iniciace a individuace. Václav Mikota uvádí: „Proces individuace, kterým se utváří jedinečnost a svébytnost, každého člověka je přirozeným duševním pochodem. Nicméně u chorobně závislého člověka může být tento proces narušen již v dětství. Proces je analogický procesům iniciačním. Iniciační procesy ale pracují s tradičními předpisy a symboly, kdežto individuační proces chce dosáhnout cíle přirozenou produkcí symbolů, tedy spontánním duševním pochodem.“[135]
S podobným záměrem se setkáváme u iniciačních rituálů primitivů, náboženských iniciací, u praktikování jógy nebo na druhé straně v případě exorcicie Ignáce z Loyoly.[136]

134Být 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.

135Nerad,J.-Neradová,L.-Mikota, V. Psychoterapie závislostí na alkoholu a jiných látkách. Praha, VÚPs, IDVSZP 1989. s. 60.

136 Tamtéž. s.60.

11. Struktura a organizace protektivních opatření

V této kapitole se objevuje přehled regionálních organizací, které pracují na prevenci a léčbě závislosti. Jejich postupy a strategie vychází ze současných poznatků, které se uplatňují i v Evropě. Zde se navzájem doplňují a spolupracují na funkčním programu v evropském měřítku. Podílí se na výzkumu v této oblasti a snaží se o spolupráci s širší veřejností. Pomocí dotazníků a statistik sbírají informace, které jsou nezbytné pro vývoj a zlepšení celkové intervence v této oblasti.„The strategy can be seen as representing a European consensus on how the drug problem should be addressed.There is 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.“[137]

11.1 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, kam přicházejí lidé s problémy závislosti. Pomáhá v řešení jejich problémů, které ovládají jejich život, a to od prvního kontaktu až po následnou péči. Zájemce o léčbu deleguje Point 14 s ohledem na indikaci přednostně do terapeutické komunity Vršíček. 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.[138]

V roce 1994 byla v Plzni založena panem Gustavem Černým organizace Teen Challenge (TC Plzeň). Teen Challenge má mezinárodní křesťanské kořeny. V Plzni to byla první nezisková organizace zabývající se problémem závislosti a jiných sociálně nežádoucích jevů. Její činnost byla propojena s činností Střediska křesťanské pomoci Plzeň (SKP), které své působení v Plzni zahájilo v roce 1991. Rok 2009 přinesl změnu názvu

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

138http://www.point14.cz/

původní organizace Teen Challenge Plzeň na POINT 14 a ředitelem organizace se stal pan Karel Nyerges, který zároveň působil do roku 2011 jako ředitel SKP. V roce 2011 se Point 14 a SKP Plzeň vrací k původnímu modelu samostatného vedení obou organizací tzn. každá organizace (Point 14 a SKP Plzeň) má svého ředitele.

Od svého založení až po současnost vybudovala organizace POINT 14 komplexní systém služeb pro pomoc lidem s primárním i sekundárním poškozením a sociální exkluzí, které jsou spojené s užíváním návykových látek. Organizace POINT 14 pomáhá těmto lidem od prvního kontaktu až po následnou péči. V současné době realizuje ve městě 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.[139]

11.2 Spolek Ulice

Ulice– Agentura sociální práce, o.s. je sdružení, které poskytuje komplexní sociální a zdravotní služby lidem, kteří jsou ohroženi závislostí a jejími projevy. Služby jsou veřejně přístupné klientům bez ohledu na pohlaví, rasu, státní příslušnost, politické přesvědčení, náboženské vyznání, státní příslušnost, právní nebo společenské postavení a socioekonomické možnosti klienta. 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. Toto centrum je jedno z 15 v České republice. Léčba je založena na metodě harm 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). Léčba Subutexem není hrazena zdravotní pojišťovnou a klient si ji musí zaplatit.

Substituční léčba pomáhá snížit náklady na léčbu zdravotních potíží, ke kterým by další užívání drog u klienta vedlo, k eliminaci kriminálních činů spojených se získáváním

139 http://www.point14.cz/

peněz na drogy, k eliminaci přenosu infekčních onemocnění prostřednictvím rizikového způsobu aplikace drog. Stabilizovaný klient má možnost si najít zaměstnání a v rámci svých možností a podmínek léčby normálně fungovat ve společnosti. Lékař ve spolupráci s klientem stanoví dávkování a postup léčby.

Princip substituční léčby neznamená podporování užívání drog ve společnosti, je jednou z možností jak zajistit bezpečnější alternativu pro klienta i pro společnost. Základními podmínkami pro vstup do metadonového programu bývají plnoletost, několik prokazatelných, neúspěšných pokusů o léčbu vedoucí k abstinenci a další podmínky stanovené konkrétními zařízeními. Substituční léčba má být provázena psychoterapií, sociálním poradenstvím, což napomáhá klientovi se postupně zapojit do běžného života, řešit své osobní problémy, sociální situaci.[140]

Terénní program, který se věnuje léčbě opiátových závislostí a pomáhá lidem ohroženým sociální exkluzí (léčba v romské menšině a prací 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. „Dosud pracuje s původními myšlenkami a principy, s prostorem a institucemi v něm a s časem tak, aby následoval klienta.“[141]

11.3 CPPT

Je organizace, která nese název Centrum protidrogové prevence a terapie. Hlavní sídlo je v Plzenecké ulici, v Plzni, nicméně má mnoho dalších projektů na rozličných místech, například provozuje budovu chráněného bydlení v městské části Doudlevce 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. Prostřednictvím rozličných aktivit pomáhají dětem i dospělým připravit se a zvládnout náročné životní situace spojené s obdobím dospívání a životních změn. Další

140 http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/substitucni-lecba.html
141 http://www.ulice-plzen.com/index.html

náplní je spolupráce s třídními kolektivy dětí a dospívajících, kteří mohou být potenciálně ohroženi rizikovým chováním a kontaktem s návykovými látkami. Dále organizace navazuje spolupráci s pedagogy a zajišťuje pro ně dostupnost dalšího vzdělávání, čímž posiluje jejich kompetence v primární prevenci. Komunikací a jednáním se snaží vést mladé lidi k zodpovědnému rozhodování. Toto společné hledání řešení má mnoho pozitivních výsledků, mezi které patří nejen předcházení a prevence, dále pak lepší informovanost o dostupných možnostech pomoci, lepší komunikace s dětmi a posilování jejich silných stránek.[142]

Pracovníci centra jsou lektoři, sociální pracovníci, koordinátoři a terapeuté. Jejich odbornost je zajištěna neustálým vzděláváním a odbornými kurzy. Jejich profesionalita spočívá v odborné způsobilosti a orientaci v problematice, v konstruktivním vedení rozhovorů a v podpoře při hledání řešení náročných situací. Jejich náplní není diktovat klientům, jak mají žít, ale rozpoznat jejich kvality a potenciál, aby sami rozpoznali, co je pro ně správné.[143]

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 se dostali vlastním přičiněním v důsledku experimentování či pravidelného užívání návykových látek. Centrum nabízí služby i pro jejich blízké, pro členy rodiny, kteří se mohou podílet na řešení situace prostřednictvím rodinné terapie. Poskytované služby snižují rizika a důsledky zneužívání návykových látek, umožňují klientům najít bezpečný prostor pro řešení aktuálních problémů a hledání přijatelných cest ke zmírnění rizik dosavadního životního stylu a pro motivaci k životu bez návykových látek. Poskytované služby dále garantují osobní bezpečí všech příjemců a ochranu osobních a citlivých údajů s ohledem na platnou legislativu Kontaktní centrum podporuje skupinovou terapii, individuální terapii a rodinnou terapii. Dále poskytuje odborné a laické veřejnosti informace, stáže, spolupracuje na výzkumech atd. se záměrem demýtizace drogové problematiky a podporování společenské platformy pro racionální protidrogovou politiku.[144]

Třetím pilířem je Drogové poradenství ve věznici, které je v provozu již od roku 2005. Posláním programu Drogové poradenství ve věznici je pomoci závislým na návykových látkách, zejména na opiátech, kteří se ocitli ve výkonu trestu nebo vazby

142 http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/p-centrum
143 http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/p-centrum
144 http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/k-centrum

‚případně jim tato skutečnost hrozí. Bez pomoci u těchto uživatelů, hrozí častější sebepoškozování, zhoršení celkového fyzického i psychického stavu. Podpora a motivace klientů se děje zejména prostřednictvím osobního případně korespondenčního poradenství.[145]

Problematika závislosti a obtížného vyabstinování v podmínkách vězení se týká nejen mužů, ale ve větší míře i žen. „ U žen, které po zadržení musejí vyabstinovat bez pomoci adiktologických služeb, se objevují deprese a sebepoškozování:
„Lidi mají problém, když přestanou brát heroin a nedostanou k tomu žádný předpis na metadon. Lidi na cracku s tím taky mají hodně problémů. Měli by tady mít jednotku na detox. Lidi si tu hodně sami ubližují, kvůli depresím. Potřebují léky, a taky aby jim někdo naslouchal.“ vězenkyně, UK(22)[146]

Program má pomoci při řešení jejich problémů ve věznici a motivovat je ke změně životního stylu. Tyto aktivity pomáhají předcházet zacyklení nežádoucího životního stylu klientů vedoucího k sociální exkluzi, a tím současně podporují jejich zařazení do běžného života.[147] Tato podpora jim usnadňuje následně návrat do společnosti. Tato práce je velmi náročná. Sociální pracovnice, které se jí věnují, jsou svědky neustálých recidiv. Ti stejní klienti se několikrát vracejí do věznice. Jejich práce tak vypadá téměř beznadějně. Není snad abstinence od drog zárukou nápravy klienta?

Posledním pilířem je Program následné péče poskytuje odborné sociální služby lidem, kteří se rozhodli pro život bez návykových látek.minimálně 3 měsíce abstinují nebo absolvovali léčbu závislosti na návykových látkách a hledají podporu pro udržení této životní změny. Zejména pokud v důsledku užívání návykových látek došlo v jejich životě ke změnám, které ohrožují smysluplné začlenění do základních vztahů, širších sociálních vazeb a uplatnění na trhu práce. Cílem služeb PNP je podpořit klienta v období návratu do běžného života a k osobní svobodě. Základním prvkem je uvědomění si omezujících aspektů závislostního jednání a jeho změna směřující pokud možno k úplné nezávislosti na institucionální podpoře a léčebném procesu. [148]

11.4 Dobřany

Tato část diplomové práce je věnována Psychiatrické nemocnici v Dobřanech. Pro

145 http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/drogove-poradenstvi-ve-veznici
146 Hlasy žen, Centrum adiktologie, Praha: Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze,2010, s.23.
147 http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/drogove-poradenstvi-ve-veznici
148http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/drogove-poradenstvi-ve-veznici

bližší seznámení je zde uvedena historie léčebny a její současnost. Tato instituce má velký podíl na léčbě závislosti v regionu. Proto se domnívám, že je smysluplné, věnovat jí pozornost. Význam této instituce a její smysl pro současnou kulturu je nedoceněn.

Od nepaměti se lidé potýkají se zvláštními stavy duše, naši předci si je vysvětlovali jako posedlost zlým duchem, např. ve starověkém Egyptě byly podobné stavy připisovány zlým duchům a léčeny zaříkáváním a modlitbami. Tyto modlitby zachycuje Ebersův papyrus, podle kterého byly texty odříkávány při tzv. chrámovém spánku. K léčbě se již tehdy používala hudba, tanec a fyzické aktivity. Tyto prostředky k léčbě se používají i dnes, nicméně lékařská věda od té doby urazila velký kus cesty.

Starověké lékařství čerpalo z tradic arabského lékařství, jehož nejvýznamnějším představitelem byl Avicenna (980–1037). V další etapě se lékařská věda navrací k hippokratovské medicíně. „Středověcí lékaři popisují duševní nemoci ve svých spisech jako přirozené nemoci mozku, vysvětlují je poruchou tělesných šťáv a v souladu s tím doporučují somatickou léčbu (pročišťování, projímadla, zvracivé prostředky).“[149]

V 16. století se lékaři domnívali, že neexistují jen přirozené nemoci mozku, nýbrž i duševní stavy způsobené posedlostí démony. „Takové názory vyjadřují Jan Fernelius (1497–1559), Felix Plater (1536–1614), Daniel Sennert (1572–1637) aj. a snaží se klinicky je odlišit od přirozených duševních nemocí (velký neklid, oplzlé řeči, rouhání se, zvracení neobvyklých předmětů, mluvení cizími jazyky, jimž se neučili aj.). Duševní nemoci, vysvětlované posedlostí démony a přirozené nemoci mozku začali být rozlišovány. „Posedlost démony“[150] patřila do kompetence teologů, kteří ji léčili exorcismem, ale považovali za užitečné provést nejprve somatickou léčbu k odstranění černé žluči, což vyplývalo z představy, že černá žluč je „lázní pro ďábla“, kterou ďábel s oblibou vyhledává. Následně byl takový člověk dán do rukou teologů na převýchovu.“[151]

17. a 18. století přináší rozvoj vědy v oblasti biologie, na jehož počátku stojí Darwinova evoluční teorie a znovu objevená genetika, vše spočívá na matematických, fyzikálních a chemických zákonech. Již zde není prostor pro teologii a nadpřirozené příčiny duševních nemocí. „Psychiatrie jakožto obor pojednávající o příčinách, studiu, diagnostice, léčení a prevenci duševních poruch, má jiné historické kořeny než

149 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, s. 138.

150Jak uvádí Prof. MUDr. Vladislav Šedivec, DrSc, je důležité nezaměňovat tato pojmenování s problematikou čarodějnictví, který řadí do jevu sociálního, a který nelze spojovat s lékařstvím a vývojem psychiatrie.

151 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,s. 138.

psychologie, jedna z nauk o duši.“[152]

11.4.1 Založení ústavu

Psychiatrická léčebna v Dobřanech vznikla v 80. letech 19. století. V Čechách byl nedostatek lůžek pro psychiatrické potřeby. Tyto potřeby pokrýval především ústav v Praze, který byl již plně obsazen. Doktor Fischl, ředitel pražské kliniky, se zasloužil mimo jiné o to, aby k ústavu byla připojena porodnice u Sv. Apolináře, tehdejší ústav v Praze měl čtyři samostatné budovy: starý dům u Sv. Kateřiny, nový dům „Na Bojišti“, pobočku Na Slupi a nemocnici u Sv. Apolináře – budova tzv. nového domu „Na Bojišti“. [153]

Na tehdejší dobu měla Praha kapacitu 800 lůžek. tzv. Nový dům, který se stal sídlem universitní psychiatrické kliniky. Slouží k tomuto účelu do dnešních dnů. Nový ústav byl veden v duchu neomezování. Pacienti byli vystaveni moralizující výchově, francouzskému "traitement moral". Knihovna, velká zahrada, dílny, hudební vystoupení a procházky po městě s doprovodem byly součástí života v novém zařízení U Kateřinek. V rakouské říši byli studenti vyučováni psychiatrii zprvu profesory vnitřního lékařství. Prvním docentem psychiatrie na tehdejší německy mluvící pražské universitě byl Johann G. Riedel, který se stal hlavním představitelem nově vzniklého oboru medicíny. A tak na základě rozhodnutí Českého zemského sněmu se začal 15. října 1874 stavět nový ústav pro duševně nemocné. Pro tento nový ústav byly zvoleny pozemky na okraji města Dobřan u Plzně.

K výstavbě byla tehdy zřízena odborná komise, v níž zasedli zástupci Zemského výboru, lékařští znalci z Prahy i Vídně a techničtí experti Jiří Löw - generální ředitel severní dráhy a Ing. Schmutzer - zemský inženýr. Tato komise vypracovala rozsáhlý a podrobný stavební program v němž byly zohledněny veškré požadavky a vymoženosti té doby. Komise rovněž čerpala ze zkušeností při stavbách ústavů pro choromyslné v cizině. Vše se pečlivě připravovalo, protože zdravotnické zařízení mělo spádově pokrývat velkou oblast. Stavět se začalo podle návrhu architekta Benýška, který vyhrál v soutěži, kterou vypsala zakládající komise. Stavba stála 1.800 000 zlatých, tedy v přepočtu 3.600.00,- korun.[154] Tento projekt byl velmi nákladný, nicméně splňoval do té doby velmi nadstandardní požadavky. Podle stavebních plánů, situačních a dobových kreseb, se jeví

152Höschl, Cyril. Směřování české psychiatrie na přelomu století. In: Havel, Ivan, M. aj. *Co daly naše země Evropě a lidstvu.* Praha: ELK, 2000, s. 456

153Klik,Jan, ed. *100 let PLD,Sborník vzpomínek, vydaný ke stoletému výročí založení psychiatrické léčebny v Dobřanech.* KÚNZ,Plzeň 1980, s.7.

154http://www.pldobrany.cz/historie.html

dobřanský ústav jako důmyslně a technologicky propracovaný a zároveň je zde patrné estetické cítění. „J. Trucker, jeden z nejlepších znalců ústavů, píše ve svém cestopise o dobřanském ústavu: „ The institution is in excellent condition and admirably managed and conducted.“[155]

Provizorně byl ústav otevřen už v dubnu 1880, kdy do Dobřan bylo převezeno 50 nemocných mužů z přeplněného pražského ústavu. „Dobřanský ústav byl prvním lůžkovým psychiatrickým zařízením v Čechách. Dr. Fischel nejenom psychiatrický ústav v Dobřanech založil, nýbrž též prosadil, aby prvním ředitelem dobřanského psychiatrického ústavu byl jmenován a ustanoven jeho vynikající žák docent dr. Arnold Pick, který zde působil až do roku 1885, kdy odešel ,jako nástupce profesora dr. Jakuba Fischela – do Prahy, kde byl jmenován profesorem na německé psychiatrické klinice. Dr. Pick se stal celosvětově známý objevením degenerativně-mozkového onemocnění, které začal sledovat a studovat během svého působení v Dobřanech.“[156]

Nákladná stavba palácového typu, byla stranou od města, daleko od centra a pozornosti. To byl trend tehdejší francouzské psychiatrie, která považovala za nutné, aby se těmto pacientům věnoval status nemocných, rovněž aby se léčili separátně. Částečně pod vlivem Kraepelinova učení o dědičné předurčenosti duševních chorob a o jejich fatálním průběhu, který podle Kraepelina, nemohl být změněn vlivem vnějšího prostředí.[157]

Vybavení komplexu zajišťovalo samostanostný chod léčebny a nezávislost na dodávkách z města. Od roku 1822 byla prosazena metoda tzv. „volné léčby“ tedy pracovní terapie, která sklízela úspěch oproti zastaralým internačním metodám.[158] V praxi to znamenalo, že pacienti vykonávali práce, díky nímž se podíleli na chodu léčebny, např. pracovali na zahradě nebo drali peří.

Rozlehlý areál dokonce i s ústavním kostelem (Povýšení svatého Kříže) vznikl podle plánů architekta Benýška v eklektickém slohu. Tato stavba přinesla městu řadu nových pracovních příležitostí. Záměrem stavitelů, bylo vytvořit komplex pavilonů, tak aby neviléčitelně nemocní byly v uzavřených budovách a druhá část pacientů se mohla volně pohybovat na otevřených odděleních. Tento systém zajišťoval, kromě jiného i prevenci proti šíření chorob, jako byl tyfus a tuberkuloza.[159]

155Převzato z publikace prof. A. Heverocha o zemských ústavech pro choromyslné v Čechách z roku 1926.

156Klik,Jan, ed. *100 let PLD,Sborník vzpomínek, vydaný ke stoletému výročí založení psychiatrické léčebny v Dobřanech.* KÚNZ,Plzeň 1980, s. 8, zde autor uvádí dr. Fischel, v dalších zdrojích je uváděno Fischl.

157Šedivec, Václav a Vencovský, Evžen ed. *75 let psychiatrické léčebny v Dobřanech.* Plzeň: Krajské nakladatelství v Plzni,1957, s.7.

158Tamtéž, s.7.

159Tamtéž, s. 35.

11.4.2 Současnost

Ústav má v současnosti 14 primariátů, mezi které je rozděleno 29 odděleni, mezi nimiž jsou i kolonie, které jsou určeny k dlouhodobému či trvalému pobytu chronicky nemocných (např. oddělení 14). Dále je v léčebně několik specializovaných pracovišť, která zajišťují odborné somatické vyšetření, jako např. interní, plicní odd. a neurologie. Pacienti dochází na fyzioterapii, je zde možnost cvičení, rehabilitace, masáží a vodoléčby. V areálu je k dispozici dokonce několik hřišť a pro potřeby pacientů slouží i bohatě vybavená knihovna. V prostorách nemocnice je již zmiňovaný kostel a každý týden se zde koná bohoslužba, kterou mohou klienti navštívit.

V areálu se nachází budova pro arteterapii a ergoterapii, které mají v léčebně dlouhou tradici. Prostředí ateliéru v čele s PeadDr. Mgr. Vladimírem Blažkem má uvolňující atmosféru. Podařilo se zde vytvořit příjemné zákoutí, které slouží k psychoterapii a k vlastní tvorbě. Klienti přichází do ateliéru na základě vyšetření a doporučení psychologa. Malování obrazů představuje potenciál pro sebevyjádření, pozitivní komunikaci a následné zpracování vynořujících se obsahů. Záměrem však není vytvořit dokonalé umělecké dílo, ale snaha odstranit či alespoň zmírnit pacientovy obtíže prostřednictvím abreakce, díky níž pacient pracuje s nahromaděnými a potlačovanými emocemi. Díky arteterapii dochází u klientů k uvědomění si sebe sama, pomáhá jim změnit narušené vzorce chování a umožňuje jim projevit svůj kreativní potenciál. Podařilo se mi nahlédnout do malířského ateliéru, který je plný rozmanitých obrazů, jsou zde rozmístěny malířské stojany s velkoplošnými formáty. Pan magistr Blažek svou vlastní malířskou iniciativou přispívá k činnosti ateliéru. Jeho obrazy jsou odrazem jeho práce, která je náročná a velmi inspirativní. Diagnozy se kterými, se zde setkává jsou deprese, poruchy schizofrenní, maniodepresivní psychózy a ve větší míře jsou zde zastoupeny poruchy osobnosti a závislosti.[160] Léčebna pořádá různé výstavy děl pacientů.

Vedle budovy ateliéru se nachází objekt bývalé ústavní pekárny, v kterém je zřízena tzv. centrální terapie. Podle rozpisu ergoterapeutů a vzhledem k režimům se zde jednotlivá oddělení musí střídat. Jsou zde pacientům k dispozici 4 chráněné dílny. Klienti mají možnost si vybrat, kterou z těchto pracovních technik budou absolvovat. Je zde k dispozici keramická dílna s hrnčířským kruhem a pecí. Klienti zde mohou pod vedením ergoterapeutek vytvářet výrobky podle vlastní fantazie.

160Strejčková ,Vanda,ed. *130 let Psychiatrické léčebny v Dobřanech.* Plzeň: Psychiatrická léčebna v Dobřanech, 2010, s.101.

Dílna ručních prací nabízí více možností, které však vyžadují určitou zručnost nebo její nácvik. Pacienti mají k dispozici šicí stroje, mohou vyrábět parafinové svíčky nebo mýdlo, malovat na textil popřípadě malovat na sklo, či navlékat korálky. V truhlářské dílně se pod vedením terapeuta klienti věnují práci se dřevem, vznikají zde dřevěné hračky ze zbytkového materiálu, dřevěné dárkové předměty, rámují se zde obrazy atd. Poslední dílna nabízí pacientům možnosti výtvarné práce, zdokonalují se zde v náročných technikách zdobení, skla nebo linorytu.[161]

Chod těchto terapeutických dílen, závisí na grantech a finančních dotacích. Dílny si vlastním přičiněním, to znamená prodejem výrobků, které zde vzniknou přispívají na materiál a případné další pomůcky. Nyní byla budova staré pekárny opravena a využívá se i podkroví. Nově je zde provozovaná muzikoterapie.

11.4.3 Vybraná oddělení

Pro přehled zde předkládám rozbor a popis vybraných odd., na některé jsem měla možnost osobně nahlédnout a vycházím, tedy z vlastního pozorování. Jsou to oddělení 24 a 26, ty jsou rozebrány detailněji i vzhledem k účelu práce. Jiné popisuji stručněji vzhledem k charakteru jejich povahy. Jsou to oddělení uzavřená, na které má přístup pouze příslušný personál, lékaři a rodinný příslušníci v době návštěv. Vzhledem k účelu práce, uvádím tyto oddělení jen pro ilustraci a rovněž pro upřesnění - vzhledem k problematice závislosti. Psychiatrická léčebna v Dobřanech čítá zhruba 1200 pacientů, z toho jsou pro léčbu závislosti k střednědobému pobytu určeny 2 pavilony, která mají kapacitu 49 lůžek. Pacienti s problematikou závislosti, ať už drogovou nebo alkoholovou se nacházejí na všech odděleních. Počet těchto pacientů může tvořit čtvrtinu i více z celkového počtu.

Dětské oddělení

Dětské oddělení je v Psychiatrické léčebně označeno jako 21A, 21B, 21C. Má dlouholetou tradici, bylo založeno již roku 1958. Do roku 2000 se zde léčili pouze předškolní děti, některé z nich se zde v léčebně přímo narodili. Oddělení 21 A bylo určeno původně k léčbě závislostí. Na přelomu tisíciletí zde bylo vybudované oddělení pro děti školního věku 21B, které si vyžádalo značné finanční investice a rozsáhlé organizační a personální změny.“ Charakter střednědobé a dlouhodobé pedopsychiatrické péče o děti

161Tamtéž, s. 96.

školního věku vyžaduje v mnohém odlišné postupy – důraz je tu kladen především na režimovou léčbu na principech terapeutické komunity.“[162]

Pro děti školního věku je povinná školní docházka a proto bylo nezbytně nutné vytvořit zázemí školy, které funguje jako detašované pracoviště ZŠ Dobřany. V léčebně se tedy podařilo po poměrně složitých jednáních otevřít tři sedmičlenné třídy. Děti, které se zde léčí podstupují však daleko víc. Děti školního věku mají pravidelné psychoterapeutické skupiny, docházejí na arteterapii a činnostní terapii. V prostorách staré vily se podařilo zbudovat další prostory,které slouží zhruba pro 20 pacientů staršího školního věku po adolescenci. „Vybudováním stanice pro děti staršího školního věku a dorost byla získána možnost přispět do sítě zdravotní péče nabídkou diagnostiky, léčby a rehabilitace duševních poruch z okruhu psychóz u dětí a mladistvých, a tak tito pacienti nemusejí být přijímáni tak často na oddělení dospělých – což je často kritizováno jak v domácí tak v zahraniční odborné literatuře.“[163]

Poruchy chování, afektivní poruchy, úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy, automutilační chování, incipietní i rozvinuté psychotické stavy, příležitostná experimentace s návykovými látkami to jsou příčiny, které sem přivádí většinu mladých pacientů. Toto oddělení nabízí zajištění krátkodobé (spíše diagnostické pobyty), nicméně také dlouhodobé diagnosticko – terapeutické péče.[164]

Oddělení 26

Jedná se o otevřené, menší oddělení s 16-ti lůžky. Jsou zde léčeny pacientky s diagnostikovanou závislostí na alkoholu, drogách a lécích. V menším počtu se zde objevuje gambling (patologické hráčství)[165] a PPP (poruchy příjmu potravy). Tyto formy závislosti se vyskytují v kombinaci s látkovými závislostmi, nebo zde dochází k přesmyku. Pacient zamění nadužívání nějaké návykové látky za vzorec chování, jímž mění své prožívání.

„Závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, jejíž chorobné znaky jsou nutkavé dychtění po změně prožívání, ztráta kontroly, pokračování v dosavadním vzorci chování i přes narůstající nepříznivé důsledky a prohloubení stavu

162Tamtéž s. 66.
163Tamtéž s. 6.
164Automutilační chování je způsob sebepoškozujícího chování, bez vědomého a cíleného záměru zemřít. Pravděpodobnější u poruch osobnosti či osob s posttraumatickým syndromem.
165 Problematika hráčství se vyskytuje více u mužských pacientů.

nelibosti při přerušení tohoto vzorce.“[166]

Prostředkem léčby na tomto oddělení je režimová terapie s důrazem na skupinové aktivity-psychoterapeutické skupiny, arteterapeutické skupiny a pracovní terapii. Pacientky v rámci programu musí absolvovat přednášky s protialkoholní tématikou, relaxační cvičení a podílí se na chodu celého oddělení. Ženy mají předepsanou délku pobytu na 4 měsíce. Chod oddělení a jeho struktura jsou uspořádány podobně jako terapeutické komunity. Pro malou kapacitu oddělení, je zde nutné objednání pacientek s předstihem. Oddělení není zcela uzavřené pacientky mohou využívat prostorů léčebny, kulturní i sportovní zázemí, pacientskou knihovnu a lesopark v němž jsou umístěny jednotlivá oddělení.[167] Mají volnější pohyb v rámci léčebny, ale nemohou opustit areál nemocnice. Jejich pobyt v léčebně je vymezen a rozpočítán po hodinách. Mají přesně předepsaný program, který začíná v šest hodin ráno a končí v sedm hodin večer.

Tato malá komunita je pod dohledem paní Mudr. Zdeňky Baťkové a jejím terapeutickým týmem. Terapeutický tým je tvořen psychology, arteterapeuty a zkušenými sestrami. Pacientky jsou zde dobrovolně a tato dobrovolnost je stvrzena podepsáním terapeutické smlouvy. Při dodržování programu a přidělených povinností, jsou jim započítávány body. Minimální počet bodů, potřebných k získání povinného bodového limitu je 40, maximální je 83. Jsou jim bodovány deníky, které si musí psát, a které čtou terapeuti. Dále dostávají body za aktivitu při komunitách, na terapeutických skupinách, za úklid oddělení, rozvičku a za pracovní terapii. Za týden mají nárok na jednu vycházku do města, ale nesmí se vzdálit mimo Dobřany. V případě nedodržení režimu hrozí pacientkám sankce v podobě ztráty vycházky, překlad na uzavřené oddělení, prodloužení či ukončení léčby.

Pro zdravého a svobodného člověka je tento systém absurdní, připomíná více vězeňské praktiky nebo vojenský výcvik. Je však opodstatněný a ověřený ve své funkčnosti. Na oddělení pracují profesionální adiktologové, zabývající se léčbou několik let. Paní Mudr. Zdeňka Baťková je původně lékař internista, ale její dlouhodobé působení na tomto oddělení a přirozená autorita z ní udělali velkého odborníka. Účinná pomoc výše zmíněného vytváří strukturu, která má být opěrným bodem při vstupu do běžného života. Alkohol a drogy jim naprosto narušili vnímání reality a času, rozpustila se v nich veškerá pevnost a stabilita. Mají zkreslené vidění sebe sama a nechtějí slyšet to, co jim okolí sděluje.

166Protialkoholický obzor: *Transpersonální přístupy v léčbě závislých.* Bratislava: Obzor,1966-1994, s. 79.
167Strejčková ,Vanda,ed. *130 let Psychiatrické léčebny v Dobřanech.* Plzeň: Psychiatrická léčebna v Dobřanech, 2010, s. 36.

Protože závislost je něčím, co může kdykoli v životě nabýt opět zjevné podoby, nabízí oddělení i možnost následného doléčování. Bývalé pacientky dojíždí na tzv. posilovací pobyty, které jim pomáhají předejít relapsu. Oddělení zároveň zajišťuje chod ambulantní léčby a skupinové psychoterapie, která je v provozu v Plzni. „Prevence relapsu je něčím, co zpočátku zajišťuje ochotu ke spolupráci v doléčování, které však samo o sobě nabízí daleko více. Jde o sociální i psychologickou podporu, často i existenční (např. chráněná bydlení, chráněná pracoviště).“[168]

Oddělení 24

Toto oddělení je zaměřeno na léčbu alkoholismu a patologického hráčství. Jedná se o mužské otevřené oddělení s celkovou kapacitou 33 lůžek. Svým zázemím a vybavením patří k nejmodernějším a nejlépe zařízeným oddělením specializovaných na závislosti v celé České republice. Budova je umístěna na okraji rozlehlého parku a svým uspořádáním působí spíše jako rekreační objekt než jako nemocnice. Pacienti jsou ubytováni na dvoulůžkových a trojlůžkových pokojích se sociálním zařízením. Terapeutický tým je tvořen lékaři se specializací oboru psychiatrie, dále pak psychology, adiktology a psychoterapeuty. Nedílnou součástí týmu jsou i proškolené zdravotní sestry, které mají s prací se závislými rozsáhlé zkušenosti, dále je zde k dispozici sociální pracovnice. Klienti přichází do léčebny v kritické fázi, kdy jejich sociální status a vztahová situace jsou nelehké. Sociální pracovnice je tu pro takové případy, kdy si pacienti neví rady s rozvodem nebo ztrátou zaměstnání.

Pacienti se účastní skupinové terapie, pracovní terapie a individuální terapie. Jejich den se skládá z rozmanitých činností. Program začíná již v šest hodin ráno rozcvičkou a úklidem oddělení. Poté se hromadně účastní komunity, na které jsou přítomni i lékaři a psychologové. Řeší se zde chod oddělení, změny programu, stav pacientů a jejich vycházky. Pacienti jsou dále rozděleni do skupin, v kterých se účastní již zmiňované pracovní terapie. Některé skupiny pracují na zahradě, jiné jsou přiřazeny k ergoterapii, kde pracují se dřevem. V léčebně jsou velké skleníky, kde se pěstují orchideje, kaly a další květiny, které slouží k výzdobě celého areálu. Pacienti zde pomáhají zalévat a přesazovat.

Po pracovní terapii se odehrávají skupinové terapie s psychology, nebo jsou naplánované individuální pohovory s lékařem. Mezitím se odehrávají různé povinnosti, které souvisí s chodem oddělení. Odpoledne je prostor pro vlastní volno, které mohou

168Kalina, K. ed. *Drogy ze všech stran*. Praha: Filia 1995. s. 66.

vyplnit vycházkou do města, nebo nějakou sportovní aktivitou. K večeru si pacienti píší deníky, do kterých zaznamenávají své myšlenky a postřehy z léčby. Tyto deníky jsou jim následně bodovány, jsou předmětem skupinové terapie. Klienti musí povinně sledovat večerní zprávy, jejichž obsah písemně zaznamenávají rovněž do deníků. Je to aktivita, která je cílená, zaměstná jejich vědomí, je zkouškou jejich trpělivosti a zároveň je zdrojem informací pro psychology, kteří z těchto záznamů dokážou číst podstatné informace o klientech samotných. Režim na oddělení má komunitní charakter, jak vyplívá z rozhovoru s primářkou Helenou Škopkovou. [169]

Klienti se účastní nejen skupinové terapie, rovněž absolvují individuální pohovory s psychology a dále mají možnost využít rodinnou terapii. Na oddělení je nutné, aby každý nový pacient kontaktoval svou rodinu a blízké. Je to důležitý faktor, který ovlivňuje celou léčbu. Závislost se vyvíjí postupně v určitém sociálním prostředí. Narušené vztahové vzorce se mohou napravit v konfrontaci s blízkým okolím. Tato konfrontace poskytuje pacientovi nezkreslený náhled na vlastní jednání a chování.

Pacienti zde mají potenciálně mnoho možností, jak svou diagnozu zvrátit. Toto prostředí jim umožňuje uvědomit si sebe sama a v bezpečí odžít určité bolestivé momenty, které byly tlumeny a potlačovány návykovými látkami.

I přes velké úsilí, které je tady léčbě věnováno, se řada klientů vrací zpět. Někdy bohužel nestačí jen jedna léčba, u některých jedinců následuje druhá, třetí a nakonec ta pátá je úspěšná Po každé další recidivě se intervaly mezi nimi zkracují a tolerance se snižuje. Po četnějších recidivách přicházejí pacienti s epileptickými záchvaty. „Alkohol může vyprovokovat záchvat u pacienta s jiným typem epilepsie a nadměrný přísun (intoxikace) může vyvolat izolovaný záchvat i u jinak zdravého člověka. Záchvat se může objevit i v průběhu odvykání od alkoholu v rámci abstinenčního syndromu. Chronické požívání většího množství alkoholu způsobuje řadu neurologických chorob a poškození mozku, jejichž součástí bývají epileptické záchvaty.“[170]

Je léčba závislostí beznadějná? Pacienti se vrací na oddělení a pokaždé v horším a horším stavu. S každou recidivou se propadají hlouběji než byli předtím. Nezbytnou podmínkou k úspěšné léčbě je tedy bezpodmínečná abstinence.

Jsou pro úspěšnost léčby důležité důvody, které pacienti uvádějí před léčbou? Je závislost sociální povahy? Jak vyplývá z již zmíněného rozhovoru nelze popřít genetické

169 Rozhovor s MUDr. Helenou Škopkovou z 1. září 2015, v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech., příloha č.1.

170 http://www.homolka.cz/cs-CZ/oddeleni/specializovana-centra/centrum-pro-epilepsie/pro-pacienty/co-epilepsii-zpusobuje.html

vybavení člověka. Na druhé straně je to jen možnost, která není definitivní. Pacient, který ten problém dokáže přijmout, zpracovat a respektovat určitá ochranná opatření, může její projevy korigovat a minimalizovat. Stanislav Kudrle o této problematice napsal: „Závislost je selhání neuvědomělého pokusu korigovat nesnadnost života. Disease – tato nesnadnost – je tu a priori krizí karteziánského rozštěpu těla a mysli a prohlubuje se v rozvoji závislosti. Směruje k pádu na dno, ke kolapsu epistemologie, ke smrti anebo k otevření se (znovuzrození) do nové roviny bytí, k postoji více komplementárnímu, celostnímu.“[171]

Oddělení 25

Toto oddělení se rovněž věnuje léčbě závislostí u mužů. Pacienti jsou však již natolik poškozeni abúzem alkoholu, že by náročný pobyt na oddělení 24 nezvládli. Tomu je přizpůsoben i léčebný plán. Pacienti zde mají volnější režim, nejsou vystaveni náročným povinnostem, nicméně i zde je hlavní náplní psychoterapie, rehabilitace a nácvik sociálních dovedností a s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu i pracovní terapie. Cílem léčby je umožnit pacientům návrat do běžného života při zachování co největší samostatnosti.[172]

Oddělení 12

I zde došlo k reorganizaci. Původně neurologické oddělení, které přijímalo zejména pacientky a pacienty s podezřením na epilepsii či jinou neurologickou problematiku, se nyní stalo uzavřené a rozdělené oddělení, které je určeno pouze pro ženy. Fungují zde dvě oddělené stanice, stanice A s kapacitou 12 lůžek, kam jsou překládány ženy s chronicky probíhajícím a progredujícím duševním onemocněním, jejichž stav vykazuje abnormálně agrasivní a nebezpečné jednání. Pacientky jsou nebezpečné nejen svému okolí, ale převážně také sami sobě. Jsou pod dohledem personálu, který je vystaven jejich atakům. Většina z těchto žen má ústavní léčbu nařízenou soudně.

Na stanici B jsou přijímány ženy v akutní fázi duševního onemocnění, které vyžadují zvýšený dohled a intenzivní psychiatrickou péči. Budova je zařízena a vybavena pro příjem nemocných s těžkými formami psychóz, intoxikací psychoaktivními látkami, organickými poruchami či poruchami osobnosti, souhrnně pro ženy s vystupňovanými

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

172Strejčková ,Vanda,ed. *130 let Psychiatrické léčebny v Dobřanech.* Plzeň: Psychiatrická léčebna v Dobřanech, 2010, s.51.

projevy auto či heteroagresivními, jež ohrožují svým chováním sebe či své okolí. Na zmíněné oddělení jsou umístěny klientky i z jiných oddělení ústavu, v případě zhoršení jejich stavu. Přijímány jsou ženy z jiných nemocnic (např. z psychiatrie v Klatovech), kde nejsou na tak závažné případy personálně či materiálně vybaveni.[173]

Kromě toho stanice reflektuje na přijem případů přímo z „ulice“. V zájmu ochrany zdraví a života jsou na oddělení kromě psychofarmakologických prostředků, stále ještě používány omezovací a nefarmakologické, jejich indikace je přísně individuální a pokud je nutné je použít, děje se pak v souladu se zákonem a zásadami postupu lege artis.[174]

Akce zde střídá reakci, klientky jsou zde jen po dobu nutnou k zklidnění afektivního a nebezpečného chování. Kapacita ústavu neumožňuje násilné a dlouhodobé držení pacientů, po neomezeně dlouhou dobu. Není v zájmu ústavu k takovému záměrnému jednání. K oddělení je připojena zahrada, které je izolovaná, čistě pro potřeby pacientek a vystavěná tak, aby zamezila případnému útěku. Klientky, kterým to umožňuje jejich zdravotní stav, se zapojují do aktivit s ergoterapeutkou přímo na oddělení. Pacientky, jejichž stav je stabilizován a výrazně zlepšen, mohou využívat aktivity nabízené nemocnicí.[175]

11.4.4. Pár slov na závěr

Ústav za posledních patnáct let prošel mimořádnou rekonstrukcí, byla vystavěna nová oddělení, opravena stávající, modernizovalo se vybavení pavilonů, příznivě se změnilo působení a profil léčiv. Psychiatrická léčebna navazuje spolupráci s ambulantními psychiatry a dalšími specialisty, s psychiatrickým oddělením nemocnice v Ostrově nad Ohří a s nemocnicí v Klatovech, se sociálními odbory, se soudy a jinými státními institucemi. Čeští vědci se podílí na klinických studiích nových léků s netradičními mechanismy účinku, nicméně i nadále zde zůstávají stovky duševně nemocných.

Psychoterapie, sociální techniky a farmakologické prostředky jsou pouze faktory, aby byly potencionálně úspěšné musí se setkat ve správný čas s odhodláním a úsilím. V první řadě to musí být snaha pacienta a jeho odhodlání nebo ochota ke spolupráci. „Někteří nemocní si sotva uvědomují svůj narušený stav.a nechápou ani potřebu lékařské pomoci. Jiní sice pozorují, že se s nimi něco děje, že se něco mění, ale vysvětlení toho přesouvají

173 http://www.pldobrany.cz/primariat-ix-odd-12-13-19-26.html
174http://www.pldobrany.cz/primariat-ix-odd-12-13-19-26.html
175http://www.pldobrany.cz/primariat-ix-odd-12-13-19-26.html

navenek a příčiny svého selhání vidí spíše v okolí než v sobě, což je bytostně lidské.“[176]

Rovněž je důležité úsilí lékařů a personálu, které je věnováno této práci. Je to dar pomoci, který je tou nejtěžší službou. Někteří si jistě jen plní svou povinnost, jiní se snaží svou práci dělat naplno a udržují ideály, které jsou v léčebně stále ještě živé. Jsou to ideály výrazných osobností, které prošly léčebnou a které v nich zanechaly nesmazatelnou stopu napříč generacemi. Nemocnici formovaly přístupy ředitele Jaromíra Rubeše, primáře Lubomíra Hanzlíčka nebo Vladislava Šedivce a dalších. Tito představitelé likvidovali síťová lůžka, svěrací kazajky a zaváděli nové metody. Nemocnice se tedy jejich zásluhou ubírá cestou, na které se protínají a zároveň doplňují přístupy psychiatrické a psychologické. Spiritualita tohoto místa podněcuje postup a návrat k sobě.

„Před stvořením světa existoval jen Bůh. Brzy se začal sám nudit, a tak stvořil svět, aby si měl s čím hrát a co pozorovat. Stvořil i jiné bohy a bytosti, aby mu pomáhali, ale ti věděli, odkud pocházejí, a brzy se vrátili ze světa Země ke svému zdroji, Bohu, na nebe. Bůh stvořitel tedy svolal shromáždění ostatních bohů a požádal je o radu. „A co takhle svrhnout všechny bytosti dolů na Zem, zavřít brány nebes a schovat klíč? A svrhnout na ně dolů závoj zapomnění, aby nevěděli, odkud přišli“, navrhl jeden. Bůh o tom chvíli uvažoval a zjistil, že to je výborný nápad. Kam ale ukrýt klíč? Do největších hlubin oceánu, navrhl další. A co takhle na vrchol nejvyšší hory v Himálaji? Ne, ne ukryjme klíč až na Měsíci, tam se nikdy nikdo nedostane. Bůh o tom chvíli uvažoval a řekl: „Kdepak, to by nešlo. Člověk prozkoumá postupně každý kout Země a roh vesmíru. Sleze nejvyšší hory, potopí se na dno oceánu a dokáže přistát i na Měsíci a prozkoumat každou planetu.“ Chvíli všichni přemýšleli, a pak Bůh zvolal: „Už to mám! Člověk ujde milióny kilometrů tam a zpátky, ale nikdy neudělá krok dovnitř. Klíč k bráně nebes ukryjeme doprostřed jeho vlastního těla.“[177]

176 Höschl, Cyril. Směřování české psychiatrie na přelomu století. In: Havel, Ivan, M. aj. *Co daly naše země Evropě a lidstvu.* Praha: ELK, 2000, s.

177 Grofová, Christina. *Žízeň po celistvosti.* Praha: Chvojkovo nakladatelství, 1998, s.84.

12. Závěr

Práce tvoří úvod do problematiky závislosti. Přináší přehled těch nejdůležitějších aspektů a uvádí i méně známé skutečnosti. Poznatky jsou čerpány z literatury předních odborníků na daný jev, zejména z knih MUDr. Karla Nešpora, Csc. , Doc. MUDr. Jaroslava Skály, Csc. a MUDr. PhDr Kamila Kaliny, Csc. Práce se vyjadřuje k různým oblastem problematiky závislostí. Uvádím zde české i zahraniční autory, spolu s odkazy na jejich podnětnou literaturu. Některé poznatky jsou doloženy rozhovorem s lékařkou Helenou Škopkovou.

Tím, jak se modernizuje náš život, tak dochází k tomu, že se tvoří nové a nové typy závislosti. Lidská přirozenost je komerčně zneužívána. Mezilidské vztahy se omezují na klikání na sociální síti. Vznikají nové závislosti na informačních technologiích. „V průmyslově vyspělých zemích představují lidé, závislí na alkoholu 30 – 40 % celkového počtu pacientů psychiatrických lůžkových zařízení.“[178]

Obecně naše společnost dnes považuje závislost za negativní jev a lidi trpící chorobnou závislostí staví na její okraj. 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 presentují široké veřejnosti.

Práce ve své podstatě ukazuje, že léčba závislosti není snadná a vyžaduje mnoho času a trpělivosti. Je to proces, který se neustále vyvíjí a je nutné ho tak vnímat. Velmi důležitá je pak vhodná forma doléčování. Trvalé pokroky jsou možné díky úsilí a poznávání sebe sama. Lidé trpící chorobnou závislostí, abstinující či léčeni jsou pro mne zdrojem inspirace. Jejich nutkání se rovněž projevuje v úsilí, které věnují léčbě. S nezdolnou vytrvalostí podstupují další a další léčbu. 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“. To znamená sedět klidně a trpět bez použití alkoholu a drog.“[179]

V úvodu zaznělo několik otázek na, které jsem se v práci pokusila odpovědět. Jedna z nich zůstala nedořešena: kde je hranice mezi přirozenou závislostí a chorobnou? Jak ji poznáme? Tato hranice je v nás,v našem prožívání a vnímání, které musíme být schopni

178Popov, P. *Alkohol.* In: Kalina, K. et al. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR,2003. s.151.

179Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí.* Grada Publishing 1999,s. 32.

regulovat. Žijeme však ve společnosti nadbytku a naše přirozené zábrany selhávají. Chorobná žízeň a nutkavá touha je varovným signálem a voláním po obnově. K této myšlence mne přivedlo pojednání Kamila Kaliny o terapeutických komunitách. „Terapeutické komunity řadí do rodiny Utopií, které existovaly dávno před tím, než pro ně renesanční myslitel Thomas Moore vymyslel jméno.“[180] Svým potenciálem umožňuje terapeutická komunita závislému přežit, obohatit osobní život i vnější svět a objevit zapomenuté hodnoty.

Jakou cestou se vydat k pravdě či skutečnosti o nás samých? Jak přivést člověka chorobně závislého k zdravému rozumu, k pokoře a k lásce? Jediné vykoupení na této sebedestruktivní cestě, je změna. Nejlépe to vystihují slova Romaina Rollanda :„*Je třeba umět se měnit.“*

180 Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie*, vyd. 1,Praha: Grada Publishing, 2015, s 77.

Seznam použité literatury a pramenů

1. BUBER, M. Problém člověka. 1.vyd. Praha: Kalich, 1997. ISBN 80-7017-109-X
2. FROMM, E. *Cesty z nemocné společnosti. Sociálně psychologická studie.* 1.vyd. Praha: EarthSave, 2009. ISBN 978-80-86916-10-1
3. FROMM, E. *Strach ze svobody.* 2.vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0615-6
4. 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
5. GROFOVÁ, Ch. *Žízeň po celistvosti.* Praha: Chvojkovo nakladatelství,1998. ISBN 80-86183-06-8
6. 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.
7. 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
8. JAFFÉ, A. Vzpomínky/ Sny/ Myšlenky C.G.Junga. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0803-7
9. JANDOUREK, J. *Tomáš Halík; Ptal jsem se cest.* Praha: Portál,1997. ISBN 80-7178-143-6
10. KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
11. KALINA, K. ed. *Drogy ze všech stran*. Praha: Filia 1995. ISBN: 80-901966-1-6.
12. KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie.* Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8
13. KALINA, K. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 80-247-2449-2
14. KLIK,Jan, ed. 100 let PLD,Sborník vzpomínek, vydaný ke stoletému výročí založení psychiatrické léčebny v Dobřanech. KÚNZ,Plzeň 1980.
15. MASARYK, T. G. *I. O alkoholismu. II. O ethice a alkoholismu*. Brno:Moravskoslezské zem. ústředí Čs. abstinentního svazu, 1938.
16. MIKOTA, V. *O ovlivňování duševních chorob*. Praha: Psychoanalytické

nakladatelství, 1995. ISBN 80-901601-5-8

17. NERAD,J.-NERADOVÁ,L.-MIKOTA, V. *Psychoterapie závislostí na alkoholu a jiných látkách.* Praha, VÚPs, IDVSZP 1989. ISBN 80-7013-001-6
18. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost.* 3. dopl. Vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6
19. SKÁLA, J. *Alkohol a jiné(psychotropní) drogy: abuzus a závislost.* IN Novinky v medicíně, 1.vyd. Praha: Avicenum zdravotnické nakladatelství, 1986, 92 stran.
20. SKÁLA, J. *Až na dno!? Fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu.*3.vyd. Praha: Avicenum, 1977.
21. SKÁLA, J. *Alkohol a Vy.* Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1974.
22. STREJČKOVÁ ,Vanda, ed. *130 let Psychiatrické léčebny v Dobřanech.* Plzeň: Psychiatrická léčebna v Dobřanech, 2010. ISBN 978-80-254-8150-9
23. ŠEDIVEC, V., VENCOVSKÝ, E. ed. *75 let psychiatrické léčebny v Dobřanech.* Plzeň: Krajské nakladatelství v Plzni,1957.
24. RÖHR, H.-P. *Hraniční porucha osobnosti.* 1.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-724-8
25. RÖHR, H. P. *Závislost. Jak jí porozumět a jak ji překonat*.1. vyd. Praha: Portál,2015. ISBN 978-80-262-0927-0
26. ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing 1999. ISBN 80-7169-836-9
27. WEHR, G. *Buber.* Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-31 X

Časopisy a jiné zdroje:

1. Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drogs and Drug Addiction, 2006. ISBN:92-9168-266-7
2. 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
3. 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.
4. Mallory [dokumentární film]. Režie Helena Třeštíková. Česko, 2015.
5. Hlasy žen, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze, Praha, 2010.
6. 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. Psychiatrická nemocnice v Dobřanech. Vznik a výstavba ústavu v Dobřanech [online]© 2008 Psychiatrická nemocnice v Dobřanech [cit.5.1.2016]. Dostupné z: http://www.pldobrany.cz/historie.html
3. Psychiatrická nemocnice v Dobřanech. Primariat IX. [online]© 2008 Psychiatrická nemocnice v Dobřanech [cit.13.1.2016]. Dostupné z: http://www.pldobrany.cz/primariat-ix-odd-12-13-19-26.html
4. ADHD. Diagnostika.[online] Asociace dospělých pro hyperaktivní děti [cit.17.3.2016] Dostupné z : http://www.adehade.cz/diagnostika/
5. O ADHD [online] Asociace dospělých pro hyperaktivní děti [cit.9.3.2016]Dostupné z :http://www.adehade.cz/o-adhd/
6. KO-KA: Historie. [online] [cit.9.3.2016] Dostupné z:http://www.ko-ka.cz/cz/rostlina.asp
7. 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
8. CPPT: Naše zařízení. [online]© 2011 Centrum protidrogové prevence a terapie[cit.8.3.2016] Dostupné z:http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/k-centrum
9. Drogová poradna: Substituční léčba [online]©2009 SANANIM [cit.25.2.2016] Dostupné z:http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/substitucni-lecba.html
10. Spolek Ulice: Terénní program ulice [online]©2012 Ulice [cit.1.2.2016] Dostupné z:http://www.ulice-plzen.com/index.html
11. Point 14: Úvod [online]© POINT 14 [cit.14.2.2016] Dostupné z:http://www.point14.cz/
12. Pastorace: Jak sv. Prokop oral s čertem, aneb něco o Satanu[online] Pastorace.cz [15.11.2015] Dostupné z:http://www.pastorace.cz/Tematicke-texty/Jak-sv-Prokop-oral-s-certem-aneb-neco-o-Satanu-prof-J-Heller-1.html
13. Anonymní alkoholici: Dvanáct kroků AA [online] © Copyright 2011-2016 [cit.13.1.2016] Dostupné z:http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/dvanact-kroku.html
14. 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
15. 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
16. 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
17. 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

Resumé

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, such as Dr. Karel Nešpor and Dr. Jaroslav Skála. 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.

Příloha č.1.

Rozhovor

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 dozvídají 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 večeři. 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 přídavných 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 ředitelem 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 dělával 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 součást 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 zkontaktována 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	Jméno autorky projektu
MUDr. Helena Škopková	Bc. Helena Dachová
Podpis	Podpis

Příloha č.2

Informovaný souhlas

Byla jste zkontaktována 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	Jméno autorky
MUDr. Helena Škopková	Bc. Helena Dachová
Podpis	Podpis